

А.М. Шелепов, В.В. Кучейник, А.А. Жуков,
М.Л. Чувашев, В.Б. Дергачёв

Особенности организации медицинского обеспечения советских войск в Заполярье в период проведения Петсамо-Киркенесской операции

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

Резюме. Медицинская служба 14-й армии в период проведения Петсамо-Киркенесской наступательной операции в Заполярье (1944 г.) работала в особо трудных условиях. Суровые погодные условия Арктики, низкое качество, а порой и отсутствие путей сообщения, нехватка средств эвакуации, недостаточная подготовка медицинских работников войскового звена к особым условиям службы усложняли медицинское обеспечение. Медицинской службой армии и фронта принимались все возможные меры по перемещению и развертыванию госпиталей в районе проведения предстоящей операции. Однако, несмотря на все усилия, своевременно выполнить весь объем перевозок для укомплектования госпитальной базы 14-й армии и госпитальной базы фронта не удалось. Сроки доставки раненых на этапы медицинской эвакуации и оказания им помощи напрямую зависели от состояния дорог и существенно увеличивались на бездорожье. Относительно невысокий процент оперативных вмешательств в армейских и фронтовых госпиталях объясняется большими затруднениями с эвакуацией раненых и больных из медико-санитарных батальонов. Имело место нарушение взаимодействия лечебных учреждений армии и фронта, результатом чего явилась 2–3-кратная загруженность госпиталей. За время операции советскими медиками была оказана помощь более 12 тысячам солдат и офицеров.

Ключевые слова: Заполярье, Арктика, Петсамо-Киркенесская операция, лечебно-эвакуационное обеспечение, госпитальная база, медико-санитарный батальон, санитарно-контрольный пункт, эвакуационный госпиталь.

Введение. Заполярье – один из самых сложных театров военных действий. Петсамо-Киркенесская операция была проведена войсками 14-й армии Карельского фронта. В результате был освобожден от немецко-фашистских войск крайний Северо-Западный регион Советского Союза.

Петсамо-Киркенесская наступательная операция была проведена в период с 7 по 29 октября 1944 г. К началу операции в состав 14-й армии входило 3 стрелковых корпуса (8 стрелковых дивизий), 2 легких стрелковых корпуса (5 стрелковых бригад) и ряд частей усиления. Северный флот участвовал в операции корабельными силами (6 эскадренных миноносцев, 8 подводных лодок, 20 торпедных катеров, 23 больших и малых охотника), а также силами Северного оборонительного района (63-я и 12-я бригады морской пехоты, несколько отдельных частей береговой обороны, располагавшихся на полуостровах Рыбачий и Средний). Действия войск и сил флота поддерживало около 1000 самолетов 7-й воздушной армии и военно-воздушных сил Северного флота. К началу наступления советских войск на Крайнем Севере, в полосе шириной около 60 км оборонялся 19-й горнострелковый корпус 20-й горной армии Германии, которой командовал генерал Л. Рендулич. Корпус насчитывал 3 дивизии и 4 бригады, 53 тыс. солдат и офицеров, более 750 орудий и минометов. Ее действия поддерживали 5-й воздушный флот и значительные силы Военно-морского флота Германии [12]. Превос-

ходство советских войск и сил флота над противником составляло: в людях в 1,8 раза, в артиллерии в 2,8 раза, в танках 2,5 раза и в самолетах в 6,3 раза.

Операция была проведена в три этапа. На первом этапе (7–15 октября) был взят порт Петсамо. В ходе второго этапа операции (16–22 октября) был освобожден поселок Никель и занят, уже на норвежской территории, населенный пункт Тарнет. На третьем этапе (23–29 октября) при активном участии флота, высадившего на побережье Варангер-фьорда три тактических морских десанта, советские войска после упорного боя 25 октября освободили Киркенес, 27 октября вышли на рубеж Нейден, Наутен и завершили операцию [1, 2].

Цель исследования. Проанализировать исторические особенности медицинского обеспечения советских войск в Заполярье в период Великой Отечественной войны.

Материалы и методы. Использовались исторический и логический методы исследования научных трудов, специальной литературы, архивных материалов, иностранные литературные источники, а также официальные документы (приказы, наставления, уставы, руководства, информационные сборники).

Результаты и их обсуждение. Географические особенности района боевых действий усложняли медицинское обеспечение. Береговая линия моря в этом районе

изрезана многочисленными фьордами, заливами, бухтами, местность сильно пересеченная; холмистая, с многочисленными озерами, болотами, реками и ручьями, текущими с юга на север, бедной растительностью. Редколесье затрудняло маскировку медицинских подразделений и добычу дров. Горные реки, множество озер, труднопроходимых болот и обширные пространства, загроможденные каменными глыбами, чрезвычайно затрудняли передвижение войск, расположение их на отдых, а также работу транспортных средств и развертывание медицинских пунктов и учреждений.

Ограниченное количество путей сообщения и их неудовлетворительное состояние также отрицательно сказывалось на состоянии тыла и медицинского обеспечения. Все грузы, поступающие из фронтовых баз снабжения для материально-технического и медицинского обеспечения армии, прибывали на станции выгрузки (Мурманск, Кола), где располагались армейские склады, и далее различными видами транспорта доставлялись в войска. Для обеспечения войск были построены три дороги, соединенные между собой рокадами, общей протяженностью 98 км [1].

Командованием была предусмотрена установка пунктов обогрева и медицинских пунктов дорожно-комендантских рот через каждые 20 км на основной дороге Мыс Мишуков-Титовка Река. На территории противника на направлении главного удара 14-й армии была только одна дорога: высота Бол. Кариквайвишь – Луостари – Петсамо. По состоянию на 5 сентября 1944 г. 14-я армия имела всего 9 лечебных учреждений на 3400 коек (табл. 1).

Таблица 1

Состав госпитальной базы армии (ГБА) и количество штатных коек в 14-й армии при подготовке к операции [6]

Учреждение	По состоянию на 5.09.44 г.		К началу операции	
	количество учреждений	наличие штатных коек	количество учреждений	наличие штатных коек
УГПЭП	1	500	1	500
ХППГ	1	200	9	1800
ТППГ	2	200	3	300
ИГ	1	100	2	200
ГЛР	1	1000	1	1000
СЭГ	1	500	1	500
ЭГ	2	900	2	900

Примечание: УГПЭП – управление головного полевого эвакуационного пункта; ХППГ – хирургический полевой подвижный госпиталь; ТППГ – терапевтический полевой подвижный госпиталь; ИГ – инфекционный госпиталь; ГЛР – госпиталь для лечения легкораненых; СЭГ – сортировочный эвакуационный госпиталь; ЭГ – эвакуационный госпиталь.

Северный флот для обеспечения своих частей и соединений, непосредственно участвовавших в операции, располагал в районе предстоящих боевых действий одним полевым подвижным госпиталем (ППГ)-2215 (200 коек). Эвакуация из него велась в военно-морские госпитали Северного флота (Полярный, Мурманск, Грязная Губа) [3]. Очевидно, что, имея в своем распоряжении столь ограниченные средства, санитарный отдел 14-й армии был не в состоянии организовать и провести медицинское обеспечение предстоящей наступательной операции. В связи с этим военно-санитарное управление (ВСУ) Карельского фронта, разработало план усиления медицинской службы армии для обеспечения войск в ходе предстоящих активных наступательных боевых действий. Основываясь на полученных указаниях об усилении, санитарный отдел (СО) армии к 9 сентября 1944 г. разработал план лечебно-эвакуационного и санитарно-противоэпидемического обеспечения войск в предстоящей операции [4, 5].

Учитывая вероятные потери, особенности климата и местности в это время года было принято решение об организации в 14-й армии госпитальной базы емкостью 8000 коек и о сосредоточении в полосе армии фронтового резерва полевых лечебных учреждений. Решено было также развернуть головную госпитальную базу фронта (ГГБФ) в районе Кандалакши. Это обуславливалось необходимостью приближения специализированной медицинской помощи к войскам 14-й армии, поскольку основная часть лечебных учреждений Карельского фронта после окончания Свирско-Петрозаводской операции (июль – август 1944 г.) находилась в полосе 7-й армии (западнее и юго-западнее Петрозаводска, т. е. в 1300 км от Мурманска) и была загружена ранеными и больными. В организации планируемого маневра лечебными учреждениями фронта возникали большие трудности. Так, для отправки госпиталей на север их нужно было предварительно высвободить от раненых и больных, сосредоточить на железнодорожных станциях Лодейное Поле и Петрозаводск (для чего ряду учреждений надлежало совершить марш протяженностью 100–120 км) и доставить железнодорожными эшелонами в районы Кандалакши, Мурманска, а значительное число из них и далее по грунту в полосу наступления 14-й армии. Понимая сложность указанного маневра, руководство ВСУ фронта предпринимало энергичные меры к его реализации. Во-первых, было принято и осуществлено решение о заблаговременной переброске госпиталей и других медицинских частей и учреждений в район предстоящих боевых действий. Во-вторых, наряду с запланированными и выделяемыми органами военного сообщения (ВОСО) железнодорожными эшелонами для перевозки сил и средств медицинской службы широко использовались военно-санитарные поезда (ВСП) и военно-санитарные летучки (ВСЛ). Однако в ходе проведения перевозок выяснилось, что даже использование для этой цели ВСП и ВСЛ не гарантирует своевременности прибытия

учреждений в назначенные районы их сосредоточения и развертывания. Выход был найден в погрузке трех ХППГ в порожние машины автомобильных батальонов, следовавших по железной дороге на общую для них и госпиталей станцию выгрузки. По прибытии на эту станцию госпитали, не разгружаясь, на тех же машинах за два часа были доставлены в нужные районы.

Однако, несмотря на все усилия медицинской службы армии и фронта, активную помощь командования и органов ВОСО, своевременно выполнить весь объем перевозок для укомплектования госпитальной базы 14-й армии и госпитальной базы фронта (ГБФ) не удалось. В частности, в состав госпитальной базы армии (ГБА) в Мурманск к началу операции не прибыли два ЭГ. Но все же количество лечебных учреждений в армии возросло более чем в два раза, значительно увеличилось и число коек. Если же учесть, что ВСУ фронта к началу операции выдвинуло в полосу наступления армии (в район ст. Кола) свой резерв в составе 1700 коек (УГПЭП-234 с эвакуационным приемником (ЭП), пять ХППГ, один ТППГ и один ИГ), а также возможность использования при необходимости военно-морских госпиталей Северного флота, развернутых в Мурманске и севернее его, и ППГ-2215 на полуострове Рыбачий, то для обеспечения войск Карельского фронта и сил Северного флота в предстоящей операции в это время уже имелось (без учета ГБФ) 30 госпиталей и два ЭП общей емкостью 7900 коек.

Завершить формирование ГБФ в Кандалакше к началу операции не удалось. По плану ВСУ фронта она должна была состоять из семи лечебных учреждений на 4400 коек. Однако до 7 октября в район развертывания удалось доставить только два госпиталя (СЭГ-1770 и ЭГ-2522) на 800 коек. Остальные госпитали прибывали туда уже в ходе операции или вовсе не прибыли.

Значительное расстояние между эшелонами ГБА, а также плохое состояние дорог, усугубленное неблагоприятными погодными условиями, привело к необходимости организации контроля за состоянием эвакуируемых раненых и больных. Эти функции были возложены на ТППГ-98 и на ГЛР-1023. Всего к началу операции в полосе 14-й армии было фактически развернуто 5480 коек (с учетом оперативных) и в Северном оборонительном районе (ППГ-2215) – 500 коек. Для обеспечения раненых и больных специализированной медицинской помощью было выделено 130 оперативных коек (инфекционных – 50, психиатрических, урологических, гинекологических и туберкулезных – по 20) в Мурманске.

Для проведения медицинской эвакуации армия располагала штатной автосанитарной ротой (АСР)-110, тремя автосанитарными взводами, переданными из АСР других армий, одной конно-санитарной ротой, отрядом нартовых упряжек и тремя ВСЛ. Кроме того, в полосе армии сосредоточилась фронтальная АСР-163. Санитарно-эпидемиологическое состояние войск 14-й армии и занимаемой ими территории оценивалось как благополучное, о чем свидетельствуют данные об инфекционной заболеваемости (табл. 2).

Таблица 2

Инфекционная заболеваемость в войсках 14-й армии и среди гражданского населения Кольского полуострова [7]

Заболевание	Июль		Август		Сентябрь	
	население	войска	население	войска	население	войска
Сыпной тиф	–	–	2	–	29	–
Брюшной тиф	1	1	5	–	5	–
Паратиф В	1	–	–	–	–	2
Дизентерия	50	22	123	30	94	129

Первые случаи заболеваний в войсках были завозными из южных участков фронта и других регионов страны. Благоприятная санитарно-эпидемиологическая обстановка сложилась в силу того, что войска 14-й армии с начала Великой Отечественной войны находились в обороне и располагались практически на постоянных местах. Личный состав размещался в удовлетворительно оборудованных землянках, в пищеблоках имелись необходимые варочные помещения и разделочные цехи, инвентарь и посуда. В мае – июне 1944 г. в армии проводилась вакцинация против тифо-паратифозных инфекций. Педикулез в войсках выявлялся в единичных случаях. Госпитализация инфекционных больных осуществлялась в ИГ-2221. Банно-прачечное обслуживание армии проводилось средствами обмывочно-дезинфекционной роты (ОДР) и четырех полевых прачечных отрядов (ППО). Средняя производительность этих отрядов составляла 120 т белья в месяц, что обеспечивало весь личный состав при условии помывок один раз в десять дней. В частях армии перед наступательной операцией функционировали 69 войсковых бань и 55 дезкамер. Для обработки белья использовалось мыло «К» и препарат СК-9. Прибывавшие части проходили санитарную обработку.

С учетом имевшихся в 14-й армии штатных санитарно-эпидемиологических частей и учреждений и приданных на время операции фронтовых средств в полосе предстоящего наступления действовали три ИГ, три санитарно-контрольных пункта (СКП), семь ППО, две ОДР, один банно-дезинфекционный поезд. Проведение санитарно-эпидемиологической разведки и лабораторных исследований осуществлялось силами армейского санитарно-эпидемиологического отряда (СЭО)-48 и одного подвижного отделения санитарно-эпидемиологической лаборатории (СЭЛ), приданного фронтом. Части Северного оборонительного района обеспечивала СЭЛ, развернутая на полуострове Рыбачий [8].

Для обеспечения медицинским имуществом в ходе операции было проведено пополнение аптек частей, а также частей и учреждений медицинской службы из

полевого армейского санитарного склада (ПАСС)-1048 и склада УГПЭП-123 медицинским имуществом боевого обеспечения и табельным медицинским имуществом. В целом к началу операции недостатки в обеспечении были ликвидированы.

Снабжение консервированной кровью и плазмой 14-й армии возлагалось на станцию переливания крови (СПК) г. Мурманска. Доставку крови из СПК до причала Мыс Мишуков обеспечивал начальник ЭГ-2310. Дальше она поступала в базу хранения и распределения крови при УГПЭП-123 распоряжением и средствами его начальника. На базе предписывалось иметь неснижаемый суточный запас крови и двухсуточный запас плазмы, исходя из средней величины планируемых потерь войск.

Управление силами и средствами медицинской службы было возложено на санитарный отдел 14-й армии, размещавшийся в том же районе, где и УГПЭП-123. Рядом с санитарным отделом работала также оперативная группа ВСУ Карельского фронта. В дополнение к основным документам планирования медицинского обеспечения предстоящей операции были составлены и утверждены указания армейских хирурга и терапевта, регламентирующие организацию оказания медицинской помощи раненым и больным в ходе боевых действий, их эвакуацию и лечение в лечебных учреждениях армии, а также мероприятия по профилактике и лечению обморожений. Вместе с этими документами в войска были направлены указания начальника тыла армии по использованию порожнего транспорта, возвращающегося на свои базы, для эвакуации раненых и больных [9]. Вместе с тем, в планирующих документах в недостаточной мере было отражено взаимодействие медицинской службы Карельского фронта и Северного флота. Лишь в отчете медико-санитарной службы флота за 1944 г. имеется упоминание о согласовании взаимодействия с ВСУ Карельского фронта «по вопросам санитарной эвакуации водным путем и по железной дороге» [10].

За операцию в целом с учетом потерь в частях и соединениях флота санитарные потери составили 12527 человек или 11,6% (среднесуточные – 0,5%) к численности войск, участвовавших в операции. Количество пораженных в бою достигло 9551 человек или 76,2% всех санитарных потерь. Значительное число больных (почти 24%) во многом можно объяснить прибытием пополнения и частей усиления из более южных районов полосы Карельского фронта. Заболеваемость среди них личного состава была в два и более раза выше, чем у воинов, находившихся в Заполярье длительное время.

Среди пораженных в бою раненые в сухопутных войсках составили 98,2%, на флоте – 94,3%, контуженные, соответственно, 1,2 и 5%, обожженные – 0,3 и 0,5%, лица с обморожениями различной степени тяжести – 0,3 и 0,2% [1].

В ходе боев в 14 армии были значительные потери среди санитаров и санитарных инструкторов, что связано с неумением их приспособляться

к местности, окапываться, быстро и незаметно переползая и лежа оказывать первую помощь. С поля боя на батальонные медицинские пункты (БМП) вышло самостоятельно или при помощи сослуживцев 63,4%, вынесено с помощью подручных средств 10,5%, на носилках – 22,2%, вывезено на повозках и выюках – 3,7%, на собачьих упряжках – 0,2% раненых.

Батальонные медицинские пункты работали, как правило, с ходу, продвигаясь непосредственно за боевыми порядками своего батальона и используя для оказания медицинской помощи раненым шалаши, блиндажи и естественные укрытия на удалении 300–400 м от линии фронта. Объем медицинской помощи на БМП ограничивался наложением и исправлением повязок, иммобилизацией конечностей с помощью шин (Крамера или импровизированных), проверкой жгутов и простейшими противошоковыми мероприятиями.

Сроки доставки раненых на БМП во многом зависели от характера местности, на которой действовали соединения, и, как правило, были большими. Так, в течение одного часа после ранения в 10 гвардейскую сд на БМП поступало 37,1% раненых, в 63 сд – около 42%; в течение трех часов, соответственно, 66,4 и 73,4%. От 6 до 9% раненых поступали в сроки, превышающие 12 часов. Увеличивалось и время их поступления на полковые медицинские пункты (ПМП). Сроки поступления на ПМП раненых в трех дивизиях, действовавших в различных условиях представлены на рисунке. Наиболее поздними они были в 14 сд, наступавшей в условиях полного бездорожья.

ПМП развертывались, как правило, на удалении 2–4 км от линии фронта, используя для этого землянки, блиндажи и палатки унифицированные санитарно-технические (УСТ)-41. Особенностью являлось близкое взаимное расположение ПМП. Например, в исходном положении для наступления ПМП 10 гв., 14 и 15 сд размещались на одной площадке вблизи друг от друга. Такое расположение нередко возникало и в ходе боевых действий, когда полоса наступления сужалась. В этом случае ПМП нередко размещались «в затылок» по одному единственному маршруту дивизии («дивизионной тропе»).

Способы доставки раненых на ПМП в ходе операции также отличались разнообразием и специфичностью. Даже на направлении главного удара, в полосах действий 10-й гв., 45, 65 и 114-й сд на ПМП прибыло пешком более 50% раненых, конным транспортом – 26%. Остальные раненые (15%) были доставлены на носилках, на собачьих и оленьих нартовых упряжках, а также попутным автотранспортом и санитарными автомобилями (всего 1,8% раненых). Более 22% раненых поступило, минуя ПМП, сразу в медико-санитарные батальоны (МСБ) [1, 2].

На ПМП, как правило, оказывалась первая врачебная помощь в полном объеме. Исключение составляли случаи, когда полк стремительно про-

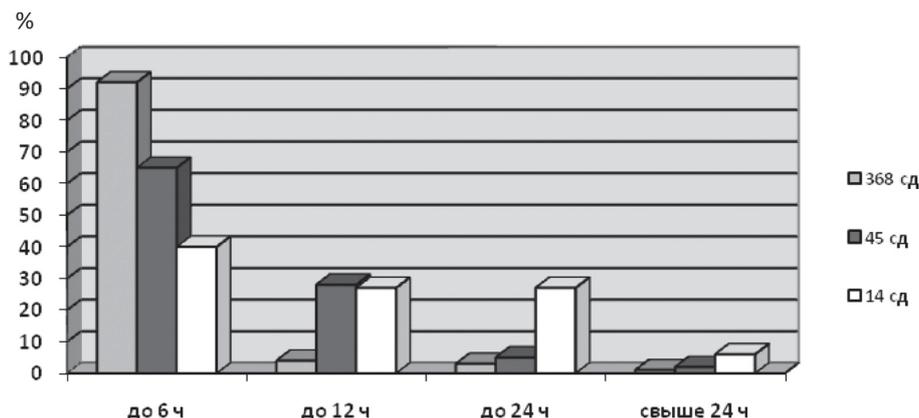


Рис. Доставка раненых на ПМП, % к числу поступивших [1]

двигался вперед и медицинским пунктам приходилось часто перемещаться вслед за ним. В этих условиях объем помощи на ПМП сводился к регистрации, транспортной иммобилизации, введению противостолбнячной сыворотки, сердечных средств и морфина.

МСБ дивизий в исходном положении для наступления и в ходе боевых действий располагались близко друг от друга и на расстоянии 5–10 км от линии фронта. Это способствовало ускорению доставки раненых и увеличению эффективности оказываемой помощи. Однако после прорыва обороны противника во время быстрого продвижения войск отмечались случаи отставания дивизионных медицинских пунктов (ДМП) на 20–25 км. Узость полос наступления нередко приводила к тому, что поток раненых в ряде случаев направлялся на ДМП, развернутый МСБ соседней дивизии. Так, 9 октября 1944 г. МСБ-54 65 сд после прорыва обороны противника в районе высот Кариквайвишь первым выдвинулся к переправе через р. Титовка и организовал прием раненых. МСБ 10 гв (МСБ-12) и 114 (МСБ-229) сд из-за отсутствия транспорта не смогли своевременно переместиться в новый район. Их медицинский состав, проделав 20-километровый пеший марш, прибыл на площадку развертывания ДМП 65-й сд и сразу включился в работу [11].

Очень часто медико-санитарным ротам и батальонам приходилось выдвигаться вперед при наличии в развернутых ими бригадные медицинские пункты (БрМП) и ДМП нетранспортабельных раненых. Выход был найден в создании в оставляемом районе размещения так называемых групп долевания нетранспортабельных, которые обслуживали эти группы раненых до подхода санитарного транспорта, а затем догоняли свои соединения. Иногда количество таких групп в дивизии достигало двух-трех.

Медицинская служба дивизий в основном справлялась с работой своими силами. Исключением составили 10-я гв. и 65-я сд, на ДМП которых во время прорыва обороны противника поступило

большое число раненых. На помощь этим ДМП были направлены ХППГ первой линии. Так, в ХППГ-2204 и ХППГ-4314 поступило значительное число необработанных раненых. Вместе с тем, учитывал удаление этих госпиталей от действующих ДМП (5–7 км) и плохие дороги, раненных в живот оперировали преимущественно на ДМП. Такое решение в подавляющем большинстве случаев следует считать оправданным, так как качество обработки раненых в тех и других учреждениях было практически одинаковым. Сроки же проведения хирургического вмешательства при выполнении его на ДМП были меньшими, поскольку зависели чаще всего от времени, затраченного на доставку раненого на данный этап медицинской эвакуации, куда они поступали значительно раньше, чем в ХППГ первой линии. Всего за операцию в МСБ первичная хирургическая обработка произведена у 4367 раненых (48,2% от числа поступивших), а крупные (чаще всего полостные) оперативные вмешательства – у 506 раненых (5,6%). Таким образом, общая оперируемость превышала 50% от числа поступивших раненых [1].

Работа лечебных учреждений первого эшелона ГБА была организована следующим образом. Все раненые, доставленные из ДМП, ХППГ первой линии и непосредственно из частей, как правило, проходили через медицинский распределительный пост (МРП), организованный эвакоприемником УГПЭП-123. На МРП уточнялись диагноз, состояние раненого, и в зависимости от характера ранения он направлялся в госпиталь, где ему мог быть оказан необходимый вид медицинской помощи. Все раненые, нуждавшиеся в специализированной медицинской помощи по поводу повреждения черепа, верхних дыхательных путей, челюстей, органа зрения, а также раненные в грудь направлялись в соответствующие специализированные ХППГ-96 и ХППГ-732, усиленные группами отдельных рот медицинского усиления (ОРМУ). Раненые в состоянии шока, с анаэробной инфекцией, а также все раненные в конечности направлялись в ХППГ-677, усиленный общехирургическими группами ОРМУ. В

ТППГ-2184 доставлялись все терапевтические больные. Легкораненые с МРП направлялись в ГЛР-1023, а инфекционные больные доставлялись специальным транспортом в ИГ-4261.

К 19 октября первый эшелон ГБА полностью переместился в район Луостари, Петсамо. На старом месте был оставлен только заканчивавший работу ХППГ-96, который прибыл в новый район расположения только 22 октября. С 20 октября ВСУ фронта организовало эвакуацию раненых и больных морем из Титовки Реки в порт Мурманск. С этой целью оно направило в район Титовки Реки из своего резерва два ХППГ. Необходимость сосредоточения двух ХППГ обуславливалась ожидаемым интенсивным поступлением в этот район раненых для эвакуации морем. Предположение это оправдалось. Морем было эвакуировано почти 3,5 тыс. раненых и больных [2].

Для эвакуации раненых морем использовались два парохода и два парусно-моторных бота, выделенными медицинской службой Северного флота. Одновременно на борт каждый пароход мог принять до 300 лежачих раненых и больных. Суда были переоборудованы для нужд медицинской службы, также руководство выделило две специальных медицинских мобильных группы из состава резервных госпиталей. При необходимости на судах стало возможным проводить полостные операции в течение 8-часового пути до Мурманска.

Снабжение пароходов медикаментами, продовольствием и необходимым имуществом, а также общее руководство всеми административно-хозяйственными делами осуществляла береговая группа в составе управления госпиталя, аптеки, основных складов и автотранспорта.

Выгрузка в порту Мурманск производилась на санитарном причале, который обслуживал личный состав ЭГ. Для временного размещения поступивших раненых и больных работал развернутый в палатках ЭП.

Наиболее грозными осложнениями ранений были шок и анаэробная инфекция. Согласно отчетам МСБ (МСР), шок диагностировался у 5,1% раненых, а в ХППГ – у 1,5%. Летальность при осложнениях шоком достигала 32,9% в МСБ и 15,5% в ХППГ. Случаев проявления анаэробной инфекции в МСБ зарегистрировано 0,9% от числа лечившихся, в госпиталях – 1,5%. Наибольшее количество осложнений газовой инфекцией относится к ранениям нижних конечностей, особенно голени. Смертельные исходы при этом осложнении зафиксированы, соответственно, в 31,6 и 19,5% случаях.

Оказание терапевтической помощи в ходе боевых действий начиналось на ДМП, но главным образом концентрировалось в ТППГ. Это объясняется тем, что в армейских ЭГ терапевтические отделения были маломощными и по существу могли оказывать терапевтическую помощь лишь в порядке текущего обеспечения личного состава своего гарнизона. Что же касается заболевших в частях, ведущих боевые действия, то они поступили в ТППГ первого эшелона ГБА и, если

нуждались в длительном лечении, эвакуировались в лечебные учреждения ГГБФ в Кандалакше (срок лечения в ТППГ ГБА был ограничен двумя неделями). За операцию загрузка терапевтических госпиталей на протяжении всего периода боевых действий составляла 150–200% их штатной емкости.

При подготовке к операции и в ходе ее был осуществлен значительный объем санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. В связи с прибытием в армию частей и соединений с других участков Карельского фронта санитарным отделом армии был организован нештатный СКП, который на станции выгрузки (ст. Кола) проводил выборочный санитарный осмотр личного состава прибывающих частей, выявление и госпитализацию инфекционных больных, ознакомление начальников медицинской службы этих частей с особенностями маршрута дальнейшего их продвижения. Всего за сентябрь и октябрь 1944 г. СКП проверили около 90 эшелонов, большое количество военнослужащих, следующих вне эшелонов (командами и одиночных) [1, 2].

К началу операции соединениям, действующим на направлении главного удара, были приданы подвижные отделения СЭО-48. С ними выдвигались для развертывания санитарных пропускников подразделения из состава армейской ОДР-14. Подвижные отделения организовывали санитарно-эпидемиологическую разведку и проводили при необходимости санитарную обработку личного состава соединений. Всего за сентябрь и октябрь ОДР-14 и ОДР-30 обеспечили помывку более 182 тыс. человек, дезинфекцию более 176 тыс. комплектов обмундирования.

Заключение. Организация медицинского обеспечения 14-й общевойсковой армии Карельского фронта в Петсамо-Киркенесской операции, проведенной с 7 по 29 октября 1944 г. совместно с частью сил Северного флота, представляет несомненный интерес прежде всего потому, что она является единственной наступательной операцией Великой Отечественной войны, проходившей в Заполярье.

На действия войск, их медицинское обеспечение влияли такие факторы, как суровые климатические условия Арктики, малонаселенность территории и крайне слабо развитая сеть дорог, пригодных для движения автомобильного транспорта. Медицинская служба 14-й армии располагала минимумом сил и средств. Существенно облегчило задачу по подготовке планирования медицинского обеспечения наступательной операции то, что расчеты проводились заранее (с учебно-тренировочной целью), задолго до поступления во фронт директивы Ставки. Основной проблемой была невозможность своевременно переместить медицинские подразделения и части в требуемые районы предназначения для выполнения задач по предназначению. Причиной тому послужило крайне слабо развитая сеть дорог, техническая несовершенство и недостаточное количество транспортных средств.

В связи со сложившейся обстановкой, медицинской службой были приняты правильные решения. К ним относятся: выделение так называемых групп долечивания в местах размещения ДМП и ХППГ при необходимости их перемещения вслед за наступающими войсками; развертывание на одной площадке двух одноименных этапов медицинской эвакуации; направление вслед за обеспечиваемыми войсками части личного состава медицинской службы с необходимым имуществом для развертывания соответствующего этапа медицинской эвакуации на новом рубеже; переключение эвакуации раненых и больных из частей и соединений, медицинские пункты которых еще не переместились на новый рубеж, на одноименные этапы медицинской эвакуации соседних частей и соединений.

Поздние сроки поступления раненых на этапы медицинской эвакуации, обеспечивавшие оказание первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи при явном несоответствии их возможностей объему предстоящей работы, несомненно, сказывались крайне отрицательно на итоговых показателях таких результатов лечения, как возвращение в строй, летальность, осложнения.

Опыт организации медицинского обеспечения Петсамо-Киркенесской наступательной операции имеет не только историческое значение. Выявляя трудности медицинского обеспечения войск, обусловленные конкретными условиями данной операции, изучая и оценивая мероприятия, осуществленные командованием и медицинской службой для преодоления этих трудностей, становится возможным определить наиболее правильные направления и пути организационного и материально-технического совершенствования медицинского обеспечения войск

в столь своеобразно и нередко экстремальной обстановке, какая складывалась в Петсамо-Киркенесской операции.

Таким образом, необходимость комплектования медицинских подразделений и частей, действующих в сложных климатических и дорожных условиях Заполярья, должна осуществляться тем количеством высокопроходимого санитарного транспорта, которое соответствует потребности медицинской службы. Кроме того, в целях скорейшей доставки раненых и больных авиационная составляющая при медицинской эвакуации с этапа квалифицированной медицинской помощи должна преобладать над остальными.

Литература

1. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. – под ред. Э.А. Нечаева. – М.: Воен. издат. – Т. 2, 1993. – 416 с.
2. Кувшинский, Д.Д. Медицинская служба 14-й армии в боях за освобождение Советского Заполярья / Д.Д. Кувшинский // Воен.-мед. журн. – 1969. – № 10. – С. 20.
3. Архив военно-медицинского музея (ВММ). – Ф. 5694, оп. 54868, д. 4, л. 51, оп. 35610, д. 2. – Л. 66.
4. Архив ВММ. – Ф. 56, оп. 7653, д. 3. – Л. 1–24.
5. Архив ВММ. – Ф. 56, оп. 7653, д. 3. – Л. 7.
6. Архив ВММ. – Ф. 20, оп. 4171, д. 2. – Л. 3, 4.
7. Архив ВММ. – Ф. 56, оп. 7653, д. 1. – Л. 67.
8. Архив ВММ. – Ф. 5694, оп. 35610, д. 2. – Л. 66.
9. Архив ВММ. – Ф. 56, оп. 7653, д. 4. – Л. 105–111.
10. Архив ВММ. – Ф. 5694, оп. 35610, д. 2. – Л. 70.
11. Кобзев, А.Ф. Особенности организации медицинского обеспечения войск в Заполярье: дис. ... канд. мед. наук / А.Ф. Кобзев. – Л.: ВМА. – 1947. – 320 с.
12. История второй мировой войны 1939–1945. Освобождение территории СССР и европейских стран. Война на Тихом океане и в Азии. – Т. 9. – М.: Воен. издат. МО СССР. – 1978. – 576 с.

A.M. Shelepov, V.V. Kucheinik, A.A. Zhukov, M.L. Chuvashov, V.B. Dergachev

Peculiarities of medical provision of soviet troops in Polar region during Petsamo-Kirkenes offensive operation

Abstract. *The medical service of the 14th army during the conduction of the Petsamo-Kirkenes offensive operation in the Polar region worked in especially difficult conditions. The severe Arctic weather conditions, imperfectness and sometimes absence of means of communications, shortage of means of evacuation, insufficient preparedness of medical personnel of the combat area for the work in the special conditions complicated the medical provision. The terms of the wounded delivery at the stages of medical evacuation and provision of the medical care to them were directly depended on road condition and considerably increased in off-road. The relatively low surgical activity level at the army and front hospitals may be explained by very difficult evacuation of the wounded and sick from medical sanitary battalions. The was the failure of cooperation between the army and the front medical units resulted in 2 to 3 times hospitals overload. During the operation the soviet medics delivered the medical care to more then 12 thousand officers and soldiers.*

Key words: *Arctic, Petsamo-Kirkenes operation, Polar region, treatment and evacuation provision.*

Контактный телефон: 8-963-305-93-67; e-mail: domkrat97@mail.ru