

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Майор мед. службы С. И. БГЛОВ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНОЙ ТАНКОВОЙ БРИГАДЫ В НАСТУПЛЕНИИ¹

Высокая оперативная и тактическая подвижность, быстрота маневра, стремительность атаки танковых частей требуют от медицинской службы большой маневренности, быстрого развертывания и свертывания медицинских пунктов и поддержания непрерывной связи со своими соединениями.

Получив задачу прорвать во взаимодействии со стрелковой дивизией оборону противника, танковая бригада выходит из района сосредоточения в район выжидательных позиций (10—15 км от переднего края обороны противника). На выжидательных позициях заканчивается всесторонняя подготовка к боевой операции и организуется взаимодействие со стрелковой дивизией.

Медицинская служба бригады в этот период должна обеспечить себя недостающим медицинским имуществом и медикаментами, уточнить дислокацию армейских госпиталей первой и второй линии и решить все вопросы взаимодействия с медсанбатом той дивизии, которую поддерживает танковая бригада. Офицеры медицинской службы обязаны вместе с офицерами штаба бригады и батальонов участвовать перед операцией в рекогносцировке местности и при этом определить места развертывания медицинского пункта бригады (БрМП), места стоянки санитарных машин (ПСТ), пути эвакуации раненых с поля боя в БрМП и из БрМП в армейские госпитали.

На основании данных о потерях в предыдущих боях производится расчет предполагаемых санитарных потерь за операцию и составляется лечебно-эвакуационный план обеспечения предстоящего боя. Учитывается, что в первые дни прорыва сильно укрепленной полосы обороны противника потери бывают большие. В соответствии с расчетом потерь медсанвзвода санчасти батальонов доукомплектовывают танковые аптечки, сумки санинструкторов и санитаров медицинским имуществом и медикаментами, а личному составу выдают индивидуальные перевязочные пакеты. Медицинский состав подробно инструктируется.

Закончив подготовку к бою, танковая бригада в ночь перед наступлением переходит из района выжидательных позиций на исходные позиции для атаки. Танки располагаются в укрытиях в 1,5—3 км от переднего края обороны противника. Санчасти танковых батальонов находятся здесь же на исходной позиции вместе с пунктом наблюдения и связи батальонов (ПНС). Санитарные машины медсанвзвода выходят на исходные позиции к БМП во время артиллерийской подготовки. Медсанвзвод бригады в составе первого эшелона тыла бригады [пункты сбора и ремонта аварийных машин (СПАМ) и др.] ночью перемещается из района выжидательных позиций вперед и располагается в 2—5 км от переднего края обороны противника, в месте, намеченном во время рекогносцировки.

В танковых ротах штатных медицинских работников нет. Для наблюдения за танковыми ротами во время боя мы назначали санитаров

¹ Печатается в порядке обсуждения. Ред.

батальонов. Находясь вместе с фельдшером на ПНС батальона, санитары к моменту начала боя пешком двигались за танковыми ротами и оказывали первую помощь раненым танкистам. На БМП постоянно работали фельдшер и санитарный инструктор, пользуясь носимым на себе (в санитарных сумках и вещевых мешках) запасом медицинского имущества и медикаментов.

Во время боя обычно фельдшер танкового батальона комплекта ПФ с собой не имел. Этот комплект громоздок, а фельдшер постоянно работает «с хода». К тому же в бою в комплекте и не было большой надобности, так как нужное медицинское имущество имелось в сумках.

После артиллерийской подготовки танки с исходных позиций идут в атаку. Санитары, наблюдая за танками, переходили сначала в переднюю линию окопов наших войск, а при дальнейшем продвижении танков — в окопы, оставленные противником. По мере продвижения танков вперед санитары, следуя от укрытия к укрытию, оказывали первую помощь раненым и оттаскивали их в укрытия. Видя горящий или подбитый танк, санитар пробирался к нему, в первую очередь оказывал помощь тяжело раненым, находившимся около танка, и быстро оттаскивал их от машины в укрытие. Если подбитый танк не мог двигаться, санитар извлекал из него раненых и также оттаскивал их в укрытие. Из укрытий раненых вывозили санитарные машины, танки, идущие на СПАМ, а иногда и здоровые члены экипажа. Если же танк не потерял способности двигаться, санитар после оказания первой помощи раненым укладывал находившихся в укрытии на броню танка и отправлял на БМП или непосредственно в медсанвзвод бригады. Все легко раненые после оказания им первой помощи самостоятельно следовали на БМП, зная, что медицинский пункт находится на исходных позициях.

Нередко танки, ведя бой, уклонялись в стороны от основного направления действий роты или батальона, и санитар, занятый ранеными, не мог подойти к подбитому танку. В этих случаях раненым членам экипажа первую помощь оказывали товарищи, пользуясь танковой аптечкой. Обычно перед атакой танкисты раскладывали содержимое аптечки по карманам. Экипаж, покидающий горящий или подбитый танк, может вынести одного раненого. По нашим данным, в 45% случаев первая помощь раненым членам боевых экипажей танков на поле боя была оказана в порядке само- и взаимопомощи, в остальных 55% случаев — санитарями.

Танкист должен хорошо владеть приемами само- и взаимопомощи.

Извлечь тяжело раненых из танка на поле боя очень трудно. Извлечение из машины болезненно для раненого и сильно травмирует его. Кроме того, есть опасность повторного ранения. Легко раненые быстро выбирались из танка самостоятельно. Раненых, остающихся в машинах, которые могут без посторонней помощи возвращаться на СПАМ, лучше не извлекать на поле боя. Когда тяжело раненого извлекают из танка на БМП или БрМП, ему необходимо сначала непосредственно в танке ввести морфин, произвести иммобилизацию и извлекать из танка через люки башни. При этом один человек берет раненого за воротник одежды снаружи, второй подсаживает его внутри танка. Удобнее при этом пользоваться лямками. БМП принимал гервых раненых на исходных позициях. На БМП работали фельдшер и санинструктор. Объем медицинской помощи соответствовал объему помощи на БМП стрелковых войск и сводился к осмотру раненых, проверке повязок и жгутов, наложенных на поле боя, шинированию, проведению простейших противошоковых мероприятий и перевязке ран у тех раненых, которые прибывали без повязок.

После оказания доврачебной помощи раненых на санитарных ма-

шинах или на грузовом порожняке отправляли в медсанвзвод бригады (БрМП).

Когда танки уходили вперед, санчасть батальона вместе с ПНС батальона пешком или на машинах двигалась за танками. Санитарные машины также продвигались вперед за батальонами.

Во время преследования противника, когда танковые части совершали марш в постоянной готовности к бою, санчасти танковых батальонов размещались на броне танков в конце колонн. Санитарные машины медсанвзвода следовали за колоннами. При завязке боя санчасть батальона останавливалась и развертывала БМП. Санитары следовали за танковыми ротами. Медсанвзвод бригады передвигался в составе первого эшелона тыла бригады на некотором расстоянии от танковых батальонов. При вступлении танков в бой он быстро развертывал БрМП и принимал раненых, оказывал им первую врачебную помощь и эвакуировал в госпитали.

После окончания боя БрМП свертывался и медсанвзвод двигался дальше.

Санчасти батальонов в бою и вне боя размещались в землянках, в домиках, а то и под открытым небом (в окопе, траншеях). Необходима стандартная брезентовая палатка специально для БМП по типу палатки ПМП, но меньше. Имея такую палатку, санчасть батальона может начать прием раненых и больных в любом месте через 15—20 минут после приезда. Мы для этой цели употребляли танковые брезенты.

Посты санитарного транспорта в танковой бригаде состояли из 1—2 санитарных машин и выдвигались от медсанвзвода бригады к БМП. Обычно санитарные машины подходили непосредственно к БМП, а на открытой местности санитарные машины останавливались в наиболее удобном укрытии невдалеке от БМП. Фельдшеру батальона сообщали о месте стоянки машины. На закрытой местности машины подходили вплотную к танкам и брали раненых непосредственно на поле боя.

В боях за г. Цинтен бригада действовала на двух направлениях: в обход леса слева и справа. В этом случае каждый батальон имел по одной санитарной машине. Таким образом, было организовано два ПСТ. Машины останавливались у дороги, не маскируясь, чтобы их видели проходящие раненые. После отъезда машины в тыл на месте ее стоянки оставался человек, который встречал и собирал раненых своей части. Когда танки уходили вперед, санитарные машины, увозившие раненых на БрМП, отрывались от своих частей иногда на 10—15 км и более и, возвращаясь, должны были разыскивать их. Поэтому для сопровождения санитарных машин мы выделяли фельдшеров или грамотных, толковых санитарных инструкторов. Они могли в штабе бригады или батальона получить информацию об обстановке и, ориентируясь по карте, а в исключительных случаях по следу, разыскать свои части.

Медсанвзвод танковой бригады по своим штатам, укомплектованности и объему работы может быть приравнен к медсанроте стрелкового полка. Во время боя он располагался в районе первого эшелона тыла бригады вместе со СПАМ и здесь развертывал бригадный медицинский пункт (БрМП). Расположение БрМП в районе СПАМ целесообразно по следующим причинам: 1) на СПАМ с поля боя выходят для ремонта неисправные танки, тягачи; попутно на них подвозят раненых из БМП и с поля боя; 2) на СПАМ из тылов бригады подвозят на автомашинах боеприпасы, горючее, запасные детали, а на порожняке, идущем обратно в тыл, можно из БрМП эвакуировать раненых.

При выборе места для развертывания БрМП необходимо учитывать проходимость дорог. Хорошие подъездные пути с переднего края

к БрМП и хорошие пути эвакуации от медсанвзвода до госпиталей — самый важный момент в работе.

Медсанвзвод перед прорывом обороны подтягивался вперед и по мере продвижения танков перемещался на новое место. Перемещение медсанвзвода производилось обычно ранним утром. Это время наиболее удобно. В течение дня и ночи раненых подбирают на поле боя и вывозят из батальонов в БрМП. Здесь раненые получают необходимую врачебную помощь. За ночь БрМП эвакуирует всех раненых в госпитали и утром имеет время на переезд и развертывание на новом месте. Необходимо заблаговременно перед атакой сообщать фельдшерам батальонов новое место дислокации медсанвзвода (БрМП).

Всего своего имущества медсанвзвод в бой не брал, оставляя не применяемую в бою часть его в тылах бригады. Это увеличивало мобильность медсанвзвода. При переездах имущество перевозилось за один или два рейса, смотря по наличию машин.

БрМП развертывался чаще всего в палатке ПМП, иногда в помещениях. Здесь кстати отметить, что стандартная палатка ПМП сослужила большую службу. Однако в ее конструкцию необходимо внести дополнения: оконные рамы заделывать не стеклом, а слюдой, целлулоидом или другим прозрачным небьющимся материалом; снабдить палатку портативной складной печкой, которой можно было бы пользоваться и для стерилизации инструментов. Для освещения палатки мы применяли аккумулятор.

Эвакуация раненых из батальонов и из БМП в БрМП совершалась по принципу «на себя»; эвакуация из БрМП в госпитали шла «от себя» на санитарном и войсковом транспорте бригады. При большом потоке раненых и недостатке санитарных машин, начальник штаба бригады выделял дополнительные машины специально для эвакуации раненых. Обычно раненых из БрМП эвакуировали непосредственно в армейский госпиталь. Когда части продвигались вперед, а армейские госпитали отставали, приходилось эвакуировать раненых на ДМП стрелковых дивизий и, в частности, на ДМП той дивизии, которую бригада поддерживала.

Легко раненых из БрМП эвакуировали в команду легко раненых (КЛР) на порожняке или на специально выделяемом автотранспорте. КЛР организовывались во втором эшелоне тыла бригады; численность их доходила до 70 человек. КЛР сыграли большую роль, сохраняя для бригады ценные кадры. Руководил командой и медицински обслуживал ее фельдшер роты технического обеспечения. КЛР располагалась в землянках, домах или палатках.

Частоту и быстроту перемещений медицинских пунктов танковых частей можно иллюстрировать двумя примерами. При вторжении в Восточную Пруссию за 9 дней боев медсанвзвод перемещался 6 раз. За 14 дней боев на Земландском полуострове и косе Фриш-Нерунг медсанвзвод перемещался 11 раз. Это показывает, что медицинские пункты танковых частей должны иметь достаточное количество машин для эвакуации раненых и стандартные палатки типа ПМП и ДМП, позволяющие быстро развертываться и свертываться.

Начальник санслужбы бригады и командир медсанвзвода в бою поддерживали постоянную связь со штабом бригады путем личного общения и через посыльных. Обстановку приходилось уточнять в штабе каждые 2—3 часа, так как при танковом бое она быстро меняется. Связь с фельдшерами батальонов поддерживалась через фельдшеров, сопровождающих санитарные машины, личным общением и через штабные радиостанции.

Характеристика поражений (сделана на основе анализа более 800 случаев ранений и ожогов) личного состава боевых экипажей такова: ранения мягких тканей (легкие) 48,6%, тяжелые ранения (пере-

ломы костей, проникающие ранения полостей) 26,3%, ушибы 11,6%, контузии 6,7%, ожоги 6,8%.

Танкисты получают ранения как в танках, так и вне их. Ранения вне танка наблюдаются обычно тогда, когда танкисты по какой-либо причине покидают машину. Преобладают пулевые и осколочные ранения. Легкие и тяжелые ранения вне танка бывают только осколочные, они наносятся осколками снарядов, брони, противотанковыми минами. Очень редко члены экипажей, находящиеся внутри танка, получают пулевые ранения. Это бывает только при налетах авиации, когда люки оставались открытыми или когда танк шел в атаку с открытыми люками.

Большую часть (48,6%) составляли легкие ранения (мягких тканей). Раненые этой группы нуждаются в непродолжительных сроках лечения. Часть их лечилась в КЛР.

Тяжелые ранения составляли 26,3%. К ним относились: огнестрельные переломы костей конечностей, проникающие ранения черепа, грудной клетки, живота, ранения больших суставов и пр. Всех раненых этой группы эвакуировали в госпитали.

Большое количество ушибов и контузий среди танкистов объясняется прежде всего тем, что люди находятся в боевой машине. При ударе снаряда в броню танка снаружи или при разрыве его на броне, при взрыве противотанковой мины под танком, при разрыве тяжелых снарядов и бомб рядом с машиной воздушная взрывная волна ударяет членов экипажа о внутреннюю броню танка.

Легкие ушибы бывают при быстром ходе машины, при бросках танка в канавы, воронки, окопы.

Ожоги при горении танка получает 6,8% общего количества раненых. Танк загорается при попадании снаряда в моторную группу и бензиновые баки. Горение танка продолжается от нескольких минут до нескольких часов. Экипаж в составе 4—5 человек (в том числе и легко раненые) за 10—15 секунд может выскочить из танка. Однако наблюдались случаи, когда не только тяжело раненые, которые не могут самостоятельно выбраться из танка, но и здоровые или легко раненые члены экипажа оставались в горящей машине и гибли.

Это можно объяснить двумя причинами. Во-первых, угаром (пороховые газы, дым от горения внутри танка газолина, масла и краски). Это подтверждает следующий пример: стрелок-радист, выскочив из горящего танка, тут же упал, потеряв сознание. Товарищи оттащили его в окоп. При осмотре никакого ранения у радиста не было обнаружено. Нашатырный спирт и движения при перетаскивании на чистом воздухе вернули сознание. Во-вторых, растерянностью и испугом новичков, истерической реакцией на тяжелые психические переживания при воспламенении танка.

Пламя быстро охватывает одежду и открытые части тела, забрызганные обычно газOLIном и маслом. Выбравшись из танка, люди открывают люки, увеличивая при этом доступ в танк кислорода, а значит, и усиливая интенсивность горения. Пламя устремляется в люки, из которых должны выскочить члены экипажа. В момент выскакивания люди обычно и получают ожоги, в первую очередь рук и лица. Одновременно воспламеняется одежда, причиняя ожоги всему телу. Горящую одежду необходимо быстро сорвать. Вот почему танкистам не рекомендуется в бою носить комбинезоны, которые трудно снимать. Для защиты туловища и конечностей танкистов необходимо снабдить одеждой с асбестовой ниткой на застежках «молния»: такая одежда быстро снимается и не так легко воспламеняется. Танковый шлем хорошо защищает от ожогов волосистые части головы.