Медицинское обеспечение Маньчжурской операции



Успехи, достигнутые в лечении раненных и больных, в возвращении их в строй и к труду по своему объему и значению равны выигрышу крупнейших стратегических сражений.

Е.И. Смирнов, начальник Главного военно-санитарное управления Красной армии (1939 – 1945)



Кёнигсберг, медсанбат, май 1945 г., фото с сайта «Медицинский вестник: официальный портал медработников Белоруссии»

Медицинское обеспечение боевых действий Красной армии в Великой Отечественной войны формировалось в невероятно сложных условиях. Тяжелые оборонительные бои с большими потерями живой силы, неукомплектованность личного состава медицинской службы, скудность материальной базы, быстрое, плохо прогнозируемое движение фронтов – все делало организацию медицинской помощи в войсках очень сложной задачей. Совсем другая ситуация была в 1945 г. в дни Маньчжурской операции. К планированию ее медицинского обеспечения Главное военно-санитарное управление Красной армии подошло с позиций уже разработанной и опробованной на практике Военно-медицинской доктрины (1942 г.), наличия опытных фронтовых врачей, громадного опыта военной медицины и выдающихся ее достижений в годы войны.

Для руководства медицинским обеспечением Маньчжурской операции была создана оперативная группа представителей Главного военно-санитарного управления Красной армии (ГВСУ), наделенная всеми полномочиями, что значительно улучшило руководство медицинской службой. Возглавил оперативную группу генерал майор медицинской службы Николай Иванович Завалишин. Завалишин был опытнейшим организатором военно-медицинской службы. Еще в годы Первой мировой войны он служил братом милосердия, затем фельдшером лазарета. После окончания медицинского факультета МГУ в 1917 г. принимал участие в качестве бригадного врача в гражданской войне, преподавал в Военно-медицинской академии, был участником Советско-финляндской войны (консультант санитарного отдела 8-й армии).





Генерала медицинской службы Н.И. Завалишин, художник В.А. Машенкин, изображение с сайта Военно-медицинского музея

В годы Великой Отечественной войны Н.И. Завалишин с первых и до последних дней находился в действующей армии: заместитель начальника Военно-санитарного управления Западного фронта (1941-1943), начальник Военно-санитарного управления Северо-Кавказского фронта (1943), начальник санитарного отдела Отдельной Приморской армии (до мая 1944), заместитель начальника Главного Военно-санитарного управления Красной армии, с июня 1945 г.

Е.И. Смирнов в своих воспоминаниях писал: «Ему чужды были солдафонство и ложное мнение о превосходстве начальника, ни при каких обстоятельствах не меняющего своих решений. Ему также были чужды даже намеки на использование служебного положения в обсуждении служебных дел, когда сложность и трудность их решения требовали убедительного обоснования и тщательных доказательств».



Столыпин П.Г. (1899 – 1970),
фото с сайта «Дорога памяти»

Начальником Военно-санитарного управления Забайкальского фронта был назначен генерал-майор медицинской службы Павел Григорьевич Столыпин. Павел Григорьевич был на военной службе с 1917 г., участник гражданской войны. В 1927 г. окончил Военно-медицинскую академию и находился на командующих должностях в области медицинского обеспечения боевых действий войск. С 1941 г. заместитель начальника Санитарного управления Северо-Западного фронта, начальник медицинской службы 2-го Украинского, затем Забайкальского фронта.



Погрузка вагонов,
Фото с сайта Роспотребнадзора

За годы Великой Отечественной войны был накоплен огромный практический опыт отработки подготовительных мероприятий, выполнение которых являются обязательными к началу наступательной операции. На подготовительном этапе максимально освобождались от раненых и больных госпитальные базы. При подготовке Маньчжурской операции освободили госпитали приграничных районов – в городах Чита, Улан-Уде, Хабаровск, Владивосток и др. Все этапы эвакуации были максимально приближены к войскам, созданы значительные резервы сил и средств медицинской службы. Войсковая медицинская служба была пополнена личным составом и имуществом.

Летом 1945 г. во всех звеньях медицинской службы армий и фронтов имелось такое количество медицинских учреждений, прежде всего госпиталей, что с избытком обеспечило бы решение всех задач операции. Трудность заключалась в переброске резервов через огромные расстояния с запада на восток страны.

Согласно Военно-медицинской доктрине СССР большое внимание уделялось профилактической работе. Подготовка к боевым действиям включала перемещение громадных сил – около 850 тысяч бойцов для усиления частей Красной армии на восточном театре были передислоцированы из освобожденной ими Европы. Так создавалось преимущество в живой силе в 1,2 раза по сравнению с Квантунской армией, что в совокупностью с силами, уже размещенными на востоке страны в годы войны для сдерживания Японии, составило около 1 миллиона 700 тысяч советских военнослужащих.



Передислокация Красной армии на восток страны, фото с сайта «Календарь Победы»

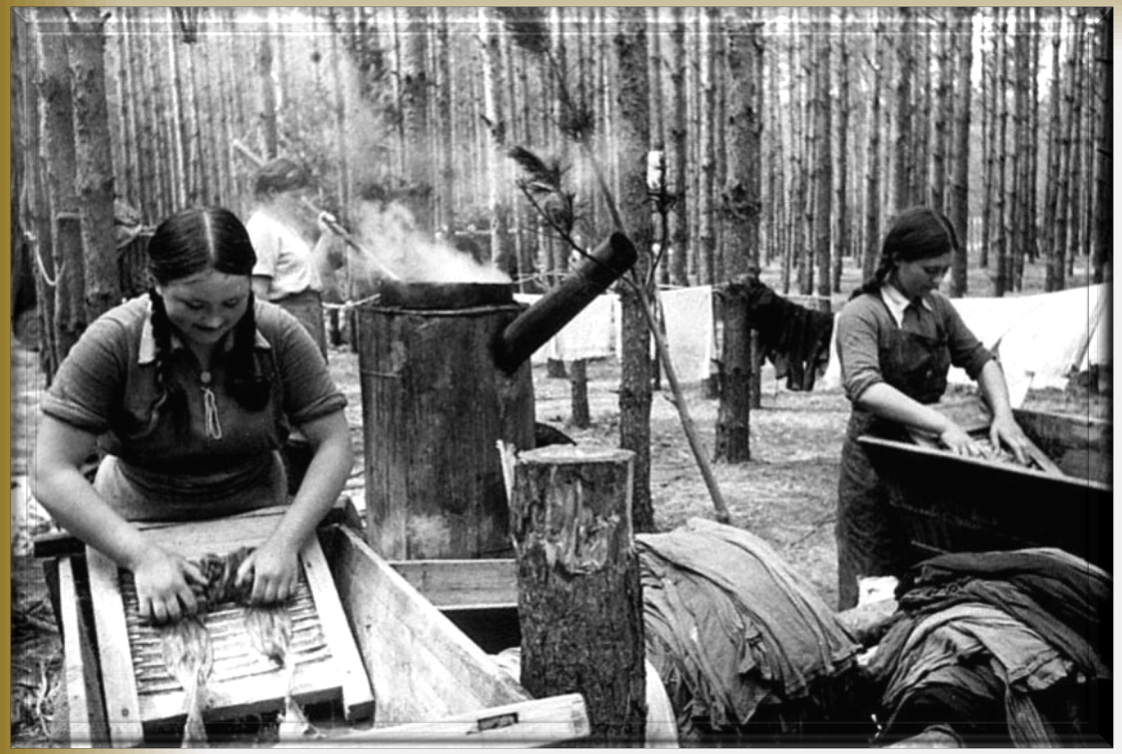


На пропускном пункте железной дороги, фото с сайта Управления Роспортебнадзора по ж.д. транспорту

Нужно было провести большую профилактическую санитарно-медицинскую работу по предотвращению вспышек инфекционных и паразитарных заболеваний при перемещении большого количества людей. Профилактическая санитарно-медицинская работа в Красной армии в годы войны была поставлена на высочайший уровень, что доказывает один факт: впервые в истории войн в действующей армии не возникло эпидемий.

При каждом воинском эшелоне был врач, который получал санитарный паспорт на эшелон. На случай выявления инфекции в каждом эшелоне был вагон изолятор. В своей работе врачи опирались на систему контрольно-пропускных пунктов, созданной на всей протяженности железных дорог Народными комитетами путей сообщений и обороны СССР. На КПП проводились осмотры, при необходимости санитарная обработка вагонов и госпитализация заболевших в местные госпитали.

Полевой прачечный отряд в годы войны



Для профилактики инфекционных заболеваний в состав медицинской службы сил Красной армии, готовившихся к началу Советско-японской войны, были отмобилизованы полевые прачечные отряды, обмывочно-дизенфекционных роты, банно-прачечные поезда.

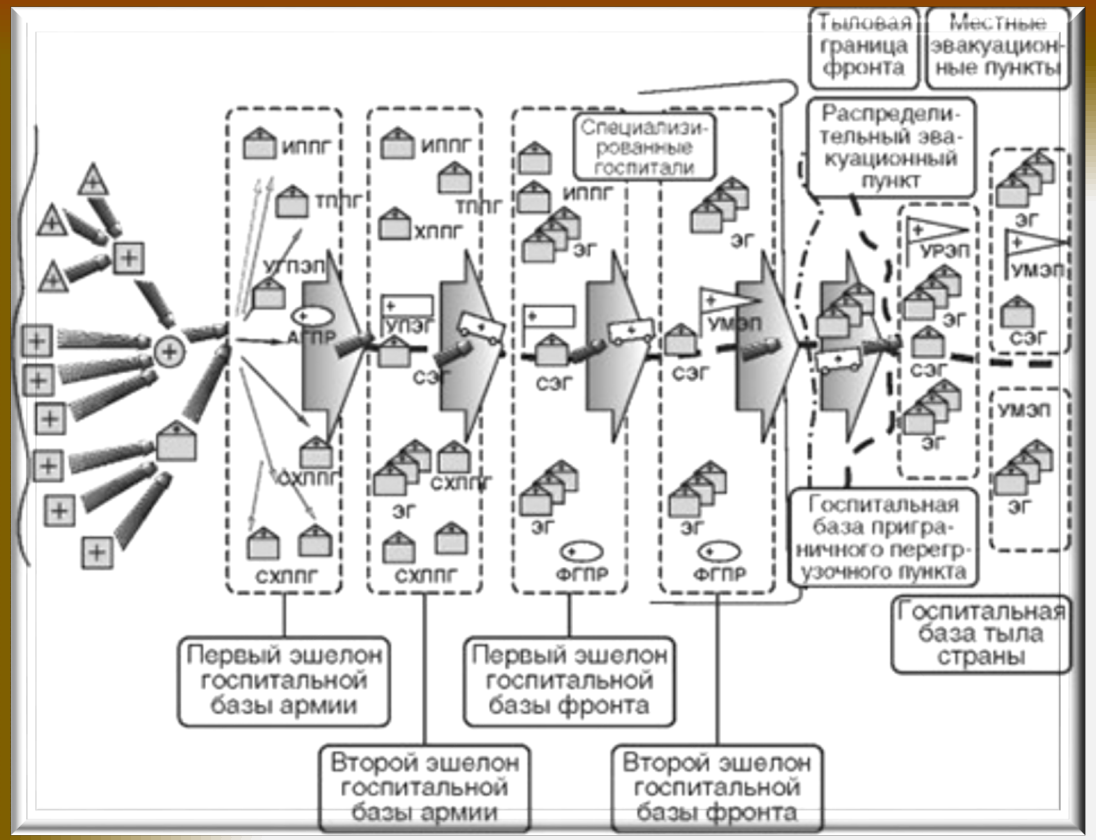


Стрика белья в банно-прачечном поезде, фото с сайта Управления Роспотребнадзора по ж.д. транспорту

Банно-прачечной поезд в годы войны, фото с сайта газеты «Военное обозрение»



Только на станции Манзовка (Приморский край) за период июнь – 10 августа 1945 г. были в двух банно-прачечных поездах перед отправкой на фронт помыты 1781 человек, продезинфицировано 517 тыс. комплектов обмундирования, выстирано около 2 тонн белья.



Система лечебно-эвакуационных мероприятий, изображение с сайта «История медицины»

На подготовительном этапе командование и организаторы медицинской службы армии делают оценку боевой и медицинской обстановки. Значение боевой обстановки вполне понятно, под медицинской же обстановкой подразумевается предполагаемое количество раненных и больных, особенности их состояния, количество медицинских специалистов, госпиталей, особенности путей эвакуации, наличие транспорта.



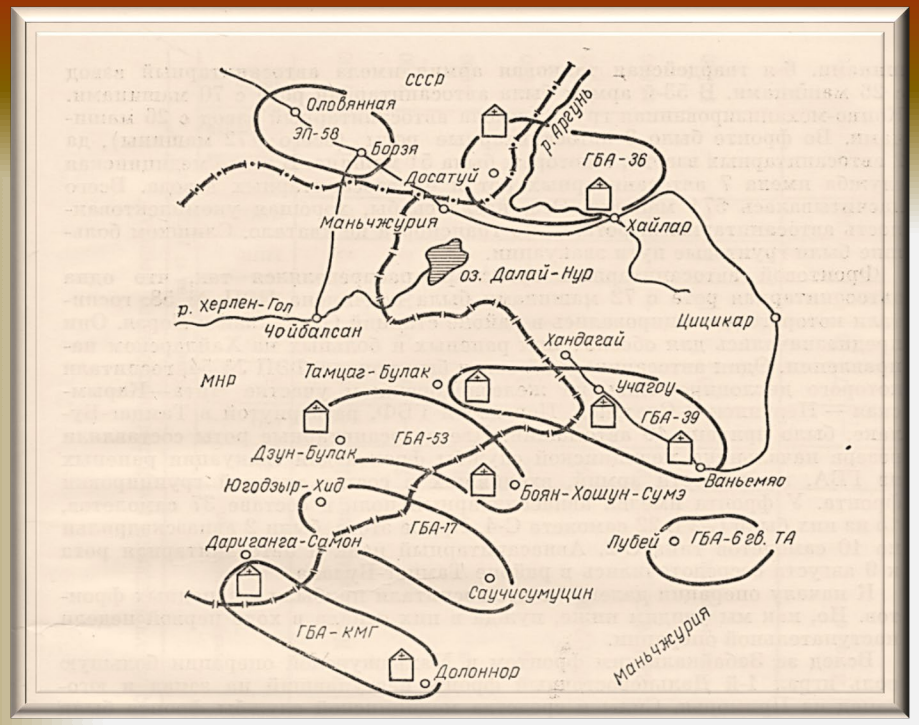
Переход советских войск через Хинган, художник Ф.П. Усыпенко, фото с платформы «Дзен»

При планировании Маньчжурской стратегической наступательной операции, оценка медицинской обстановки проводилась исходя из опыта советско-германского фронта. Был сделан расчет ожидаемых санитарных потерь – общие количество 540 тысяч человек, из которых 381 тысяча – раненые в бою. При расчете возможных потерь были учтены не только силы противника, но и особенности местности, в которой будут происходить сражения –войскам предстоял переход через монгольские степи, пустыню Гоби, где нет источников питьевой воды, горный хребет Большой Хинган, где нет дорог, заболоченную местность в сезон дождей.



Советские войска после длительного перехода по Маньчжурии, 1945 г., фото с сайта инфоцентра AfterShock

Заход на территорию противника и передвижение по ней до первых крупных столкновений планировались в очень стремительном темпе марш-броска, затем без отдыха – начало боев. Вести боевые действия предполагалось с хорошо окопавшимся противником, штурмуя укрепрайоны с большими запасами вооружения, боеприпасов, продовольствия.



Дислокация госпитальных баз Забайкальского фронта, 15 августа 1945 г., иллюстрация из книги Е.И. Смирнова «Война и военная медицина»

Согласно этим вводным был рассчитан коечный фонд армейского тылового района и глубокого тыла, штатная укомплектованность госпиталей, снабжение оборудованием и медикаментами на два месяца боевых действий. Вблизи театра боевых действий предполагалось лечить 80% раненых и больных, и только 20% наиболее тяжелых эвакуировать во внутренний район страны.

Основой для формирования системы военно-медицинского обслуживания стала коечная сеть, развернутая в Забайкалье и на Дальнем Востоке. Именно в этих регионах был в военные годы создан маневренный медицинский фонд на случай возможных боевых действий на восточном театре. Так на Забайкальском фронте, сформированном 15 сентября 1941 г., было 25 000 коек, из которых свободными все годы войны держали 14 000.



Советские солдаты на американских мотоциклах Харлеи-Дэвидсон, Маньчжурия, август 1945 г., фото с сайта газеты «Забайкальский рабочий»

Однако, пришлось вносить существенные изменения и в организацию уже имеющихся в дальневосточной группировке войске медицинских учреждений. Во время их образования предполагался оборонительный характер боевых действий – в случае нападения Японии на территорию СССР. В августе 1945 г. маневры действующей армии планировались как стратегические стремительные наступления.



Санинструктор, художник Е. Смирнов, изображение с сайта РИА «Новости»

Для организации медицинской помощи на всех трех фронтах по предварительным расчетам было необходимо иметь мощность 200 – 250 тысяч штатных коек, задействуя уже функционирующие, резервные и вновь организованные армейские и тыловые госпитали. Учитывая имеющиеся в дальневосточной группировке войск ресурсы необходимо было увеличить в два раза численность кадрового состава, коечный фонт и объем медицинского имущества боевого перечня. Для увеличения мощности медицинской службы на восточном театре военных действий начинается переброска из Европы санитарно-медицинскими служб с их воинскими подразделениями и более 300 различных медицинских учреждений.



Сборка санитарных сумок на заводе, изображение с сайта РИА «Новости»

Для создания преимущества внезапности нападения сроки операции с конца августа были сдвинуты на 9 августа. Между тем только погрузка некоторых медицинских учреждений, которые должны были участвовать в Советско-японской войне, была запланирована на август – сентябрь. В итоге, к началу боевых действий от запланированных объемов было развернуто 77% коек, а штатная укомплектованность медицинских подразделений составила 83%.



Международный символ биологической опасности

Было произведено эпидемиологическое прогнозирование обстановки на будущем театре военных действий. На территории, через которую передвигались войска, находились природные очаги инфекций, на сегодняшний день, внесенные в перечень особо опасных, т. е. представляющие исключительную эпидемиологическую угрозу - чума и холера, сыпной тиф, натуральная оспа.

Одна из важнейших задач медицинской службы Красной армии было предотвращение вспышки этих инфекций в войсках и, после окончания войны, заноса их на территорию СССР в момент вывода контингента.

Противочумный отряд, Маньчжурия 1945 г., фото с сайта «Ариг Ус: новости Бурятии»



Учитывая это в действующей армии были созданы противочумные отряды, усиленные лабораториями. Работа противочумных лабораторий была очень важной составляющей противоэпидемиологической работы т. к. ранее эти территории не исследовались должным образом и достоверные данные о ее эпидсостоянии отсутствовали. Отряды выполняли задачи санитарно-эпидемиологической разведки, профилактической работы и ликвидации очагов чумы. Случаи заболеваний были выявлены среди местного населения, которому противочумные отряды Красной армии оказывали медицинскую помощь. Среди советских военнослужащих случаев чумы не было зафиксировано. В подготовительный период для предупреждения эпидемии до 85% военнослужащих были привиты противочумной вакциной.

Сотрудники санэпидотряда. Китай, Харбин, фото с сайта журнала «Родина»



Угрозу представляли собой и другие опасные заболевания, распространённые в регионе: энцефалит, паразитарные тифы, кишечные инфекции. Учитывая все эти факторы санитарно-эпидемиологические отряды работали на каждом фронте, в каждой армии. В их задачи входили контроль за качеством питьевой воды, осмотры военнослужащих, экстренная изоляция в случае необходимости. При каждой армии были организованы инфекционные госпитали, готовые принимать больных с самыми опасными инфекциями. 96% контингента привили поливакциной от оспы, тифа и др. инфекций.

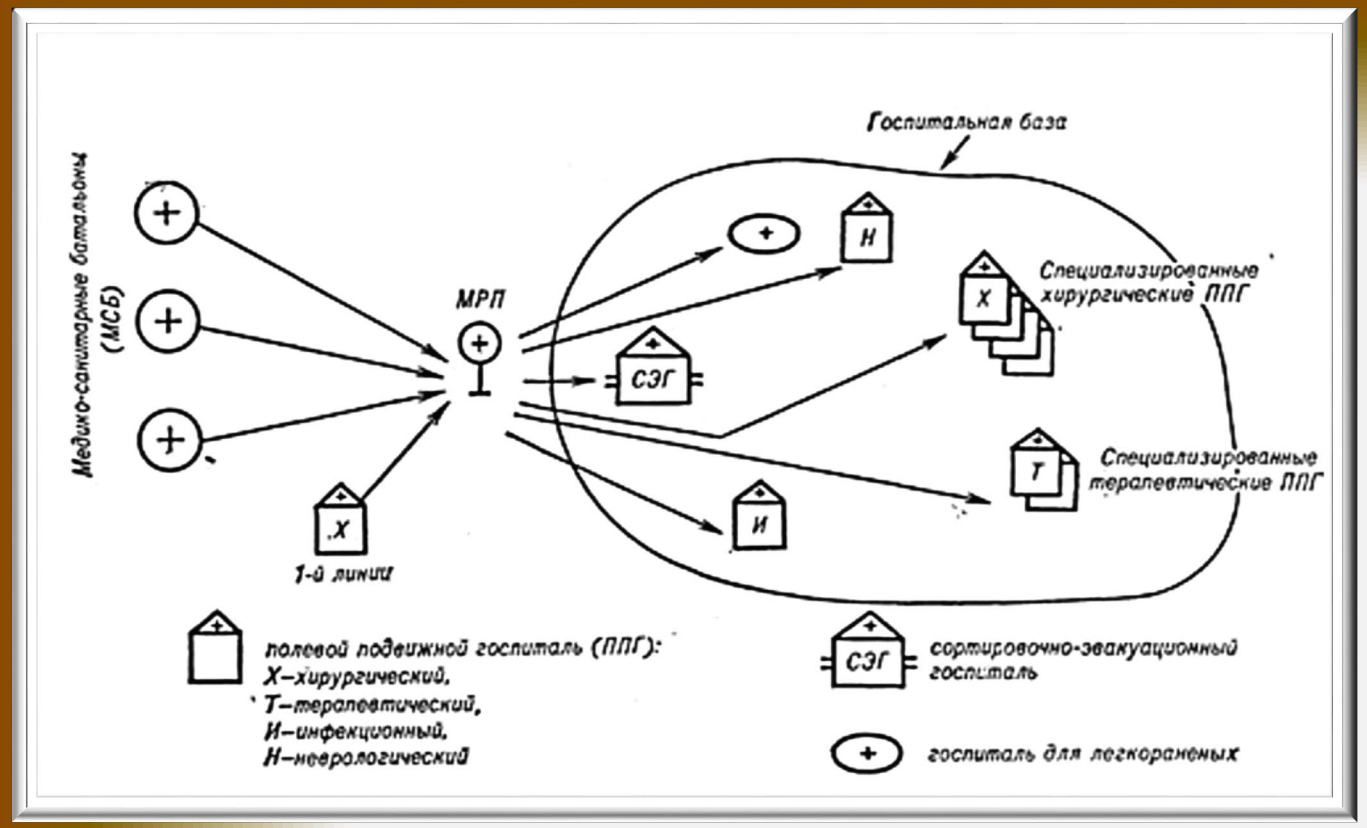


Советские войска в предгорьях Большого Хингана, фото с сайта «Все о второй мировой»



Колонна машин с пехотой и техникой, Маньчжурия, август 1945 г, ГАПК, фотофонд

Особенностью проведения Маньчжурской операции являлись и трудности в обеспечении военнослужащих питьевой водой. Опыт войны показал, что санитарно-гигиенические мероприятия в области полевого водоснабжения – важнейшая противоэпидемическая мера. Из-за природных условий театра военных действий – слабозаселённые степи Монголии и Маньчжурии, безлюдная пустыня Гоби – источников питьевой воды было мало, а безопасных источников, из-за диверсионных действий противника, было еще меньше. Для обеспечения нужд войск водой и профилактики желудочно-кишечных заболеваний в местах сосредоточения сил инженерными войсками было очищено и построено вновь более 1000 колодцев.



Госпитальная база армий в годы Великой Отечественной войны, изображение с сайта «История медицины»

Для оказания помощи раненым и больным была сформирована система медицинского обеспечения, состоящая из госпитальных баз армий, находящиеся возле переднего края войск (ГБА) и госпитальных баз фронтов (ГБФ), располагающиеся в населённых пунктах. Эта система была хорошо отработана и надежно обеспечивала реализацию принцип этапности лечения с эвакуацией по назначению.



Старший лейтенант Постригонь оказывает помощь раненому бойцу во время Южно-Сахалинской наступательной операции август 1945 г., фотофонд ГАПК

ГБА – первичное звено медицинской эвакуации обеспечивающие основные специализированные виды медицинской помощи раненым и больным. В ГБА входили:

- передвижные медицинские пункты, оперативные роты медицинского усиления - неотложное оперативное вмешательство максимально близко к зоне боевых действий;
- медсанбаты - первая хирургическая обработка;
- медицинские распределительные пункты - сортировка, эвакуация;
- госпитали для лечения легкораненых и больных (ГЛР);
- терапевтические полевые передвижные госпитали (ТППГ) хирургические полевые передвижные госпитали (ХППГ), инфекционные полевые передвижные госпитали (ИППГ).

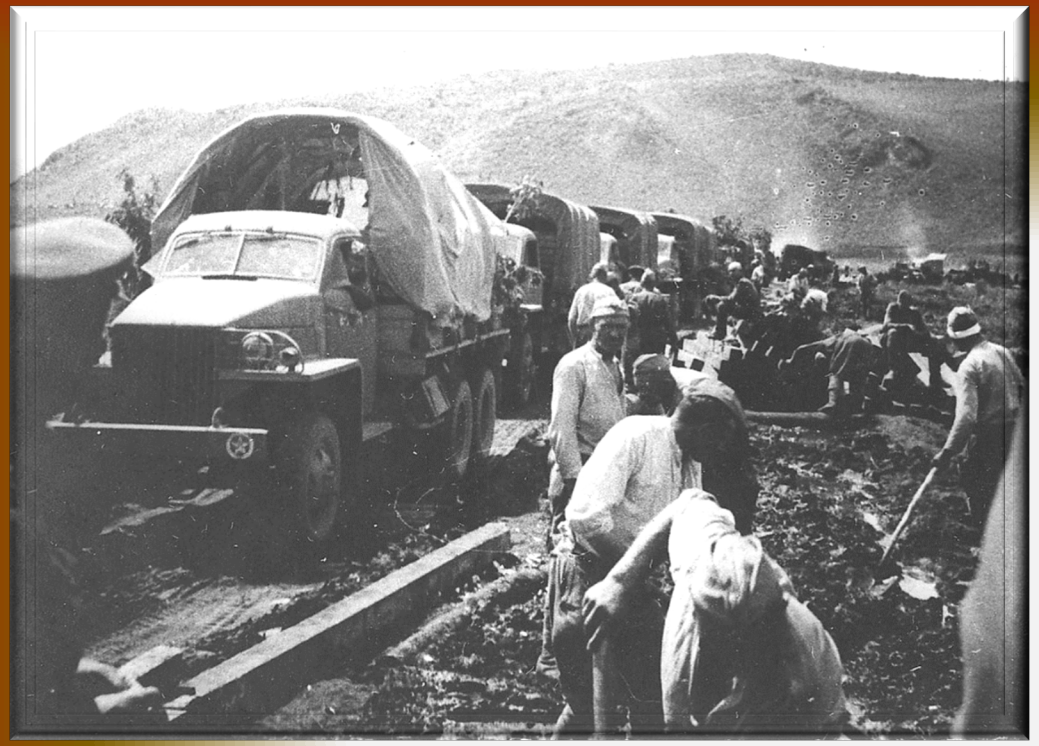


Погрузка раненого для эвакуации, фото с портала Дзен, фотопроект «100 лет системе отечественного здравоохранения»



Санитары эвакуируют раненого бойца на конной повозке во время Южно-Сахалинской наступательной операции. Август 1945 г., фото с сайта «Все о второй мировой»

Для оказания первой помощи и эвакуации в состав медицинской службы армейских госпитальных баз входили по Забайкальскому, 1-ом и 2-ом Дальневосточным фронтам 7 конно-санитарных рот типового состава, 10 автомобильных рот и 4 автомобильных взвода. Укомплектованность автомобильным транспортом была неплохой. Так только на Забайкальском фронте было 571 санитарных машин.





Колонны машин на дорогах Маньчжурии, август 1945 г.,
фото с сайта Государственного архива Приморского края

Трудность оказания экстренной медицинской помощи в Маньчжурской операции создавало состояние дорог: автомобильных дорог не было вообще, а состояние грунтовых дорог было неудовлетворительное. Их проходимость в августе, когда начинался сезон дождей, была очень плохой. Эвакуация раненых автотранспортом осуществлялась только в первые дни операции, затем из-за распутицы и бездорожья от нее пришлось отказаться: многие раненые и больные ее не переносили. Плохие дороги – основная причина, того, что первая хирургическая помощь оказывалась раненым даже не в первые 6 – 8 часов, как требовала Единая военно-полевая доктрина, а иногда и не в первые сутки.



Палатка-процедурная МСБ, фото с сайта «История России в фотографиях»

Для Маньчжурской операции были характерны огромная протяженность фронта, стремительное перемещение сил по сложной местности. Сразу после начала операции начинается преследование противника силами Красной Армии. Повторяя маневры фронтов, за ними должны были следовать медсанбаты и госпитали первой линии, но, учитывая стремительность движения и качество дорог, темп держали только головные их части. Так, например, на Забайкальском фронте полковые медицинские подразделения, находившиеся 9 августа в непосредственной близости к своим частям, стали быстро отставать на 20 – 25 км, медико-санитарные батальоны на 80 – 70, а иногда и на 200 км.



Операция в эвакогоспитале г. Улан-Удэ,
фото с сайта научно-популярного журнала
«Мир Байкала»

Эвакопункты и эвакогоспитали ГБФ размещались как в населенных пунктах востока СССР, так и на территории Монголии. Например, из Читы, Улан-Уде и Иркутска были переведены госпитали в Чойболсан и Тамцаг-Булаук, Долоннор, Жэхе, Хвйлар, Янцзы. В ГБФ размещались различные (терапевтические, хирургические, инфекционные, неврологические) эвакогоспитали тыла и глубокого тыла, где больные и раненые получали более сложную медицинскую помощь: повторные и восстановительные хирургические операции, протезирование, проходили длительное лечение и реабилитацию.



Операция в ХППГ, фото с сайта «Все о Второй мировой»



Переливание крови раненому бойцу в полевом госпитале действующей Красной Армии, фото из фондов РГАКФД

Для большей мобильности формировали оперативные роты медицинского усиления, включающие – 3, максимум 4 машины вместо 20, бравшие с собой только самое необходимое имущество. Из-за такого положения вещей помощь в непосредственной близости к фронту оказывалась 50 – 70% раненым т.е. оперируемость в медучреждениях первой линии была недостаточно высокой. Остальных вывозили в ХППГ, что значительно отодвигало сроки оказания медицинской помощи и, конечно, снижала ее эффективность в виду «отяжеления» раненых в пути.

Полевой передвижной госпиталь, фото с сайта «История России в фотографиях»



Большинство полевых госпиталей в первые дни наступления не могли провести развертывание т.к. стремительное движение армий делало их дислокацию неясной, а небольшие санитарные потери на первом этапе войны давали время для решения организационных вопросов. Только после 11 – 15 августа большинство медицинских учреждений армейских баз стали обустраиваться для приема раненых и больных.

Анализируя события и результаты Маньчжурской операции Е.И. Смирнов, начальник Главного санитарного управления Красной армии писал: «С 9 по 20 августа силы Забайкальского фронта провели операцию глубиной в 500 – 600 км., которую можно считать практически бескровной. Я не знаю ни одной фронтовой операции в Великой Отечественной войне с такими малыми потерями». Значительный процент (до 67%) раненых поступал в госпитали с небоевыми травмами, что тоже было необычно.



Бойцы РККА с техникой и артиллерией на марше, продвигаются вглубь Маньчжурии, фото с сайта «Военный альбом: фотографии Второй мировой войны»

Особенностью работы медицинской службы в Советско-японской войне было то, что вопреки прогнозам и расчетам, основанным на опыте войны с фашистской Германией, раненых было меньше, чем больных: 35% заболевших на 2-ом Дальневосточном и 52,2% на Забайкальском фронтах. Для сравнения можно привести данные Великой Отечественной войны – из санитарных потер больные составляли 0,06 – 0,09% в Сталинградской битве, 0,44 – 0,11% в битве под Курском. Такое процентное соотношение раненых и больных объясняется тем, что в целом раненых было относительно немного и специфическими условиями проведения операции.



Военный терапевт осматривает больного, фото с сайта Военно-медицинского музея

Необычно высокая заболеваемость личного состава была вызвана тем, что большинству из военнослужащих климат северных и центральных регионов Китая был непривычен, а адаптироваться к нему они были вынуждены в сложнейших условиях и в кратчайшие сроки. Далеко не все военнослужащие были на это способны. Особенности медико-географических условий и их влияния на организм военнослужащих были учтены недостаточно, что при анализе результативности медицинской помощи было отмечено как недостаток ее организации.



Инфекционный передвижной госпиталь, фото с сайта Военно-медицинского музея

Больных преимущественно госпитализировали с острыми кишечными инфекциями, брюшным и сыпным тифами, паратифом, малярией, энцефалитом и т.д. Учитывая то, что хирургических полевых госпиталей было гораздо больше, чем терапевтических и инфекционных, а хирургов в действующей армии больше, чем врачей других специальностей лечение больных было затруднено.



Авиаторы у самолета У-2, использовавшегося в санитарной авиации, фото с сайта «Полки и самолеты СССР в ВОВ 1941 – 1945»

Так же на восток были передислоцированы авиационный санитарный полк и несколько санитарных эскадрилий. Именно на пилотов санитарной авиации легла основная нагрузка по транспортировке раненых в Маньчжурской операции. Это было делать намного проще, чем на советско-германском фронте: господство в воздухе завоевывать не пришлось. С самого начала операции было установлено, что японцы, решив сохранить авиацию для обороны островов Японии, передислоцировали ее почти полностью на аэродромы Южной Кореи и метрополии.



Подготовка раненого к эвакуации, фото с сайта «Полки и самолеты СССР в ВОВ 1941 – 1945»

В помощь санавиации была организована систем «обратных рейсов» транспортной авиации. Самолеты что-либо завозившие в район болевых действий в обязательном порядке в обратный рейс брали раненых для эвакуации в госпиталь. Для таких случаях из числа медицинских сотрудников были выделены группы сопровождения. Эвакуация авиатранспортом дала очень высокий результат: только на Забайкальском фронте так были благополучно доставлены в тыл более 1000 раненых.



Большим преимуществом для выстраивания системы оказания медицинской помощи в Маньчжурской операции стало наличие железнодорожной ветки Транссиба, построенной в 1897 – 1903 гг. и соединявшей Читу и Владивосток. При проведении многих военных операций Великой Отечественной войны организаторы медицинской службы сталкивались с тем, что железнодорожные пути были разрушены или подвергались постоянным налетам вражеской операции. В ходе советско-японской войны таких проблем не возникло: дорога была в хорошем состоянии и движение по ней было безопасно.



Уход за ранеными в санитарном поезде,
фото с сайта Военно-медицинского музея

Все три фронта имели железнодорожные санитарно-транспортные средства: летучки, временные и постоянные санитарные поезда, курсировавшие по Маньчжурской ветке, работавшие бесперебойно и вывезших в глубокий тыл около 10 тысяч раненых и больных. На железнодорожном транспорте раненых эвакуировали на территорию Советского Союза: в Читу, Борзю, Оловянную, Улан-Уде, Иркутск, Владивосток, Хабаровск, Уссурийск, Николаевск-на-Амуре и другие населенные пункты.



Занятие лечебной физкультурой в одном из эвакогоспиталей Читы, фото с сайта «Чита.Ру»

Особенностью медицинской помощи в советско-японской войне, из-за ее краткости, было и целеполагание: не сколько возвращение раненых и больных в строй, сколько возвращение им возможности трудиться. В отношении легкораненых и больных это не составляло большой проблемы. Другая ситуация с военнослужащими, получившими тяжелые ранения. Из числа таких пациентов сотрудникам госпиталей тыла удалось вернуть к трудовой деятельности 80%.

Н.И. Завалишин, анализируя результаты действий медицинской службы в Советско-японской войне, писал: «Медицинское обеспечение боевых действий войск на Дальнем Востоке протекало в условиях, резко отличающихся от обстановки на Западе. Медицинским начальникам пришлось организовывать медицинское обеспечение с учетом огромной протяжённости фронтов, ограниченности или даже отсутствия дорог, в весьма тяжелых климатических условиях. Медицинская служба, преодолевая эти тяжелые, непривычные условия выполнили эту задачу весьма успешно».



Башкевич А. Письмо из дома, Изображение с сайта «Все о второй мировой»



Харбин, август 1945 г., фото с сайта «Все о Второй мировой войне»

Подводя итог вышесказанному, можно сделать следующий вывод. Несмотря на все опасности и непредвиденные обстоятельства санитарно-медицинское обеспечение Маньчжурской стратегической наступательной операции было проведено на высоком уровне. Удалось сохранить в сложных эпидемиологических условиях санитарное благополучие на всех фронтах, предотвратить вспышки смертельно опасных инфекций и не допустить их занесения на территорию СССР.

Несмотря на кратковременность боевых действий были возвращены в строй более 50% раненых и больных. Санитарные потери составили 19% от ожидаемых, что стало результатом грамотно разработанного плана операции, его успешной реализации и качества работы медицинской службы (в частности прекрасно организованной профилактики).

Спасибо за внимание!
Презентацию подготовила методист научной библиотеки ЧГМА И.В. Губанова

Используемые материалы:

1. Гладких П.Ф., Война с Японией: медицинская служба Красной армии в Маньчжурской наступательной стратегической операции (9 августа – 2 сентября 1945 г.) / П.Ф. Гладких // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015. - №. – С. 5 – 18. – URL: https://nrcerm.ru/files/gurnalMBP/mbp_3_2015.pdf . - (дата обращения 20.07.2025).
2. Комаров Ф.И., Основные итоги и уроки медицинского обеспечения Советской армии в годы Великой Отечественной войны / Ф.И. Комаров, О.С. Лобастов // Военно-медицинский журнал. – 1990. - № 5. – С. 3. – 20.
2. Лисицын К.М., Советская военно-полевая хирургия в годы Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг. / К.М. Лисицын, Ю.Г. Шапошников // Хирургия. – 1985. - № 5. – С. 3 – 9.
3. Обеспечение медицинским имуществом войск Рабоче-крестьянской Красной армии в Советско-японской войне 9 августа – 3 сентября 1945 г. / Ю.В. Мирошниченко, С.А. Бунин и др. // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2015. - № 3. – URL: https://www.vmeda.org/wp-content/uploads/2016/pdf/304-308.pdf / . - (дата обращения 14.07.2025).
4. Смирнов Е.И., Война и военная медицина. 1939 – 1945 годы / Е.И. Смирнов. – Москва: Медицина, 1979. – 524 с.
5. Чиж И.М., Медицинское обеспечение советской армии в операциях Великой Отечественной войны / И.М. Чиж, С.Ф. Гончаров // Военно-медицинский журнал. – 1995. - № 3. – С. 4 – 17.