

Н. А. Фролов
**ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА В ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ (ПЕРВЫЙ ПЕРИОД).**

Сообщение 1

*Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной
медицины ВМедФ в БГМУ*

Данная статья является продолжением краткого курса истории военной медицины, изложенного в журнале «Военная медицина» №№ 2,3,4 – 2007 г.

Вопросы организации медицинского обеспечения советских войск в Великой Отечественной войне, учитывая большой объем и значимость данной темы, предлагается рассмотреть по периодам войны, принятыми советскими военными историками. Согласно этой периодизации Великая Отечественная война подразделена на три периода: первый (22 июня 1941 г. – 19 ноября 1942 г.), второй (конец ноября 1942 г. – декабрь 1943 г.), третий (январь 1944 г. – май 1945 г.).

Первый период Великой Отечественной войны, знаменующий собой ее начало, носил оборонительно-отступательный характер, в ходе которого за относительно короткие сроки немецко-фашистские войска, воспользовавшись внезапностью нападения на СССР и владея стратегической инициативой, захватили огромную территорию страны. Боевые действия развивались настолько стремительно, что танковые соединения врага, за 4 дня войны на стыке двух фронтов (Северо-Западного и Западного) продвинулись на 125 – 250 км., а на южном крыле Западного фронта (брестское направление) – до 200 км. На Украине танковые соединения врага прорвались к Луцку и Дубно. На западном направлении немецкие войска 28 июня ворвались в Минск, а на следующий день замкнули кольцо окружения вокруг главных сил Западного фронта, в которое попали 30 из 44 дивизий, имевшихся в его составе. В дальнейшем немецкие войска 6 июля захватили Остров, 9-го – Псков и Витебск, 15-го – вышли к Смоленску и к этому времени в их руках уже находились Латвия, Литва, Белоруссия, часть Украины и Молдавии. За три недели войны Красная Армия лишилась 28 дивизий, а 70 – потеряли более половины личного состава и боевой техники. Только убитыми и пропавшими без вести потери Северо-Западного, Западного и Юго-Западного фронтов составили более 600 тыс. человек. Было потеряно огромное количество боевой техники, включая самолеты, танки, орудия и минометы и более половины складов с различным, включая и медицинское, военным имуществом.

Затем, в середине сентября 1941 г., последовала катастрофа, связанная с разгромом Юго-Западного фронта, самого сильного в начале войны фронтового объединения, насчитывавшего, без фронтовых резервов, запасных частей и тылов, более 750 тыс. человек. Из огромного котла, в котором оказались основные силы фронта, вышли только 20 тыс. чел., а более 600 тыс. солдат и офицеров оказались в немецком плену. Та же участь постигла и советских солдат и офицеров Западного и Брянского фронтов, оказавшихся в окружении под Вязьмой. Общие потери этих фронтов в Вяземско-Брянской операции достигли примерно одного миллиона человек, из которых (по немецким данным) 688 тыс. составляли пленные.

Однако усилия этих фронтов не пропали даром. Воспользовавшись тем, что они оттягивали на себя и сковывали крупные силы врага, советское командование сумело отмобилизовать, подтянуть к Москве новые соединения из глубины страны и организовать ее оборону, перешедшую затем в крупное контрнаступление. В результате этого контрнаступления, начавшегося 5 декабря 1941 г., враг был отброшен от столицы на 150-400 км. Однако этот крупный успех советских войск сыграл и злую шутку. Советское Верховное Командование во главе с И.В.Сталиным, посчитав, что на советско-германском фронте наступил перелом, приняло решение о проведении ряда крупных наступательных операций на всем его протяжении. Но как показали последующие события этого периода войны, замысел строился не на расчетах Генерального штаба и возможностях военной промышленности, а на чисто эмоциональных настроениях. Этому же и способствовали данные советской разведки, в несколько раз завышавшие потери немецких войск. И как следствие непродуманных решений, были проведены ряд крупных наступательных операций советских войск, стоивших огромных человеческих жертв.

За просчеты своего политического руководства народ заплатил дорогой ценой. В течение первого, самого трудного для страны, периода войны,

за неполные 17 месяцев, советские вооруженные силы потеряли 11162 тыс. человек, из которых 6155 тыс. безвозвратно. Санитарные потери достигли 6 млн. чел.

Внезапное вторжение немецко-фашистских войск в приграничные районы страны существенно затруднило и во многом нарушило планомерное от мобилизование медицинской службы действующей армии. Многие лечебные учреждения, особенно гарнизонные госпитали, попавшие в зону боевых действий, были уничтожены. Только в Белоруссии медицинская служба фронта лишилась 32-х хирургических и 12-ти инфекционных госпиталей, 13 эвакуационных, эвакуогоспиталей на 17 тыс. коек, 3-х санитарных складов и 35 других санитарных учреждений.

Направленные на фронт новые медицинские формирования не смогли прибыть к своему месту назначения, т.к. пункты их предполагаемой дислокации и районы размещения гарнизонных складов, на которых хранилось предназначенное для них имущество, были заняты противником. Часть этого имущества была захвачена врагом, а часть – уничтожена пожарами и авиацией противника.

Неимоверными усилиями некоторая часть обслуживания госпиталей, находившаяся под угрозой захвата врагом, удалось вывезти в безопасные районы страны, а для действующих фронтов сформировать 1600 госпиталей на 750 тыс. коек. В таких тяжелых условиях этого периода войны проходило от мобилизование медицинских подразделений, частей и учреждений и их перевод со штатов мирного времени на военное. Считается, что этот организационный период был, в основном, с большими оговорками, завершен в течение первых 2-4 месяцев с начала войны. Но, несмотря на все усилия, медицинская служба испытывала острый дефицит в силах и средствах, необходимых для медицинского обеспечения напряженных оборонительных сражений. Так, во время Смоленского сражения (июль-август 1941 г.) в армиях Западного фронта имелось менее 1/3 необходимых частей и учреждений медицинской службы. Даже ко времени перехода войск Красной Армии в контрнаступление на Московском стратегическом направлении (5 декабря 1941 г.), т.е. через пять с половиной месяцев после начала войны, армии Западного и Калининского фронтов, проводившие эту операцию, имели в своем составе около 50% необходимых полевых лечебных учреждений. Ограниченная мощность госпитальной сети действующих фронтов объяснялось необходимостью перебазирования значительной части лечебных учреждений, сформированных на базе гарнизонных госпиталей – в Сибирь и в Среднюю Азию.

Только в июне-июле 1941 года фронты вынуждены были передислоцировать 139 госпиталей на 57 тыс. коек и размеры эвакуации возрастали по мере продвижения врага в глубь страны. Всего в тыл страны (по 20 декабря 1941 г.) была перемещена почти 1/3 госпитальной коечной фонда, которым располагали военно-медицинская служба и

органы гражданского здравоохранения.

В первые месяцы войны Вооруженными Силами (ВС) страны были проведены организационные мероприятия, обусловленные неблагоприятным для Красной Армии исходом приграничного сражения, оккупацией войсками противника ряда важнейших экономических районов, возникшими проблемами в организации медицинской службы и необходимостью предельно экономного и с максимальным эффектом расходования наличных людских и материальных ресурсов. Так, Государственный Комитет Обороны страны (ГКО) принял решение, согласно которому были разграничены обязанности между Главным военно-санитарным управлением (ГВСУ) Красной Армии, как военным ведомством, и гражданским Народным комиссариатом здравоохранения (Наркомздравом) СССР. На военное ведомство возлагалась медицинское обеспечение действующей армии, а в ведение Наркомздрава СССР и, частично, Всесоюзного Центрального Совета Профессиональных Союзов (ВЦСПС) были переданы все эвакуационные тыловых районов, что положило начало совместной деятельности этих ведомств по медицинскому обеспечению армии и населения. Организационно все эвакуационные тыла страны были объединены в единую госпитальную базу, переданную в полное подчинение Наркомздрава СССР во главе с Наркомом здравоохранения Г.А. Митеревым. На него возлагались организация лечения раненых и больных, а в последующем их восстановление, содержание личного состава эвакуационных госпиталей, снабжение всеми видами медицинского и санитарно-хозяйственного имущества. В последующем часть эвакуационных госпиталей была реформирована в госпитали для лечения инвалидов войны.

На Наркомат обороны страны, в лице ГВСУ Красной Армии, возлагалась задача совместно с Наркомздравом СССР устанавливать дислокацию эвакуационных госпиталей, их коечную емкость и специализацию, организацию эвакуации раненых и больных в госпитальную базу тыла страны и распределение их по эвакуационным госпитальным, а также снабжение, находящихся на лечении, раненых и больных военнослужащих продовольствием, вещевым имуществом и денежным довольствием.

В каждом конкретном административном районе или области работой тыловых эвакуационных госпиталей руководили местные и районные распределительные эвакуационные пункты (МЭПы и РЭПы).

Большая роль в формировании эвакуационных госпиталей и в улучшении их работы принадлежала Всесоюзному комитету помощи по обслуживанию раненых и больных военнослужащих, учрежденному специальным Постановлением Политбюро ЦК ВКП(б) от 8 октября 1941 г. Такие же комитеты были образованы во всех административных единицах СССР. В этот же день в структуре Наркомздрава СССР было создано Главное управление эвакуационных госпиталей, при котором 5 марта 1941 г. был учрежден госпитальный совет, задачей которого было улучшение качества работы этих госпиталей. За годы войны было проведено 4 пленума этого совета, в которых неиз-

☆ История военной медицины

менно принимал участие Е.И.Смирнов.

Таким образом, госпитальное дело было объединено в стройную систему, обеспечивавшую единое руководство и контроль за лечением бойцов и командиров.

Всего с начала войны и по первое ноября 1944 г. было сформировано более 900 эвакуационных госпиталей на 1.900 тыс. коек. Эти эвакуационные госпитали были сосредоточены, в основном, на Урале, Нижнем и Среднем Поволжье, Средней Азии и в Грузии. Кроме того, ГКО было принято решение о значительном сокращении тыловых частей и учреждений, что существенно отразилось и на медицинской службе. В соответствии с этим решением были упразднены автохирургические отряды и управления госпитальных баз армий, а из штата медико-санитарного батальона (медсанбата) дивизий исключены госпитальная рота и взвод сбора и хирургической обработки легко раненых. Также было сокращено число грузовых автомобилей – до 3 и санитарных – до 10. Вместе с тем с апреля 1942 г. при ОмедСБ дивизии было разрешено создавать команду выздоравливающих в количестве до 100 легко раненых со сроками их выздоровления до 10-15 суток, а функциональные возможности медсанбата сократились до 250 раненых за сутки боя. Кроме того, число врачей в дивизии уменьшилось с 45 до 27, а вместо 45 грузовых и санитарных автомобилей в медсанбате осталось всего 13 машин и общий вес табельного имущества, положенного ему уменьшился более чем в 2 раза. Взамен двух типов полевых подвижных госпиталей (ППГ) (войсковых и армейских) был введен единый тип унифицированного полевого лечебного учреждения с меньшим штатом и при этом часть таких госпиталей укомплектовывалась не автомобильным, а конным транспортом. Автосанитарные роты из трех взводных переформировывались в двухвзводные, а численность отдельной роты медицинского усиления (ОРМУ) была сокращена наполовину.

Вместе с тем насущные задачи медицинского обеспечения действующих армий обусловили необходимость создания новых медицинских формирований и на это обращалось главное внимание военно-медицинской службы. В 1941 г. были вновь сформированы более 3750 медицинских учреждений, в штате которых было от 3 до 7 хирургов. Противоэпидемические средства действующей армии пополнились полевыми банно-прачечными отрядами и санитарно-контрольными пунктами, предназначенными для проведения противоэпидемических мероприятий на коммуникациях. В целях частичного пополнения транспортных средств было создано новое, ранее отсутствовавшее в составе медицинской службы, формирование – конно-санитарная рота.

Важнейшей задачей как при развертывании медицинской службы действующей армии, так и в последующие периоды войны было наиболее полное, насколько то возможно, укомплектование частей и учреждений медицинским составом.

К началу войны в учреждениях здравоохранения работали 141 тыс. врачей. Среди них хирургов, нужда в которых особенно возросла, было 13 тысяч. Луч-

шие из них сразу же были призваны в армию. Недостаток врачей покрывался за счет досрочных выпусков двух последних курсов военно-медицинских академий и факультетов, а также ускоренных выпусков студентов пятых курсов медицинских институтов. С началом войны все высшие военные и гражданские медицинские учебные заведения перешли на ускоренные выпуски студентов (слушателей) без государственного экзамена и выдачи им врачебного диплома (выпуски, так называемых, зауряд-врачей). Это дало возможность получить в 1941 г. – 3254, а в 1942 г. еще 13074 специалиста. В последующем, в 1943 г., ранее существовавший порядок получения высшего медицинского образования был восстановлен. Большая потребность ощущалась и в других медицинских кадрах. До войны в стране насчитывалось 472 тыс. средних медицинских работников, в том числе 227 тыс. медицинских сестер. Большая часть из них была призвана в действующую армию, а другие работали в медицинских учреждениях тыла. Однако их все равно не хватало, и поэтому для подготовки среднего медицинского персонала в октябре 1941 г. в дополнение к военно-медицинским (фельдшерским) училищам организуется еще пять школ младших военфельдшеров с 7-месячным сроком обучения. В военных округах и на фронтах планомерно работали школы санинструкторов и курсы переподготовки медицинского состава. Во время войны их количество было увеличено, а годичный срок обучения в них был сокращен до двух месяцев.

Кроме того, значительную помощь в подготовке специалистов этого звена оказали организации Красного Креста. Сотни тысяч девушек поступили на курсы медицинских сестер и санитарных дружинниц, чтобы плечом к плечу с бойцами принимать участие в защите Родины. Только за 1941 г. Красный Крест подготовил 106 тыс. медсестер и 100 тыс. сандружинниц.

Меры, принятые для наиболее полного укомплектования медицинской службы личным составом, принесли свои плоды. Ко второму году войны армия была укомплектована врачами, фельдшерами, санинструкторами и фармацевтами примерно на 90%. Значительно хуже обстояло дело с укомплектованием штатных должностей врачей-специалистов.

Высокий научный уровень проводимых в период войны лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий обеспечивали виднейшие отечественные ученые-медики, такие как Н.Н. Бурденко, С.С. Гирголав, В.Н. Шамов, В.С. Левит, В.В. Гориневская, Ю.Ю. Джанелидзе, А.А. Вишневский, В.Х. Василенко и многие другие, ставшие главными специалистами Красной Армии, Видов вооруженных сил, фронтов и армий. К руководству медицинской службы ВС страны в центре, на фронтах и флотах были привлечены военно-медицинские начальники, имевшие высокую теоретическую подготовку в области военной медицины и обладавшие большим практическим опытом организации медицинского обеспечения войск, в том числе и в полевых условиях. В их числе были

Ф.Ф. Андреев, А.Я. Барабанов, А.И. Бурназян, Н.И. Завалишин, П.Г. Столыпин и др. Начальником Главного Военно-санитарного управления Красной Армии (ГВСУ) стал Е.И. Смирнов, внесший огромный вклад в совершенствование системы и методов медицинского обеспечения войск. Им были сформулированы теоретические основы организации медицинского обеспечения боевой деятельности войск, такие как военно-полевая медицинская доктрина, а также ориентация медицинской службы на зависимость медицинского обеспечения войск от тактики и стратегии в современной войне. В основу «военно-полевой медицинской доктрины», разработанной по указанию Е.И. Смирнова, были положены два условия, способствующие возвращению в строй не менее 75% раненых бойцов и командиров. Первым условием было единое понимание происхождения и развития болезней, профилактике и лечению их, а также единое понимание принципов хирургической работы в полевой санитарной службе. Вторым условием было обеспечение преемственности в лечении раненых и больных на этапах медицинской эвакуации. Преемственность в лечении предполагала краткую и четкую медицинскую документацию. И еще одна очень важная закономерность, вытекающая из опыта прошлых войн, гласила, что «в условиях полевой санитарной службы объем работы и выбор методов хирургического вмешательства и лечения определяются чаще не столько медицинскими показаниями, сколько положением дел на фронте, количеством поступающих раненых и больных и их состоянием, количеством врачей, особенно хирургов, на данном этапе, наличием автотранспортных средств, полевых санитарных учреждений и медицинского оснащения, времен года и состоянием погоды». Для совершенствования содержания и методов профилактической и лечебной работы и обобщения боевого опыта медицинской службы в ВС страны во время войны по личному распоряжению Е.И. Смирнова был создан Ученый медицинский совет при начальнике ГВСУ Красной Армии. В работе пленумов этого Ученого совета принимали участие многие руководящие работники и ведущие специалисты действующей армии. На его заседаниях обсуждались наиболее актуальные, в период войны, проблемы, такие как организация эвакуации раненых и больных по назначению, оказание специализированной медицинской помощи, лечение огнестрельных ран и профилактика раневой инфекции и многие другие. Решения пленумов Ученого совета оформлялись протоколами и затем в виде указаний начальника ГВСУ Красной Армии направлялись в войска для их реализации.

Важную роль в обобщении и обмене опытом медицинского обеспечения в годы войны играла военно-медицинская печать и регулярно проводимые научно-практические конференции.

В этот наиболее сложный для медицинской службы ВС страны первый период Великой Отечественной войны (22 июня 1941 г. – 19 ноября 1942 г.) нужно было, в первую очередь, обеспечивать медицинскую помощь войска в обстановке напряжен-

ных оборонительных боев и отходов под ударами превосходящих сил противника и при крайне ограниченном составе сил и средств медицинской службы. В этой крайне неблагоприятной, а нередко и критической, обстановке первоочередной задачей являлся быстрый вынос и вывоз раненых с поля боя с последующей незамедлительной транспортировкой их в тыл, а также своевременный отвод медицинских подразделений, частей и учреждений в целях предупреждения их захвата противником. Ведь не секрет, что на поле боя, оставшемся за противником, умирали не вынесенные тяжелораненые, а тем же из них, в том числе и легко раненые, вырвавшимся из этого пекла, не всегда удавалось попасть на тот или иной этап медицинской эвакуации в установленные для этого сроки. Появился так называемый «самотек» раненых, ничем не предусмотренный и никем не организованный. Вместо регламентированного принципа этапного лечения раненых с их эвакуацией по назначению медицинской службе условиями обстановки был навязан принцип эвакуации «во что бы то ни стало». Поэтому в первые месяцы войны и в последующие ее годы, основное внимание войсковой медицинской службы было направлено на организацию и осуществление своевременного выноса раненых с поля боя. Основным требованием, постоянно звучавшим в приказах наркома обороны СССР, командующих фронтами и армиями, а также в директивах ГВСУ Красной Армии и медицинских начальников меньшего ранга было: «Ни один раненый не должен остаться на поле боя». Огромное значение для деятельности войскового звена медицинской службы имел приказ Наркома обороны СССР № 281 от 23 августа 1941 года о представлении к правительственным наградам младших медицинских специалистов, таких как санитары, санинструкторы, фельдшеры, за вынос с поля боя раненых с их оружием. Этим приказом спасение раненого воина определялось как проявление высокой воинской доблести и героизма. Десятки тысяч представителей и представительниц младшего звена медицинской службы были удостоены орденов Ленина, Боевого Красного Знамени, Красной Звезды, медалей «За отвагу», «За боевые заслуги» и других наград. Не случайно из 47 медиков – Героев Советского Союза, большинство составляет именно эта категория медицинских работников.

Оказание медицинской помощи в войсковом звене ограничивалось преимущественно неотложными мероприятиями первой врачебной помощи на полковых медицинских пунктах (ПМП) и квалифицированной медицинской помощи, в первую очередь хирургической, на дивизионных медицинских пунктах (ДМП). Специализированная хирургическая помощь осуществлялась в армейских и фронтовых госпиталях, но вследствие быстрых темпов продвижения войск противника и малочисленности армейских и фронтовых лечебных учреждений не всегда представлялось возможным ее оказывать и развертывать для этих целей полноценные госпитальные базы армий и фронтов. Это обстоятельство привело к тому, что пришлось значительно расширить непосредственную

эвакуацию раненых в тыловые районы страны для оказания им не только специализированной, но и квалифицированной медицинской помощи. Особо важную роль в решении этого вопроса сыграли приемно-сортировочные базы центра и контрольно-эвакуационные госпитали (КЭГи), организованные ГВСУ на важнейших оперативно-стратегических направлениях (Северо-Западном, Западном, Юго-Западном) на стыке фронтового тылового района с территорией внутреннего района страны. Эти базы и госпитали обеспечивали массовый прием раненых и больных, их медицинскую сортировку, оказание всем нуждающимся неотложной медицинской помощи с последующей эвакуацией большей части из них в тыл страны.

Вопросы эвакуации раненых больных в тыл пришлось организовывать и решать буквально, как говорится, «с колес». Поначалу были сформированы военно-санитарные поезда (ВСП), вмещавшие от 600 до 850 раненых, но они оказались слишком громоздкими для армейского и фронтового тылов. Вскоре их заменили военно-санитарными летучками (ВСЛ), вмещавшими от 250 до 300 раненых и больных, более компактными, а постоянные военно-санитарные поезда (ПВСП) перешли в распоряжение ГВСУ. К концу 1941 г. их было сформировано 286. По наиболее крупным рекам, таким как Волга, Шексна и Сев. Двина эвакуация раненых осуществлялась при помощи 100 военно-транспортных судов. К вопросу эвакуации раненых привлекалась и авиация. К концу войны количество самолетов санитарно-транспортной авиации (ПО-2, ЛИ-2, СИ-47) достигло 600 единиц, сформированных в авиасанитарные эскадрильи и подчиненные, в оперативном отношении, начальникам медицинской службы фронтов и отдельных армий.

Более благоприятные условия для упорядочения работы медицинской службы действующей армии создались после контрнаступления войск Западного и Калининского фронтов под Москвой.

В декабре 1941 г. началась реэвакуация эвакуационных госпиталей с Востока на Запад, что дало возможность возвратить в состав действующей армии эвакуационные госпитали (ЭГ) на 66000 коек, находившиеся к этому времени в пути. В феврале 1942 г. к ним присоединились еще ЭГ на 142500 коек из Уральского, Сибирского и Среднеазиатского военных округов. Одновременно шло переформирование части ЭГ и полевых подвижных госпиталей в госпитали для легкораненых и дополнительное формирование других полевых подвижных учреждений. В конце 1941 г. каждая армия имела уже по одному госпиталю легкораненых на 1000 мест. Раненые, находившиеся в этих госпиталях, проходили в них полный курс лечения и возвращались в строй, как правило, в свои части. Все это существенно изменило соотношение коек в лечебных учреждениях медицинской службы действующей армии и тыла страны, что в значительной мере улучшило обеспеченность оперативных объединений госпитальными средствами и позволило организовать лечебно-эвакуационное обеспечение войск действующей армии на основе принципов

регламентированных Наставлением по санитарной службе и Указаниями по военно-полевой хирургии. В частности, начальником ГВСУ Красной Армии выдвигалось требование иметь в каждой армии для обеспечения предстоящей операции коечную сеть «в раз- мере 6-8 тыс. без учета емкости эвакуоприемников», а в армиях, выдвинутых на направления главного удара фронта — не менее 8-10 тыс. госпитальных коек.

Кроме того, в этом периоде войны выявилась важность своевременной информированности начальников медицинской службы всех степеней о наиболее существенных изменениях боевой обстановки, так как многие недостатки медицинского обеспечения войск нередко являлись прямым результатом несвоевременного ознакомления соответствующих медицинских начальников с новыми боевыми задачами войск. В целях устранения данного недостатка был издан приказ наркома Обороны СССР № 701 от 10 ноября 1942 г., в котором предписывалось: «Военным Советам фронтов и армий, командирам и комиссарам войсковых соединений и частей больше внимания уделять руководству медико-санитарным обеспечением войск, систематически и своевременно ориентировать санитарных начальников в изменениях боевой обстановки».

Общие результаты лечебно-эвакуационного обеспечения медицинской службы Красной Армии в первом периоде войны, несмотря на все трудности, были впечатляющими: из 6 млн. 208 тыс. раненых и больных в строй было возвращено 4 млн. 780 тыс. чел. или 60 % от всего их числа.

Таким образом, в ходе первого периода войны завершилось развертывание медицинской службы ВС СССР и окончательно утвердились научно обоснованные формы и методы организации медицинского обеспечения войск, установленные к началу войны в отечественной военной медицине.

Литература

1. Шелепов, А. М., Костенко, Л. М., Бабенко, О. В. Организация и тактика медицинской службы. СПб. — 2005. — С. 35-39.
2. Гладких, П. Ф. с соавт. Краткий исторический очерк становления и развития системы медицинского обеспечения сухопутных войск России — СССР. СПб. «Телесфор», 1997.
3. Петровский, Б. В. Большая медицинская энциклопедия. Т. 14. Изд. 3. — Москва, — 1979. — С. 355-359.
4. Георгиевский, А. С. Общие вопросы организации и тактики медицинской службы. Ленинград, 1959.
5. Комаров, Ф. И. Военно-медицинская подготовка. Москва, 1984.
6. Сиротко, В. В., Редненко, В. В. Организация медицинского обеспечения войск. Витебск, 2001.
7. Сиротко, В. В., Редненко, В. В., Могилевич, В. В. Медицинское обеспечение войск. Витебск, 2005.
8. Чиж, И. М. Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны в 1941 — 1945 гг. II Всероссийская конференция. Москва, — 2006. — С. 44-49.
9. Война и общество 1941-1945 г. Кн.1. (под ред. Г. Н. Севостьянова). Москва. Наука. — 2004. — С. 59-97.
10. Война и общество 1941-1945 г. Кн.2. (под ред. Г. Н. Севостьянова). Москва. Наука. — 2004. — С. 119-128.