

ВОЙНА С ЯПОНИЕЙ: МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА КРАСНОЙ АРМИИ В МАНЬЧЖУРСКОЙ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ НАСТУПАТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ (9 АВГУСТА – 2 СЕНТЯБРЯ 1945 Г.)

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Исполняя решение Крымской конференции (г. Ялта, февраль 1945 г.), Россия в период 9 августа – 2 сентября 1945 г. провела Маньчжурскую военную операцию по разгрому Квантунской армии и освобождению от японских оккупантов Маньчжурии, Северной Кореи, Южного Сахалина и Курильских островов, что должно было ускорить капитуляцию Японии. Общая численность советской дальневосточной группировки с учетом Тихоокеанского флота и Амурской военной флотилии к началу Маньчжурской операции составляла 1 млн 669,5 тыс. человек. Во время боевых действий общие санитарные потери составили 36 124 военнослужащих, в том числе пораженных в бою – 23 839, больных – 12 285. Общие санитарные потери войск были всего 19,5 % от прогнозируемого их числа (пораженных в бою – 16,3 %, больных – 51,5 %). В общем числе пораженных в бою всей группировки войск потери Забайкальского фронта составили 16,9 % (0,59 % от общей численности личного состава), 1-го Дальневосточного фронта – 64,1 и 2,46 % и 2-го Дальневосточного фронта – 19 и 0,69 %. Из 423 госпиталей на 164,5 тыс. штатных коек, которыми располагали три фронта, участвовавшие в Маньчжурской операции, 219 учреждений на 95 тыс. коек (57,8 %) находились в госпитальных базах фронтов и 204 лечебных учреждения на 69,5 тыс. штатных коек (42,2 %) – в госпитальных базах армий. Полевые подвижные госпитали и госпитали для легкораненых составляли только 60,5 % от общей емкости госпитальных баз армий, что следует признать недостаточным. Из числа лечившихся раненых в строй были возвращены из медико-санитарных батальонов дивизий 50 %, из армейских госпиталей – 15 %, из фронтовых – 14 %.

Ключевые слова: Маньчжурская военная операция, Забайкальский фронт, 1-й Дальневосточный фронт, 2-й Дальневосточный фронт, военнослужащие, медицинская служба, санитарные потери, пораженные в бою.

Краткая характеристика операции

В феврале 1945 г. на Крымской конференции главы правительств трех союзных держав договорились, что через 2–3 мес после окончания войны в Европе Советский Союз вступит в войну с Японией. Военно-политические цели этой войны состояли в разгроме Квантунской армии, освобождении от японских оккупантов Маньчжурии, Северной Кореи, Южного Сахалина и Курильских островов, что должно было ускорить капитуляцию Японии. К началу августа 1945 г. численность Квантунской армии была более 1 млн человек.

Центральная часть Дальневосточного театра военных действий – густо населенная Маньчжурская равнина. Территория Внутренней Монголии представляла собой полупустыню или песчаную степь, необжитую и почти лишенную дорог. На территории предстоящих боевых действий находились эндемические очаги чумы и холеры. У местного населения имелись кишечные инфекции, паразитарные тифы, регистрировалась натуральная оспа.

Группировка Советских войск на Дальнем Востоке предназначалась для надежного обес-

печения государственной границы от возможной агрессии и в течение всей войны в Европе не претерпевала серьезных изменений. В соответствии с указанными выше задачами был определен состав Забайкальского, Дальневосточного фронтов, созданных, соответственно, еще в сентябре 1941 г. и в июле 1940 г., а также их оперативное построение. В конце февраля–марта 1945 г. Генеральный штаб утвердил планы развертывания войск на Дальнем Востоке и их материально-технического обеспечения.

В марте 1945 г. из состава Дальневосточного фронта была выведена Приморская группа войск. В дополнение к войскам, уже сосредоточенным на Дальнем Востоке, планировалась переброска ряда армий четырех фронтов после окончания войны в Европе. К 9 августа были развернуты:

- Забайкальский фронт общей численность 638,3 тыс. человек в составе четырех общевойсковых, танковой и воздушной армий и конно-механизированной группы советско-монгольских войск;
- 2-й Дальневосточный фронт (334,7 тыс. человек) в составе трех общевойсковых и воз-

душной армии, отдельного стрелкового корпуса и Камчатского оборонительного района;

- 1-й Дальневосточный фронт (до 5 августа – Приморская группа войск), включавший четыре общевойсковые и воздушную армии, механизированный корпус общей численностью войск в 586,5 тыс. человек.

Общая численность советской дальневосточной группировки с учетом Тихоокеанского флота (97,5 тыс. человек) и Амурской военной флотилии (12,5 тыс.) к началу Маньчжурской операции составляла 1 млн 669,5 тыс. человек. Соединения Монгольской армии насчитывали 16 тыс. человек [3].

Для организации тылового обеспечения при Главкомандующем советскими войсками на Дальнем Востоке Маршале Советского Союза А.М. Василевском была создана оперативная группа Управления тыла Красной Армии, в которую входили представители Главного военно-санитарного управления: заместитель начальника управления Н.И. Завалишин, начальник лечебно-эвакуационного управления Л.А. Ходорков, главный терапевт Красной Армии М.С. Вовси, заместитель главного хирурга В.Н. Шамов и другие офицеры [2, 4, 6].

Задачи войскам фронтов на предстоящую операцию были поставлены в директивах Ставки Верховного главного командования, врученных командующим фронтами 5 июня 1945 г. В соответствии с замыслом стратегической наступательной операции (рис. 1) главный удар должен был наносить Забайкальский фронт в общем направлении на г. Чанчунь. 2-й удар в направлении городов Муданьцзян, Гирин наносил 1-й Дальневосточный фронт. После соединения в районе городов Чанчунь и Гирин войска этих фронтов должны были продолжать наступление на Ляодунский полуостров и Се-



Н.И. Завалишин



Л.А. Ходорков



В.Н. Шамов



М.С. Вовси



А.М. Василевский

верную Корею. 2-й Дальневосточный фронт имел задачи содействовать главной группировке в разгроме Квантунской армии путем нанесения удара на г. Харбин, освободить Южный Сахалин, овладеть во взаимодействии с Тихоокеанским флотом Курильскими островами.

По решению командующего (18.06.1945 г.) Забайкальский фронт наносил главный удар силами трех (17-, 39-й и 53-й) общевойсковых армий и 6-й танковой армии в обход укрепленных районов в общем направлении на г. Чанчунь с задачей на 15-е сутки операции овладеть городами Дабаньшань, Лубэй и Солунь, внедрившись на территорию противника на глубину 350 км. Выход на этот рубеж 6-й танковой армии планировался не позднее 5-х суток операции. В дальнейшем армия имела задачу занять города Чанчунь и Шеньян и установить связь с 1-м Дальневосточным фронтом. 53-я армия находилась во 2-м эшелоне, конномеханизированная группа наносила два удара из районов Дзамынь-Удэ и Молцок-Хид по разобленным направлениям на города Калган и Долоннор с задачей обеспечить действия главной группировки фронта справа. 36-я

армия на левом крыле фронта наносила удар на г. Хайлар. Общая глубина операции фронта составляла 800 км [5].

Войска 1-го Дальневосточного фронта главный удар наносили в направлении г. Муданьцзян силами 1-й Краснознаменной и 5-й армий с задачей на 15–18-е сутки операции выйти на рубеж городов Боли, Муданьцзян, Ванцин, т. е. на глубину 150–180 км территории противника. В последующем фронт должен был наступать в направлении городов Гири и Чанчунь. 35-я армия, наступая из района южнее г. Иман, решала задачу обеспечить действия главной группировки фронта справа, а 25-я армия, действуя на левом крыле, – развивать наступление на г. Ванцин. Фронт имел одноэшелонное оперативное построение с подвижной группой и тремя резервными дивизиями. Общая глубина операции – 500 км.

2-й Дальневосточный фронт во взаимодействии с Краснознаменной Амурской военной

флотилией наносил главный удар силами 15-й армии вдоль р. Сунгари в направлении на г. Харбин и силами 5-й армии – вспомогательный удар в направлении г. Боли. 2-я Краснознаменная армия решала задачу оборонять район г. Благовещенска, а в последующем – наступать в направлении на г. Цицикар [6].

Таким образом, стратегическая операция трех фронтов и Тихоокеанского флота преследовала решительные цели, для достижения которых войска наносили рассекающие удары с трех направлений, сходящихся в центре Маньчжурии (см. рис. 1).

Маньчжурская наступательная операция началась в ночь на 9 августа 1945 г. действиями передовых и разведывательных отрядов трех фронтов, которые обеспечили успешное широкое наступление главных сил, несмотря на крайне неблагоприятные метеорологические условия. В этот же день авиация нанесла удары по узлам дорог и аэродромам противника.

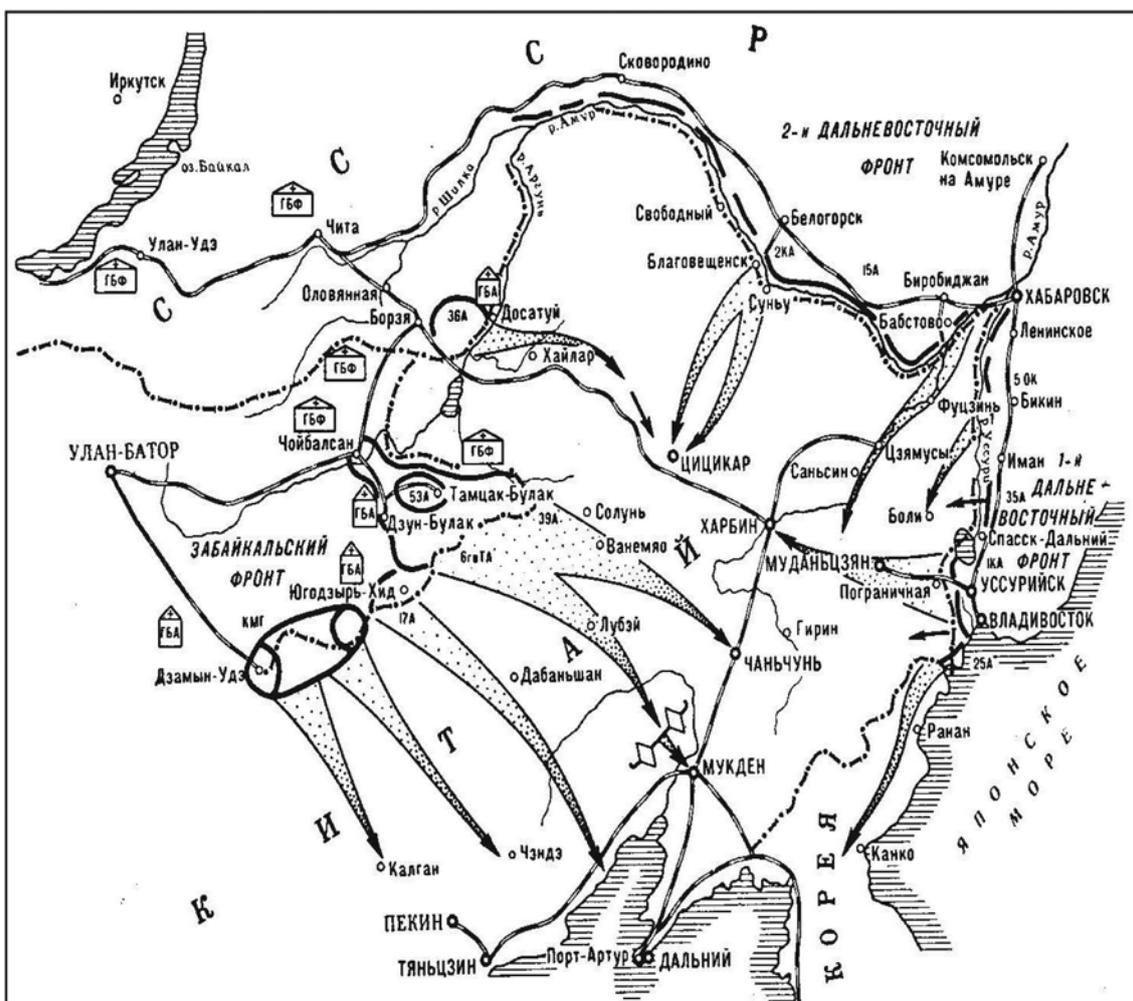


Рис. 1. Действия фронтов дальневосточной группировки советских войск в ходе Маньчжурской стратегической наступательной операции и размещение госпитальных баз Забайкальского фронта к началу операции (ГБФ – госпитальная база фронта, ГБА – госпитальная база армии) [4].

В итоге за 6 дней наступления были выполнены досрочно задачи, поставленные Ставкой перед войсками фронтов. Боевые действия носили высокоманевренный характер и развивались по сильно разобленным операционным направлениям.

Несмотря на то, что 14 августа 1945 г. было объявлено о капитуляции Японии, Квантунская армия продолжала активные боевые действия, и поэтому советские войска продолжали наступление. Начался 2-й этап Маньчжурской операции (15–20 августа), в ходе которого были разгромлены основные силы Квантунской армии, и началась массовая капитуляция японских войск. В течение 19 августа противник на большинстве участков фронта прекратил сопротивление. После 20 августа продвижение советских войск на территории Маньчжурии проходило почти без сопротивления противника.

Успешное развитие Маньчжурской операции позволило советскому командованию провести 11–25 августа Южно-Сахалинскую операцию, в результате которой был освобожден Южный Сахалин, захваченный Японией в 1905 г., и Курильскую десантную операцию (19.08–01.09.1945 г.) [2, 6].

Медицинская служба в период подготовки к операции

В связи с планированием стратегического развертывания войск на Дальнем Востоке и изменением их задач по расчетам специалистов Главного военно-санитарного управления, привлеченных к разработке вопросов медицинского обеспечения, санитарные потери в предстоящей кампании определялись в 540 тыс. человек, в том числе пораженных в бою – 381 тыс. Считалось необходимым довести общую емкость госпитальной сети всей группировки войск до 200–250 тыс. штатных коек. Это позволяло обеспечить лечение в пределах театра военных действий 80 % всех раненых и больных, и только 20 % наиболее тяжелых, нуждающихся в длительном лечении, предполагалось эвакуировать во внутренний район страны. Для выполнения предстоящих задач планировалось использовать силы и средства медицинской службы, находившиеся в составе дальневосточной группировки войск, прибывающими вместе с соединениями и оперативными объединениями, перебрасываемыми из Европы, и дополнительно направляемыми на Дальний Восток по планам и директивам Генерального штаба.

К началу стратегического развертывания на Забайкальском фронте имелись 129 госпита-

лей на 38 050 коек, в том числе 44 госпиталя местного эвакуопункта № 72 и вспомогательный эвакуопункт № 84 на 14,2 тыс. коек, в которых лечились раненые, поступившие сюда еще до окончания войны в Европе. Изначально на Дальневосточном фронте находились 22 госпиталя на 5,7 тыс. коек, в Приморской группе войск – 23 госпиталя на 6,2 тыс. коек. Указанные лечебные учреждения включали, преимущественно, гарнизонные и эвакуационные госпитали, содержащиеся по штатам Народного комиссариата обороны и Народного комиссариата здравоохранения СССР. Сверх того предусматривалось мобилизационное развертывание госпиталей на 46 тыс. коек, которое, однако, не было полностью обеспечено местными ресурсами (медицинским персоналом, транспортом и палатками).

В госпитальных базах армий и конно-механизированных групп, прибывающих в состав Забайкальского фронта и Приморской группы войск, насчитывались 82 госпиталя на 28 тыс. коек. Таким образом, на Дальнем Востоке могло быть развернуто лишь 123 950 штатных коек.

Для увеличения коечной емкости перевозке на Дальний Восток подлежали 348 различных медицинских учреждений (из них 76 – с погрузкой в августе–сентябре 1945 г.). Кроме того, 156 учреждений подлежали расформированию, с тем, чтобы освободившийся персонал включить в резерв и командировать его на восток для покрытия имеющегося там некомплекта личного состава. Перевозку этого личного состава предполагалось осуществить военно-санитарными поездами, направляемыми на Дальний Восток.

Для развертывания лечебных учреждений в полевых условиях планировалось отгрузить 2718 палаток. Принимались меры для организации на месте производства некоторых медикаментов и гипса, а также накопление запасов медицинского имущества текущего довольствия боевого перечня.

Массовая перевозка войск требовала тщательного медико-санитарного обеспечения с тем, чтобы не допустить возникновения и распространения инфекционных заболеваний. В этой работе врачи эшелонов опирались на созданную в период Великой Отечественной войны систему изоляционно-пропускных пунктов Народного комиссариата путей сообщения и санитарно-контрольные пункты Народного комиссариата обороны СССР. Каждый эшелон получал санитарный паспорт, имел вагон-изолятор. При необходимости обеспечивались санитарная обработка личного со-

става и госпитализация заболевших в местные военные лечебные учреждения.

Войскам, прибывающим в состав Забайкальского фронта, после выгрузки из эшелонов предстояли длительные марши в районы сосредоточения в условиях степной и полупустынной местности [1, 4].

По расчетам оперативной группы Главного военно-санитарного управления для медицинского обеспечения войск в предстоящей операции в целом надлежало иметь 219 911 штатных коек в госпитальных базах фронтов и армий, в том числе на Забайкальском фронте – 72,7 тыс. коек, на Дальневосточном фронте – 58,5 тыс. коек и в Приморской группе войск – 88,7 тыс. коек. Эти контрольные цифры служили обоснованием для всех последующих мероприятий по развертыванию госпитальных баз и распределению поступающих из центра сил и средств медицинской службы. К 6 июля 1945 г., т.е. к началу непосредственной подготовки к операции, в госпитальных базах фронтов и госпитальных базах армий насчитывалось 111,7 тыс. коек, причем 34,3 тыс. коек были в госпиталях, которые еще предстояло развернуть.

В течение подготовительного периода фактическая емкость госпитальных баз возросла на 87 тыс. коек и достигла 164,5 тыс., т.е. составляла 77,5 % от расчетной. Основное внимание было уделено Забайкальскому и 1-му Дальневосточному фронтам, действовавшим на направлении главных ударов.

Из 423 госпиталей на 164,5 тыс. штатных коек, которыми располагали три фронта, участвовавшие в Маньчжурской операции, 204 лечебных учреждения на 69,5 тыс. штатных коек (42,2 %) находились в госпитальных базах армий и 219 учреждений на 95 тыс. коек (57,8 %) – в госпитальных базах фронтов. В 143 полевых лечебных учреждениях было 23,8 тыс. коек, или 14,4 % от суммарной коечной емкости всех госпитальных баз. Полевые подвижные госпитали и госпитали для легкораненых составляли только 60,5 % от общей емкости госпитальных баз армий, что следует признать недостаточным, так как по опыту большинства других операций Великой Отечественной войны их удельный вес достигал 75 % и более. Госпитальные базы фронтов были представлены в основном эвакуационными госпиталями (172 таких госпиталя на 71,9 тыс. штатных коек). Их доля в общем числе коек госпитальных баз фронтов составляла 75,6 %.

Об обеспеченности санитарно-транспортными средствами свидетельствуют следующие

данные. На Забайкальском фронте в армиях было 5 конно-санитарных рот типового состава, 3 автомобильные санитарные роты и 2 автомобильных санитарных взвода, в которых насчитывалось 548 автомобилей (укомплектованность 150 % к штатной численности). Военно-санитарное управление фронта располагало также 3 автомобильными санитарными ротами и 2 автомобильными санитарными взводами (2231 автомобиль, 84,5 % укомплектованности), а также 1 отдельным санитарным авиационным полком и 2 отдельными санитарными авиационными эскадрильями (57 санитарных самолетов).

На 1-м Дальневосточном фронте в 4 армейских автомобильных санитарных ротах было 204 автомобиля (укомплектованность – 72,3 %). В распоряжении Военно-санитарного управления фронта дополнительно были 1 полностью укомплектованная автомобильная санитарная рота, 1 отдельный авиационный санитарный полк, не имевший материальной части, и 1 отдельная санитарная авиационная эскадрилья, состоящая из 5 санитарных самолетов в 9-й воздушной армии. На 2-м Дальневосточном фронте было 4 автомобильных санитарных и конно-санитарных роты и 2 отдельных санитарных авиационных эскадрильи, данные об укомплектованности которых отсутствуют.

Все три фронта имели железнодорожные санитарно-транспортные средства: 30 военно-санитарных летучек, 32 временных военно-санитарных поезда и 3 постоянных военно-санитарных поезда. Лучшей была обеспечена санитарно-транспортными средствами медицинская служба Забайкальского фронта. Существенным недостатком являлось отсутствие санитарной авиации на 1-м Дальневосточном фронте.

Из санитарно-противоэпидемических сил и средств в составе медицинской службы Забайкальского фронта имелись 7 противочумных отрядов, 4 санитарно-эпидемиологические лаборатории (СЭЛ), 10 санитарно-эпидемиологических отрядов (СЭО), 10 обмывочно-дезинфекционных рот (ОДР), 4 санитарно-контрольных пункта, 39 полевых прачечных отрядов (ППО), 2 банно-дезинфекционных поезда (БДП) и 4 гарнизонных банно-прачечно-дезинфекционных пункта; на 2-м Дальневосточном фронте – 2 СЭЛ, 2 СЭО, 2 ОДР, 2 санитарно-контрольных пункта, 5 ППО, 2 БДП и 6 гарнизонных банно-прачечно-дезинфекционных пунктов; на 1-м Дальневосточном фронте – 2 СЭЛ, 5 СЭО, 4 ОДР, 3 санитарно-контрольных пункта, 10 ППО и

прачечно-банный отряд, 2 БДП, 3 гарнизонных банно-прачечно-дезинфекционных пункта. Все эти учреждения позволяли осуществлять необходимые меры по санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому обеспечению войск. Из других учреждений на фронтах и в армиях были отдельная рота медицинского усиления, патологоанатомическая лаборатория, фронтовые и полевые армейские санитарные склады и станции переливания крови.

Органы управления фронтовых госпитальных баз находились в оперативном подчинении фронтовых эвакуационных пунктов (табл. 1). Кроме того, на Забайкальском и 1-м Дальневосточном фронтах были управления вспомогательных эвакуационных пунктов. В непосредственном распоряжении Военно-санитарного управления 1-го Дальневосточного фронта в качестве резерва состояли 21 полевой подвижной госпиталь на 4400 коек (11 хирургических, 9 терапевтических и 1 инфекционный) и 4 эвакуационных госпиталя. Загрузка госпитальных баз армий не превышала 22,2 %, фронтов – 21,5 % к их общей штатной емкости.

Медицинская служба всех трех фронтов была укомплектована личным составом на 83 % к их штатной численности, из которых женщины составляли 44 %. 2932 хирургические должности были заняты хирургами лишь на 66 %.

В порядке подготовки к операции для доукомплектования медицинской службы на Дальний Восток были направлены 450 врачей из расформированных лечебных учреждений, 480 врачей – из числа выпускников медицинских институтов и 76 – из резерва Главного военно-санитарного управления [2, 4, 6].

На **Забайкальском фронте** при планировании медицинского обеспечения войск в предстоящей операции Военно-санитарное управление фронта (начальник – П.Г. Столыпин, главный хирург – Н.Н. Еланский, главный терапевт – Г.А. Петровский, главный эпидемиолог – Б.П. Первушин) считало, что санитарные потери составят пораженных в бою 51 560 человек и больных – 8790 человек (8 и

1,3 % соответственно от численности войск). При этом наибольшие потери пораженных в бою ожидалось в 39-й (14 140 человек) и 36-й (10,5 тыс. человек) армиях.

К началу подготовительного периода госпитальная база фронта развернулась (рис. 2) вдоль железнодорожной магистрали городов Иркутск и Чита и южнее до железнодорожной станции Борзя, т.е. на левом крыле фронта, где по замыслу операции должна была действовать лишь одна 36-я армия. Возникла необходимость существенной перегруппировки лечебных учреждений для формирования 1-го эшелона госпитальной базы фронта в районе городов Чойбалсан и Тамцаг-Булак, куда перемещались госпитали из городов Иркутска, Улан-Удэ и Читы, а также направлялись часть прибывающих на фронт лечебных учреждений. К началу операции здесь был создан 1-й эшелон госпитальной базы фронта: в г. Чойбалсане (11,3 тыс. штатных коек) и г. Тамцаг-Булаке (6 тыс. коек). В 1-м эшелоне сосредоточивались 10 госпиталей на 3 тыс. коек, составлявшие резерв Военно-санитарного управления фронта (см. рис. 2). Руководство 1-м эшелоном госпитальной базы фронта возлагалось на управление эвакуационного пункта № 54, перемещенное из г. Читы в г. Чойбалсан.

Из-за отсутствия необходимого жилого фонда 1-й эшелон госпитальной базы фронта к началу операции был развернут не более чем на 60 % штатной коечной емкости. В районе железнодорожных станций Борзя и Оловянная сформировали так называемую дополнительную госпитальную базу из 25 госпиталей эвакуационного пункта № 58 на 8050 коек, по существу, выполнявшую функцию 1-го эшелона госпитальной базы фронта только для 36-й армии. В г. Чите оставались 26 госпиталей эвакуационного пункта № 84 на 8200 коек, а в г. Улан-Удэ и в районе г. Иркутска – 34 госпиталя эвакуационного пункта № 72 на 11 150 коек, которые в совокупности являлись 2-м эшелоном госпитальной базы фронта.

Госпитальные базы армий были сосредоточены в районах городов Дзамынь-Удэ (конно-

Таблица 1

Госпитальные базы фронтов Маньчжурской военной операции [6]

Госпитальная база	Фронт		
	Забайкальский	1-й Дальневосточный	2-й Дальневосточный
Фронтовой эвакуационный пункт	№ 54 (41 госпиталь на 20,7 тыс. коек)	№ 96 (28 госпиталей на 17,6 тыс. коек)	№ 56 (14 госпиталей на 5,8 тыс. коек)
Местный эвакуационный пункт	№ 72 (34 госпиталя на 11 150 коек)		№ 69 (5 госпиталей на 3,2 тыс. коек)
Вспомогательный эвакуационный пункт	№ 84 (26 госпиталей на 8,2 тыс. коек)	№ 53 (20 госпиталей на 12,7 тыс. коек)	
Полевой эвакуационный пункт	№ 58 (25 госпиталей на 8050 коек)		№ 204 (5 госпиталей на 3,2 тыс. коек)



Начальники Военно-санитарных управлений фронтов Маньчжурской военной операции:

П.Г. Столыпин
(Забайкальский фронт)

А.В. Песис
(1-й Дальневосточный фронт)

А.И. Бурназян
(2-й Дальневосточный фронт)

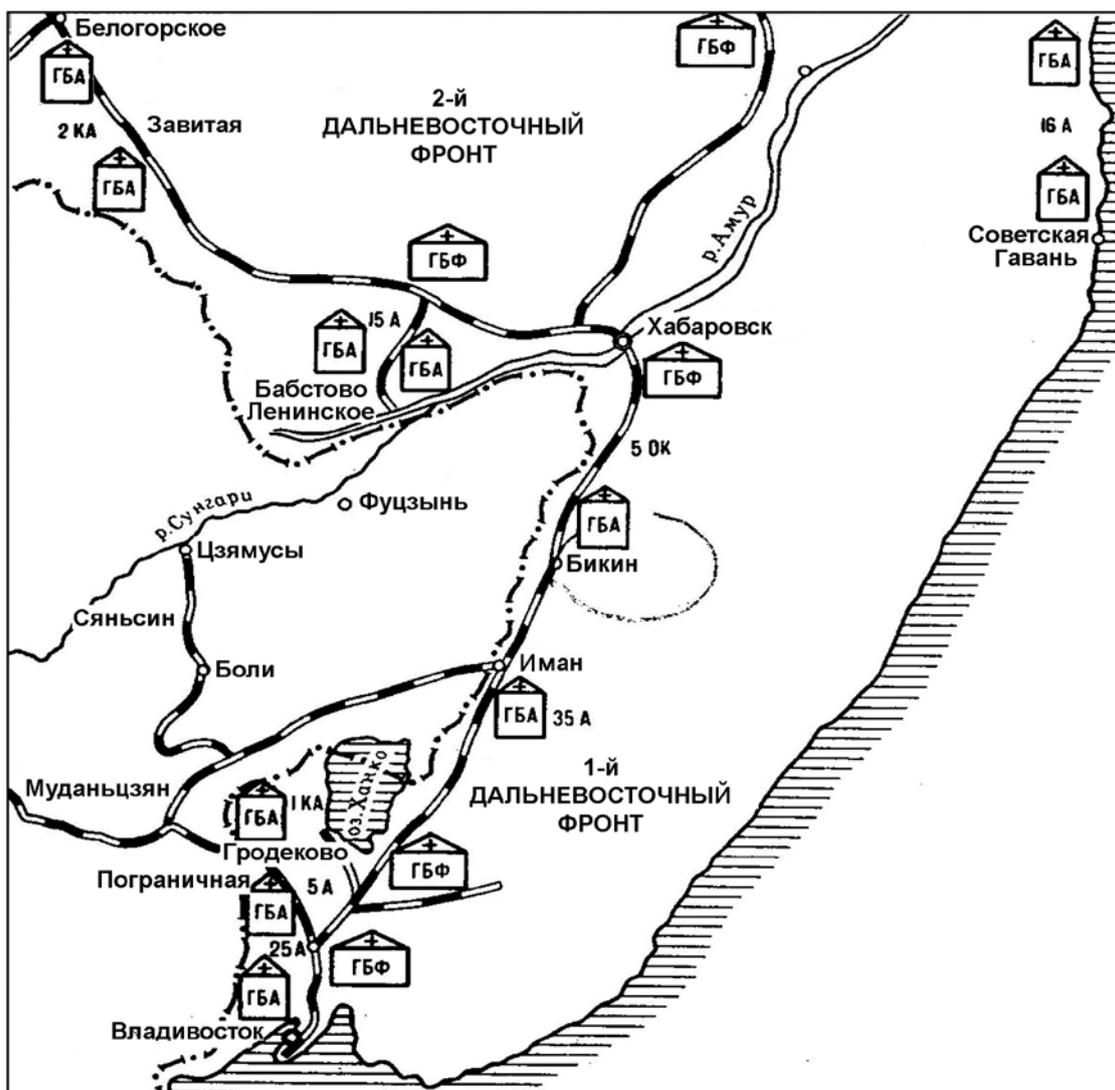


Рис. 2. Дислокация госпитальных баз фронта (ГБФ) и армий (ГБА) 1-го и 2-го Дальневосточных фронтов к началу Маньчжурской стратегической наступательной операции [4].

механизированная группа войск), Югодзыр-Хид (17-я армия), Баин-Цаган (6-я гвардейская танковая армия), Тамцаг-Булак (39-я армия) и Досатуй (36-я армия). В соответствии с рекомендациями оперативной группы Главного военно-санитарного управления в исходном положении в составе госпитальных баз армий были развернуты, главным образом, эвакуационные госпитали. От 50 до 70 % коек находились в резерве и были подготовлены к маневру за наступающими войсками.

Для организации бесперебойной эвакуации раненых и больных в госпитальную базу фронта каждой армии (кроме 36-й и 53-й) были приданы санитарные самолеты фронтового отдельного санитарного авиационного полка. 1 фронтовая автосанитарная рота поступила в распоряжение эвакуационного пункта № 58 для эвакуации раненых и больных из 36-й армии, 1 автомобильный санитарный взвод – эвакуационного пункта № 54 для межгоспитальных перевозок. На участке узкоколейной железной дороги Тамцаг – Булак – Чойбалсан курсировали 2 военно-санитарные летучки. Фронтовые санитарные склады размещались в городах Чойбалсане и Чите. 4 санитарно-эпидемиологические лаборатории фронта в исходном положении находились в городах Чите, Борзе, Чойбалсане и Улан-Цирике; санитарно-контрольные пункты – в населенных пунктах Карымская, Борзя, Чойбалсан, Хоронор. В г. Чойбалсане были сосредоточены обмывочно-дезинфекционная рота, 3 прачечно-банных отряда и банно-дезинфекционный поезд. Военно-санитарное управление фронта план медицинского обеспечения, как официальный документ, не оформляло [5].

1-й Дальневосточный фронт. Из документов Военно-санитарного управления 1-го Дальневосточного фронта (начальник – А.Е. Песис, главный хирург – А.А. Вишневский, главный терапевт – Н.С. Молчанов, главный эпидемиолог – В.Л. Портнов) сохранился перспективный лечебно-эвакуационный план медико-санитарного обеспечения наступательных действий войск фронта. Согласно этому документу, санитарные потери за первые 20 сут операции ожидалось в количестве 56 450 пораженных в бою (9,6 % численности войск) и 18 тыс. больных (3 % численности войск). Предполагалось, что наибольшие потери понесет личный состав 5-й (29,2 тыс. человек) и 1-й Краснознаменной (11 тыс. человек) армии. Общая потребность фронта в койках определялась в 96 тыс. при фактическом наличии 62,7 тыс. штатных коек.

В исходном положении по рекомендации оперативной группы Главного военно-санитарного управления в госпитальных базах армий развертывались, преимущественно, эвакуационные госпитали, а от 50 до 70 % коек оставались в резерве. Госпитальная база фронта была развернута в 2 районах: 28 госпиталей эвакуационного пункта № 96 – в районе населенных пунктов Спасск-Дальний и Манзовка и 20 учреждений эвакуационного пункта № 53 – в районе населенных пунктов Уссурийск и Раздольное. Там же находился резерв Военно-санитарного управления фронта – 21 госпиталь на 4400 коек.

Эвакуацию планировалось вести из 35-й армии в лечебные учреждения эвакуационного пункта № 96, из 1-й Краснознаменной и 5-й армий – через железнодорожную станцию Пограничная в госпитали эвакуационных пунктов № 53 и № 96, из 25-й армии – также в госпитали эвакуационного пункта № 53. При выходе войск на рубеж городов Линькоу, Муданьцзян, Ванцин и Яньцзи развернутые госпитальные базы армий предполагалось передать в состав эвакуационного пункта № 96, а в период с 20 по 22 августа выдвинуть 6–8 тыс. коек эвакуационного пункта № 96 в район железнодорожных станций Пограничная и Муданьцзян. После восстановления железной дороги эвакуацию пострадавших намечалось вести в г. Уссурийск военно-санитарными летучками; из госпитальных баз 1-й Краснознаменной, 5-й и 25-й армий – через г. Муданьцзян в госпитали эвакуационного пункта № 53 (г. Уссурийск); из 35-й армии – через Решетниково в госпитали эвакуационного пункта № 96. В последующем госпитали эвакуационного пункта № 96 планировалось развернуть в районе г. Ванцин и далее – в г. Гирин.

Санитарно-эпидемическое состояние войск фронта было неустойчивым по кишечным инфекциям, регистрировались эндемические инфекции и малярия. Имелась тенденция к увеличению заболеваемости геморрагическим нефрозонефритом и острой малярией.

У значительной части личного состава войск, прибывшего в состав фронта по железной дороге, обнаруживали педикулез. Для санитарной обработки прибывающих эшелонов были привлечены соответствующие силы и средства 1-й Краснознаменной армии (2 банно-дезинфекционных поезда и 1 обмывочно-дезинфекционная рота), работавшие в районе населенного пункта Манзовки. За период с июня по 10 августа были помыты 1781 тыс. человек, продезинфицированы 517 тыс. комплектов обмундирования, выстираны 1834 т белья, импрегнированы 340 тыс. пар белья. Учитывая, что санитарно-эпидемиче-

ское состояние района предстоящих боевых действий оценивалось как неблагоприятное по кишечным инфекциям и чрезвычайное по чуме и натуральной оспе, войска фронта были привиты противочумной вакциной НИИЭГ и поливакциной НИИСИ. Охват прививками вакциной НИИЭГ составил 90–96 %, поливакциной НИИСИ колебался по соединениям в пределах от 23 до 93 %.

На учебных сборах эпидемиологов повышенное внимание обращалось на профилактику особо опасных инфекций и организацию санитарно-эпидемиологической разведки. Следует отметить, что отсутствие достоверных данных о санитарно-эпидемическом состоянии в полосе предстоящих боевых действий фронта существенно затрудняло эпидемиологический прогноз и конкретизацию некоторых противоэпидемических мероприятий. Особенностью организации противоэпидемического обеспечения войск 1-го Дальневосточного фронта явилось формирование из 2 фронтовых санитарно-эпидемиологических лабораторий (№ 67 и № 302) групп усиления, придаваемых армейским санитарно-эпидемиологическим отрядам. Фронтовые инфекционные полевые подвижные госпитали были приданы эвакуационному пункту № 96. Один санитарно-контрольный пункт фронта развернули на железнодорожной станции Губерово, другой – работал в запасном полку.

Войска, прибывающие в состав 1-го Дальневосточного фронта (например 5-я армия), почти не имели запасов медицинского имущества, фронтовой санитарный склад № 593 также был недостаточно им обеспечен. Однако в подготовительный период за счет поставок из центра проблему обеспечения имуществом боевого перечня удалось решить. Причем в армиях эта обеспеченность была доведена до табельных норм. В исходном положении фронтовой санитарный склад был развернут в г. Уссурийске, а его отделение – в г. Манзовке. Полевые армейские санитарные склады размещались в районах армейских станций снабжения, а их головные отделения – в районах развертывания госпитальных баз армий [2, 6].

2-й Дальневосточный фронт. Военно-санитарное управление 2-го Дальневосточного фронта (начальник – А.И. Бурназян, главный хирург – А.С. Ровнов, главный терапевт – А.И. Черевков, главный эпидемиолог – В.Д. Краснов) в соответствии с задачами фронта предполагало, что санитарные потери в операции могут достигнуть 50 тыс. человек, в том числе 38 тыс. пораженных в бою и 12 тыс.

больных. Наибольшие потери ожидалось в 15-й армии (26 тыс. человек) и 5-м отдельном стрелковом корпусе (8 тыс. человек). Потери 2-й Краснознаменной армии предполагались в 7700 человек. Исходя из возможного распределения прогнозируемых санитарных потерь по армиям, было принято решение о развертывании госпитальной базы фронта в следующих районах: г. Свободный (5 эвакуационных госпиталей эвакуационного пункта № 69) – для приема раненых и больных из 2-й Краснознаменной армии; г. Биробиджан (5 эвакуационных госпиталей эвакуационного пункта № 204) – для 15-й армии; города Хабаровск, Бикин и Комсомольск-на-Амуре (14 госпиталей эвакуационного пункта № 56) – для приема раненых и больных из 5-го отдельного стрелкового корпуса, 15-, 16-й армий и Камчатского оборонительного района.

Госпитальные базы армий развернулись в городах Белогорске (2-я Краснознаменная армия), Бабетове (15-я армия) и Николаевске-на-Амуре (16-я армия). Наиболее подготовленной к приему раненых и больных была госпитальная база 15-й армии на 5300 коек.

При планировании санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск 2-го Дальневосточного фронта Военно-санитарное управление исходило из необходимости организации санитарной обработки прибывающих контингентов войск, обсервации частей, организации прививок. Фронтовые санитарно-контрольные пункты были расположены в населенных пунктах Сковородино, Ушумуне, Биробиджане и Хабаровске. В первой декаде августа в войсках были зарегистрированы 150 случаев заболеваний дизентерией и 22 – брюшным тифом. Среди местного населения выявлены 29 больных брюшным тифом и паратифами, 17 – сыпным тифом и 962 – дизентерией. Неустойчивое санитарно-эпидемическое состояние по кишечным инфекциям, широкое распространение этих инфекций на территории Маньчжурии, возможность заболеваний чумой и холерой определили направление противоэпидемических мероприятий.

Особое внимание обращалось на профилактику чумы. Личный состав войск фронта был привит противочумной вакциной НИИЭГ на 90–95 %. В район 15-й армии были направлены 2 инфекционных госпиталя, подготовленные для лечения больных чумой и холерой. Была также организована внештатная противочумная станция в составе лаборатории особо опасных инфекций, инфекционного госпиталя и изолятора для контактировавших, направленная на барже

по р. Сунгури для работы в г. Цзямусы. Заболевание сыпным тифом местного населения и возможное его распространение в войсках противника требовали усиленного санитарного надзора и бесперебойного банно-прачечного обслуживания. Санитарно-эпидемиологическая разведка проводилась личным составом медицинских пунктов частей, дивизионными эпидемиологами, армейскими санитарно-эпидемиологическими отрядами и их подвижными отделениями.

В порядке подготовки к предстоящей операции основные запасы медицинского имущества (главным образом боевого перечня) были сосредоточены в полевых армейских санитарных складах из расчета 2-месячной потребности. Отделения фронтового санитарного склада, находившегося в г. Хабаровске, были выдвинуты в населенные пункты Свободный, Комсомольск-на-Амуре и Сковородино. Полевые армейские санитарные склады находились в районах своих госпитальных баз армий [2, 6].

Медицинское обеспечение войск в ходе операции

При анализе санитарных потерь войск фронтов в Маньчжурской операции необходимо учитывать, что с 9 по 20 августа 1945 г. они вели активные боевые действия, а с 21 августа (после капитуляции Квантунской армии) – осуществляли прием капитулировавших войск. При этом следует иметь в виду, что 2-й Дальневосточный фронт частью сил провел Южно-Сахалинскую (11–25 августа) и Курильскую десантные (18 августа – 1 сентября) операции.

Общие санитарные потери войск фронтов (табл. 2, 3) составили всего 19,5 % прогнозируемого их числа (пораженных в бою – 16,3 %, больных – 31,7 %). Согласно прогнозам, удельный вес потерь больных в структуре санитарных потерь всех трех фронтов за операцию был определен в 21 %, фактически он же достиг 34 %. Из всех потерь пораженных в бою за операцию на период активных боевых действий (9–20 августа 1945 г.) приходилось:

на Забайкальском фронте – 94,9 %, на 1-м Дальневосточном фронте – 95,2 %, на 2-м Дальневосточном фронте – 51 %. В общем числе потерь пораженных в бою всей группировки войск потери Забайкальского фронта составили 16,9 %, 1-го Дальневосточного фронта – 64,1 % и 2-го Дальневосточного фронта – 19 %. Следует отметить весьма существенные расхождения между прогнозируемой и фактической величиной и структурой санитарных потерь, а также неравномерность их распределения по фронтам.

Анализ санитарных потерь фронтов в Маньчжурской операции за период активных боевых действий в относительных показателях, естественно, подтверждает сформулированные выше выводы, сделанные на основе оценки санитарных потерь в абсолютных цифрах. Максимальные санитарные потери пораженных в бою за операцию понесли войска 1-го Дальневосточного фронта, больных – Забайкальского фронта. Следует отметить высокие среднесуточные потери больных, которые достигли на Забайкальском фронте 0,05 %. Это объяснялось не только специфическими особенностями театра военных действий, но и тем, что в состав войск прибыли большое число солдат и офицеров, не успевших адаптироваться к непривычным для них условиям. Велик был удельный вес больных в общем числе санитарных потерь на Забайкальском фронте, где он составил за всю операцию 56,6 %, а за период активных боевых действий – 52,2 %.

Для Маньчжурской операции характерна неравномерность распределения санитарных потерь не только по фронтам, но и по армиям одного фронта. Так, наибольшие санитарные потери пораженных в бою (2867 человек) понесла 36-я армия, на долю которой выпала основная тяжесть борьбы с укрепрайонами противника. Они составили 71 % от всех потерь пораженных в бою Забайкальского фронта за операцию. На 1-м Дальневосточном фронте санитарные потери пораженных в бою 5-й армии (7294 человек) составили почти половину

Таблица 2
Санитарные потери в Маньчжурской военной операции за период активных боевых действий (человек) [6]

Фронт	Прогнозируемые		Фактические					
	поражен- ные в бою	боль- ные	с 9 по 31.08		в том числе			
			поражен- ные в бою	боль- ные	с 9 по 20.08		с 21 по 31.08	
					поражен- ные в бою	боль- ные	поражен- ные в бою	боль- ные
Забайкальский	51 560	8790	4034	5257	3830	4187	204	1070
1-й Дальневосточный	56 450	18 000	15 289	4969	14 540	2661	729	2308
2-й Дальневосточный	38 000	12 000	4536	2059	2317	1247	2219	812
Итого	146 010	38 790	23 839	12 285	20 687	8095	3152	4190

Таблица 3

Санитарные потери в Маньчжурской военной операции за период активных боевых действий
(9–20 августа 1945 г.), % к численности личного состава [6]

Фронт	Санитарные потери					
	пораженные в бою		больные		всего	
	за операцию	средне-суточные	за операцию	средне-суточные	за операцию	средне-суточные
Забайкальский	0,59	0,05	0,64	0,053	1,23	0,1
1-й Дальневосточный	2,46	0,20	0,45	0,04	2,91	0,24
2-й Дальневосточный	0,69	0,05	0,37	0,03	1,06	0,09

(47,8 %) потерь войск фронта за операцию. На 2-м Дальневосточном фронте доля пораженных в бою 2-й Краснознаменной армии (2019 человек) составила 44,5 % от санитарных потерь фронта.

Высокие темпы наступления советских войск, горно-таежный характер местности, бездорожье, перебои в снабжении горючим – все это привело к тому, что большинство подразделений, частей и учреждений медицинской службы значительно отставали от обеспечиваемых ими войск.

Полковые медицинские пункты нередко находились от линии фронта в 20–25 км, а дивизионные – в 80–90 км и даже 200 км, как это было на Забайкальском фронте. Выход из этой сложной обстановки многие дивизионные врачи находили в выделении от медико-санитарных батальонов групп медицинского состава с необходимым имуществом и направлении их вслед за своими соединениями. Деление медико-санитарных батальонов на 2, 3 части и более являлось почти общим правилом. Многие старшие врачи полков также прибегали к делению полковых медицинских пунктов. В ряде случаев эти медпункты настолько отставали от своих частей, что оказывались позади дивизионных медицинских пунктов и хирургических полевых подвижных госпиталей 1-й линии. Именно поэтому значительная часть раненых и больных (до 30 %) поступала в дивизионные медицинские пункты и хирургические полевые подвижные госпитали 1-й линии непосредственно из войск, а в 5-й армии 1-го Дальневосточного фронта таких раненых и больных было около 37 %.

Значительные трудности с эвакуацией раненых и больных (несмотря на небольшие санитарные потери) являлись причиной позднего их поступления в дивизионные медицинские пункты. Так, в дивизионные медицинские пункты 1-го Дальневосточного фронта 32,6 % от общего числа раненых поступили позже 24 ч с момента ранения.

Дивизионные медицинские пункты далеко не всегда являлись основным местом оказания

квалифицированной хирургической помощи раненым в войсковом тыловом районе, уступая эту роль армейским и фронтовым лечебным учреждениям. И все же оперируемость в дивизионных медицинских пунктах была достаточно высокой, что объяснялось, прежде всего, невысокими санитарными потерями пораженных в бою, а следовательно, и небольшим их туда поступлением. Так, даже в дивизионных медицинских пунктах 1-го Дальневосточного фронта, понесшего в Маньчжурской операции наибольшие санитарные потери, оперируемость составила 54,9 % от общего числа поступивших раненых, а в дивизионных медицинских пунктах 2-й Краснознаменной армии она была еще выше – 58 %.

В ходе операции в связи с достаточно высокими темпами наступления войск (особенно на правом крыле Забайкальского фронта) с небольшими санитарными потерями в 1-ю неделю боевых действий в армиях развертывались, как правило, единичные госпитали. Небольшие группы госпиталей в некоторых армиях стали развертываться лишь после 11–15 августа 1945 г. С 20 по 28 августа госпитали конно-механизированной группы были развернуты в населенных пунктах Долонноре и Жэхэ; 17-й армии – в Сиучжумуцине; 6-й гвардейской танковой армии – в Лубэй, Ютото, Тунляо; 39-й армии – в Ваньмяо, Таоань; 36-й армии – в Хайларе и Чанчуне (см. рис. 2). По решению Военно-санитарного управления Забайкальского фронта из его резерва были направлены: в район Ваньмяо – хирургический полевой подвижный госпиталь с отдельной ротой медицинского усиления, куда он прибыл только 22 августа; в Цицикар – 3 госпиталя (в том числе сортировочные эвакогоспитали). Для 6-й танковой армии из района г. Тунляо на транспортных самолетах были доставлены хирургический полевой подвижный госпиталь – в г. Шеньян и госпиталь для легкораненых – в г. Далянь (Дальний).

На 2-м Дальневосточном фронте для обеспечения приема раненых и больных, эвакуируемых из 15-й армии по р. Сунгари, в район

Ленинское выдвинулись и развернулись 8 госпиталей полевого эвакуационного пункта № 204 фронтового подчинения на 4800 коек. В ходе операции во 2-й Краснознаменной и 15-й армиях развертывались армейские госпитали в Сунь, Мергень, Фуцзинь, Цзямусы, Фанчжень, Боли. На 1-м Дальневосточном фронте в ходе операции осуществлялось доразвертывание фронтовых госпиталей. В состав госпитальной базы фронта была принята госпитальная база 5-й армии, развернутая в исходном положении. Армейские госпитали 35-й армии развертывались в городах Мишань, Линькоу и Боли; 1-й Краснознаменной армии – в районе Мулина; 5-й армии – в Муданьцзяне; 25-й армии – Лаохешань, Яньцзы. К 20 августа из состава фронтового эвакуационного пункта № 96 для формирования 1-го эшелона госпитальной базы фронта в район Пограничная, Муданьцзян были направлены 9 госпиталей на 2600 штатных коек.

Маневр госпитальными средствами за наступающими войсками в ходе операции является не самоцелью, а средством, обеспечивающим быстрее оказание раненым и больным квалифицированной и специализированной медицинской помощи. С этой точки зрения маневр армейскими и фронтовыми лечебными учреждениями в Маньчжурской операции был ограничен. В меньшей степени этот упрек касается 1-го Дальневосточного фронта, на котором в полосах наступления армий выдвигались и развертывались достаточно полноценные группы армейских госпиталей, а не единичные лечебные учреждения или, в лучшем случае, 2–3 госпиталя, неспособные выполнять задачи 1-го эшелона госпитальных баз армий (как это имело место на Забайкальском и 2-м Дальневосточном фронтах).

Четкая организация маневра госпитальными средствами особенно необходима при возникновении трудностей с эвакуацией раненых и больных, которые имели место в Маньчжурской операции. Растяжка грунтовых путей эвакуации достигала 300–400 км. Распутица и бездорожье резко ограничивали движение автомобильного транспорта. В этих условиях исключительно важную роль в эвакуации раненых и больных играла авиация. Следует особо подчеркнуть большое значение приказа Главнокомандующего войсками Дальнего Востока от 8 августа 1945 г. об использовании обратных рейсов транспортных самолетов для эвакуации раненых и больных. В связи с этим на аэродромах были развернуты нештатные эвакуационные пункты, и сформированы из медицинского

состава группы сопровождения эвакуируемых. За операцию самолетами транспортной и санитарной авиации только на Забайкальском фронте были эвакуированы в госпитальные базы фронта около 1000 раненых и больных (660 из них – транспортной и 333 – санитарной авиацией), доставлено в войска 615 л крови, 600 кг срочно необходимых медикаментов; 545 самолето-рейсов использовано для доставки офицеров связи медицинской службы.

Анализ лечебной деятельности госпитальных баз Забайкальского и 2-го Дальневосточного фронтов, ее результатов в Маньчжурской операции весьма затруднены в связи с отсутствием необходимых архивных материалов, конкретных данных об оперируемости раненых, организации специализированной медицинской помощи, исходах лечения. Показатели оперируемости раненых на дивизионном медицинском пункте 36-й армии колебались от 6 до 81 %. Отмечался колоссальный удельный вес (67 %!) раненых с небоевой травмой, поступивших в госпитальную базу Забайкальского фронта. Оперируемость здесь раненых с боевой травмой составила только 10 %.

Специализированная медицинская помощь в 1-е сутки операции, помимо лечебных учреждений госпитальных баз фронтов, оказывалась в эвакуационных госпиталях, развернутых в составе госпитальных баз армий. В ходе последующих боевых действий в некоторых армиях оказание специализированной медицинской помощи возлагалось на выдвигаемые за войсками одно- и многопрофильные армейские хирургические полевые подвижные госпитали с отдельными ротами медицинского усиления, в других армиях ее вообще не оказывали и переносили в специализированные лечебные учреждения госпитальной базы фронта.

О достаточности итоговых показателей работы медицинской службы в Маньчжурской операции можно судить по следующим данным: на 1-м Дальневосточном фронте за время операции удалось вернуть в строй 22,3 % раненых и 91 % больных (с учетом находившихся на лечении до начала операции).

Сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка на всех трех фронтах сохранялась и в ходе операции. Так, например, на 1-м Дальневосточном фронте в августе было зарегистрировано 908 случаев заболеваний дизентерией, 205 – малярией, 17 – сыпным и возвратным тифами, 15 – брюшным тифом, 10 – энцефалитами, 22 – геморрагическим нефрозонефритом и лептоспирозом. Это потребовало активного проведения всего

комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в динамике боевых действий. Особое внимание уделялось обследованию и санитарной охране водоемов и санитарно-эпидемиологической разведке, которая проводилась непрерывно всеми звеньями медицинской службы с максимальным использованием противоэпидемических учреждений армий и фронтов. За первыми эшелонами армий двигались подвижные отделения санитарно-эпидемиологического отдела с приданной им частью сил и средств обмывочно-дезинфекционных рот, обеспечивающих в случае необходимости санитарную обработку личного состава войск.

На Забайкальском фронте в санитарно-эпидемиологических отделах армий были созданы специальные противочумные отделения, которые также продвигались за войсками, вели разведку в готовности к проведению при необходимости противочумных мероприятий. Для решения указанной задачи привлекались также подвижные отделения по особо опасным инфекциям фронтовых санитарно-эпидемиологических лабораторий. В системе противоэпидемических мероприятий важное место занимала локализация очагов заразных заболеваний (вплоть до установления карантина), выявленных санитарно-эпидемиологической разведкой. После завершения Маньчжурской операции медицинская служба Забайкальского фронта приняла ряд срочных мер по ликвидации вспышек чумы среди местного населения. В результате всей этой разносторонней и большой по объему работы медицинская служба, несмотря на неблагоприятную санитарно-эпидемическую обстановку



Герой Советского Союза
санитарный инструктор М.Н. Цуканова

на театре военных действий, обеспечила санитарное благополучие войск Красной Армии, принимавших участие в Маньчжурской операции.

Значительные положительные результаты были достигнуты медицинской службой и в лечебной работе. Из числа лечившихся раненых в строй было возвращено из медико-санитарных батальонов дивизий 50 %, из армейских госпиталей – 15 %, из фронтовых – 14 % [2, 6].

Эти успехи были возможны благодаря самоотверженному труду военных медиков, огромному опыту, приобретенному в ходе Великой Отечественной войны. Многие из них, как и прежде, были отмечены правительственными наградами, а санитарный инструктор Мария Никитична Цуканова посмертно удостоена звания Героя Советского Союза [2, 4].

Заключение

Общая численность советской дальневосточной группировки с учетом Тихоокеанского флота и Амурской военной флотилии к началу Маньчжурской операции составляла более 1 млн 669 тыс. человек. Во время боевых действий общие санитарные потери составили 36 124 военнослужащих, в том числе пораженных в бою – 23 839, больных – 12 285. Общие санитарные потери войск были всего 19,5 % от прогнозируемого их числа (пораженных в бою – 16,3 %, больных – 51,5 %). В общем числе пораженных в бою всей группировки войск потери Забайкальского фронта составили 16,9 % (0,59 % от общей численности личного состава), 1-го Дальневосточного фронта – 64,1 и 2,46 % и 2-го Дальневосточного фронта – 19 и 0,69 %.

Из 423 госпиталей на 164,5 тыс. штатных коек, которыми располагали три фронта, участвовавшие в Маньчжурской операции, 219 учреждений на 95 тыс. коек (57,8 %) находились в госпитальных базах фронтов и 204 лечебных учреждения на 69,5 тыс. штатных коек (42,2 %) – в госпитальных базах армий. Полевые подвижные госпитали и госпитали для легкораненых составляли только 60,5 % от общей емкости госпитальных баз армий, что следует признать недостаточным.

Литература

1. Архив Военно-медицинского музея Минобороны РФ, ф. 1, оп. 44668, д. 76, л. 11, 219; д. 187, л. 21; оп. 47167, д. 3, л. 2, 19–20; д. 6, л. 81, 92.
2. Гладких П.Ф. Война с Японией. Медицинская служба в Маньчжурской стратегической наступательной операции: 9 августа – 2 сентября 1945 г. //

Базовый курс лекций по истории отечественной военной медицины. СПб. : Петрополис, 2009. Кн. 2. Лекция 10. С. 1–28.

3. Россия и СССР в войнах XX века. Потери вооруженных сил: стат. исслед. / под общ. ред. Г.Ф. Кривошеева. М. : Олма-Пресс, 2001. 607 с.

4. Селиванов В.И., Шевцов О.С. Медицинское обеспечение Красной Армии в войне с империалистической Японией // Очерки истории советской военной медицины / под ред. Д.Д. Кувшинского, А.С. Георгиевского. Л. : Медицина, 1968. С. 316–330.

5. Столыпин П.Г. Медицинское обеспечение военных действий войск Забайкальского фронта в 1945 г. // Военная медицина в Великую Отечественную войну. М. : Воениздат, 1955. С. 243–384.

6. Шевцов О.С. Медицинское обеспечение советских войск в Маньчжурской стратегической наступательной операции (9 августа – 2 сентября 1945 г.) // Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. М. : Воениздат, 1993. Т. 2. С. 359–372.

Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2015. N 3. P. 5–18

Gladkikh P.F. Voina s Yaponiei: meditsinskaya sluzhba Krasnoi Armii v Man'zhurskoi strategicheskoi nastupatel'noi operatsii (9 avgusta – 2 sentyabrya 1945 g.) [The war against Japan: Medical Service of the Red Army in the Manchurian Strategic Offensive Operation (9 August – 2 September 1945)]

The Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

Gladkikh Pavel Fedorovich – Dr. Med. Sci. Prof., Honored Worker of Higher School of Russia, The Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

Executing the decision of the Crimea Conference (Yalta, February 1945), in August 9 – September 2, 1945 Russia conducted Manchurian military operation to crush the Kwantung Army and liberated Manchuria, North Korea, South Sakhalin and the Kuril Islands from the Japanese occupation in order to speed up the surrender of Japan. The total number of Soviet Far East group, including the Pacific Fleet and Amur Flotilla, at the beginning of the Manchurian Operation amounted to more than 1 million 669,5 thousand military men. During the fighting, the overall health loss amounted to 36,124 military personnel, including battle injuries – 23,839, patients – 12,285. Cumulative sanitary losses in troops were just 19.5 % of predicted ones (battle injuries 16.3 %, patients 51.5 %). The total number of defeats in battle within the whole group of forces of the Transbaikal Front amounted to 16.9 % (0.59 % of the total staff), the 1st Far Eastern Front – 64.1 and 2.46 % and the 2nd Far Eastern Front – 19 and 0.69 %. Of 423 hospitals with 164.5 thousand regular beds allocated to three fronts involved in the Manchurian operation, 219 institutions with 95 thousand of beds (57.8 %) were at the front hospital bases and 204 medical institutions with 69.5 thousand regular beds (42.2 %) – at army hospital bases. Field mobile hospitals and hospitals for slightly wounded amounted to 60.5 % of the total capacity of army hospital bases that should be deemed insufficient. Among the wounded being treated, 50 % were returned to the ranks from Health battalions of divisions, 15 % from army hospitals and 14 % from the front hospitals.

Keywords: Manchurian military operation, Trans-Baikal Front, 1st Far Eastern Front, 2nd Far Eastern Front, the military, medical service, medical losses, injured.

References

1. Arkhiv Voenno-meditsinskogo muzeya Minoborony Rossii [Archives of the Military Medical Museum of the Defense Ministry]. Foundation 1, Opus 44 668, Folder 76, Pp. 11, 219; Folder 187, P. 21; Opus 47 167, Folder 3, Pp. 2, 19–20; Folder 6, Pp. 81, 92. (In Russ.)

2. Gladkikh P.F. Voina s Yaponiei. Meditsinskaya sluzhba v Man'chzhurskoi strategicheskoi nastupatel'noi operatsii: 9 avgusta – 2 sentyabrya 1945 g. [The war with Japan. Medical service in the Manchurian Strategic Offensive Operation: August 9 – September 2, 1945]. Bazovyi kurs lektsii po istorii otechestvennoi voennoi meditsiny [Basic course of lectures on the history of military medicine]. Sankt-Peterburg. 2009. Book 2. Lektsiya 10. Pp. 1–28. (In Russ.)

3. Rossiya i SSSR v voynakh XX veka. Poteri vooruzhennykh sil: staticheskoe issledovanie [Russia and the USSR in the wars of the twentieth century. The losses of the armed forces: statistical research]. Ed. G.F. Krivosheev. Moskva. 2001. 607 p. (In Russ.)

4. Selivanov V.I., Shevtsov O.S. Meditsinskoe obespechenie Krasnoi Armii v voine s imperialisticheskoi Yaponiei [Medical support of the Red Army in the war against imperialist Japan]. Oчерки istorii sovetskoi voennoi meditsiny [Essays on the History of the Soviet military medicine]. Eds.: D.D. Kuvshinskii, A.S. Georgievskii. Leningrad. 1968. Pp. 316–330. (In Russ.)

5. Stolypin P.G. Meditsinskoe obespechenie voennykh deistviy voisk Zabaikal'skogo fronta v 1945 g. [Medical support of military operations of the Transbaikal Front troops in 1945]. Voennaya meditsina v Velikuyu Otechestvennyuyu voynu [Military medicine in the Great Patriotic War]. Moskva. 1955. Pp. 243–384. (In Russ.)

6. Shevtsov O.S. Meditsinskoe obespechenie sovetskikh voisk v Man'chzhurskoi strategicheskoi nastupatel'noi operatsii (9 avgusta – 2 sentyabrya 1945 g.) [Medical support of Soviet troops in the Manchurian Strategic Offensive Operation (August 9 – September 2, 1945)]. Meditsinskoe obespechenie Sovetskoi Armii v operatsiyakh Velikoi Otechestvennoi voiny 1941–1945 gg. [Medical support of the Soviet Army in the operations of the Great Patriotic War of 1941–1945]. Moskva. 1993. Vol. 2. Pp. 359–372. (In Russ.)

Received 05.06.2015