

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального
образования

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА

На правах рукописи

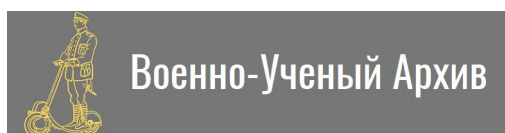
Карпенко Игорь Владимирович

04.2.00 8 13372 -

**«СТАНОВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ТАКТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ
СЛУЖБЫ 1620-1918 ГГ.»**

Специальность 07.00.10 история науки и техники (медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук



<https://warlib.site/>

https://t.me/warlib_site

Научные руководители:

Член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Чиж Иван Михайлович
Академик РАМН д.м.н., профессор Сточик Андрей Михайлович

Москва 2008

О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение	1
Глава I. Начальный период становления ОТМС: 1620-1812 гг.	8
Раздел 1. Появление военно-медицинской службы и начало становления медицинского обеспечения в период с 1620 по 1716 гг.	8
1.1.1. Лечебно-эвакуационное обеспечение	8
1.1.2. Управление военно-медицинской службой	13
1.1.3. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия	15
1.1.4. Военно-медицинское снабжение	16
1.1.5. Теория ОТМС	17
Раздел 2. Становление медицинского обеспечения армии во время войны в период с 1716 по 1812 гг.	17
1.2.1. Лечебно-эвакуационное обеспечение	17
1.2.2. Управление военно-медицинской службой	33
1.2.3. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия	37
1.2.4. Военно-медицинское снабжение	39
1.2.5. Отечественная война 1812 г. как отражение проблем медицинского обеспечения начального периода становления ОТМС	42
1.2.6. Законодательные документы военно-медицинской службы XVIII века – предпосылка начала формирования основ теории ОТМС	47
1.2.7. Медицинское обеспечение во время войны некоторых европейских армий в период с 1620 по 1812 гг.	53
Выводы главы	63
 Глава II . Завершение становления лечебно-эвакуационного обеспечения и военно- медицинского снабжения и начало формирования теоретической составляющей ОТМС в период с 1812 по 1878 гг.	65
2.1. Завершение становления лечебно-эвакуационного обеспечения	65
2.2. Управление военно-медицинской службой	82

1 а

2.3. Противоэпидемическое и санитарно-гигиеническое обеспечение -----	84
2.4. Завершение становления военно-медицинского снабжения -----	88
2.5. Русско-турецкая война 1877-78 гг. как отражение становления ОТМС в текущем периоде -----	91
2.6. Появление первых теоретических работ по организации медицинского обеспечения во время войны -----	97
2.7. Становление медицинского обеспечения армии во время военных действий в европейских странах в период с 1812 по 1878 гг. -----	106
Выводы главы -----	115
Глава III. Заключительный период становления ОТМС- 1878-1918 гг. -----	117
3.1. Передача управления лечебно-эвакуационным процессом в руки военных врачей – завершение становления управления медицинской службой -----	117
3.2 Завершение становления санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий -----	120
3.3. Становление мероприятий по защите от оружия массового поражения (отравляющих веществ) в период с 194 по 1918 гг. -----	124
3.4. Завершение становления теории ОТМС -----	128
3.4.1. Работы Н.И. Пирогова -----	128
3.4.2. Вопросы медицинского обеспечения армии во время войны в работах И.Д.Сарычева, П.П.Потираловского, В.А.Оппеля; возникновение понятия «санитарная тактика» -----	131
3.4.3. Начало преподавания курса санитарной тактики в Императорской Военно- Медицинской Академии -----	141
3.5. Первые санитарные маневры русской армии и испытания санитарного поезда - предпосылки выделения ОТМС в отдельную отрасль военной медицины-----	145
3.6. Роль военно-медицинских обществ в становлении ОТМС-----	154
3.7. Становление ОТМС в европейских странах в период с 1878 по 1918 гг. -----	157
Выводы главы-----	171
Заключение-----	172
Выводы -----	179
Список использованной литературы -----	180
Список архивных дел -----	189

Введение

Настоящая работа посвящена исследованию становления организации и тактики медицинской службы – одной из важнейших военно-медицинских наук. Под организацией и тактикой медицинской службы (в дальнейшем ОТМС) понимается организация медицинского обеспечения вооруженных сил во время военных действий. Эффективность организации и тактики медицинской службы является критерием успешного функционирования военно-медицинской службы вооруженных сил. Становление ОТМС в России имеет под собой объективную основу и связано с необходимостью эффективной организации деятельности медицинской службы на войне.

Актуальность темы исследования состоит в том, что оно послужит целям воссоздания объективной научно-достоверной истории становления организации и тактики медицинской службы в России как военно-медицинской науки.

Цель исследования: изучить и проанализировать процесс становления ОТМС в России, выявить основные этапы и характерные особенности.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать состояние медицинской службы русской армии с первой половины XVII и до начала XX веков;
2. Выполнить сравнительный анализ состояния медицинской службы русской армии и армий ведущих европейских государств;
3. Выявить и проанализировать нормативную базу деятельности медицинской службы в этот период;
4. Изучить работы касающиеся становления теории ОТМС;
5. Проанализировать материалы, посвященные становлению практических составляющих;

6. Разработать периодизацию становления организации и тактики медицинской службы в России;
7. Изучить и проанализировать состояние медицинской службы в разные периоды становления ОТМС.

Цель и задачи обусловили выбор комплексной методики исследования, базирующейся на историческом с элементами системного подхода. В работе используются сравнительный метод и метод моделирования и исторической реконструкции.

Научная новизна. Тема диссертации до настоящего времени не являлась предметом целенаправленного научного изучения. Отдельные сведения по избранной тематике содержатся в публикациях С.А. Себеки, А.С. Георгиевского, П.Ф. Гладких. Нами впервые проанализирована история становления ОТМС в России с учетом содержания не только теоретической, но и практических составляющих данной отрасли военной медицины. Впервые на основе исследования русских и иноязычных печатных источников по данному вопросу предпринят сравнительный анализ становления ОТМС в русской и иностранных армиях.

Хронологические рамки исследования с 1620 по 1918 гг. Начальная дата обусловлена выходом в свет «Книги воинской о всякой стрельбе и огненных хитростях» – первого государственного документа, в котором были изложены сведения об организации военно-медицинской службы. Конечная дата – 1918 г., когда завершила свое становление последняя практическая составляющая ОТМС.

На основании выявленных и изученных материалов нами выделено три основных периода становления ОТМС в России. Первый период: 1620-1812 годы; второй: 1812-1878 годы; третий: 1878-1918 годы.

а

Начало первого периода – 1620 г. – обусловлено появлением «Книги воинской о всякой стрельбе и огненных хитростях», первого официального документа, свидетельствующего о возникновении военно-медицинской службы. Необходимость совершенствования форм и методов ее работы стали побудительными факторами начала становления ОТМС. В течение первого периода с 1620 по 1812 гг. начали свое становление практические категории ОТМС. Теоретических работ по ОТМС на протяжении этого периода не было, происходило лишь накапливание фактического материала медицинского обеспечения армии во время войны.

Попытки обобщение этого материала и осмысления проблем медицинского обеспечения в Отечественную войну 1812 г. знаменовало собой начало второго периода становления ОТМС с 1812 по 1878 гг. Такими попытками были труды И. Энегольма (1813 г.), М. Мудрова (1826 г.), А. Чаруковского (1836 г.).

Особенностью первых теоретических работ было то, что вопросы ОТМС рассматривались в них «попутно» с другими вопросами и носили описательный характер. Результатом первых попыток осмысления проблем медицинского обеспечения стало завершение становления в этом периоде таких практических составляющих ОТМС, как: лечебно-эвакуационное обеспечение и военно-медицинское снабжение.

В течение третьего периода с 1878 по 1918 гг. появились теоретические труды таких авторов как: Н.И. Пирогов (1789 г.), И.Д. Сарычев (1885 г.), П.П. Потираловский (1907 г.), В.А.Оппель (1916 г.). Эти работы носили уже обобщающий характер и свидетельствовали о завершении становления теории ОТМС. В течение первой мировой войны завершилось становление последних, еще не сформировавшихся, практических составляющих – мероприятий по защите от оружия массового поражения; санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий и управления медицинской службой. Одной из особенностей этого периода были первые

санитарные маневры, которые стали важной предпосылкой выделения ОТМС в самостоятельную военно-медицинскую науку.

Завершение становления теоретической и практических составляющих ОТМС в течение периода с 1878 по 1918 гг. свидетельствовали об окончании становления ОТМС в этом периоде.

Обзор литературы и источников.

В исследовании использованы материалы, содержащиеся в монографиях, диссертациях, энциклопедиях и журнальных статьях, посвященных истории формирования практических категорий ОТМС (лечебно-эвакуационное обеспечение, управление медицинской службой, противозидемическое обеспечение, военно-медицинское снабжение, мероприятия по защите от оружия массового поражения) и теории ОТМС. Всего изучено 111 публикаций.

В изученной литературе содержатся сведения, главным образом, по двум вопросам:

1) Материалы, касающиеся становления отдельных практических вопросов ОТМС.

Истории формирования категории лечебно-эвакуационного обеспечения посвящены работы: 18, 20, 61, 62, 72). Становление противозидемического обеспечения подробно рассматривалось в работах: (47, 59, 61, 77). Развитию системы военно-медицинского снабжения были посвящены работы (87, 5, 83).

2) Материалы, рассматривающие становление ОТМС в целом: (14, 15, 17). Характерной особенностью исследования процесса становления ОТМС в этих работах является то, что этот он рассматривается авторами с позиции анализа теоретической составляющей ОТМС. Такими работами являются, главным образом, труды А.С.Георгиевского (14, 15, 17), в которых сделана попытка изучить историю становления ОТМС и предложена периодизация этого процесс. В одной из первых своих работ на эту тему – «К вопросу о

развитии тактики медицинской службы как научной дисциплины» (1948 г.) – А.С.Георгиевский пишет о двух периодах в развитии ОТМС, разделяя их Октябрьской революцией 1917 года [17]. В работе «О предмете исследования и определения ОТМС» в книге «Вопросы истории и теории ОТМС» (1956 г) А.С. Георгиевский пишет о двух периодах становления и развития ОТМС. Хронологически автор определяет «период собирания фактов» (начало XIX – середина XIX вв.), и «этап выделения ее в качестве самостоятельной отрасли военной медицины» (середина XIX – начало XX вв.) [14].

В другой своей работе – статье «Основные этапы и направления развития ОТМС» (ВМЖ, 1973 г., №4) – А.С.Георгиевский выделяет «стадию научного становления ОТМС» (последняя четверть 19-го – начало 20-го веков)[15]. Логично предположить, что наличие научной стадии становления ОТМС предполагает, вероятно, и наличие какого-то предыдущего периода – «периода собирания фактов»).

Одной из немногих работ на эту тему уже другого автора и в более близкий нам период является работа проф. М.М. Кнопова «Исторические аспекты развития ОТМС» (2002г.). Первый этап по автору: «этап возникновения определенных тенденций к развитию ОТМС» [35]. Этот этап был связан с появлением первых публикаций, касающихся организации оказания медицинской помощи в военное время. Хронологически этап ограничен автором первой половиной 19-го века. Второй этап: « этап выделения ее в качестве самостоятельной отрасли военной медицины». Этот период автор связывает с деятельностью Н.И. Пирогова и в первую очередь с такими его работами, как: «Начало общей военно-полевой хирургии»(1865г.), «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и тылу действующей армии» (1879г.). Третий период (по автору конец 19-го – начало 20-го веков) – период научного становления организации и тактики медицинской службы. Далее автор рассматривает дальнейшее развитие ОТМС в советский период.

Перечисленные работы не только определили направление поиска, но и позволили получить конкретные, хотя и фрагментарные, сведения о становлении практических категорий и теории ОТМС в России.

Вместе с тем, нам не встретилось ни одной публикации, автор которой ставил своей целью составить целостное представление о процессе становления ОТМС в единстве ее теории и практики.

Источники.

Источниковую базу исследования образуют уставы и должностные инструкции русской армии XVIII и XIX вв., статьи зарубежных и отечественных авторов, посвященные становлению отдельных составных частей медицинского обеспечения армии во время военных действий, а также теории ОТМС, архивные документы, хранящиеся в фондах Российского государственного военно-исторического архива.

На основании источниковой базы удалось:

- расширить хронологические рамки научного исследования истории становления ОТМС;
- впервые в рамках научного исследования рассмотреть историю санитарных маневров в русской армии;
- пересмотреть дату проведения первых санитарных маневров в России.

Всего изучено 111 публикаций, более 200 архивных дел. Из них использованы в работе 20 архивных документов. Обнаружены и введены в научный оборот 2 новых документа.

Научно-практическая значимость работы состоит в том, что ее материалы и выводы восстанавливают историческую научно-достоверную картину формирования такой отрасли современной военной медицины, как ОТМС. Работа вносит вклад в разработку и научное обоснование путей совершенствования организации медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах. Кроме того, материалы диссертации могут быть использованы в учебном процессе на курсах истории военной медицины

Факультета военного обучения при ММА им. И.М. Сеченова и Военно-медицинской Академии МО РФ.

По материалам исследования опубликованы 12 работ. Материалы диссертации докладывались на конференции «Развитие образовательного процесса в ММА им. И. Сеченова в связи с реализацией Болонской конвенции» (секция истории медицины). Москва. 2005 г.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Становление ОТМС происходило в период с 1620 по 1918 гг.
2. Становление ОТМС заключалось в постепенном формировании таких практических категорий как: лечебно-эвакуационное обеспечение, управление медицинской службой, противоэпидемическое обеспечение, военно-медицинское снабжение, мероприятия по защите от оружия массового поражения, а так же теории ОТМС.
3. Становление ОТМС включало в себя три периода:
 - I период: 1620 -1812 гг. – начало становления практических составляющих медицинского обеспечения русской армии во время военных действий;
 - II период: 1812-1878 гг. – завершение становления лечебно-эвакуационного обеспечения и военно-медицинского снабжения, начало становления теоретической составляющей ОТМС;
 - III период: 1878-1918гг. – завершение становления всех практических составляющих медицинского обеспечения во время военных действий и теории ОТМС.
4. Первые санитарные маневры в России были проведены в 1891 г.

Глава первая. Начальный период становления ОТМС: 1620-1812 гг.

Раздел 1. Появление военно-медицинской службы и начало становления медицинского обеспечения в период с 1620 по 1716 гг.

1.1.1 Лечебно-эвакуационное обеспечение

К периоду первых двух десятилетий XVII в. относятся первые попытки государственного участия в медицинском обеспечении войск. Эти попытки были неслучайны. В Московском государстве уже существовало регулярное войско. Датой рождения регулярной армии в настоящее время принято считать 1550 г. – время выхода указа царя Ивана Васильевича (Грозного) о создании стрелецкого войска [39].

Практические запросы медицинского обеспечения регулярной армии требовали наличия специальной организации, реализующей эти запросы, т.е. медицинской службы. Тем не менее, в «Уложении о службе» от 1556 г. одном из первых документов, регламентирующем организацию Московского войска, медицинская служба еще не упоминается.

К наиболее ранним формам государственного участия в деле заботы о раненых относится снабжение лекарствами армии, выдача денег раненым «на лечбу». Известна так же роль монастырей в лечении раненых. Таким образом, государство в той или иной мере все же пыталось участвовать в

деле призрения раненых. Видный историк военной медицины С.Семека писал: «С зарождением постоянного войска начинают появляться и элементы государственной организации его военно-медицинского обеспечения» [86, с.14].

Тем не менее, это были только элементы государственной организации военно-медицинского обеспечения.

В 1620 г. году вышла в свет «Книга воинская о всякой стрельбе и огненных хитростях», в которой впервые упоминалась военно-медицинская служба. Большинство исследователей в настоящее время эту дату связывают с возникновением военно-медицинской службы в армии Московского государства.

В «Книге воинской ...» 1620 г. впервые в законодательном порядке констатировалась штатная оплачиваемая должность лекаря в войске, порядок оплаты его услуг, его подчиненность войсковому начальству. Здесь же содержались сведения об организации полковой медицинской службы. В частности, кроме лекаря с помощниками, констатировалось наличие транспорта для эвакуации раненых. Таким образом, именно в «Книге воинской» были впервые перечислены: «юридические, финансовые, организационные основы организации военно-медицинской службы и оказания медицинской помощи в русском войске» [5, с.58]. В настоящее время с этим документом связывают дату возникновения военно-медицинской службы в русской армии.

Однако возникновение военно-медицинской службы еще не означало появления организации и тактики медицинской службы (в дальнейшем ОТМС) в строгом понимании. Возникновение ОТМС диктовалось практическими задачами деятельности военно-медицинской службы. Усложнение организации русской армии и ее медицинской службы требовали выработки наиболее эффективных форм медицинского обеспечения войск. Ответом на эти требования было появление первых элементов медицинского обеспечения войск во время военных действий. При

этом нельзя забывать, что медицинское обеспечение войск во время войны как раз и является предметом научного изучения ОТМС. Важнейшими составными частями медицинского обеспечения армии во время военных действий являются: лечебно-эвакуационное обеспечение, управление медицинской службой, противоэпидемическое и санитарно-гигиеническое обеспечение, военно-медицинское обеспечение, а с определенного времени и мероприятия по защите от оружия массового поражения.

Несмотря на создание военно-медицинской службы эффективность медицинского обеспечения войск в это время была еще низкой. Этому способствовало как отсутствие опыта, так и недостаток сил и средств недавно сформированной медицинской службы. Между тем, Московское государство XVII в. решало задачи исторического значения военным путем. Уже в начале века одна из этих задач заключалась в освобождении Москвы от польских интервентов и ликвидации последствий Смутного времени. К этому периоду времени (1615 г.) относится первое упоминание о полковом лекаре. В списках Разрядного приказа за 1615 г. профессор харьковского университета Г.Успенский обнаружил первое упоминание о «полковом лекаре» [95]. Таким образом, именно с потребностями военного времени связано первое появление военного медика – ключевой фигуры медицинского обеспечения армии в военное время.

Следующей задачей Московского государства в этот период являлось освобождение исконно русских земель, попавших под власть Польши и Турции. Важным моментом в ходе выполнения этой задачи было освобождение древнего русского города Смоленска захваченного Польшей. Московское войско дважды в течении XVII в. в 1632 и 1654 гг. вело войны с Польшей за освобождение Смоленска. К этому периоду относится еще одно раннее упоминание о наличии в русской армии медицинского состава. С.А. Семека приводит данные известных дореволюционных историков медицины М.Ю.Лахтина и Л.Ф.Змеева о наличии уже нескольких лекарей в русском войске, осаждающем Смоленск в 1632 г. [83]. В первой половине XVII в.

военные медики были далеко не в каждом полку, однако во второй четверти XVII в. лекари были уже в очень многих полках и, в первую очередь, «иноземного строя». Некоторые авторы считают, что в этот период медики были в полках только в военное время. (М.Ю.Лахтин, Л.Ф.Змиев). В частности Л.Ф.Змиев писал: «С начала XVII в. ... вошло в обычай в мирное время распускать лекарей на свои корма, а поход снова принимать в службу». [29, с.111] Тем не менее, во второй половине XVII в. лекари были уже в большинстве полков. В конце XVII начале XVIII веков на места крупных сражений посылались уже группы медицинских специалистов. Например, в 1664 г. в полк воеводы Я.Черкасского по указу государя был послан отряд, состоящий из «лекарей да костоправ, а сними лекарства всякие» [46, с.59].

Таким образом, первые упоминания о личном составе медицинской службы – важной составной части медицинского обеспечения армии во время войны были связаны с многочисленными военными конфликтами, проводившимися Московским государством в XVII веке.

В 1632 г. Московское войско так и не решило задачу освобождения Смоленска и потерпело поражение. Следующий поход под Смоленск состоялся в 1654 г. Во время этого похода впервые обозначилась другая не менее важная составляющая медицинского обеспечения армии во время военных действий: в русской армии впервые появились лечебные учреждения для раненых и больных воинов. В период этого похода известны случаи, когда частные лица организовывали больницы для раненых и больных воинов за свой счет. Подобные больницы содержали кн. Черкасский, бояре Матвеевы, Апраксин и др.[28, с.248]. Известный историк В.О. Ключевский писал о благотворительности одного из видных приближенных царя, боярина Ртищева: «Сопровождая царя в Польском походе, Ртищев по дороге подбирал в свой экипаж больных и увечных, ...в попутных городах и селах устраивал для этих людей временные госпитали, где содержал и лечил их за свой счет» [34, с.270-271]. Такие больницы существовали не постоянно и не имели какой-либо строгой штатной

структуры. Как писал С.А.Семека, это был случай « ... появления первых полевых лечебных учреждений в русском войске» [83, стб. 731]. Если появление таких учреждений в период польского похода 1654 г. носило характер частной благотворительности, то в период войны с Турцией (1676-81 гг.) в Москве был открыт военный госпиталь уже за государственный счет. Во время проведения одного из сражений этой войны (под Чигирином) царь Федор Алексеевич « указал ... раненых в Чигирине, тех которые бездомные и учнут приходить на Рязанское подворье для лечения и лекарей, которых тех раненых станут лечить, поить и кормить на Рязанском подворье из приказу Большого Дворца, покамест вылечатся и лекарей покамест они их вылечат» [29, с.104]. В указе говорилось об оборудовании подворья и довольствии раненых и лекарей за счёт казны. Позже для этих целей были заняты еще несколько подворий (Вологодское и Казанское). То, что это было сугубо государственное дело, подтверждается тем фактом, что немного позже (при Петре I) вышеперечисленные подворья были «заняты постоем солдат, канцелярией, запасами», т.е. принадлежали казне [29].

Таким образом, именно с проведением многочисленных войн XVII в. было связано появление в русской армии, как медицинского персонала, так и военных госпиталей – ключевого момента медицинского обеспечения армии во время военных действий.

Необходимо отметить, что и медицинский персонал и полевые лечебные учреждения являются важным звеном лечебно-эвакуационных мероприятий, которые в этот период строились следующим образом. Доктор оказывал помощь, в основном, высшему командному составу. В полках раненых лечили немногочисленные лекари, а также костоправы и цирюльники. Помощь оказывалась в специально выделенном месте недалеко от «разрядного шатра» (места нахождения командующего и штаба). Как и появление предыдущих составных частей медицинского обеспечения армии во время войны, начало становления системы лечебно-эвакуационных мероприятий связано с проведением военных действий. Во время Крымского

похода (1698 г.) в царском указе было сказано, что медики должны быть «у разрядного шатра и кому до них будет нужда тем людям бить челом об них и иметь к себе от разрядного шатра» [46, с.61].

Весь объём медицинской помощи осуществлялся в основном именно здесь. После оказания медицинской помощи раненые отправлялись на долечивание с полками по месту расквартирования полков. Специально выделенного транспорта для эвакуации раненых не было. Чаще всего раненые транспортировались на телегах, реквизированных у местного населения. Иногда раненые поступали в немногочисленные, эпизодически возникающие, госпитали или монастырские больницы, о чем уже упоминалось выше. Такая система лечебно-эвакуационных мероприятий, когда вся помощь оказывается непосредственно на театре военных действий, называется системой «лечения на месте». Эта система в связи с бедностью сил и средств медицинской службы охватывала далеко не всех раненых и больных воинов.

Таким образом, в первую половину XVII в. в армии Московского государства отмечались первые элементы лечебно-эвакуационного обеспечения армии, что стало началом становления этой практической категории ОТМС. Ведущую роль в этом процессе сыграли возникновение военно-медицинской службы и войны, в которых участвовало Московское государство.

1. 1. 2. Управление медицинской службой

Необходимо отметить, что все руководство медициной (как гражданской, так и военной) осуществлялось Аптекарским приказом, существовавшим с XVI века. О роли и значении Аптекарского приказа говорит тот факт, что возглавлялся он обычно наиболее крупными сановниками царя. В свое время приказ возглавляли представители боярских родов Годуновых, Черкасских, Шереметьевых, Милославских. Аптекарский приказ выполнял много функций. Основными из них были: медицинское обслуживание царской семьи, прием на службу иностранных медицинских специалистов, заготовка

лекарственных препаратов. Кроме этих функций к ведению Аптекарского приказа относилось:

- лекарственное обеспечение армии;
- распределение медицинского состава по полкам;
- подготовка полковых лекарей;
- врачебные освидетельствования военных чинов.

Таким образом, Аптекарский приказ в это время являлся центральным органом управления медицинской службой армии. При анализе документов Аптекарского приказа видно, что большинство этих документов так или иначе касаются решения проблем медицинского обеспечения армии [101].

Эта система управления касалась только центрального управления медицинской службой армии. Во время боевых действий каждый лекарь действовал сам по себе. Какого-либо влияния доктора, который находился при командующем, на полковых лекарей не было. Не существовало и управляющего органа военно-полевой медицинской службы. В полку полковой лекарь был подчинен полковому начальству, о чем констатировалось уже в «Книге воинской...». В частности, указывалось на подчинение лекаря «пушкарскому голове».

Начало становления управления военно-медицинской службой во время военных действий связано с проведением военных кампаний. Это произошло во время Азовских походов, когда впервые появился руководящий орган военно-медицинской организации. Во главе этого органа стояли должностные лица Аптекарского приказа, не имеющие медицинского образования. Во время второго Азовского похода, например, медицинской частью заведовал думный дворянин И.О. Власов.

Таким образом, как отмечал С.А.Семека «начиная с Азовских походов, появилось объединенное руководство обеспечением раненых во время боевых действий»[83, стб. 747].

Как уже было отмечено выше, на□ило становления этой практической категории ОТМС также связано с проведением боевых действий русской армии.

1. 1. 3. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия

В это время Россия часто становилась жертвой эпидемий. Часто эпидемии являлись следствием военных действий. Основными противоэпидемическими мероприятиями этого времени были: заставы на дорогах с целью локализации эпидемического очага. Заставы ставились на основных магистралях. Штат застав обычно состоял из стрельцов и насчитывал несколько десятков человек. На проселочных дорогах делались засеки (дороги перекапывались и заваливались деревьями). Практиковалось также «печатание» домов, захоронение трупов вдали от населенных пунктов, окуривание дымом и т.д.

В 1654 г. в Москве разразилась эпидемия чумы. В то же время заставы, организованные во время этой эпидемии на Можайской дороге, были вполне надежными. Организованные с целью спасения войска, заставы между зачумленной Москвой и воюющей под Смоленском армией преградили путь распространению эпидемии, и армия была сохранена. [59]

Уже в то время проводились карантинно-изоляционные мероприятия. В 1656 г. на помощь воюющей под Смоленском армии прибыли стрельцы и солдаты. Их путь к Смоленску пролегал по зараженной территории Рославльского уезда, где в то время бушевала чума. Прибывшие были высланы из Смоленска в близлежащую деревню, где и были изолированы на месяц [59]. В арсенале борьбы с эпидемиями были и такие мероприятия, которые сейчас можно было бы охарактеризовать как санитарно-эпидемиологическую разведку. С целью сбора сведений применялись допросы лазутчиков и военнопленных. Так, известен царский указ от 1625 г., в котором повелевалось «у выходцев и у полонеников ...проведывать и

расспрашивать их накрепко Польше и Литве ныне на люди моровое поветрие есть ли ... и в каком городе ... и сколь давно учинилось» [59, с.10].

Конечно, подобные противоэпидемические мероприятия были малоэффективны. Тем не менее, это было начало становления санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Как и предыдущие практические категории ОТМС становление этой категории в немалой степени связано с проведением Московским государством в XVII веке многочисленных войн.

1. 1. 4. Военно-медицинское снабжение

Начало становления этой категории также связано с ведением военных действий. Первый случай отправки запаса медикаментов в армию, осаждающую г. Кромь, относится к периоду правления Бориса Годунова в 1605 г. Создание запаса медицинского имущества осуществлялось путем закупок за границей, а частично заготавливалось внутри страны. Во второй половине XVII в. медикаменты из Аптекарского приказа стали отпускаться в полки [42]. Лекарства доставлялись в полки врачом или лекарем. Для доставки медикаментов в полк снаряжалась одна или несколько телег. В некоторые периоды (например, с 1658 по 69 гг.) выдача медикаментов из Аптекарского приказа шла исключительно в войска [101]. Кроме медикаментов, в войска из Аптекарского приказа высылались и перевязочные материалы. Дальнейшее становление этой категории было также связано с ведением Московским государством войн. Во время войны с Турцией в 1678 г. в полк к князю Хованскому было доставлено лекарств на 150 рублей. В 1680 г. в тот же полк было послано лекарств уже на 200 рублей [46]. По тем временам это были немалые суммы. Список медикаментов составлялся самим врачом (или лекарем), командировавшимся в полк. В первой половине XVII в. всё снабжение осуществлялось непосредственно из Аптекарского приказа. Во второй половине XVII в. во время боевых

действий в городах, прилегающих к театру боевых действий, стали создаваться первые временные аптекарские склады (Ржев, Смоленск). [101]. По существу это было началом становления такой медицинской категории ОТМС, как военно-медицинское снабжение.

Выдача медикаментов раненым вначале осуществлялась за деньги, но во второй половине XVII в. стала осуществляться бесплатно.

Таким образом, в первой половине XVII в. началось становление системы военно-медицинского снабжения армии. Начало становления этой категории было также увязано с многочисленными войнами, проводившимися Москвой в XVII веке.

1. 1. 5. Теория ОТМС

Каких-либо теоретических трудов, касающихся организации медицинской помощи на войне, не существовало. Все медицинские труды, имеющие отношение к оказанию помощи во время военных действий, касались только методов лечения ран. В то же время в первой половине XVII в. появляются государственные документы («Книга воинская о всякой стрельбе и-огненных хитростях» 1620 г., «Устав воинский или учение и хитрость ратного строения пехотных людей» 1647 г.), в которых упоминалась как сама медицинская служба, так и сведения о медицинском обеспечении армии.

Раздел 2. Становление практических составляющих медицинского обеспечения армии в XVIII – начале XIX века.

1.2.1. *Лечебно-эвакуационное обеспечение*

Дальнейшее становление лечебно-эвакуационного обеспечения в значительной мере связано с «Уставом воинским», вышедшем при Петре I в 1716 г. В «Уставе» 1716 г. впервые упоминались штатные лечебные

учреждения, предназначенные для оказания помощи раненым и больным воинам. Этому вопросу была посвящена глава 34 «О полевом лазарете (или шпиталь)». В соответствии с этим положением была развернута сеть полковых, гарнизонных и дивизионных лазаретов.

Развитие данной составляющей лечебно-эвакуационного обеспечения целесообразно проследить на примере формирования полковых лазаретов. Строго говоря, в петровском уставе 1716 г. еще не было дифференциации на полковые лазареты и госпитали. Эти понятия смешивались. Предполагалось, что во время боевых действий развертывался полевой лазарет, в мирное время на зимних квартирах – «шпиталь». Полковые лазареты размещались в местах расквартирования полков. В крупных гарнизонах, где было расквартировано несколько полков, были гарнизонные лазареты («шпитали», «офшпитали» по терминологии того времени).

При жизни Петра I был издан еще один документ, которым руководствовались лазареты при организации своей деятельности. Это был «Регламентом об управлении Адмиралтейства и Верфи» (1722 г.). Последние шесть глав этого документа назывались «Регламентом о госпиталиях и о должностях определенных при них комиссаров, докторов, писарей и проч.»

В уже упоминавшейся главе 34 устава 1716 г. впервые были определены штаты лазаретов. Такие полевые лазареты, по сути, были первыми военными временными лечебными учреждениями. В штате такого лазарета предусматривалось: «особый инспектор, доктор, лекарь, а также священник. При лазарете была и аптека. Для ухода за больными полагался 1 здоровый на 10 больных» [101, т.3, ч.2, с.3]. Это был значительный шаг вперед в вопросе становления госпитального дела. Тем не менее, такие лазареты не имели еще законченного штатного оформления, т.к. количество медицинских чинов в них определялось количеством раненых, находящихся в лазарете. Известны также случаи, когда для формирования дивизионного лазарета («шпиталя») из полков изымались полковые лекари. В этом случае полк оставался без лекаря, а полковые чины соответственно без медицинской помощи. Иногда

для формирования «шпиталя» из полков командировался и младший медицинский персонал – цирюльники.

Согласно «Уставу воинскому» (1716 г.) на период лечения у больных (во избежание симуляции) удерживалась половина жалования. Продовольствие больным поставлялось из полков согласно количеству больных, находящихся на лечении в госпитале. Организация всех видов довольствия в госпитале (вещевого, продовольственного, обеспечения дровами и проч.) лежала на плечах особого «шпитального инспектора».

Госпитали в это время были как временные, так и постоянные. Известно, что во время Персидского похода был заблаговременно сформирован госпиталь в операционной базе похода (Астрахань), а затем и на маршруте движения армии – Дербенте и Баку.

Первым постоянным госпиталем был Московский генеральный госпиталь, который был открыт в 1707 году. Позже были открыты и другие постоянные госпитали. В 1719 г. Санкт-Петербургский адмиралтейский, в 1720 г. Кронштадтский, 1722 г. - Казанский, в 1733 г в Ревеле и Астрахани [102]. Некоторые из этих госпиталей были ориентированы по видам вооруженных сил, например, Санкт-Петербургские Сухопутный и Адмиралтейский.

Главной особенностью госпиталей в военное время было стихийное их формирование. Для развертывания госпиталей не предусматривалось заранее (в мирное время) накопление запасов материальных средств, штатного личного состава. Эта особенность формирования госпиталей в военное время просматривается на протяжении всего первого периода становления ОТМС.

К 1731г. относится появление в России очень важной составляющей лечебно-эвакуационного обеспечения – «санитарного транспорта». Постановлением 1731 г. о «полевых подъемных лошадях» было впервые узаконено содержание штатных транспортных средств для «больных при полках»[64, с.331]. Согласно положению 1731 г. в полку должно было быть по одной повозке для раненых на роту и по две повозки на полк для аптеки.

Этот транспорт предназначался не для эвакуации раненых в тыл, а для перевозки по маршруту следования полка.

Становление этой категории медицинского обеспечения во время военных действий рассмотрим на примере нескольких войн, которые проводила Россия в XVIII веке. Лечебно-эвакуационные мероприятия во время русско-турецкой войны 1735-39 гг. были организованы следующим образом.

В преддверии этой войны впервые талантливым организатором военной медицины З.Кондоиди был составлен план медицинского обеспечения. Согласно плану, в период подготовки к войне в районах сосредоточения войск были развернуты так называемые «пограничные» госпитали. В 1736 г. пограничные госпитали были развернуты в Переволочной, Кременчуге и других населенных пунктах, непосредственно примыкающих к границе. Во время военных действий госпитали эти оставались на месте и за войсками не следовали.

Раненых возили с войсками, обоз командующего армией. Миниха достигал 90 тысяч телег, вследствие чего маневренность армии была сильно ограничена. Чтобы хоть как-то решить эту проблему, по предложению З.Кондоиди было принято решение о создании первого подвижного госпиталя. Во время марша раненые располагались на телегах, на привале — в палатках. Госпиталь был рассчитан на 6000 мест и перевозился на 2000 телегах. Создание госпиталя значительно (почти в 15 раз) уменьшило смертность в войсках. Известно, что потери больными в 1738 г. (до создания госпиталя) составили порядка 30 тыс. человек, после создания госпиталя в следующем 1739 г. смертность составила 2 тысячи человек. По мнению С. Себеки создание этого госпиталя «было важным шагом вперед, решающим образом отразившемся на судьбе раненых и больных» [82, с.23].

В последующем (вторая половина XVIII в.) становление этапа медицинской эвакуации продолжается. Отмечается дальнейшее развитие госпитального дела. К этому времени устанавливаются следующие типы лечебных учреждений в русской армии:

- постоянные госпитали (генеральные сухопутные и адмиралтейские, а также полевые госпитали внутри страны, расположенные в крупных центрах);
- полевые или походные госпитали, сопровождающие армию и развертывающиеся за границей;
- госпитали временные, развертывавшиеся по мере необходимости для приема больных от армии во время похода (иногда они существовали несколько кампаний, а иногда расформировывались после эвакуации из них всех раненых);
- гарнизонные лазареты или госпитали, организованные в населенных пунктах с крупными гарнизонами, а также на маршрутах сосредоточения войск к границам (там, где не было постоянных госпиталей);
- полковые лазареты или госпитали, которые организовывались только при расположении войск на месте, на постоянных квартирах [81].

По-прежнему особенностью формирования госпиталей в военное время являлось то, что никаких заранее заготовленных запасов материальных средств не предусматривалось. Не предусматривалось заранее и выделение для комплектования госпиталя какого-либо медицинского персонала. Госпиталь комплектовался за счет дивизионного и полкового звена. Только во время семилетней войны впервые Медицинская Канцелярия стала назначать в такие госпитали медицинский состав, не изымая медиков из дивизий и полков [81]. Запасов медикаментов и другого материального имущества для формирования госпиталей по-прежнему не предусматривалось.

Как уже упоминалось, в петровском уставе 1716 г. еще не было дифференциации на полковые лазареты и госпитали. К 1798г. отмечается первая попытка создания положения о полковых лазаретах. Согласно положению 1798 г. в каждом полку полагалось иметь лазарет на 20-60 коек [42]. Уже в начале века (1805 г.) было принято постановление, согласно которому при армии полагалось иметь полковые лазареты, лазаретные обозы и подвижные госпитали. Во время боевых действий полковые лазареты

превращались в лазаретные обозы. По штату в лазаретном обозе были: 2 оператора, 4 младших лекаря, 6 фельдшеров, 1 аптечный гезель и 2 аптекарских ученика [55].

Важным является вопрос о перевязочных пунктах в становлении лечебно-эвакуационного обеспечения армии. Наиболее существенным является вопрос формирования перевязочного пункта во время военных действий. Практически, на протяжении всего XVIII века понятия о перевязочных пунктах еще нет, именуются они не более как «места, куда раненых приводить» или «местом главной перевязки» [106, с.180]. Здесь же сосредотачиваются медицинские чины, которые свое местонахождение обозначают кострами. Они находились в районе тяжелых обозов. Часто таких пунктов было несколько. Особенностью формирования перевязочного пункта в этот период является то, что перевязочный пункт, как и полевой, госпиталь не был штатной структурой. Как уже было отмечено выше, для его формирования использовались полковые лекари. Старшим на таком пункте был генерал штаб-доктор (на основном), а на других – дивизионный врач. По отношению к боевому порядку перевязочный пункт мог располагаться в центре или по флангам. Так, например, во время семилетней войны под Куненсдорфом – за крайним правым флангом, под Цорндорфом – за центром, но на значительном удалении от боевых порядков [81]. Обычно перевязочные пункты работали 2-3 дня, после чего расформировывались. Как уже было отмечено выше, место развертывания перевязочного пункта определял командующий.

В 1807 г. «Положением для военно-временных госпиталей для заграничной армии» регламентировалось наличие перволинейных, вторинойейных и третьелинейных госпиталей. В 1812 г. вышло в свет «Положение для временных военных госпиталей при Большой Действующей Армии». Согласно этому положению во время военных действий предполагалось развертывание развозных, подвижных (1-ой, 2-ой и 3-ей линий) и главных военно-временных госпиталей. Возглавляли эти госпитали

корпусные или дивизионные врачи. Их медицинский персонал формировался из резерва генерал штаб-доктора, а также за счет полковых лекарей, а порой и гражданского персонала [83]. Существенным недостатком было отсутствие должного количества самих госпиталей и санитарного транспорта. По этой причине после Бородино было оставлено в Москве около 2 тысяч больных и тяжело раненых.

Как и в предыдущих войнах, отсутствие системы накопления и заготовки материальных запасов стоили русской армии значительных потерь.

Важнейшей частью лечебно-эвакуационного обеспечения являются лечебно-эвакуационные мероприятия, которые в этот период выглядели следующим образом.

Согласно «Статьям во время воинского похода» (1704 г.) вынос раненых с поля боя солдатами был запрещен. Разрешалось выносить раненых только нестроевым чинам (музыкантам, денщикам и т.д.) во время затишья или после боя. Наличие штатного состава, который бы занимался выносом раненых с поля боя, не предусматривалось. Основная помощь оказывалась вблизи боевых действий. После окончания сражения раненые доставлялись во временные или постоянные госпитали. Штатные санитарные транспортные средства не упоминаются, вывоз раненых осуществлялся на реквизируемых обывательских телегах. Упоминаний об организованной эвакуации и сортировке в это время не существует.

Такая система оказания медицинской помощи, когда основные мероприятия проводятся непосредственно вблизи войск, называется системой оказания медицинской помощи «на месте». Известный теоретик военной медицины профессор А.С. Георгиевский говорил о двух тенденциях, отмечающихся в организации лечебно-эвакуационного обеспечения. Одна из этих тенденций – стремление лечить раненых вблизи театра военных действий, т.е. лечить на месте. Вторая тенденция – стремление эвакуировать раненых за пределы театра военных действий – эвакуационная тенденция. Обе тенденции сосуществуют одновременно, и в зависимости от условий

боевой и медицинской обстановки превалирует та или иная тенденция [18, стб. 499]. В войнах первой половины XVIII века превалировала тенденция лечения на месте.

Во время русско-турецкой войны 1735-39 гг. система лечебно-эвакуационных мероприятий оставалась такой же, как и при Петре Первом.

По-прежнему, не существовало понятия организованной эвакуации.

Говоря о сортировке как важнейшей составляющей этой категории, необходимо отметить следующее. По плану З.Кондоиди в предложенном им подвижном госпитале все раненые и больные распределялись на следующие категории: лихорадящие, выздоравливающие, трудные; понос без крови; понос с кровью, цинга, водяная болезнь, горячие болезни[83]. Едва ли можно в этом случае говорить об организованной и осознанной сортировке. Тем не менее, это была явная, пусть и не осознанная, попытка провести госпитальную (внутрипунктовую) сортировку. Сразу необходимо оговориться, что здесь, главным образом, речь идет о сортировке больных, а не раненых.

В период Семилетней войны преобладала лечебно-эвакуационная система «на месте». Тем не менее, определенные изменения происходили и в этой системе. В эту войну впервые наметилась организация подвоза материальных средств. При этом транспорт «порожняка» мог использоваться в качестве средства для перевозки раненых, что предопределило появившуюся уже в следующий исторический этап (первая четверть 19-го века) «эвакуационную систему», сменившую устаревшую систему лечения «на месте».

Лечебно-эвакуационные мероприятия в период Семилетней войны выглядели следующим образом. Перед сражением в заранее определенном месте устанавливался перевязочный пункт (место главной перевязки), который обозначался костром и флагом. В такие пункты определялся медицинский состав, хотя они еще и не являлись штатными медицинскими формированиями.

В генеральной диспозиции во время сражения с неприятелем от 13 июля 1758 г. вынос раненых «за фронт» возлагался на команды, командированные из «задней или второй линии», при этих командах должны были находиться лекари и «прочные телеги» [81, с.266]. В диспозиции на штурм Берлина командующий корпусом З. Чернышов четко определил положение полковых медицинских чинов. В боевых порядках находятся лекари и большая часть цирюльников. Доктора и подлекари находятся на перевязочном пункте, который назывался «местом главной перевязки». Сюда же для выполнения вспомогательной работы отправлялись и некоторые нестроевые чины (музыканты и проч.). Здесь же сосредоточивались дивизионные и полковые аптеки. Перевязочные пункты рекомендовалось располагать около воды и леса [81].

Первая помощь после выноса раненого за «фронт» оказывалась полковыми лекарями или подлекарями, а иногда и цирюльниками. Полковые лекари были снабжены сумками, содержащими «лекарские инструменты». Запас перевязочного материала переносился цирюльниками в мешках, притороченных к седлу. Работали они в поле под открытым небом. Помощь, которую они оказывали заключалась, главным образом, в перевязках, остановке кровотечения и несложных оперативных вмешательствах, например, удалении инородных тел (осколков, пуль и т. д.) [там же]. Кровотечение останавливали путем наложения турникета. Крупные сосуды перевязывали или прижигали раскаленным железом или кипящим маслом. Широко применялись ампутации, хотя из трех ампутируемых выживал один. Ампутации проводились круговым методом. Выше места ампутации конечность туго перевязывали. После проведения перевязки культи применялись припарки. Так же широко использовалось зондирование раны с последующим извлечением инородного тела. При этом применяли рассечение раневого канала. Полость раны заполняли корпией и сверху накладывали повязку. Поскольку не существовало понятия об антисептике, а

все раны были инфицированы, отмечались большая смертность и инвалидизация раненых.

Как уже было сказано выше, семилетняя война стала начальным этапом формирования «эвакуационной системы». Этому способствовала сложившаяся в это время система развертывания госпиталей. Согласно этой системе, и сложившейся в это время практике, выстраивалась цепь госпиталей. Госпитали располагались на всем пути действия армии группами или по одиночке. В начале войны существовала Рижская группа госпиталей (в Риге, Митаве и некоторых других городах). Затем с переносом военных действий вглубь территории противника сложилась Принеманская группа в городах Мемеле, Прекуле. С выходом армии в район р.Висла сложилась Привисленская группа госпиталей [там же]. Большое значение имела развивающаяся система подвоза материальных средств, когда порожняк использовался в качестве эвакуационного транспорта.

Конечно, формирование эвакуационной системы не было целенаправленным и происходило стихийно. Еще долгое время имело место смешение системы лечения «на месте» и «эвакуационной системы». Тем не менее, было явное стремление вывезти раненых за пределы театра военных действий, что, собственно, и являлось главным отличием новой системы. Следует напомнить, что именно в этом, по мнению С.А.Семеки, и состояло отличие эвакуации от простой транспортировки раненых [там же].

Во время русско-турецкой войны 1768-74 гг. впервые появился лазарет на 150 мест для легкораненых («несовершенно здоровых и одержимых легкими болезнями») [84]. Практиковалось лечения легкораненых в дивизионных лазаретах (в непосредственной близости от месторасположения войск) и эвакуация тяжелораненых в дальние (армейские). Все это уже можно было назвать первой попыткой эвако-транспортной сортировки.

«Положение о порядке в учреждении при заграничных армиях госпиталей» (1807 г.) четко определило начало действия «эвакуационной системы», окончательно сменившей систему лечения «на месте». Было

узаконено расположение временных полевых госпиталей 1-ой, 2-ой и 3-ей линий цепочкой от района действия армии по путям коммуникаций до тыловых районов. Этому способствовала и сложившаяся уже к этому времени система подвоза материальных средств, при которой обратные рейсы транспорта подвоза использовались в качестве эвакуационного транспорта. Об этом говорится в труде видного организатора военной медицины Инспектора Императорской Медико-Хирургической академии И. Энегольма. В «Карманной книге военной гигиены» он писал: «Иногда госпитальных повозок не довольно для перевозки всех раненых ... в таком случае можно употребить провиантские возвращающиеся от армии» [106, с.196].

Вынос раненых проводился по окончанию боевых действий. Эта работа осуществлялась силами военной полиции. В результате нехватки сил и средств медицинской тысячи раненых оставались без медицинской помощи.

Еще одной важной составляющей лечебно-эвакуационного обеспечения является фигура военного медика. Уже в первом, вышедшем при Петре I, уставе 1698 г. (исправленном в 1702 г.) предусмотрены «ратные люди», а также доктор и лекарь при командующем. В 1706 г. в штатах полков, по которым составлялись табели (строевые записки), указаны медицинские чины. Характерно было то, что указаны они, были в графе «в полках не служащие».

Впервые медицинские чины в армии стали штатными в 1711 г. Табели к штатам 1711 и 1720 гг. узаконили полковых лекарей и ротных цирюльников в воинских частях армии [101].

Воинский устав Петра 1716 г. четко определял структуру медицинской службы, а в ней и положение военного медика. Скорее всего, эта часть устава была написана не без участия одного из сподвижников Петра I – доктора Р. Эрскина (будущего первого архиатера). Р.Эрскин имел личный опыт участия в боевых действиях. Известно, что он участвовал в знаменитом морском сражении при Гангуте.

Согласно этому уставу в армии должны были быть: доктор, штаб-лекарь и аптекарь с полковой аптекой при главнокомандующем и в каждой дивизии, лекарь в полку, цирюльник в роте, полевой лазарет.

Кроме этого в каждой дивизии полагалось иметь по две аптеки: одну для кавалерии, другую для инфантерии (пехоты). Таким образом, «Уставом» 1716 г. военный медик в законодательном порядке определялся как штатная единица русской армии.

В 1720 г. в составе русской армии было 127 пехотных и драгунских полков, артиллерия и несколько отдельных рот. В них лекарей 129, фельдшеров (подлекарей) 384, цирюльников 709 [42].

Вместе с тем, правовое и материальное положение лекарей, по сравнению с докторами-иностранцами, было невысоким. В «Табеле о рангах воинских, статских и придворных чинов» (1722 г.) медицинские чины не упоминались.

В 1729 г. издается указ, согласно которому медикам в армии присваиваются чины: штаб-лекарям — капитан-поручик, лекарям — подпоручик. Тем не менее, положение медицинских чинов в армии оставалось достаточно тяжелым. Известный дореволюционный историк медицины Я. Чистович писал: «в начале 1737 г. многие медики в армии Миниха, действовавшей против турок, жаловались, что офицеры мешают им исполнять свою должность, конфузят их, делают им разные умышленные неприятности» [103, с.4].

Говоря о материальном положении военных медиков в это время, другой историк медицины М. Лахтин отмечает следующий факт. В период правления Анны Леопольдовны были года, когда из-за финансовых неурядиц в государстве военные медицинские чины не получали зарплату в течение года. Известен именной указ Анны Леопольдовны (1736 г.) о выдаче зарплаты медикам вместо денег - «сибирским товаром» [48].

К середине XVIII века положение военных медиков по-прежнему было незавидным. Многие из них предпочитали бросить свою врачебную

деятельность и заняться чем-нибудь другим. Известен документ Медицинской канцелярии констатирующий, что дети медицинских чиновников не желали продолжать профессию своих родителей.¹ Для борьбы с этим явлением правительство даже вынуждено было выпустить соответствующее постановление. В 1754 г. вышел указ о запрещении лекарям и аптекарям менять свою профессию и избирать другой род службы. Известен указ Медицинской канцелярии рекомендуемый детей умерших лекарей и подлекарей определять «в службу при Медицинской канцелярии».² Кроме того, в 1758 г. вышел указ, согласно которому вдовам медицинских чинов пенсия выплачивалась лишь в том случае, если они письменно давали обязательство посвятить своих детей медицинской части.

Не устранялись от решения этих проблем и руководители медицинского ведомства. Так, в 1762г. архиатер Я. Монсей представил «план о рангах», предусматривающий значительное повышение рангов и окладов содержания медицинским чинам [83]. К тому времени по сложившейся практике врачи состояли в капитанском чине. По представлению Я. Монсея большой группе врачей был па своен более высокий чин – «надворный советник».

В этом же году впервые устанавливалась форма и одежда медицинским чинам «мундиры особливые тем же покроем что и офицеров только знаков, шарфов и темляков им не иметь» [99].

По представлению Я. Монсея медицинским чинам устанавливалась пенсия: прослужившим 40 лет в размере полного оклада, 30 лет – в размере двух третей или половины жалования [81].

Тем не менее, положение военных медиков в основном оставалось нелегким. Даже в конце XVIII века они подвергались притеснениям со стороны строевых офицеров. Когда такие притеснения становились особенно нетерпимыми, приходилось вмешиваться правительству. Так, например, известен циркуляр цесаревича Александра Павловича 1798 г, в котором

¹ РГАДА. Ф.-346. –Оп.1.– Кн.-268.–Д.47.–Л.730

² РГВИА.– Ф.27. –СВ.2.–Ч 2.–Л.288

предписывалось подвергать строгому взысканию офицеров, позволяющих себе грубые выходки по отношению к военно-медицинским чинам.

В 1707 г. в Москве был открыт первый госпиталь. Так решалась важная для становления этой категории ОТМС проблема нехватки отечественных военно-медицинских кадров. При госпиталях открывались медицинские школы.

Первая медицинская школа открылась при Московском генеральном госпитале. Инициатива ее открытия принадлежала сподвижнику Петра – доктору Н. Бидлоо. По данным Н. Куприянова «здесь содержалось 50 питомцев на иждивении Царском и обучались медицине чтобы со временем быть лекарями» [45, с.10].

В школе обучались молодые люди, знающие иностранные языки. Первое время преподавание шло на латинском и голландском языках, затем латинском и немецком. Как правило, учащиеся были детьми иностранцев или учениками духовных учебных заведений. Так в 1722 г. из славяно-греко-латинской академии было переведено в госпитальную школу 12 учеников, в 1726 – 11 [102]. Интересно, что даже и через пятьдесят лет при учреждении Московского университета для комплектования студенческого корпуса правительство прибегало к тому же методу.³ Учеба в школе длилась до 10-12 лет. Первый выпуск состоялся в 1713 году, а всего до 1736 года здесь подготовили 117 таких специалистов [20].

Практически все выпускники этих школ после окончания школы направлялись в войска. Ценность полковых лекарей обуславливалась тем, что по Петровскому уставу лекарь полагался в каждом полку. Этот военный медик был максимально приближен к солдату и нес основную нагрузку в деле оказания медицинской помощи на поле боя.

В 1753 г. при госпитальных школах учреждена доцентура. В штат госпиталей введена должность младшего врача (доцента) для преподавания в медико-хирургических школах. Их обязанности регламентировались

³ РГАДА. – Ф.1183. – ОП.1. – Д.103. – Л.7

специальной инструкцией, составленной З. Кондоиди [56]. Роль и значение госпитальной школы при Московском генеральном госпитале была определена ещё и тем, что студентам медицинского факультета Московского университета для получения права на лечебную практику было необходимо пройти годичную практику при госпитале.⁴ Интересно, что были и случаи прямо противоположные, когда выпускники госпитальных школ изъявляли желание продолжать дальнейшее обучение на медицинском факультете медицинского факультета.⁵

В программе обучения отсутствовали специальные военно-медицинские дисциплины. Это было характерной особенностью того времени. Причиной стало недостаточное развитие медицинской науки в целом и ее слабая дифференциация. В таком же зачаточном состоянии находилась и сама военно-медицинская служба армии: Преподавание и наличие военно-медицинских предметов еще не стали «потребой» дня. Вместе с тем, учитывая то обстоятельство, что подавляющая часть выпускников шла в армию, изучению хирургии уделялась особая роль. Так, например, для более детального изучения приемов военно-полевой хирургии, по приказу архиатера Фишера в 1737 г. госпитальные школы были обеспечены полковым лекарским набором для изучения его практического применения [63]. В процессе обучения учащиеся знакомились также с вопросами военной гигиены. Это были первые попытки ввести элемент милитаризации в систему военно-медицинского образования. Однако это были только попытки и не более. Отсутствие специальной программы обучения не давало право говорить о сложившейся фигуре военного врача в это время.

Впервые сведения по военно-медицинским предметам (военной гигиене) начали читать практически одновременно (в 1808 г.) на медицинском факультете Московского университета (профессор М.Я. Мудров) и в медико-хирургической академии Санкт-Петербурга (профессор К.Ф. Уден) [74].

⁴ ЦИАМ. Ф.418 – ОП. 332. – Д.18. – Т.1. – Л.71

⁵ РГАДА. Ф.344 – ОП.1. – Кн.176. – Д.135. – Л.258

Здесь были элементы военно-полевой терапии – «терапия болезней в лагерях и госпиталях наиболее бывающих», и военно-полевой хирургии – «накладывание простых и удобнейших перевязок, совершение операций». Приводились сведения по организации медицинской службы – «управлению госпиталями».

В начале XIX в. в России ощущался «некомплект» как гражданских, так и военных врачей. По данным С. Семеки некомплект медицинского состава в армии на 1803 г. составлял 515 лекарей [83]. В 1810 г. нехватка врачей на государственной службе составляла 609 человек [90]. При тех темпах прироста лекарей, который существовал в начале первого десятилетия некомплект их мог быть покрыт в течение 30 лет. Медицинские факультеты русских университетов (Москва, Вильно, Дерпт, Казань, Харьков) проблемы дефицита медицинских кадров не решали. Медицинские факультеты выпускали очень немного врачей. Так, например, медицинский факультет Московского университета подготовил за 1812-13 гг. всего 11 врачей, а в последующие годы по 4 врача в год. В основном подготовка военно-медицинских кадров осуществлялась в медико-хирургических академиях. Число студентов обучающихся в Санкт-петербургской медико-хирургической академии увеличивалось от 120 в 1799 г. (по штату) до 400 студентов в 1806 г. В 1808 г. число студентов уменьшилось до 200 однако вместе с тем открылось Московское отделение медико-хирургической академии. Московское отделение выпускало по 40-65 лекарей. Попытки правительства привлечь в армию иностранных врачей так же не принесли особого успеха. Причина была в том, что такие специалисты не знали русского языка, да и профессиональная подготовка их была весьма слабая. В течении 1808-10 гг. было выписано из-за границы 220 врачей, из которых поступили на службу только 145 человек [90]. Однако этого было недостаточно. Реорганизация медицинского обеспечения русской армии потребовала двукратное увеличение медицинских чинов. Уже скоро во

время войны 1812 г. нехватка военных медиков тяжело отразилась на судьбе раненых.

Средний медперсонал в это время представлен цирюльниками. По петровскому уставу цирюльник полагался в каждой роте, а также полковом и дивизионном лазарете. Подготовка среднего медперсонала шла в большинстве случаев в частях. Традиция готовить младший медперсонал непосредственно в войсках сохранялась еще долго. Даже в XIX веке мы находим упоминание о классных фельдшерах (т.е. подготовленных в учебных заведениях) и ротных фельдшерах, подготовленных непосредственно в части врачами частей. В это время употребляется как название цирюльник, так и фельдшер. Происхождение этих слов по Л. Мараховскому цирюльник от польского «сугулик» (как писал Мараховский испорченного *chirurgus*). Фельдшер от немецкого «feldsheere» – полевые ножницы [54, с.353].

В Семилетнюю войну в войсках существовала практика, когда прослуживший определенное время в войсках подлекарь мог сдать экзамены на лекарский чин. Экзамен проводился в войсках в присутствии хотя бы одного доктора и нескольких лекарей. Кроме того, существовала практика, когда подлекарь, прослужив 6 лет, мог сдать экзамен и получить чин лекаря [48].

1. 2. 2. Управление медицинской службой.

В годы правления Петра Первого по сути существовало два органа управления медициной. В Москве это был Аптекарский приказ, а в Санкт-Петербурге – Аптекарская (с 1725 г. – Медицинская) канцелярия.

Как и в допетровскую эпоху возглавлял Аптекарский приказ не медик, а один из ближних бояр.

Только в 1716 г. во главе управления был поставлен доктор Р.К. Эрскин. При этом ему было присвоено звание архиатера и «президента всего

медицинского факультета». В 1721 г. Аптекарская канцелярия была переименована в Медицинскую канцелярию, а последняя в 1763 г. в Медицинскую коллегия.

Одним из первых документов, определяющих организацию медицинской службы в войсках, был указ 1706 г. об «Управлении того, что надлежит к лекарствам немощным и к плате лекарства, которые есть в войске, также, что лекарям надлежит учинить». В указе регламентировалось подчинение генерального лекаря командующему армией.

Кроме этого, в изданном в 1720 г. «генералитете или табели о полевой армии» предусматривалось наличие 7 докторов и 7 аптекарей, в каждом полку по одному лекарю и в роте по цирюльнику.

Согласно имеющейся на тот момент структуре вооруженных сил расчет 7 докторов был следующим: два доктора на две армии (по одному доктору к командующему армией) и 5 докторов на 5 дивизий [83]. Таким образом, схема полевого управления медицинской службой выглядела следующим образом.

В армии при командующем главный или генеральный доктор, которому подчинялись дивизионные доктора. Дивизионным докторам подчинялись полковые лекари, которые в свою очередь руководили работой ротных цирюльников.

Уже в это время отмечалась двойственность в управлении госпитальным звеном. В «Уставе воинском» 1716 г. отмечалось, что кроме доктора полевым (дивизионным) лазаретом руководит еще и «инспектор», во время боевых действий дивизионный лазарет разворачивался по указанию генерал-квартирмейстера.

Система управления при З. Кондоиди мало, чем отличалась от той, что была при Петре Первом. При командующем армии находился руководитель всей полевой медицинской службой генерал штаб-доктор. Ему подчинялись дивизионные доктора, которые в свою очередь руководили полковыми лекарями. При генерал штаб-докторе и при дивизионных докторях

находились полевые аптеки. Полковые лекари руководили медицинской службой своих полков.

Во время семилетней войны в преддверии военных действий Медицинская канцелярия выпустила «Инструкцию в Медицинской канцелярии сочиненную о должностях определенных при армии Ее Императорского Величества генеральных штаб-докторов» [81].

По сути, это был план медицинского обеспечения предстоящих боевых действий. Знаменательным было то, что в инструкции ничего не говорилось ни о месте выбора перевязочного пункта, ни о каком-либо маневре этим этапом. Это было неудивительно, поскольку право определения места перевязочного пункта, как и решение о его развертывании, принадлежало командующему армией. Генерал штаб-доктор да и остальные военно-медицинские чины были совершенно устранены от командования медицинскими подразделениями. По существу на протяжении всего XVIII – XIX-го века тенденция устранения медицинского состава от управления своими медицинскими подразделениями была господствующей.

В последние десятилетия XVIII в. система управления в целом остается та же, что и в предыдущий период. По-прежнему, всей гражданской и военной медициной руководила Медицинская коллегия:

В отношении полевого управления медицинской службой вооруженных сил — та же двойственность в управлении, выражающаяся в полном отсутствии у военных медиков административных функций. Главный военный медик действующей армии — генерал штаб-доктор подчинялся непосредственно главнокомандующему, а по специальным (медицинским) вопросам — архиатеру.

Как и в предыдущий период, генерал штаб-доктор ведал только кадровыми и сугубо медицинскими вопросами. Никакого участия в управлении медицинскими подразделениями он не принимал. Такая же двойственность была и в управлении госпиталями, когда лечебной работой

заведовал врач, а всеми хозяйственными делами – кriegс-комиссар (с 1755г.- военный инспектор), который, по сути, и руководил госпиталем.

Руководящая роль старшего медицинского звена в отношении лекарей полков ограничивалась сугубо специальными вопросами. Это обстоятельство конкретно оговаривалось, например, в том же петровском уставе 1716 г. В главе 18-ой этого устава рекомендовалось все наиболее сложные операции (ампутации и т.д.) проводить по указанию доктора или штаб-лекаря и только при отсутствии последних проводить такие операции самостоятельно [98]. По всем остальным вопросам (не касающимся медицины) лекарь полка и цирюльники находились в полной власти командования полка и, надо сказать, командиры этой властью нередко злоупотребляли.

В 1805 г. произошел раздел управления гражданской и военной медициной. Военно-медицинская часть перешла в ведение министра сухопутных сил. Для управления военно-медицинской службой была создана медицинская экспедиция. Управлял экспедицией генерал штаб-доктор. Особых изменений в дело управления медициной во время военных действий это нововведение не принесло. Дело заключалось в том, что на организацию медицинской помощи влияли и другие руководящие органы. Так, например, медицинский департамент Министерства полиции ведал заготовкой медицинского имущества, Министерство просвещения – подготовкой медиков. Та же картина отмечалась и на театре военных действий. Согласно «Учреждению для управления Большой Действующей Армией» от 1812 г. главным военно-медицинским начальником на театре военных действий являлся Главный полевой военно-медицинский инспектор. Под его управлением состояли генерал штаб-доктора армий. Должностей корпусных докторов не было, эти несвойственные им обязанности всю войну исполняли «опытные дивизионные доктора» [42, т.8, ч.1, с.67]. Власть генерал штаб-доктора армии была весьма ограничена и распространялась только на медицинский состав госпиталей и полков. По-прежнему наблюдалось полное устранение военных медиков от управления лечебно-эвакуационными

мероприятиями. На Бородинском поле по правилам того времени выносом раненых с поля боя и их последующей эвакуацией руководили разные должностные лица. Госпитальное звено так же было выведено из сферы влияния генерал штаб-доктора и подчинялось чиновнику тыловой службы – директору госпиталей.

Все это отрицательно сказывалось на судьбе раненых.

1. 2. 3. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия:

В России в связи с частыми эпидемиями с давних пор практиковались различные профилактические мероприятия. Практически с 16-го века известно о выставлении застав на дорогах с целью ограничения очага инфекционных заболеваний. Попытки прохода через заставу пресекались решительным образом вплоть до смертной казни. Провозимые товары задерживались. Переговоры людей, находившихся по обе стороны от заставы, проводились на расстоянии «как человеку можно голос человека слышать».

В приказах и наставлениях Петра I неоднократно требуется соблюдение чистоты в походных условиях. Надзор за санитарным состоянием войск возлагался на представителя полковой полиции – профоса. Многие требования Устава были вполне разумными. Например, согласно Устава 1716 г. запрещалось загрязнять место водозабора, ямы для отхожих мест разрешалось располагать не ближе 200 шагов от лагеря [32].

Во время вспышек инфекционных заболеваний проводились ограничительные и изоляционные мероприятия. Известно, что в связи с эпидемией чумы во время осады Риги (1710 г.) практиковалась госпитализация и изоляция больных в так называемых «заповетренных дворах». [64, т.14, с.331]. Во время русско-турецкой войны 1735-39 гг. в русской армии распространилась эпидемия чумы. Архиатор Иоганн Фишер принял энергичные меры для ликвидации вспышки. Так, им была издана

специальная инструкция, в которой предписывалось проводить следующие разумные мероприятия: запрещение пользования бельем умершего, проветривание жилищ, личная опрятность. Уже в это время знали о целебных противочинготных свойствах лука и чеснока. В гарнизоны только что завоеванных турецких крепостей в Крыму в 1737 г. было отправлено 1299 пудов лука и 1616 пудов чеснока [32].

Во время семилетней войны были так же предприняты попытки борьбы с чингой. Командующий в то время армией Апраксин просил разрешения на употребления мяса в пост, поскольку: «в сей земле нет ни луку, ни чесноку» [85, т.5].

В 1762 г. из-за эпидемии, разразившейся среди прусских военнопленных, в русских войсках проводились ограничительные мероприятия (оцепление деревень, изменения маршрутов и некоторые другие). Проводилась медицинская разведка. Для проведения разведки использовался опрос военнопленных. Известно о засылке на территорию противника специальных агентов: Прусские пленные, являющиеся источником заражения, конвоировались по специальным маршрутам. Вследствие принятых мер, большой эпидемии удалось избежать.

Практически те же мероприятия проводились немного позже во время русско-турецкой войны 1768-74 гг. В результате санитарно-эпидемической разведки, проведенной русским военным врачом Г.Орреусом, маршрут движения русской армии был изменен. Тем самым удалось избежать похода армии по зараженной территории. В войсках проводился ежедневный двукратный осмотр всего личного состава. Войска были оцеплены пикетами, которые не допускали контакта войск с местным населением. Все прибывающие в войска осматривались лекарями, проходили своеобразную санитарную обработку - «окуривались». Выявленные больные изолировались, была создана специальная команда для «опасно больных».

В 1770 г. был создан особый лазарет для больных моровой язвой. По существу это был первый инфекционный госпиталь [10]. В него

отправлялись все заболевшие. Подозрительные так же изолировались до выяснения обстановки.

Особое внимание уделялось медицинской разведке и срочности медицинских донесений. В случае выявления инфекционных больных проводилось оцепление заставами населенных пунктов. Вследствие принятых мер, эпидемии чумы практически удалось избежать.

Большую роль в разработке системы противоэпидемических мероприятий в войсках сыграли отечественные военные врачи, такие как: Г.Орреус, Д.Самойлович.

Выдающиеся русские полководцы понимали значение противоэпидемических мероприятий. А.В. Суворов прислушивался к советам своего штаб-лекаря Белопольского и утвердил «правила медицинским чинам», составленные доктором. В этих правилах в частности говорилось следующее: «Причину умножающихся болезней ведать непременно, а выискивать оные не в лазаретах между больными, а в батальонах, ротах...исследовав их пищу, питье, строение их казарм и землянок, время их построения пространство и чистоту, поварную посуду, все содержание, разные изнурения» [78, с.89].

Во время Отечественной войны 1812 г. для выработки системы противоэпидемических мероприятий учреждались «медицинские советы» [24].

1. 2. .4. Военно-медицинское снабжение.

Первые две полевые аптеки были учреждены во время Северной войны в 1716 г. В дальнейшем походные аптеки упоминаются в каждой дивизии. Известен указ Петра I об открытии аптеки в «Низовом корпусе» (1720 г.) предназначавшемся для ведения войны с Персией.

В штатах 1720 г. в армии было положено иметь 7 полевых аптекарей. В аптеке работали аптекарь и его помощник (гезель). Руководил работой аптеки дивизионный доктор.

Медикаменты заготавливались главным образом путем выращивания лекарственных растений. Другим источником поступления медикаментов были закупки за границей. Начиная с 17-го века, существовал аптечный огород в Москве при Аптекарском приказе. В 1719 г. заложен Ботанический сад в Санкт-Петербурге на Аптекарском острове. Кроме того, значительная часть медикаментов закупалась за границей. Так, в 1714 г. на закупки медикаментов для 11 полков было выделено 2044 рубля. Развертывается сеть гарнизонных и госпитальных аптек. В 1715 г. аптеки были открыты при Санкт-Петербургском сухопутном и адмиралтейском госпитале. В этом же году аптека была развернута в Киевском гарнизоне.

К 1719 г. относится первый опыт изготовления партии хирургических инструментов при Главной аптеке в Санкт-Петербурге. Тем самым положено начало медицинской промышленности в России.

Во время русско-турецкой войны 1735-39 гг. снабжение войск медицинским имуществом осуществлялось как главными аптеками (Москва, Санкт-Петербург), так и полевыми. Принцип снабжения в это время был следующим.

Полевые аптеки располагались в районах, прилегающих к районам боевых действий на наиболее вероятных операционных направлениях. С началом военных действий они выделяли из своего состава походные аптеки, сопровождающие действующую армию [64, т.14].

В кампанию 1739 г. снабжение армии производилось из Лубенской аптеки, которая пополнялась из главных аптек, а также за счет заготовок лекарственного сырья на месте.

Аптеки в это время выполняли некоторые хозяйственно-финансовые функции. Так известно, что в это время при аптеках находились мастерские

по ремонту хирургического инструментария; а также хранились денежные суммы для выплаты денежного содержания военно-медицинским чинам.

К середине 18-го века все аптеки можно было разделить на: подвижные и неподвижные. К неподвижным относились Главные аптеки Москвы и Санкт-Петербурга, а также полевые аптеки в Риге, Лубнах, Астрахани. К подвижным аптекам относились армейские, дивизионные и полковые аптеки [81].

По штатам 1739 г. (именной указ) в полевой аптеке полагалось иметь: одного аптекаря, двух гезелей, девять фурлейтеров (кучеров). Для перевозки аптечного имущества полагалось 26 лошадей. Это был штат мирного времени; по штатам военного времени количество фурлейтеров увеличивалось вдвое.

Во время семилетней войны медицинское снабжение воюющей армии было организовано следующим образом. Нижестоящие аптеки своими силами доставляли медикаменты из вышестоящих аптек (принцип «на себя»). Снабжение осуществлялось из Рижской полевой аптеки. Пополнение этой аптеки проводилось из аптеки Санкт-Петербурга заблаговременно с учетом потребностей будущего года.

Принцип «на себя» выражался в том, что полковые аптечные ящики в сопровождении лекаря или подлекаря отправлялись в базовую аптеку в Кенингсберг. По каталогам, представленным прибывающими в Кенингсберг полковыми лекарями, имущество отпускалось в полковые аптеки.

После получения медикаментов транспортом полка отправлялись обратно. В свою очередь снабжение базовой аптеки в Кенингсберге брала на себя Медицинская канцелярия - руководящий орган всей медицины [там же]. Кроме этого войскам предлагалось заниматься реквизицией недостающих медикаментов (например, холста для перевязок) у местного населения. К концу 18-го века отмечались следующие подвижки в организации медицинского снабжения.

Увеличилось количество инструментальных заводов, аптек, ботанических садов. Начали отделяться от аптек склады медицинского имущества, из них шло снабжение по каталогам (требованиям) гарнизонных аптек и госпиталей.

В связи с увеличением и укреплением русской армии, совершенствованием медицинской службы, Медицинская коллегия выпустила Военную фармакопею для полковых аптек, которая вышла в 1765 г. на латинском языке. Именовалась она: «Военная фармакопея, содержащая наименования и описания лекарств, находящихся в ящиках хирургов» [87, с.369]. Фармакопея состояла из двух разделов. В первом разделе были представлены простые лекарственные формы, такие как: препараты растительного происхождения, галеновые и химические препараты. Вторая часть фармакопеи была посвящена сложным лекарственным прописям. Кроме медикаментов в фармакопее была и опись хирургических инструментов. К этому времени в основном медикаменты производились в России. Только 15% всех медикаментов составляли импортные препараты. В конце XVIII – начале XIX в. все аптеки делились на неперенные, временные, подвижные и запасные. Неперенные аптеки были развернуты при неперенных госпиталях. Временные и подвижные соответственно при временных и подвижных госпиталях каждого корпуса. В походе подвижная аптека следовала в тылу своего корпуса.

1. 2. 5. Медицинское обеспечение русской армии в Отечественную войну 1812 г. как отражение становления ОТМС первого периода.

В 1812 г. вышло в свет «Положение для временных военных госпиталей при Большой Действующей Армии». Согласно этому положению во время военных действий предполагалось развертывание развозных, подвижных (1-ой, 2-ой и 3-ей линии) и главных военно-временных госпиталей. При этом развозные госпитали, по сути, были ничем иным, как усовершенствованными войсковыми перевязочными пунктами, которые обычно организовывались в

сражениях 18-го века. Подобно перевязочным пунктам, развозные госпитали не имели установленного штата и формировались в случае необходимости. Развозные госпитали должны были иметь одну тысячу телег, и рассчитаны были на 15 тысяч раненых, из которых предполагалось 3 тыс. тяжелораненых [37]. Не значительно отличались от развозных и, следовавшие за ними (по направлению в тыл), подвижные госпитали. Как и развозные, они не имели штата и формировались по мере надобности. Учреждались такие госпитали при каждом действующем корпусе. Их возглавляли корпусные или дивизионные врачи. Медицинский персонал госпиталей формировался из резерва генерал-штаб доктора, а также за счет полковых лекарей, а порой и гражданского персонала [83].

Организацию оказания медицинской помощи при Бородино В.Заглухинский описывает следующим образом: « ... в редутах, флешах и вообще всюду где кипел бой она оказывалась под огнем войсковыми врачами на передовых перевязочных пунктах, откуда раненые при посредстве военной полиции передавались в развозные госпитали расположенные в непосредственной близости за ними» [24, с.198].

Вынос раненых проводился по окончании боя или во время затишья. Штатных средств сбора и выноса раненых не было. Работа эта возлагалась на военную полицию и руководил ею начальник военной полиции – генерал-гевальдигер. Эвакуацией раненых руководил генерал-вагенмейстер (начальник обоза). Здесь так же сказывался некомплект медицинского состава. Из-за отсутствия штатных носильщиков на поле боя под Бородино 10 тысяч раненых пропало без вести, т.е. «часть их была убита, а часть просто не вывезена» [там же, с.159].

Директор госпиталей, который не являлся медиком, был ответственен за работу госпиталей. Генерал штаб-доктор по-прежнему был устранен от участия в решении о развертывании госпиталей. Так, в преддверии Бородино места развертывания развозных госпиталей в преддверии были указаны

генерал штаб-докторам армий Дежурным генералом еще до начала сражений [там же].

После Бородинского сражения основной поток раненых был направлен в Москву. Сразу же дал знать о себе некомплект, как самих врачей, так и госпиталей. В Московском госпитале по штату имелось всего 11 врачей. При штатной коечной емкости в 1000 коек госпиталь скоро был переполнен и прибывающих раненых помещать было некуда. В своей работе «Русский врач на войне» профессор И.Страшун приводит следующее свидетельство очевидца, характеризующее положение раненых в Москве накануне Бородинского сражения: «Раненым давали роздых на Смоленском рынке. Они лежали на соломе. Обыватели разрывали свои рубахи, делая бинты, накладывая перевязки и носили туда целые лотки вина, калачей, сбитня. ...С каждым днем окровавленных страдальцев становилось все больше, так, что их пришлось размещать в частных домах» [91, с.100]: В связи с оставлением Москвы пришлось эвакуировать около 20 тысяч раненых, хотя немалая их часть осталась в Москве.

Поскольку медицинская служба армии не справлялась с большим наплывом раненых, часть заботы о них была переложена на гражданских врачей. Примером может послужить деятельность профессора медицинского факультета Московского университета Х.И. Лодера. После сражения под Бородино и принятия решения русским командованием оставить Москву, возникла необходимость в эвакуации из города раненых. К тому времени в городе скопилось до 30 тыс. раненых. Время, необходимое для эвакуации, было ограничено. Тем не менее, за очень короткий срок удалось эвакуировать 18 тыс. человек. Всю эту массу раненых необходимо было где-то разместить, накормить и лечить. Задача эта была возложена на Х.И.Лодера. Организацию госпиталей пришлось начинать буквально с чистого листа. Вот, что писал по этому поводу сам Х.И.Лодер: «По приезде моем в Касимов не нашел я там еще ни малейшего приготовления к помещению больных; с трудом можно было приискать плотника и столяра, а

хорошего булочника ни одного не было; нельзя было достать ни молока, ни пива, ни даже квасу, ни яиц, ни зелени огородной, ни вина. Дома для лазаретов надобно было наскоро выбрать и приготовить; даже штаб-офицеры должны были сначала лежать на полу, едва можно было добыть соломы для подстилки их. Недоставало сперва и лекарств, и медиков, и хирургов, и корпии (вместо которой употреблял я сначала льняную и конопляную паклю) и холста,- словом сказать, всего» [91, с.104]. Представляется интересным, что оборудование госпиталей Х.И.Лодер проводил за счет собственных средств. Для поправки своего финансового положения Х.И.Лодеру пришлось даже продать Московскому университету свою анатомическую коллекцию.⁶ Работа Х.И.Лодера и его подчиненных бала поистине героической и самоотверженной. Справедливости ради необходимо отметить, что русское правительство все таки отметило заслуги Х.И.Лодера и он был награжден орденом.⁷

В очередной раз приходится констатировать, что все это было следствием отсутствия практики заранее (в мирное время) заготавливать материальные средства для развертывания госпиталей во время войны. Героические усилия врачей и всего личного состава медицинской службы мало помогали делу вследствие острой нехватки самих военных медиков.

На основании «Учреждения об управлении Большой Действующей Армии» на военно-медицинское командование была возложена обязанность наблюдать за санитарным состоянием войск и госпиталей. Для обсуждения необходимых мероприятий предусматривалось собирать врачей на совещание в так называемые «медицинские советы». Врачам же поручено было следить за доброкачественностью съестных припасов, что подтверждалось и другими законоположениями» [24, с.106]. Наличие штатных противоэпидемических подразделений в войсках еще не предусматривалось.

⁶ РГИА. Ф. 733. – ОП 28. – Д 287. – Л.1-45

⁷ ЦИАМ. Ф.418. – ОП 81. – Д 2361. – Л 7-14

Снабжение действующей армии медицинским имуществом в этом историческом периоде шло согласно «Положению для снабжения Большой Действующей Армии» 1812 г. По «Положению» 1812 г. все аптеки делились на неперенные, временные, подвижные и запасные. Первые функционировали при неперенных госпиталях. Вторые учреждались при временных госпиталях, третьи при подвижных госпиталях каждого корпуса. Подвижная аптека следовала за своим корпусом в черте госпиталей 1-ой и 2-ой линии. В аптеке содержалось запасов на 15 тысяч больных. Согласно «положению» 1812 г. на каждую армию формировался временный запасной аптечный магазин с подвижным отделением, выдвигавшимся вслед за армией и именовавшимся при этом «главной подвижной аптекой». Полковые аптеки пополнялись из главной подвижной аптеки, госпитальные - из ближайших гражданских или военных аптек в зависимости от дислокации. Полковой запас медикаментов был рассчитан на 6 месяцев. Запас перевязочных материалов (бинтов и корпии) был рассчитан на треть личного состава армии.

Однако стройная в целом система медицинского снабжения в этой войне со своими задачами не справилась. Запас медикаментов был израсходован практически в начале войны. Особенно ощущался недостаток в перевязочных средствах. В ликвидацию дефицита перевязочных средствах включилась вся Россия. «В помещичьих усадьбах в редкой комнате даже из парадных модная тогда мебель из желтой карельской березы не была завалена бинтами и засорена обрезками полотна и холста, - даже дети щипали корпию» [91, с.58]

Героические усилия личного состава медицинской службы во время Отечественной войны 1812 г. и заграничного похода 1812-14 гг. были отмечены в высочайшем манифесте от 1819г. Однако одного героизма было мало. Война со всей очевидностью показала недостатки медицинской службы нашей армии. Главными из них были все те недостатки, которые русская армия не сумела изжить на протяжении всего первого периода

становления медицинского обеспечения во время военных действий. Они заключались в следующем:

- а) отсутствие единого руководства всем процессом оказания медицинской помощи на театре военных действий.
- б) отсутствие материальных запасов для развертывания госпиталей в военное время;
- г) недостаток штатных носильщиков и штатного санитарного транспорта;
- а) некомплект личного состава медицинской службы;

1.2.6. Законодательные медицинские документы русской армии 18-го века как предпосылки формирования основ теории ОТМС.

В настоящее время известно, что первые теоретические работы, в которых рассматривались вопросы медицинского обеспечения армии во время войны появились во втором десятилетии XIX в. Одной из первых была работа И. Энегольма «Карманная книга военной гигиены или замечания о сохранении здоровья русских людей», которая увидела свет в 1813 году. Вместе с тем логично предположить, что эти первые теоретические работы возникли не на пустом месте. Интересным является вопрос о предпосылках появления этих работ в период до 1813 года. В качестве таких предпосылок нами рассмотрены некоторые российские законодательные медицинские документы на протяжении XVIII века.

Уже в первом законодательном документе, посвященном организации военно-медицинской службы в России «Книге воинской о всякой стрельбе и огненных хитростях» 1620 г. были упомянуты некоторые важные положения, касающиеся медицинского обеспечения войск. Так в «Книге воинской ...» констатировалось наличие сил и средств медицинской службы – «лекарь у наряда с человеком» и «телега с четырьмя лошадьми на чем ему свои лекарства и всякую потребу возить» [101, с.163].

При этом нельзя забывать, что силы и средства медицинской службы являются составной частью лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

Лечебно-эвакуационное обеспечение, в свою очередь, является важной составной частью медицинского обеспечения войск во время войны. Конечно, «Книга воинская ...» была лишь первой попыткой осветить некоторые моменты организации медицинского обеспечения русского войска. Силы и средства медицинской службы освещались в ней фрагментарно и занимали очень незначительную часть рассматриваемого нами документа.

Гораздо подробнее о силах и средствах медицинской службы говорилось в «Уставе воинском», составленном при Петре Первом (1716 г.), т.е. почти через сто лет после «Книги воинской». Практически вся статья 33 «Устава воинского» была посвящена штатно-должностным обязанностям доктора и лекаря полка. Эти обязанности рассматривались довольно подробно в пяти пунктах статьи. Другой важной особенностью «Устава воинского» было то, что впервые в нем было определено положение о «полевом лазарете». Важным было то, что рассматривались обязанности должностных лиц и организация работы полевого лазарета в своем функциональном единстве.

В следующем законодательном документе «Генеральном о госпитале регламенте» (1735 г.) вопросы сил и средств медицинской службы трактовались еще шире. Основное внимание в этом документе было уделено штатно-должностной структуре госпиталя и обязанностям должностных лиц этого госпиталя. Эти вопросы рассматривались в 12 главах состоящих из нескольких пунктов (до 39 пунктов каждая) [75].

Влияние этих документов в части касающейся сил и средств медицинской службы, трудно не заметить уже в одном из ранних теоретических трудов по медицинскому обеспечению войск во время военных действий — работе А.Чаруковского «Военно-походная медицина». В частности А.Чаруковский, описывая устройство госпиталя упоминает о: «больничные палаты на 10-40 раненых, ..., покои для Аптеки, ее лаборатории, для складки аптечных материалов, для аптекаря и его

помощников, кухни, ..., покои для хранения и вскрытия трупов, ... покои для помещения госпитальных чиновников и служителей» [100, часть 2, с.18].

При этом А.Чаруковский практически повторяет главу XII «О строении госпиталей» «Генерального регламента» 1735 г., предписывающую иметь в госпитале: покои на 20-30 больных, столовую палату, аптеку с лабораторией, анатомический театр, покои для жилья должностных лиц госпиталя [75, с. 53].

Достаточно подробно излагал А.Чаруковский и обязанности должностных лиц госпиталя. Сравнительный анализ показывает, что эта часть работы А.Чаруковского практически повторяет главы II-VII (и некоторые другие) «Генерального регламента о госпиталях» 1735 г.

Важным звеном в цепи лечебно-эвакуационного обеспечения является наличие перевязочного пункта. Некоторое понятие о том, как виделся перевязочный пункт в XVIII веке дает «Инструкция в Медицинской канцелярии сочиненная о должностях определенных при армии ЕЯ Императорского Величества генеральных штаб-докторов» (1756 г.). О перевязочном пункте (который в то время так еще не назывался) в «Инструкции» было сказано: «... генеральный штаб-доктор требовать имеет от главного над войском командира, что бы назначено было место, куда раненых приводить и в то место должен он генеральный штаб-доктор быть с дивизионным доктором и штаб-лекарем и несколькими полковыми лекарями, подлекарями и цирюльниками...» [81, с.26].

Как видим, здесь впервые определялся такой важный элемент лечебно-эвакуационного обеспечения как перевязочный пункт («место куда раненых приводить») и его штат, в который входили: генеральный штаб-доктор, дивизионный доктор, штаб-лекарь, полковые лекари, подлекари и цирюльники.

Положения о перевязочном пункте «Инструкции» 1756 г. нашли свое отражение уже в одном из первых теоретических трудов по – работе инспектора медико-хирургической академии И. Энегольма «Карманная книга

военной гигиены или замечания о сохранении здоровья русских солдат» (1813 г.). Практически повторяя «Инструкцию» 1756 г. о штатах перевязочного пункта («место главной перевязки»), автор писал: « ... каждым распоряжается дивизионный Медик с довольным числом врачей, фельдшеров и цирюльников» [106, с.182].

Таким образом, в законодательных документах XVII века упоминались практически все основные элементы лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Основными из них были понятия о силах и средствах медицинской службы, а также о перевязочном пункте. Безусловно, в то время эти элементы лечебно-эвакуационного обеспечения войск ещё так не назывались (перевязочный пункт – «место куда раненых приводить»). Но, они оказали значительное влияние на возникновение теории ОТМС уже в следующем историческом периоде – начале XIX века.

Другой не менее важной составляющей медицинского обеспечения войск во время военных действий (а, соответственно, и теории ОТМС) является противоэпидемическое обеспечение. Первые упоминания о необходимости проведения противоэпидемических мероприятий мы находим в одной из глав «Устава воинского» 1716 г., которая называлась «О профосе». В обязанности профоса входил надзор за соблюдением санитарно-гигиенического контроля и проведением противоэпидемических мероприятий в полку. Во время стоянок войск указывалось на необходимость рытья ровиков: «ям куда бы людям можно было испражняться». Также запрещалось резать скот вне указанных мест, загрязнять места для забора воды стиркой белья или водопоем лошадей [85].

Эти же вопросы, но несколько в ином свете рассматривались в другом законодательном документе, который вышел в свет в 1764 г. и назывался «Инструкция пехотного полка Полковнику с приложением форм штатов и табелей». Мероприятия противоэпидемического обеспечения рассматривались здесь с позиции правил содержания в госпитале инфекционных больных. В частности здесь было сказано: « ... больных

которые имеют прилипчивые болезни содержать в особливой комнате, и как постели, посуду, так и пищу, иметь для них не со всеми общую, но особливую и каждое утро горницу вычистить, ... постели переправить и возможную чистоту содержать» [75, с.102]. Положения «Инструкции» прослеживаются в одном из первых теоретических трудах по организации медицинского обеспечения армии во время военных действий работе М.Мудрова «О пользе и предмете военной гигиены или науки сохранить здоровье солдат» (1826 г.): В частности М.Мудров в качестве профилактики внутрибольничной инфекции предлагал следующие меры: «Соблюдение чистого и прохладного воздуха, в коем состоит вся тайна удобства госпиталя, посредством форточек, вентиляторов ...чистота покоек и двора ... перемена белья и сена или соломы в постелях... порядок и чистота в кухне, присмотр за посудой» [57, с. 64].

Таким образом, законодательные документы XVII века послужили теоретической базой такой важной категории ОТМС как противоэпидемическое обеспечение войск.

Еще одной важной частью медицинского обеспечения является военно-медицинское снабжение. В «Уставе воинском» 1716 г. указывалась на необходимость иметь аптеки в армии, здесь же приводился штат аптеки: «... надлежит быть двум аптекам: одной при кавалерии, другой при инфантерии; и при них по одному аптекарю, с двумя гезелями и четырьмя учениками» [101, т.2, с.112].

Вопросы военно-медицинского снабжения упоминаются и в VIII главе «Генерального о госпиталях регламента» 1735 г. В 1736 г. вышел еще один документ, касающийся военно-медицинского снабжения войск. Документ назывался «Регламент о полевых аптеках» и затрагивал многие стороны военно-медицинского снабжения. В «Регламенте» 1736 г. предписывалось иметь уже не две, а четыре полевых аптеки в войсках. Кроме этого здесь впервые упоминаются понятия о мирном и военном времени. В мирное

время, аптеки находились в городах, с началом военных действий выдвигались в армию.

По штату в каждой аптеке было положено по одному аптекарю, гезелю и ученику, не считая обслуживающего персонала. Очень важным было то, что в «Регламенте» определялся порядок медицинского снабжения, который заключался в следующем: «... от главных аптек к полевым аптекам и от полевых аптек к армии» [75, с. 63].

Вместе с тем, следует заметить, что подобным образом снабжение осуществлялось практически на протяжении всего следующего XIX столетия. Согласно «Положению о Большой действующей армии» 1812 г. на каждую армию формировался временный запасной аптечный магазин с подвижным отделением, выдвигавшимся вслед за армией и именовавшимся при этом «главной подвижной аптекой». Полковые аптеки пополнялись из главной подвижной аптеки.

Таким образом, положения «Регламента об аптеках» 1736 г. стали составной частью теории военно-медицинского снабжения, на основе которой практически осуществлялось снабжение войск в XIX веке.

Важным разделом теории ОТМС является учение об управлении медицинской службой. Особенно четко этот вопрос нашел свое отражение в «Уставе воинском» 1716 г. Уже в 1-ом пункте главы 33 изложена по существу система полевого управления медицинской службой. Согласно этому пункту главным медицинским начальником объявлялся полевой доктор при командующем. Однако власть полевого доктора была весьма ограничена. Уже в документах этого периода наметилась главная особенность управления медицинской службой. Особенность эта состояла в устранении военно-медицинской администрации от управления как этапами медицинской эвакуации, так и всем лечебно-эвакуационным процессом. Вместе с тем в документах более позднего времени выдвигались и вполне разумные предложения. В «Положении для Медицинского Управления по армии и флоту» от 1805 г. все управление медицинской службы русской

армии подразделялось на: «Главное или центральное, на управление по инспекциям и управление по полкам» [76, с.10].

Здесь же устанавливался принцип руководства всей полковой медицинской службой лекарем полка: «Старший лекарь под руководством Шефа управляет в полку всею медицинскою частью» [76, с.18].

Положения о руководстве всей военно-медицинской службы Главным (центральным) медицинским управлением; а полка – старшим лекарем стали впоследствии одними из принципов управления медицинской службой – важной составной частью медицинского обеспечения.

Таким образом, во многих законодательных медицинских документах XVIII - начала XIX века нашли свое отражение вопросы медицинского обеспечения русской армии. В них были затронуты такие практически стороны медицинского обеспечения армии как: лечебно-эвакуационное и противоэпидемическое обеспечение, военно-медицинское снабжение, управление медицинской службой.

Рассмотренные законодательные документы явились предпосылкой возникновения первых теоретических работ по ОТМС в следующем историческом периоде становления этой науки – начале XIX века.

1. 2. 7. Медицинское обеспечение во время военных действий некоторых европейских армий в период 1620– 1812г.г.

При сравнительном анализе *лечебно-эвакуационного обеспечения* армий иностранных государств и России в этот период очевидным становится отставание последней в данной области. В Испании первое упоминание о госпитале относится к 1477 г. Это был госпиталь, развернутый при осаде Малаги и состоящий из 400 крытых повозок [2]. В 1551г. В госпитале работал персонал, состоящий из врачей, хирургов и служителей. Б., стр. 6. Как известно, в России первое упоминание о госпитале относится к 1678 г.

<https://warlib.site/>

https://t.me/warlib_site

Раньше в армиях европейских государств появился и штатный медицинский состав. В армии Священной Римской империи (будущей Австро-Венгрии) должность «военного цирюльника» (Feldscherer) существовала уже в XV веке. К этому времени относится и появление первой штатной должности во французской армии [3, т-28, с.222]. Штатная должность полкового врача и полкового хирурга (по одному на полк) в испанской армии была введена в 1551 г.. В России штатно закреплённая должность полкового лекаря появляется в 1711г. [83].

В то же время необходимо отметить следующее. В 1620 г. в свет вышла «Книга воинская о всякой стрельбе и огненных хитростях». Это был первый официальный документ (воинский устав), в котором «впервые были изложены основы организации и оказания медицинской помощи в русском войске» [101, т.1, с.25]. В настоящее время известно, что в основу «Книги воинской ...» 1620 г. положен труд немецкого автора Л Фронспергера «Kriegsbuch», написанный в середине XVI в. во Франкфурте – на-Майне. Окончательный русский перевод и дополнения к книге Фронспергера были закончены в 1620 г. Таким образом, уже в начале своего становления медицинская служба русской армии опиралась на документ, положенный в основу организации медицинской службы западноевропейских армий.

Несмотря на наличие такого документа, в целом, военная медицина России вплоть до конца XVII в. значительно уступала европейским державам. Так, например, документально зафиксированная должность полкового лекаря в «Книге воинской ...» 1620 г. ещё не означала действительное наличие лекаря в армии. До конца XVII полковые лекари были далеко не в каждом полку.

Отставание в области медицинского обеспечения армии в России было не удивительным, если учесть, что Россия значительно уступала в развитии практически всех отраслей науки и экономики. Этому способствовало и отсутствие в России вплоть до середины XVIII в. университетов, а соответственно и системы высшего медицинского образования.

Лечебно-эвакуационное обеспечение.

Положение дел начинает меняться в XVIII веке. Как и многие другие изменения в жизни нашего государства, изменения в области военной медицины были связаны с деятельностью Петра I. В петровском «Уставе Воинском» от 1716 г. подробно описывались штатные должности медицинской службы. В том числе констатировалась должность полкового лекаря и фельдшера в роте. Примерно такую же структуру медицинской службы можно видеть в это же время и в прусской армии. Так, в Уставе (ордонанс) 1713 г. (Verpflegung Ordonans) прусского короля Фридриха-Вильгельма I в таблице о выдаче жалования среди прочих должностных лиц упомянуты полковой и ротный фельдшер [4]. Похожая структура полковых медицинских чинов была в это время в армиях Франции и Австрии.

К середине XVIII в. Россия по некоторым позициям (например, в подготовке полковых лекарей) занимала уже лидирующее положение. Речь не идет о подготовке доктора – специалиста, получившего образование на медицинском факультете одного из европейских университетов. Таких специалистов в армиях всех стран было очень мало. В штатном расписании русской армии доктор имелся один на всю дивизию, (аналогичное положение дел было и в армиях европейских странах). Таким образом, роль и влияние доктора на медицинское обеспечение личного состава армии была не очень заметна. Куда ближе солдату находился полковой лекарь – по существу, ключевая фигура в оказании медицинской помощи на поле боя. Значение его определялось тем, что согласно штатам полковой лекарь полагался в каждом полку, а в конце XVIII в. на полк полагалось уже несколько лекарей.

Специалистов полкового звена впервые стали готовить в госпитальной школе (1707 г.) при Московском генеральном госпитале. Подготовка таких специалистов в то время осуществлялась только в России. В Пруссии полковых фельдшеров стали готовить в 1724 г., во Франции 4 подобные школы были учреждены только в 1772 г. [2]. В Австрии в 1775 г. была организована школа для полковых хирургов со сроком обучения 6 месяцев

[82]. Интересно, что на протяжении XVIII века во всех армиях, включая и Россию, для врачей была введена военная форма одежды (в России – 1762 г., Франция – 1780 г., Австрии 1788 г.)

Система лечебно-эвакуационных мероприятий в русской армии в XVIII в. так же напоминала систему лечебно-эвакуационных мероприятий армий европейских стран. Так организация выноса раненых в русской армии опиралась в это время на положения документа, который назывался «Статьи во время воинского похода» 1704 г. Согласно ст.7 вынос раненых с поля боя во время боевых действий был запрещен и разрешался только после окончания боя. Этот же запрет констатировался и в уставе Фридриха-Вильгельма I (1713-1740 гг.) – «Reglements for die Infanterie» [83].

На протяжении всего XVIII в. в русской армии первая медицинская помощь на поле боя оказывалась полковыми медицинскими чинами (в России лекарями и цирюльниками, в Австрии, Пруссии и Франции полковыми и ротными фельдшерами и хирургами). Штатных средств выноса раненых не было до конца XVIII в. ни в одной армии мира. С поля боя раненые эвакуировались в район укрепленного лагеря, где разворачивалось «место главной перевязки (Россия)» [83].

Приблизительно такой же принцип оказания медицинской помощи мы наблюдаем и в армиях европейских государств. Полевые лазареты (соответствующие русскому «месту главной перевязки») на театре военных действий в Прусской армии впервые упоминаются в 1734 г., Австрийской – во время семилетней войны 1756-63 гг. [96]. Как и в русской армии, после оказания помощи в полевых лазаретах раненые (чаще всего) на обывательских телегах транспортировались в тыловые лечебные учреждения. Так, в генеральной диспозиции русской армии во время сражения с неприятелем от 13 июля 1758 г. (семилетняя война) вынос раненых «за фронт» возлагался на команды, командированные из «задней или второй линии». При этих командах должны были находиться лекари и «прочные телеги» [81, с.266].

Аналогично строились лечебно-эвакуационные мероприятия и в других странах. Так, например, в Австрийской армии во время семилетней войны розыском раненых занимались полковые медицинские чины, которым для этого было придано необходимое количество солдат. Для эвакуации раненых (как и в русской армии) рекомендовалось содержать позади 2-ой линии «повозки для удаления раненых» [96, с. 584].

В 1731 г. в русской армии постановлением «о полевых подъемных лошадях» было узаконено содержание в драгунском полку десяти повозок в военное и пяти в мирное время, в пехотном полку соответственно 8 и 4 повозок. Штатный транспорт для перевозки больных в то время было только в русской армии. В Австрии о полковых повозках для раненых впервые упоминается в период семилетней войны 1756-63 гг. [96]. В прусской армии, например, «лазаретные повозки» были введены только в 1788 г. в количестве меньшем, чем в русской армии [82].

Интересно, что даже такая высокоразвитая страна как Англия в XVIII веке значительно отставала от России в вопросе становления медицинского обеспечения армии. Известно, например, что в английской армии вплоть до конца XVIII века вообще не существовало военно-медицинской организации [105]. До 1815 г. у англичан не было ни военных лазаретов, ни каких-либо транспортных средств для эвакуации раненых, не существовало в английской армии в то время и постоянного врачебного состава (за исключением высшего). Например, штаб-хирурги вербовались из гражданского персонала только на один поход [там же]. Госпитали в английской армии вообще впервые появились только в следующем историческом периоде во время Крымской войны.

В конце XVIII - начале XIX в. приоритет в области организации медицинского обеспечения по сравнению с остальными европейскими армиями закрепляется за французской армией. В 1793 г. для оказания медицинской помощи на поле боя Ларей создал «летучий лазарет»

(ambulance volante) «Летучий лазарет»-амбуланс состоял из 340 человек и штатного транспорта (12 легких и 4 тяжелых повозок) [96].

Амбуланс выгодно отличался своей мобильностью и наличием штатных средств для выноса раненых с поля боя. Подобных подразделений в то время не было ни в одной армии мира. Таким образом, во французской армии ранее, чем в армиях других государств, были созданы штатные подразделения для выноса ранены. Штатные носильщики были вооружены пикой и на их перевязи были отпечатаны слова «Помощь воинам». С помощью этих пик и холстинного пояса устраивались носилки. Для перевозки раненых были устроены специальные фургоны. Погрузка раненых в такие фургоны производилась следующим образом. Из фургона выдвигали кожаный матрац на колесах и клали на землю. Не подымая раненых, втаскивали их на матрац, после чего втаскивали матрац в фургон [91].

Особо отмечается, что такие фургоны французской армии были на рессорах, что выгодно отличало их от подобных транспортных средств русской армии. Вот, например, как описываются отечественные санитарные фургоны в значительно более позднее время (1848 г.): «кареты и линейки все без рессор, тряски и в карету трудного больного почти нельзя всунуть» [83, т.3, стб. 821]. Справедливости ради необходимо отметить, что не все французские раненые могли пользоваться таким транспортом. В основном он был предназначен для гвардии и, преимущественно для офицеров.

Введение штатных формирований для выноса раненых во французской армии в конце XVIII в. опередило подобное событие во всех остальных армиях. В европейских армиях и России это произошло в XIX веке.

Декретом Конвента Франции от 1794 г. устанавливалась система лечебно-эвакуационного обеспечения, предусматривающая наличие госпиталей разного типа с различным объемом медицинской помощи. По направлению эвакуации (от фронта в тыл) это были амбулансы, затем подвижные и, наконец, постоянные госпитали (французская армия) [там же]. Приблизительно такую же схему развертывания имели к этому времени

лечебные учреждения и других европейских армий. В Пруссии и Австрии - полевой (летучий) лазарет, далее приемный госпиталь и основной госпиталь [96].

В России, согласно «Положению для временных военных госпиталей Большой Действующей Армии» от 1812 г. так же предусматривалась система госпиталей с дифференцированным объемом медицинской помощи. Эвакуация раненых осуществлялась, в принципе, по сходной с европейскими армиями схеме и от фронта в тыл выглядела следующим образом: развозной госпиталь, подвижные госпитали, главный военно-временный госпиталь, непереносимый госпиталь.

Практический опыт военных действий в период Отечественной войны 1812 г. показал, что медицинская служба, как русской, так и французской армий (а так же и всех остальных) при больших потерях практически не справлялась со своими обязанностями. О печальной судьбе раненых русской армии уже было сказано во 2 разделе настоящей главы.

Однако не лучше было положение раненых и во французской армии. Вот как описывает очевидец состояние французского госпиталя во время войны, 1812 г. «В госпиталях недостаток во всем. Несчастные раненые сделались людоедами, они отрубали члены у человеческих трупов, варили мясо и съедали его. Их ничем не снабжали из магазинов» [91, с.111].

Таким образом, процесс становления лечебно-эвакуационного обеспечения армии во время военных действий проходил практически по общей схеме во всех рассматриваемых армиях. Россия в этот период уже не уступала в этом вопросе остальным европейским странам.

Управление медицинской службой русской армии на театре военных действий возглавлялось генерал штаб-доктором. В Пруссии этой должности соответствовал гвардейский фельдшер в звании генерал – хирурга, в Австрии – военный протомедик). Ему были подотчетны доктора дивизий, которым подчинялись полковые лекари. Последние руководили военными медиками батальонного и ротного звена. Эта схема в общих чертах была аналогична

для всех армий, исключение составляло лишь отсутствие дивизионного доктора во всех странах кроме России.

Управление военно-медицинскими лечебными учреждениями характеризовалось двоевластием, проявлявшимся в наличии помимо главного доктора интендантским чиновником (в России кригс-комисара), который так же имел властные полномочия в управлении госпиталем (лазаретом). Это было характерно как для русской, так и для армий европейских стран. Характеризуя эту особенность в управлении госпиталями этого периода, современник писал: «...истинным проклятием всего военно-санитарного дела было заведывание им со стороны интендантства» [105, т.135, с.41]

Особенностью этой категории медицинского обеспечения армии в этот период стало полное устранение медицинского состава от управления лечебно-эвакуационным процессом на театре военных действий. Военные врачи не только не являлись полновластными хозяевами в госпиталях, но и были устранены от управления эвакуационными процессами, не имели инициативы в вопросе развертывания госпиталей, не принимали участия в организации выноса раненых с поля боя. Такое положение отмечалось не только в русской, но и в остальных армиях европейских государств.

В организации *противоэпидемических мероприятий* в русской армии и армиях европейских стран в XVIII в. усматривается немало аналогий. Этот факт отчетливо прослеживается при сравнительном анализе организации подобных мероприятий согласно артикулу «Устава Воинского» 1716 г. и практически современного ему Датского военного артикула Христиана.

Таблица №1.

Устав Воинский 1716 г., гл. XI, арт.90	Датский военный артикул Христиана, т.V
«..на оном месте, где не надлежит испорожниться, или в оной воде которую пьют или на варение берут,	Ст.110.«... наказание те восприятии имеют, которые в воде из которой пьют, мыть станут или иную

мыть или лошадей тамо поить, или вне учрежденного места скотину бить будет оный имеет не токмо то нечистое место вычистить, но и сверх того жестоко наказан быть»	нечистоту учинят, или лошадей из той поят», ст.111«... тот наказан бытии имеет, кто на квартирах или в обозе, кроме сих мест которые ... к тому вызначены, скоты резать, рыбу чистить и всякую нечистоту творить»
---	---

П.О.Бобровский. Военное право в России при Петре Великом. Ч.2, Спб., 1886 г., стр.618-620 .

В уставе 1716 г. Петра I впервые упоминалось такое должностное лицо как профос. В обязанности профоса наряду с прочими входило соблюдению противоэпидемических мероприятий. В то же время дореволюционный историк военного права П.О.Бобровский писал, что: «Полковые профосы и обозные выкроены из немецких законов» [4, с.585].

Во всех армиях в этот период проводились изоляционные и карантинные мероприятия. Как и в русской армии; эти мероприятия должного эффекта не приносили. Об эпидемиях в русской армии уже было сказано выше; такое же положение было и в европейских армиях. Во время семилетней войны, например, в прусской армии разразилась эпидемия тифа и дизентерии; при этом инфекционных больных возили на одном транспорте с ранеными [83]. На протяжении всего этого периода потери от болезней превышали потери, полученные от воздействия разного рода оружия противника.

В русской армии в XVIII в. *снабжение* полковых аптек проводилось сначала из казенных аптек, а с 1760 г. из появившихся в это время штатных органов снабжения — инструментальных магазинов. В австрийской армии в это время полковые хирурги все закупки медикаментов делали сами. Только в 1780 г. по примеру России в Вене был открыт казенный аптечный склад [2]. В Прусской армии лазаретные аптеки появились в 1828 г., до этого времени, как и в австрийской армии, полковым хирургам для приобретения

медикаментов отпускались деньги из полковых средств. Такое же положение существовало и в английской армии.

Говорить о теории ОТМС в этот период нельзя. Ни в одной из рассматриваемых стран теоретических работ посвященных теории ОТМС не было. Во 2-ом разделе настоящей главы (1.2.6.) нами предпринята попытка рассмотреть некоторые законодательные документы русской армии как ту теоретическую базу, на основе которой, в следующий период возникла теория ОТМС. Было отмечено, что в законодательных документах русской армии («Уставе воинском» 1716 г., «Генеральном о госпиталях регламенте» 1735 г. и др.) освещались многие стороны медицинского обеспечения армии во время военных действий. Аналогичное положение наблюдалось и в странах Европы. Вопросы медицинского обеспечения были представлены в прусском уставе «Reglements for die Infanterie» Фридриха-Вильгельма I (1713-1740 гг.) [83]. Во Франции таким законодательным документом был госпитальный регламент 1718 г. [2]. Эти документы так же могли быть использованы в теоретических трудах посвященных теории ОТМС, которые появились в западноевропейских странах в следующем периоде становления ОТМС.

Выводы главы

В 1620 г. в России появилась «Книга воинская о всякой стрельбе и огненных хитростях». В этом документе впервые были перечислены юридические, финансовые и организационные основы военно-медицинской службы и оказания медицинской помощи в русском войске.

По мнению современных исследователей, выход в свет этого документа означал зарождение в России военно-медицинской службы. Тем не менее, это не означало появление в России организации и тактики медицинской службы (ОТМС). Молодая военно-медицинская служба Московского государства еще не имела опыта своей работы. Между тем, история Московского государства в XVII в. представляла собою практически непрерывную цепь военных конфликтов. В результате поиска форм и методов работы военно-медицинской службы во время войны, в течении XVII века в русской армии стали появляться первые элементы медицинского обеспечения армии в период военных действий, составные элементы которого и являются практическими составляющими ОТМС. Элементами этого обеспечения стали:

- появление личного состава медицинской службы и первых лечебных учреждений, предназначенных для лечения раненых в период походов под Смоленск в 1632 и 1654 гг.;
- появление первого объединенного управления медицинским обеспечением во время Азовских походов 1695 и 98 гг.;
- первые попытки противозидемического обеспечения и военно-медицинского снабжения.

Дальнейшее становление медицинского обеспечения во время военных действий связано с «Уставом воинским» 1716 г. В положениях устава регламентировалось наличие штатного личного состава и штатных лечебных учреждений, элементов управления военно-медицинской службой, противозидемического обеспечения и военно-медицинского снабжения

Результаты войны 1812 г. вскрыли недостатки медицинского обеспечения русской армии в период военных действий. Эти недостатки заключались, главным образом, в отсутствии необходимого количества сил и средств медицинской службы, штатных госпиталей военного времени и штатных сил и средств сбора и выноса раненых, устранении военно-медицинского состава от управления лечебно-эвакуационным процессом.

Сравнительный анализ становления ОТМС в странах Европы показал, более раннее начало становления этого процесса. Это было связано с общим научным и культурным отставанием Московского государства. Вместе с тем к окончанию первого периода Россия в основном сумела устранить это отставание.

Таким образом, возникновение военно-медицинской службы и практические задачи военно-медицинской службы в период войн проводимых Московским государством в XVII веке стали причиной начала становления ОТМС. Главной особенностью становления ОТМС в России этого периода было то, что в этот период началось становление лишь практических составляющих ОТМС.

Глава вторая. Завершения становления лечебно-эвакуационного обеспечения и военно-медицинского снабжения, начала становления теории ОТМС (1818 гг.)

2.1. Завершение становление лечебно-эвакуационного обеспечения.

Как было показано в первой главе, медицинское обеспечение в Отечественную войну 1812 г. выявило целый ряд недостатков. Ощущалась нехватка госпиталей, недостаток медицинского персонала и санитарного транспорта, были и др. В результате этого, как уже было показано выше, (1,2,5) на Бородинском поле остались без медицинской помощи около 10 тысяч раненых. Из Москвы при отступлении русской армии не смогли вывезти около 2 тысяч раненых. Эти недостатки были характерны не только для Отечественной войны 1812 г., но и для всего предыдущего периода и война 1812 г. только обнажила эти недостатки. Причиной их было непонимание проблем медицинского обеспечения, как высшим командованием, так и командованием военно-медицинской службы. В тоже время Отечественная война 1812 г. в значительной степени помогла и осознать эти недостатки. Руководитель русской военно-медицинской службы и участник Отечественной войны 1812 г. Я.Вилие писал: «Грустный опыт 1812 г. оказался полезным нашей армии в том отношении, что он вызвал усиленную разработку вопроса о хозяйственной части военно-временных госпиталей» [42, т.8, ч.1, с.254].

Сначала было решено навести порядок в организации и работе существующих в военное время подвижных и развозных госпиталей. Для наведения порядка в этой области в 1815 г. были изданы:

- 1) «Инструкция об управлении подвижными и развозными госпиталями»;
- 2) «Общие правила об управлении подвижных и развозных госпиталей по части директора госпиталей и генерал штаб-доктора»;

3) «Инструкция чиновникам, управляющим подвижными и развозными госпиталями действующей армии».

По существу этим документом являлись дальнейшее развитие эвакуационной системы. Они были выдержаны в духе «Учреждения для управления большой действующей армией» от 1812 г. В «Инструкции об управлении подвижными и развозными госпиталями» подробно рассматривались все моменты касающиеся перемещения и развертывания временных госпиталей. В «Инструкции чиновникам, управляющим подвижными и развозными госпиталями действующей армии» детально освещались должностные обязанности госпитальных чиновников.

Считается, что автором всех сведений касающихся медицинской части был Виллие.

Эти должностные документы упорядочили порядок развертывания, организацию работы и управления госпиталями в военное время.

Кардинальные изменения произошли в 1816 г., когда была сделана попытка решить проблему отсутствия штатных военных госпиталей военного времени. В марте 1816 г. было утверждено «Положение для военных госпиталей». Согласно «Положению» учреждали «в мирное время, кроме постоянных госпиталей и полковых лазаретов корпусные и дивизионные госпитали, с тем, чтобы в случае войны прислуга и запасные вещи корпусных госпиталей были назначаемы в подвижные госпитали» [42, т.8, ч.1, с.257]. При этом было принято во внимание то обстоятельство, что в мирное время в корпусных госпиталях было положено занимать не более половины коек. Другую половину кроватей, белья и одежды предписывалось содержать в запасе. Чтобы понять, насколько важное значение имело это постановление достаточно вспомнить, как организовывался военновременный госпиталь до этого периода.

Вот, например, как описывалась организация военновременного госпиталя во время войны 1812 г.: «Чиновнику, избранному для устройства где-нибудь госпиталя, давалось наставление, деньги, открытый лист на

пособие от местного начальства, малая прислуга, и когда возможно было, то несколько мешков сухарей, несколько волов и вино. Вот и все в чем заключались способы при устройстве госпиталей. Не столько думали в то время о лечении, сколько о том, что бы больные и раненые не умирали от голода и холода» [26, с.92-93]. Как видим, процесс устройства госпиталя происходил, по сути, стихийно и в мирное время не предусматривалось накопление материальных запасов для развертывания госпиталей во время войны.

«Положение» от 1816 г. совершенно меняло дело. Временно упраздненное в 1823 г. (с целью экономии средств), это положение было вновь восстановлено в 1833 г. В этом году выходит в свет «Положение о кадрах военно-временных госпиталей». Этим положением уже окончательно регламентировалось в мирное время накопление при постоянных госпиталях неприкосновенных материальных запасов с тем, чтобы в случае необходимости можно было бы развернуть 40 военно-временных госпиталей. Коечная емкость этих госпиталей была рассчитана на 15 тысяч коек, с запасом имущества на 6 месяцев работы [11].

Система накопления мобилизационных ресурсов постоянно совершенствовалась. Так, в 1846 г. было принято «Положение о военных госпиталях в военное время». Согласно этому положению: «из кадров состоящих в мобилизационном запасе формировались подвижные, этапные и полевые временные госпитали» [107, стб.158]. Выход в свет «Положений» 1833, и 1846 гг. кардинально меняло (а по существу решало) проблему формирования госпиталей в военное время. Система накопления материальных средств в дальнейшем постоянно совершенствовалась. Интересно, что уже тогда строго регламентировался процесс накопления и освежения материальных средств. Такое имущество запрещалось использовать в мирное время. Об этом было принято специальное решение

Военно-Медицинского Ученого Комитета, о чем и свидетельствует выписка из журнала этого Комитета от 14.02. 1896 г.⁸

Эвакуационная система теперь окончательно сменила систему лечения «на месте». Это было важное событие в осуществлении практического становления данной практической составляющей ОТМС. В соответствии с «Положением для временных военных госпиталей при Большой Действующей Армии» было узаконено расположение развозного и подвижных госпиталей 1-ой, 2-ой и 3-ей линий цепочкой от района действия армии по путям коммуникаций до тыловых районов. Этому способствовала так же и сложившаяся к этому времени система подвоза материальных средств, при которой обратные рейсы транспорта подвоза использовались в качестве эвакуационного транспорта. Эта система была более эффективной по сравнению с предыдущей системой «лечения на месте». Можно сказать, что она вполне соответствовала уровню развития всего военного дела и медицинской науки в того времени.

В 1829 г. издаются «Правила об учреждении при действующей армии подвижных и временных госпиталей». Согласно «Правилам» развозные госпитали упразднялись, а в каждом стрелковом корпусе учреждается штатный подвижный госпиталь на 150 мест, который в период военных действий выполнял роль перевязочного пункта. По штату в подвижном госпитале полагалось: главный врач, старших и младших лекарей – 6, провизор или гезель – 1, аптекарских учеников – 2, фельдшеров – 7, подмастерьев для поправки хирургического инструментария – 1, его помощник – 1 [42, т.8, ч.3, с.38].

По этим же «правилам» 1829 г. при штабе армии существовал подвижный резервный госпиталь. Как и в предыдущем документе («Положении для временных военных госпиталей при Большой Действующей Армии») разворачивались временные госпитали 1-ой, 2-ой и 3-ей линии. Емкость госпиталей колебалась от 150 до 1200 мест. Эти госпитали

⁸. РГВИА.ф.546. – оп.3. – д.923. – с.5

развертывались на коммуникационных линиях или военных дорогах, ведущих от района действия армии в тыл. Кочная емкость госпиталей увеличивалась по мере удаления от района боевых действий [11].

Из развозных (а с 1829 г. подвижных) госпиталей, служивших местом «главной перевязки» раненые доставлялись последовательно в госпитали 1-ой, 2-ой и 3-ей линии, а затем в главные военно-временные и неперенные госпитали.

К этому времени был отменен приказ о формировании подвижных госпиталей. Вместо них полагалось формирование дивизионных подвижных лазаретов. Дивизионный лазарет возглавлялся дивизионным врачом и укомплектовывался 9 врачами, 16 фельдшерами, 1 фармацевтом и вспомогательным составом. Согласно нормативным актам того времени во время боевых действий развертывались главные, передовые и задние перевязочные пункты. Они формировались во время самих сражений или перед ними из средств и санитарного персонала строевых частей, участвующих в сражении. Главным перевязочным пунктом во время сражения служил теперь дивизионный лазарет.

Вынос раненых проводился по окончании боя или во время затишья. Работа эта возлагалась на военную полицию, и руководил ею начальник военной полиции – генерал-гевальдигер. Штатно закрепленных сил и средств сбора раненых не было. Этим занимались силы военной полиции, музыканты, солдаты ополченцы.

Уже в первой половине текущего периода намечается функциональная дифференциация госпиталей (этапов эвакуации). Критерием дифференциации, главным образом, служили сроки выздоровления раненых. На развозные госпитали возлагались следующие функции: исследование и обработка ран, перевязки, иммобилизации, операции. В подвижных госпиталях 1-ой линии осуществлялась хирургическая обработка ран и операции, не подвергавшимся таковым в развозных госпиталях, временная госпитализация нетранспортабельных и окончательная госпитализация

легкораненых. В подвижных госпиталях 2-ой линии проводилось лечение раненых со сроками лечения до 40 дней и эвакуация далее раненых со сроками лечения более 40 дней. И, наконец, в подвижных госпиталях 3-ей линии и непреходящих госпиталях лечились все присылаемые раненые и больные [64, т-14, с.333].

Кроме этого дифференциация госпиталей проводилась и по признаку выделения отдельных категорий больных и раненых. К этому времени в армии уже имелись примеры выделения специальных отделений для содержания легкораненых и выздоравливающих. Уже во время русско-турецкой войны 1768-74 гг. впервые появился лазарет на 150 мест для легкораненых [83]. Еще одним шагом в этом направлении стало учреждение первого подвижного инфекционного госпиталя. Этот госпиталь был впервые учрежден во время русско-турецкой войны 1828-29 гг., проходившей на Балканском и Кавказском театре военных действий. Госпиталь был учрежден в виде «подвижного карантина» при подвижном госпитале Кавказского корпуса [83]. Необходимость учреждения госпиталя диктовалась угрозой надвигающейся эпидемии чумы. Следует отметить, что проведение эффективных для своего времени противоэпидемических мероприятий и учреждение инфекционного госпиталя сыграли положительную роль, и эпидемия чумы не получила в русской армии широкого распространения.

Как писал С.А.Семека, все это было свидетельством того, что к этому времени появилась дифференциация функций этапов «требовавшая уже сортировки как по виду и способу транспортировки, так и по месту окончательного лечения» [83, т-3, стб.792].

Во время Севастопольской кампании 1854-55 гг. в Крыму было развернуто несколько госпиталей. Были развернуты госпитали в Симферополе, Бахчисарае, Перекопе.

Основной поток раненых в эту кампанию шел на Симферополь. В начале войны в городе находился один постоянный госпиталь на 300 коек. Количества коек катастрофически не хватало. В апреле 1855 г. в город

прибыло два военно-временных госпиталя. Коечная сеть была увеличена до 3000 коек. Но и этого было мало. Дополнительно были построены бараки на 1500 мест каждый. В разгар кампании количества раненых размещенных в Симферополе составляло 14 тыс. человек. Для сравнения можно отметить тот факт, что все население Симферополя в то время составляло 14 тысяч человек [83].

При обороне Севастополя существовали передовые и главные перевязочные пункты. В капитальном труде «Столетие военного министерства», посвященном истории русской армии по поводу перевязочных пунктов при обороне Севастополя говорится следующее: «В истории обороны Севастополя занимают видное место три перевязочных пункта: в Благородном Собрании, на Корабельной при военно-временном госпитале и на Северной при постоянном сухопутном госпитале. Все указанные перевязочные пункты могут быть названы главными» [42, т.8, ч.4, с.84]. По поводу передовых перевязочных пунктов там же было сказано: «Что касается передовых перевязочных пунктов, то они открывались по возможности в ближайших к оборонительной линии зданиях защищенных от выстрелов» [42, т.8, ч.4, с.84]. Главной особенностью развертывания перевязочного пункта было то, что в отличие от госпиталей военного времени перевязочный пункт в это время еще не стал штатным подразделением медицинской службы.

Доставка раненых на перевязочные пункты в начале обороны Севастополя была возложена на команду музыкантов и цирюльников 2-го комплекта, но впоследствии, в силу больших потерь таких носильщиков, раненых стали доставлять рядовые чины. Эвакуация раненых из перевязочных пунктов в госпитальную базу – г. Симферополь – была организована плохо. Недостатки эвакуационной системы проявились в этой войне со всей очевидностью.

Накопление и осмысление фактического материала в деле оказания медицинской помощи на театре военных действий дало возможность Н.И. Пирогову сформулировать свое учение о сортировке раненых.

Происходит это во время Крымской кампании в период 1854-55 гг. Н.И. Пирогов, активный участник этой кампании, был свидетелем огромного количества раненых, которые вследствие организационной неразберихи не получали вовремя медицинской помощи. Опыт, полученный Н.И. Пироговым в военных компаниях, гениальная интуиция военного врача, врача-организатора позволили ему впервые в мире применить сортировку раненых в Крымскую кампанию. По Н.И. Пирогову все раненые сортировались на следующие группы:

- безнадёжные, оставляющиеся на месте на попечение медсестер и священников;
- нуждающиеся в неотложных операциях (оперируются на перевязочных пунктах);
- те, которым оперативное пособие может быть отложено на один-два дня;
- легко раненые, отправляемые обратно в часть [53, с.253].

Впервые примененная сортировка качественно улучшила организацию медицинской помощи. Появление сортировки явилось важнейшим событием для становления лечебно-эвакуационных мероприятий в этот период.

Еще при жизни Н.И.Пирогова были попытки умалить значение этого открытия. Известна, статья Н.Н.Соловьева «О перевязочных пунктах Севастополя», написанная в 1872 г. В статье говорилось, что введение сортировки «произошло само собой. Явилось огромное скопление больных, произошла необходимость разделения труднораненых от легкораненых ну и стали сортировать вообще на перевязочных пунктах как у Пирогова, Гюбенетта, так и у Рудинского» [60, с. 84-87]. Однако хорошо известно, что впервые учение о сортировке раненых было представлено именно

Н.И.Пироговым в его известном труде «Начала общей военно-полевой хирургии» в 1863 г.

Известны также воспоминания военных врачей – современников Н.И.Пирогова свидетельствующие о приоритете Н.И.Пирогова в этом вопросе. Участник обороны Севастополя штаб-лекарь Азовского полка П.А.Генриций писал: «после такой классификации я не знал хаоса, обыкновенно встречавшегося на перевязочных пунктах, и этим спасительным правилом военные медики останутся навсегда признательны Пирогову» [9, т.20, с.468].

Наконец сам Н.И. Пирогов в своем письме от 14.12.1871 г. писал: «Мысль о выжидании и сортировке раненых пришла мне именно когда пришлось иметь дело с тысячами раненых привозившихся мне из Севастополя в Симферополь» [66, с.194].

Таким образом, сортировка раненых явилась неоспоримым приоритетом отечественной военной медицины.

С именем Н.И. Пирогова связано и еще одно не менее важное для становления этой категории ОТМС событие – начало широкого применения гипсовых повязок. Применение гипсовых повязок положило конец чрезмерному увлечению ампутациями и стало началом нового «сберегательного» метода в лечении раненых.

После неудачной для России Крымской кампании, правительство попыталось сделать определенные выводы. Состояние госпитального дела во время Крымской кампании показало явный недостаток количества госпиталей формирующихся во время военных действий. В связи с этим в дополнение к уже упомянутому «Положению о кадрах военно-временных госпиталей» от 1833 и 1847 гг. военным министром в 1869 г. был издан еще одно «Положение», сделавшее порядок организации госпиталей в военное время более эффективным. В России на военное время должны были формироваться уже не 40, а 84 военных госпиталя. Была улучшена и сама система накопления материальных запасов, а вместе с ней и система

формирования госпиталей в военное время. Вот, что писал об этом, упомянутый выше, Ф.К. Затлер уже в другом своем сочинении: «Самое устройство военно-временных госпиталей далеко не было у нас удовлетворительно: в мирное время имелись только кадры, в коих содержалась всего одна треть лазаретных вещей и белья рассчитывая остальные две трети приобретать или тотчас по объявлении войны, или на самих местах на которых будут располагаться военно-временные госпитали. Ныне для устранения этого важного неудобства определено и в мирное время содержать все необходимые лазаретные вещи и белье на полное число больных положенных в наших военно-временных госпиталях» [27, с.129]. В 1873 г. к этому количеству разворачиваемых госпиталей было добавлено еще 36 госпиталей. Таким образом, на время военных действий предполагалось развернуть 120 военно-временных госпиталей.

Еще одним значительным шагом в становлении лечебно-эвакуационного обеспечения стало введение в армии штатных сил сбора и выноса раненых. В течение всего предыдущего времени выносом раненых занимались самые различные лица (денщики, музыканты, силы военной полиции, солдаты – ополченцы). Вместе с тем штатных сил сбора и выноса раненых в армии не было. Впервые ими стали санитары-носильщики, которых согласно «Своду военных постановлений» от 1869 г. полагалось по 6 носильщиков на роту и, кроме того, 200 носильщиков в дивизионной роте носильщиков [64]. В 1877г. количество носильщиков было увеличено до 8 на роту и достигло 120 носильщиков на полк. Введение штатных средств сбора и выноса раненых практически совпало по времени с введением подобных сил и средств в других армиях (Пруссии 1854г., Австрии – 1862 г.) и способствовало значительному улучшению эффективности медицинского обеспечения.

Согласно действовавшему на то время положению (СВП от 1869 г.) первую помощь раненым должны были оказывать фельдшера рот, эскадронов и батарей. Далее ротные носильщики доставляли раненых в передовые и задние перевязочные пункты, откуда раненые носильщиками и

повозками подвижных дивизионных лазаретов доставлялись на главные перевязочные пункты. Из главных перевязочных пунктов войсковым транспортом и транспортом местного населения раненые эвакуировались в военно-временные госпитали.

Во время русско-турецкой войны на Балканах 1877-78 гг. дивизионные лазареты полагались в каждой дивизии, хотя были развернуты только на 50% от штатной численности своего личного состава и коечной емкости. В ходе войны на Европейском театре военных действий было развернуто 64 военно-временных госпиталя почти на 40 тысяч коек. На Кавказском фронте было развернуто 78 военно-временных госпиталей общей емкостью 16 тысяч коек. Кроме этого в больших городах, прилегающих к театру военных действий (Одессе, Севастополе), были дополнительно развернуты местные лазареты на 4500 коек. К рассматриваемому нами периоду русско-турецкой войны 1877-87 гг. относится одно из первых упоминаний об эвакуационных пунктах (так называлась группа госпиталей, объединенная под единым управлением эвакуационной комиссии – также впервые появившейся в эту кампанию). К периоду этой войны относится еще одно значительное событие в становлении лечебно-эвакуационного обеспечения.

Им стало первое широкое применение во время Балканской войны 1877-78 гг. железнодорожного транспорта для эвакуации раненых и больных. До середины XIX столетия для эвакуации использовались различные виды транспорта, которые чаще всего не удовлетворяли потребностям медицинской службы. Вот как описывал Н.И. Пирогов эвакуацию во время Крымской кампании: «Телеги по ступицу колес в грязи, тащатся усталыми лошадьми или волами, ночью, по степям. Ночлеги бывают в нежилых, холодных притонах. Проходят часы пока снимут всех раненых, промерзших и промокших с телег, и разложат по местам; пройдет еще более времени пока разведут огонь, согреют больных и сварят им ужин. По утру с рассветом начинается опять вынос на телеги, который снова длится часами» [67, с.47]. Безусловно, прорывом в области эвакуации явилось использование для ее

нужд железнодорожного транспорта. В «Сноске по Управлению военных сообщений Главного Штаба», датируемой августом 1902 года, говорилось: «Возникновение в России вопроса о перевозке больных и раненых в военное время при помощи особо приспособленных вагонов относится к концу 60-ых годов».⁹ Во время русско-турецкой войны на Балканах (1877-78 гг.) военно-санитарные поезда уже довольно широко и с успехом использовались в русской армии для эвакуации раненых. Н.И.Пирогов отмечал значительное улучшение состояния раненых при эвакуации их железнодорожным транспортом по сравнению с эвакуацией гужевым транспортом [25].

Для управления эвакуацией учреждались эвакуационные комиссии, при них развертывались военно-временные госпитали и учреждения Красного Креста [83]. Использование сил и средств Общества Красного Креста также стало одной из особенностей медицинского обеспечения Балканской войны. При этом использовались лечебные учреждения (госпитали и лазареты), питательные пункты и приюты для выздоравливающих, военно-санитарные поезда Общества.

Таким образом, к окончанию рассматриваемого периода в русской армии сложилась система лечебно-эвакуационного обеспечения, которая использовалась во всех последующих военных конфликтах и в том числе войнах начала XX века (русско-японской 1904-05 гг. и первой мировой 1914-18 гг.). Её сущность непосредственно на театре боевых действий и в войсковом тылу составляли лечебные учреждения (перевязочные пункты), сформированные за счет полковых и дивизионных сил и средств медицинской службы. Далее по направлению в тыл страны последовательно располагались госпитали и группы госпиталей, развернутые на крупных железнодорожных станциях. В полковом звене это были передовые и задние перевязочные пункты. Именно так эти медицинские подразделения назывались начиная с Балканской в русско-японскую и первую мировую войну. За счет сил и средств медицинской службы дивизии формировался

⁹ РГВИА.ф.545.– оп. 3.–д.43.–с.217

главный перевязочный пункт, который также мы видим на театре военных действий, начиная с Балканской и в последующих войнах начала XX века [64]. Отличием в формировании главного перевязочного пункта в период после русско-японской войны стало то обстоятельство, что теперь головной пункт формировался не за счет дивизионного лазарета, а за счет сил и средств дивизионного перевязочного отряда [83, стб.867]. Госпитальное звено во время Балканской войны было представлено военно-временными госпиталями, которые были развернуты на путях эвакуации. Группы таких госпиталей сосредоточенные в районе железнодорожных станций уже начиная с Балканской кампании, назывались эвакуационными пунктами. В том же порядке госпитальное звено было представлено и в войне 1904-05 гг. и 1914-18 гг. Единственное различие было в том, что в войнах начала XX века такие госпитали назывались не военно-временными, а полевыми, подвижными и были менее громоздкими. [83, стб.850]. Группы этих госпиталей расположенные в районе железнодорожных станций также носили названия эвакуационных пунктов (в первую мировую войну — головных и тыловых эвакуационных пунктов). Аналогичность системы лечебно-эвакуационного обеспечения во время Балканской, русско-японской и первой мировой войны представлена в схеме №1.

Второй период становления проходил под знаком устранения тех недостатков медицинского обеспечения, которые были присущи первому периоду и которые так явно проявились в Отечественную войну 1812 г. Наиболее острыми из них были: отсутствие госпиталей военного времени, отсутствие штатных средств выноса раненых и некоторые другие. Устранением этих недостатков стало учреждение новой системы организации госпиталей военного времени и введение штатных санитаров-носильщиков. Кроме этого одним из существенных недостатков была нехватка военно-медицинских чинов в армии. Всего в русской армии в начале рассматриваемого периода было 800-850 военных врачей. При армии общей численностью 770.000 человек некомплект составлял 30% [83]. Один

из видных приближенных царя Александра I, граф Кочубей, рассматривая причины некомплекта военных медиков, писал следующее: «Выгоды, получаемые от вольной практики, несравненно превосходящее штатное жалование, неопределенность в правах и особенная подсудимость удаляют от поступления в службу» [42, т.8, ч.1, с.100]. Здесь же Кочубей указывал и на способы привлечения медиков на службу в армии, которые заключались в: а) улучшении их состояния; б) определении награждения, которое каждый из них мог бы надеяться получить соразмерно своей службе; в) обеспечении судьбы вдов и детей» [там же].

Для решения проблемы в 1816 г. повышалось жалование офицеров и генералов. Эта мера не касалась военных медиков. Однако уже в 1820 г. последовал приказ «соразмерить с общими повышенными окладами и жалование медицинских, фармацевтических и ветеринарных чиновников. Это была только одна из первых мер, которые предпринимались правительством, чтобы привлечь в армию врачей. В течение первой половины XIX века оклады врачам повышались несколько раз. К середине XIX века положение дел удалось несколько поправить. В 1844 г. жалование армейских медицинских чинов подняли до уровня жалования их гвардейских коллег. По достижению 20 лет пребывания на службе врачу, кроме жалования, начинали выплачивать и пенсию.

Были проведены в жизнь и изменения, касающиеся служебного статуса военного врача. Согласно «Положению о чинах военно-медицинского ведомства» (1833 г.), военным врачам при поступлении на службу присваивались определенные классы.

«Положение» 1833 г. фактически определило правовой статус военного врача в русской армии как гражданского чиновника военного ведомства. В этом правовом статусе военный врач пребывал до конца существования Российской империи в 1917 г.

С 1859 г. установлено именовать всех военных медиков, как докторов, так и лекарей – врачами.

Правительство принимало необходимые меры для увеличения выпуска военных врачей. В тридцатые – сороковые годы XIX столетия для потребностей армии необходимо было ежегодно выпускать 100-120 врачей¹⁰. Для решения этой проблемы было необходимо увеличить количество учебных заведений выпускающих врачей. Для этой цели в это время кроме медицинских факультетов университетов стали использоваться медико-хирургические академии открытые в Санкт-Петербурге, Вильно и Москве. Интересно, что преподаватели медицинского факультета зарабатывали примерно в два раза меньше преподавателей медико-хирургических академий.¹¹ Предпринятые меры принесли результаты. За девять лет (с 1831 по 1840 гг.) медицинский факультет Московского университета выпустила 360 казеннокоштных врачей, медико-хирургические академии за тот же период 513 казеннокоштных врачей.¹²

В системе подготовки военных врачей во второй половине 19-го века также происходили изменения.

Главными центрами по подготовке таких специалистов стали Московская медико-хирургическая академия (просуществовала до 1846 г.) и Санкт-Петербургская медико-хирургическая академия (СПб МХА).

В 1838 году Санкт-Петербургская Медико-Хирургическая Академия перешла из Министерства Внутренних Дел в подчинение Военному Министерству.

В программе подготовки студентов медико-хирургических академий согласно уставу Санкт-Петербургской МХА от 1836 г. специальных военно-медицинских предметов не числилось [92].

В то же время задолго до этого (1809 г.) в Московском университете профессор М.Я. Мудров читал лекции по военной медицине.

¹⁰ РГИА. – Ф.733. – ОП. 147. – Д.3. – Л.32

¹¹ РГАДА. – Ф.359. – Д.22. – Л.1

¹² ЦИАМ. Ф.459. – Д.985. – Т.1. – Л. 13-14

Первые упоминания о начале преподавания некоторых сведений касающихся специальных военно-медицинских предметов в Санкт-Петербургской МХА, относятся к середине XIX века. В 1844 г. профессором кафедры Теоретической Хирургии П.А. Дубовицким была составлена программа изучения этой дисциплины, в которой приводились сведения о повреждениях вызываемых воздействием различного вида оружия, а также всех видах этого оружия [50].

В 1845 году, т.е. годом позже, профессором академии П. Пелехиным была составлена учебная программа по курсу «Медицинской полиции». Глава XIII этой программы называлась «Попечение о сохранении здоровья Российских воинов». Глава состояла из двух пунктов и рассматривала вопросы военного здравоохранения в мирное и военное время [42].

В 1865 г. в СПб. МХА учреждается кафедра гигиены общей, военной и морской. На кафедре преподавали «курс врачебного законоведения вообще и военного в особенности» [30, с.554].

С этого же года при академии начинается усовершенствование военных врачей по военно-полевой хирургии. Ежегодно к академии прикомандировывалось 25 врачей. Для этой цели в марте 1872 г. было принято решение о назначении для преподавания полевой военной хирургии двух человек: одного профессора и одного адъюнкта с установлением им годового жалования в 1000 и 500 рублей соответственно.¹³

В 1876 г. курс военно-полевой хирургии начали преподавать на кафедре госпитальной хирургии медицинского факультета Московского университета [70].

Текущий период был плодотворным для совершенствования лечебно-эвакуационного обеспечения в русской армии. Как уже было отмечено выше (стр. 75-76) в ходе Балканской войны 1877-78 гг. в русской армии сложилась система лечебно-эвакуационного обеспечения, которая в общих чертах была использована во всех последующих войнах. Свидетельством этому может

¹³ РГВИА.ф. 546.– оп.3.– д.148.–с.22

служить наличие передовых и главных перевязочных пунктов, функционировавших как во время Балканской, так и во время русско-японской и первой мировой войн. Система полевых лечебных учреждений представляла собой военно-временные госпитали во время войны 1877-78 гг., которые соответствовали полевым подвижным госпиталям русско-японской и первой мировой войн. Кроме этого во всех перечисленных войнах действовали эвакуационные комиссии, а эвакуация основной части раненых совершалась железнодорожным транспортом.

Таким образом, в течение второго периода становления ОТМС (1812-1878 гг.) завершилось становление такой важной практической категории ОТМС как лечебно-эвакуационное обеспечение. Свидетельством этого явились:

- 1) учреждение системы накопления материальных запасов для развертывания госпиталей в военное время [11, 83];
- 2) первые попытки профилирования госпиталей по срокам лечения и выделения отдельных категорий раненых [64, 83];
- 3) введение сортировки раненых [53, 83];
- 4) учреждение штатных сил сбора и выноса раненых [64, 83];
- 5) использование для эвакуации раненых железнодорожного транспорта [25, 83];
- 6) участие, начиная с войны 1877-78 гг., сил и средств Общества Красного Креста [83];
- 7) формирование к окончанию текущего периода системы лечебно-эвакуационного обеспечения, которая стала основой этого обеспечения во всех последующих войнах [83, 64].

2.2. Управление медицинской службой.

Рассматриваемый нами период характеризовался наличием массовых армий. Руководить такими армиями можно было только, опираясь на развитую систему органов управления. В силу этого возрастала роль армейских штабов, а также значение управления всеми сторонами боевой деятельности в бою [51]. Все это в равной мере касалось и управления медицинской службой. В начале рассматриваемого периода управление осуществлялось согласно «Учреждению для управления большой действующей армией». Медицинская часть этого документа была составлена под руководством Я.Вилие. Согласно этому «Учреждению» во главе управления военно-медицинской службой армии стоял Главный полевой военно-медицинский инспектор. Ему подчинялись генерал штаб-доктора армий со своими управлениями, в состав которых входили также главный медик, главный хирург и главный аптекарь. В соответствии с параграфом 211 «учреждения» Главный доктор «... стоя под ведомством дежурного генерала, есть начальник всех медицинских чинов и аптекарей при госпитале находящихся» [42, т.8, ч.1, стр.65]. Кроме дежурного генерала главный доктор подчинялся еще и Главному полевому Военно-медицинскому инспектору. Как и в предыдущие войны, влияние главного медицинского начальника распространялось только на личный состав военно-медицинской службы. Никакого участия в управлении этапами медицинской эвакуации главный врач не принимал.

После Отечественной войны 1812 г. были сделаны попытки провести определенные изменения в области управления медицинской службой. Ранее (2.2) было отмечено, что во время прошедшей войны должности корпусных штаб-докторов исполняли дивизионные доктора «на общественных началах». В целях повышения эффективности управления медицинской службой в 1817

г. согласно «Положению о должностях корпусных и дивизионных врачей» должность корпусного врача стала штатной. Согласно этому документу вышеназванные должностные лица руководили медицинской службой корпусов и дивизий. Полковой медицинской службой руководил штаб-лекарь. В 1829 г. для управления госпиталями в военное время был создан еще один руководящий орган - главный госпитальный комитет. В его состав входили: дежурный генерал армии, директор госпиталей, полевой генерал штаб-доктор, управляющий провиантской частью, инспектор аптекарской части и некоторые другие должностные лица. С 1846 г. управление всей госпитальной частью было возложено на дежурного генерала. Дежурный генерал в случае необходимости мог созвать госпитальный комитет, который к тому времени уже не имел никаких особых прав [83].

Таким образом, управление медицинской службой осуществлялось по следующей схеме. Общее руководство полевой медицинской службой в военное время возлагалось на дежурного генерала (не медика). Ему были подчинены главный полевой военно-медицинский инспектор (главный доктор), инспектор аптечной части, инспектор госпиталей и главный комиссар. Должность главного военно-медицинского инспектора по существу была введена специально для Я. Вилие. После смерти Вилие в 1850 г. эта должность была упразднена. Военные врачи по-прежнему были устранены от управления этапами медицинской эвакуации.

Согласно положению 1868 г. полевой военно-медицинской службой руководили полевой медицинский инспектор и инспектор госпиталей, которые подчинялись начальнику штаба. В штате полевого медицинского инспектора имелся главный полевой хирург. Сферой его деятельности было устройство перевязочного пункта и правильная организация оказания медицинской помощи. Инспектор госпиталей ведал организацией работы и развертыванием госпиталей. Он же был ответственен за эвакуацию раненых с поля боя. В то же время медицинские чины в госпиталях были подведомственны полковому медицинскому инспектору.

Как и раньше практически не было системы единого управления медицинской службой. Так, например, во время войны на Балканах (1877-78 гг.) управление главными перевязочными пунктами осуществлялось различными должностными лицами. Это могли быть командир дивизии или корпуса, главный хирург, военно-медицинский инспектор, а иногда и лично руководитель перевязочного пункта.

В мирное время управление госпиталями сосредоточивалось в военно-медицинских управлениях созданных военных округов. Тем самым это управление выводилось из интендантской части [21]. Многоведомственность в деле управления приводила к отрыву лечения раненых от процесса их эвакуации.

Таким образом, по-прежнему не удалось преодолеть многоведомственность в управлении медицинской службой.

2.3. Противоэпидемическое обеспечение.

К этому времени значительное внимание стали .. уделять противоэпидемическим мероприятиям в войсках. Во время русско-турецкой кампании 1828-30 гг. наряду с уже давно известными мероприятиями (выставление карантинных застав и т.д.) появились и более эффективные. Так, например, чтобы не допустить эпидемию чумы, во время кампании на Кавказском фронте были предприняты следующие меры:

- закрытие границы цепью-карантинов;
- бдительное наблюдение за территорией противника посредством посылки лазутчиков;
- запрет прикасаться к чему бы то ни было голыми руками (всем были выданы рукавицы);
- строгая карантинизация и обсервация пленных;
- сожжение всех трофейных вещей;

- ежедневный двукратный осмотр всего личного состава;
- рассредоточение частей и подразделений и прекращение сношений между ними;
- удаление из лагеря всех маркитантов [83, стб.807].

Несмотря на отдельные случаи, все эти мероприятия не дали развиваться эпидемии чумы в полном объеме.

Гораздо хуже обстояло дело с эпидемией чумы во время этой кампании на европейском театре военных действий в Румынии. Меры профилактики были следующие:

- строгая изоляция заболевших (вследствие которой многие больные остались без всякой помощи, т.к. медики не были к ним допущены);
- окуливание парами хлора и уксуса.

Первая мера проводилась, судя по всему, не достаточно эффективно, а вторая мера была практически бесполезной, если учитывать, что смертность, в итоге составила 22 тысячи из 32 тысяч заболевших.

В 1848 г. во время Венгерского похода разразилась эпидемия холеры. Были применены следующие противозэпидемические мероприятия:

- ежедневный осмотр и отсылка в лазарет всех имеющих понос, тошноту, стеснение в груди, чувство давления в животе;
- транспорт с больными должен был отправляться обязательно в сопровождении врача и фельдшера из расчета 1 врач и 1 фельдшер на 75 больных.

Лечение холеры в то время заключалось в кровопускании (во второй половине 19-го века от них стали постепенно отказываться), обертывании больного мокрыми простынями (которые меняли по мере высыхания), растирании. Внутри применялись промывательные средства. Во время эпидемии холеры в период Венгерского похода из 23 тысяч заболевших умерло 7,7 тысяч [42].

В полевых условиях и в период военных кампаний широкое распространение получили заболевания, сопровождающиеся поносом. В

медицинских отчетах они именовались «простым и кровавым поносом». Лечили эти заболевания следующим образом. Больному полагалось качественное улучшение пищи, винная порция, 2 раза в неделю квас, приготовленный с мятой. Для профилактики этих заболеваний солдат заставляли носить суконные набрюшники (для профилактики переохлаждения), запрещалось употребление сырых овощей.

Были предложены разумные меры для профилактики внутрибольничной инфекции. Предлагали, например, такие меры: «Соблюдение чистого и прохладного воздуха, в коем состоит вся тайна удобства госпиталя, посредством форточек, вентиляторов... чистота покоев и двора... перемена белья и сена или соломы в постелях... порядок и чистота в кухне, присмотр за посудой» [57, с.64].

Во время Крымской кампании большая скученность больных, грязь и холод привели к возникновению эпидемий тифа, дизентерии, холеры.

К этому времени относится первая попытка создания прообраза противоэпидемического учреждения в русской армии. В целях ликвидации высокой инфекционной заболеваемости среди войск, оборонявших Севастополь, по высочайшему указанию был созданный «комитет из опытных врачей». Комитет был учрежден 25 декабря 1854 г. В его состав входили: Штаб-Доктор Действительный Статский Советник Попов, исполняющий должность Генерал Штаб Доктора Сухопутных войск в Крыму Статский Советник Шрейбер, Статский Советник Боссе, Медицинский Инспектор Севастопольского порта Статский Советник Рождественский, Надворный Советник Таубе, Севастопольский карантинный врач Надворный Советник Мысловский, Севастопольский городской врач Коллежский ассесор Закревский, коллежский ассесор Искорский.¹⁴ Среди предложений комитета были следующие:

¹⁴ РГВИА. ф.879. – оп.2. – д. 945. – с. 38 об.

-очистить от трупов животных и людей все доступные места Крымского полуострова; захоронения производить глубоко засыпая сначала известью, а потом землей; оборудовать отхожие места.

- запретить погребения в городах и вообще поблизости жилищ и размещения войск.

- пленных и их вещи подвергать карантину в течение 4 дней.

- создать походные карантинные при госпиталях [61, с.27].

Уже в то время было хорошо известно о дезинфицирующем действии хлорной извести. В частности среди документов посвященных созданию вышеупомянутой комиссии во время Крымской войны, в специальной записке говорилось следующее: «Разрушающее действие извести обнаруживается быстрым исчезанием в ней всяких органических тел».¹⁵

Немного позже в 1856 г. по предложению Н.И. Пирогова была создана «ассенизационная комиссия», которая должна была изыскивать средства для предупреждения в Крыму и распространения во внутренние районы России инфекционных заболеваний. Мероприятия, предложенные этой комиссией, сыграли свою положительную роль и в принципе выполнили свою задачу.

Таким образом, впервые во время Крымской войны и вскоре после нее были осуществлены первые попытки создания противозидемических организаций в русской армии. Однако это были только попытки. «комитеты» и «комиссии» функционировали непродолжительное время. Главной особенностью этих организаций было то обстоятельство, что они не входили в штат русской армии.

Во время русско-турецкой войны 1877-78 гг. в русской армии впервые появились нештатные санитарно-гигиенические группы, в которых работали известные русские врачи-гигиенисты профессора Ф.Ф. Эрисман и В.Н. Марковников.

¹⁵ РГВИА, ф. 879.– оп.2.– д. 945.– с.9 (об).

Противоэпидемические мероприятия, проводимые в войсках в это время, отвечали последним достижениям медицины того времени. Главным недостатком противоэпидемического обеспечения было отсутствие штатных противоэпидемических подразделений.

2. 4. Завершение становления военно-медицинского снабжения.

В начале этого периода снабжение действующей армии медицинским имуществом осуществлялось согласно «Положению для снабжения Большой Действующей Армии» 1812 г.

Все медикаменты и инструментарий перевозились в первой половине 19-го века в специально приспособленных ящиках, выюках, седлах. В аптечных ящиках хранилось имущество на 2000 человек (полковой запас); ящики перевозились на специальных двухосных аптечных фурах. В батальонном выюке хранилось имущество на личный состав батальона (четырёхмесячный запас). Батальонный выюк перевозился на лошади и представлял собою четыре ящика, обтянутые кожей, которые навешивались на седло. Каждый дивизионный и корпусной доктор снабжался на военное время хирургическим седлом. Спереди на правой стороне седла был ящик с хирургическим инструментарием, на левой стороне седла — ящик с медикаментами. Сзади седла помещались перевязочные материалы (бинты и корпия) [42, т.8, ч.3, с.3].

Во время русско-турецкой войны 1828-30 гг. из аптекарских магазинов Киева, Лубен, Хотина и Херсона было отправлено в аптекарские склады Одессы, Измаила, Бухареста и Варны медикаментов на 5 тысяч больных (для госпиталей). Непосредственно в районе боевых действий (Галац, Бабадаг) находились аптеки с запасом на 30 тысяч больных и раненых из расчета на срок 3 месяца.

Во время Венгерского похода 1848 г. снабжение было построено по тому же принципу, что и в кампанию 1828-30 гг. Всего было заготовлено

перевязочных материалов на 30 тысяч раненых. В том числе 1200·000 аршин бинтов и 3000 пудов корпии.

В период Крымской кампании медицинское снабжение было организовано не лучшим образом. В первый период войны подвижной аптеки в Крымской армии не было. Весь запас медикаментов на 6 тыс. раненых был израсходован уже после одного из первых сражений на Альме. Снабжение осуществлялось из херсонской полевой аптеки. Запасы медикаментов, направляемые из этой аптеки в Крым, находились в пути по несколько месяцев. Позже в Крым прибыло подвижное отделение аптеки Южной армии, но и там запасы медикаментов были очень ограничены.

Руководство медицинским снабжением армии осуществлял «инспектор аптекарской части», который подчинялся дежурному генералу. В отношении аптек также соблюдался принцип полного устранения медицинских чинов от принятия решения о развертывания полевых аптек. Во время уже упоминавшейся в этом разделе русско-турецкой войны 1828-30 гг. Инспектор Аптекарской части армии писал Управляющему Министерством внутренних дел: « ... в предписании ко мне от Дежурного Генерала Армии Г.Генерал-майора Карпова по сему предмету значится; что подвижная полевая Аптека должна быть направлена на то место, куда признает нужным Г.Генерал - Фельдмаршал Граф Дибич-Забалканский ...».¹⁶

В течение текущего периода в армии сложилась довольно стройная система снабжения, которая выглядела следующим образом. На каждую армию формировался временный запасной аптечный магазин (склад). При выдвижении армии из аптечного магазина вслед за ней выдвигалось подвижное отделение. В районе расположения и действия войск развертывались передовые (или вспомогательные) аптеки [83, т.3, стб.796].

Недостатком этой системы являлось то, что заготовка медицинского имущества и снабжение им возлагалось на Медицинский департамент (позже

¹⁶ . РГВИА. Ф. 879.— оп.2.— д.1466.—с.4 об.

департамент врачебных казенных заготовлений), который входил в Министерство полиции. На театре боевых действий управление снабжением осуществлялось аптечным инспектором, назначаемым дежурным генералом и, таким образом, не принадлежало главному военно-медицинскому инспектору.

Этот недостаток удалось преодолеть в 1959 г. когда департамент казенных врачебных заготовлений был передан из Министерства внутренних дел медицинскому департаменту Военного министерства. В соответствии с этим согласно «Положению о полевом управлении армии» от 1869 г. управление военно-медицинским снабжением перешло в руки военных врачей (схема №2).

Все эти преобразования принесли свои плоды. Во время русско-турецкой войны 1877-78 гг. армия впервые не испытывала дефицита лекарственных средств. В Яссах была учреждена полевая подвижная аптека с «хирургической мастерской». Для снабжения полевой армии было выделено три ее отделения в Систове, Черноводне и Беле. Снабжение частей осуществлялось по каталогам, выписываемым врачами частей.

В целом к окончанию этого периода сложилась система военно-медицинского обеспечения, которая легла в основу военно-медицинского снабжения русской армии на долгие годы вперед. При этом на каждую армию учреждался временный запасной аптечный магазин (склад); в русско-японскую войну он назывался полевой или крепостной, а в первую мировую войну армейской аптекой. Подвижное отделение запасного аптечного магазина второго периода соответствовало временному аптечному магазину периода война 1904-05 гг. и корпусным и дивизионным аптекам (подвижным запасам медицинского имущества) во время войны 1914-18 гг. [83, т-3, стб:878].

Формирование системы медицинского снабжения удовлетворяющей в целом нужды армии и переход управления военно-медицинским

снабжением в руки военных врачей позволяет сделать вывод о том, что к окончанию второго периода военно-медицинское снабжение завершило свое становление.

2.5. Русско-турецкая война 1877-78 гг. как отражение процесса становления ОТМС во втором периоде (1812-1878 гг.)

Для медицинского обеспечения боевых действий в русско-турецкой войне 1878-78 гг. медицинская служба неплохо подготовилась. Так, например, для устранения одного из главных предшествующих этому периоду недостатков – нехватки военно-медицинского персонала русским правительством были предложены следующие меры:

- 1) ускоренный выпуск из Спб. медико-хирургической академии и 6-ти университетов медицинских факультетов последних курсов 1876/77 гг.;
- 2) командирование в районы военных действий из постоянных заведений и учреждений внутренних округов штатных врачей и замена последних гражданскими врачами;
- 3) командировании в Действующую армию вольнопрактикующих врачей (в том числе и отставных) [7, с.5].

Все эти мероприятия с успехом были претворены в жизнь.

Проведенная мобилизации (в два этапа) практически решили проблему некомплекта военно-медицинского персонала. Так, например, для полного укомплектования армии по штатам военного времени было необходимо мобилизовать примерно 2200 врачей [7]. Всего же в результате проведенных мобилизационных мероприятий было мобилизовано 2597 врачей, что полностью покрывало потребность армии в военных врачах [там же, с.76].

В эту войну практически была решена проблема нехватки госпиталей. К этому времени в России уже функционировала система накопления материальных запасов в мирное время для развертывания госпиталей во время войны. Точно в срок (к январю 1877 г.) были укомплектованы 30

военно-временных госпиталей предназначенных для Дунайской армии и 28 госпиталей для Кавказской армии.

В период второго этапа мобилизации к прежнему количеству дополнительно было укомплектовано еще 50 военно-временных госпиталей. Были выделены в достаточном количестве и финансовые средства. Так, для содержания военно-медицинского персонала государство выделило 363 тысячи 500 рублей. Все это дало хорошие результаты и, как уже было констатировано выше в отчете об этой войне, полностью решило проблему укомплектования армии, как медицинскими чинами, так и лечебными заведениями. В то же время идеализировать состояние дел в этом вопросе нельзя. Так, например, вполне достаточное количество госпиталей «компенсировалось» не совсем эффективным их использованием, что заключалось в отсутствии маневра госпиталями.

Еще одним новшеством, с успехом, претворенным в жизнь во время этой войны, явилось использование в целях эвакуации раненых железнодорожного транспорта. Использование такого транспорта значительно улучшило состояние раненых. Это обстоятельство отметил Н.И.Пирогов в своем отчете Главному управлению общества попечения раненых и больных. В частности, после осмотра военно-санитарного поезда № 9 он писал: «К нашему утешению, при всех затруднительных обстоятельствах может служить, по крайней мере то, что я при осмотре нашел состояние всех транспортируемых несмотря на многие лишения неожиданно хорошим и смертности между ними почти нет» [25, с.54].

Для управления эвакуацией создавалась эвакуационная комиссия. В своей работе эвакуационные комиссии руководствовались циркуляром Генерального штаба от 1877 г. «О правилах распределения и развозки раненых и больных с театра войны во внутрь империи» [104]. Эвакуационные пункты, которые были развернуты в районе железнодорожных станций делились на две части: эвакуационную и госпитальную. Эвакуационная часть состояла из пакгаузов и барakov,

госпитальная из шатров и палаток [7]. Один из крупнейших эвакуационных пунктов на станции Фратешты состоял из палаток, шести бараков на 200 коек, госпиталя Общества Красного Креста на 100 коек и здесь же развернутых двух военно-временных госпиталей. Для более эффективной организации оказания помощи на эвакуационных пунктах учреждалась еще и сортировочная комиссия. Во время этой кампании существовало несколько типов поездов для эвакуации раненых.

Специальные санитарные поезда (всего 18 поездов) состояли из 20 вагонов и были способны перевезти за один рейс около 200 раненых [7] Эти поезда были наиболее приспособлены для перевозки раненых. Перевозка осуществлялась также воинскими поездами, перевозящими на фронт пополнение (обратными рейсами). Такие поезда состояли из 40-50 вагонов и были в состоянии перевезти 600-700 раненых. Поездами такого типа было перевезено большинство раненых – 69 % [там же]. Существовали еще и сборные или временные санитарные поезда из 27 вагонов и перевозившие за рейс 455 человек. В конце войны существовали еще военно-санитарные поезда, предназначенные в основном для эвакуации больных, так как основная часть раненых была уже эвакуирована [там же]. Все эти типы поездов действовали на территории России. Непосредственно на театре военных действий действовало 10 поездов.

Лечебно-эвакуационные мероприятия в эту войну строились на одном из вариантов эвакуационной системы, который получил название рассеивания раненых. Предложенный Н.И.Пироговым, этот вариант предполагал эвакуацию раненых (после вывоза их на территорию России) в максимально большее количество госпиталей и гражданских больниц (а также госпиталей Общества Красного Креста). Свое предложение Н.И.Пирогов объяснял желанием не допустить скученности раненых в госпиталях и, тем самым, уберечь их от инфекционных заболеваний. Однако этот вполне разумный принцип был доведен до абсурда желанием эвакуировать буквально всех раненых, не взирая на показания к эвакуации.

Осуществлялась «эвакуация ради эвакуации», происходящая часто в ущерб здоровью раненого и боеспособности армии [83].

Перевязочные пункты на поле боя в соответствии с руководящими документами того времени делились на передовые главные и задние. Согласно СВП, от 1869 г., кн.16 передние перевязочные пункты предназначались для подачи первой помощи, задние для производства хирургических операций. Передовые перевязочные пункты были нештатными, главные – развертывались силами дивизионных лазаретов. По существу, таким образом, закончилась эволюция «места главной перевязки» берущая свое начало еще с середины XVIII века. Пройдя свое становление через развозной госпиталь (1812 г) и сменивший его подвижный корпусной (1829 г.) согласно СВП от 1869 г. это лечебное учреждение стало называться главным перевязочным пунктом, развертывающимся за счет медицинской службы дивизии (дивизионного лазарета, позже дивизионного перевязочного отряда). В таком виде оно существовало во всех последующих войнах 1904-05 и 1914-18 гг.

Применение гипсовых повязок убежденным сторонником которых являлся Н.И.Пирогов явилось торжеством сберегательного метода при лечении ран. Это обстоятельство, наряду с некоторыми другими, по мнению, Пирогова привело к уменьшению смертности среди раненых в Балканской войне по сравнению с предыдущей Крымской [83, т.3, стб.843].

Еще одной особенностью отечественной военной медицины в рассматриваемый нами период является значительное участие в оказании медицинской помощи на театре военных действий сил и средств Общества Красного Креста. Силами и средствами Общества были развернуты многочисленные госпитали, питательные пункты, санитарные поезда. Вследствие полной самостоятельности и отсутствия подчиненности военным властям деятельность Общества Красного Креста не всегда была достаточно эффективной, хотя и умалять ее было бы несправедливо.

Большое значение имело вышедшее в свет в 1877 г. «Положение о носильщиках». Полковых носильщиков полагалось по 8 человек на роту. Согласно «Положению о носильщиках» последние были снабжены сумкой, содержащей перевязочные материалы и резиновые жгуты. Первая помощь оказывалась на поле боя войсковыми фельдшерами и санитарями. Недостатком полковых носильщиков было то, что по существу это были строевые солдаты. Выделялись они только перед боем и не были обучены работе под огнем противника. В силу последнего обстоятельства нередко они несли большие потери. Тем не менее, введение института полковых носильщиков явилось важным моментом для дальнейшего развития категории этапа медицинской эвакуации.

Во время русско-турецкой войны 1877-78 гг. в русской армии впервые появились нештатные санитарно-гигиенические группы, в которых работали известные русские врачи-гигиенисты профессора Ф.Ф.Эрисман, В.Н.Марковников. В качестве дезинфицирующих веществ, в этих группах, использовалась сера и хлорная известь. При дезинфекции помещений использовался раствор хлорной извести, распыляемый с помощью гидропульта [77].

Группа профессора Ф.Ф. Эрисман называлась «ассенизационной» комиссией. Кроме Эрисмана в состав комиссии входили: врач-гигиенист, 6 фармацевтов, ветеринарный врач и неопределенное количество рабочих. Комиссия работала по инструкции, составленной в 1877 г. профессорами В.Н.Марковниковым (химик), и Ф.Ф.Эрисманом (гигиенистами). Инструкция предусматривала освидетельствование мест после сражений, госпитальных кладбищ, боев скота, складов навоза и других нечистот, расположенных возле войск. Кроме этих мероприятий значительную часть работы составляли мероприятия по борьбе с тифом. Как и во время Крымской войны комиссии были нештатными организациями.

Полевая подвижная аптека с «хирургической мастерской» была учреждена в Яссах, а с переходом русских войск за Дунай учреждаются три

ее отделения в Систове, Черноводне и Беле. Снабжение частей осуществлялось по каталогам. Каталог для отдельного батальона имел 107 наименований, не считая хирургического инструментария. Каждая рота снабжалась ротным перевязочным ранцем (в коннице перевязочной кобурой), а каждый батальон фельдшерской сумкой. В этих ранцах и сумках были перевязочные материалы, нож, лубки, небольшое количество медикаментов. Организация медицинского снабжения в целом была вполне эффективно, и медицинская служба не испытывала недостатка в медикаментах.

Подводя итоги этой войны, главный санитарный инспектор русской армии Н.Козлов в предисловии медицинского отчета об этой войне писал следующее: «В первый раз наши армии были в достаточном числе снабжены врачами и вообще личным военно-врачебным составом, без участия в нем иностранцев и недоученных студентов медицинских курсов; помощь больным и раненым повсеместно отличалась знанием дела, современностью научных взглядов и искусством, умелый и заботливый женский уход за ними везде облегчал их страдания и все войска и врачебные заведения нами были в довольстве снабжены необходимыми для правильного лечения раненых и больных воинов пособиями» [7, предисловие]. Этой фразой по существу констатировались все те достижения медицинского обеспечения русской армии во время военных действий, которые произошли в течение периода 1812-1878 гг.

Таким образом, в организации медицинского обеспечения Балканской кампании нашли свое отражение все наиболее значительные достижения отечественной военной медицины. Эта война знаменовала собою начало нового периода становления ОТМС, а именно - ее заключительного периода.

2.6. Появление первых теоретических работ по организации медицинского обеспечения армии во время военных действий.

В это время происходило еще одно важное событие, которое имело большое значение в деле становления организации медицинского обеспечения войск во время войны. Оно было связано с появлением первых публикаций затрагивающими отдельные вопросы этого обеспечения. По существу это было наиболее важной особенностью становления организации медицинского обеспечения вооруженных сил во время боевых действий во втором периоде. Появление таких трудов было связано с осознанием недостатков медицинского обеспечения на протяжении всего XVII и XVIII вв. и так ярко выразившихся во время Отечественной войны 1812 г.

Осмысление этих недостатков, обобщение отдельных фактов медицинского обеспечения накопленных в течение всего предыдущего времени и стали причиной появления первые теоретических работ по проблемам медицинского обеспечения армии во время военных действий.

Первой такой работой был труд инспектора медико-хирургической академии И. Энегольма «Карманная книга военной гигиены или замечания о сохранении здоровья русских солдат», вышедший в 1813 г.

Практически одновременно появилась работа профессора медицины Московского университета М.Мудрова «О пользе и предмете военной гигиены или науки сохранить здоровье военнослужащих» (издания 1813 г., и 1826 г.).

Хотя в книгах И.Энегольма и М.Мудрова большая часть была посвящена вопросам гигиены, тем не менее, это были первые труды, где организационно-тактическим вопросам уделялось значительное внимание.

Авторам было, что сказать по этому вопросу, поскольку оба имели личный опыт работы в военно-медицинской службе России. И.Энегольм участвовал в русско-шведской войне 1809 г., М.Я. Мудров в 1807 г.

заведовал Главным военным госпиталем в Вильно, а до этого работал в Военно-морском госпитале в Санкт-Петербурге.

То обстоятельство, что вопросы ОТМС рассматривались в работах, посвященных вопросам гигиены, было не случайным. На него указывал видный теоретик ОТМС А.С.Георгиевский в статье «Исторические корни и теоретические предпосылки взаимосвязи военной гигиены и ОТМС» (1971 г.).

А.С.Георгиевский писал: «ОТМС как наука зародилась в недрах двух наиболее рано оформившихся отраслей военной медицины – военной гигиены и военно-полевой хирургии. При этом труды и руководства по военной гигиене (до начала текущего столетия) включали организационные вопросы медицинского обеспечения войск, в том числе даже такие, как организация работ военно-медицинской службы по оказанию помощи раненым на поле сражения и их эвакуации в тыл» [12, с.13].

Работа М.Мудрова «О пользе и предмете военной гигиены или науки сохранить здоровье солдат» по сути своей представляла его речь, произнесенную на торжественном заседании Московского университета в 1809 г. Работа состояла из нескольких частей и была повторно переиздана в 1813 и 1826 г.

В нее были включены: исторический очерк, общая военная гигиена, частная гигиена и гигиена боевых действий. Для теории ОТМС, как науки изучающей организацию медицинского обеспечения войск в военное время, наиболее важной являлась гигиена боевых действий.

Последняя, в свою очередь, состояла из разделов посвященных гигиене отступления и гигиене сражения.

В разделе гигиена сражения указывалось на необходимость быстрее оказания медицинской помощи: «... надобно заметить, что от скорейшей перевязки зависит легкость, скорость и безопасность лечения оных» [57, с.59]. Нельзя не заметить, что это положение совершенно

соответствует принципу своевременности, положенному в основу современной системы лечебно-эвакуационных мероприятий.

Важной частью теории ОТМС всегда был вопрос места выбора развертывания перевязочного пункта. М.Мудров определял его следующим образом: «В лощинах, закрытых от ядер и пуль, назначаются места для перевязок, где все готово для совершения ампутаций, для вырезания пуль» [там же, с.60]. Это положение так же соответствует современным принципам выбора места развертывания этапов медицинской эвакуации.

Упоминал автор и о санитарном транспорте - одной из важной составляющей понятия этапа медицинской эвакуации. В частности Мудров писал: «Подвижные госпитали должны быть снабжены носилками, фурами, коих кузова должны висеть на ремнях или на цепях дабы легче было перевозить раненых в главные госпитали» [там же] .

Пожалуй, впервые и именно в этой работе обсуждался такой важный вопрос, не лишенный актуальности и в наши дни, как само- и взаимопомощь. В частности автор писал: «Что они (солдаты) имеют удивительную понятность накладывать простые турникеты и смотреть пульс, то я изведаль с ними на самом опыте в госпиталях мне вверенных. Хорошо ежелиб каждый солдат умел сие делать» [там же].

Большая часть работы М.Мудрова была посвящена вопросам гигиены, однако при анализе работы становится ясно, что вместе с тем в ней рассматривались весьма важные вопросы организации медицинского обеспечения армии во время военных действий, что собственно и представляет собою сущность ОТМС. М.Мудров без всякого сомнения явился одним из основоположников в области теоретических разработок ОТМС.

Через 2 года после речи произнесенной М.Мудровым вышел в свет следующий труд, посвященный вопросам организации медицинского обеспечения армии во время военных действий. Это была работа инспектора Санкт-Петербургской медико-хирургической академии И.Энегольма

«Карманная книга военной гигиены или замечания о сохранении здоровья русских солдат» (1813 г.). Его работа состояла из трех частей или, как писал автор, – «трех эпох». Третья эпоха (а это третья часть всей книги) была полностью посвящена вопросам ОТМС.

Значительную часть третьей эпохи составляли вопросы организации этапов медицинской эвакуации – перевязочных пунктов и госпиталей..

Перевязочный пункт в работе И.Энегольма именуется «местом главной перевязки» [106, с.180]. О выборе места развертывания автор писал: «Для главной перевязки должно приискывать место близ поля сражения, безопасное от пушечных ядер» [там же]. Впервые упоминалось о том, что перевязочных пунктов может быть несколько, указывалось на необходимость обозначения места перевязочного пункта флагом или другим каким-нибудь знакам [там же, с.181]. Писал автор и о штатах перевязочного пункта. Штатный личный состав такого пункта предусмотрен не был. Перевязочные пункты («места главной перевязки») формировались по мере надобности и укомплектовывались за счет медиков полкового звена.

Автор отмечал разнообразие в сфере госпитального звена. В частности И.Энегольм писал: «Подвижные госпитали существуют в военное только время разделенные в Российской армии на три линии или отделения» [там же, с.202].

Таким образом, И.Энегольм первый отечественный автор, который детально описывал этап медицинской эвакуации и внес значительный вклад в становление теории ОТМС.

Следующая значительная часть этого раздела «эпохи» уделена вопросам тактики и маневра этими этапами медицинской эвакуации. Нужно отметить, что эти проблемы являются одними из наиболее значимых в теории и практики ОТМС и в настоящее время.

Так, автор указывал на порядок развертывания госпиталей 1-ой, 2-ой и 3-ей линии (отделения). «Первая линия ... должна быть размещена на первый случай в городе или деревне в пяти верстах от армии, ... расстояние от 200 до

300 верст между второй и третьей линией и следовательно 300-400 верст от армии и 100 между второй и первой основано на двоякой выгоде» [там же, с. 203-209].

Интересным является замечание о маневре госпиталя в процессе боевых действий: «Когда армия проходит 100 верст вперед, то госпиталь сия (речь идет о госпитале 2-ой линии) должна занять то место, которое занимала госпиталь 1-ой линии или другое какое-нибудь в таком же расстоянии от армии» [там же, с.207-208]. В данном случае речь идет о маневре «замещением», которое используется медицинской службой и в наши дни.

Немаловажное значение имеет порядок размещения госпиталей с точки зрения удобства эвакуации в них раненых из войск. По этому поводу И.Энегольм отмечал: «Ежели армия весьма распространена, или ежели корпуса один от другого отделены, то должно учредить по крайней мере две или три госпитали второго и столько же третьего отделения (линии), поместя их так, что бы каждая могла принимать больных из нескольких дивизий и для обеспечения перевязки в середине флангов и в центре армии» [там же, с.211].

Вопросы тактики и маневрирования этапами медицинской эвакуации, безусловно, являются приоритетом И.Энегольма. Никто до него и еще долго после опубликования его работы эти вопросы не рассматривал. И.Энегольм надолго опередил свое время и явился основоположником этого важнейшего раздела теории ОТМС.

Не меньшее значение уделяет автор вопросу эвакуации раненых и больных. Этот вопрос автор не рассматривал огульно. И.Энегольм разделял вынос раненых с поля боя до перевязочного пункта, эвакуацию их с перевязочного пункта в госпиталь и из одного госпиталя в другой.

Касаясь вопроса выноса раненых, автор конкретно указывал, кто будет этим заниматься: «Для переноски раненых из строя на место перевязки должно иметь при каждом полку 20 или более нестроевых солдат с 4 носилками и с двумя легкими линейками» И. Энегольм «Карманная книга военной гигиены или замечания о сохранении здоровья русских солдат» [там же, с.187].

Здесь же И. Энегольм описывал и конструкцию таких носилок: «Я их приказал делать из крепкого холста, хорошо прикрепленного к двум деревянным довольно длинным с рукоятками цилиндров, кои можно складывать, когда они не в употреблении» [там же, с.188]. Не трудно угадать в этой конструкции прообраз современных носилок.

Далее автор давал описание практически всех видов санитарного транспорта, используемого в то время в русской армии. Об этом он писал: «В каждом полку кроме носилок и линеек в строю должны быть две лазаретные повозки на месте перевязки, что все и составляет лазаретный обоз в военное время при каждом полку. Первые употребляются для перевозки раненых из строя на место перевязки, а последние оттуда в Депо» [там же, с.195].

И.Энегольм подчеркивал, что это не просто транспортировка раненых, которая практиковалась и раньше. Речь шла об организованной и целенаправленной эвакуации раненых именно в тот госпиталь, который и планировался командованием. И.Энегольм так писал об этом: «Нужно так же чтобы госпиталь или Депо, которая хочет отправить транспорт больных прежде уведомила о том ту госпиталь, в которую она следует» и далее «Ежели какая госпиталь перемещает место, то должно предупредить о том все прочие госпитали и саму армию через армейские приказы» [там же, с.217].

Несколько положений этой работы касались распределения личного состава медицинской службы на поле боя. В частности автор упоминал о том, что часть медиков должна быть на перевязочном пункте. Другая часть должна быть непосредственно на поле боя: «Один лекарь с фельдшером и 4 цирюльниками должны находиться при каждом полку на поле сражения» [там же, с.182].

Как и М.Мудров, И.Энегольм говорил о необходимости само- и взаимопомощи: «Советую всякому солдату дать бинты и корпию, что бы он в случае нужды и сам себя перевязал» [там же, с.179].

В своей работе И.Энегольм детально рассмотрел все самые значительные вопросы ОТМС. Несомненно, в 1-ой половине 19-го века он внес наиболее значительный вклад в теорию ОТМС.

В 1836 г. вышла в свет еще одна работа, посвященная вопросам ОТМС - многотомный труд А.Чаруковского «Военно-походная медицина. Работа состояла из пяти частей. Наиболее значимой для развития теории ОТМС являлась первая и вторая части книги. Они назывались соответственно «Презрение больных» и «Устройство военно-временных госпиталей».

В первой части книги «Презрение больных» наиболее интересной, с точки зрения теории ОТМС, была глава 8-я «Сражение и призрение раненых».

Значительная часть этой главы была уделена вопросам устройства перевязочных пунктов. Как и И.Энегольм, А.Чаруковский уделял особое внимание выбору места развертывания перевязочного пункта. Он писал, что эти пункты развертываются: «... на перевязочных линиях вне самых дальних пушечных выстрелов» [100, с.207].

Кроме того, автор указывал, что необходимо было учитывать и еще некоторые обстоятельства: « ... при назначении перевязочных пунктов нужно смотреть, что бы они находились недалеко от воды и леса» [там же, стр.207]. Следует отметить, что требование это вполне актуально и в наши дни.

Здесь же А.Чаруковский касался и тактических моментов устройства перевязочных пунктов. Он указывал: «При сражении в огромных массах, на перевязочной линии, кроме центрального, учреждаются еще два пункта на каждом фланге Армии» [там же].

Для обозначения перевязочных пунктов на местности А.Чаруковский советовал: «...днем вывешивать белый или черный флаг, а ночью зажигать костер дров или бить в барабаны» [там же].

Весьма важным в вопросе организации перевязочного пункта является его штатное укомплектование. А.Чаруковский указывал: «На сих

перевязочных пунктах по распределению Генерал Штаб-Доктора собираются: на фланговых полковые и батальонные врачи сражающиеся на флангах Армии полков, а в центральном центральных полков» [там же].

Вторая часть труда А.Чаруковского называлась «Устройство военно-временного госпиталя». В ней автор рассматривал организацию работы госпиталей и их штатно-должностную структуру.

Вначале он раскрывал общую картину системы госпитального звена, перечисляя все виды госпиталей, а именно: неперенные, главные военно-временные, подвижные, развозные. Далее А.Чаруковский описывал принцип использования госпиталей в современной ему структуре вооруженных сил. В частности он писал о необходимости иметь госпиталь при любом значительном воинском формировании: «Всякий значительный отряд Армии должен иметь свой подвижный госпиталь» [там же, с.5].

Интересно его упоминание о выделении части сил и средств медицинской службы в состав воинских частей и соединений, действующих в отрыве от основных сил. Он писал об этом следующее: «При отделении значительного отряда от Армии, дивизии или корпуса на долгое время, так же нужно и для сего войска устроить госпиталь» [там же].

Принцип этот используется и в современной тактике медицинской службы.

А.Чаруковский раскрывал принцип подчиненности всех госпиталей: « В порядке подчиненности развозные лазареты зависят от подвижных, а сии от военно-временных» [там же].

По поводу коечной емкости госпиталей автор писал: « Подвижный госпиталь вместительностью должен соответствовать многолюдности Армии или корпуса, имея в себе место для всякого 10-го человека» [там же, с.11].

А.Чаруковский подробно описал структуру военного госпиталя. Оно заслуживает быть приведенным здесь полностью. А.Чаруковский писал: «Главные военные госпитали должны иметь те же угодья, как и неперенные, а именно: 1-е больничные палаты на 10-40 раненых, 2-е покои для приема больных, для дежурств и для конторы, 3-е нужные места, 4-е

покои для Аптеки, ее лаборатории, для складки аптечных материалов, для аптекаря и его помощников, 5-е кухни, баню, 6-е покои для хранения и вскрытия трупов, 7-е госпитальный цейхгауз и аммуничник, 8-е сарай для окуривания, 9-е госпитальные магазины, 10-е сараи и конюшни, 11-е прачечную и сушильную, 12-е пивоварню и квасоварню, 13-е покои для помещения госпитальных чиновников и служителей, 14- мастерская, 15-е навес для пожарных инструментов» там [же, с.18].

Так же подробно А.Чаруковский описал и функциональные обязанности должностных лиц госпиталя. Об обязанностях главного доктора госпиталя автор писал: «Главный доктор госпиталя ... есть главный начальник госпитальных врачей» [там же, с.71]. Об обязанностях старшего лекаря: « ... он есть первый помощник главного доктора» [там же, с.74]. А.Чаруковский изложил обязанности всех должностных лиц госпиталя включая не только старший, но и младший медицинский персонал.

В работах М.Мудрова, И.Энегольма, А.Чаруковского, впервые были подобно рассмотрены практически все основные вопросы организации медицинского обеспечения армии во время военных действий. Особенно тщательно были представлены вопросы, относящиеся к таким практическим категориям медицинского обеспечения во время военных действий как противозидемическое и лечебно-эвакуационное обеспечение. Вопросам первой категории посвящена основная часть работы, поскольку в ней рассматривались проблемы военной гигиены. Вместе с тем, довольно подробно были рассмотрены и вопросы, относящиеся ко второй практической категории медицинского обеспечения армии во время военных действий - лечебно-эвакуационному обеспечению, а именно:

- маневр силами и средствами медицинской службы;
- организация работы этапов медицинской эвакуации (перевязочных пунктов и госпиталей)
- организация выноса раненых с поля боя и их дальнейшей эвакуации;

- распределение личного состава медицинской службы во время боевых действий.

Таким образом, впервые в России в первой половине XVIII столетия появляются теоретические работы по организации медицинского обеспечения армии во время военных действий. При этом хочется еще раз отметить, что организация медицинского обеспечения во время военных действий и составила в последствии сущность ОТМС. Конечно, понятия ОТМС в то время еще не существовало. Однако именно работы И.Энегольма, М.Мудрова и А.Чаруковского, дальнейшее накопление и обобщение практического опыта медицинской службы позволило появиться уже в следующем периоде понятию «санитарная тактика», которое со временем трансформировалось в «ОТМС».

Все это позволяет утверждать, что во втором периоде было положено начало формированию теории ОТМС.

2.7. Становление медицинского обеспечения армии во время военных действий в Европейских странах в период 1812-1878 гг.

В этот период с наибольшей интенсивностью проходило становление *лечебно-эвакуационного обеспечения*. Практически во всех европейских армиях в этот период отмечается значительное усиление роли военного врача в армии. К этому времени военные врачи Франции уже имели офицерские звания. В 1848 г. это право получили и военные медики Австрии [2]. В Пруссии это право военные медики получили в 1851 г. [там же с.71]. К середине XIX столетия офицерское звание имели и военные врачи английской армии. Во второй половине этого периода военные медики объединяются в специальные корпуса санитарных офицеров (во Франции в 1858 г., в Пруссии – 1866 г., Австрии – 1869 г.) [там же, с.81]. Присвоение военным врачам офицерских званий сопровождалась и усилением их роли в подразделениях и частях медицинской службы. Следует отметить, что в этом

вопросе Россия значительно уступала армиям других стран. В царской армии до самого ее развала в 1917 г. военным врачам офицерские звания так и не были предоставлены.

В этот период, как в русской армии, так и в армиях европейских стран отмечалось дальнейшее развитие эвакуационной системы. Она опиралась на лечебные учреждения с различным объемом медицинской помощи, которые выстраивались от фронта в тыл страны. В Пруссии и Австрии это схема была следующей: передовой и главный перевязочные пункты, сборные пункты для легкобольных, резервные и этапные лазареты, постоянный лазарет [83, т.3, стб.825]. Во Франции это были пункты первой помощи, главные перевязочные пункты, дивизионные амбулансы, полевые госпитали [там же]. В Английской армии: корпусные и дивизионные лазареты, кавалерийский амбуланс, санитарный отряд [105, т-136]. В период Крымской войны в английской армии появились первые госпитали на театре военных действий.

В России господствовал тот же принцип лечебно-эвакуационных мероприятий, и эвакуация строилась по сходной схеме (перевязочные пункты, военно-временные госпитали, постоянные госпитали).

Важным событием в это время стало появление штатных подразделений сбора и выноса раненых, а так же появление штатных носильщиков в частях. Интересно, что в армии Франции, которая ранее лидировала в этой области, во время войны с Австрией (1859 г.) штатных носильщиков не было. В Пруссии в 1854 г. на каждый армейский корпус учреждается рота носильщиков, состоящая из 3 взводов [109]. В английской армии во время Крымской войны 1855 г. для транспортировки раненых имелось 10 рот по 120 носильщиков в каждой [96]. В австрийской армии с 1862 г. учреждаются команды носильщиков в частях. В команду входят по 1 унтер-офицеру от батальона и по 2 рядовых от рот. Команды эти обучались врачами части по особой инструкции [110]. В России это событие произошло в 1869 г.

Еще одной особенностью этого периода стало использование в качестве средства эвакуации железнодорожного транспорта. Начиная со второй половины XIX в. железнодорожным транспортом эвакуировали основную массу раненых. Впервые это произошло во время австро-прусской войны 1866 г, затем франко-прусской войны 1870 г. В России уже в 1868 г. была выработана система приспособления товарных вагонов для перевозки раненых. Широкое использование железнодорожного транспорта впервые проводилось во время русско-турецкой войны на Балканах в 1877-78 гг. Для регулирования потоками раненых во время железнодорожной эвакуацией во всех странах были образованы специальные эвакуационные органы управления (в России эвакуационные комиссии.).

В армиях всех стран господствовала эвакуационная система, направленная на быстрейший вывоз раненых с театра военных действий. На протяжении этого периода в этой категории (лечебно-эвакуационное обеспечение) отмечались наиболее значимые подвижки. Главным достижением в этом направлении стало появление во всех странах штатных средств сбора и вывоза раненых и использование для эвакуации раненых железнодорожного транспорта.

Управление медицинской службой в этот период на театре военных действий строилось также на сходных началах. Во всех армиях имелся главный медицинский начальник, возглавляющий медицинскую службу. В Пруссии это был «начальник военно-полевой санитарной части», в Австрии – главный врач армии (в русской армии эту функцию исполнял полевой военно-медицинский инспектор).

Практически в каждой медицинской службе был отдельный начальник, управляющий госпиталями (в австрийской армии - врач для управления военно-полевыми санитарными учреждениями соответствующий директору госпиталей в русской армии). В результате применения железнодорожного транспорта для эвакуации раненых, появилось должностное лицо, ведающее организацией этой эвакуации. В прусской армии это был этапный

генеральный врач, в России с 1877 г. председатель эвакуационной комиссии. Медицинской службой корпуса и дивизии управляли корпусные и дивизионные врачи (во Франции только в военное время), полковой - полковые врачи [96].

В России эта схема управления практически повторялась. Исключением служило лишь то, что в европейских армиях врачи имели больше власти в управлении этапами медицинской эвакуации, чем в России. Несмотря на это обстоятельство, военные врачи практически во всех армиях, по-прежнему, были устранены от управления лечебно-эвакуационным процессом.

Передовые военные врачи, как в Европе, так и в России, осознавали всю пагубность такого положения. Корреспондент австрийской газеты военных врачей «Der Feldarzt», 1878 г. № 16 писал: « ...следовало бы увеличить и военно-санитарный персонал, и главное, передать всю полевую военно-санитарную часть в полное заведывание военно-медицинскому корпусу» [105, т.136].

Тем не менее, в отличие от России в европейских армиях процесс передачи власти в руки военных врачей был более заметен. Только в русской армии директор госпиталей и заведующий эвакуационной комиссией не был врачом по специальности. Наибольший успех в передаче власти в руки военных врачей был достигнут в прусской армии. Характеризуя медицинскую службу прусской армии (которая в этот период считалась лучшей в Европе), современник писал: « ...прусское положение (от 1878 г.) служит наилучшим доказательством с очень компетентной стороны, что самостоятельное заведование военно-санитарной частью в самых широких размерах военными врачами не только не противоречит чисто военным интересам, но оказывается крайне необходимым для физического состояния армии» [105, т.135].

Однако такое положение было характерным далеко не для всех армий. В русской армии процесс передачи власти в руки военных врачей запаздывал, по сравнению с европейскими армиями. Оценивая степень участия русских

военных врачей в деле управления военно-медицинской службой, Байрашевский в 1910 г. писал: «Передача военным врачам заведование так же и административно-хозяйственной частью военно-лечебных заведений совершается ныне у нас с опозданием на 30 с лишком лет против иностранных армий ...» [2, с.332].

Противоэпидемические мероприятия этого периода во всех сравниваемых армиях были в принципе однотипными. Вот какие мероприятия были рекомендованы в прусской армии с целью обеззараживания полей сражений при захоронении трупов: «покрытие трупов древесным углем, известью, хлориновой известью; поливание раствором карболовой кислоты, каменноугольным дегтем.» [96].

Для сравнения можно привести рекомендации специально созданного в русской армии комитета врачей для предупреждения эпидемии тифа и холеры во время Крымской войны (1855г.) «захоронения производить глубоко засыпая сначала известью, а потом землей; оборудовать отхожие места» [61, с.27].

Для предупреждения холеры в немецкой армии проводились следующие мероприятия: «надзор за вновь прибывающими из подозрительных в холерном отношении чинами, с предварительной изоляцией их; надзор за лицами гражданского населения общающегося с войсками» [96]. Эти мероприятия практически повторяли противоэпидемические мероприятия русской армии, которые во время русско-турецкой войны 1828-30 гг. заключались в: рассредоточение частей и подразделений и прекращение сношений между ними, удаление из лагеря всех маркитантов, строгая изоляция заболевших; [83, т.3, стб.807].

В этот период стали делать обязательные прививки оспы всем новобранцам (в Пруссии с 1834 г., России – 1845 г., Франции – 1857 г.).

Эти мероприятия приносили ощутимый эффект. Хотя количество санитарных потерь от болезней все еще превышало боевые потери во второй

половине XIX в. соотношение это неуклонно менялось в сторону уменьшения потерь от болезней. Наглядно это представлено на следующей таблице:

Таблица №2.

Войны	Соотношение потерь (раненые : больные)
Русско-турецкая 1828 г. (в русской армии)	1:4
Крымская 1855 г. (французы, англичане)	1:3, 1:9
Германо-французская 1870 г.(у немцев)	1:0,4
Русско-турецкая 1877-78 гг. (в русской армии)	1:2,2

Фрелих Г. Военная медицина, краткое изложение всего военно-санитарного дела. - Спб.: Издание Главного Военно-Медицинского Управления, 1888.- С.476-477.

Штатных противоэпидемических подразделений ни одна из армий в это время не имела:

Военно-медицинское снабжение в этот период большинства армий осуществлялось централизованно из магазинов (аптечных складов). В полках и госпиталях (лазаретах) существовали аптеки. Эффективность снабжения в этот период вследствие неразвитой материальной базы и отсутствия системы заготовки медикаментов нельзя признать удовлетворительной.

В русской армии, например, во время Крымской кампании весь запас медикаментов был израсходован уже вначале войны после одного из первых сражений на Альме [83]. Однако не лучше были дела и в других европейских армиях. Во время франко-итальянской кампании (1859 г.) французы « ...

употребляли для компрессов подкладку из платьев и материал из шапок». Не хватало перевязочных средств: «так как решительно не было никаких перевязочных средств, то для перевязки употребляли ремни ружей, для шин – штыки» [105, ч.135]. Не лучшим было снабжение у французов и в следующую войну 1870 г (франко-прусскую). В эту военную кампанию французская армия вступила без заранее заготовленных запасов медикаментов [там же].

Недостаток в медикаментах и перевязочных материалах происходил, главным образом, из-за неэффективной системы накопления материальных средств. Вследствие этого запасов медикаментов было явно недостаточно, и они, как правило, заканчивались в первый период войны. Этот недостаток был характерен для всех армий.

Теория ОТМС. В этот период в западноевропейских странах появляются печатные работы, в которых в той или иной мере затрагивались теоретические вопросы медицинского обеспечения армии во время военных действий. Особенностью этих работ было то обстоятельство, что в отличие от России авторами таких работ были не только военные врачи, но и офицеры генерального штаба Австрии или Пруссии. Об этой особенности отмечалось в «Военно-медицинском журнале» за 1900 год, №10. В журнале приводилась статья австрийского военного врача Kirchenberger «О возникновении военно-санитарной игры вообще и о введении ее в иностранных армиях» (Der Militararzt, 1899 г.). В частности отмечалось, что одной из таких работ была работа офицера генерального штаба прусской армии J. Verdy «Studien über Truppenführung» 1874 г.

Как и в России, такие работы в этот период в европейских странах только отчасти были посвящены вопросам медицинского обеспечения. В работе Verdy эти вопросы были подробно рассмотрены в IV главе I ее части. В частности автор описывал здесь организацию медицинской (санитарной) службы армии, структуру этапов медицинской эвакуации (перевязочных пунктов и главных перевязочных пунктов), организацию работы

перевязочных пунктов, обязанности должностных лиц медицинской службы в различные стадии боевых действий. Говоря о работе дивизионного врача во время боя, Verdy подчеркивал, что в его обязанности входит тактика подчиненных ему сил и средств медицинской службы таким образом, чтобы «санитарные мероприятия на поле соответствовали стратегическим». Хотя в работе Verdy вопросы военной медицины занимали меньшую часть его труда, тем не менее, практически все основные вопросы медицинского обеспечения армии во время военных действий были рассмотрены.

Другой работой, в которой рассматривались вопросы медицинского обеспечения была статья прусского военного врача Кёхера «О военно-санитарном устройстве, ранах, операциях и последовательном лечении Майнской армии в 1866 г.» [33, ч.103]. Автор писал о важности эффективной работы военно-медицинской организации во время военных действий. Для этого необходима соответствующая подготовка военных врачей. Кехёр приводил слова современного ему военного врача Штромайера, который писал следующее: «Опытных военных врачей и знающую свое дело санитарную прислугу при начале войны нельзя бывает приобрести ни за какие деньги. Если желают иметь их, то для этого должны и во время мира заботиться об устройстве военно-медицинской части» [там же, кн. 9-10, с. 9[]]. Как и в других работах этого периода в статье рассматривались и другие вопросы военной медицины. В частности рассматривалось поражающее воздействие огнестрельного оружия, лечение огнестрельных ранений. Интересным является тот факт, что автор полностью разделял точку зрения Н.И.Пирогова о сберегательном методе лечения огнестрельных ранений конечностей [там же, кн. 9-10, с. 39].

Еще одной подобной работой, была работа прусского военного врача Рота (Roth), которая называлась «Militaraztliche Studien», Berlin, 1864 г. (Военно-врачебные исследования). Работа представляла собою обзор военно-медицинской организации французской, бельгийской и ганноверской армии. Автор сообщал, что особенностью французской армии было то

обстоятельство, что ее медицинская служба уже в это время участвовала в учениях и маневрах вместе с войсками, чего не было ни в одной европейской армии [108]. Говоря о структуре медицинской службы бельгийской армии, сообщал, что амбулансы ее устроены по принципу французских [там же, 81].

Представлял структуру военно-медицинской службы ганноверской армии, которая в то время состояла из:

- управления (штаб), 4 санитарных поездов, санитарного транспорта, персонала амбулансов [там же, с.109].

В работе так же освещались вопросы оснащения военного врача, санитарного транспорта и некоторые другие.

Таким образом, в этот период в Западной Европе, как и в России, появились теоретические работы, в которых освещались вопросы организации медицинского обеспечения армии во время военных действий. Как и в России, в этих работах вопросы медицинского обеспечения во время военных действий не являлись главными, а рассматривались наряду с остальными вопросами военной медицины.

Выводы второй главы

Осмысление неудач медицинского обеспечения в период Отечественной войны 1812 г. и обобщение накопленных фактов помогло осознанию основных его проблем. Результатом этого было появление первых теоретических работ, в которых рассматривались вопросы медицинского обеспечения армии в период войны. Таковыми работами стали работы М. Мудрова, И. Энегольма и А. Чаруковского.

Хотя вопросы ОТМС в этих работах рассматривались попутно с другими вопросами военной медицины (главным образом вопросами военной гигиены), и носили описательный характер, появление таких работ позволяет сказать, что тем самым было положено начало становления теоретической составляющей ОТМС.

Результатом осознания проблем медицинского обеспечения освещенных в этих работах, стали преобразования направленные на улучшение эффективности этого обеспечения и, главным образом, такой его практической составляющей как лечебно-эвакуационное обеспечение. Согласно «Положению для военных госпиталей» от 1816 г. впервые регламентировалось формирование запасов материальных средств для развертывания госпиталей в военное время. Временно отмененное в 1828 г. оно было окончательно закреплено в 1833 г. Таким образом, впервые в русской армии появились штатные госпитали военного времени.

Результатом устранения еще одного существенного недостатка – отсутствие штатных средств сбора и выноса раненых было введение в 1869 г. в русской армии штатных полковых носильщиков.

Важным событием в становлении такой практической составляющей как лечебно-эвакуационное обеспечение стала медицинская сортировка раненых, предложенная Н.И.Пироговым.

Применение железнодорожного транспорта качественно улучшало эвакуацию раненых.

Все это позволяет констатировать, что в течение этого периода завершилось становление лечебно-эвакуационного обеспечения.

В течение текущего периода завершилось также становление и такой практической составляющей как военно-медицинское снабжение.

Свидетельством этого стало создание к концу периода достаточно эффективной системы снабжения позволяющей армии в целом не испытывать лекарственный голод.

Кроме этого в этом периоде управление военно-медицинским снабжением было изъято из рук интендантов и предано военным врачам.

Все это также позволяет констатировать завершение становления и этой практической составляющей ОТМС.

Вместе с тем некоторые недостатки медицинского обеспечения армии во время войны устранены не были. Главными из них оставались:

- устранение военных врачей от управления процессом лечебно-эвакуационных мероприятий;
- отсутствие штатных противоэпидемических сил и средств;

В течение этого периода наметилось отставание медицинского обеспечения в России по сравнению с европейскими странами, главным образом, в управлении медицинской службой. Это отставание заключалось в устранении военных врачей русской армии (в отличие от армий европейских стран) от управления лечебно-эвакуационным процессом.

Таким образом, главной особенностью этого периода стало начало становления теории ОТМС и завершение становления таких практических составляющих как лечебно-эвакуационное обеспечение и военно-медицинское снабжение.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ. Заключительный период становления ОТМС (1879-1918 гг.)

3.1 Передача управление лечебно-эвакуационным процессом в руки военных врачей – завершение становления управления медицинской службой.

В 1890 г. вводится в действие «Положение о полевом управлении войск в военное время». В соответствии с «Положением» полевой медицинской службой армии руководил начальник военно-санитарной части армии, который не был врачом. В составе его управления были полевой военно-санитарный инспектор и полевой инспектор госпиталей. У каждого из этих должностных лиц было свое управление. Инспектор госпиталей (не врач) руководил госпитальным звеном, а полевому военно-санитарному инспектору (врачу) подчинялись корпусные и дивизионные врачи, последним подчинялись старшие врачи полков. Вместе с тем, согласно найденным нами архивным документам, в инструкции начальнику перевязочного пункта от 1891 г. уже четко указывалось, что право выбора места перевязочного пункта принадлежит непосредственному руководителю этого этапа.¹⁷ Несмотря на это вредный для деятельности медицинской службы дуализм в управлении госпитальным и войсковым звеньями не был изжит до окончания первой мировой войны.

В русско-японскую войну 1904-05 гг. управление медицинской службой на театре военных действий осуществлял начальник санитарной части армии. В управлении начальника санитарной части армии было три отделения: госпитальное, медицинское и эвакуационное. Кроме этого ему были подчинены полевой военно-медицинский инспектор, полевой инспектор госпиталей и уполномоченный Общества Красного Креста. Начальники санитарной части трех армий подчинялись начальнику санитарной части

¹⁷. РГВИА, ф.546.–оп. 6.–д.135

Маньчжурских армий – генерал-лейтенанту Ф.Ф. Трепову. Главным хирургом всех армий был Р.Р. Вреден [20].

Вместе с тем, начиная с последней четверти XIX века, дело управления такими этапами медицинской эвакуации, как перевязочный пункт, военновременный госпиталь переходило в руки непосредственно военных врачей. В соответствии с «Положением о военно-врачебных заведениях» 1887 г. во главе такого госпиталя стоял врач, которому подчинялся смотритель и другие должностные лица. Об этом в главе 4-ой статьи 128 «Положения» говорилось так: «Главный врач полевого госпиталя есть ближайший начальник сего госпиталя, управляющий его медицинскими и хозяйственными частями». В отношении полковых лазаретов оговаривалась руководящая роль старшего врача полка. В главе 3-ей статьи 56-ой о старшем враче полка говорилось, что это должностное лицо является: « ближайшим начальником лазарета заведующий им как по медицинской, так и по хозяйственной части». К концу XIX столетия управление войсковыми этапами медицинской службы было практически передано врачам. Однако на практике руководящая роль врачей ощущалась лишь в войсковом звене. В управлении госпиталями по-прежнему единоначалия не было. По этому поводу автор первой диссертации по ОТМС И.Д. Сарычев в 1885 г. писал: «В лазаретах дивизионный врач считается шефом медицинской и административной части, в госпиталях же управление подчинено военной власти» [79, с.107]. Положение начинает меняться после русско-японской войны. С 1908 года руководство госпиталями переходит в руки главных врачей, сначала в отдельных госпиталях, а позже и во всех остальных [107, т.2, с.160]. Таким образом, право руководства этими важными этапами перешло практически в руки военных врачей. В тоже время военные врачи были по-прежнему устранены от управления эвакуацией – важной составной частью лечебно-эвакуационного обеспечения.

Такое же положение дел сохранялось в управлении медицинской службой и в первую мировую войну 1914-18 гг. Командование русской армии

понимало пагубность многоведомственности, существующую в деле управления медицинской службой. С целью устранения этого недостатка в 1914 г. учреждается должность Верховного начальника санитарной и эвакуационной части. Проблему руководства медицинской службой это не решило, так как по-прежнему организация лечебно-эвакуационных мероприятий была вырвана из рук военно-медицинского персонала. В приказе военного министра от 3.09.1914 г. №568 по поводу учреждения этой должности говорилось, что Верховный начальник санитарной и эвакуационной части являлся: «довереннейшим помощником Главнокомандующего и Императора по *санитарной и эвакуационной деятельности* как на театре военных действий, так и во внутренних районах страны» (выделено мной) [71, т.241, с.495-498]. Однако констатация этого факта еще не означала реальной передачи управления лечебно-эвакуационным процессом в руки военных врачей. Дело осложнялось еще и тем, что сам Верховный начальник санитарной и эвакуационной части не был врачом. Позже (1917 г.) вместо должности Верховного начальника было создано Управление главного полевого военно-санитарного инспектора при ставке верховного главнокомандующего, с аналогичными функциями. К этому времени были проведены некоторые изменения, улучшающие эффективность управления медицинской службой. Так, например, было усовершенствовано армейское звено медицинской службы, что выражалось в том, что головные эвакуационные пункты были изъяты из фронтового подчинения и переданы в ведение армий. В целом эти мероприятия улучшили порядок эвакуации. Управление важнейшими этапами медицинской службы (перевязочный пункт, военно-временный госпиталь) в это время целиком и полностью находилось в руках военных врачей.

Практически на протяжении всей первой мировой войны проблема управления медицинской службой решена не была. Как уже было упомянуто выше, Верховный начальник санитарной и эвакуационной части, начальник армейской санитарной службы не были врачами. Концентрация власти в

руках Верховного начальника была лишь попыткой передачи власти в руки военных врачей. Реально положение дел начинает меняться лишь после Октябрьского переворота 1917 г. во время расформирования (в марте 1918 г.) ставки Верховного военного командования. Вместо упраздненного Верховного военного командования был учрежден Высший военный совет. В ходе этого мероприятия было сохранено несколько управлений бывшего Верховного военного командования и в том числе управление главного полевого санитарного инспектора, которое вошло в Высший военный совет [43]. В марте 1918 г. на совещании в Главном военно-санитарном управлении обсуждались некоторые принципиальные положения организационного строительства военно-медицинской службы, и в том числе такое важное положение, как учреждение в составе управления эвакуационного отдела [там же, с.63]. В соответствии с этим положением в июне 1918 г. эвакуационный отдел был передан в Главное военно-санитарное управление [там же, с.65]. Таким образом, впервые управление лечебно-эвакуационным процессом было сосредоточено в руках у военных медиков. Тем самым был завершен процесс становления такой важной практической составляющей как управление военно-медицинской службой.

3.2. Завершение становления санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий.

Впервые противозидемические подразделения были введены в штат русской армии в соответствии с приказом по военному ведомству № 114 в 1887 году. Согласно этому приказу в каждом корпусе учреждался дезинфекционный отряд. Другая разновидность противозидемических подразделений – военно-медицинские лаборатории – были созданы в конце последнего десятилетия XIX века в Кавказском и Туркестанском военных округах [61, с.38]. В отличие от дезинфекционных отрядов военно-

медицинские лаборатории были стационарными подразделениями и не предназначались для работы непосредственно в войсках.

Во время русско-японской войны на крупных железнодорожных узлах в городах Сибири и Дальнего Востока уже функционировали дезинфекционные железнодорожные отряды – «наблюдательные пункты». В октябре 1904 г. на Транссибирской магистрали действовали два дезинфекционных отряда. В конце октября 1905 г. сюда прибыло три железнодорожных дезинфекционных отряда. В штат отряда входили: 2 врача, 3 фельдшера, 10 дезинфекторов, 2 слесаря–истопника [77, с.125]. Основной задачей таких пунктов было недопущение заноса в глубь страны инфекционных заболеваний. Кроме того, в армии функционировали штатные санитарные отряды, в структуру которых входили бактериологические лаборатории и паровые дезинфекционные камеры. Всего в русско-японскую войну военное ведомство создало 5 летучих санитарных отрядов, в состав которых входили и лаборатории. На отряды возлагались следующие задачи: изучение местности, загрязненности почвы, заболеваемости населения, условий водоснабжения и размещения войск, внедрение элементов личной гигиены, проведение медицинского надзора за питанием военнослужащих, удаление нечистот и обеззараживание полей сражений. Главная задача – борьба с инфекционными заболеваниями [61, с.49]. В эту же войну впервые были введены должности врачей-гигиенистов. Несмотря на то, что положение и штаты санитарно-гигиенических и дезинфекционных отрядов были утверждены позже – в 1910 г., введение штатных подразделений противозидемического обеспечения было решающим фактором в становлении этой категории ОТМС. Введение подобных подразделений позволило коренным образом изменить структуру санитарных потерь русской армии на войне. Ниже приводится изменение структуры санитарных потерь русской армии в войнах в течении XIX –начала XX века.

Таблица № 3¹⁸

Война \ Потери	боевые	от болезней
Русско-турецкая 1828-29 гг.	20 000	110 000
Крымская 1854-56 гг.	40 000	88 000
Балканская 1877-78 гг.	21 981	45 791
Русско-японская 1904-05 гг.	31 458	12 983

Таким образом, русско-японская война явилась первой кампанией русской армии, в которой потери от болезней не превышали боевые потери. В немалой степени это обстоятельство объяснялось появлением в русской армии штатных противоэпидемических подразделений. В конце русско-японской войны число дезинфекционных отрядов было доведено до двух на армейский корпус [83, т.3, с.862]. Наряду с мероприятиями санитарно-гигиенического характера, к числу которых относились телесные осмотры, своевременное выявление и госпитализация больных, проводились и специальные противоэпидемические мероприятия, такие как: сигнализирование об острозаразных больных частям из лечебных учреждений, ликвидация из эпидемических очагов и т.д.

Во время первой мировой войны в войсках имелись штатные противоэпидемические подразделения. К ним относились санитарно-гигиенические и дезинфекционные отряды. В каждом корпусе русской армии полагался один противоэпидемический отряд. В таком отряде имелась

¹⁸ [Каминский, Новосельский 1947: 160 – 161]

лаборатория. В штат отряда входили: старший врач, мл. врач, 2 медицинских и 2 ротных фельдшера, 1 санитар старшего и 2 младшего разряда, 5 человек обозных. В качестве тягловой силы полагалось 11 лошадей. Отряд вместе с проведением противоэпидемических мероприятий мог, используя лабораторию, проводить санитарно-эпидемическую разведку. В состав дезинфекционного отряда входили: врач, 1 медицинский и 2 ротных фельдшера, 6 санитаров, 4 обозных [61]. К началу войны в русской армии имелось 15 санитарно-гигиенических и менее половины положенных по штату (37), дезинфекционных отрядов. Количество таких отрядов увеличивалось и в 1917 г. составило 67 санитарно-гигиенических и 176 дезинфекционных отрядов [61]. К концу войны в армии имелись железнодорожные санитарно-дезинфекционные и банно-прачечные отряды. Используя современные достижения медицинской науки, были введены обязательные прививки против холеры и брюшного тифа. Лаборатории при ГВСУ производили 1000 литров противотифозной вакцины в месяц [37, с.404]. Были введены походные дезинфекционные камеры и создана система изоляционно-пропускных пунктов [83, т.3, стб. 878]. Уже в первый год войны появились случаи холеры, дизентерии, дифтерии, скарлатины, оспы, тифозных заболеваний. В 1915 г. заболеваемость в армии брюшным тифом увеличилась в 4 раза, сыпным в 18 раз, возвратным в 120, дизентерией в 20, холерой в 2, оспой в 4 раза [89, с.39]. Если с заболеваемостью брюшным тифом, холерой, дизентерией, скарлатиной и дифтерией и оспой справляться удавалось (к 1917 г. она уменьшилась), то иная картина отмечалась в отношении сыпного и возвратного тифа. Неудачи русской армии на Западном фронте, большой наплыв беженцев способствовали неуклонному росту тифозных заболеваний. Вполне возможно, что медицинская служба справилась бы и с этой задачей, если бы не события 1917 г., повлекшие за собой развал царской армии, а с ней и медицинской службы. Достаточно сказать, что после этих событий заболевания сыпным и возвратным тифом

резко выросла и в 1919 г. превышали заболеваемость 1917 года по сыпному тифу в 36, а по возвратному в 6 раз [там же, с.67].

В целом, система противозидемических мероприятий строилась на строго научной основе и несмотря на отдельные недостатки в организации службы, на протяжении войны удавалось сдерживать рост инфекционной заболеваемости (кроме тифа) до начала гражданской войны. Система санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий, сложившаяся в ходе первой мировой войны, была полностью унаследована Красной Армией, в которой также функционировали железнодорожные санитарно-дезинфекционные и банно-прачечные отряды, существовала система изоляционно-пропускных пунктов. Еще раз необходимо отметить, что эпидемия тифа не являлась результатом неудовлетворительных санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий. В конце первой мировой войны их просто некому было выполнять. Строгое выполнение этих мероприятий позволило значительно уменьшить инфекционную заболеваемость к концу гражданской войны. При этом использовались мероприятия, предложенные именно в ходе первой мировой войны. Все это позволяет констатировать, что в ходе первой мировой войны в армии произошло становление санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий.

3.3. Становление мероприятий медицинской службы по защите личного состава защиты от оружия массового поражения (отравляющих веществ).

Одной из практических составляющих ОТМС являются мероприятия по защите личного состава от оружия массового поражения. Как известно, одним из видов оружия массового поражения является химическое оружие. Впервые отравляющие вещества были применены на отдельных участках Северо-Западного, а позднее и Западного фронтов в 1915 г. Русская армия была совершенно не готова к отражению подобного оружия. Солдаты при

первых газовых атаках укутывали голову шинелью или другой материей, смоченной водой или мочой. Об этом говорилось в докладе особоуполномоченного Российского общества Красного Креста Гучкова на заседании главного управления РОКК по поводу одной из первых газовых атак: «Предохранительных мер было принято мало, так как только по почину некоторых офицеров и начальников из нижних чинов сделаны были повязки, смоченные водой или мочой ... Четыре полка, подвергшиеся действию газов, дали 9 тысяч убитыми ...» [37, с.329]. Безуспешными были и попытки оказать первую помощь санитарями. При выносе пораженных, ничем не защищенные санитары гибли сами. По результатам первых 12 наиболее крупных газовых атак смертность в наших войсках достигала 20% [1, т-3, стб.1105].

Тем не менее, уже в скором времени было налажено поступление в войска противогазовых повязок основанных на пропитывании их гипосульфитом. В дальнейшем испытания показали более высокую эффективность противогазов Зелинского-Кумана. Поначалу такими противогазами снабжался преимущественно офицерский состав. Несмотря на войну, отечественная промышленность довольно быстро освоила выпуск таких противогазов, и уже в 1916 г. в войска их поступило более 4 миллионов. Вскоре были выработаны мероприятия первой помощи, которые заключались в применении кислородной маски и искусственном дыхании. На следующем этапе эвакуации, который размещался в районе батальонного резерва, оборудовалось специальное убежище. Здесь помощь оказывали 1-2 врача, оснащенные специальной аптечкой [там же, стлб.1107]. В такой аптечке полагалось иметь: кислород в баллонах, подушки с масками, морфий в ампулах, кофеин в ампулах, камфорное масло, аппарат для внутривенного вливания раствора поваренной соли, атропин в ампулах и некоторые другие препараты» [37, с.380]. В русской армии довольно быстро была осознана необходимость развертывания специальных госпиталей для пораженных отравляющими веществами. В 1916 г. доктора Усов и его помощник Лорие

писали: «Признавая, что создание достаточного количества специальных лечебных заведений является при военной обстановке делом весьма трудным, можно было бы как вполне пригодный паллиатив приспособить для газоотравленных целый ряд уже существующих госпиталей данного района путем отопления, улучшения вентиляции и отопления палаток ... создание кадра лечебного персонала и лишних запасов медикаментов» [там же, с.374]. В 1916 году признано необходимым содержать при каждом головном эвакуационном пункте госпиталь на 210 пораженных отравляющими веществами [23]. В течение первых лет войны были выработаны требования, направленные на предупреждение поражений отравляющими веществами. Эти требования вполне актуальны и в наше время. В частности в приказах и инструкциях русской армии предлагалось:

- для своевременного предупреждения о начале газовых атак противника установить общую единообразную сигнализацию;
- - по окончании газовой атаки маски снимать лишь по особому приказанию ближайших начальников;
- после газовой атаки очищать от осевшего газа не только окопы, но и платье людей;
- ввести как на фронте, так и в запасных частях обязательное ознакомление войск с удушливым газом и мерами борьбы против него (так называемое окушивание);
- всем начальникам постоянно проверять умение нижних чинов быстро, сноровисто и правильно ... надевать на себя маски;
- подтвердить войскам необходимость во всех положениях всегда иметь маски на людях [37, с.347-48].

В апреле 1916 г. в Московском военном округе была создана временная школа для обучения борьбе с удушливыми газами. Курс обучения был двухнедельный.¹⁹ О целях противогазового учения было сказано следующее: «Противогазовое обучение должно дать воинским чинам верное

¹⁹ РГВИА, ф.507, оп.1. – д.203. – Л.25

представление о смертоносности удушливых газов и вместе с тем внушить им веру в полную возможность спасти свою жизнь и здоровье при помощи принятых мер [там же, с.11]. В этом же документе конкретизировалось и само обучение, которое по мысли авторов состояло в следующем:

« 1.Словесном обучении, 2.Проверки умения правильно надевать противогазы и исправности самих противогазов (камерное окуривание), 3.Показного выпуска газового облака и попутного демонстрирования мер противогазовой борьбы, 4.Указания для производства проверки исправления противогазов, приготовления и сохранения противогазовых растворов.» [там же].

Довольно часто такие простые мероприятия были вполне эффективными. В телеграмме начальника штаба Северо-Западного фронта сообщалось о расследовании, проведенном по случаю применения газов на одном из участков Северно-Западного фронта. В частности оказалось, что: «120 пехотный Серпуховской полк был снабжен повязками частью смоченными, а частью сухими. Люди были хорошо инструктированы и результаты оказались прекрасные. Пострадали только те, которые запоздали надеть повязки. Были единичные случаи отравления, сопровождающиеся рвотой головокружением, обмороками ...в названном полку, благодаря заблаговременному снабжению повязками выбыло из строя 1 офицер и 2 нижних чина» [37, с.331]. Справедливости ради нужно отметить, что большинство случаев применения противником отравляющих веществ заканчивались менее удачно для наших войск. Принципиальным остается тот факт, что в России уже в первые годы войны прошла свое становление система защиты личного состава от отравляющих веществ. Необходимо сказать, что основывалась эта система на последних научных достижениях того времени.

3.4. Завершение становления теории ОТМС.

3.4.1. Работы Н.И. Пирогова.

Основополагающими трудами по ОТМС, открывающими этап завершения её становления, стали работы Н.И. Пирогова и, в первую очередь, его обобщающий труд «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и тылу действующей армии в 1877-78 гг.» (1879 г.). Эта работа знаменует собой новую веху в становлении ОТМС в России. Если в предыдущую эпоху вопросы ОТМС рассматривались параллельно с другими вопросами военной медицины, то в этой работе Н.И. Пирогова вопросы ОТМС занимали уже ведущее место. В этой работе впервые была сформулирована основополагающая роль ОТМС в организации медицинского обеспечения войск. Она заключалась в организации или, как раньше говорили «администрации», всего процесса оказания медицинской помощи на театре военных действий. Излагая свои основные «начала» военно-полевой хирургии, Н.И. Пирогов после упоминания первых двух «начал» (1 - война есть травматическая эпидемия, 2 - зависимость лечения ран и смертности от вида оружия) говорит о третьем «начале» следующее: «не медицина, а администрация играют главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны» [65, ч-2, с.2]. В этой же работе он еще раз подчеркивает роль организации («администрации»), когда делает обзор положения раненых, проследив их путь от перевязочного пункта до постоянного госпиталя. Девизом этого обзора являются его слова: «... вся суть санитарного дела на войне – администрация» [там же, ч.2, с.104].

Это положение стало краеугольным камнем всей теории ОТМС.

В работе не остались не затронутыми практически все основные вопросы ОТМС. Большое значение Н.И. Пирогов придавал госпиталям, лазаретам, перевязочным пунктам, словом, всему тому, что позже назовут этапом медицинской эвакуации. Он писал: «К чему может служить заготовка

лекарственных перевязочных средств, белья и даже съестных припасов для раненых и больных, если им не будет дан кров?» [там же, ч.2, с. 25]. В главе, посвященной организации работы военно-временных госпиталей, Н.И. Пирогов одним из первых указал на весьма важную особенность в работе госпиталей. Она заключалась в неравномерном поступлении раненых в военное время. В частности он писал: «К обстоятельствам, нарушающим правильный ход слаженного механизма госпитальной администрации и отчетности должно, преимущественно отнести внезапный наплыв раненых, превращающий госпиталь в главный перевязочный пункт» [там же, с.65]. Однако Н.И.Пирогов не только указывал на основные проблемы организации работы госпиталей, но и давал рекомендации по устранению этих проблем. В частности решение проблемы большого наплыва раненых он видел в правильном распределении медицинского состава.

Важную роль играло и то обстоятельство, что в этой работе Н.И.Пирогов пропагандировал последние достижения медицинской науки в оказании помощи на войне. В свое время он был активным сторонником внедрения «сберегательного метода» лечения ран, заключавшегося в отказе от чрезмерного увлечения ампутациями и внедрения гипсования. В нынешнюю военную кампанию он с удовлетворением констатировал господство этого метода при оказании медицинской помощи. Н.И. Пирогов писал: « ... усматривая из сообщенных мне списков относительного малого числа операций (по сравнению с севастопольскими) произведенных на перевязочных пунктах в нынешнюю войну, и напротив огромное число гипсовых повязок ... я полагаю, что в такой войне как нынешняя восточная, сортировка раненых и гипсование на главных перевязочных пунктах должны были играть самую важную роль» [там же, с.77].

В главе 3-ей, посвященной устройству госпиталей в военное время, Н.И.Пирогов поднимал очень важный вопрос комплектования такого госпиталя личным составом. Он говорил о необходимости формирования мобилизационного резерва врачей, в частности он писал: « Я разумею под

этим ... совершенно отдельный разряд врачебного персонала, занятый временно в госпиталях, близлежащих к театру войны, и всегда готовых по первому зову явиться на помощь врачам на театре войны» [там же, с. 152].

Значительное внимание автор уделял и такой важной составляющей ОТМС, как система лечебно-эвакуационных мероприятий. Этому вопросу уделена значительная часть 4-ой главы. Еще задолго до начала нынешней кампании им был предложен вариант эвакуационной системы – система «рассеивания» раненых. В результате нарушения принципов этой системы был нарушен порядок эвакуации раненых с театра военных действий. Здесь же Н.И. Пирогов дает рекомендации, направленные на устранение нарушений порядка эвакуации. Он рекомендовал избегать скученности раненых на конечных точках железнодорожной эвакуации (Фратешты, Яссы), увеличить количество санитарных поездов, создать эффективную эвакуационную комиссию, ограничить «рассеивание» раненых близлежащими районами, а не внутренними округами страны.

В последней (5-ой) главе своей работы Н.И. Пирогов говорил о взаимоотношении частной медицинской помощи (благотворительной деятельности, работы Общества Красного Креста) и деятельности военно-медицинского ведомства. Основным принципом взаимодействия этих двух компонентов должны быть сотрудничество и единство целей. Об этом Н.И.Пирогов писал следующее: «Частная помощь, во время войны не должна конкурировать с военным ведомством» [там же, с.359].

Принципы организации оказания медицинской помощи на войне, выдвинутые Н.И. Пироговым, явились краеугольным камнем всей теории ОТМС

3.4.2. Вопросы медицинского обеспечения в работах И.Д. Сарычева, П.П. Потираловского, В.В. Заглухинского, В.А. Оппеля. Появление понятия «санитарная тактика».

В этот период появляется ряд научных работ (в том числе и диссертаций), обобщающих практический опыт организации и тактики медицинской службы. Первой диссертацией на эту тему была диссертация И.Д. Сарычева «Об организации первой помощи раненым». Диссертация была с успехом защищена автором в 1885 г. Исследование большей частью опиралась на опыт последней русско-турецкой войны на Балканах 1877-78 гг. В начале диссертации автор делал исторический обзор оказания медицинской помощи на войне с античных времен и до современного ему времени. Анализируя неудовлетворительное состояние дел в оказании медицинской помощи, Сарычев писал: *«тактика и стратегия медицинская носили случайный характер, военно-санитарная часть не была регулирована и организована в должной мере»* (выделено мной) [79, с.103]. Таким образом, впервые в литературе было введено понятие «санитарная тактика и стратегия». А.С. Георгиевский считал, что впервые понятие «санитарная тактика» появляется в работе К.Ф. Вальберга «Опыт краткого руководства по тактике санитарных войск» 1890 г. Врач финского батальона русской армии К.Ф.Вальберг в 1889 г. написал статью «Тактика санитарных войск», которая в 1890 г. была переведена на русский язык и издана под названием «Опыт краткого руководства по тактике санитарных войск». В своей работе, говоря о начале проведения в войсках санитарных маневров, автор писал: «Все это ясно доказывает, что в ряду других наук тактике санитарных войск должно быть отведено видное место» [6, с.6]. Как видно из этой работы речь в ней шла не о санитарной тактике как таковой, а о тактике санитарных войск. Не случайно одним из первых вопросов, рассматриваемых в этой работе, был вопрос «применения тактических понятий к санитарным войскам». Под санитарными войсками автор понимал подразделения медицинской службы (санитарных взводов, передовых перевязочных пунктов, главных

перевязочных пунктов). Несколько позже (1907 г.) в работах русского военного врача П. Потираловского и офицера австрийского генерального штаба Хёна (Höhn) появляется термин «санитарная тактика». Именно этот термин со временем трансформировался в термин «организация и тактика медицинской службы».

В работе И.Сарычева особый интерес представляет глава, посвященная разбору «недостатков военно-санитарного дела». Основные недостатки автор совершенно справедливо усматривал в:

- недостатке эвакуационных средств;
- отсутствию организованного маневрирования;
- устранении врачей от управления медицинской службой.

По поводу последнего недостатка И.Д.Сарычев писал: «Для того, чтобы военно-санитарная помощь не носила характер случайный и могла удовлетворить по мере средств всех нуждающихся руководителями ее должны быть только врачи» [79, с.106].

И.Д.Сарычев совершенно правильно указывал на причину этих недостатков, которую он видел в отсутствии специальной санитарно-тактической подготовки у военных врачей. В частности он писал: «К прискорбию у нас в России нет высшей школы военно-медицинской подготовки подобно Английской в Нетли, а наши университеты менее всего знакомят с военной медициной, военной хирургией, военной гигиеной и всем строем военно-медицинской службы, потому, что не имеют специальных кафедр» [79, с.105].

И.Д.Сарычев одним из первых указывал на факторы, влияющие на организацию лечебно-эвакуационных мероприятий во время военных действий. В специальной главе посвященной этому вопросу к основным факторам он относил:

- устройство войск (штатная структура армии);

- характер войны (полевая, осадная крепостная и т.д.);
- усовершенствование огнестрельного оружия.

Отдельная глава была посвящена организации первой помощи на поле боя. И.Д. Сарычев совершенно справедливо отмечает, что она должна быть быстрой и целесообразной. Нельзя не заметить, что, хотя диссертация была написана в 1885 г., основные мероприятия первой помощи, предлагаемые автором, практически идентичны современным. Это представлено в таблице № 4:

Мероприятия первой помощи по [Сарычев 1885: 133]	Современные мероприятия первой помощи [Комаров 1984: 81]
1. привести в чувство, сделать свободными для прохождения воздуха дыхательные пути;	1. устранение асфиксии путем освобождение верхних дыхательных путей;
2. высвободить из навалившихся разных тяжестей;	2. извлечение раненых из-под завалов;
3. остановить кровотечение.	3.временная остановка наружного кровотечения.

Интересно отметить и то обстоятельство, что методы остановки кровотечения, включаемые И.Д. Сарычевым в мероприятия первой помощи, а именно: «прижатие сосуда пальцами в соответствующих местах, тампонада раны, наложение полевого или палочного турникета» соответствуют современным [там же, с.151].

В следующей главе о носильщиках автор упоминает, что согласно «Постановлению о военно-врачебных учреждениях» от 9.04. 1877 г. в каждой роте пехотного полка положено иметь по 6 носильщиков. В русской армии сразу было определено, что в обязанностях носильщиков входила не только

транспортировка раненых, но и оказание первой помощи раненым. В частности автор писал: «К числу особенно важных практических занятий с носильщиками должны относиться: а) ознакомление их с простейшими способами остановки кровотечения, б) приучение их к осторожному наложению простейших повязок, а так же наложению шин и лубков при переломах костей, в) уборка раненых с поля сражения со всеми возможными предосторожностями» [там же, с.151]. Автор отмечает, что согласно приказу по военному ведомству от 27.11.1876 г. №376 в войска на снабжение введен каучуковый бинт (жгут). К нерешенным проблемам в организации работы носильщиков автор относит то обстоятельство, что работой носильщиков руководили не врачи, а строевые офицеры.

В главе «Об организации уборки раненых и переноса раненых с поля битвы» И.Д.Сарычев отмечает главные принципы в организации этих мероприятий к которым он относит:

- управление («заведывание» по терминологии того времени) всей медицинской службой на поле боя должно принадлежать исключительно дивизионному врачу;
- задача носильщиков вынести раненого из-под огня, а уже потом оказывать ему первую помощь;
- правильная организация маневра силами и средствами медицинской службы;
- транспортные средства (носилки, тележки) должны быть легки и удобны;
- своевременная эвакуация и недопущение скученности раненых вблизи поля боя;
- носильщики должны быть заранее подготовленными к выполнению своих обязанностей .

Две большие главы были посвящены разбору транспортных средств. Автор дает обзор практически всех современных ему транспортных средств разных

конструкций (носилки, тележки, гужевого транспорта). Уже в то время И.Д.Сарычев обращал внимание на возрастающую роль железнодорожной эвакуации и видел в ней большие перспективы.

Отдельная глава посвящена организации работы перевязочных пунктов. Предлагается устройство этих этапов в защищенных местах вблизи транспортных путей и недалеко от воды, что является актуальным и в наши дни. Автор сообщает, что в русской армии предусматривается устройство передовых (на расстоянии 1000-1500 шагов от линии огня) и главных перевязочных пунктов (1000 шагов от передовых). В отношении медицинского персонала предлагается деление его на три группы: гипсующие, оперирующие, сортирующие. Деление персонала перевязочного пункта на три группы обуславливалось теоретическими воззрениями на эту проблему Н.И.Пирогова. Состав перевязочных пунктов по автору 15-20 врачей и 30-40 фельдшеров. Главные задачи перевязочных пунктов автор видел в: «отделении безнадежных или смертельно раненых, в производстве неотложных, спасающих жизнь, операций как-то: перевязка сосудов с целью прекращения кровотечения ..., ларинготомия или трахеотомия при угрожающем задушении, вправление выпавших и ущемленных внутренностей, удаление осколков костей угрожающих сдавлению мозга, ампутация и экзартикуляция» [там же, с.229]. Здесь же И.Д.Сарычев совершенно справедливо указывает на необходимость ведения учетной документации на перевязочном пункте. Заканчивается диссертация положениями (выводами) которых насчитывается 24. Нет необходимости рассматривать каждый из них. Хочется отметить те из них, которые особенно повлияли на дальнейшее развитие ОТМС. К ним на наш взгляд (в современной транскрипции) относятся следующие:

- недостатки в организации медицинской помощи раненым лежат в самой организации лечебно-эвакуационных мероприятий (по терминологии автора «военно-санитарного дела»);

- управление медицинской службой на поле боя должно принадлежать медицинскому персоналу;
- успешная деятельность на этапах медицинской эвакуации зависит не столько от медицинской деятельности, сколько от административных распоряжений;
- на перевязочных пунктах сортировать раненых необходимо на четыре категории: легкие, смертельные, нуждающиеся в срочной медицинской помощи и те, помощь которым может быть отсрочена;
- нельзя допускать скученности раненых на театре военных действий, эвакуация должна быть своевременной;
- формы санитарной отчетности на перевязочных пунктах должны быть просты и иметь графу для определения способа эвакуации.

Нельзя не отметить актуальность практически всех предложений И.Д.Сарычева. Безусловно, эта работа явилась уже зрелым теоретическим трудом по ОТМС. Эта работа была одной из тех работ конца XIX столетия, которые знаменовали собою окончательное становление теории ОТМС.

В 1907 г. была защищена еще одна диссертация на тему санитарной тактики. Диссертация П. Потираловского «Тюренчен-Вафангоу-Ляоян в санитарно-тактическом отношении» была построена на практическом материале русско-японской войны 1904-05 гг.

Уже в первой главе («Значение и цель военно-санитарной тактики») автор выделяет одну из главных особенностей работы медицинской службы на войне – большие одномоментные санитарные потери. П.Потираловский так пишет об этом: «Война есть народное бедствие, где сразу и в одном месте появляется масса нуждающихся в помощи» [72, с.5]. Отмечая эту особенность, автор сразу же дает и ключ к решению этой проблемы, которую он видит в отсутствии надлежащей военно-санитарной тактики в войсках. В частности он пишет: «При большом внезапном наплыве раненых, как это

бывает на войне, недостаточно того что бы было значительное количество санитарных средств, нужно еще крайне умелое, быстрое распределение их, нужно чтобы они вовремя находились на нужных местах» [там же, с.6]. Во второй части этой главы дается обзор войн в санитарно-тактическом отношении. Анализу подвергаются европейские войны второй половины XIX века. Автор пишет, что отмечается: «печальная судьба больных и раненых почти во всех войнах» стр.6. Здесь же П. Потираловский еще раз отмечает, что для решение этой проблемы: «необходима опытная администрация» [там же, с.6].

Вторая глава посвящена периоду от мобилизовывания русской армии и до начала боев под Тюрнеченом. В этой главе дается анализ мобилизации сил и средств медицинской службы. Отмечается, что после проведения этого мероприятия коечная емкость госпиталей увеличилась с 2596 до 10548 мест. Автор делает вывод, что коечных мест было достаточно, но проблема заключалась в неумении правильно их распределить на театре военных действий и в тылу. Здесь же П. Потираловский отмечает тот факт, что в этой войне медицинская служба не исповедовала ни одну из известных лечебно-эвакуационных систем – «на месте» либо «эвакуационную». В соответствии с этим отсутствовала и разумная организация лечебно-эвакуационных мероприятий.

В третьей главе дается анализ работы медицинской службы русской армии в сражении под Тюрнеченом. Как известно в этом сражении русская армия потерпела поражение. Неудовлетворительной оказалась и работа медицинской службы. Автор совершенно правильно видит причину неудачи в отсутствии плана медицинского обеспечения сражения. В частности он пишет: «Главная причина лежит в том, что санитарный персонал работал не по общему, строго определенному плану, а в разброд каждая часть сама по себе» [там же, с.60].

Практически все остальные главы диссертации до главы IX «Заключение» посвящены разбору крупных сражений этой войны под Вафангоу и Ляояном. Нет необходимости разбирать все ошибки в работе медицинской службы нашей армии. П. Потираловский суммирует эти ошибки и дает рекомендации по их исправлению в выводах своей диссертации. Наиболее интересными и дальновидными являются следующие выводы:

- причину неудовлетворительного состояния оказания помощи раненым автор видит в: «неправильном размещении и распределении деятельности санитарных учреждений. Последнее является результатом незнакомства санитарной службы с санитарной тактикой» [там же, 237].
- «Санитарная служба не руководила эвакуацией, а предоставила ей развиваться под напором обстоятельств»;
- «Санитарную тактику и санитарную администрацию должны изучать не только одни полевые хирурги, но и все военные врачи»;
- «Что бы избежать в будущем повторения сделанных ошибок необходимо что бы санитарная служба была бы знакома с санитарно-тактической стороной минувших кампаний» [там же, 238].

Как видим, раскрывая причину неудач медицинской службы в этой войне, П. Потираловский активно пропагандирует изучение военными врачами санитарной тактики. Нужно заметить, что автор был последователен в этом вопросе. Уже через четыре года после диссертации выходит его учебник «Краткий курс санитарной тактики», который являлся первым учебником по санитарной тактики (ОТМС) в России.

Автор предчувствовал появления новой лечебно-эвакуационной системы. Как известно, система этапного лечения была предложена профессором Санкт-Петербургской военно-медицинской академии В.А. Оппелем в 1915 г. Разбирая особенности двух лечебно-эвакуационных систем «на месте» и «эвакуационной» П. Потираловский писал: «что бы создать и организовать из имеющихся частей обеих систем стройную соответствующую

обстоятельствам систему необходимо было знать их обоих» [там же, с.223]. Далее, предвосхищая появление новой системы, автор писал: «Мне кажется, что будущность имеет смешанная система, причем центр тяжести падает все таки на эвакуационную» [там же, с.227]. При этом он совершенно справедливо замечал, что: « деятельность и характер полковых перевязочных пунктов, дивизионных лазаретов, полевых госпиталей и других полевых санитарных учреждений ... совершенно изменится» [там же, с.238]. Сегодня мы знаем, что автор совершенно правильно уловил эту историческую перспективу. Новая теория, озвученная позже В.А. Оппелем, как раз и предлагала соединить наиболее рациональные особенности двух систем и, тем самым, устранить главное противоречие предыдущей системы – разрыв процесса лечения эвакуацией.

Учебник П. Потираловского вышел в 1911 г. и состоял из 20 глав. Первые шесть глав были посвящены общетактическим вопросам. В них были представлены сведения о характеристике повреждающих факторов огнестрельного оружия, сведения о структуре вооруженных сил, топографии. В остальных 14 главах были представлены сведения санитарно-тактического плана. Здесь был и исторический очерк, посвященный исследованию типов систем лечебно-эвакуационных мероприятий (системы лечения «на месте», «эвакуационной системы», «системы рассеивания или дренажной системы»). Давались данные об устройстве современной автору полевой санитарной организации, санитарной службе в различных видах боевой деятельности и в тылу армии, понятия об эвакуации и сортировке, расчете санитарных потерь. В этом же году выходит в свет еще одно пособие на эту тему для военных врачей – учебник В.В. Заглухинского «Военно-санитарная администрация с учением о войсковых болезнях». Эти учебники сыграли огромную роль в распространении среди военных врачей знаний санитарно-тактического характера.

Первая мировая война также дала импульс в развитии теории ОТМС. В 1915 г. военный врач профессор В.А. Оппель впервые озвучил свое учение

об этапном лечении. Автор совершенно правильно уловил крайне вредную тенденцию отрыва процесса лечения от процесса эвакуации и наоборот. В.А.Оппель писал: «Мне лично представляется, что эвакуация и лечение не должны быть оторваны друг от друга ..., но должны представлять собою составные части органически связанного процесса этапного лечения раненых» [62, с.385]. Необходимость этапного лечения В.А.Оппель совершенно справедливо усматривал в невозможности оказания всего объема медицинской помощи в одном лечебном заведении на театре военных действий. В связи с этим автор делает вывод о необходимости эвакуации. Вместе с тем оставлять раненых во время эвакуации без лечения нельзя: «раненые должны быть эвакуированы, но эвакуация должна быть связана с лечением» и далее: «во время эвакуации на определенных этапах он лечится» [там же, с.385]. Как вывод из создавшегося положения В.А. Оппель и предлагает этапное лечение под которым он понимал: «... такое лечение, которое не нарушается эвакуацией и в которое она входит как неременная слагаемая часть» [там же, с.385]. Большое значение в теории этапного лечения автор придавал сортировке раненых. В этом еще раз проявляется гениальная прозорливость Н.И Пирогова. В частности В.А. Оппель писал: «неременным условием правильной постановки этапного лечения заключается в сортировке раненых» [там же, с. 385]. В статье детально рассматривался вопрос применения принципа этапного лечения во время военных действий. Большое значение в этом плане имела работа главного полевого санитарного инспектора профессора Н.А. Вельяминова о делении эвакуационного района армии на три лечебных пояса. В.А. Оппель давал анализ применения принципа этапного лечения во всех лечебных поясах: передового, ближайшего тыла и тылового эвакуационного пункта. Подводя итог этого анализа, автор писал: «Основа лечения раненых во 2-ом и 3-ем как и 1-ом лечебных поясах действующей армии есть этапное лечение» [там же, с.388]. Необходимо сказать, что учение об этапном лечении не было чем-то абсолютно новым для медицинской службы русской армии. Выше уже

отмечалось, что русский военный врач П. Потираловский еще в 1907 г. писал о грядущей смене устаревшей эвакуационной системы [72, с. 227]. В связи с этим в своей работе В.А. Оппель сам писал, что: «все то, что я позволил себе говорить не ново» [62, с.388]. Автор писал, что многое из предложенного уже реализовано в русской армии: «Если присмотреться к эвакуации в жизни, к работе госпиталей в различных лечебных поясах действующей армии, то станет совершенно очевидным, что принцип этапного лечения жизнью уже введен, требуется практическое усовершенствование применения принципа» и далее: «многое уже сделано» [там же, с.385, 387]. Идея этапного лечения была передовой для своего времени теорией лечебно-эвакуационного обеспечения русских войск. Она стала основой теории ОТМС на долгие годы вперед и знаменовала собой заключительный этап становления новой отрасли военной медицины – ОТМС.

3.4.3. Начало изучения курса санитарной тактики в Санкт-Петербургской Военно-Медицинской Академии.

В этот период произошли и существенные изменения в деле подготовки военных врачей. Под военно-медицинским образованием понимают систему обучения и воспитания военно-медицинских работников различных категорий (врачей, фельдшеров, фармацевтов и т. д.), осуществляемую в специальных военно-медицинских учреждениях [52, т.1].

Существенным отличием такого образования являлось наличие специальных военно-медицинских предметов и в первую очередь таких, как: военно-полевая хирургия, военная гигиена, организация и тактика медицинской службы и некоторые другие.

Уже в прошлом периоде отмечались попытки ввести преподавание некоторых сведений по военно-специальным дисциплинам (военно-полевая хирургия и военная гигиена). Существенные изменения в деле специального образования военных врачей произошли в Санкт-Петербургской МХА после окончания Балканской войны в 1878 г. Военно-Медицинским Ученым

Комитетом были избраны для преподавания полевой военной хирургии профессора Академии А.А. Китев, В.Л. Богдановский и В.А. Грубер.²⁰ В 1879 г. помощником Инспектора студентов академии В.Н. Поповым была представлена программа военно-полевой хирургии и десмургии. Программа была рассмотрена и одобрена профессорами академии известными учеными Н.В. Склифосовским и И.Н. Коломниным. 13 октября 1879 г. последовало разрешение на чтение лекций по военно-полевой хирургии студентам 5-го курса академии [44]. В программу входил и довольно объемный материал, посвященный санитарно-тактическим вопросам. Здесь, например, рассматривались вопросы выноса раненых с поля боя, организации работы перевязочного пункта, эвакуации раненых различными видами транспорта (гужевым, железнодорожным, водным) [44].

Позже в 1882 г. в академии было положено начало изучению еще одной специальной военно-медицинской дисциплины – военной гигиены. С этого года по предложению Главного Военно-Медицинского Управления профессор А.П. Доброславин стал читать лекции по военной гигиене для прикомандированных военных хирургов, а с 1883-84 учебного года и для военных терапевтов. Лекции читались два раза в неделю по 1,5 часа, и один раз в неделю проводились практические занятия в течение часа [92]. Как и в программе военно-полевой хирургии, значительную часть лекций по военной гигиене представляли сведения по ОТМС. Так А.П. Доброславин в 1882 г. включает в свою программу следующие разделы: эвакуация раненых (п.20), общий строй военно-медицинского управления (п.23), строй санитарной помощи в военное время (п.24), исторические данные по санитарной обстановке русской и европейских армий (п.25) [92].

Таким образом, систематическое преподавание специальных предметов началось в последней четверти XIX века.

²⁰ .РГВИА, ф.546. – оп.3. – д.148

Почти в это же время (1881 г.) в Академии началось и преподавание студентам (в факультативном порядке) курса военно-медицинской администрации [52].

В 1881г. Санкт-Петербургская медико-хирургическая академия была преобразована в Военно-медицинскую академию. В академию принимались лица, окончившие первые два курса медицинского факультета университета. Студенты обязаны были носить военную форму. Срок обучения зачитывался в срок военной службы.

Последнее десятилетие XIX века характеризовалось стремлением приблизить подготовку военных врачей к практическим нуждам военно-медицинской службы. В 1890 г. была сделана первая попытка усовершенствования военных врачей по программе военно-медицинской администрации. Такое усовершенствование проходили младшие врачи полков 26-ой пехотной дивизии Киевского военного округа [2, с.100]. Понимание значения санитарно-тактической подготовки привело к тому, что в некоторых странах (Франция) стали проводится санитарно-тактические маневры. Ранее считалось, что санитарно-тактические маневры в России впервые были проведены в 1911 г. [13, с.10]. В результате проведенных нами исследований обнаружены архивные документы, свидетельствующие о проведении первых санитарно-тактических маневров в России в 1891 г.²¹

К этому времени большинство военных врачей уже понимало значение тактической подготовки. В статье «Санитарные маневры 1-ой гвардейской дивизии 1891 и 1892 гг. и обязанности дивизионного врача в бою» сказано: «В конце концов для всех военных врачей важно обучаться полевой верховой езде во время боя, чтению карт и их применению к имеющимся условиям и обстоятельствам. Было бы весьма интересно и поучительно присоединить к

²¹ РГВИА, ф.546. – оп.6. – д.№135²¹.

военной игре и санитарные маневры» [143, с. 289]. В больших гарнизонах существовала практика чтения лекций по тактике для военных врачей [22].

С 1902 г. студенты старших курсов ВМА во время летних каникул прикомандировывались к военно-лечебным учреждениям «для ознакомления с военно-медицинской практикой» [2, с. 108].

Согласно предписанию ГВМУ от 8.06 №12972 и 15.10. №23188 от 1907 г. в законодательном порядке вводились санитарно-тактические занятия.

Интересно, что приблизительно в это же время начались проводиться санитарно-тактические поездки и игры военных врачей и в европейских армиях – в Германии в 1898 г., в Австрии – в 1895 г. [111].

В 1911 г. вводилось в действие «Наставление для санитарно-тактических занятий военных врачей», в котором определялся порядок проведения регулярных занятий по санитарной тактике (впоследствии названной ОТМС) с военными врачами. Как писал видный теоретик ОТМС Я. Кричевский: «Таким образом, еще перед первой мировой войной были установлены в санитарной службе русской армии основы организации и методики санитарно-тактической подготовки» [40, с.58].

В учебную программу ВМА 1911-12 гг. на пятом курсе впервые вводится новый предмет «военно-санитарная служба с учением о войсковых болезнях и краткими сведениями по военной администрации». Во время первой мировой войны этот предмет преподавался в факультативном порядке. Его введение было значимым событием в становлении ОТМС. Военные врачи впервые получали возможность в мирных условиях готовиться к тому, что им предстояло делать на войне. На базе этого курса впоследствии сформировалась кафедра ОТМС.

3.5. Первые санитарные маневры и испытания санитарного поезда в России – предпосылки выделения ОТМС в самостоятельную отрасль военной медицины.

Во время санитарных маневров происходит реальное соединение теории и практики ОТМС, когда теоретические положения реально воплощаются на практике. Санитарные маневры являются в большой степени показателем уровня состояния теории и практики ОТМС. Этим обусловлено значение санитарных маневров, отмеченное еще автором одной из первых в России диссертации на санитарно-тактическую тему П. Потираловским. Он писал, что необходимый для военного врача практический опыт работы достигается «теоретическим изучением предыдущих кампаний и на практике на маневрах» [72, с.15].

Первый начальник кафедры военных и военно-санитарных дисциплин (в будущем кафедра ОТМС) профессор Б.К. Леонардов писал о значении санитарных маневров следующее: «Помимо учебных и воспитательных целей военно-санитарная служба на маневрах имеет возможность проверять и испытывать, в обстановке очень близкой к боевой, целый ряд своих тактических положений ...» [49, т.16, с.701]. Проведение санитарных маневров свидетельствовало о наличии собственной школы санитарной тактики, что было существенным признаком выделения санитарной тактики в отдельную отрасль военной медицины. В 1907 г. главный медик гвардейского корпуса русской армии С.Ф. Унтербергер был командирован на санитарные маневры, проводившиеся французской армией. В отчете о своей командировке С.Ф. Унтербергер дал краткую историческую справку о проведении санитарных маневров в наиболее крупных европейских армиях.²²

²² РГВИА, ф.546.– оп.6.– д. №135

Так, во Франции опыт проведения таких учений к этому времени (1907 г.) насчитывал уже 20 лет. Они проводились обычно в районе Парижа или Дижона.

В Австрии подобные учения проводились ежегодно в районе Брюна. На занятиях, проводимых с врачами с апреля по август, учились ставить шатры и палатки, отрабатывали методы эвакуации. В конце этого периода проводились санитарные маневры.

В Германии маневры не проводились. Санитарно-тактическая подготовка врачей ограничивалась решением задач на санитарно-тактические темы. [там же]. В Англии санитарные маневры стали проводиться с 1910 г. [88].

До настоящего времени считалось, что первые санитарные маневры были проведены в России в 1911 г. Известный теоретик и историк военной медицины – профессор А.С. Георгиевский, в одной из своих статей отмечал, что «в 1911 г. приказом по военному ведомству было введено в действие «Наставление для санитарно-тактических занятий военных врачей. ... В отдельных военных округах, например Московском, были организованы даже полевые учения медицинской службы» [13, с.10]. Об этом опыте упоминают и некоторые другие авторы [19].

Вместе с тем, обнаруженные нами в Российском Государственном Военно-Историческом Архиве документы позволяют отнести проведение первых санитарно-тактических учений в русской армии к более раннему времени, а именно, к 1891 г.

Учения проходили 27 мая 1891 г. в районе крепости Брест-Литовск с участием войск гарнизона крепости. В приказе по гарнизону в этой связи отмечалось: «Произведенный 27-го числа сего месяца в личном присутствии и при непосредственном указании Главного Военно-Медицинского Инспектора на крепостной эспланаде санитарный маневр для испытания практических приемов и действий, исполняемых войсковыми санитарами и Врачами на поле сражения, обнаружил величайшую пользу и

целесообразность подобных упражнений во время летних лагерных сборов войск».²³

Это были не просто занятия с младшим медицинским персоналом по отработке приемов первой помощи и эвакуации на носилках, о чем говорилось в приказе: «До сих пор занятия в вышеназванном направлении ограничивались только обучением войсковых санитаров приемам остановки кровотечения из ран и перевязки оных ..., организация же и распределение занятий на перевязочных пунктах, порядок приема и сортировки раненых, установление очередей в оказании пособия, отправка перевязанных в тыловые лечебные учреждения все это было упущено в нашей маневренной военно-учебной практике» [там же]. Кроме того, в отличие от обычных занятий с личным составом медицинской службы на маневры привлекались целые подразделения и части. Этот момент специально оговаривался в программе санитарно-тактических учений. Так, в проекте плана проведения следующих учений, составленном спустя месяц после первого их проведения (п. 3), говорилось следующее: «При выступлении части в составе меньше одного полка санитарные маневры не устраиваются». То, что это были первые учения подобного рода и то, что опыт их был вполне удачен, также было засвидетельствовано в приказе по гарнизону: «...Его Превосходительство Главный Военно-Медицинский Инспектор отнесся с одобрением к результатам первого опыта и старанию, проявленному на маневрах» [там же].

Проведение маневров было признано не только удачным, но и необходимым в дальнейшем. Дивизионному врачу 2-го пехотного корпуса, входившего в состав гарнизона крепости Брест-Литовска, было предложено составить программные документы для повторения таких маневров в ближайшем будущем. 28-го июня 1891 г. – спустя месяц после первых маневров – были составлены «Инструкции заведующему перевязочным пунктом» и «Проект плана для санитарных маневров». Одновременно был

²³ РГВИА, ф.546.– оп.6. – д. №135

представлен проект программы санитарных маневров, полностью сохранившийся в архиве. Со всей очевидностью можно предполагать, что проект плана и программа проведенных накануне маневров должны были во многом совпадать. Поскольку данный документ представляет значительный интерес для истории военной медицины, приводим его полностью.

Проект плана санитарных маневров во 2-ой пехотной дивизии.

1. Санитарные маневры устраиваются летом во время лагерных сборов с целью дать возможность дивизионным и старшим врачам распорядиться при обстановке близко подходящей к условиям военного времени, а носильщикам применять свои знания на практике. Последние должны приступать к маневрам вполне уже подготовленными.
2. Санитарные маневры разделяются на полковые и дивизионные.
3. Полковые санитарные маневры назначаются приказом Командира полка и, если возможно, 2 раза в течение лагерных сборов, когда полк в полном составе выступает на тактические учения. Назначение дивизионных маневров зависит от усмотрения Начальника дивизии. При выступлении части в составе менее одного полка санитарные маневры не устраиваются.
4. Наряд на полковые санитарные маневры. (В этом пункте подробно приводился штатный состав принимающих участие в маневрах, санитарный транспорт, а также вещевое и хозяйственное имущество.)

Санитарные припасы впредь до отпуска из казны приобретаются, кроме резиновых бинтов, на полковые средства. Всего лучше иметь при полку для санитарных маневров особый запас этих припасов в полуторном

количестве одного наряда, так как на маневрах известная трата этих материалов необходима.

5. На дивизионные санитарные маневры наряд от полков остается тот же самый, но от полков устраивают только 2 (а при сборе всей дивизии 3) перевязочных пункта. Остающийся свободный санитарный отряд от одного полка за исключением 1 линейки с младшим врачом, 1 медицинским и 4 ротными фельдшерами, которые остаются при своем полку и по одной линейке от прочих полков поступают в распоряжение дивизионного врача для устройства главного перевязочного пункта. На старшего врача этого полка возлагается исправление должности помощника дивизионного врача.

6. Ход санитарных маневров будет более или менее следующим:

а) перед маневром избираются места для перевязочных пунктов, на которых и сосредоточиваются санитарные отряды каждого полка. Полевые госпитали не открываются, они только предполагаются, но места для них так же выбираются;

б) с началом выступления выделяются из каждого полка приказом Командира его по одному взводу носильщиков, которые при офицере отправляются на свой перевязочный пункт, где поступают в распоряжение заведывающего оным. Другой взвод полковых носильщиков остающийся в полку будет представлять собою раненых, но число раненых может быть и гораздо больше. Всем этим людям, т.е. будущим раненым заблаговременно выдаются санитарные карточки с означением свойства раны;

в) в продолжение боя, когда по приказанию Начальника эти раненые начинают выбывать из строя носильщики, снабженные носилками и прочими санитарными принадлежностями и руководимые своим

офицером, приступают к подборке их и доставлению на перевязочный пункт;

г) на передовом перевязочном пункте производится по распоряжению старшего врача первая перевязка раненых и подкрепления сил их;

д) по окончании перевязки раненых немедленно отправляют на главный перевязочный пункт, для чего в помощь полковым носильщикам своевременно высылаются рота или взвод дивизионных носильщиков;

е) по отправлению всех раненых передовой перевязочный пункт снимается, полковые носильщики, сдав санитарные принадлежности, возвращаются в свои роты, и весь санитарный отряд присоединяется к своему полку;

ж) на главном перевязочном пункте, куда стекаются все раненые из первой линии, производятся нужные операции, накладываются неподвижные повязки, пересматриваются наложенные уже ранее перевязки, а затем раненые готовые к транспорту направляются на линейках и повозках в полевой госпиталь;

з) по отправлению всех раненых главный перевязочный пункт тоже снимается для безотлагательного следования дивизионного лазарета со своею дивизией;

и) по окончании маневра санитарный отряд дивизионного лазарета отправляется в свои полки» [там же].

Как видно из публикуемого плана проведения учений, программа первых санитарных маневров в России предполагалась весьма насыщенной. Как и в настоящее время, столетие назад личный состав медицинской службы получал опыт практического оказания всех видов медицинской помощи в полевых условиях. Отрабатывались вопросы развертывания этапов медицинской эвакуации (перевязочных пунктов), порядок работы на них, организация и порядок эвакуации раненых. Предполагалось выполнение врачами функциональных обязанностей должностных лиц, стоящих на ранг выше. Создавался поток «раненых» в количестве не менее взвода, которые

были снабжены имитационными талонами. Использование имитационных талонов или, как их тогда называли «ярлычков», было предусмотрено еще «Положением о носильщиках» от 1887 г.²⁴ Тщательно отработывались вопросы оснащения учений – без внимания не осталась ни одна мелочь вплоть до булавок и иголок.

В России такие маневры проводились и в дальнейшем. Среди документов РГВИА хранится программа подобных учений, проведенных в 1908 г. Здесь же хранится и отчет полкового врача, который выступал на данных учениях в роли дивизионного врача.²⁵

Проведение маневров в это время явилось характерной чертой заключительного этапа становления ОТМС. Оно так же свидетельствовало о понимании роли ОТМС в предстоящих боевых действиях. Кроме этого, проведение маневров стало весомой предпосылкой к выделению ОТМС в отдельную отрасль военной медицины.

Еще одной такой предпосылкой стали первые маневры (испытания) санитарного поезда, проводившиеся в 1902 г. В России еще в 1868 г. была выработана система приспособления товарных вагонов для перевозки раненых [25]. Эта система была несовершенна, и работы по ее усовершенствованию были продолжены. Их результатом стали маневры санитарного поезда, проводившиеся в 1902 г.

Одновременно с маневрами проводилось и отмотелизовывание приписного личного состава поезда. Маневры происходили с 27 августа по 8 сентября 1902 г.²⁶

Тот факт, что это были первые подобные маневры отмечается в отчете, посвященном итогам этих маневров [там же].

Ниже приводим программу этих маневров с небольшими сокращениями:

²⁴ РГВИА, ф.546.– оп.3. – д.701.– Л.6

²⁵ . РГВИА, ф.646. – оп. 3. – д. 1375.–Л.447-448

²⁶ РГВИА, ф.545. – оп. 3.– д.43. – Л.183-184

Программа пробной мобилизации военно-санитарного поезда во время маневров в 1902 г. в г. Курск.

1. Мобилизацию полагалось бы проводить согласно новому «Положению о военно-санитарных поездах» ныне окончательно разработанной в Главном Штабе ...;
2. Расход потребный на производство испытаний в 1902 г. был исчислен в 10 000 рублей ...;
3. Для испытания полагалось бы избрать поезд № 8 первой очереди формируемый с объявлением мобилизации в г. Воронеже ...;
4. Оборудование подвижного состава железною дорогою надлежит произвести применительно к мобилизационному плану и в срок установленный для военного времени...;
5. Поезд должен быть снабжен интендантским и медицинским имуществом;
6. Личный состав полагалось бы назначить согласно штату нового времени;
7. В виду необходимости произвести испытания военно-санитарного поезда во всех отношениях, ... необходимо присутствие на поезде местного Заведующего передвижением войск и представителя от Главного Штаба и Управления железных дорог;
8. Применительно к п. 7 и 8 полагалось бы назначить комендантом поезда Делопроизводителя Управления Военных Сообщений Генерального Штаба Подполковника Павского;
9. Коменданта, заведующего хозяйством, и членов комиссии полагалось бы командировать с таким расчетом, чтобы ко времени сосредоточения подвижного состава на ст. Воронеж эти люди были бы на месте;
10. В виду того, что лица, поименованные в п. 8 настоящей программы, будут нести обязанности, мало отличающиеся от обязанностей лиц состоящих при посредниках и в виду крайне напряженной деятельности их, Главному Штабу полагалось бы удовлетворить их на время предстоящей командировки наравне с лицами, состоящими при посредниках ...;

11. Осмотр поезда по окончанию оборудования полагалось бы поручить произвести Комиссии ... Вышеуказанную Комиссию полагалось бы составить из Заведующего передвижением войск, коменданта поезда, начальника службы тяги, агентов от службы движения и представителей от Главного Штаба;

12. Вполне мобилизованный поезд полагалось бы оставить в распоряжении Начальника Управления Военных Сообщений ...;

13. Оборудованный поезд желательно представить до начала им перевозок больных на обозрение ЕГО ИМПЕРАТОРСКОМУ ВЕЛИЧЕСТВУ ...;

14. Составить детальный журнал испытания всем частям административного, хозяйственного, медицинского и технического управления поезда ...;

15. В случае, если потребуются некоторые отступления от этой программы, таковые разрешается произвести Начальнику Управления Военных Сообщений ... [там же]

Как следует из отчета, по результатам маневров программа была выполнена полностью. Поезд был оборудован на станции в г. Воронеж и 28 августа отправлен в г. Курск. В поезде находился следующий личный состав: комендант поезда, заведующий хозяйством, главный врач, старший ординатор, фармацевт, 5 сестер милосердия, надзиратель, 4 фельдшера, 2 писаря, 3 повара, 2 нижних чина для уборки классных персональных вагонов, 4 нижних чина мастеровых железнодорожного батальона, 24 нижних чинов санитаров и 5 человек мастеровых от Юго-Восточных железных дорог [там же]. В отчете указывалось, что перечисленный личный состав поезда был уменьшен по сравнению с штатом, предлагаемым новым «Положением о военно-санитарных поездах» » на 2 врача и 2 сестры милосердия. По прибытии поезда в Курск (31 августа) были приняты первые 14 человек «нижних чинов». Половина из них была размещена на станках Кригера, другая половина на рессорных станках Коптева. В этот же день на станции Рышково поезд был осмотрен российским императором Николаем II. После окончания «высочайшего» осмотра поезд был отправлен обратно в Курск,

где были приняты еще 51 «раненых». Отсюда 4 сентября поезд был отправлен в Москву. «Раненые» размещались на станках Кригера, рессорных и безрессорных станках Коптева, а также в вагонах, оборудованных нарами образца 1877-78 гг. Выгрузка «раненых» производилась в Орле – 19 человек и в Туле – 9 человек. Оставшиеся «раненые» были выгружены в Москве. После этого поезд был отправлен в Воронеж в пункт расформирования [там же].

Во время маневров отрабатывалась весьма разнообразная программа. Производилась пробная загрузка и выгрузка условно раненых. Испытывалось различное оборудование для их транспортировки – станки Кригера и Коптева. Определенный опыт работы получил и личный состав поезда.

Выше уже было отмечено значение таких маневров в становлении практики и теории ОТМС.

Проведение санитарных маневров и испытаний поезда явилось характерной чертой завершающего периода становления ОТМС и её выделения в отдельную отрасль военной медицины.

Ко времени проведения первых санитарных маневров в России, в Европе санитарные маневры проводились только во Франции. Это свидетельствовало о наличии собственной школы санитарной тактики в России, не уступающей в принципе в этом вопросе остальным сравниваемым странам.

3.6. Роль военно-медицинских обществ в становлении ОТМС.

В конце 19 века в России возникают военно-медицинские общества (позже они стали именоваться военно-санитарными обществами): Особенно активны они стали после войны на Балканах 1877-78 гг. В работе обществ принимали участие не только врачи, но и строевые офицеры. В 1885 г. был утвержден устав Санкт-Петербургского «Военно-санитарного общества», который был положен в основу «Нормального устава общества». В этом уставе о целях общества было сказано следующее: «общество имеет целью ... содействовать развитию и преуспеванию военно-санитарного дела, равно

как и распространений сведений о военно-санитарных вопросах» [16, с.69]. Об этом же докладывал и Военно-Медицинский Инспектор Московского военного округа в своем рапорте на имя начальника Главного Военно-Медицинского Управления. В частности он писал: «Военных врачей, посвятивших себя исключительно военной службе, преимущественно интересуют военно-санитарные вопросы, потому последние и составляют главную часть программы общества, как то и обозначено в пунктах в., г., д. и е. §2 устава». ²⁷

Приоритет вопросов санитарной тактики, рассматриваемых на заседаниях общества, был характерной чертой в работе обществ.

Протоколы заседаний обществ печатались в существовавшей в конце 19 в. ежемесячной газете «Военно-санитарное дело». После некоторого упадка в своей работе эти общества возобновили свою деятельность в виде «Обществ ревнителей военно-санитарных знаний» в 1909 г. В этом году был принят устав общества. Программа деятельности общества предусматривала рассмотрение и обсуждение кроме всего прочего и: «...специальных сообщений с последующим обменом мнений и демонстрациями по санитарно-тактическим и санитарно-гигиеническим вопросам» [16, с.69]. Обсуждение этих вопросов оговаривалось уже в первых пунктах устава общества. В § 1 пункта «а» говорилось: «введены в предмет обсуждения и санитарно-тактические вопросы» [93, с.82].

Таким образом, еще раз был подтвержден приоритет вопросов санитарной тактики в работе военно-медицинских обществ.

Общества открывались в городах, где находился штаб военного округа (Петербург, Москва, Казань и др.), но и не только в этих городах. Общества занимались распространением санитарно-тактических знаний среди военных врачей. Так, например, на заседании Московского общества неоднократно

²⁷ РГВИА, фонд 546. – оп. 3. – д. 549.–Л.14. ²⁷

выступали известные военные врачи своего времени, такие как В. Заглухинский, Н. Миртов и другие. Как уже было сказано выше, предметом обсуждения обществ были самые разные вопросы, касающиеся военно-медицинской службы русской армии. Например, весьма важный для теории и практики ОТМС вопрос о проведении санитарных маневров рассматривался на заседаниях различных обществ ревнителей военно-санитарных знаний. В частности, в протоколе заседания Казанского Общества от 30.04.1912 г. дивизионный врач 43-го пехотного полка М.К. Чоловский сделал сообщение «Об опыте военной игры в санитарно-тактическом отношении». В сообщении указывалось, что военная игра проводилась в течении 9-16 марта 1912 г. в г. Казани. Игра проводилась при участии дивизионного врача и старших врачей полков дивизии [93, с.105]. Посредником в этой игре был сам докладчик. В ходе учения отрабатывались вопросы ОТМС, актуальные и в наши дни. Санитарные потери составляли 2 случая на 1000 человек. Убитые составляли 5% от всех санитарных потерь [58]. Проводился также расчет носильщиков, необходимых для выноса раненых с поля боя и их доставки на перевязочный пункт. Некоторые санитарно-тактические представления того времени остаются неизменными в наши дни: скорость движения носильщиков – 4 версты в час, расстоянии от линии огня до передового перевязочного пункта (современный аналог медицинского взвода батальона) – 2 версты. В ходе игры проводилась эвакуация в строгой последовательности по следующим этапам медицинской эвакуации: передовой перевязочный пункт – главный перевязочный пункт – полевой подвижный госпиталь [58, с.438]. В результате обсуждения доклада был сделан вывод о безусловной пользе проведения подобных игр в дальнейшем и желательном участии в этих играх не только старших, но и младших врачей полков [93].

Большое внимание при санитарно-тактической подготовке войск уделялось обучению носильщиков. Этому вопросу был посвящен доклад одного из членов Московского общества доктора Ф.А. Голубова. Этот

доклад носил форму «соображений и критических заметок по практическому вопросу обучения санитаров в частях войск в мирное время ввиду предстоящей деятельности тех же санитаров в военное время» [94]. В сообщении автор анализирует современное ему «Наставление для обучения носильщиков в частях» от 1893 г. Автор замечает, что в этом документе приводится большой объем информации, в частности сведения, касающиеся анатомии и физиологии человека. Между тем главной задачей носильщика является своевременный вынос раненого с поля боя и доставка его на этап медицинской эвакуации: «возможно скорое доставление раненого на перевязочный пункт» [там же, с. 163]. Однако именно этому вопросу уделено недостаточно внимания. В этой связи автор предлагает увеличить объем информации, связанный именно с этой стороной деятельности носильщика. В частности он предлагал более детально отрабатывать практические навыки укладывания и переноски раненого. Нельзя не заметить, что подобные требования к санитару-носильщику вполне актуальны и в наши дни.

Общества сыграли свою положительную роль в распространении знаний санитарно-тактического характера среди военных врачей. Они свидетельствовали о значительном интересе военных врачей к вопросам санитарной тактики. Как уже было отмечено выше, в заседаниях общества принимали участие и строевые офицеры. Это означало, что важность санитарно-тактических вопросов понимала и наиболее передовая часть командования русской армии. Наряду с санитарными маневрами появление военно-медицинских обществ и характер их работы стали зримыми свидетельствами выделения санитарной тактики (ОТМС) в отдельную отрасль военной медицины.

3.7. Становление ОТМС в европейских странах в период 1878-1918 гг.

В последнем периоде становления ОТМС во всех европейских армиях стала очевидной роль санитарно-тактической подготовки врачей в деле успешного медицинского обеспечения армии во время военных действий. С

военными врачами начинают проводиться санитарно-тактические занятия. Ранее всего это произошло в Австрии – 1895 г., потом в Германии – 1898 г., и затем во Франции – 1902 г. При подготовке военных врачей в Германии в 1908 г. уже был введен курс по организации санитарной службы в армии и курс военно-полевой хирургии. Этот курс изучался на последнем году учебы [96, с.313]. В России санитарно-тактическая подготовка военных врачей в обязательном порядке была введена в 1907 году. В учебную программу ВМА 1911-12 гг. впервые для изучения вводится новый предмет «Военно-санитарная служба с учением о войсковых болезнях и краткими сведениями по военной администрации». Как и в Германии, эта дисциплина была введена для изучения на пятом курсе обучения.

В этом периоде медицинской службой европейских армий стали проводиться санитарные маневры. Во Франции санитарные маневры стали проводиться с 1887 г., в России с 1891 г.²⁸ Ни в Германии, ни в Австрии подобные маневры к этому времени еще не проводились. В Англии подобные маневры стали проводиться с 1910 г. [96]. Таким образом, становится очевидным, что в вопросе санитарно-тактической подготовки военных врачей медицинская служба русской армии шла в ногу со временем и не отставала от армий крупнейших европейских стран.

К этому времени армии всех сравниваемых стран имели сложившуюся систему *лечебно-эвакуационного обеспечения*, основывающуюся на наличии штатного медицинского состава, лечебных учреждений с различным объемом медицинской помощи, штатных средств выноса раненых с поля боя и их дальнейшей эвакуации. В России это были дивизионные лазареты, военно-санитарный транспорт, полевые госпитали армейских приемников и эвакуационных пунктов. Во Франции силы и средства медицинской службы были представлены: дивизионной группой носильщиков, дивизионными и корпусными амбулансами, отделениями госпитализации, санитарно-автомобильными отделениями [41]. В английской армии: полевые

²⁸ РГВИА, ф.546.– оп.6.– д. №135

эвакуационные отряды, автосанитарные отряды, полевые госпитали и эвакуационные пункты [88].

Сравнительный анализ показывает, что система лечебно-эвакуационного обеспечения в рассматриваемых армиях была схожей. Особенно зримо это проявилось в конце рассматриваемого периода, т.е. в первую мировую войну. Первая помощь во всех армиях оказывалась непосредственно в боевой линии силами и средствами медицинской службы полка. В русской армии это был передовой перевязочный пункт, в английской – пункт первой медицинской помощи, во французской – санитарный пост. Далее раненые штатными силами сбора и выноса раненых эвакуировались на полковой перевязочный пункт в русской армии, полковой пункт медицинской помощи во французской и передовой перевязочный пункт в английской армии. Отсюда раненые транспортировались на этап медицинской эвакуации, развернутый дивизионными силами и средствами медицинской помощи. В России и Англии это был главный перевязочный пункт, во Франции – дивизионный пункт медицинской помощи. Далее во всех армиях эвакуация шла в госпитали. Все армии имели группы госпиталей в районе крупных железнодорожных узлов, тяготеющих к театру военных действий (головные эвакуационные пункты). Для эвакуации раненых широко использовался железнодорожный транспорт. Эвакуация раненых осуществлялась штатными транспортными средствами. В русской армии это был военно-санитарный транспорт или полутранспорт, в английской – полевой эвакуационный отряд, во французской – дивизионная группа носильщиков. Общим моментом для всех стран стало использование в эту войну для эвакуации раненых автомобильного транспорта. Отличие состояло в том, что автомобильной техники в армиях Англии и Франции было больше (по 1 автомобильному подразделению на дивизию) [41]. В России желательного количества автомобильных подразделений (1 на корпус) не было достигнуто до конца войны [83]. Все воюющие в первую мировую войну армии использовали специализированные госпитали. Во французской армии это

были специальные армейские центры для челюстно-лицевых раненых и для раненых с поражением глаз и орбиты, в английской армии – специальные госпитали для раненых в челюсть и для офтальмологических раненых [88]. Подобные госпитали (или их отделения) были и в русской армии. Еще одним общим моментом для медицинской службы практически всех армий стала идея выдвижения к передовой квалифицированной хирургической помощи. Эта идея воплотилась в появлении подвижных медицинских подразделений, в которых по штату находились врачи-хирурги. В русской армии это были подвижные хирургические отряды, в английской – хирургические группы усиления, во французской – хирургические амбулансы [41]. В какой-то мере об эффективности лечебно-эвакуационного обеспечения армии во время военных действий можно судить по показателю летальности раненых в этой войне. Этот показатель в армии Англии составил 7,7 %, Франции – 8,3%, Германии – 6,0% [31]. В русской армии этот показатель составил 11-11,5% [83]. Другой показатель, свидетельствующий об эффективности медицинского обеспечения – показатель возврата в строй раненых. Этот показатель был следующий: в английской армии – 82%, [88, с.223], во французской – 90% [41, с.46], в русской в среднем – 50% [1, т.3, стб. 1100].

В этот период во всех армиях шел процесс передачи всей полноты власти в деле *управления* лечебно-эвакуационным процессом в руки военных врачей. Медицинская служба рассматриваемых армий возглавлялась старшими медицинскими начальниками фронта, армии, дивизии, полка. В управлении госпиталями и лазаретами в русской армии, как и в армиях европейских стран, вся полнота управления принадлежала военным врачам. Однако на этом аналогии в управления медицинской службой в русской и иностранных армиях заканчивались. Одной из особенностей русской армии было существование двух различных органов управления отдельно для госпитального звена и войсковой медицинской службы. Военный врач германской армии Э. Кнорр, отмечая этот факт в 1883 г., писал: «Самая крупная ошибка санитарной организации русской армии, а именно ошибка

свойственная *из всех государств одной России*, (курсив мой – И.К.) – это был созданный разъединением госпитального и медицинского ведомства дуализм» [69]. Кроме этого в отличие от русской, в армиях сравниваемых стран медицинская служба фронта и армии возглавлялась старшими медицинскими начальниками, которые являлись кадровыми военными врачами [41]. В русской же армии медицинская служба фронта и армии возглавлялась строевыми офицерами, а не врачами. Поэтому медицинская администрация в русской армии имела гораздо меньше власти. В русской армии военные врачи по-прежнему были устранены от управления эвакуацией раненых. В армиях Франции, Англии и Германии, хотя и с некоторыми ограничениями, в руках военных врачей сосредоточивалось управление всем лечебно-эвакуационным процессом. Всю полноту власти в деле управления лечебно-эвакуационным процессом отечественные военные врачи получили только в конце первой мировой войны, когда медицинской службе было передана вся власть в управлении и эвакуационным делом. Таким образом, если завершение становления управления медицинской службой в иностранных армиях к началу первой мировой войны уже состоялся, то в отечественной армии он закончился только к концу этой войны – в 1918 г.

Противоэпидемические мероприятия в период этой войны строились в целом на общих принципах. В русской армии были взяты на вооружение походные дезинфекционные камеры, проводились обязательные прививки против брюшного тифа и холеры. Аналогичные мероприятия проводились и в армиях всех воюющих государств. Так, на вооружении английской армии состояли дезинфекционные камеры, убивающие споры столбняка, газовой гангрены, сибирской язвы. К концу войны широко применялась дезинсекция горячим воздухом от 70 до 110 градусов. В случае порчи обмундирования от горячего пара для дезинфекции использовался формальдегид [88]. Широко использовались душевые установки для санитарной обработки личного состава. Во французской армии использовались дезинфекционно-душевые

установки, имеющие в своем составе котел, резервуар на 1000 литров воды, паровую камеру, две малые формалиновые камеры. Душевая сеть развешивалась в палатке, которая имела 100 душевых сид [41].

В течение этой войны во всех армиях проводилась обязательная вакцинация противотифозной и холерной вакциной.

Медицинская служба имела на вооружении штатные противозидемические силы и средства – дезинфекционные отряды в русской армии, отделения гигиены тела во французской армии, санитарные секции в английской.

В то же время, если в качестве эталона эффективности противозидемических мероприятий взять инфекционную заболеваемость, то на этом общность в ситуации с эпидемической обстановкой в русской и союзных армиях заканчивалась. Во всех воюющих армиях уже в 1915 г. наблюдалось повышение инфекционной заболеваемости. Однако в армиях Франции, Англии, Германии и Австро-Венгрии вспышка заболеваемости брюшным тифом (наиболее распространенным инфекционным заболеванием на европейском театре военных действий) к 1918 г. была практически ликвидирована. Заболеваемости сыпным и возвратным тифом в Англии и Франции практически не было, в Германии и Австро-Венгрии она была значительно меньше, чем в русской армии. В русской же армии этот процесс пошел совсем по иному пути. Если вследствие предпринятых мер (вакцинации) заболеваемость брюшным тифом снизилась (с 56 тыс. заболевших в 1915 г. до 7,5 тыс. в 1917 г), то заболеваемость сыпным и возвратным тифом неуклонно возрастала и достигла масштабной эпидемии, поразившей всю страну. Достаточно сказать, что заболеваемость в русской армии в 1919 г. по сравнению с 1917 г. превышала по сыпному тифу в 36, а по возвратному в 6 раз [89, с.67]. Вспышка тифозных заболеваний и холеры отмечались также в армиях Германии и Австро-Венгрии. На это указывают некоторые сообщения в отечественной периодической печати того времени. В частности констатировался следующий факт: «неприятельские армии

понесли от болезней большую потерю, чем союзные армии» [8]. Отмечалось также, что «неприятельские армии имели много тифозных заболеваний, о которых открыто говорят медицинские журналы, отмечая повсюду эпидемии тифа, паратифов, кишечных расстройств тифозной формы.» [там же, с.42]. В обзоре работ немецких авторов есть заметки, указывающие на то, что в немецкой армии вакцинация стала проводиться позже, чем в армии союзников, в частности доктор Schot сообщал: «во французской армии вакцинация была введена раньше, чем в немецкой армии. Между французскими пленными было гораздо меньше тифозных заболеваний, чем при совершенно равных условиях в немецком войске» [там же, с.42]. Здесь же отмечалась, более высокая заболеваемость (в частности по сыпному тифу и холере) в австрийской армии, чем в немецкой. Здесь же приводились данные, отмечающие высокую степень иммунитета при вакцинации холерной вакциной [там же, с.42-46]. В любом случае, русская армия оказалась наиболее уязвимой в этом плане и имела наибольшую инфекционную заболеваемость. Тем не менее, винить в этом медицинскую службу русской армии было бы не совсем корректно. Можно предположить, что ситуация с инфекционной заболеваемостью в Англии и Франции вряд ли была бы столь благостной, если бы эти страны потрясла такая же социальная катастрофа, которая случилась в России в октябре 1917 г.

Противоэпидемическое обеспечение в этот период строилось на последних достижениях медицинской науки. В армиях всех стран были штатные противоэпидемические подразделения. Катастрофическая ситуация с эпидемиологической обстановкой в России, сложившаяся в конце войны, не связана с деятельностью военно-медицинской службы. Её причиной стали социально-политические потрясения, постигшие Россию. Противоэпидемические мероприятия медицинской службы русской армии ни в чем не уступали таковым в европейских армиях. Таким образом, в течение этого периода закончилось становление противоэпидемического обеспечения.

В русской армии для *военно-медицинского снабжения* войск на фронте, были развернуты полевые аптеки (по одной на армию). Эти аптеки снабжались из аптечных складов и магазинов, которые находились на территории военных округов. Центральным органом заготовления и снабжения медицинским имуществом также являлся Завод военно-врачебных заготовлений. Если полевая аптека была развернута на большом удалении от аптечного магазина (склада), между ними разворачивались временные аптечные магазины. Подобная система, когда внутри страны находились центральные органы снабжения, которые обеспечивали полевые медицинские склады и аптеки, существовала и в других армиях. В Англии это был центральный склад в Вульвиче. Он снабжал армейские склады (на Западном фронте было развернуто 5 таких складов). Из армейских складов медикаменты и имущество направлялись в 30 передовых складов. В каждой армии было по 3 передовых склада. Они снабжали госпитали, из которых в свою очередь шло снабжение полковых аптек [88]. Во Франции внутри страны были центральные специализированные склады, из которых имущество поступало в армию на стационарные склады. Эти склады снабжали имуществом так называемые армейские резервы санитарного имущества. Отсюда имущество ежедневно уходило на станции (центры) снабжения, которые находились в дивизиях. На станции (центры) снабжения прибывали полковые врачи и получали здесь медикаменты и имущество [41]. К этому времени были предприняты меры, направленные на устранение одного из главных недостатков этой практической категории, – отсутствия достаточно эффективной системы накопления медикаментов. К ним относилось появление практически во всех армиях таблетированных и ампульных лекарственных форм. В России, например, на Заводе военно-врачебных заготовлений впервые в 1904-05 гг. стали изготавливать инъекционные растворы в ампулах. Во французской армии в преддверии войны в течение в 1912-13 гг. на центральном аптечном складе был создан увеличенный запас медикаментов, кроме этого медицинская служба создала

запас сырья для изготовления медикаментов [там же, с.184]. Приготовительные мероприятия были проведены и в английской армии. Так на центральном складе в Вульвиче, где хранился шестимесячный запас медикаментов, он был увеличен до годового запаса [88]. В начале военных действий большое количество раненых вызвало определенные трудности в процессе снабжения практически во всех армиях. Тем не менее, вполне развитая материальная база фармацевтической промышленности помогла справиться с этими трудностями. В России, например, новые фармацевтические заводы открывались даже во время войны. В Англии выпуском фармацевтической продукции занималось более 800 фирм. С этими фирмами за годы войны было заключено более 5 тысяч договоров [88, с.20].

В течение первой мировой войны впервые было применено оружие массового поражения – отравляющие вещества (ОВ). Воюющие армии столкнулись с необходимостью быстрой выработки мероприятий, направленных на устранение последствий применения этого оружия. Становление системы *мероприятий по защите от оружия массового поражения* происходило по сходным направлениям во всех армиях. К таким направлениям следует отнести:

- появление индивидуальных средств защиты (противогазов);
- разработка системы обучения личного состава правилам пользования этими средствами;
- появление в медицинской службе специализированных лечебных учреждений для пораженных ОВ.

В России в скором времени было налажено поступление в войска противогазовых повязок, основанных на пропитывании их гипосульфитом. В дальнейшем испытания показали более высокую эффективность противогазов Зелинского-Кумана. В английской армии это были респиратор «РН», а с 1916 г. «английский малый противогаз-коробка» [88, с. 84-85], во

французской армии – противогаз «ARS», а позже «противогаз фильтрующий Тиссо» [41, с. 124].

Во всех армиях были организованы специальные учебные подразделения, где обучали правилам применения защитных средств, проводили окулирование личного состава в газовых камерах.

Довольно быстро врачи всех армий пришли к пониманию необходимости наличия специальных госпиталей, предназначенных для пораженных ОВ. В русской армии (с 1916 г.) это был специальный госпиталь, содержащийся при головном эвакуационном пункте (на 210 пораженных ОВ). В английской и французской армиях это была система так называемых, Z-учреждений. Во Франции специализированные амбулансы и Z-госпитали, в английской армии корпусные и армейские Z-госпитали.

Об эффективности деятельности категории защиты от оружия массового поражения свидетельствует показатель летальности при поражении ОВ, который составил в германской армии – от 2,3% до 9%, в английской – от 2,3% до 7,3%, [31, с.121]. В русской армии смертность по 12 наиболее крупным газовым атакам составила 20,2%.

Теория ОТМС. Особенностью этого периода было появление теоретических работ, целиком и полностью посвященных вопросам медицинского обеспечения армии во время боевых действий. Наиболее известными авторами таких работ были австрийские и немецкие военные врачи и офицеры, и в первую очередь, такие как: Хён (Höhn), Мёрдок (Myrdacs), Фрёлих (Frölich) и некоторые другие.

Офицер австрийского генерального штаба Хён хотя и не был врачом, тем не менее, являлся автором целого ряда работ по санитарной тактике. Наиболее известными из них являются: «Der operative und taktische Sanitätsdienst in Rahmen der Korps nebst einer Aufgabensammlung»²⁹, Vien

²⁹ «Оперативная и тактическая санитарная служба в составе корпуса и сборник задач»

1907, «Der Sanitätsdienst in Kriegen»³⁰, Wien 1897, в соавторстве с Kusmanek, «Die operative und sanitätstaktische Tätigkeit des Armeechefarztes»³¹, Wien 1910, и другие. Первая из работ была переведена на русский язык Ю. Лазаревичем и издана в Санкт-Петербурге в 1908 г. Работа состояла из двух частей и включала теорию санитарной службы и сборник задач по санитарной тактике. В первой части, отмечая успехи распространения санитарно-тактических знаний среди военных врачей в последнее время, автор писал: «...мне приходится с удовольствием убеждаться в том, что оперативная и тактическая санитарная служба или, короче, *санитарная тактика*, все больше и больше теряла облик чего-то страшного, что военные врачи с каждым годом больше осваивались с частными задачами санитарной тактики ...» [97, с.5]. В работе детально разбиралась деятельность должностных лиц медицинской службы в различные периоды боя. Так, рассматривалась работа главного врача армейского корпуса (корпусного врача) в подготовительный период боя. При этом отмечалось, что главная его задача предусмотреть, чтобы «при неудачном исходе боя, раненые не должны попасть в плен» [там же, с. 9]. Главную задачу эвакуации раненых при этом автор видит в том, чтобы «в тот же день доставить на этапную линию всех раненых могущих перенести перевозку» [там же, с.14]. Основную задачу корпусного врача на следующем этапе – в ходе боя – автор видит в том, чтобы корпусной врач «... сосредоточил свое внимание на определении времени и места открытия пунктов для легкораненых и перевязочных пунктов» [там же, с.22]. После окончания боя корпусной врач распределяет санитарный транспорт и госпитали по дивизиям [там же, с. 23]. Так же детально была описана работа дивизионного врача. Отдельно рассматривались вопросы эвакуации и санитарного транспорта, при этом рассматривались виды санитарного транспорта и способы выноса раненых с поля боя. Вторая часть работы Хёна представляла собой сборник санитарно-тактических задач – всего 14 задач.

³⁰ «Санитарная служба на войне»

³¹ «Оперативная и санитарно-тактическая деятельность главного армейского врача»

Среди задач были следующие: Санитарная служба в бою (задача № 12), Организация призрения раненых на поле боя (задача № 14) и другие подобные задачи. В работах Хёна были освещены практически все основные вопросы теории ОТМС.

Другим видным разработчиком вопросов медицинского обеспечения армии во время военных действий был военный врач австрийской армии Мёрдок (Myrdacs). Основными его работами в этом плане являлись: «Das deutsche Militär Sanitäts wessen Geschichte und gegenwartige Gestaltung»³², Vien 1896, «Sanitäts Geschichte der Feldzuge 1864 und 1866 in Danemark, Bohem und Italien»³³, Vien 1897.

Работа Мёрдока «Das deutsche Militar Sanitäts wessen Geschichte und gegenwartige Gestalung» состояла из пяти разделов. Вопросы санитарной тактики наиболее подробно рассматривались в пятом разделе, который назывался Sanitätsdienst in Feld (Санитарная служба в действующей армии). В этом разделе освещались вопросы структуры санитарной службы, обязанностей ее должностных лиц, управления санитарной службой во время боя. Отмечалось, что военно-медицинский состав разделяется в немецкой армии на: а) военных врачей в офицерском ранге – корпус офицеров медико-санитарной службы, б) военных врачей в ранге унтер-офицеров, лазаретных фельдшеров и военных санитаров [109, с.65]. Говоря о структуре медицинской службы, развертываемой на поле боя, автор отмечает, что она включает в себя: а) палатки для легкораненых, б) временные лазареты и с) войсковые перевязочные пункты [там же, с.81]. Подробно разбирались обязанности должностных лиц военно-медицинской службы. В частности отмечалось, что: «Начальник медико-санитарной службы действующей армии (Chef des Feld-Sanitätswesens) несёт ответственность за работу всей медико-санитарной службы в действующей армии и за её соответствие

³² «Немецкая военно-санитарная служба, история и современная организация»

³³ «История санитарной службы походов 1864-66 гг. в Данию, Богемию и Италию»

директивам, поступающим от главного инспектора этапной и железнодорожной службы [там же, с.81]. Об обязанностях дивизионного врача сообщалось следующее: «Начальник медико-санитарной службы дивизии (der Divisionsarzt), если ожидается бой или наплыв раненых, обязан (по личному докладу коменданту дивизии) при помощи подчинённых врачей выбрать помещения на территории дивизии, годные для размещения в них лазаретов» [там же, с.89]. Рассматривались так же вопросы санитарного транспорта и эвакуации раненых. Как и предыдущая работа, она так же затрагивала практически все важнейшие вопросы медицинского обеспечения армии в военное время.

Еще одним автором, освещающим вопросы организации медицинского обеспечения во время военных действий, был немецкий военный врач Фрёлих (Frölich). В 1888 г. на русский язык была переведена его книга «Военная медицина, краткое изложение всего военно-санитарного дела», Спб., 1888 г. Книга состояла из 8 частей, вопросы санитарной тактики (в будущем ОТМС) были изложены в основном в 3-й части – военно-санитарная организация и 7-й части – военно-лечебная служба. В предисловии 3-й части (военно-санитарная организация) автор давал определение этой организации как той части военной медицины, которая «...всего более носит на себе характерный отпечаток именно военной медицины ...» [96 с.2]. В этой части приводилась структура военно-медицинского персонала немецкой армии, который в то время состоял из: «...призванных правительством врачей, лекарских помощников (фельдшеров, Heilgehilfen), помогающих врачам при механических пособиях и лиц, прислуживающих у больных (Krankenwerter)» [там же, с.36]. Здесь же освещался вопрос о руководящем составе медицинской службы, который состоял из начальника военно-полевой санитарной части, генеральных врачей армии, дивизионных врачей, личный состав полковой медицинской службы [там же, с.44]. В 7-й части (военно-лечебная служба) приводились сведения о санитарном транспорте. Рассматривались разные виды

транспорта, в т. ч. и железнодорожный. Автор отмечал: «Мысль пользоваться железными дорогами для транспортирования больных или раненых солдат напрашивалась сама собою, как только появились рельсовые пути» [там же, с.634]. Необходимо отметить, что немецкая (прусская) армия была первой (1866 г.), которая использовала железнодорожный транспорт для медицинской эвакуации. Говорилось о важности умения санитарями оказать эффективную первую медицинскую помощь. При этом отмечалось, что объема этой помощи должно быть: « ...достаточно до прибытия врача» [там же, с.569]. Подробно рассматривалась организация работы и структура медицинской службы на поле боя. Согласно положениям немецкой армии на поле боя разворачивался перевязочный пункт. В случае подхода санитарного отряда перевязочный пункт вливался в состав этого отряда. Отсюда эвакуация раненых шла в полевой лазарет [там же, с.593].

Как в работах Хёна, Мёрдока и Фрёлиха были освещены практически все наиболее важные вопросы санитарной тактики.

Выводы третьей главы

Третий период становления ОТМС охватывает отрезок времени с 1879-го по 1918-й гг. В начале периода вышла в свет работа Н.И. Пирогова «Частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии» (1879 г.). В этой работе Н.И. Пирогов впервые определил роль ОТМС как решающего фактора в организации медицинского обеспечения во время войны.

В этот период в России были проведены первые санитарные маневры, на которых военно-медицинская служба получила возможность отрабатывать на практике теоретические вопросы санитарной тактики. Еще одной особенностью было появление военно-санитарных обществ, приоритетом которых были вопросы санитарной тактики. Проведение санитарных маневров и появление военно-санитарных обществ стали важными предпосылками выделения ОТМС в отдельную отрасль военной медицины.

Передача управления лечебно-эвакуационным процессом в руки военных врачей в 1918 г. означала окончательное становление этой составляющей ОТМС.

Появление штатных противоэпидемических подразделений свидетельствовало об окончательном становлении такой практической составляющей, как противоэпидемическое обеспечение.

В этот период окончила свое становление и последняя практическая составляющая ОТМС – защита от оружия массового поражения.

Таким образом, главной особенностью третьего периода стало завершение становления теории ОТМС и таких практических составляющих как: противоэпидемическое обеспечение, управление медицинской службой, мероприятий по защите от оружия массового поражения.

Завершение становления теории и всех практических составляющих означало окончательное становлении ОТМС в период 1878-1918 гг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная работа предпринята с целью изучить и проанализировать процесс становления ОТМС в России, выявить основные этапы и характерные особенности этого процесса в России на основе сравнительного анализа с другими европейскими странами.

В настоящее время существует немного работ, посвященных становлению ОТМС. В них процесс становления рассматривается на основе анализа *теоретических* трудов, в которых освещались проблемы медицинского обеспечения в военное время. Между тем, началу становления ОТМС послужили *практические* запросы медицинского обеспечения войск в военное время. Медицинское обеспечение рассматривается нами как основа анализа становления ОТМС на том основании, что именно медицинское обеспечение армии во время военных действий является предметом научного изучения ОТМС. Нами предложено рассмотреть процесс становления ОТМС как совокупный процесс постепенного формирования теории и практики медицинского обеспечения во время военных действий.

Как известно, практика медицинского обеспечения войск во время войны включает в себя: лечебно-эвакуационное обеспечение, управление медицинской службой, противозидемическое обеспечение, военно-медицинское снабжение. Эти понятия объединены нами в практические составляющие ОТМС. Теоретические работы, в которых рассматриваются проблемы медицинского обеспечения армии во время военных действий, мы рассматриваем как теоретическую составляющую ОТМС.

В результате проведенного исследования нами установлено, что процесс становления ОТМС включал в себя три периода. Начало становления организации медицинского обеспечения армии во время военных действий мы связываем с появлением в Московском государстве в 1620 г. «Книги воинской о всякой стрельбе и огненных хитростях» – первого государственного документа, в котором были изложены сведения об

организации военно-медицинской службы. Таким образом, начало первого периода становления ОТМС мы относим к 1620 году. Войны, которые вело Московское государство на протяжении XVII, а затем XVIII веков диктовали необходимость упорядочить организацию медицинского обеспечения во время военных действий, сделать его эффективным и отвечающим потребностям армии. В «Книге воинской ...» упоминались лишь отдельные фрагменты медицинского обеспечения армии во время войны. Главным образом, они касались одной ее практической категории — лечебно-эвакуационного обеспечения. Управление медицинской службой, противоэпидемическое обеспечение, военно-медицинское снабжение в «Книге воинской ...» не упоминались.

На протяжении XVII века полковой лекарь встречался далеко не в каждом полку. Штатных военных госпиталей в это время не было. Военные медики не принимали участия в управлении медицинской службой.

Противоэпидемические мероприятия были малоэффективны. Русская армия до начала XX века теряла людей больше от болезней, чем от воздействия оружия противника.

Таким же несовершенным было и снабжение армии медикаментами. До начала XVIII века единственным довольствующим органом армии оставался Аптекарский приказ, полевых аптек в армии не было. Такое состояние медицинского обеспечения армии отвечало «младенческому» состоянию как русской постоянной армии (с 1550 г.), так и ее военно-медицинской службы (с 1620 г.).

В 1716 г. в русской армии появляется новый законодательный документ — «Устав воинский». Если в предыдущих документах приводились лишь отдельные сведения о медицинском обеспечении, то в «Уставе воинском» 1716 г. были отражены практически все составные части медицинского обеспечения армии во время военных действий. Согласно этому документу лечебно-эвакуационное обеспечение осуществляли штатные доктора и полковые лекари. Для лечения раненых и больных воинов были

предусмотрены штатные госпитали. Для управления личным составом полковой медицинской службы «Уставом» 1716 г. был предусмотрен главный доктор, который состоял при командующем. Власть главного доктора ограничивалась только управлением личным составом медицинской службы и не распространялась на управление лечебно-эвакуационным процессом. Противоэпидемическое обеспечение согласно «Уставу» 1716 г. возлагалось на специальное должностное лицо, впервые упоминающееся в русском военном уставе – «профоса». В «Уставе» 1716 г. приводились данные о военно-медицинском снабжении, в частности, предусматривалось наличие двух аптек при кавалерии и при инфантерии (пехоте).

В течение первого периода положено начало становлению почти всех практических составляющих ОТМС. Окончание первого периода относится к 1812 г., когда в ходе Отечественной войны ярко проявились недостатки медицинского обеспечения армии во время боевых действий. Эти недостатки заключались в отсутствии штатных госпиталей военного времени, штатных сил и средств сбора и выноса раненых с поля боя; участие военных врачей в управлении медицинской службой было ограничено; отсутствовали штатные противоэпидемические подразделения и эффективная система военно-медицинского снабжения.

Их причиной было непонимание проблем медицинского обеспечения. Неслучайно, на протяжении первого периода не было ни одного теоретического труда, в котором рассматривались проблемы медицинского обеспечения армии во время боевых действий.

Таким образом, главной особенностью первого периода стало начало формирования практических составляющих ОТМС.

Попыткой осознания проблем медицинского обеспечения стали первые теоретические работы на эту тему, которые появились в начале второго периода становления ОТМС (1812 – 1878 гг.).

Первой такой работой был труд военного врача русской армии И. Энегольма (1813 г.). В этой работе впервые рассматривались такие важные

вопросы медицинского обеспечения во время военных действий как: порядок развертывания перевязочных пунктов и госпиталей, маневры силами и средствами медицинской службы, порядок эвакуации раненых и некоторые другие вопросы.

Особенностью этой и других первых работ было то, что они носили описательный характер. Вопросы медицинского обеспечения армии во время военных действий составляли незначительную часть этих работ. Результатом осмысления основных проблем медицинского обеспечения, освещенных в этих работах, стали преобразования, направленные на устранение недостатков медицинского обеспечения армии во время войны.

Главным из этих преобразований явилось появление в начале периода (1816 г.) первого документа, регламентирующего накопление запасов материальных средств для развертывания госпиталей в военное время. Положение о накоплении запасов материальных средств было временно отменено в 1828 г., но уже в 1833 г. было закреплено окончательно.

В течение второго периода проходило дальнейшее развитие эвакуационной системы. Н.И.Пироговым была предложена сортировка раненых, были учреждены штатные силы и средства сбора и выноса раненых, для эвакуации раненых стал использоваться железнодорожный транспорт.

К окончанию периода сложилась в общих чертах система лечебно-эвакуационного обеспечения, которая реализовывалась русской армией во всех последующих войнах. Все эти преобразования свидетельствовали о завершении становления такой важной практической составляющей ОТМС как лечебно-эвакуационное обеспечение.

В течение этого периода была также создана система военно-медицинского снабжения, позволившая в целом не испытывать дефицита медикаментов во время Балканской кампании и всех последующих войнах русской армии. Тем самым было завершено становление и этой практической составляющей ОТМС.

Достижения медицинского обеспечения этого периода были реализованы в Балканской войне 1877-78 гг. Ряд проблем медицинской службы были выявлены и в эту кампанию. Тем не менее, достаточное количество госпиталей военного времени, решение проблемы нехватки военных врачей, появление штатных носильщиков, появление нового вида санитарного транспорта (железнодорожного) значительно улучшили медицинское обеспечение армии по сравнению с прошлыми войнами. Таким образом, главной особенностью второго периода стало завершение становления лечебно-эвакуационного обеспечения и военно-медицинского снабжения, а так же начало становления теории ОТМС.

Начало третьего периода (1878-1918 гг.) было ознаменовано выходом в свет работы Н.И. Пирогова «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877-78 гг.» (1879 г.). В этой работе впервые была сформулирована основополагающая роль ОТМС в медицинском обеспечении армии во время боевых действий.

Появление штатных противозидемических подразделений (1905 г.) стало свидетельством завершения становления санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий.

В 1918 г. военным врачам была передана вся власть в управлении лечебно-эвакуационным процессом на театре военных действий, что означало завершение становления управления медицинской службой.

Применение противником на полях сражений I мировой войны отравляющих веществ (ОВ), вынудило медицинскую службу искать защиту от этого оружия. Появление эффективных для своего времени индивидуальных защитных средств (противогаз Зелинского-Кумана), обучение личного состава действиям в условиях применения отравляющих газов, понимание необходимости специальных лечебных учреждений для пораженных ОВ означало завершение становления последней практической категории ОТМС – мероприятий по защите от оружия массового поражения.

Особенностью третьего периода стало возникновение военно-медицинских обществ. Приоритетом в их работе были вопросы санитарно-тактического характера, о чем было декларировано в уставе обществ. Еще одной важной особенностью этого периода стало проведение санитарных маневров. На основе архивных данных нами установлено, что первые санитарные маневры в русской армии были проведены в 1891 г. Во время санитарных маневров медицинская служба получила возможность отрабатывать на практике различные теоретические установки ОТМС. Проведение подобных маневров наряду с возникновением военно-санитарных обществ и введением понятия «санитарная тактика» стали важными предпосылками выделения ОТМС в отдельную отрасль военной медицины.

В течение третьего периода впервые появилось понятие о санитарной тактике. В 1890 г. врач финского батальона русской армии К.Ф. Вальберг издал работу «Опыт краткого руководства по тактике санитарных войск». Объединив медицинские подразделения в понятие «санитарных войск», он впервые писал об их тактике на поле боя. В начале XX века в работах П.П. Потираловского (1907 г.) и Хёна (Höhn) (1907 г.) появляется понятие «санитарная тактика». Со временем понятие «санитарная тактика» трансформировалось в понятие «ОТМС». В течение текущего периода появились первые диссертации на санитарно-тактическую тему (И.Д. Сарычев 1885 г. и П.П. Потираловский 1907 г.) Теория «этапного лечения» В.А. Оппеля (1915 г.) стала основой лечебно-эвакуационного обеспечения армии на многие годы вперед. В отличие от работ второго периода все вышеназванные работы носили не описательный, но обобщающий характер и знаменовали завершение становления теории ОТМС. Завершение становления теории и практических категорий ОТМС свидетельствовало об окончательном становлении ОТМС в России в третьем периоде 1879-1918 гг.

Таким образом, нами установлено, что процесс становления ОТМС заключался в последовательном формировании её теоретической и практических составляющих. Начало становления практических

составляющих и теории ОТМС происходило в разные периоды. Так же не одновременно происходило и завершение становления этих составляющих. В течение первого периода (1620-1812 гг.) начали свое становление лишь практические составляющие ОТМС.

В течение второго периода (1812-1878 гг.) завершилось формирование двух важных практических составляющих: лечебно-эвакуационного обеспечения и военно-медицинского снабжения. В этот же период началось становление теории ОТМС.

В третьем периоде (1878-1918 гг.) завершили становление такие практические составляющие как: управление медицинской службой, мероприятия по защите от оружия массового поражения, противоэпидемическое обеспечение и теория ОТМС. Важной предпосылкой завершения становления ОТМС в этом периоде стало проведение первых санитарных маневров.

Завершение становления теоретической и практических составляющих ОТМС в течение периода с 1878 по 1918 гг. свидетельствовало об окончании становления ОТМС.

ВЫВОДЫ

1. Становления ОТМС в России проходило в период с 1620 по 1918 годы, включало в себя три этапа и состояло в постепенном формировании пяти практических составляющих и теории ОТМС.
2. Первый этап охватывает период с 1620 по 1812 годы и характеризуется появлением военно-медицинской службы и началом становления практических составляющих ОТМС.
3. Второй этап охватывает период с 1812 по 1878 годы и характеризуется началом становления теории ОТМС, завершением становления двух практических составляющих – лечебно-эвакуационного обеспечения и военно-медицинского снабжения: учреждены штатные госпитали военного времени, штатные силы сбора и выноса раненых и сформировалась система снабжения армии медикаментами и медицинским имуществом.
4. Третий этап охватывает период времени с 1878 по 1918 годы и характеризуется завершением становления теории ОТМС и всех практических составляющих – управления медицинской службой, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, мероприятий по защите от оружия массового поражения. Военно-медицинскую службу возглавили военные врачи, введены штатные противоэпидемические силы и средства, сформировалась система мероприятий по защите от оружия массового поражения.
5. Возникновение и становление теории ОТМС, как одной из составляющих ОТМС стало результатом осмысления проблем медицинского обеспечения и обобщения опыта практической деятельности в войнах XIX – начала XX веков.
6. Первые санитарные маневры в России были проведены в 1891 году.
7. Становление ОТМС в России и Европе завершилось одновременно во время первой мировой войны.

Библиография

1. Абрамов П.А. Мировая война 1914-1918 гг. // Энциклопедический словарь военной медицины.— М.:Государственное издательство медицинской литературы, 1948. — Т. 3. — Стб. 1080-1122
2. Байрашевский О. А. Организация санитарной службы (мирное время) в главнейших европейских армиях, СПб.: 1910. — 341 с.
3. Байрашевский О.А. Военно-медицинское образование во Франции //Известия Императорской Военно-медицинской Академии. — 1914.- Т. 28. — С. 222-249.
4. Бобровский П.О. Военное право в России при Петре Великом.Ч.2, СПб.: 1886. — 392 с.
- 5.Будко А., А., Шабунин А.В. О создании военно-медицинской службы в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2002. — №2. — С. 56-58
6. Вальберг К.Ф.Опыт краткого руководство по тактике санитарных войск, 1890. — 16 с.
7. Военно-медицинский отчет за войну с Турцией 1878-88 гг. Спб., 1885 г.
8. Гедговд Э.А. Несколько документов относительно заболеваний в неприятельских армиях // Морской врач. —1917, янв.-февр. — С.38-47
9. Генриций П.А. Вспоминания о Восточной войне 1853-55 гг.// Русская старина, 1877.— Т.20. — 568 с.
10. Георгиевский А.С. История военной медицины. — Л., 1982.— с. 103
11. Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Исторический очерк развития медицинской службы армейских объединений. — Л., 1955. — 221 с.
12. Георгиевский А.С. Исторические корни и теоретические предпосылки взаимосвязи военной гигиены и ОТМС //Материалы конференции посвященной 100-летию кафедры общей и военной гигиены ВМА им. С.М.Кирова. — Л., 1971. — С.13-14
13. Георгиевский А.С. 25 лет кафедре ОТМС ВМОЛА им. С.М.Кирова /Вопросы истории и теории ОТМС. — Л.: Издательство Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, 1956. — С. 7-25.

14. Георгиевский А.С. О предмете исследования и определения ОТМС /Вопросы истории и теории ОТМС. – Л.: Издательство Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, 1956. – С. 25-36.
15. Георгиевский А. Основные этапы и направления развития ОТМС //Военно-медицинский журнал. – М., 1973. – №3. – С. 86-90
16. Георгиевский А.С. К истории возникновения военно-медицинских обществ в России // Военно-медицинский журнал. – 1945. – №7.– С. 69-71
17. Георгиевский, А.С. К вопросу развития тактики медицинской службы как научной дисциплины //Военно-медицинский журнал. – М., 1948. – №2. – С. 26-33
18. Георгиевский А.С. Лечебно-эвакуационное обеспечение //Энциклопедический словарь военной медицины. – М.,1948. – Т.3. – Стб. 323-366
19. Григорьев А.Н., Иванов Н.Г. , Лобастов О.С. О содержании и методах научных исследований организационных вопросов медицинского обеспечения войск / Вопросы истории и теории ОТМС, Л.: Издательство Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. – 1956. – С. 46-57
20. Гладких П.Ф. Краткий исторический очерк становления и развития системы медицинского обеспечения Сухопутных Войск России-СССР. – Спб., 1997. – 183 с.
21. Гусаров В.И. Генерал М.Д.Скобелев. – М.: Центрполиграф, 2003. – 334 с.
22. Деникин А.Н.Старая армия.Офицеры. – М.:Айрис-пресс, 2005. – 503 с.
23. Евланов Л.С. О значении опыта медицинского обслуживания пораженных отравляющими веществами в первую мировую войну 1914-1918 гг. /Вопросы истории и теории ОТМС. – Л.: Издательство Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, 1956. – 260 с.
24. В.В.Заглухинский. Организация и работа военно-медицинской службы в Отечественную войну 1812 г. – М. – 1912. – 210 с.
25. Загускин, А.С. Первое применение постоянных военно-санитарных поездов // Военно-медицинский журнал. –1949. – №6. – С. 53-55

26. Затлер Ф.К. О госпиталях в военное время, СПб., 1861.– 153 с.
27. Затлер Ф.К. Участь раненых и больных во время войны. – СПб, 1868. – 166 с.
28. Змиев Л.Ф.Чтение по врачебной истории. – СПб, 1896. – 251 с.
29. Змиев Л.Ф. Первый в России военно-временный госпиталь. – //Исторический вестник. – 1886. – Т.25. – С.102-113
30. Ивановский. История Императорская Военно-Медицинская Академия 1798-1898 гг., Спб, 1898.– 986 с.
31. Каминский Л.С., Новосельский С.А. Потери в прошлых войнах.– М.: Медгиз, 1947. – 209 с.
32. Карпущенко С.В. Быт русской армии. – М.: Военное издательство, 1999. – 364 с.
- 33.Кёхер. О военно-санитарном устройстве, ранах, операциях и последовательном лечении Майнской армии в 1866 г. // Военно-медицинский журнал. – 1868, Ч.103, кн. 9-10, раздел VII. - С.1-32
34. Ключевский В.О. Курс истории русской. – М., 1923. – Ч.3, С.270-271.
35. Кнопов М.Ш. Исторические аспекты развития ОТМС. – М., 2002. – 21 с.
36. Комаров Ф.И.. Военно-медицинская подготовка, М.: Медицина,1984. – 446 с.
37. Корнеев В.М. Военно-медицинское дело в Отечественную войну 1812 г. //Военно-медицинский журнал. – 1947. – №10. – С. 42-47
38. Корнеев В.М. Санитарная служба русской армии в войне 1914-1917 гг., К., 1942. – 464 с.
39. Копылов И.А. От регулярного войска к регулярной армии //Военно-исторический журнал. – 1999. – №1. – С.63-65
40. Кричевский Я.И. Основные вопросы преподавания ОТМС в ВМОЛА им С.М. Кирова /Вопросы истории и теории ОТМС. – Л.: Издательство Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, 1956. – С. 57- 76
41. Кричевский Я.И. Санитарная служба французской армии во время мировой войны 1914-18 гг.. – М.: Воениздат, 1939. – 239 с.

42. Кручек-Голубов В.С., Кульбин Н.И. Столетие Военного Министерства. – М., 1902. – Т.8, ч.1. – 306 с.
43. Кувшинский Д.Д., Георгиевский А.С. Очерки истории советской военной медицины. – Л.: Медицина, 1968.–525 с.
44. Кудряшов А.И.. Исторический очерк кафедры Десмургии и Механургии, при имп. Военно-Медицинской академии. – СПб., 1898. – 122 с.
45. .Куприянов Н. М. История медицины в России в царствование Петра Великого. – СПб., 1872. – 16 с.
46. Лахтин М.Ю. Медицина и врачи в Московском государстве (в допетровское время) / Труды кафедры истории и энциклопедии медицины императорского Московского университета. – М., 1906.– Т.1. – Вып.4. – 131с.
47. Лахтин М.Ю. Борьба с эпидемиями в допетровской Руси / Труды кафедры истории и энциклопедии медицины императорского Московского университета. – М.,1909. – Т.2. – Вып.2. – 21 с.
48. Лахтин М.Ю. // Медицинская беседа. Спб., 1900. –Т.14. – С.190-196
49. Леонардов Б.К. Маневры //Большая медицинская энциклопедия. – М.: 1931. – Т.16. – С. 697-702
50. Лопатто К.Э. Кафедра хирургической патологии и терапии 1798-1898 г., Материалы для ее истории / Диссертация на степень доктора медицины. – СПб, 1898. – 183 с.
51. Лотоцкий С.С. История войн и военного искусства. – М.: Воениздат, 1970. – 105 с.
52. Лукашевич. Военное образование //Энциклопедический словарь военной медицины. – М.,1948. – Т.1. – Стб. 900-905
53. Малис Ю.Г. Гарвей, Дженнер, Кювье, Пирогов, Вирхов. Биографические повествования. – М.: Прогресс, 1998. – 300 с.
54. Мараховский Л. История и становление медицинских знаний. – М., 1903. – 456 с.

55. Маслинковский Т.И. Медицинское обеспечение русской армии в войне с Францией 1805 года / Очерки истории военной медицины в России. Военный факультет при ЦИУВ. – М.: 1954. – 92 с.
56. Мирский М.Б. Медицина России XVI-XIX веков. – М.: Российская политическая энциклопедия, 1996. – 376 с.
57. Мудров М.Я. О пользе и предмете военной гигиены или науки сохранить здоровье солдат. – М., 1826. – 67 с.
58. Никитин С.Н. История Казанского Военно-Санитарного Общества / Дисс. ... канд. наук. – К.: Казанский государственный медицинский институт. – 1956. – 763 с.
59. Новомбергский Н. Основы борьбы с эпидемиями в до-петровской Руси. – СПб., 1906. – 17 с.
60. Оборин Н.И. К истории открытия Н.И.Пироговым сортировки раненых // Военно-медицинский журнал. – 1955. – №10. – С. 84-87
61. Огарков П. Развитие противоэпидемических мероприятий войск русской армии. – СПб., 2001. – 127 с.
62. Оппель В.А. Организация хирургической помощи раненым в ближнем и дальнем тылу действующей армии // Русский врач. – 1916. – №17. – С. 385-388
63. Палкин Б.Н. Русские госпитальные школы в XVIII веке. – М.: Медгиз, 1959. – 272 с.
64. Петровский Б.В. Медицина // Большая медицинская энциклопедия, 1980. – т.14. – С.7-322
65. Пирогов Н.И. Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877-78 гг. Часть 2. – СПб.: Издание Главное управление Общества попечения о раненых и больных, 1879. – 382 с.
66. Пирогов Н.И. Севастопольские письма и воспоминания. – М.: Издательство Академии Наук СССР, 1950. – 652 с.
67. Пирогов Н.И. Начала военно-полевой хирургии. – Дрезден, 1865. – 792 с.

68. Пельцер. Санитарные учения на маневрах 1 гв. пехотной дивизии в 1891 и 1892 г. и обязанности дивизионного врача в бою //Военно-медицинский журнал. - 1894. кн.VIII, ч. CLXXX.– С. 256-289
69. Поддубный М.В. Попытка реформ российской военной медицины в конце XIX - XX века / Вопросы истории. – 2004. – №9. – С.142-147
70. Покровский Г.А. Кафедра госпитальной хирургии им. Мартынова /Очерки по истории 1-го МОЛМИ им. И.М.Сеченова. М., 1959: – 68 с.
71. Положение о верховном начальнике санитарной и эвакуационной части //Военно-медицинский журнал. – 1914. – т.CCXLI, декабрь, С. 495-498
72. Потираловский П.П. Тюрнчен-Вафангоу-Ляоян в санитарно-тактическом отношении / Серия диссертаций защищенных в Военно-медицинской академии в 1906-07 гг., №36. – СПб., 1907. – 241 с.
73. Потираловский П.П. Краткий курс санитарной тактики. – СПб., 1911. – 336 с.
74. Российский М.Д. 200 лет медицинского факультета Московского университета. 1-ый Московский ордена Ленина медицинский институт. М.: Медгиз, 1955. – 244 с.
75. Россия. Законы и постановления. Сборник российских законов о медицинском управлении с 1640 по 1826 г. – СПб., 1826. – 578 с.
76. Россия. Законы и постановления. Положение для медицинского Управления по армии и флоту. – СПб., 1805. – 85 с.
77. Рубинштейн Г.Г. Очерк истории развития военной эпидемиологии в России в период войн конца XIX - начала XX века // Сборник трудов факультета. – 123 с.
78. Рыжиков И.Е. Вопросы санитарно-эпидемиологической разведки в работах русских военных врачей //Военно-медицинский журнал. 1953. – №3. – С.89-94
79. Сарычев И.Д. Об организации первой помощи раненым / Диссертация на степень доктора медицины.М., 1885. – 265 с.
80. Сборник рукописей представленных его императорскому величеству государю наследнику цесаревичу. – М.: Военное издательство, 1998. – 475 с.

81. Семека С.А. Медицинское обеспечение русской армии во время семилетней войны 1756-63 гг. / Очерки истории военной медицины в России. – М.: Военный факультет при ЦИУВ М., 1951. – 314 с.
82. Семека С.А. Военно-медицинская организация вооруженных сил Российской дворянской империи 18-го века во время русско-турецкой войны 1735-39 гг. / Очерки истории военной медицины в России. – М.: Военный факультет при ЦИУВ М., 1955.–87 с.
83. Семека С.А. Медицина военная // Энциклопедический словарь военной медицины. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1948. – Т.3. – Стб. 713-915
84. Семека С.А. Русско-турецкие войны // Энциклопедический словарь военной медицины. – М.:Государственное издательство медицинской литературы. – 1948. – Т.4. – Стб.1248-1267
85. Семека С.А. Семилетняя война // Энциклопедический словарь военной медицины. – М.:Государственное издательство медицинской литературы. – 1948. – Т.5. – Стб. 28-81
86. Семека С.А. Военная медицина в вооруженных силах Московского государства в XVII веке. М., 1952.– 34 с.
87. Семенченко В.Ф. История фармации. – М.: Март, 2003. – 640 с.
88. Смоляров И. С. Санитарная служба английской армии в мировую войну 1914-18 гг.. – М.: Воениздат, 1940. – 238 с.
89. Смирнов Е. И. Войны и эпидемии. – М.: Медицина, 1988. – 239 с.
- 90.Сточик А.М., Пальцев М.А., Затравкин С.Н. Медицинский факультет московского университета в реформах просвещения первой трети XIX века. М.: Шико, 2001. – 367 с.
91. Страшун И.Д. Русский врач на войне. – М.: Медгиз, 1947. – 141 с.
92. Суровцев И.М. Материалы для истории кафедры гигиены / Диссертация на степень доктора медицины. – СПб., 1898. – 259 с.
- 93 .Труды и протоколы заседаний Общества ревнителей военно-санитарных знаний в г. Казани за 1911-12 гг. К.,1912.– 105 с.

94. Труды и протоколы заседания общества военных врачей в Москве за 1890-96 гг.», М., 1896.–т.11.–145 с.
95. Успенский Г. Опыт повествования о древностях русских. – Харьков, 1818. – 312 с.
96. Фрелих Г. Военная медицина, краткое изложение всего военно-санитарного дела. – Спб.: Издание Главного Военно-Медицинского Управления, 1888. – 834 с.
97. Хён Ф. Оперативная и тактическая санитарная служба в составе корпуса и сборник задач. – Спб.: Издание Главного Военно-Медицинского Управления, 1908. – 119 с.
98. Хмыров М.Д. Русская военно-медицинская старина //Военно-медицинский журнал. – 1869. – ч. 54. ж – р. 7.– С.32-56
99. Хмыров М.Д, Русская военно-медицинская старина // Военно-медицинский журнал.–1869. – ч.104.–р.7.– С.74-67
100. Чаруковский А. Военно-походная медицина. – СПб. , 1834. – ч. 2. – 94 с.
101. Чиж И.М., Будко А.А., Селиванов Е.Ф., Шабунин А.В. История военной медицины России. – СПб.: Издательство Военно-медицинской академии, 2002. – Т.1. – 167 с.
102. Чистович Я. История первых медицинских школ в России. - Спб., 1883. – 662 с.
103. Чистович Я. Очерки из истории русских медицинских учреждений в 18-ом столетии. – СПб., 1870. – 176 с.
104. Шелепов А.М., Костенко Л.М., Бабенко О.В. Организация и тактика медицинской службы. – СПб.: Фолиант, 2005. – 499 с.
105. Шмулевич Я. Краткий обзор исторического развития и современной организации военно-санитарной части в европейских государствах //Военно-медицинский журнал, 1879 г., т-136, №9, ч.7– С. 54-76
106. Энегольм И. Карманная книга военной гигиены или замечания о сохранении здоровья русских солдат. – СПб, 1813. – 178 с.

107. Эпштейн О. Госпиталь военный //Энциклопедический словарь военной медицины. – М.: Государственное издательство медицинской литературы. – 1948. – Т.2. – Стб. 152-160

108. W.Roth, «Militaraztliche Studien», Berlin, 1864.– 172 с.

109. P.Myrdacs, «Das deutsch Militar Sanitats wessen Geschichte und gegnwartige Gestalung», Vien, 1896.– 243 с..

110. Kirchenberger, «Geschicte des K u K ostreichisch-ungarishen Militar Sanitats wessen», Wien, 1896.– 85 с.

111. Villart, Paalsow. Sanitatdienst und Gesundheitspflege im deitschen Heere- Stuttgart, 1905 г., 210 с.

Список архивных дел

Российский государственный военно-исторический архив

1. РГВИА.Ф.546, Оп 3.– Д.549. – Л.14
2. РГВИА. Ф.546, Оп.3. –Д.923. – Л.5
3. РГВИА. Ф.546, Оп. 3.– Д.1375.–Л.447-48
4. РГВИА. Ф. 546.– Оп.3– Д. 701.– Л.9 (об.)
5. РГВИА. Ф.545.–Оп. 3.– Д.43.– Л.183-184, 220, 214-216
6. РГВИА.Ф.546.– Оп.3. – Д.148.– Л.13.
7. РГВИА. Ф.546.– Оп.6.– Д.135
8. РГВИА. Ф. 879.– Оп.2.–Д.–1466.– Л.4 (об.)
9. РГВИА.Ф.879.– Оп.2.– Д. 945.– Л. 38 об, Л. 9, об.
10. РГВИА. Ф.507. –Оп.1.– Д.203.– Л.11 об
11. РГВИА. Ф.27. – Св.2, Ч.2– Л.288

Российский государственный архив древних актов

1. РГАДА. Ф.344.–Оп.1.–Кн.–176.–Д.35.–Л.258
- 2.РГАДА. Ф.346 – Оп.1.–Кн.–268.–Д.47.–Л.730
3. РГАДА. Ф.359 – Оп.1.–Д.22.–Л.1
4. РГАДА. Ф.1183 – Оп.1.–Д.103.–Л.7

Российский государственный исторический архив

1. РГИА. Ф.733 – Оп.147–Д.3.–Л.32
2. РГИА. Ф.733 – Оп.28.–Д.287.–Л.1-45

Центральный исторический архив Москвы

- 1.ЦИАМ.Ф.418.–Оп.81. –Д.2361.–Л.7-14
2. ЦИАМ.Ф.459.–Д.985.–Т.1.– Л.13-14
3. ЦИАМ.Ф.418.– Оп.332–Д.18.–Т.1.– Л.71

Сравнительная схема лечебно-эвакуационного обеспечения
Русской армии в Балканской (1877-78 гг.), русско-японской (1904-05 гг.) и первой мировой войне (1914-18 гг.)

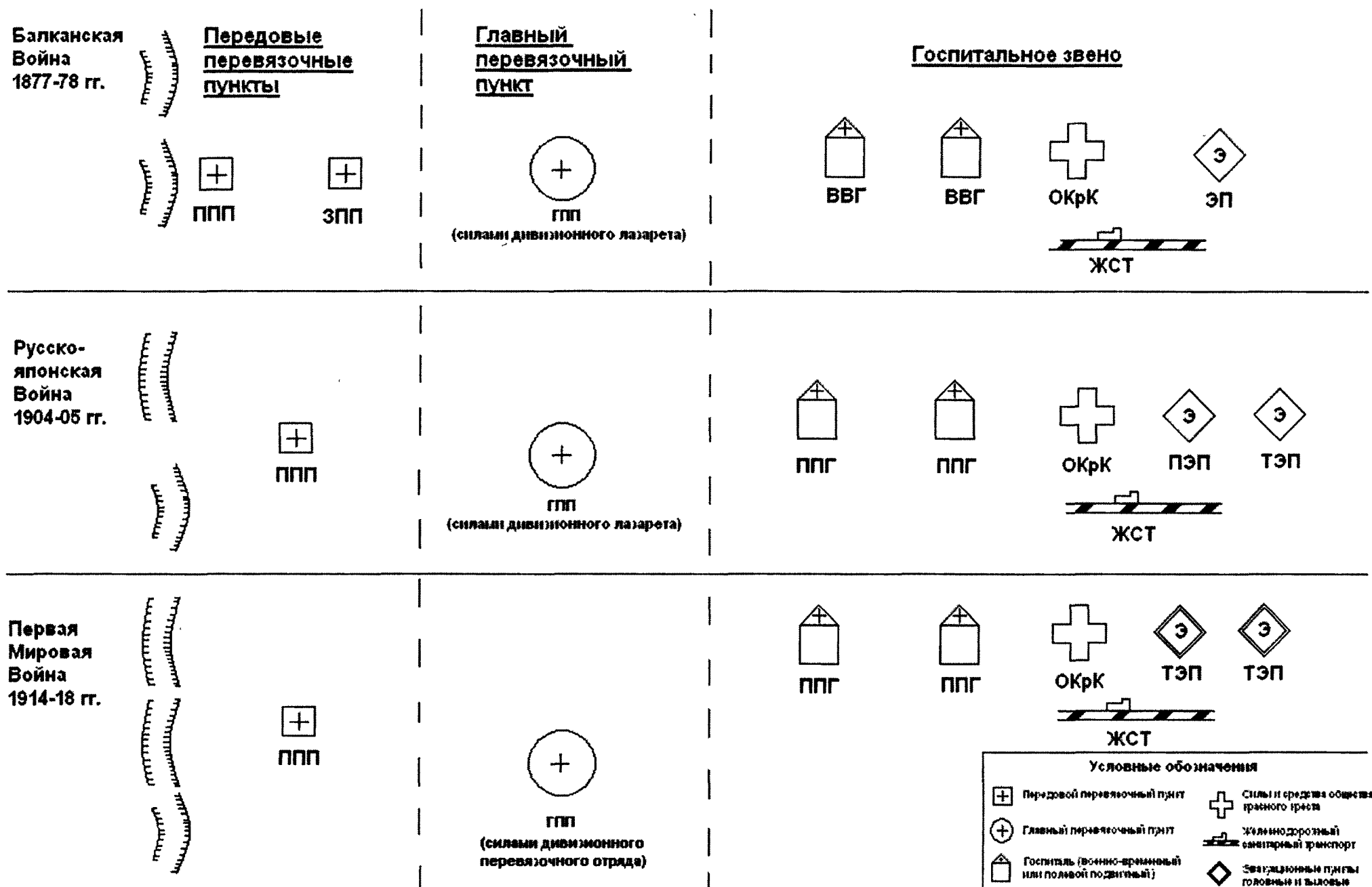
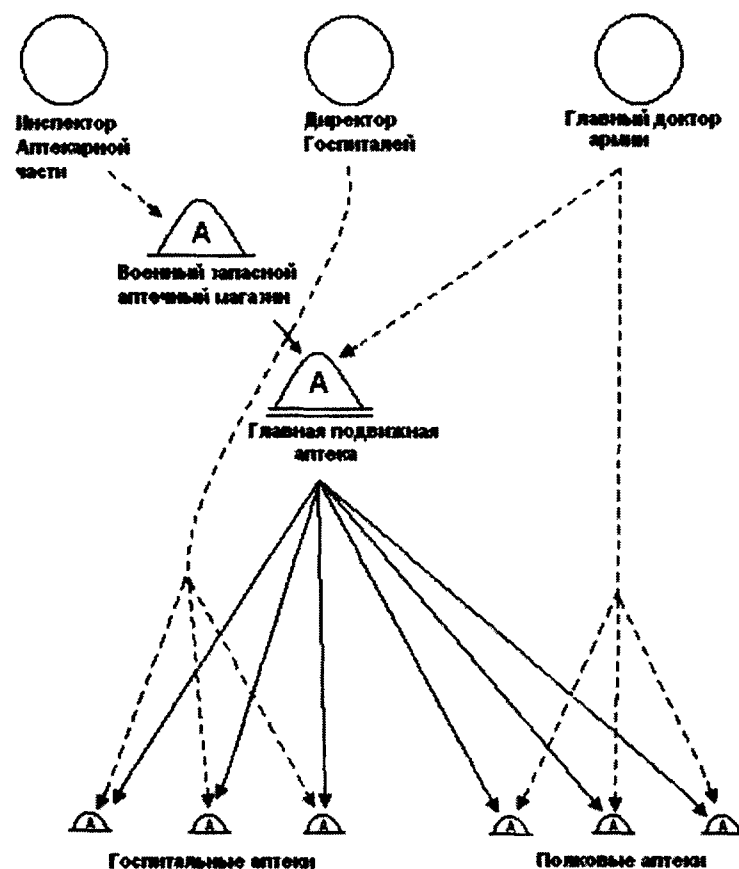
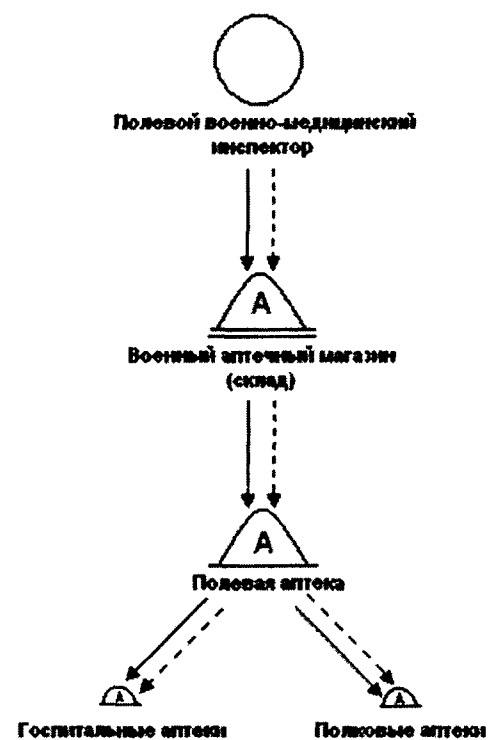


Схема военно-медицинского снабжения и порядка его управления

До 1859 г.



После 1859 г.



Условные обозначения:

—> Движение имущества
- - -> Подчинение

191 + 3 = 194