

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА РОССИИ ПЕРЕД ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНОЙ 1812 ГОДА

Развитие промышленности, производство все более разрушительных видов оружия на рубеже XVIII-XIX вв. влекло за собой усовершенствование военного искусства, выдвижение новых тактических методов и стратегических идей. Резко возросла численность армий, расширился театр войны. В военных действиях основное значение получила тактика колонн и рассыпного строя, стратегия системы сраженийⁱ. Все эти факторы требовали перестройки сложившейся «системы лечения раненых и больных на месте», когда, даже при необходимости значительной по дальности эвакуации больных и раненых, последние оставались до полного излечения при армии и армейских госпиталях.

Отеческую заботу и любовь к солдатам проявлял на всем протяжении своей жизни и деятельности великий русский полководец генералиссимус Александр Васильевич Суворов. Основой суворовской системы здравоохранения войск являлось предупреждение болезней. К госпиталям великий полководец относился с опасением, называя их «богадельнями», и в основу поставил не лечение, а профилактику заболеваний, признавая для этой цели лучшими методами сохранение чистоты и опрятности, тренировку и сбережение сил в походе. Свои принципы Суворов передал выдающимся российским полководцам, М.И. Кутузову, П.И. Багратиону и др.

Рост численного состава русской армии требовал увеличения и количества медиков, эффективного построения системы военно-санитарного обеспечения и управления медицинской службой, пересмотру отношения к медикам в обществе. В XVIII в. были заложены основы самобытной государственной организации военного здравоохранения в России. В этот период происходило становление отечественной военной медицины на научных основах. В стране учреждались госпитальные школы и врачебные училища, ставшие основой для развития системы медицинского образования.

Медициной ведала учрежденная в царствование Екатерины II Медицинская коллегия - «высшее медицинское управление» страны. Руководство здравоохранением было поднято до уровня первостепенной государственной важности и приравнено к таким авторитетным ведомствам, как военное, иностранных дел и другим, возглавляемым также коллегиямиⁱⁱ. Глава Медицинской коллегии с 1793 г. граф Алексей Иванович Васильев внес огромный вклад в историю российской медицины. Важнейшую роль он сыграл в становлении системы высшего медицинского образования. После доклада императору о состоянии медицинской части «как в войсках, так и в городах», сделанного А.И. Васильевым, Павел I одобрил меры по совершенствованию госпитального дела и медицинского образования. Благодаря этому быстро расширялось преподавание в медицинских (врачебных) училищах, был поднят общий уровень медицинского образования. Совершенствовалась материальная база. 18 декабря 1798 г. императором был подписан указ для постройки нового здания для Главного врачебного училища. Этот день считается официальной датой основания Военно-медицинской академии. Указ не только положил начало строительству здания академии, но послужил преобразованию Главного врачебного училища в Медико-хирургическую академию. Она получила статус, равный высшим медицинским заведениям Европы, и играла роль основной «клинической базы» придворной медицины, попав под особое покровительство самодержцев, получив наименование «Императорская Медико-Хирургическая Академия». Академия получила славу лучшего медицинского высшего учебного заведения России, фактически выполняя функции Российской академии медицинских наук.

Александр I оказывал покровительство медицине и врачебным учреждениям. Он

приблизил к себе таких выдающихся деятелей медицины, как Я.В. Виллие, И.П. Франк и др. Император часто лично бывал в госпиталях и больницах. Александр I посещал Медико-хирургическую академию не только в дни особых торжеств, но и для ознакомления с прибывавшими из-за границы хирургическими инструментами

В ходе реформы начала XIX в. Медицинская коллегия была присоединена к Министерству внутренних дел, которое возглавил граф В.П. Кочубей. До 1803 г. ее деятельность распространялась на гражданское и военное ведомства. С 1805 г. медицинское управление перестало быть общим для всех ведомств. После изъятия военно-медицинской части из ведения Министерства внутренних дел и подчинения ее министру Военных сухопутных сил была создана Медицинская экспедиция Военного министерства (впоследствии преобразованная в Главное военно-медицинское управление ГВМУ). В ведение министра морских сил было передано военно-медицинское управление флота.

С целью наладить работу вновь созданного военно-медицинского управления, усилить руководство военной медициной в начале 1806 г. император учредил должность главного военно-медицинского инспектора и назначил на эту должность лейб-хирурга Якова Васильевича Виллие^{iv}.

В 1812 г. в военном административном аппарате России произошли серьезные структурные изменения. Высочайше утвержденным 27 января (8 февраля) Положением было введено новое «Учреждение Военного министерства», которым предусматривалось образование семи департаментов, среди которых был и медицинский. Каждый департамент возглавлял директор, и все они являлись членами Совета Военного министерства, председателем которого был военный министр.

С преобразованием Медицинской экспедиции в Медицинский департамент с двумя отделениями, директором его был назначен Я.В. Виллие, сохранивший и должность главного инспектора всей медицинской военной части. К 1-му отделению были отнесены все медицинские дела, включавшие принятие на службу, распределение, переводы, награждения и увольнения медицинских чиновников, а также обучение и распределение фельдшеров. Здесь же сосредоточивались сведения о числе больных в полках, госпиталях, воинских командах и крепостях. Ко 2-му отделению принадлежали все аптекарские дела: рассмотрение требований военных аптек, наблюдение за правилами приема и отпуска аптечных материалов, снабжение хирургическим инструментом, контроль за его хранением и т.д.^v

В конце XVIII в. в российской армии численностью 400 тыс. человек по штатам предусматривалось 233 врача, т. е. один врач на 800 человек. Полковые лекари в России в конце XVIII в. имели ранг поручика, а в гвардии - капитана. Организация медицинской службы в войсковых частях русской армии в целом была более совершенной, чем за границей. В 1802-1803 гг. в России было 1627 врачей при наличии 1893 штатных мест. Около половины всех врачей служили в военном и морском ведомствах: 506 врачей работали в армии, 221 - во флоте^{vi}.

В начале XIX в. штаты медицинских кадров русской армии претерпели изменения. Они были разработаны Я.В. Виллие и предусматривали наличие в войсках дивизионных врачей, а в российских полках увеличили количество фельдшеров, школьного типа и ротных.

В начале XIX в. потребность во врачебных кадрах была довольно значительной. Особенно ощутимо она нарастала, начиная с 1807 г., когда численность армии быстро увеличивалась. Крайний недостаток врачей в армии заставил в 1807 г. произвести досрочный выпуск Санкт-Петербургской медико-хирургической академии, 62 студента были выпущены лекарями и распределены по полкам. Для увеличения числа медиков правительством принимались меры, которые способствовали снижению остроты проблемы, но не могли привести к ее полному решению. В годы Отечественной войны фельдшеров в русской армии

насчитывалось, по одним сведениям, не более 1200, по другим - свыше 4000 человек; врачей от 500 до 1000. Для сравнения, в миллионной армии Наполеона состояло 8 000 хирургов: один врач приходился на 120 человек^{vii}.

Для обеспечения военных и гражданских лечебных учреждений медиками российское правительство принимало на службу врачей из заграницы. 21 апреля 1808 г. императором были утверждены правила, «на каком основании поручается российским министрам вызов иностранных врачей на службу Его Императорского Величества»^{viii}. Они действовали до начала войны, и в течение этого времени в Россию было приглашено 220 врачей, из которых 145 были приняты на службу, 34 совершенствовались в Дерпте, 35 возвратились на родину, а шесть остались в России и занялись частной практикой. С целью оградить российскую медицину от притока неквалифицированных лиц был учрежден экзамен для медицинских чиновников. Четко были определены требования к медицинским чиновникам в «Правилах об экзаменах медицинских чиновников», утвержденных 16 июля 1810 г.

Подготовка отечественных врачей проводилась на медицинском факультете Московского университета и в ИМХА. Важное значение в развитии медицинского образования принадлежит Медико-хирургической академии, которая стала школой для подготовки высококвалифицированных кадров. Начало XIX в. стало для академии временем становления. В 1806-1808 гг. был разработан устав академии, подготовленный И.П. Франком и переработанный Я.В. Виллие. Он был окончательно утвержден 28 июля 1808 г. Этот документ предоставлял академии статус, равный с университетом, и разделял ее на Петербургское и Московское отделения. После введения устава увеличилось число кафедр с семи до двенадцати, число воспитанников академии с первоначального в 120 было увеличено до 720 человек: 400 на медицинском отделении, 240 на ветеринарном и 80 на фармацевтическом. При академии создавались клиники, ботанический сад и аптека. Вводились новые дисциплины, устанавливались научно-практические методы преподавания. Для поступления в академию был открыт доступ представителям всех сословий, лучшим выпускникам назначались награды и поощрения. Устав полностью соответствовал направлению российской внешней политики, удовлетворял требованиям обеспечения армии высококвалифицированными медицинскими кадрами. Выпускники академии выделялись среди других врачей лучшей подготовкой, особенно в области хирургии.

Для увеличения количества выпускаемых медицинских кадров в стране проводились меры по расширению системы высших медицинских учебных заведений. В начале XIX в. было основано несколько новых университетов. В Москве в 1808 г. открылось отделение Медико-хирургической академии. Обучение будущих врачей осуществляли выдающиеся медики. В Петербургской медико-хирургической академии некоторое время преподавал И.П. Франк, широкая европейская известность которого обратила на это учебное заведение взоры всего медицинского мира и привлекла в ее аудитории иностранных студентов. Сменивший его на посту президента академии Я.В. Виллие расширял клиническую базу, реорганизовывал и пополнял учебные кабинеты теоретических дисциплин, особое внимание уделял подготовке врачей-хирургов. Кафедре хирургии возглавлял крупный ученый, автор первого на русском языке оригинального учебника хирургии, доктор медицины и хирургии И.Ф. Буш, один из основоположников травматологии и основатель первой в России научной хирургической школы, поражавший современников своей эрудицией. Его познания в анатомии и хирургии, по отзыву М.Я. Мудрова, были чрезвычайно богаты^{ix}. Под его руководством каждый будущий врач должен был сделать не менее четырех операций в клинике. Выдающийся профессор анатомии П.А. Загорский, основатель первой отечественной анатомической школы, знал свой предмет в совершенстве, имел глубокие познания во многих областях медицинского знания, благодаря чему его лекции всегда отличались связью между анатомией и практической медициной.

Среди профессоров Петербургской академии можно назвать целый ряд других выдающихся врачей.

В Московской медико-хирургической академии преподавал Е. О. Мухин - один из родоначальников научного направления, получившего впоследствии название нервизма. На медицинской кафедре Московского университета читал студентам лекции М.Я. Мудров - выдающийся русский клиницист-терапевт первой половины XIX в. Возглавляли кафедры на медицинских факультетах другие крупнейшие ученые: Ф. А. Гильтебрандт, И.Е. Грузинов, Н.Г. Щеголев, П.И. Воинов, К.Ф. Бурдах, И. Л. Иохман, И. Гизе, Е. Снядецкий, Ф. Д. Калайдович, И. П. Каменский.

В отличие от Франции, где остро наблюдался антагонизм между хирургами и медиками, а хирурги служили на правах цирюльников, в России каждый медик являлся хирургом, и наоборот. Преимущество русской хирургии перед зарубежной состояло в том, что Россия не знала отделения хирургии от медицины и подготовка хирургов не отличалась от подготовки врачей^x. Российский врач в соответствии с Инструкцией для генерал-штаб-докторов, изданной еще в 1756 г., был обязан «уметь лечить полевые болезни и делать обыкновенные операции»^{xi}. По Положению об испытаниях врачей 1804 и 1810 гг., врачи должны были в совершенстве знать анатомию и хирургию и, помимо теоретического курса, показать умение производить хирургические операции в клинике и госпитале. Таким образом, каждый практикующий врач в России имел широкую квалификацию. Врачи в России, в отличие от других стран, назывались медико-хирургами^{xii}.

Высокая, разносторонняя подготовка отечественных врачей в начале XIX в. обусловила более углубленное понимание ими патогенеза заболеваний, а также широкий индивидуальный подход к вопросам диагностики и лечения заболеваний и огнестрельных ранений. За рубежом основным методом лечения огнестрельных переломов и даже обширных поражений мягких тканей в XVIII и в первой половине XIX в. являлась первичная ампутация. В России в этот период также излишне часто прибегали к первичным ампутациям в связи с тем, что средства для иммобилизации не могли в достаточной степени обеспечить неподвижность поврежденной конечности. Русские врачи не были безусловными сторонниками первичной ампутации. Они предпочитали применение выжидательно-сберегательного метода, сторонником которого во Франции был лишь Перси. В России установлению этого принципа способствовали крупнейшие хирурги того времени И.Ф. Буш, Е.О. Мухин, Х.И. Лодер, Я.О. Саполович и др. Они подходили к лечению с учетом тяжести местного процесса и состояния всего организма, его физической крепости и, что особенно важно, с учетом состояния психики пострадавшего.

Огнестрельные раны лечились преимущественно перевязками: важное значение придавалось русскими врачами первой перевязке и расширению раны, особенно в местах, богатых мышцами. Сторонник консервативной хирургии, Е.О. Мухин при лечении раны в мирных условиях применял смолистый пластырь, посыпая поверхность раны порошком канифоли. И.Г. Энегольм в наставлении «Карманная книга военной гигиены» описал свой опыт лечения ран на перевязочных пунктах: до перевязки - рассечение раны, удаление пули или других инородных тел, затем - перевязка и иммобилизация^{xiii}. Оперативное лечение применялось редко, при наличии антонова огня, грыжи, полипа (нароста), каменной болезни, свищей, костоеда и др.

Безусловное первенство в русской науке того времени должно быть признано за профилактической медициной. Профилактические мероприятия, главным образом против эпидемических болезней, были исторической традицией русской медицины еще с XVIII в. В русской эпидемиологии в начале XIX в. большое влияние имели взгляды Д.С. Самойловича, который считал, что «зачумляемая прилипчивость» гнездится в окружающей нас среде, иными словами, придерживался экзогенной теории возникновения инфекционных болезней.

Русские врачи подходили к вопросам лечения с анатомо-физиологических позиций, широко использовали оправдавшие себя на практике средства народной медицины. Они в более ограниченных, чем в Западной Европе, размерах применяли лечение пиявками, кровопускание как метод лечения раньше, чем на Западе, встретило осуждение у российских врачей. Русская медицинская наука во многом не уступала европейской, наиболее успешно развивалась анатомия и хирургия.

Войны начала XIX в. подтолкнули руководство страны к новым реформам. Подверглось преобразованиям и военно-медицинское дело, которое справедливо критиковали за недостатки, проявленные в ходе боевых действий. Так, во время войны с Турцией 1806-1812 гг., когда в армии наблюдалась большая заболеваемость инфекционными заболеваниями, в Дунайской армии функционировал лишь один подвижной госпиталь на 1 тыс. человек и два стационарных на 600, что потребовало включить в войсковую систему Киевский и Одесский госпитали, а также Житомирский и Могилевский аптечные склады.

Госпитали были плохо устроены, отличались большой теснотой, значительные затруднения вызывала перевозка раненых и больных. Сеть госпиталей, оборудованных для обеспечения русской армии во время войны в Пруссии, также оказалась недостаточной. Все это позволяло утверждать, что «госпитальная часть не получила в русской армии этого времени достаточно твердой организации»^{xiv}.

Лечебные заведения военного ведомства до начала XIX в. действовали согласно Генеральному регламенту 1735 г. и Положению о полковых лазаретах от 12 марта 1798 г. Хозяйственная часть госпиталей подчинялась ведомству Комиссариатского департамента. Медицинской частью управлял главный доктор или главный лекарь. Все лечебные заведения в конце XVIII в. состояли в ведении врачебных управ, за исключением главных военных госпиталей в Санкт-Петербурге, которые подчинялись военному ведомству.

В начале XIX в. происходило формирование госпитальной системы, совершенствовались структура, задачи и деятельность лечебных учреждений действующей армии. Вырабатывается система эвакуации раненых и больных: полк - лазаретный обоз - подвижной госпиталь - главный госпиталь. Делались попытки профилизации госпиталей, а также создания в госпиталях общего профиля отдельных палат для заразных больных. В 1805 г. военные госпитали были подчинены Медицинской экспедиции при министре военных сухопутных сил^{xv}, в утвержденном императором штате были упомянуты лишь 12 госпиталей; на самом деле их было гораздо больше. К 1808 г. в документах Военной коллегии упоминается уже 33 военных госпиталя^{xvi}. Они делились на классы в соответствии с количеством коек. 25 августа (6 сентября) 1805 г., с началом войны с Францией, было высочайше утверждено «Положение об учреждении подвижных госпиталей при корпусах», а в 1807 г. - «Положение о порядке в учреждении при заграничной армии госпиталей». Этими положениями временные госпитали разделялись на три разряда: перволинейные - для наиболее тяжелых больных, «перевозка которых была сопряжена с опасностью для их жизни, а также для больных с самыми легкими, скоропроходящими ранениями и болезнями»; второлинейные - для больных, которые после более-менее продолжительного лечения могли вернуться в строй, и третьелинейные, расположенные в России или близко к границе, - для увечных и других больных, неспособных к строевой службе. В этих документах впервые предусматривалось снабжение армии при движении необходимым для развертывания медицинских учреждений оборудованием. В совершенствовании госпитальной системы большое значение уделялось опыту предыдущих войн. Обобщение этого опыта осуществлялось передовыми врачами российской армии.

Фельдшеров готовили в школах при госпиталях. Необходимо отметить, что еще в конце XVIII в. Россия опередила Западную Европу в подготовке младшего военно-медицинского персонала. В русской армии с 1741 г. кроме цирюльников были введены в штат школьные фельдшера, которые набирались из кантонистов и

обучались в госпиталях по особой программе. В европейских армиях были только цирюльники. Однако до начала XIX в. хорошо подготовленных в теоретическом и практическом отношении военных фельдшеров в штатах русской армии не было. Лишь немногие из них в отсутствии врача могли оказать необходимую медицинскую помощь раненым на поле боя или помогать врачам в госпиталях и лазаретах. Госпиталей, в которых осуществлялось их обучение, было немного. Положение для медицинского управления по армии и флоту, утвержденное 4 (16) августа 1805 г., предусматривало наличие фельдшеров: в кавалерийских и драгунских полках - по два человека, в гусарских, мушкетерских, егерских и гренадерских - по три человека. Что касается штатных фельдшеров в госпиталях, то в Санкт-Петербургском и Московском их должно было быть по 45, в Рижском и Киевском - по 20, в Артиллерийском (Петербург) - четыре и т.д.

В Московском военном госпитале перед Отечественной войной одновременно состояло до 20 учеников, которых обучали фельдшерскому и костоправному делу. Срок обучения не был точно определен и колебался, в зависимости от успеваемости учеников и нужды армии в фельдшерах и костоправах, от 2 до 3 лет. По окончании курса выпускники сдавали испытания в костоправном и фельдшерском деле. Иногда экзамен принимали профессора Медико-хирургической академии. Выпускники школ, прошедшие испытания успешно, направлялись в полки. Неудачные шли в армию цирюльниками или отчислялись из школы. Учеников набирали в госпиталь из гарнизонных школ и из числа воспитанников военно-сиротских домов. Один из наборов учеников в госпитальные школы, вероятно, проведенный экстренно в связи с недостатком фельдшеров в армии в преддверии большой войны, произошел в соответствии с докладом военного министра в начале 1812 г.

Ознакомившись с представленным докладом, Александр I утвердил «по уважению недостатка в фельдшерах по военно-сухопутному ведомству, дать из Военно-сиротских отделений воспитанников в военные госпитали, а именно: в Петербургскую и Московскую, в каждую по двадцати не могущих продолжать фронтную работу и кои были бы не моложе 12 лет и не старше 15 лет и знали бы читать и писать по российски..»^{xvii}.

С 1809 г. по предложению дивизионного доктора Глядиковского были выработаны правила для обучения фельдшеров при полках^{xviii}. Контингентом для их пополнения являлись кантонисты. Эта мера помогла увеличить число младшего медицинского персонала, но не решила проблемы. Фельдшеров в армии не хватало и в годы Отечественной войны. Относительно численности младшего медицинского персонала в войсках во время войны исследователями упоминаются различные цифры: от 1000 до 4000 человек. Однако первые военно-фельдшерские школы были открыты лишь в 1816 г.

В соответствии с «Учреждением для управления большой действующей армией», утвержденным 27 января (8 февраля) 1812 г., главнокомандующий русской армией представлял лицо императора и пользовался в армии неограниченной властью. Высшее управление хозяйственной жизнью войск осуществлял главный полевой штаб главнокомандующего, включавший ряд управлений: начальника Главного штаба армии, генерал-интенданта, генерал-квартирмейстера и дежурного генерала. В число военно-хозяйственных функций Главного штаба входила организация обозов, обеспечение движения транспортов и госпиталей.

Главным начальником и инспектором армейских госпиталей являлся дежурный генерал Главного полевого штаба армии. Он был обязан осуществлять инспекторские смотры полков для контроля за санитарным, эпидемическим и моральным их состоянием; обеспечивать наилучшие условия для раненых и больных в госпиталях; следить за качеством и количеством продовольствия для родового состава, его своевременной доставкой в лагерь действующей армии.

Дежурному генералу подчинялись комендант Главной квартиры,

генерал-вагенмейстер, директор военных сообщений, директора госпиталей и главный полевой военно-медицинский инспектор (главный доктор). При главном докторе состояли главные медик, хирург и аптекарь, в его распоряжении имелись секретарь и канцелярия. Медицинскую службу в каждой армии, организованную согласно «Учреждению.», возглавлял генерал-штаб-доктор.

Собственно вопросам организации работы лечебных и эвакуационных учреждений была посвящена составная часть указанного документа, носившая название « Положение для временных военных госпиталей при большой действующей армии». Этот нормативный акт был создан деятелями конференции без участия медицинских светил того времени и вызвал немало нареканий со стороны Я.В. Виллие. Он указывал, что «Положение...» вводило деление на медиков и хирургов, которого не было в российской медицине; критиковал документ за отсутствие указаний о приемном покое в госпиталях, нечеткое определение роли дивизионных докторов. «Он считал, что в "Положении" должны быть четко определены условия для "удобнейшего лечения больных и раненых в госпиталях". Отмечал, что госпитали "никогда не должны превышать число тысячи человек"». Несмотря на эти и другие замечания, а также просьбу Я.В. Виллие о разрешении ему исправить документ или составить новый, никаких последствий его рапорт не имел. Впрочем, Я. В. Виллие разработал «Положение о развозных и подвижных госпиталях армии», которое было утверждено М.Б. Барклаем-де-Толли 27 июля 1812 г., за несколько дней до сражения под Смоленском. В нем конкретизировался и уточнялся ряд вопросов «Учреждения...». Таким образом, несмотря на ряд недостатков, «Положение для временных военных госпиталей при большой действующей армии» сыграло положительную роль в деле организации медицинской службы во время Отечественной войны 1812 года.

Для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных в соответствии с «Положением...» в составе армии учреждались развозные и подвижные госпитали, а в тылу армии - главные временные госпитали.

Непосредственно с поля боя раненый попадал на перевязочный пункт («место перевязки»). Для переноски раненых в каждом полку должны были состоять 20 или более нестроевых солдат с четырьмя носилками и с двумя легкими линейками. «Место перевязки» назначалось «дневными приказами армии» и обозначалось «флагом или другими какими-нибудь знаками, чтобы раненые, не блуждая, могли оное сыскать». Военная полиция должна была наблюдать, чтобы места перевязки создавались в разных местах в том случае, если сражение происходит на большом пространстве. На военную полицию возлагался и вынос раненых с поля боя. Генерал-гевальдигер должен был перед боем «сделать цепь за линиями армии из особой конвойной команды, через которую доставлять будет он раненых в развозные госпитали для перевязки»^{xix}.

После оказания первой медицинской помощи (наложения повязки) «медицинские чины отмечают в книге больных - кто должен ехать, кто может идти пешком. Не должны перевозиться лица, коих перемещение сопряжено с опасностью»^{xx}.

Передовые перевязочные пункты осуществляли часть первичных перевязок и развертывались непосредственно вблизи от сражающихся войск. Каждый перевязочный пункт был оснащен готовыми повязками, бинтами, корпией, хирургическим инструментарием.

В каждом полку имелась запрягаемая двумя лошадьми аптечная фура с аптечными ящиками. Все эти полковые (трех типов), батальонные ящики и фельдшерские сумки были укомплектованы хирургическими инструментами. Каждый лекарь имел, кроме того, карманный набор хирургических инструментов.

За перевязочными пунктами располагалась система временных военных госпиталей. Задача развозных госпиталей состояла в оказании первой помощи раненым на поле сражения и доставке их в подвижные госпитали. Развозные госпитали являлись организационно усовершенствованными войсковыми

перевязочными пунктами, формировавшимися в ходе сражений XVIII в. Эти учреждения были прообразом будущих дивизионных перевязочных пунктов. Развозные госпитали стали шагом вперед по сравнению с летучими «амбулансами» Ларрея^{xxi}.

В составе развозного госпиталя был медицинский персонал, прикомандированный из войсковых частей, лазаретные тяжелые фуры с четырьмя местами для тяжелораненых и фуры с бинтами, корпией, компрессами, пластырями, хирургическим инструментом. Однако вместимость лазаретных фур не отвечала их назначению. М. И. Кутузов, после назначения его главнокомандующим, осмотрел их и приказал «сбросить с оных кузова и сделать немедленно на дорогах помост, на котором можно было положить человек шесть и более». В распоряжении медицинского персонала были и верховые лошади.

В центральный развозной госпиталь прикомандировывались из войсковых частей два лекаря, во фланговые - по одному. Во главе медицинской части госпиталей стояли наиболее опытные военные медики - преимущественно дивизионные врачи, которых во французской и других иностранных армиях вообще не было.

Места развертывания развозных госпиталей назначались главнокомандующим в день сражения и учреждались на трех пунктах за линиями армий. 1-й госпиталь, находившийся за фронтом армии, именовался центральным, два других, располагавшихся за флангами, - фланговыми. При развозных госпиталях следовало иметь медицинских припасов на перемену на 15 тыс. раненых. Необходимое для этого имущество генерал-штаб-доктор, в случае недостатка в нем, требовал от генерал-интенданта армии. Определялось, что развозному госпиталю было необходимо 20 тыс. пудов корпии, 15 тыс. шт. компрессов или 7500 аршин холста, по 3 аршина бинтов на одного раненого, или 45 тыс. аршин, 24 фунта пластыря «для соединения ран». Предполагалось, что среди 15 тыс. раненых может оказаться около 3 тыс. тяжелых, для транспортировки которых требовалось 1000 телег. Легкораненые должны были двигаться пешком.

Объем медицинской помощи в полку и в развозном госпитале был в те времена исчерпывающим. Раненые получали в развозных госпиталях перевязку, которая обеспечивала их на два дня, затем направлялись в подвижные госпитали, которые должны были быть развернуты не далее как в 15 верстах от развозных.

При развозных госпиталях во время боя находился и полевой генерал-штаб-доктор. В его обязанность входила организация медицинской помощи в частях войск в полевых условиях. Развозным госпиталям в системе организации медицинской помощи раненым придавалось весьма большое значение, так как именно они должны были обслужить раненых, выносимых с поля боя, где их численность было трудно предугадать. Поэтому главное правило, исполнявшееся для расположения развозных госпиталей, признавалось в удобстве места для пересылки раненых и больных от армии до главных госпиталей.

Развозные госпитали в отношении дальнейшего направления раненых были прикреплены к определенным подвижным госпиталям. «Раненые, получив в развозных госпиталях перевязку, обеспечивавшую их на два дня, следуют в подвижные госпитали, которые не далее как в 15 верстах должны быть устроены от развозных». Госпитали стремились сделать максимально маневренными, способными быстро эвакуировать раненых и следовать за войсками.

Подвижные временные госпитали были приданы корпусам и именовались по ним. Они предназначались для лечения раненых и больных во время движения армии. Эти госпитали имели отделения, которые развертывались по назначению главнокомандующего за центром и флангами армии в несколько линий. При главных отделениях подвижных госпиталей учреждался в день сражения госпитальный запас со всем необходимым для первой помощи раненым имуществом. В подвижном госпитале раненый находился одни сутки или более, а затем отправлялся во временный госпиталь.

Количество и расположение главных временных госпиталей определялось военным министром в соответствии с численностью действующей армии и планом военных действий и учреждались центральным военным управлением. Они развертывались в соседних с охваченными боевыми действиями губерниях и предназначались «для лечения присылаемых из Армии разного звания больных».

«Положение...» определяло предполагаемое количество раненых и больных в одну десятую часть армии. На одну пятую часть личного состава армии заготавливались корпия, бинты и компрессы, которые хранились в запасных аптекарских магазинах. Снабжение армии через магазины лекарствами и врачебным имуществом являлось централизованным и осуществлялось из главного Петербургского аптечного магазина, который находился в ведении Министерства полиции. Командиров полков обязывали заготавливать компрессы, бинты и по полфунта корпии на человека, а хранить все это предписывалось в полковой аптеке или в обозе или раздать на руки военнослужащим. Как показала действительность, в дни боевых действий перевязочный материал находился в распоряжении самих солдат.

Общее руководство по части хозяйственной и госпитальной полиции осуществлялось директором военных госпиталей, по части медицинской - главным доктором.

На 200 больных полагался один врач и при нем шесть лекарских учеников, на каждые 100 больных - один госпитальный пристав и на каждые 10 больных - один больничный надзиратель. Уход за больными осуществлялся нижними чинами - инвалидами, неспособными к полевой службе. Из них создавались подвижные роты из 197 человек, по одной роте на корпус.

Таким образом, к началу Отечественной войны в российской армии существовала достаточно стройная военно-санитарная организация. В отличие от своеобразной системы лечения на месте, т. е. вблизи от места ранения, как было принято в войнах XVIII в., была введена новая эвакуационная система, названная впоследствии дренажной.

В ходе боевых действий организация лечения раненых и больных в русской армии проходила испытание на практике. Война выявила многочисленные ошибки и недостатки, вместе с тем подтвердив и правильность основного направления развития отечественной военно-медицинской службы. Ее представители внесли значительный вклад в победу русского оружия над самой сильной в тот период армией мира.

ПРИМЕЧАНИЯ

ⁱ *Бескровный Л.Г.* Отечественная война 1812 года. М., 1962. С. 180.

ⁱⁱ *Будко А.А., Селиванов Е.Ф., Чиж И.М., Шабунин А.В.* История военной медицины России. Т. 2: XVIII в. СПб., 2002. С. 32.

ⁱⁱⁱ *Колосов Г.А.* Значение 1812-го года в истории русской медицины // Рус. врач. СПб., 1913. № 7/8. С. 227.

^{iv} *Скороходов Л.Я.* Русская медицина в эпоху наполеоновских войн // Сов. здравоохранение. 1962. № 9. С. 69.

^v Полное собрание законов Российской империи, с 1649 года. СПб., 1830. Т. 32: 1812-1814. № 24971. С. 23.

^{vi} *Будко А.А., И.Ю. Быков, Селиванов Е.Ф., Чиж И.М., Шабунин А.В.* История военной медицины России, XIX - начало XX в. / Под ред. И.Ю. Быкова и В.В. Шаппо. 2-е изд., испр. и доп. М., 2007. Т. 3. С. 57.

^{vii} *Розанов П.* Врач военный // Энциклопед. словарь воен. медицины. М., 1946. Т. 1. Ст. 1016.

^{viii} Столетие Военного министерства: Главное военно-медицинское управление. СПб., 1902. Т. VIII, ч. 1. С. 113.

^{ix} *Колосов Г.А.* Указ. соч. // Рус. врач. СПб., 1913, № 7/8. С. 228.

^x *Скороходов Л.Я.* Указ. соч. С. 68.

^{xi} *Корнеев В.М., Михайлова Л.В.* Медицинская служба в 1812 году. Л., 1962. С. 12.

-
- ^{xii} *Корнеев В.М.* Яков Иванович Говоров о подготовке русских военных врачей // Воен.-мед. журн. 1952. № 6. С. 93.
- ^{xiii} *Кузьмин М.К.* Лекции по истории русской медицины: Медицина России в Отечественную войну 1812 года. М., 1962. С. 22.
- ^{xiv} *Бескровный Л.Г.* Указ. соч. С. 212.
- ^{xv} Столетие Военного министерства... Т. VIII, ч. 1. С. 178.
- ^{xvi} Там же. С. 181.
- ^{xvii} *Шибков А.А.* Московский военный госпиталь в 1812 году (К истории Главного военного госпиталя имени академика Н.Н. Бурденко) // Тр. ВМедА им. С.М. Кирова. Л., 1956. Т. 64. С. 250.
- ^{xviii} Столетие военного министерства. Т. VIII, ч. 1. С. 107.
- ^{xix} *Заглухинский В.В., Копосов В.П., Фомин И.В.* Организация и работа военно-медицинской службы русской армии в Отечественную кампанию 1812 г. М., 1912. С. 103.
- ^{xx} Положение для временных госпиталей при большой действующей армии // Архивные материалы по Отечественной войне 1812-1815 гг. Б. м., б. г. Вып. 1. Машинопись. С. 31.
- ^{xxi} *Скороходов Л.Я.* Указ. соч. С. 70.