ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Минздрава России

**В. В. Шилов, Ш. Л. Меараго, Е. Г. Сухотерина,
Д. М. Сухотерин, А. О. Пятибрат**

РУССКАЯ МЕДИЦИНА В ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЕ

Санкт-Петербург
2025

УДК 61:94(47)«1914/19»(075.08)
ББК 5Г
Р89

Рецензенты:
Дерягина Лариса Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор,
Московский университет Министерства внутренних дел
Российской Федерации им. В. Я. Кикотя
Рейнюк Владимир Леонидович, доктор медицинских наук, доцент,
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-клинический центр токсикологии им. академика С. Н. Голикова
ФМБА России»

Авторский коллектив
Шилов В. В. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой токсикологии и медицинской защиты в чрезвычайных ситуациях ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Росздрава
Меараго Ш. Л. — доцент кафедры токсикологии и медицинской защиты в чрезвычайных ситуациях ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Росздрава
Сухотерина Е. Г. — кандидат медицинских наук доцент, доцент кафедры экстремальной медицины, травматологии, ортопедии и ВПХ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Росздрава
Сухотерин Д. М. — кандидат медицинских наук доцент, доцент кафедры экстремальной медицины, травматологии, ортопедии и ВПХ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Росздрава
Пятибрат А. О. — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры экстремальной медицины, травматологии, ортопедии и ВПХ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Росздрава

Русская медицина в Первой мировой войне / В. В. Шилов,
Р89 Ш. Л. Меараго, Е. Г. Сухотерина, Д. М. Сухотерин, А. О. Пятибрат. — Санкт-Петербург, 2025. — 171 с.: ил.
ISBN 978-5-00182-144-1

В монографии рассмотрены вопросы деятельности русской медицины в период Первой мировой войны. Акцентировано внимание на структуре медицинской службы Русской армии и организации оказания помощи раненым и больным. Важное место занимает вопрос применения отравляющих веществ в Первую мировую войну и защиты от них. Показана выдающаяся роль профессора В. А. Оппеля в разработке лечебно-эвакуационной системы военного времени. Отмечено важное участие в решении медицинских вопросов Российского Общества Красного Креста и других общественных организаций, представлен разнообразный фактологический материал.

УДК 61:94(47)«1914/19»(075.08)
ББК 5Г

© В. В. Шилов, Ш. Л. Меараго,
Е. Г. Сухотерина, Д. М. Сухотерин,
А. О. Пятибрат, 2025

ISBN 978-5-00182-144-1

Оглавление

Глава 1. Здравоохранение России накануне Первой мировой войны 4
Глава 2. Начало Первой мировой войны и оказание медицинской помощи раненым и больным (год 1914) 19
Глава 3. Применение отравляющих веществ и организация работы медицинской службы русской армии в Первую мировую войну (год 1915) 34
Глава 4. Ход боевых действий на фронтах Первой мировой войны и открытие профессора В. А. Оппеля (год 1916) 56
Глава 5. Крушение Российской империи и эвакуационные проблемы медицинской службы русской армии (год 1917) 76
Глава 6. Российское общество Красного Креста и другие общественные организации в годы Первой мировой войны 98
Глава 7. Императорская военно-медицинская академия в годы Первой мировой войны 136
Глава 8. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение Русской армии в Первой мировой войне 143
Глава 9. Итоги и уроки Первой мировой войны 150
Литература 160

ГЛАВА 1

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ НАКАНУНЕ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

В канун Первой мировой войны руководство здравоохранением в России осуществлялось учреждениями двух министерств. Руководящими органами здравоохранения в этих министерствах были: Управление главного врачебного инспектора в составе Министерства внутренних дел, которое занималось гражданским здравоохранением, и Главное Военно-санитарное управление (ГВСУ) в составе Военного министерства. При этом на ГВСУ возлагались только задачи по укомплектованию штатов военно-врачебных учреждений и снабжению их медикаментами и оборудованием. Собственно, организацией медицинской помощи раненым и их эвакуацией занимались строевые офицеры.

Кроме этого существовали земская, городская, фабрично-заводская, железнодорожная, речная и морская медицины, которые фактически не объединялась общим руководством. Особое положение занимало Российское общество Красного Креста (РОКК), общественная благотворительная организация, почетными членами которой были царь, великие князья и княгини, многие высокопоставленные лица и представители высшего духовенства.

С точки зрения нужд военного времени общее состояние здравоохранения в стране по важнейшим разделам можно характеризовать следующим образом:

1. Маломощная сеть гражданских лечебных учреждений (всего в стране в 1913 г. насчитывалось 227 868 коек; 1 койка приходилась на 730–750 человек населения) не удовлетворяла минимальных потребностей в госпитализации гражданского населения в мирное время и не могла служить должной опорой для развертывания тех необходимых госпитальных ресурсов, которые требовались в ходе большой войны.

Из обследованных перед Первой мировой войной 224 губернских, областных и большинства уездных городов в 35 % из них не было «вовсе городской врачебной части, а в 65% она оказалась не вполне достаточной».

В 1914 г. годовой расход государства «на медицинскую часть» из расчета на одного жителя страны в среднем не превышал 1 рубля (в 1913 г. — 60 копеек). Однако в 20 губерниях этот показатель колебался от 20 до 50 копеек, а в 6 губерниях и областях был ниже 20 копеек. Из общей суммы всех расходов на здравоохранение правительственные составляли всего 17,9%, расходы губернских и уездных земств — 43,4%, земские повинности в неземских губерниях — 3,5%, расходы городских управлений — 22,3%, частных обществ и лиц — 12,9%.

При этом 92% всей суммы было «издержано на лечебное дело» и лишь 8% — на санитарно-гигиенические мероприятия, включая расходы на борьбу с эпидемиями. В стране имелось 32 пастеровские станции (по предупреждению бешенства у укушенных собаками людей), 48 оспенных телятников по производству оспенного детрита, 54 гигиенические лаборатории. Население обслуживало 4791 аптечное учреждение, в том числе 2633 — в сельской местности. В них работало 10 500 фармацевтов и 4416 аптечных учеников [1].

Смертность населения в 45 губерниях Европейской России составляла 670, а от инфекционных болезней — 443 на 100 тыс. человек [2]. В конечном итоге это объясняет чрезвычайно низкую среднюю продолжительность жизни — всего 32 года.

2. При остром недостатке медицинского персонала в стране (один врач на 1400 чел. в городах и на 20 300 чел. вне городов) укомплектование в период войны действующей армии медицинским, и в первую очередь врачебным, составом могло быть выполнено лишь при условии резкого снижения и без того низкого уровня медицинского обслуживания населения; потребность же в квалифицированных врачах-специалистах не могла быть удовлетворена ни в армии, ни в тылу (табл. 1).

В целом, по сведениям за 1913 г., в России насчитывалось 29 098 врачей, в том числе 25 433 гражданских (4112 земских, 739 сельских участковых, 20 582 городских), а также 24 038 фельдшеров. Из всего числа врачей 2559 были женщины. До 70% врачей проживало в городах. В том же году один врач в среднем приходился:

Таблица 1

Организация врачебной помощи в России в 1912 г. [3]

	Относительные данные						
	кв. верст на 1 больницу	коек на 10000 насел.	Госпитализировано на 10000 насел.	% умерших в больницах	врачей на 10000 насел	фельдшеров на 10000 насел.	Повивальных бабок на 10000 ж. п.
Европейская Россия	648	14,3	218	4,8	1,5	1,8	1,7
Кавказ	966	6,7	120	44	1,0	2,0	1,2
Сибирь	18086	11,8	173	5,4	0,9	1,8	1,0
Средняя Азия	16372	2,4	38	5,1	0,3	0,8	0,5
Итого	**2418**	**12,7**	**195**	**4,8**	**1,3**	**1,6**	**0,8**
Польша	321	10,1	107	8,1	1,6	1,3	2,7
Всего по империи	**2327**	**12,6**	**189**	**4,8**	**1,3**	**1,7**	**1,7**

по всей России — на 7070, в городах — на 1390, в уездах — на 20 900; в Европейской России — на 6390, в ее Азиатской части — на 12 450 человек [4]. Эти показатели нельзя считать высокими.

3. Фактическое отсутствие собственной химико-фармацевтической промышленности и зависимость от ввоза медицинского имущества из-за границы (главным образом из Германии) ставили дело медицинского снабжения армии и населения с возникновением войны в критическое положение.

4. Санитарно-эпидемическое состояние страны в обстановке отягощающих обстоятельств войны, да еще при снижении медицинского обслуживания населения, таило в себе постоянную возможность возникновения эпидемий. Непосредственно предшествовавший войне 1913 год характеризовался ухудшением общего санитарно-эпидемического состояния страны. Смертность от острозаразных болезней по Европейской России в 1912 г. составляла 397 на 100 000 жителей, а в 1913 г. — 471.

В 1913 г. зарегистрировано случаев инфекционных заболеваний: дизентерией — 511 008, брюшным тифом — 432 275, сыпным тифом — 118 419, возвратным тифом — 30 690, оспой — 72 236, сибирской язвой — 15 167; кроме того, было зарегистрировано

324 случая заболеваний азиатской холерой и 535 случаев чумы. Заболевания чумой имели место в Уральской и Семиреченской областях и в Астраханской губернии.

Представляет определенный интерес сопоставление показателей заболеваемости и смертности в русской армии и в армиях иностранных государств накануне Первой мировой войны (по состоянию на 1911 г. — табл. 2).

Как видно из показателей, представленных в табл. 2, самая высокая заболеваемость наблюдалась в армии США (71,59%), а наиболее низкая — в германской (26,02%). Русская армия по заболеваемости занимала шестое из восьми представленных стран; в пяти армиях заболеваемость была выше, чем в русской, и только во французской и германской — ниже. Смертность от болезней в русской армии оказалась наибольшей (0,351%).

В 1913 г. заболеваемость населения инфекционными болезнями достигла (на 10 тыс. человек): гриппом — 222, корью — 32,9 дизентерией — 31,4, коклюшем — 31,3, дифтерией — 31,1, скарлатиной — 28,3, брюшным тифом и паратифом — 26,6, сыпным тифом — 7,3, натуральной оспой — 4,4, возвратным тифом — 1,9. Ежегодно число больных малярией превышало 3,5 млн. человек.

Таблица 2

Заболеваемость и смертность в русской и в иностранных армиях в 1911 г. (на 1000 чел.)

Государство	Заболело	Умерло от		
		болезней	самоубийств	несчастных случаев
Россия	400,3	3,51	0,28	0,38
Германия (без колоний)	260,2	1,25	0,41	0,32
Австро-Венгрия	398,5	2,09	0,67	0,24
Англия (без колоний)	421,1	2,58	0,29	0,60
Франция (с колониями, 1909 г.)	273,0	3,40	0,22	0,33
Бельгия	429,4	1,76	0,02	0,31
Голландия	639,6	1,71	0,16	0,43
Северо-Америк. Соед. Штаты	715,9	2,66	0,68	1,42

Высокой была инфекционная заболеваемость и в Русской армии. В структуре заразных болезней сыпной тиф в 1912 г. составлял 1,13%, а такие инфекции, как грипп и дизентерия — соответственно 3,3 и 0,6% [5].

5. Раздробленность руководства делом здравоохранения в стране, изолирование ГВСУ от решения основных задач медицинского обеспечения действующей армии предопределили неспособность и неподготовленность этих органов к решению задач военного времени [6].

Подтверждением сказанному является заявление академика Н. А. Вельяминова на XIV съезде российских хирургов в декабре 1916 г.: «В настоящей войне у нас почти во всех ведомствах и организациях врачи оттесняются от административной и организационной деятельности, и нам, врачам, приходится меньше бороться со смертью, чем с теми препонами, кои нам ставят администраторы — не врачи — в нашем специальном деле. Особенно страдаем от такой постановки дела именно мы, хирурги, и страдают сотни тысяч наших пациентов» [7].

Накануне войны организация медицинской службы в военное время определялась «Положением об управлении санитарной частью армии», введенным в ходе Русско-японской войны (1904-1905 гг.). В соответствии с ним общее руководство деятельностью медицинской службы армии возлагалось на начальника (не врача) санитарной части армии, подчинявшегося командующему армией. Ему были подчинены полевой военно-медицинский инспектор (врач), полевой инспектор госпиталей (не врач) и старший уполномоченный РОКК с их управлениями.

В те годы Главным начальником санитарной части Маньчжурских армий был назначен генерал-лейтенант Ф. Ф. Трепов, главным полевым военно-медицинским инспектором В. С. Быстров, полевыми военно-медицинскими инспекторами 1-й армии — В. Б. Богушевский, 2-й армии — В. И. Шолковский и 3-й армии — А. Я. Евдокимов. В мае 1906 года А. Я. Евдокимов назначен начальником Главного Военно-медицинского управления. Главным хирургом всех армий был Р.Р. Вреден.

После Русско-японской войны вопросы реформы военной медицины широко обсуждались на страницах печати, на заседаниях военно-медицинских обществ. Так, полевой медицинский инспектор 3-й Маньчжурской армии А. Я. Евдокимов в своем

отчете об опыте деятельности медицинской службы в Русско-японской войне сделал целый ряд ценных выводов и предложений по усилению роли врачей в руководстве военно-санитарным делом на театре военных действий и ограничению прав строевых начальников и деятельности общественных организаций. Однако проведенная им же реорганизация была сделана поверхностно [8].

Медицинский состав армии на 1.01.1913 г. насчитывал по штату 3 749 врачей, по списку — 3 629, фельдшеров по штату — 10 340, по списку — 9 048, что составляло к общей численности армии (1 282 000) 1 врач на 353 чел., 1 фельдшер на 142 чел.

Основным источником комплектования армии врачебным составом являлась Военно-медицинская академия. Со дня основания Академии одной из основных задач ее деятельности была подготовка врачей для армии и флота. В первом уставе Академии 1806 года говорилось: «Главный предмет ее есть приготовление медиков для армии, флота и гражданской службы».

К 1.04.1914 г. в Военно-медицинской академии на шести курсах обучалось 1015 слушателей. В 1913 году Академию окончили всего 175 человек. Однако поступление на военную службу после окончания Академии было делом добровольным, а программа обучения не отличалась от программы гражданского медицинского факультета.

Более того, первые 40 лет существования Академия находилась в ведении гражданских министерств и только в 1838 году передана военному министерству и стала подчиняться директору департамента военных поселений, назначенного попечителем Академии [9].

В 1857 году Академию переподчинили по делам административным непосредственно военному министру, а по делам хозяйственным и законодательным — Военному совету. Наконец, в 1881 году, Медико-хирургическую академию переименовали в Военно-медицинскую академию, но служить в армии или на флоте обязали только тех из ее выпускников, которые во время обучения получали стипендии.

Что же касается изменений к подготовке, то они были ограничены введением курса «военно-санитарного дела» на небольшой кафедре десмургии. Поэтому, еще много позже, мало кто считал Академию военно-учебным заведением, поскольку такое название в основном определяло ее принадлежность военному ведомству.

Однако поражение в Русско-японской войне потребовало от военного министерства ряда преобразований, в том числе и в медицинской службе.

С этим были согласны многие. Так, в 1905 году профессор кафедры хирургии Академии лейб-медик Н. А. Вельяминов писал: «Врачи, выпускаемые Военно-медицинской академией, в действительности никакого специального военно-врачебного образования и воспитания не получают». Правда, он же добавлял: «Существующее положение об Академии не требует теперь же коренной ломки, так как далеко еще неизвестно и не доказано, к каким результатам приведет эта ломка учреждения с вековым прошлым и вековыми традициями».

Тем не менее, в военном ведомстве стали настойчиво обсуждать вопрос о военизации Академии. Инициатором реформирования Академии на этот раз стал военный министр В. А. Сухомлинов. Однако дух авантюрного новаторства как всегда опередил реальность. Насыщение программы обучения военным и военно-медицинским содержанием требовало создания в Академии новых кафедр, но для этого не было ни помещений, ни подготовленных преподавателей. Поэтому вместо реформы по существу дело начали с формальных изменений, не имевших принципиального значения [9].

Специально избранной Конференцией Академии комиссией, в составе профессоров Г. Е. Рейна, Г. И. Турнера и С. В. Шидловского, было признано целесообразным возобновить практику прохождения студентами младших курсов лагерного сбора, а старших — летней госпитальной практики. ГВСУ, со своей стороны, предложило Конференции академии ввести с 1907 г. обязательное изучение ее студентами воинских уставов, военной администрации, военно-полевой хирургии с рентгенологией и полевой десмургией, военной гигиены, учения о войсковых болезнях и эпидемиях.

Однако Конференция отклонила эти предложения. Разумеется, Военное министерство продолжало настаивать на «военизации» обучения студентов академии. В декабре 1909 г. Конференция, заслушав доклад специальной комиссии во главе с академиком Н. А. Вельяминовым, наконец-то соглашается на введение в преподавание студентам 4-го курса — военно-полевой хирургии и увеличение часов на военную гигиену; 5-го курса — «военно-

медицинской службы» по программе, утвержденной военным министром в мае 1909 г., и все это — за счет часов ликвидированной тогда же кафедры энциклопедии и истории медицины.

В результате на преподавание военно-санитарной администрации и санитарной тактики отводится всего лишь 12 часов. Академия продолжала готовить не военных врачей, а врачей для армии. Между тем общественность столицы и студенты подозрительно относились даже к такому реформированию, опасаясь, что оно преследует одну цель — «борьбу с вольнолюбием студентов путем усиления военной дисциплины».

Н. А. Вельяминову, избранному Конференцией на пост начальника Академии, удалось добиться распоряжения Председателя Совета Министров В. Н. Коковцова об утверждении проекта реформы законодательным порядком, что фактически вело к отсрочке решения на годы.

Такое решение В. А. Сухомлинов воспринял как личную обиду и стал с тех пор враждебно относиться к Н. А. Вельяминову, который считал возможным выходом из создавшегося положения преобразование Академии в гражданский медицинский факультет при Университете и открытие специальной военно-медицинской школы для изучения военно-медицинских предметов.

Убедившись в неосуществимости своего проекта, Н. А. Вельяминов согласился провести ряд мероприятий, которые хотя бы внешне придали Академии и ее питомцам некий военный вид. С этой целью он ввел в Академии военное делопроизводство и предложил студентам более строго выполнять установленные для военнослужащих правила поведения.

Учитывая введение к этому времени новой формы одежды для студентов (элементами новой формы одежды стали кокарда и погоны), дело коснулось ритуала воинского приветствия. Ранее студенты должны были приветствовать только генералов и профессоров Академии. Теперь Главным управлением им была предложена обязательность ритуала отдания воинской чести всем категориям военнослужащих. Н. А. Вельяминов как начальник Академии подтвердил желательность этой меры и в ноябре 1912 года появился приказ В. А. Сухомлинова об обязательности отдания воинской чести.

Студенты Академии стали бойкотировать лекции Н. А. Вельяминова, профессора не поддерживали его. К тому же 13 декабря 1912 года Академию вывели из непосредственного подчинения во-

енному министру и переподчинили военно-санитарному инспектору, что снижало ее престиж. Через день после этого решения на заседании Конференции профессоров Академии Н. А. Вельяминов подал в отставку с поста начальника Академии.

Выражая протест против очередного этапа военизации Академии, и оценив поступок Н. А. Вельяминова, Конференция избрала его в академики. В ответ военный министр добился приказа Николая II о назначении начальником Академии не одного из ее профессоров, а военно-медицинского инспектора Петербургского военного округа И. И. Макавеева, которому исполнилось 67 лет [9].

Тем временем события продолжали развиваться. Приказ об отдании воинской чести как бы приравнивал студентов Академии к «нижним чинам» и обязывал их первыми отдавать честь офицерам, а не взаимно приветствовать друг друга. Правда, в отношении ответственности за нарушение этого приказа студенты приравнивались к воспитанникам кадетских корпусов, т. е. в случае нарушения порядка отдания воинской чести их нельзя было арестовывать, а только сообщать фамилию нарушителя непосредственному начальнику.

Между тем студенты отказывались выполнять приказ об отдании воинской чести. Только за декабрь 1912 года было зарегистрировано 200 нарушений. Наконец, произошел из ряда вон выходящий инцидент. 27 февраля 1913 года студент медицинской Академии Морковин, встретившись со штабс-капитаном артиллерийской Академии Саламатовым, не отдал ему чести. Саламатов попытался задержать Морковина, но получил удар в лицо. Тогда Саламатов вытащил шашку и плашмя ударил ею Морковина по голове. Раненого студента доставили в хирургическую клинику профессора С. П. Федорова.

Столкновения студентов с офицерами продолжались до 7 марта 1913 года, а 9 марта сходка студентов постановила снять погоны и кокарды, что большинство и сделало. В ответ на это начальник Академии приказал не пускать в клиники тех, кто сорвал погоны и кокарды на том основании, что они не могут считаться студентами «военной» Академии. С понедельника 11 марта аудитории и клиники опустели, а 12 марта начальник Академии объявил о закрытии Академии «до особого распоряжения» и увольнении всех студентов.

На следующий день было опубликовано новое Положение об Академии, согласно которому Академия военизировалась, обучавшиеся в ней именовались слушателями и считались вольноопределяющимися на младших курсах и зауряд-врачами на старших. Еще через два дня 15 марта 1913 года военный министр В. А. Сухомлинов и главный военно-санитарный инспектор А. Я. Евдокимов прибыли на заседание Конференции, чтобы сообщить о введении нового Положения.

Официально сообщалось, что в своем выступлении В. А. Сухомлинов обвинил Конференцию профессоров Академии в том, что они не оправдали возлагавшихся на них надежд по влиянию на студентов, более того, в ряде случаев поступки студентов остались безнаказанными, что способствовало усилению среди них волнений.

Когда совещание закончилось, и профессора покидали здание Академии, ожидавшие окончания совещания более 600 студентов обнажили головы и трижды пропели Академии «вечную память». Тем не менее, 28 марта 1913 года занятия в Академии возобновились. Из 974 уволенных студентов всех курсов обратно приняли 679. Учрежденный дисциплинарный комитет «отфильтровал» 295 неблагонадежных.

Этот эпизод в истории Академии завершился кровавым событием — 3 апреля 1913 года в Естественно-историческом институте Академии (здание на Пироговской набережной, где размещаются кафедры химии, биохимии и биофизики) застрелился слушатель 2-го курса Глотов, который в предсмертной записке сообщил, что он был против нового Положения, но ему не хватило смелости уйти из Академии [9].

Происшедшие события демократическая печать называла трагедией, катастрофой, гибелью. Газета «Новое время», упрекая правительство «в плохо обдуманном плане милитаризации Академии», отмечала: «Прежде чем начинать с введения военной дисциплины, полезно было бы доказать, что задуманная милитаризация Академии вполне совместима с научным духом учреждения и не убьет его значения как рассадника медицинских знаний».

Дело дошло до рассмотрения вопроса о военизации Академии Госдумой. Его внесла на рассмотрение «Трудовая группа». Правда очередь обсуждения вопроса в Госдуме дошла только в ноябре 1913 года. В обсуждении приняли участие лица известные

и сегодня: А. Ф. Керенский, А. И. Шингарев, В. М. Пуришкевич, Н. Е. Марков.

Для объяснений был вызван и военный министр, при этом Госдума «нашла объяснения военного министра неудовлетворительными и — перешла к очередным делам». А начавшаяся вскоре Первая мировая война, по выражению профессора Г. И. Турнера, «заволокла туманом непосредственный эффект реформы Академии». Генрих Иванович умел быть дипломатом, недаром сумел добиться строительства специального здание для клиники травматологии.

Более определенно по поводу проведенной реформы высказывался профессор В. А. Оппель. «Я пришел к заключению, — писал он после четырех командировок в действующую армию и работы в качестве армейского хирурга на фронтах Первой мировой войны, — что евдокимовская тенденция превратить врачей в администраторов дурно отзывается на лечебном деле... Из врачей получаются люди распоряжающиеся, но не работающие. Жалко. Ходят бодро, звенят шпорами, а лечат плохо» [10].

Всего за период с 1900 г. по 1914 г. Академия выпустила 2240 таких специалистов. Что же касается соответствующей подготовки выпускников медицинских факультетов российских университетов как врачей запаса для армии, то они вообще не получали никакого военного и военно-медицинского образования и в мирное время, вплоть до 1912 г., никакой военной службы не несли.

Лишь в июне указанного года состоялось «высочайшее повеление» о том, чтобы «лица, имевшие степени лекаря и доктора медицины, должны состоять на действительной службе два года..., после чего зачисляться в запас на 16 лет». Кроме того, мобилизационным планом предусматривался призыв на военную службу студентов медиков 4-го и 5-го курсов в качестве «зауряд-врачей» и «зауряд-военных врачей» с вручением им соответствующего нагрудного знака и назначением их на должности младших врачей и ординаторов [11].

Направив основные усилия на «военизацию» Академии ГВСУ проиграло в другом более важном вопросе — Главное управление генерального штаба не согласилось с передачей руководства эвакуацией раненых и больных в ведение ГВСУ. Важнейшая отрасль военно-медицинского обеспечения была искусственно оторвана от единого процесса лечебно-эвакуационного обеспечения: ГВСУ

было совершенно устранено от руководства медицинской службой действующих армий в военное время.

Согласно приказу по Военному ведомству №685 от 17.X.1910 г., задачи ГВСУ в части подготовки к войне ограничивались обеспечением развертывающихся армий медицинским составом и медицинским имуществом. Положение это осталось неизменным и во время войны 1914–1918 гг. [6].

Войсковые врачи во всех звеньях находились в двойственном подчинении: непосредственно они подчинялись командирам соединений и частей, по линии специальной службы — соответствующим санитарным начальникам.

Новое «Положение о полевом управлении войск в военное время» было утверждено только 16.VII.1914 г. Раздел об организации и управлении санитарной службой законодательно закрепил все недочеты прошлого, совершенно игнорируя печальный опыт прошедшей войны и требования ГВСУ: управление санитарной службой оставалось в руках строевых чинов, генералов и штаб-офицеров.

Ряду изменений подверглась лишь структура полевых медицинских учреждений. Войсковые лазареты полков во время боя должны были открывать передовые перевязочные пункты, в межбоевые периоды — принимать на излечение больных, не нуждающихся в продолжительном или госпитальном лечении.

Для развертывания в бою главных перевязочных пунктов вводились дивизионные перевязочные отряды из расчета по одному на каждую дивизию и отдельную бригаду. Эти отряды заменили по своему предназначению прежние дивизионные лазареты. При перевязочном отряде состояла рота носильщиков и санитарный обоз из 20 санитарных двуколок.

Лазареты дивизий (бригад) теперь должны были осуществлять функции полевых подвижных госпиталей. Они формировались из расчета по два лазарета на каждую пехотную или стрелковую дивизию (в дивизии по штатам состояло 18700 строевых и 2000 нестроевых военнослужащих). Имущество лазаретов было рассчитано на 210 мест (в том числе 10 офицерских). Лазареты имели назначением лечение раненых и больных, они могли также использоваться для усиления главных перевязочных пунктов или для замены перевязочных отрядов.

Для производства дезинфекционных работ в войсках и для «оздоровления полей сражения» формировались дезинфекционные

отряды из расчета по одному на каждую пехотную и стрелковую дивизию. Наряду с дезинфекционными отрядами, формировались из расчета по одному на корпус санитарно-гигиенические отряды, которые имели задачей: установление источников заболевания в войсках, организацию изоляции заболевших и оказание им медицинской помощи, производство дезинфекции.

Лечебные учреждения, находившиеся в распоряжении органов полевого управления и предназначенные для общеармейских нужд, были представлены полевыми госпиталями, которые подразделялись на полевые подвижные госпитали и полевые запасные госпитали. Первые имели свой обоз и должны были развертываться главным образом в составе головных эвакуационных пунктов, принимавших раненых из дивизионных лазаретов или непосредственно с главных перевязочных пунктов.

Вторые своего обоза не имели и предназначались для развертывания в составе тыловых эвакуационных пунктов, принимавших раненых, поступивших с головных эвакуационных пунктов на военно-санитарных поездах. Полевые госпитали формировались из расчета по два подвижных и по четыре запасных на каждую пехотную и стрелковую дивизию и по одному подвижному и по два запасных на каждую стрелковую бригаду; они были рассчитаны на 210 мест каждый (в том числе 10 офицерских). Запасные госпитали могли соединяться по два и по три, образуя «сводные полевые запасные госпитали» [6].

Дивизионные лазареты формировались, как и перевязочные отряды, лишь по объявлению мобилизации, вместе с дивизией (бригадой) из средств, которые заготавливались и хранились на складах неприкосновенных запасов в мирное время; они предназначались для «пользования в них раненых и больных своих дивизий (бригад), а также для усиления перевязочных отрядов».

Во главе каждого из лазаретов стоял главный врач, которому подчинялся весь личный состав лазарета. Помощником главного врача по медицинской части являлся старший ординатор. Один из трех младших ординаторов кроме исполнения своих основных обязанностей заведовал всем медицинским имуществом и аптекой.

В дивизионных лазаретах предполагалось вести «систематическое лечение» раненых и больных с короткими сроками лечения. С этой целью лазареты развертывали те же функциональные

Таблица 3

Обеспеченность пехотной дивизий русской армии накануне Первой мировой войны силами и средствами медицинской службы

Наличие	Лазарет пехотного полка (4-х батальонного состава)	Перевязочный отряд	Лазарет дивизии
Врачей	5	4 (в т.ч. 1 хирург)	5
Фельдшеров	22	8	13
Санитаров	–	20	25
Носильщиков	128	200	–
Лиц хозяйственного разряда (кроме санитаров)	7	81	185
Лазаретных линеек	4	–	–
Двуколок санитарных на двух раненых и больных	–	20	–
Двуколок аптечных	4	2	4
Двуколок хозяйственных	–	6	4
Парных повозок с санитарным имуществом	1	10	17
Носилок с тюфяками	32	60	50
Санитарных сумок	32	60	50
Палаток офицерского образца	1	–	–
Палаток больших на 20 чел.	–	4	3
Палаток походных	–	3	–
Походных кухонь	–	2	1
Запаса перевязочных повязок (пакетов)	600	100	200
Лазаретного имущества для одновременного содержания следующего числа людей:	16	–	210
Карманных врачебных лекарственных наборов		По числу врачей	
Карманных фельдшерских наборов		По числу фельдшеров	

подразделения, что и существовавшие до них полевые подвижные госпиталя, приданные дивизии.

Раненые и больные с большими сроками лечения подлежали эвакуации из дивизионных лазаретов в госпитали.

Число необходимых полевых подвижных и полевых запасных госпиталей, как и ранее, определялось не величиной возможных санитарных потерь, а количеством дивизий (бригад) действующей армии. Схема их развертывания оставалась прежней. На каждую дивизию полагалось формировать 2 полевых подвижных (на бригаду — 1) и 4 полевых запасных (на бригаду — 2) госпиталя, каждый соответственно на 200–210 мест. Первые развертывались в составе головных, а вторые — тыловых эвакуационных пунктов. Силы и средства медицинской службы дивизии представлены в табл. 3 [12].

Никаких специальных медицинских формирований в тылу страны не предусматривалось, и, следовательно, эвакуация в глубокий тыл должна была базироваться лишь на постоянные военные госпитали, общая коечная емкость которых составляла перед войной всего лишь 10 890 мест, а также на сеть гражданских больниц и лазаретов РОКК и других общественных организаций и частных лиц. Кроме того, больные и раненые, «не требующие госпитального лечения», могли передаваться на попечение населения путем «рассеивания по обывателям за особое вознаграждение от казны».

Таким образом, фактическое обеспечение полевой армии койками было крайне недостаточно. На каждую дивизию приходилось всего лишь 1680 мест, что при численности дивизии в 20 000 чел. составляло всего лишь 8 мест на каждые 100 чел. При этом не принимались в расчет прочие рода войск и тыловые части и учреждения, вследствие чего в действительности обеспеченность койками была примерно вдвое ниже.

Порочность существующего расчета была совершенно очевидна как для ГВСУ, так и для отдела Военных сообщений Генштаба, планировавшего эвакуацию. Поэтому по согласованию с Генштабом ГВСУ дополнительно подготовило запасы медицинского имущества и оборудования на 100 эвакуационных госпиталей, не предусмотренные мобилизационным расписанием [11]. Однако реальность войны показала несостоятельность всех предвоенных расчетов и планов.

ГЛАВА 2

НАЧАЛО ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАНЕНЫМ И БОЛЬНЫМ (ГОД 1914)

Как известно, поводом к началу Первой мировой войны послужило убийство 28 июня 1914 года в боснийском городе Сараево наследника австро-венгерского престола эрцгерцога Франца-Фердинанда и его жены Софии. Некоторые звенья в цепи событий, касающихся первой стадии подготовки покушения, до сих пор остаются неизвестны или слишком спорны. В частности, в кругах исследователей много разногласий вызывает вопрос о том, к какой дате следует приурочить зарождение заговора, и кто явился его инициатором. Здесь существуют две точки зрения.

Одни исследователи убеждены в том, что мысли о покушении возникли у членов националистической организации «Млада Босна» самостоятельно и руководители ее осведомили о своих планах другую, более мощную организацию «Черная рука». Руководители «Черной руки» одобрили план и оказали заговорщикам всяческую помощь и поддержку в материальном отношении, предоставив деньги, оружие и содействие пограничных властей при переходе заговорщиками границы. Этой точки зрения придерживается, например, редакция журнала Kriegsschuldfrage, являющегося наиболее авторитетным органом по вопросу о подготовке Первой мировой войны.

Другую точку зрения высказал Визнер, исследовавший в июле 1914 года, по поручению австрийского министерства иностранных дел, работу и материалы сараевской следственной комиссии. По его мнению, «Черная рука» с самого начала явилась инициатором, и внушила мысль о покушении на эрцгерцога руководителям «Млада Босна». Был сделан своего рода социальный заказ, на который «Млада Босна» ответила убийством Франца-Фердинанда.

Эрцгерцог приехал в австро-венгерскую провинцию Босния для участия в маневрах войск по приглашению губернатора Боснии и Герцеговины генерала Потиорека. Место и дата, выбранные для маневров, имели, возможно, провокационный характер. В Сербии 28 июня считалось днем национального траура, т.к. именно в этот день в 1389 году турецкие войска нанесли поражение объединенным войскам Сербии на Косовом поле. В результате этого поражения народы, населявшие Балканы, попали под многовековое османское иго.

В 1878 году Сербия получила независимость, а Босния, половину населения которой составляли сербы, осталась под управлением Австро-Венгрии. Всплеск национализма на Балканах в начале XX века привел к созданию многочисленных националистических организаций. Одна из них — «Млада Босна» — при содействии националистов из «Черной руки» и офицеров сербской разведки приняла решение совершить покушение на будущего правителя Австро-Венгерской монархии, аннексировавшей Боснию в 1908 году, наивно полагая, что уничтожение престолонаследника устранило бы препятствие к объединению сербов.

Террористов было семеро, их расставили по маршруту движения кортежа. Когда кортеж машин выехал на центральную улицу города, в первую, где сидели эрцгерцог, его жена и генерал, полетела граната, но террорист промахнулся. Граната взорвалась на дороге. Осколками был убит шофер второй машины, ранены ее пассажиры, а также полицейский и прохожие из толпы. Бросившего гранату террориста схватили. Покушение сочли несостоявшимся, и террористы покинули свои места.

Один из придворных свиты эрцгерцога предложил уехать из города. В ответ генерал Потиорек сказал: «Вы думаете, что Сараево кишит убийцами?» и Франц-Фердинанд решил поехать в больницу навестить раненых при покушении. Жена настояла на том, чтобы ехать с ним. Но шоферу вовремя не сообщили об изменении маршрута. Когда ему объяснили, что он едет неправильно, машина стала медленно разворачиваться.

В этот момент машину заметил другой террорист, уже покупавший бутерброд в магазине. Это был гражданин Австро-Венгрии Гаврило Принцип — девятнадцатилетний боснийский серб, учившийся в Белградском университете в Сербии. Он подбежал к машине и два раза выстрелил. Пули попали Софии в живот и

Францу-Фердинанду в шею. Менее чем через час оба скончались в резиденции губернатора.

Гаврилу Принципа арестовали и при этом избили так жестоко, что ему пришлось ампутировать руку. Остальные заговорщики также были арестованы. Один из них рассказал все детали акции, готовившейся под руководством офицеров разведки Генерального штаба Сербии. Террористов судили, троих повесили, а остальных, в том числе Гаврилу Принципа, приговорили к длительным срокам тюремного заключения.

Принципа не могли приговорить к смертной казни, поскольку ему было только 19 лет, и по австро-венгерским законам он был несовершеннолетним. Его приговорили к максимальному сроку — 20 годам тюремного заключений. Он содержался в тюрьме в Терезиенштадте в тяжёлых условиях и умер от туберкулёза 28 апреля 1918 года. Его именем названа одна из улиц в Белграде.

Доктор-психиатр М. Паппенгейм, наблюдавший Принципа, записал в дневнике 5 декабря 1914 года: «Все время в одиночном заключении. Три дня тому назад сняли цепи. Ночью спит обычно четыре часа. Много грезит о жизни, о любви, не волнуясь. Думает обо всем, особенно о положении его страны. Кое-что слышал о войне. Слышал трагическую весть, что Сербия не существует. Моему народу приходится тяжело. Мировая война не замедлила бы прийти и без этого (то есть без убийства Франца Фердинанда).

Был идеалистом, желавшим отомстить за народ. Мотивы — месть и любовь. Вся молодежь была в таком революционном настроении. Брошюры анархистов призывали к убийству. Теперь смотрит иначе; думает, что социальная революция возможна во всей Европе, так как вещи меняются... С ним обращаются неплохо. Все относятся корректно. Но месяц назад совершил попытку самоубийства. Хотел повеситься на полотенце. Глупо надеяться. Рана на груди и на руке. Жизнь, подобная той, которую он ведет, невозможна.

В тот день в 12 часов дня он не мог есть, был в плохом настроении. Внезапно пришла в голову мысль повеситься. Если бы он имел возможность, то выполнил бы. Думает о родителях и о других, но от них нет известий. Тоска. Во время покушения (на эрцгерцога) был ранен в голову, в спину и по всему телу. Принял цианистый калий, но был слаб, и его вырвало» [13].

Убийство наследника престола вызвало взрыв воинственных настроений в Вене, увидевшей в случившемся удобный повод для «наказания» Сербии, которая мешала утверждению австрийского влияния на Балканах. Планы Австро-Венгрии с пониманием встретили в Берлине. Согласование позиций длилось почти месяц. В результате германское правительство решило поддержать союзника, полагая, что если Россия не станет защищать Сербию, война примет локальный характер, если же та окажет помощь Сербии, то Германия выполнит свои договорные обязательства, даже если это приведет к войне с Россией и Францией [14].

23 июля 1914 года Австро-Венгрия, заявив, что за убийством Франца-Фердинанда стояла Сербия, объявила ей ультиматум. В нем требовалось выполнить десять условий, в том числе уволить из госаппарата и армии чиновников и офицеров, замеченных в антиавстрийской пропаганде и разрешить полиции Австро-Венгрии проводить на сербской территории следствие и наказание виновных в антиавстрийских действиях.

Сербия согласилась на все требования ультиматума, кроме допуска на свою территорию австрийской полиции и обратилась за помощью к России. Руководство России не понимало те многочисленные сложности, которые принесет эта война, великодержавно полагая, что оставить Сербию на произвол судьбы означало бы потерю влияния на Балканах.

Николай II, заручившись поддержкой Франции в ходе состоявшегося 20–23 июля 1914 года визита в Петербург французского президента Пуанкаре, имевшего прозвище «война», решает занять твердую позицию.

Между тем в записке бывшего министра внутренних дел и члена Государственного Совета Петра Николаевича Дурново, поданной Николаю II в феврале 1914 года, говорилось: «Главная тяжесть войны выпадет на долю России, так как Англия к принятию широкого участия в континентальной войне едва ли способна, а Франция, бедная людским материалом, при тех колоссальных потерях, которыми будет сопровождаться война при современных условиях военной техники, вероятно, будет придерживаться строго оборонительной тактики.

Приготовления после Русско-японской войны, особенно в запасах, окажутся недостаточными при невиданных размерах и упорстве будущей войны. При зачаточном состоянии отечествен-

ной промышленности не будет возможности восполнить дефицит и усвоить новые изобретения, а с закрытием Балтийского и Черного морей ввоз из-за границы окажется невозможным.

Также неблагоприятны чрезмерная зависимость от иностранной промышленности, недостаток тяжелой артиллерии и пулеметов, неготовность крепостей. Сеть стратегических железных дорог и подвижной состав недостаточны для колоссальных требований европейской войны.

Жизненные и экономические интересы России и Германии нигде не сталкиваются. Даже победа над Германией дает крайне неблагоприятные перспективы. Война потребует огромных расходов, а приобрести можно только Познань, Восточную Пруссию, Галицию и турецкую Армению, населенных преимущественно враждебными России народами. Также и Германия приобретала бы Польшу и Прибалтику с враждебным ей населением.

Разоренная Германия не в состоянии будет возместить России ее военные расходы. А союзники, наоборот, потребуют оплаты долгов — Россия им больше не нужна, а ослабить ее выгодно.

В случае проигрыша, как в России, так и в Германии неизбежно возникает революция, перекидывающаяся в другую страну. В России начнется с того, что все неудачи будут приписаны правительству. Побежденная армия, лишившаяся к тому же за время войны наиболее надежного кадрового своего состава, охваченная в большей части стихийно общим крестьянским стремлением к земле, окажется слишком деморализованной, чтобы послужить оплотом законности и порядка.

Законодательные учреждения и лишенные действительного авторитета в глазах народа оппозиционно-интеллигентные партии будут не в силах сдержать расходившиеся народные волны, ими же поднятые, и Россия будет ввергнута в беспросветную анархию, исход которой не поддается даже предвидению» [13]. «Русский Нострадамус» П. Н. Дурново умер в сентябре 1915 года, не дожив до реализации своих предсказаний.

Хотя ответ на ультиматум был дан Сербией в условленные 48 часов, он не удовлетворил Австро-Венгрию, и 28 июля 1914 г. — этот день признан началом Первой мировой войны, она объявила войну Сербии. На следующий день начался артиллерийский обстрел Белграда. Николай II отправляет Вильгельму II телеграмму

с предложением урегулировать конфликт мирным путем и «передать австро-сербский вопрос на Гаагскую конференцию» [15].

Не получив ответа русское правительство объявляет частичную мобилизацию двух пограничных военных округов (Киевского и Одесского) и двух внутренних (Московского и Казанского). Германия требует от России прекращения частичной мобилизации и одновременно объявляет в стране положение военной опасности.

В ночь с 31 июля на 1 августа Германия предъявляет России ультиматум о прекращении мобилизации. Германский ультиматум отклонен. Первого августа 1914 года в 6 часов вечера Германия объявляет войну России.

Предвоенная граница России с Германией и Австро-Венгрией имела сложную конфигурацию — в центре границы далеко на запад выступала территория Царства Польского. Поэтому обе стороны, планируя войну, хотели сгладить фронт — русские пытались выровнять «вмятины», наступая на севере на Восточную Пруссию, а на юге на Галицию, а Германия стремилась убрать выступ, наступая в центре на Польшу.

Как известно, в начале войны Германия развернула основные силы (7 армий) на Западном фронте, сосредоточив на Восточном фронте против России всего одну армию в составе 14 пехотных, 1 кавалерийской дивизии, 1044 орудий и общим числом бойцов около 200 тыс. человек. Главной задачей германской армии была оборона Пруссии. Австро-венгерское командование развернуло против России 35,5 пехотных и 11 кавалерийских дивизий, общим числом 850 тыс. человек и 1728 орудий. По плану австрийские войска быстрыми ударами должны были окружить и разгромить русские войска [13].

Российские войска развёртывались на двух основных направлениях — на северо-западном (против Германии) и юго-западном (против Австро-Венгрии). На Северо-Западном фронте под командованием генерала Я. Г. Жилинского развёртывались 2 армии в составе 19 пехотных и 8,5 кавалерийских дивизий, 1100 орудий и около 250 тыс. человек. Против Австро-Венгрии, на Юго-Западном фронте (командующий — генерал Н. И. Иванов) развёртывались 5 российских армий, которые имели 34,5 пехотных и 12,5 кавалерийских дивизий — около 600 тыс. человек и 2099 орудий.

Главнокомандующим российской армии стал великий князь Николай Николаевич. По мобилизационным планам Северо-

Западному и Юго-Западному фронтам надлежало перейти в наступление и перенести войну на территории Германии и Австро-Венгрии.

Начало войны было встречено в России, как и в других странах, патриотическими манифестациями. Мобилизация в армию прошла успешно, уклонистов и дезертиров почти не было. На призывные пункты явилось до 96% призывников. Государственная Дума, за исключением социал-демократической большевистской фракции, поддержала войну и предоставила правительству военные кредиты.

Благодаря успешно проведенной мобилизации численность русской армии к началу боевых действий увеличилась с 1 284 тыс. человек до 2,5 млн человек. Как писал русский военный историк генерал А. М. Зайончковский, «мобилизованная русская армия достигла в 1914 г. грандиозной цифры 1 816 батальонов, 1 110 эскадронов и 7 088 орудий, 85% которых по сложившейся обстановке могло быть двинуто на Западный театр военных действий» [16].

В то же время, получив царский указ о мобилизации, министр внутренних дел Н. А. Маклаков заявил начальнику мобилизационного отдела Главного управления Генштаба генералу С. К. Добровольскому: «Война у нас, в народных глубинах, не может быть популярна, и идеи революции народу понятнее, нежели победа над немцем. Но от рока не уйти...» [13].

Боевые действия начались на Северо-Западном фронте вполне успешно. К сожалению, несогласованность действий командующего фронтом и командующих армиями, обусловленных практическим отсутствием связи с войсками, необходимых разведданных и срывом работы шифровальщиков, не позволила воспользоваться успехом.

В результате 2-я армия генерала А. В. Самсонова была разбита, значительная ее часть окружена и взята в плен. Генерал А. В. Самсонов застрелился. 1-я армия генерала П. К. Ренненкампфа с боями отступила на исходные позиции. В ходе Восточно-Прусской операции русская армия потеряла около 80 тыс. убитыми и пленными, германские войска — около 60 тыс. [17].

Однако в немецкой истории эти события считались величайшей победой германского оружия, на месте разгрома 1-ой армии (ныне Ольштынек, Польша) был построен огромный Танненбергский мемориал, в котором впоследствии похоронили фельдмаршала

Гинденбурга. В 1945 году при отступлении мемориал был взорван фашистами.

Одновременно с наступлением в Восточной Пруссии, русские войска предприняли наступление в Галиции против австро-венгерской армии. 26 августа на реке Золотая Липа произошло сражение между 3-й австрийской и 3-й русской армиями, в этих боях русские войска одержали успех и заставили противника отступать.

Части 8-й армии генерала А. А. Брусилова разгромили 12-й австро-венгерский корпус, и создали угрозу окружения австро-венгерской группировки, располагавшейся южнее Львова. В этих условиях австрийцы начали общее отступление, 21 августа русские войска заняли Львов, 22 августа — Галич. К 8 сентября русские войска заняли значительную часть Галиции и Буковины и осадили Перемышль. В этом грандиозном сражении австрийские войска потерпели сокрушительное поражение: их потери составили 400 000 человек, в том числе 100 000 — пленными. Русская армия также понесла ощутимые потери — 230 000 человек убитыми, ранеными и пленными [14].

Планы германского командования удержать весь Восточный фронт силами только австро-венгерской армии были разрушены. К концу 1914 года на Восточном фронте устанавливается позиционная линия фронта. Русское командование намеревалось зимой захватить перевалы в Карпатах, чтобы весной вторгнуться в равнинную часть Венгрии [18].

Главным итогом кампании 1914 года стал крах германского плана блицкрига. Германская армия не смогла разгромить ни русскую армию на Востоке, ни союзные армии на Западе.

Необходимо отметить, что начало войны вызвало в России взрыв патриотизма, готовность всех слоев населения дать отпор врагу. Начавшиеся накануне войны забастовки рабочих прекратились. Государственная Дума проявила полное единение с правительством — почти единогласно приняты военные кредиты. Столица империи переименована в Петроград. Земские и городские органы самоуправления взяли на себя обязанность помогать при обслуживании различных нужд армии, в том числе и санитарных. Однако в целом государство оказалось не в состоянии обеспечить организацию медицинской помощи и эвакуацию раненых и больных — не хватало кадров, имущества, лечебных учреждений, транспорта.

Начав войну, Русская армия, по существу, не имела единой медицинской службы, отвечающей за лечебно-эвакуационный процесс и руководящей лечением и эвакуацией на театре военных действий и в тылу. Военно-медицинское дело было рассредоточено по управлениям военного ведомства и общественным организациям.

Эвакуацией раненых и больных занималось Эвакуационное управление Главного управления Генерального штаба, лечебным процессом в полевых и стационарных лечебных формированиях ведали санитарные начальники армий и фронтов (большей частью из числа строевых генералов), а также чиновники — Главноуполномоченные РОКК, Всероссийских Союза городов и Земского союза; за снабжение медицинским имуществом, учет и расстановку медицинских кадров отвечало ГВСУ, за обеспечение санитарно-хозяйственным имуществом — Главное интендантское управление, за курортное дело — Управление верховного начальника санитарной и эвакуационной части в империи [19].

Несогласованность действий указанных ведомств были одной из причин, складывавшихся в ходе войны катастрофических обстоятельств в организации лечебно-эвакуационного процесса, на которых строили свои нелицеприятные суждения о работе медицинской службы Русской армии многие исследователи.

Оценивая положение медицинской службы в армиях, Н. А. Вельяминов писал, что здесь «организованной санитарной части не полагалось — всё дело было возложено на корпусных врачей, всецело подчинённых своим корпусным командирам. Правда, в этапно-хозяйственном отделе штаба армии имелась должность “заведующего санитарной частью”, которому полагался один делопроизводитель-врач, но функции этого заведующего были совершенно неопределённые и эфемерные... Роль и права военно-санитарных инспекторов в военных округах на театре военных действий остались совершенно неопределёнными». На них было возложено лишь наблюдение за санитарным состоянием на этапах эвакуации и принятие мер по предупреждению остроинфекционных заболеваний.

В связи с несовершенством подобной организации управления медицинской службой в армии уже в сентябре 1914 года правительство было вынуждено принять меры для устранения ошибок. Руководство военно-санитарным делом попытались сконцентри-

ровать в одних руках. С этой целью 3 сентября 1914 года была учреждена должность Верховного начальника санитарной и эвакуационной части. Её занял принц Александр Петрович Ольденбургский. Ему была вверена вся полнота власти на фронте и в тылу над лечебными, санитарными и эвакуационными учреждениями.

В сентябре 1914 года Военным министерством были введены санитарные отделы штабов армий, во главе которых ставились начальники, получавшие в подчинение корпусных врачей, распоряжавшиеся военно-санитарными транспортами и полевыми подвижными госпиталями армии. Начальники санитарных отделов штабов армий в свою очередь подчинялись начальнику санитарной части армий фронта [20].

Необходимо отметить, что очень многие административные должности медицинской службы войск (особенно крупные) замещались кадровыми офицерами, так как командование полагало, что в силу своей профессиональной подготовки они в отличие от врачей способны эффективно осуществлять административные функции. Многие опытные врачи высказывали своё несогласие с подобным служебным ущемлением медиков.

Другой причиной неэффективности работы медицинской службы можно считать господствовавшее в начале XX века представление об эвакуации как о мероприятии чисто военном, основной целью которого является освобождение действующей армии от раненых и больных, скопление которых в прифронтовой полосе снижает маневренность войск. В итоге раненые и больные могли рассчитывать на получение квалифицированной медицинской помощи только после эвакуации в тыл.

В таких условиях приоритета эвакуационного процесса, руководимого «строевым элементом» и проводимого по принципу «во что бы то ни стало», основанного к тому же на ошибочном утверждении Э. Бергмана о первичной стерильности огнестрельной раны, и утвердившего перевязку основным видом хирургической деятельности, «умножались страдания раненых, из числа которых пополнялись скорбные ряды безвозвратных потерь и инвалидов» [21].

По данным Н. Н. Бурденко, участвовавшего в Первой мировой войне в качестве профессора-консультанта РОКК, из 2000 раненых, обследованных им в течение двух суток, были перевязаны: 420 человек — 5 раз, 673 — 4 раза, 585 — 3 раза, 265 — 2 раза и толь-

ко 57 человек — 1 раз. Множественность перевязок в войсковом районе, по мнению Н. Н. Бурденко, являлась особенно частым злом, ибо в результате такой чрезмерной активности врачей «рана лишалась самого главного — покоя» [22].

Что касается этапов медицинской эвакуации (ЭМЭ), то, как правило, их насчитывалось шесть [23]:

1) Передовой перевязочный пункт, развертывался средствами полкового лазарета в тылу полка; удаление его от линии фронта не регламентировалось.

2) Главный перевязочный пункт развертывался перевязочным отрядом дивизии позади передовых перевязочных пунктов, возможно ближе к ним, но вне сферы огня и по возможности вблизи источника питьевой воды. Место его развертывания намечалось дивизионным врачом на основании указаний начальника дивизии; удаление от линии фронта также не регламентировалось.

3) Лазареты дивизии (два) развертывались в тылу дивизии для раненых и больных, не нуждающихся в продолжительном лечении. Места развертывания лазаретов намечались дивизионным врачом на основе указаний начальника дивизии.

4) Головной эвакуационный пункт развертывался по распоряжению начальника санитарной части армий фронта на головной железнодорожной станции; впоследствии право перемещения головных эвакуационных пунктов было предоставлено начальникам санитарных отделов штабов армий.

5) Перевязочно-питательные пункты организовывались различными общественными организациями в качестве вспомогательных промежуточных ЭМЭ, особенно в зимнее время, при значительной протяженности путей эвакуации.

6) Армейские приемники развертывались у станций железных дорог и в узлах грунтовых путей эвакуаций средствами лечебных учреждений военных и общественных организаций в тех случаях, когда раненые и больные, эвакуируемые из войсковых соединений, не могли быть обеспечены головными эвакопунктами. При значительном удалении войск от железной дороги армейские приемники развертывались на грунтовых путях.

Задачи и содержание работы этапов медицинской эвакуации состояли в следующем: а) передового перевязочного пункта — оказание первоначальной помощи раненым, хирургические операции по жизненным показаниям, питание; б) главного

перевязочного пункта — неотложная хирургическая и общеврачебная помощь, временное размещение и уход за ранеными до отправления на следующий этап, сортировка на четыре категории: возвращаемых в строй, следующих в тыл пешком, перевозимых в лечебные учреждения и неспособных выдержать перевозку; в) лазарета дивизии — лечение раненых и больных, дающих надежду на быстрое выздоровление, хирургическая и общемедицинская помощь госпитального характера; г) головного эвакуационного пункта — прием и сортировка раненых и больных, направление тяжелораненых и больных в тыловые эвакопункты, задержание не способных к перевозке, распределение легкораненых по лечебным учреждениям тылового района, отправление острозаразных больных по указаниям начальника санитарной части армий фронта.

Эта общая схема организации оказания медицинской помощи и эвакуации раненых и больных от линии фронта до конечно-выгрузочных (для санитарной эвакуации — погрузочных) железнодорожных станций выполнялась в разных армиях и на разных фронтах по-разному и в полной мере, конечно, не выдерживалась [23].

Предвоенная недооценка масштабов будущей войны и возможных потерь привели к тому, что в первый год войны ощущался острый недостаток коечной сети для размещения огромного потока раненых и больных, эвакуируемых с фронта. К ноябрю 1915 года емкость коечной сети расширилась и составляла уже 783 291 койку, из которых 105 647 принадлежали РОКК, а 256 664 — Земскому союзу и Всероссийскому союзу городов.

К концу войны количество коек в лечебных учреждениях достигло 1 млн. и было вполне достаточным. Годовые потери действующей армии ранеными не превышали 1 200 тыс., а средний оборот койки составлял 70 дней. Коечная сеть военно-медицинского ведомства охватывала лишь 43,2% от общей емкости, а 56,8% приходились на долю Красного Креста и других общественных организаций.

Распределение коек между театром военных действий и внутренними районами страны было не совсем рациональным: две трети коек были развернуты в тылу и только одна треть — на фронтах, что предопределило систему «эвакуации во что бы то ни стало», господствовавшую в течение всей войны.

В войсках в начале боевых действий было сформировано всего 52 военно-санитарных транспорта, в ходе войны количество последних возрастало, однако нормы — по одному на дивизию — достигнуть так и не удалось. К сентябрю 1915 года было сформировано 15 санитарных автоотрядов в составе 20 санитарных автомобилей (на 4 лежачих) каждый. Достигнуть здесь нормы — по одному санитарному автоотряду на корпус — также не удалось.

Уже в начале войны в стране стал ощущаться недостаток в медикаментах и хирургическом инструментарии. Дело в том, что из 118 наименований медикаментов каталога военного времени 80 предметов ввозились из-за границы, в том числе из Германии и Австро-Венгрии. Это побудило принца А. П. Ольденбургского в октябре 1914 года организовать две комиссии, одну — для рационального распределения имеющегося запаса медикаментов, а другую — для закупки их за границей, для чего государством было выделено 3 млн. рублей.

Петроградский завод военно-врачебных заготовлений по приказу А. П. Ольденбургского стал работать в три смены, а Институт экспериментальной медицины обеспечил бесперебойный выпуск вакцин и сывороток. По инициативе принца и на его личные средства было начато производство йода из морских водорослей, а также сбор лекарственных трав на Кавказе (на что было ассигновано 15 тыс. рублей).

Летом 1915 года по его указанию Земский союз приступил к строительству фабрики для изготовления лекарств из местного сырья. Все эти меры помогли стабилизировать ситуацию с медицинским снабжением действующей армии и лечебных заведений тыла страны. Особенно благополучно обстояло дело со снабжением войск индивидуальными перевязочными пакетами. Если в начале войны планировалось направлять на фронт в среднем по 710 тыс. пакетов в месяц, то фактически с сентября 1914 по март 1917 года ежемесячно их в среднем отправлялось на фронт по 1 622 400 штук [23].

Еще одной проблемой была неблагополучная санитарно-эпидемическая обстановка. Хотя начальный период войны не дал существенного повышения инфекционной заболеваемости в армии, но впоследствии ее рост стал настолько значительным, что возникла опасность широкого распространения инфекций. Армия «стала тем очагом, откуда эпидемии перебрались в глубь страны» [24].

Таблица 4

Потери Русской армии от инфекционных болезней за годы Первой мировой войны [25]

Инфекционное заболевание	Заболело, абс. число	Умерло	
		Абс. число	%
Тиф брюшной	98 345	19 463	19,8
Тиф сыпной	21 969	4 967	22,6
Тиф возвратный	76 071	2 334	3,1
Дизентерия	65 257	4 367	6,7
Холера	30 820	10 198	33,1
Натуральная оспа	2 708	573	21,2
Всего...	295 170	41 902	14,2

Сведения о размере потерь в Русской армии от инфекционных болезней за все время Первой мировой войны представлены в табл. 4.

По количеству заболевших лидировали брюшной и возвратный тифы, дизентерия, затем следовали холера, сыпной тиф и натуральная оспа. Максимальные показатели смертности были при холере, сыпном и брюшном тифах.

Накануне войны в России имелось всего 373 санитарных врача, 12 микробиологических институтов, 20 санитарно-бактериологических и 60 гигиенических лабораторий, 13 дезинфекционных станций и 56 дезинфекционных пунктов.

Планом мобилизационного развертывания Русской армии предусматривалось формирование 87 дезинфекционных, 37 санитарно-гигиенических и 12 военных железнодорожных санитарно-дезинфекционных отрядов. К началу 1917 г. в войсках находилось 67 санитарно-гигиенических отрядов. Приказом начальника штаба Верховного главнокомандующего от 16 июня 1916 г. № 817 в состав противоэпидемических средств фронта была введена подвижная лаборатория.

Интересно, что в первый месяц войны по негласному приказанию Главного военно-санитарного инспектора А.Я. Евдокимова военно-санитарное ведомство было лишено права принимать какую-либо помощь РОКК и других общественных организаций. Однако невозможность обойтись весьма скудными государственными ресурсами заставила военного министра в сентябре 1914

года одновременно с назначением А.П. Ольденбургского издать приказ об оказании обоюдной помощи ГВСУ и общественными организациями.

Без помощи РОКК и других общественных организаций, среди которых важную роль играли принявшие в годы войны огромный размах Всероссийские Земский союз и Союз городов (впоследствии объединившиеся в рамках Земгора), а также Польский комитет санитарной помощи, без содействия со стороны частных лиц, других источников, на базе которых создавались лечебные учреждения, санитарные транспорты и поезда, осуществлялось снабжение медикаментами, одеждой, медицинским имуществом, производилось питание раненых и больных, — военное ведомство не смогло бы со сколько-нибудь убедительным успехом организовать эвакуацию и лечение раненых и больных на фронте.

Уже в первые недели войны РОКК внесло большой вклад в организацию медицинской помощи на фронте. В действующую армию посылались лазареты, передовые отряды и средства эвакуации; был проведён дополнительный набор в лечебные учреждения врачей и сестёр милосердия. Кроме того, Главным управлением РОКК были одобрены инициативы Н. А. Вельяминова по оборудованию и отправке на фронт шести передвижных рентгеновских станций, организации медицинской помощи душевнобольным и введению института хирургов-консультантов. Последняя мера оказалась наиболее важной, так как принесла огромную пользу в деле улучшения медицинского обслуживания раненых [20].

Выполнение основной части мероприятий по противоэпидемическому обеспечению Русской армии также взяли на себя общественные организации. Так, 3 августа 1914 г. циркуляром № 11 Главного управления РОКК были объявлены «Санитарные мероприятия, обязательные для проведения на путях следования войск и призываемых контингентов». 3 ноября того же года при Управлении Верховного начальника санитарной и эвакуационной части в Империи был сформирован специальный отряд для регистрации и обработки сведений обо всех эпидемических заболеваниях в войсках, среди гражданского населения и военнопленных.

ГЛАВА 3

ПРИМЕНЕНИЕ ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ РУССКОЙ АРМИИ В ПЕРВУЮ МИРОВУЮ ВОЙНУ (ГОД 1915)

В начале 1915 г. германское Верховное командование приняло решение перенести основные военные усилия на Восточный фронт. Великобритания и Франция решили придерживаться оборонительной стратегии с целью выигрыша времени для восполнения запасов вооружения и накопления резервов.

Россия, несмотря на понесённые людские потери и ограниченность материальных ресурсов, продолжала военные действия как против Германии на Северо-Западном, так и против Австро-Венгрии на Юго-Западном фронте. 22 марта 1915 г. успешно закончилась продолжительная осада австрийской крепости Перемышль, чей гарнизон капитулировал.

Утрата Перемышля ускорило принятие решения командованием центральных держав (как было принято называть Германию и Австро-Венгрию) о переброске с запада на восток части немецких сил и организации наступления между Вислой и Карпатами. Целью этого плана было не только отбросить русские армии от Карпат, но и, разгромив войска Юго-Западного фронта, заставить Россию выйти из войны.

Главный удар был нанесён 2 мая в районе города Горлице. Понеся тяжелые потери, войска Юго-Западного фронта были вынуждены оставить Галицию. В июле—августе разгорелись упорные бои в Польше и Прибалтике. Избегая угрозы окружения, Российская Ставка приняла решение отвести войска Северо-Западного фронта. Произошло несколько оборонительных сражений: Грубешовское, Холмское, Красноставское, Люблинское. 5 августа немцы заняли Варшаву.

Несмотря на поражения, русскому командованию удалось вывести свои войска из намечавшегося окружения в «польском мешке». Тем не менее, результатом боёв весной — летом 1915 г. для России стала потеря огромной территории: Галиция, Польша, Литва, часть Белоруссии и Латвии [26].

Русско-германский фронт стабилизировался южнее Риги, далее по Западной Двине до Двинска (сейчас Даугавпилс) и почти прямо на юг до верховьев реки Прут. Несмотря на большие территориальные потери, понесенные Россией, вывести её из войны не удалось — Восточный фронт для Германии сохранился и продолжал оказывать существенное воздействие на общую стратегическую обстановку.

К концу 1915 г. война повсеместно приняла позиционный характер. На Западном фронте это произошло гораздо раньше. Противоборствующие стороны зарылись в окопы, оградившись рядами колючей проволоки и сохраняя линию фронта без особых изменений. Однако это не означало мирного сосуществования. Периодически артиллерия крушила линии обороны, убивая и калеча солдат и офицеров, но как только наступавшие поднимались в атаку, их косил огонь пулеметных расчетов.

Мясорубка войны перемалывала людские резервы воюющих стран (только в России в годы войны в армию было призвано 15,5 млн человек [27]), не давая возможности военным стратегам достичь успеха. Именно тогда немцы начали поиск и подготовку к применению новых видов оружия, способных устрашить соперника и привести к прорыву фронта.

К решению поставленной задачи они привлекли, в том числе известного ученого-химика Фрица Габера, находившегося на службе германского правительства в качестве консультанта Военного министерства. Через несколько месяцев он и его сотрудники (среди которых были три будущих лауреата Нобелевских премий) создали оружие с использованием газообразного хлора, которое было запущено в производство в январе 1915 г.

Сравнивая Первую мировую войну с предыдущими войнами, Уинстон Черчилль писал: «Масса возбужденных коней, бряцание амуниции, упоенность движением, колыхание плюмажей, чувство причастности к животному организму — все это превращает кавалерийские учения в нечто восхитительное... Полки, бригады и даже кавалерийские дивизии способны в кратчайший срок за-

нять боевые позиции, готовясь к величайшему в жизни конника событию — Атаке. Позор, что алчная, подлая, авантюрная Война все это отвергла и предпочла услуги очкариков-химиков» [28].

Фриц Габер был сугубо штатским человеком и на фронте появлялся в элегантном костюме, усугубляя штатское впечатление блеском позолоченных пенсне. Хотя Габер ненавидел войну, он считал, что применение химического оружия может сохранить многие жизни, если прекратится изматывающая траншейная война на Западном фронте.

Работы по подготовке к применению нового оружия проводилась в строжайшей тайне. Тем не менее, сведения о нем до противника доходили. Так, 14 апреля 1915 года недалеко от малоизвестного в то время бельгийского города Ипр французские подразделения захватили в плен немецкого солдата. Во время обыска у него обнаружили небольшую марлевую сумочку, наполненную лоскутами хлопчатобумажной ткани, и флакон с бесцветной жидкостью. Это было похоже на перевязочный пакет, поэтому на него первоначально не обратили внимание. Однако пленный на допросе заявил, что сумочка — это специальное средство защиты от нового «сокрушительного» оружия, которое немецкое командование планирует применить на этом участке фронта.

На вопрос о характере этого оружия, пленный ответил, что понятия о нем не имеет, но вроде бы это оружие спрятано в металлических цилиндрах, которые врыты на ничейной земле между линиями окопов. Для защиты от этого оружия необходимо намочить лоскут из сумочки жидкостью из флакона и приложить его ко рту и носу. Французские офицеры сочли рассказ пленного бредом сошедшего с ума солдата и не придали ему значения.

18 апреля англичане выбили немцев с одной из высот в том же районе и взяли в плен немецкого унтер-офицера. Пленный рассказал о неведомом оружии и заметил, что цилиндры с ним врыты на этой самой высоте — в десяти метрах от окопов. Английский сержант из любопытства пошел с двумя солдатами в разведку и в указанном месте действительно нашел тяжелые цилиндры необычного вида и непонятного назначения. Он доложил об этом командованию, но безрезультатно.

Загадки командованию союзников в те дни приносила и английская радиоразведка, расшифровавшая часть немецких радиограмм. В них сообщалось, что немецкие штабы крайне за-

интересованы состоянием погоды, — «Дует неблагоприятный ветер... — доносили немцы. — ...Ветер усиливается ... его направление постоянно меняется. Ветер неустойчив ...». В одной радиограмме упоминалось имя какого-то доктора Габера.

22 апреля 1915 года в районе Ипра немцы провели первую в истории газовую атаку. Газ был выпущен из примерно 6 тысяч баллонов, и в результате ядовитое облако длиной в шесть километров и шириной в один километр накрыло неприятельские позиции.

Все очевидцы, описывая события того жуткого дня, начинают его словами: «Был чудесный ясный весенний день: С северо-востока дул легкий ветерок... Ничто не предвещало близкой трагедии».

Ближайший к немцам участок фронта защищали солдаты, прибывшие из Алжира и еще не участвовавшие в активных боевых действиях. Они выбрались из окопов, грелись на солнышке, курили, громко переговариваясь друг с другом. Около пяти часов пополудни перед немецкими окопами появилось большое зеленоватое облако. Оно дымилось и клубилось и, при этом, потихоньку продвигалось к французским окопам, повинуясь воле северо-восточного ветерка. Как уверяют свидетели, многие французы с интересом наблюдали приближающийся фронт этого причудливого «желтого тумана», но не придавали ему значения.

Вдруг они почувствовали резкий запах. У всех защипало в носу, глаза резало, как от едкого дыма. «Желтый туман» душил, ослеплял, жег грудь огнем, выворачивал наизнанку. Не помня себя, солдаты бросились вон из траншей. Кто медлил, падал, охваченный удушьем. Люди с воплями носились по окопам; сталкиваясь друг с другом падали и бились в судорогах, ловя воздух перекошенными ртами.

А «желтый туман» катился все дальше и дальше в тыл французских позиций, сея по пути смерть и панику. За туманом стройными рядами шествовали немецкие цепи с винтовками наперевес и повязками на лице. Но атаковать им было некого. Тысячи алжирцев и французов лежали мертвые в окопах и на артиллерийских позициях. Итог химической газовой атаки хлором — 15 тысяч выведенных из строя солдат и офицеров, из которых 5 тысяч погибли.

Для немцев такой результат оказался не менее неожиданным. Их генералы относились к затее «очкастого доктора», как к интересному опыту и потому толком не подготовились к широко-

масштабному наступлению. И когда фронт оказался фактически проломленным — единственным подразделением, хлынувшим в образовавшуюся брешь, был пехотный батальон, который не мог, конечно, решить судьбу французской обороны.

Происшествие наделало много шума, и уже к вечеру мир знал, что на поле боя вышел новый участник, способный конкурировать с «его величество — пулеметом». На фронт бросились химики, и к следующему утру стало ясно, что впервые для военных целей немцы применили облако удушливого газа — хлора.

Обнаружилось, что любая страна, обладающая даже задатками химической промышленности, может получить в свои руки мощнейшее оружие. Многие химические заведения кинулись разрабатывать конструкцию противогазов, но немцы спешили повторить газобаллонную атаку, пока у союзников не появились надежные средства защиты.

После первого «успеха» Габеру присвоили звание капитана, и он ненадолго вернулся в Германию. 2 Мая 1915 жена Габера, которая также была химиком и решительно выступала против его военных работ, совершила самоубийство, выстрелив в себя из принадлежащего мужу пистолета. О причине ее поступка нельзя сказать с точностью, но скорее всего она приняла такое решение потому, что Габер лично контролировал первое применение хлора. Уже 15 мая Габер отправился на Восточный фронт для продолжения работы.

Несмотря на то, что день 22 апреля 1915 г. считается днем «премьеры» отравляющих веществ, отдельные факты его применения имели место и ранее. Так, еще в ноябре 1914 г. немцы выпустили по французам несколько артиллерийских снарядов, снаряженных раздражающими отравляющими веществами, но их применением осталось незамеченным. В январе 1915 г. в Польше немцы применили против русских войск какой-то слезоточивый газ, но масштабы его применения были ограниченными, а эффект — сглаженным вследствие ветра.

Первыми из русских частей химической атаке подверглись части 2-й русской армии, которая своей упорной обороной преградила пути к Варшаве. В период с 17 по 21 мая 1915 г. германцы установили 12 тыс. баллонов с хлором в передовых окопах на протяжении 12 км и в течение десяти суток ожидали благоприятных метеоусловий. Атака началась в 3 час. 20 мин. 31 мая. Германцы

выпустили хлор, открыв одновременно ураганный артиллерийский, пулеметный и ружейный огонь по русским позициям.

Приняв зеленоватое облако за маскировку атаки, русские войска усилили передовые окопы и подтянули части поддержки. Вскоре в окопах, представлявших здесь лабиринт сплошных линий, появились умирающие люди и трупы. К 4.30 хлор проник на 12 км вглубь обороны русских войск, образовав в низинах «газовые болота» и погубив на своем пути всходы яровых и клевера.

Около 4 часов германские части при поддержке артиллерийского огня атаковали русские позиции, рассчитывая на то, что, как и при сражении у г. Ипр, их уже некому защищать. В этой ситуации проявилась беспримерная стойкость русского солдата. Несмотря на вывод из строя 75% личного состава в 1-й оборонительной полосе, атака германцев к 5 часам утра была отбита метким ружейным и пулеметным огнем оставшихся в строю бойцов. В течение дня были сорваны еще 9 германских атак. Потери русских частей от хлора были огромны (9138 отравленных и 1183 погибших), но все же германское наступление было отбито.

Документы того времени красноречиво свидетельствуют о том, что в 1915 году российская армия понесла крупные потери от воздействия отравляющих веществ (ОВ). В частности, в одном из них, имеется следующая информация: «Комиссия по выяснению условий применения в ночь с 23 на 24 июня с/г. в районе расположения 5-го Сибирского и 35-го армейского корпусов германцами удушающих газов и результатов их применения установила, что потери пострадавших от газа частей представляются в следующих цифрах (табл. 5).

Вышеприведенные потери объясняются совокупностью следующих условий:

– быстрым, почти внезапным появлением газа в ночное время, причем даже телефонное сообщение от одного батальона к другому не могло предупредить несчастья;

– свойством хлора, очень быстро и резко действующего на органы дыхания, примененного в громадных количествах в три приема при медленном движении по низменному месту, окруженному густой растительностью;

– направлением ветра с запада на восток со скоростью не более пяти верст в час, за исключением первого момента, когда газ, выпущенный под высоким давлением, двигался с громадной скоро-

Таблица 5

Потери в русских частях от газовой атаки 1915 года

Название частей	Умерло		Эвакуировано		Осталось в строю		Итого	
	офицеры	нижние чины	офицеры	нижние чины	офицеры	нижние чины	офицеры	нижние чины
21 Сибирский полк	14	1410	21	2500	4	400	39	4310
22 Сибирский полк	–	20	3	320	5	528	8	868
23 Сибирский полк	–	1	–	88	2	83	2	172
6 Сибирская артиллерийская бригада	–	8	3	40	–	16	3	64
217 п. Ковровский полк	–	8	1	138	–	–	1	146
220 п. Скопинский полк	–	43	6	926	–	497	6	1466
218 п. Горбатовский полк	10	251	11	2333	6	255	27	2839
55 Артиллерийская бригада	–	–	–	13	–	8	–	21
29 Саперный батальон	1	–	–	17	–	–	1	17
Итого:	25	1741	45	6375	17	1787	87	9903

стью и достиг передовых окопов через несколько секунд, причем площадь его распространения по фронту занимала около восьми и в глубину около шести верст;

– и самое главное, — недействительностью примененных повязок-противогазов, которые при незначительной толщине слабо задерживали хлор, но в тоже время плотно закрывая рот,

сильно препятствовали, вследствие накопления слюны, мокроты и рвоты, дышать, а офицерский состав при этом мог командовать, только приподнимая повязку, вследствие чего, ему невольно приходилось вдыхать большое количество ядовитого газа, быстро отравляющего.

Этим и объясняется убыль офицерского состава в пострадавших частях, которая в свою очередь послужила причиной произошедшей растерянности среди нижних чинов и лишила возможности использовать в полной мере все рекомендованные средства борьбы против удушающего действия газа. Кроме того, процесс применения повязки-противогаза оказался слишком сложным и продолжительным для той быстроты, в которой может наступить вредное действие газа.

30 июня 1915 года в г. Варшава. Подписали: председатель, состоящий при Главнокомандующем армии Северо-западного фронта, генерал-майор А. Павлов» [29].

Писатель Михаил Зощенко, который был непосредственным участником Первой мировой войны и пережил химическую атаку, вспоминал: — «Я стою в окопах и с любопытством посматриваю на развалины местечка. Это — Сморгонь. Правое крыло нашего полка упирается в огороды Сморгони. Это знаменитое местечко, откуда бежал Наполеон, передав командование Мюрату.

Темнеет. Я возвращаюсь в свою землянку. Душная июльская ночь. Сняв френч, я пишу письма. Уже около часа. Надо ложиться. Я хочу погнать вестового. Но вдруг слышу какой-то шум. Шум нарастает. Я слышу топот ног. И звяканье котелков. Но криков нет. И нет выстрелов. Я выбегаю из землянки. И вдруг сладкая удушливая волна охватывает меня. Я кричу: «Газы!.. Маски!..» И бросаюсь в землянку. Там у меня на гвозде висит противогаз.

Свеча погасла, когда я стремительно вбежал в землянку. Рукой я нащупал противогаз и стал надевать его. Забыл открыть нижнюю пробку. Задыхаюсь. Открыв пробку, выбегаю в окопы. Вокруг меня бегают солдаты, заматывая свои лица марлевыми масками.

Нашарив в кармане спички, я зажигаю хворост, лежащий перед окопами. Этот хворост приготовлен заранее. На случай газовой атаки. Теперь огонь освещает наши позиции. Я вижу, что все гренадеры вышли из окопов и лежат у костров. Я тоже ложусь у костра. Мне нехорошо. Голова кружится. Я проглотил много газа, когда крикнул: «Маски!».

У костра становится легче. Даже совсем хорошо. Огонь поднимает газы, и они проходят, не задевая нас. Я снимаю маску. Мы лежим четыре часа.

Начинает светлеть. Теперь видно, как идут газы. Это не сплошная стена. Это клуб дыма шириной в десять саженей. Он медленно надвигается на нас, подгоняемый тихим ветром. Можно отойти вправо или влево — и тогда он проходит мимо, не задевая. Теперь не страшно. Уже кое-где я слышу смех и шутки. Это гренадеры толкают друг друга в клубы газа. Хохот. Возня. В бинокль гляжу в сторону немцев. Теперь я вижу, как они из баллонов выпускают газ. Это зрелище отвратительно. Бешенство охватывает меня, когда я вижу, как методически и хладнокровно они это делают.

Я приказываю открыть огонь по этим мерзавцам. Я приказываю стрелять из всех пулеметов и ружей, хотя понимаю, что вреда мы принесем мало — расстояние полторы тысячи шагов. Гренадеры стреляют вяло. И стрелков немного. Я вдруг вижу, что многие солдаты лежат мертвые. Их — большинство. Иные же стонут и не могут подняться.

Я слышу звуки рожка в немецких окопах. Это отравители играют отбой. Газовая атака окончена. Опираясь на палку, я бреду в лазарет. На моем платке кровь от ужасной рвоты. Я иду по шоссе. Я вижу пожелтевшую траву и сотню дохлых воробьев, упавших на дорогу» [30].

К началу 1915 года специального производства по изготовлению удушающих средств и средств защиты от них не существовало ни во Франции, ни в России. Но между атакой у Ипра и атакой в районе Болимова прошло, казалось бы, достаточно времени, чтобы командование русских войск осознало реальность угрозы применения немцами боевых ОВ.

И, надо признать, определенные шаги для защиты от возможной химической атаки предпринимались. Как только информация об использовании немцами газов на французском фронте дошла до верховного начальника санитарной и эвакуационной части Российской армии принца Александра Ольденбургского, он немедленно приказал заготовить особые повязки на рот, которые были пропитаны серноватисто-натровой солью и могли до некоторой степени предотвратить отравление хлором.

Эти повязки вовремя поступили в распоряжение войск, занимавших позиции на реке Равке, но находились в лазарете корпуса и не были розданы личному составу.

«Потери, понесенные нашими войсками вследствие неимения надлежащих противогазовых предохранительных повязок, были громадны, — около 7–8 тыс. отравленных в одну ночь, из которых большинство умерли, — вспоминал глава Химического комитета при Главном артиллерийском управлении генерал-лейтенант В. Н. Ипатьев. — Принц Ольденбургский, получивши извещение об этом событии, вызвал меня к себе и предложил мне поехать с ним в его поезде на фронт для обследования случившейся газовой атаки. Я согласился, но сказал ему, что должен получить разрешение великого князя Сергея Михайловича.

В результате переговоров я был временно командирован в распоряжение верховного начальника санитарной и эвакуационной части принца Ольденбургского для выяснения всех обстоятельств дела, для принятия мер борьбы против ядовитых газов, а также изыскания способов постановки у нас на заводах изготовления удушающих средств».

Все подобранные на фронте аппараты и их части, из которых был выпущен ядовитый газ, были доставлены в Варшаву, и именно туда направился спецпоезд принца. На вокзале в Варшаве прибывших встречали варшавский генерал-губернатор П. П. Стремоухов, начальник снабжения Западного фронта генерал Н. А. Данилов, санитарный инспектор Северо-Западного фронта, доктор медицины В. Б. Гюббенет и уполномоченный Красного Креста А. И. Гучков.

«Принц Ольденбургский, выйдя из вагона и небрежно поздоровавшись с собравшимися на перроне, начал ругать доктора В. Б. Гюбенета за его нераспорядительность по раздаче противогазовых повязок на фронте и немедленно отчислил его в запас армии, приказав передать его обязанности А. И. Гучкову, — рассказывал Ипатьев. — Мне пришлось в первый раз слышать подобную ругань из уст лица, принадлежавшего к царской фамилии. Но в душе я сознавал, что принц был прав» [30].

В последнее время стал широко известен еще один эпизод применения немцами газовой атаки хлором, произошедший на Восточном фронте. При этом контратака русских получила публицистическое название «Атака мертвецов».

Эпизод произошел 6 августа 1915 года при обороне крепости Осовец, которая была построена в 1795 году, как опорная русская крепость. Она располагалась на реке Бобры, рядом с местечком

Осовице (сейчас — польский город Осовец-Крепость) и предназначалась для обороны территории между реками Висла и Неман, Нарев — Буг, прикрывая направление на восток. С севера и юга в этой местности протянулись непроходимые болота, поэтому обойти крепость было невозможно.

На рассвете в 4:00 утра 24 июля (6 августа) 1915 года, используя попутный ветер, немцы начали выпуск хлора из заранее развёрнутых газобаллонных батарей. По оценкам, газ в итоге проник на общую глубину до 20 км, сохраняя поражающее действие на глубину до 12 км.

При отсутствии каких-либо эффективных средств защиты у оборонявшихся, результат атаки газами оказался сокрушительным: 9, 10 и 11-я роты Землянского полка выбыли из строя полностью, от 12-й роты в центральном редуте в строю осталось около 40 человек; от трёх рот у Бялогронд — около 60 человек. Практически все первая и вторая линии обороны Сосненской позиции остались без оборонявшихся.

Подавляя одиночное сопротивление, немецкие части быстро преодолели первую и вторую линию колючей проволоки, заняли тактически важный укреплённый пункт и стали продвигаться вдоль полотна железной дороги к Рудскому мосту. Единственным резервом на позиции русских оставалась рота ополченцев, но и у неё было отравлено до 50% личного состава.

Возникла реальная угроза захвата немцами Рудского моста, что означало бы рассечение всей обороны западнее крепости и ее потерю. В этой ситуации комендант крепости генерал-лейтенант Н. А. Бржозовский приказал организовать артиллерийский огонь по уже занятым противником участкам позиции русских войск и контратаковать в штыки «всем, чем можно».

В контратаку пошли остатки 8-й и 13-й рот (около половины от исходного состава) и переброшенная из крепости немного менее пострадавшая 14-я рота.

13-я рота под командованием подпоручика Котлинского контратаковала части немецкого полка вдоль железной дороги и обратила их в бегство. Продолжая атаку, рота вновь захватила 1-ю и 2-ю линии обороны. В этот момент подпоручик Котлинский был смертельно ранен. Но эта атака позволила полностью ликвидировать последствия немецкого прорыва на данном участке обороны.

Собственно, выражение атака «мертвецов» при описании контратаки 13-й роты 226-го Землянского полка впервые упомянуто в работе С. А. Хмелькова «Борьба за Осовец», опубликованной Воениздатом в 1939 году. Автор был непосредственным участником описываемых событий. В 1939 году он занимал должность начальника кафедры сухопутной фортификации и укрепленных районов Военно-инженерной академии и по обороне Осовца защитил диссертацию. Опубликованная им в 1939 году книга является сокращённым и переработанным изложением материалов диссертации.

С. А. Хмельков в частности писал: «13 и 8-я роты, потеряв до 50 % отравленными, развернулись по обе стороны железной дороги и начали наступление... Эта атака «мертвецов», как передает очевидец боя, настолько поразила немцев, что они не приняли боя и бросились назад, много немцев погибло на проволочных сетях перед второй линией окопов от огня крепостной артиллерии».

В целом в СССР исследование и описание конкретных подвигов «царской армии» на «империалистической войне» не приветствовалось, и работы, выходящие за рамки сугубо технического анализа стратегии и тактики, являлись редкостью. В двухтомной «Истории Первой мировой войны» 1975 года оборона Осовца отдельно не выделялась. Там лишь указывается, что «большой интерес представляет влияние на боевые действия войск крепостей Осовец и Новогеоргиевск, которые, прикрывая фланги 12-й и 1-й русских армий, сковали оперативную свободу германского командования», хотя и упоминается, что «русские солдаты проявили такую стойкость и упорство, что приводили в изумление своего противника» [31].

Более подробно детали атаки были рассмотрены в статье 1984 года в «Военно-историческом журнале». Не используя само выражение «атака мертвецов», автор пишет: «Решительные действия полуотравленных газом русских солдат настолько поразили немцев, что они не приняли боя и начали отступать в исходное положение». К 8 часам утра все последствия немецкого прорыва были ликвидированы. К 11 часам утра прекратился обстрел крепости, что явилось формальным окончанием неудавшегося штурма.

Само выражение «атака мертвецов» (с обоими словами в кавычках, а не «атака „мертвецов“», как у С. А. Хмелькова), вероятно, принадлежит журналисту Владимиру Воронову из ежемесячника

«Совершенно секретно». В своей статье 2009 года, подготовленной к 95-й годовщине начала Первой мировой войны, он пишет: «Но, когда германские цепи приблизились к окопам, из густо-зеленого хлорного тумана на них обрушилась... контратакующая русская пехота. Зрелище было ужасающим: бойцы шли в штыковую с лицами, обмотанными тряпками, сотрясаясь от жуткого кашля... Это были остатки 13-й роты 226-го пехотного Землянского полка, чуть больше 60 человек. Но они ввергли противника в такой ужас, что германские пехотинцы, не приняв боя, ринулись назад, затаптывая друг друга и повисая на собственных проволочных заграждениях».

В статье Вороновым были добавлены те художественно-публицистические детали («выплевывая куски легких на окровавленные гимнастерки»), которые позднее стали постоянными элементами изложения у других авторов, но в 2009 году широкого резонанса статья не вызвала.

В 2011 году в первом номере журнала «Братишка» была опубликована статья Артёма Денисова «Осовец. Атака мертвецов», в которой тот же эпизод описывается так: «Но когда германские цепи подошли к русским окопам, им навстречу в штыковую контратаку с криком, а точнее, с хрипом «ура» поднялись выжившие защитники — остатки 8-й и 13-й рот, чуть больше 100 человек. Еле держась на ногах, они все-таки встали на бой, который, казалось бы, проигран. Вид их был ужасен. Со следами химических ожогов на лицах, обмотанные тряпками, они харкали кровью».

Возглавивший атаку 13-й роты подпоручик Владимир Карпович Котлинский посмертно награждён орденом Святого Георгия 4-й степени. Позднее его прах забран матерью и перезахоронен на родине в Пскове.

Как известно, всякое действие вызывает противодействие. Появление ОВ заставило ученых экстренно искать противоядие этому пагубному оружию. Вначале для его нейтрализации применялись простейшие марлевые многослойные влажные повязки, затем — влажные маски, пропитанные растворами для защиты от хлора и фосгена, соединенные с очками. Но от других ОВ такие маски не защищали. В ноябре 1915 года петроградский инженер Э. Куммант сконструировал резиновый шлем с очками, позволявший защищать не только органы дыхания, но и большую часть головы.

Проблема защиты от ОВ была решена, когда русский ученый-химик Н. Д. Зелинский предложил использовать в качестве фильтра активированный уголь, хорошо поглощающий вещества, находящиеся в паро- и газообразном состоянии. Н. Д. Зелинский нашел способы его активизации, то есть значительного повышения пористости. Один грамм активированного угля с чрезвычайно развитой капиллярностью имел поглощающую поверхность в 15 квадратных метров. Так появился противогаз Зелинского—Куммана.

Позднее аналогичные средства индивидуальной защиты появились и в других государствах. Русская армия уже в 1916 году получила на оснащение около 5 млн. противогазов. И надо сказать, что изобретение Н. Д. Зелинского спасло жизни тысячам наших соотечественников на фронтах Первой мировой. Устройство его оказалось столь удачным, что фактически без особых изменений изделие остается на оснащении армии, а также в ряде других сфер деятельности человека и в наши дни.

Мировая война 1914 года застала Николая Дмитриевича Зелинского в более чем скромной обстановке — в мало приспособленной для научной работы лаборатории Министерства финансов в Петербурге, куда ученый с мировым именем вынужден был устроиться после ухода из Московского университета в знак протеста против реакционной политики тогдашнего министра просвещения.

Помимо естественного желания патриота оказать помощь родине в момент грозной опасности, у Николая Дмитриевича Зелинского были и свои особые причины, заставившие его принять участие в этой работе. Еще в 1885 году, во время заграничной командировки, работая в лаборатории Геттингенского университета, он приготовил химическое соединение дихлордиэтилсульфид. В процессе изучения этого вещества совершенно неожиданно для себя и для всех окружающих молодой русский ученый получил тяжелые ожоги и вынужден был много недель пролежать в госпитале.

И теперь, читая в газетах сообщения о начале химической войны, Николай Дмитриевич не только лучше, чем кто-либо понимал страдания пораженных ядовитыми газами, но и ясно отдавал себе отчет в том, что это — лишь начало и что за хлором последуют другие, более страшные. Ученый не ошибся. Вскоре на фронте был применен дихлордиэтилсульфид, первой жертвой

которого за тридцать лет до этого оказался Николай Дмитриевич; это отравляющее вещество получило печальную известность под названием «иприт».

Однако химическая война и применение хлора против русской армии продолжались. В своей работе «По поводу газовой атаки 25 сентября 1916 года» Н. Н. Бурденко писал [32]: «В настоящее время технико-санитарная эволюция противогазов еще не может считаться законченной, но более практичной нужно считать маску Кумманта—Зелинского. Мы не будем здесь перечислять все виды противогазов, а укажем лишь на то, что для нас было интересно — именно: 1) все ли были снабжены; 2) если все были снабжены, то вовремя ли надели, и 3) если запоздали, то по каким причинам. Затем для нас интересно узнать, какой род масок наиболее оказался ценным в смысле защиты. Об этом, конечно, можно было судить по тяжести заболеваний. Само собою это предполагает очень тщательную и детальную разработку большого материала.

Вот те цифры, по которым мы можем себе составить конкретное представление о нашей профилактике. Конечно, цифры малы и, может быть, недостаточны для решительных суждений и заключений, но они, во всяком случае, симптоматичны и в достаточной мере указывают, что нужно делать и куда обратить внимание (табл. 6).

Нужен или не нужен анализ цифр? Мы полагаем, что не нужен: едва ли может быть два мнения о том, что само по себе ясно — без масок только счастливые единицы попали в группу легко заболевших.

Хотя в целом применение защитных масок и противогазов существенно снизили потери от химического оружия, они, все-таки, оставались значительными, о чем свидетельствуют сведения, составленные 23 ноября 1916 года начальником врачебно-гигиенического отдела управления начальника санитарной части статским советником И. И. Крашенинниковым [32] табл. 7.

Позднее с целью снижения потерь от ОВ были изданы «Инструкция медицинскому персоналу о противогазах и подании помощи отравленным» и «Памятка для унтер-офицеров и солдат. Как пользоваться противогазами».

Всего за войну Германия произвела 58 100 т хлора, 18 100 т фосгена и 7 600 т иприта. Франция ответила — 12 500 т хлора, 5700 т фосгена и 2000 т иприта, а Великобритания — 20 800 т хлора, 1400 т фосгена и 500 т иприта.

Таблица 6

Тяжесть поражения ОВ в зависимости от использования защитных масок

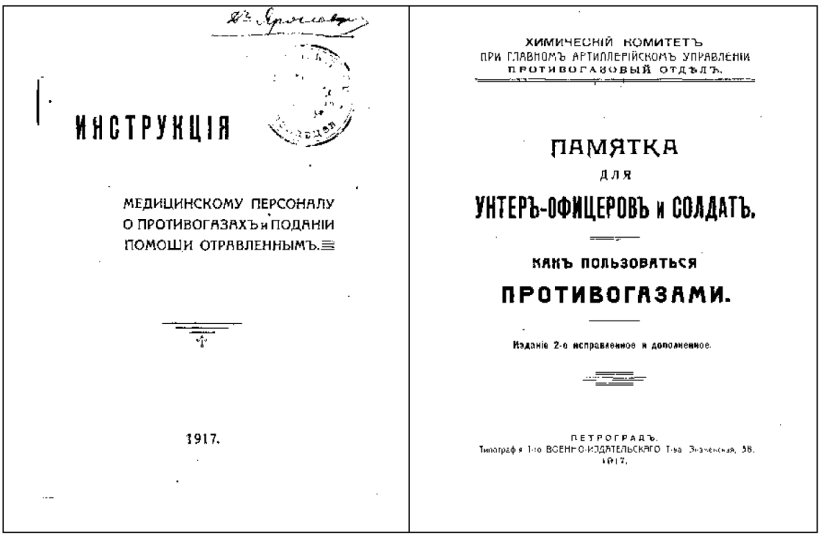
Оказались в группе заболевших по данным приемника Красного Креста	Тяжелое заболевание		Легкое заболевание		Всего	
	число	%	число	%	число	%
Не пользовались масками	33	13,2	17	6,8	50	20,0
С масками со вкладышем:						
пользовавшихся своевременно	2	0,8	54	21,6	56	22,4
несвоевременно	70	28,0	53	21,2	123	49,2
С масками Горного института:						
пользовавшихся своевременно	1	0,4	4	1,6	5	2,0
несвоевременно	2	0,8	1	0,4	3	1,2
С масками Кумманта-Зелинского:						
пользовавшихся своевременно	–	–	12	4,8	12	4,8
несвоевременно	1	0,4	–	–	1	0,4
Всего	109	43,6	142	56,4	250	100,0

Таблица 7

Сведения о потерях офицеров и нижних чинов за шесть газовых атак в течение лета 1916 года

	Пострадали	Умерло	% смертности
Офицеров	188	30	16
Нижних чинов	16316	3067	19
Всего	16504	3097	18,8

Россия стала на путь применения химического оружия с 1916 года, изготовляя 76-мм и 152-мм химические снаряды двух типов: удушающие (использовались хлорпикрин с хлористым сульфурилом, хлорацетон, хлористый метилмеркаптан и хлористая сера) и ядовитые (медленно отравляющие — фосген с хлорным оловом, скоро отравляющие — венсинит, состоящий из синильной кислоты, хлороформа, хлорного мышьяка и олова). Действие



ИНСТРУКЦІЯ

МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ
О ПРОТИВОГАЗАХЪ и ПОДАНІИ
ПОМОЩИ ОТРАВЛЕННЫМЪ.

1917.

ХИМИЧЕСКІЙ КОМИТЕТЪ
ПРИ ГЛАВНОМЪ АРТИЛЛЕРІЙСКОМЪ УПРАВЛЕНІИ
ПРОТИВОГАЗОВЫЙ ОТДѢЛЪ.

ПАМЯТКА
ДЛЯ
УНТЕРЪ-ОФИЦЕРОВЪ и СОЛДАТЪ,
КАКЪ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ
ПРОТИВОГАЗАМИ.

Изданіе 2-е исправленное и дополненное.

ПЕТРОГРАДЪ.
Типографія 1-го ВОЕННО-ИЗДАТЕЛЬСКАГО Т-ва Знаменская, 38.
1917.

их вызывало поражение организма и в тяжелых случаях смерть. Была принята норма для непрерывного обстрела — один 76-мм химический снаряд на 40 м^2 площади и один 152-мм снаряд на 80 м^2, затем для поддержания нужной концентрации количество выпускаемых снарядов уменьшалось вдвое.

Одной из первых попыток применения химического оружия русской армией стала также газобаллонная атака, проведенная 9-й химической командой в начале Брусиловского наступления — утром 22 мая 1916 г. на фронте 9-й русской армии в районе Чарны Поток на участке 41-го и 42-го пехотных полков.

Однако подувший с юга ветер направил часть газов на русские окопы. Хотя солдаты обоих русских полков были в противогазах, 54 солдата оказались отравлены, из них 3 впоследствии умерли, большинство же вскоре возвратились в строй. У австрийцев первоначально возникла паника, но потери от газов оказались невелики — отравлено было только 14 человек, умерли 2.

Применение ОВ русской артиллерией так и осталось экзотической редкостью; практически не использовался горчичный газ (иприт) и так и не было осуществлено массовое изготовление артиллерийских снарядов со стойкими ОВ. Слабо были развиты и средства защиты от современных ОВ. Всего в русской армии от отравления газами умерло около 11 тыс. человек [33].

В течение Первой мировой войны химические вещества применялись в огромных количествах. Всего было произведено до 180 тыс. тонн химических боеприпасов различных типов, из которых на поле боя было применено 125 тыс. тонн, в том числе 47 тыс. тонн — Германией. Боевую проверку прошло свыше 40 типов ОВ. Общие потери от химического оружия оцениваются в 1,3 млн человек. Из них до 100 тыс. со смертельным исходом, а более 500 тысяч стали инвалидами [34].

В британской армии пострадали от ОВ 188 706 человек, из них умерли 8 109.

Во Франции из 190 000 отравленных умерли 9000.

В России из 475 340 отравленных умерли 11 000.

В США — 72 807, умерли 1462.

В Италии жертв ОВ насчитывалось около 60 000, из них умерли 4627.

В Германии из 200 000 отравленных умерли 9000.

Австро-Венгрия потеряла от ОВ 100 000 человек, из которых умерли — 3000.

Наиболее «удачными» по тактическим свойствам оказались всего несколько веществ [35].

Хлор — ОВ удушающего действия. В 2,5 раза тяжелее воздуха, способен «затекать» в окопы, блиндажи, убежища, что удобно для боевого применения против хорошо приготовившегося к позиционной войне противника. Один килограмм жидкого хлора образует 300 литров газа. Германский газовый баллон емкостью 10 литров давал до 900 кубометров газообразного хлора при боевой концентрации 0,5% (по объему). Человек, попав в такое облако, погибал в течение нескольких минут. С использованием хлора германским военным химикам впервые удалось осуществить два основных условия, необходимых для успеха химического нападения, — принцип массового применения ОВ и принцип максимальной концентрации газового облака.

Фосген — ОВ удушающего действия. Впервые был применен французами 21 февраля 1916 г. в боях под Верденом с помощью 75-миллиметровых снарядов. В газообразном состоянии в 3,5 раза тяжелее воздуха. Вследствие низкой температуры кипения фосген быстро испаряется и после разрыва снаряда за несколько секунд создает облако со смертельной концентрацией газа, задерживающееся у поверхности земли. По ядовитому действию превосходит

синильную кислоту. При больших концентрациях газа смерть фосгеноотравленных (был тогда такой термин) наступает через несколько часов. С применением французами фосгена химическая война претерпела качественное изменение: теперь она велась не для временного выведения из строя солдат противника, а для их уничтожения непосредственно на поле боя. Фосген в смеси с хлором применялся и для газобаллонных нападений.

Дифосген. Впечатленные действием французских фосгеновых снарядов, немцы пошли дальше. Они стали снаряжать свои химические снаряды дифосгеном. Его отравляющее действие аналогично тому, что оказывает фосген. Однако температура кипения у дифосгена выше (128 °С), чем у фосгена (8,2 °С); его пары в 7 раз тяжелее воздуха, поэтому для газобаллонных пусков он не подходил. Но после доставки к цели химическими снарядами он дольше фосгена сохранял свое поражающее действие на местности. Уже через три месяца (19 мая 1916 г.) в боях у Шитанкура немцы более чем успешно ответили на фосгеновые снаряды французов, снарядами с дифосгеном в смеси с хлорпикрином.

Хлорпикрин — ОВ удушающего и слезоточивого действия. При массовом применении способен заражать местность до 6 часов. Обычно использовался в смесях с другими ОВ. Плохо задерживался влажными масками. До появления противогазов на активированном угле (конец 1916 г.) применялся для того, чтобы заставить солдат противника сбрасывать с себя респираторы, защищающие от поражения смертельными ОВ.

Арсины (дифенилхлорарсин, дифенилцианарсин, адамсит) — неорганические мышьяковистые соединения. Обладают отвратительным запахом, немедленно вызывающим рвоту. Заняли место хлорпикрина после появления у воюющих сторон противогазов на активированном угле. Это твердые вещества. При взрыве они переходят в состояние пара, а затем быстро кристаллизуются с образованием твердых частиц. Твердые частицы такого размера (дымы) не задерживались противогазной шихтой и теми противодымными фильтрами, которые в конце войны устанавливались в противогазные коробки. Впервые снаряды с дифенилхлоарсином, обладавшие к тому же значительным осколочным действием, были с успехом использованы германцами против англичан вблизи Ньюпорта в ночь с 10 на 11 июля 1917 г.

Иприт — ОВ кожно-нарывного действия, наиболее эффективное из всех применявшихся во время Первой мировой войны. За счет кожно-резорбтивного эффекта способен действовать в «обход противогаза». Его капельки вызывают мучительные кожные поражения, его пары воздействуют на глаза, легкие и обладают общетоксическим действием, превышающим действие фосгена. Иприт надолго заражает местность, сковывая действия войск. Впервые он был применен германцами с помощью 77- и 105-миллиметровых снарядов во время «третьего Ипра» (13 июля 1917 г.). Отсюда у него такое название.

В боевых действиях под Ипром в составе 6-й баварской резервной дивизии принял участие не подлежащий призыву в армию по болезни художник-любитель из Вены Адольф Гитлер. Чтобы попасть на фронт, он написал письмо королю Баварии и, по его разрешению, был зачислен в состав дивизии. 14 октября 1918 года во время атаки французов с применением иприта он на время потерял зрение.

В книге «Моя борьба» он так описывает эту ситуацию: «Около полуночи часть товарищей выбыла из строя, некоторые из них навсегда. Под утро я тоже стал чувствовать сильную боль, увеличивающуюся с каждой минутой. Около семи часов, спотыкаясь и падая, я кое-как брел на пункт. Глаза мои горели от боли». Через несколько часов «глаза мои превратились в горящие угли. Затем я перестал видеть». Гитлер лечился в баварском полевом лазарете в Уденарде, затем в прусском тыловом лазарете в Пазевальке. Но он поправился ...

А что же доктор Габер? История его жизни полна противоречий. Еще во время пребывания в университете Карлсруэ с 1894 по 1911 годы он и Карл Бош разработали процесс, при котором аммиак образуется из водорода и атмосферного азота (в условиях высоких температур и высокого давления, а также в присутствии катализатора).

Процесс Габера—Боша стал важной вехой в промышленной химии, поскольку он сделал производство азотных удобрений независимым от природных месторождений. Внезапная доступность дешевых азотных удобрений, как полагают, предотвратила мальтузианскую опасность в индустриальных обществах Европы и Америки в XX веке.

Учитывая важность открытия, в 1919 году Фрицу Габеру вручили Нобелевскую премию по химии «за синтез аммиака из со-

ставляющих его элементов». «Открытия Габера, — сказал в своей речи при презентации А. Г. Экстранд, член Шведской королевской академии наук, — представляются чрезвычайно важными для сельского хозяйства и процветания человечества».

Вручение награды вызвало резкую критику со стороны ученых стран Антанты, которые рассматривали Габера как военного преступника, участвовавшего в создании химического оружия. Габер защищал химическое оружие от обвинений в том, что его применение негуманно, говоря, что смерть есть смерть, независимо от того, что является её причиной.

В своих работах над эффектами, производимыми отравляющими газами, Габер отметил, что длительное воздействие низких концентраций на человека всегда имеет тот же эффект (смерть), что и воздействие высоких концентраций, но в течение короткого времени. Он сформулировал простое математическое соотношение между концентрацией газа и необходимым временем воздействия. Это соотношение известно как «правило Габера».

В 1920-х годах немецкие учёные, работавшие в его институте, создали отравляющее вещество Циклон Б на основе синильной кислоты, нанесенной на пористый инертный носитель. Впоследствии немецкие нацисты применили Циклон Б для отравления узников в газовых камерах Аушвица, Биркенау и других лагерей смерти.

Учитывая особую опасность, которую представляют для человечества ОВ, в июне 1925 года представители 34 государств мира подписали Женевский протокол о запрещении применения на войне удушливых, ядовитых и других подобных газов и бактериологических средств. Подписание данного документа явилось следствием борьбы государств и народов за гуманизацию средств и методов ведения войны. Советский Союз присоединился к Женевскому протоколу в 1927 году. Позднее к нему присоединились еще 11 стран.

Следует отметить, что некоторые государства, подписавшие этот протокол, позднее грубо нарушали его требования. Логика военных инноваций диктовала стратегию дальнейшего развития химической промышленности. Но химическая война перевела проблему развития национальной химической науки в иную плоскость. На первый план выходила способность государства генерировать реальную военную мощь из потенциальных интеллектуальных ресурсов.

Поэтому, когда в 1922 году немцы первыми подписали соглашения в Рапполло о признании Советской России и получили возможность в обход Версальского договора развивать химическую промышленность на территории России, Фриц Габер, к тому времени покинувший фашистскую Германию, в 1932 году избирается почетным членом АН СССР.

Но и сегодня в мире еще имеются десятки тонн накопленного в предшествующий период химического оружия. В соответствии со специальной программой в нашей стране оно должно быть уничтожено до 2015 года [31].

ГЛАВА 4

ХОД БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ФРОНТАХ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ И ОТКРЫТИЕ ПРОФЕССОРА В. А.ОППЕЛЯ (ГОД 1916)

1916 год прошел под знаком двух основных событий войны на сухопутных фронтах — битвы за Верден на Западном фронте и наступления А.А. Брусилова на Восточном. Кроме того, у полуострова Ютландия в Северном море произошло сражение двух крупнейших флотов мира — британского и немецкого.

Немцы после побед на Восточном фронте в прошедшем 1915 году демонстрировали самоуверенность. Генерал Э. Людендорф (начальник штаба Главнокомандующего Восточным фронтом) писал: «Мы сделали огромные шаги в направлении полного крушения России». Менее склонный к риску фельдмаршал П. Гинденбург (Главнокомандующий Восточным фронтом) отмечал: «Русский медведь, нет сомнения, кровоточит от ран, но он избежал смертельных объятий».

С учетом сказанного Германия планировала в 1916 году перенести основные военные усилия на Западный фронт с целью вывести из войны Францию, ошибочно полагая, что та находится на грани полного истощения. На Восточном фронте было решено ограничиться стратегической обороной [36].

Уже в начале года немцы начали реализовывать свой главный замысел на сухопутном фронте. Началось яростное наступление на крепость Верден, созданную в XVIII веке гениальным военным инженером Вобаном.

Немецкое командование рассчитывало, что французы бросят на защиту Вердена все свои резервы. Если они отступят — то потеряют Верден, что откроет путь на Париж, если будут сражаться — потеряют армию и проиграют войну.

Против крепостных фортов Дуамон и Во крепости Верден, защищаемых полумиллионом французов, немцы бросили миллион своих солдат. В первый день наступления они применили газы, во второй — новинку, огнеметы. Для постоянного слежения за полем боя ими было выделено 168 самолетов. Среди подвезенных тяжелых орудий насчитывалось тринадцать 420-миллиметровых и семнадцать 305-миллиметровых [37].

Ожесточение битвы было невиданным. Очевидцы говорили о сценах ада. К концу марта (за месяц боев) французы потеряли под Верденом 89 тыс. человек, немцы — 82 тыс. Однако прорвать оборону не удавалось. Французы посылали из Парижа в Верден ежедневно 6 тысяч грузовиков с боеприпасами и еженедельно 15 тысяч личного состава — и крепость держалась [38].

Чтобы ослабить давление немцев на Верден, русские начали наступление на Юго-Западном фронте у Молодечно, имевшее временный успех. Командующий Юго-Западным фронтом генерал Н. И. Иванов, хотя и пользовался популярностью среди солдат, был сменен. Не помогли ни близость к царю, ни награждение царевича, навестившего раненых на Юго-Западном фронте. Правда, хотя полководческие таланты Н.И. Иванова были поставлены под сомнение, он занял должность советника в ставке главнокомандующего.

К этому времени моральное состояние России несколько укрепилось благодаря победам войск под командованием генерала Н. Н. Юденича, которые осуществили прорыв на Закавказском фронте и к середине февраля вошли в турецкий город Эрзерум, захватив до 10 тысяч пленных [39].

В целом, несмотря на потерянные в 1915 году огромные территории, призыв в армию квалифицированных рабочих и обезлюдевшее село (к середине 1916 года число призванных в армию в России достигло 14 млн. 200 тыс. человек [40]), страна явно мобилизовала свои ресурсы. Производство в промышленности за годы войны выросло в 4 раза, синтез химических веществ удвоился, выпуск снарядов увеличился в 25 раз, винтовок — в 11 [41].

Генерал А. Нокс (военный атташе Великобритании в России в годы Первой мировой войны) писал в апреле 1916 года: «Русское военное положение улучшилось так, как того не смог бы предсказать ни один иностранный наблюдатель в дни отступлений прошлого года» [42].

Весной 1916 года командующим Юго-Западным фронтом был назначен генерал А. А. Брусилов, который собрал плеяду талантливых генералов: А. М. Каледин, В. В. Сахаров, Д. Г. Щербачев, П. А. Лещицкий. С ними он стал готовить летнее наступление, придерживаясь четырех основных правил: 1) неожиданность наступления для противника; 2) наступающих колонн должно быть несколько, в разных местах, причем начать наступление они должны одновременно; 3) резервы должны быть расположены рядом, в глубоких траншеях; 4) связь между наступающими частями должна быть безукоризненной [43].

Надо сказать, что пятимесячное затишье на фронте благотворно сказалось на снабжении русской армии. Был ликвидирован дефицит стрелкового оружия (только США поставили России более миллиона винтовок), число пулеметов достигло 11 тысяч против 1100 в 1914 году, а выпуск снарядов был увеличен до 20 миллионов в год, против 800 тысяч в 1914 году.

Одним из исходных пунктов предстоящей стратегической военной операции становится Каменец-Подольский, где размещался штаб командующего. Спустя два месяца, 22 мая, после тщательной авиационной разведки путем фотографирования полос вражеских укреплений и невиданной по тем временам многочасовой артиллерийской подготовки на широком фронте начался стремительный «брусиловский прорыв».

4 июня 1916 года Брусилов начал наступление всеми 4 армиями фронта. После артподготовки войска заняли первую линию обороны, где погибли 85% защитников. К вечеру 5 июня были взяты 2 и 3 линии обороны, где многие защитники сдались в плен. «Ураганный огонь», «Войска генерала Брусилова продолжают преследовать противника», «Громадные трофеи», «Подробности Луцкого прорыва». Сообщения того времени передают масштабы этой операции.

Особенно успешно действовали 8-я и 9-я армии. 9-я армия под командованием генерала П. Л. Лещицкого (в ее состав входили преимущественно кавалерийские части) за 13 дней преодолела мощные инженерные оборонительные позиции противника от Каменец-Подольского до Буковины, овладев 5 июня Черновицами.

Всего за первую неделю боев русская армия взяла в плен более 200 тысяч солдат противника, 219 орудий, 644 пулемета, около 15 000 винтовок [44]. Самый влиятельный историк Великобрита-

нии А. Тейлор называл брусиловское наступление «единственно успешной операцией Первой мировой войны, названной в честь генерала».

Спустя несколько дней Брусилов писал жене: «Все поле сражения длиною около ста верст завалено было трупами, раненых с трудом подбирали, рук не хватало для уборки, не хватало также перевязочного материала. Например, в госпиталь, который я посетил, вместо 210 раненых, которых он должен принять, было привезено три с лишним тысячи больных.

Что четыре доктора могли сделать? Они работали день и ночь, еле на ногах стояли, но всех перевязать не могли. Даже напоить и накормить всех страдальцев было невозможно. Это тяжелая изнанка войны». Брусилов с горечью называет наступление «кровавым боевым шествием».

Характерно, что в книге «Мои воспоминания» Брусилов уделяет много внимания войсковой медицине. Анализируя военные операции 1914 г., он указывает, что врачебная помощь и своевременная перевозка раненых оказались невозможными вследствие недостатка врачей. Приходилось привлекать к работе всех состоявших при Брусилове лиц, дабы как-нибудь укрыть раненых, наладить приготовление пищи и чая, подготовить санитарные поезда.

Описывая картину после одной из бомбардировок, Брусилов подчеркивает: «Я с гордостью взглянул на группу сестер милосердия: ни одна из них не дрогнула, никакой сумятицы не произошло... Считаю своим долгом перед лицом истории засвидетельствовать, что громадное большинство из них героически, самоотверженно, неустанно работали, и никакие вражеские бомбы не могли их оторвать от тяжелой, душу раздирающей работы их над окровавленными страдальцами — нашими воинами. Да и сколько из них самих было перекалечено и убито...».

Знаменательны и слова генерала Брусилова о большой помощи фронту со стороны Всероссийского земского союза, благодаря чему удавалось быстро справляться с инфекцией.

Брусилова возмущало, что лица, ответственные в армиях за состояние санитарного дела, обманули его: до сражения, когда командарм поинтересовался подготовкой санитарной части, его заверили: все будет в порядке.

Действительно, в ходе войны на фронтах было создано весьма значительное количество лечебных учреждений. Так, к началу

Брусиловского прорыва на Юго-Западном фронте было коек: в 77 дивизионных лазаретах — 16 170; по лечебным заведениям, приданным армиям — 27 718; в непосредственном распоряжении фронта (эвакопункты) — 103 862 и в 36 командах выздоравливающих на территории Киевского и Одесского военных округов, подчиненных командованию фронта, — 30 250 мест.

Всего во фронте было 147 750 коек в лечебных учреждениях и 30 250 мест в командах выздоравливающих; итого 178 000 коек и мест. Боевой состав войск фронта определялся в 676 180 штыков и сабель. Количество коек и мест по отношению к этому числу составляло около 26,3%.

Однако, общие пороки в построении руководства санитарной службой, усугубленные ограниченностью кругозора, непредусмотрительностью непосредственных руководителей санитарной службы Юго-Западного фронта привели к тому, что эти значительные ресурсы были использованы плохо. При полном отсутствии маневра этими ресурсами, раненые в обстановке успешно развивавшегося наступления оказывались в тяжелом положении и особенно на направлении главного удара.

Катастрофические «эвакуационные пробки» на головных эвакуационных пунктах и их отделениях со всеми вытекающими отсюда последствиями (паралич сортировки и хирургической деятельности, кризисы с размещением и питанием раненых, острый недостаток санитарного транспорта и др.) явились характерными чертами лечебно-эвакуационной деятельности санитарной службы в этой операции [45].

8 июля русские войска взяли город Делятин, находящийся в 50 километрах от перевала Яблоница в Карпатах, открывавшего путь на венгерскую равнину. К 12 июля русская армия взяла в плен 190 тысяч австрийских солдат, 200 тяжелых орудий, 645 пулеметов — треть боевой мощи австрийской армии [46].

К концу июля общее число захваченных в плен австро-венгерских солдат достигло 408 тысяч, были взяты 581 орудие, 1795 пулеметов [47].

Известно, что наступление на Юго-Западном фронте не было в должной степени поддержано царским командованием. Между тем резервы Юго-Западного фронта подходили к концу, а система железнодорожных коммуникаций не справлялось с доставкой людей, боеприпасов, снаряжения и продовольствия. Крайней точкой

Брусиловского прорыва, восстановившего славу русского оружия, стал город Станислав, взятый 7 августа 1916 года. 11 сентября 1916 года А. А. Брусилов сообщил в ставку: «Мы близки к истощению людских резервов». К этому времени в резерве у него оставалось всего одна кавалерийская дивизия под командованием генерала К. Г. Маннергейма [48].

Используя фактор Брусиловского наступления, активизировались другие русские фронты, но старые методы ведения боевых действий путем фланговых атак большими массами войск на узких участках фронта были связаны с долговременными приготовлениями и позволяли противнику подготовиться к очередной мясорубке.

К сожалению, русские генералы реагировали на потери всегда одинаково — просили артиллерийского прикрытия и снова отдавали приказы о наступлении. Но примитивная тактика навала помогала только антивоенной пропаганде, оставляя линию фронта неподвижной.

Как ни парадоксально, но, по нашему мнению, именно это обстоятельство — стабилизация линии фронта и отсутствие значительных перемещений учреждений тыла, в том числе медицинских учреждений, помогло профессору Владимиру Андреевичу Оппелю не только сформулировать учение об этапном лечении раненых, но и реально осуществить многие его положения на практике.

Дело в том, что предыдущие командировки Оппеля на фронты Первой мировой войны (в качестве хирурга-консультанта фронта) совпадали либо с наступлением русских войск, как это было в 1914 году при занятии Восточной Пруссии и в период наступления в Закавказье, либо с их отступлением, как это случилось в 1915 году.

Организовать же полномасштабную помощь раненым (Оппель применял термин «организация хирургического тыла») в условиях маневренного боя и непрерывного перемещения медицинских учреждений чрезвычайно трудно. Поэтому многие положения учения об этапном лечении раненых, хотя уже и были теоретически сформулированы Оппелем, на практике не реализовывались.

Теперь же, в период командировки 1916 года на Северный фронт, когда он оставался стабильным, а ведение позиционных боев давало достаточно равномерный поток раненых с широким

спектром огнестрельных ран, уникальная ситуация дала Оппелю возможность реализовать положения своей теории на практике.

В целом, разработанное Оппелем учение об этапном лечении раненых следует признать подлинным открытием в области военной медицины. Но, как и всякое выдающееся открытие, этапное лечение имеет свою историю. «Этапы» для раненых существовали в русской армии давно. Еще Николай Иванович Пирогов во время Русско-турецкой войны 1877–1878 гг., описывая «этапы», писал о госпиталях 1-й, 2-й и 3-й линий, об эвакуационных пунктах и т.д.

Во время Первой мировой войны в русской армии таких этапов было много: существовали передовые перевязочные пункты в полках, главные перевязочные пункты и дивизионные лазареты в дивизиях, подвижные госпитали в армиях и корпусах, запасные госпитали во фронтовом и глубоком тылах и т. д. Раз существовали «этапы» для раненых, существовало и лечение раненых на этих этапах. Однако собранные Оппелем статистические данные показывали, что основным видом хирургической деятельности на этих этапах являлись перевязки.

«Перевязки и эвакуация, — писал Оппель, — эвакуация и перевязки — вот была задача отрядов... Оперируемость раненых в перевязочных отрядах дивизий и даже в дивизионных лазаретах была исключительно мала — около 1%. Я располагаю сведениями из 11 перевязочных отрядов дивизий за год войны на Юго-Западном фронте. На 61 316 раненых прошедших через отряды произведено 418 операций, т.е. % оперируемости равен 0,6. При этом в трех отрядах на 11 642 раненых не произведено ни одной операции.

Наибольшее количество операций из указанных одиннадцати отрядов произведено в одном: на 3694 раненых — 123 операции, т. е. % оперируемости в этом отряде равен 3,3. Следовательно, были этапы, было лечение на этих этапах, но царила система эвакуации. А между тем эвакуация без соответствующей хирургической помощи не только вредна для самих раненых, но и вредна с общегосударственной точки, ибо может превращать в инвалидов таких людей, которые могли бы быть почти совсем здоровыми или же мало пострадать...

Итак, — продолжает Оппель, — система эвакуации в 1915 г. процветала. Отдельные перевязочные отряды дивизий, отдельные лазареты дивизий, подвижные госпитали работали хирургически, но большинство бездействовало, ограничиваясь перевязками и

наложением неподвижных повязок, причем под повязками текли моря гноя.

Причин для такого отношения было много: то прямой запрет производить операции, то невозможность их делать или за отсутствием хирурга, или за отсутствием соответствующего инструментария, то сознательная убежденность в пользе именно эвакуационной системы, то желание передать раненого для операции в более благоприятные условия» [50].

По образному выражению Оппеля, хирургия «плелась в хвосте инфекции, а не обгоняла ее». Число раненых, оперированных в дивизионных медицинских учреждениях, было чрезвычайно низким, составляя 0,3–3,3% к числу поступивших. Причем наивысшая цифра операций, как отмечает Оппель, приходилась на ампутацию пальцев. Следовательно, «система эвакуации во что бы то ни стало», как ее называл Оппель, мешала хирургической активности, хирургическая помощь раненым резко запаздывала или отсутствовала вовсе.

Общую неорганизованность лечебно-эвакуационного дела в армейском и фронтовом тылу Н. Н. Бурденко характеризовал так: «Можно смело сказать: насколько часты перевязки в линии фронта, настолько редки они во время прохода раненых в зоне „главный перевязочный пункт — тыловой пункт". Прохождение этой зоны затягивается иногда на недели, т.е. на тот промежуток времени, когда развивается флегмона и столбняк при коротком инкубационном периоде.

Данные учреждения и перевязочные головных эвакуационных пунктов не в достаточной степени развиты для приема больших масс... Сортировочная деятельность их разработана более теоретически, чем практически... Сортировка раненых большею частью производится на улицах, на подводах или при обходе вагонов. Нередко были случаи погрузки в вагоны умирающих и помещения в этапных лазаретах легкораненых, энергично жалующихся» [51].

В чем была причина низкой хирургической активности? Оппель полагал, что кроме указанных ранее причин ситуация в определенной степени сформировалась под влиянием авторитета Н. И. Пирогова, который в конце жизни очень сдержано относился к хирургическим операциям на передовых этапах эвакуации, настаивал на консервативных методах лечения и отдавал приоритет реализации принципа рассеивания раненых.

В доантисептический период развития хирургии эти положения были справедливы и основаны на отрицательных результатах оперативного лечения, полученных Н. И. Пироговым при оказании помощи раненым на Кавказе, в Крыму и на Балканах. Следует учитывать, что Н. И. Пирогов — гений русской медицины. Его мысли, какой бы проблемы они не касались, поражают проникновением в суть этой проблемы и оригинальностью представленных решений.

При этом высказывания Н. И. Пирогова не только ясны и понятны, но и часто выражены в афористичной словесной форме. Чего только стоит одна его фраза: «Война — это травматическая эпидемия». И хотя к моменту начала первой мировой войны после смерти Н. И. Пирогова прошло более 30 лет, влияние его авторитета в России было огромным. Успешно работало Всероссийское общество хирургов имени Н. И. Пирогова. В столице был построен и открыт музей его имени, где заседали члены научных обществ и проводились съезды хирургов.

Однако к началу Первой мировой войны в самой хирургии произошли революционные изменения. Стала понятной причина развития гнойных осложнений и возможность их предупреждения хирургическим путем. Более того, Оппель оказался на фронтах мировой войны в тот период, когда гражданская неотложная хирургия уже в полной мере освоила принципы асептики и антисептики.

Поэтому, столкнувшись «с хирургической бездеятельностью» перевязочных отрядов и лазаретов дивизий, Оппель в 1916 г. предложил совместить эвакуацию раненых с активным хирургическим лечением и назвал этот процесс «этапным лечением раненых», считая его наиболее радикальной мерой по приближению хирургической помощи к раненым. Впервые об этом принципе он упомянул в статье «Основания сортировки раненых с лечебной точки зрения на театре военных действий», опубликованной в октябрьском за 1915 г. номере «Военно-медицинского журнала».

В ней он писал: «Принцип такого этапного лечения, насколько я понимаю, заключается в следующем: раненый получает нужную ему помощь — выражается ли она перевязкой, наложением неподвижной повязки, более или менее сложной операцией — тогда и там, где и когда необходима такая помощь. Передвижение раненых в виде правила допустимо тогда, когда оно не сопряжено с явной опасностью ухудшения в состоянии здоровья раненого...

С точки зрения этапного лечения раненый получает такое хирургическое пособие, тогда и там, где и когда в таком пособии обнаружена надобность. Раненый эвакуируется на такое расстояние от линии боя, какое наиболее выгодно для его здоровья» [52].

Таким образом, раненый из объекта эвакуации превращался в страдающего человека, нуждающегося в определенном комплексе лечебных мероприятий, которые ему должны были обеспечить организаторы военной медицины и военно-полевые хирурги.

Заметим, что реализация принципа этапного лечения (при замене слова «раненый» на слово «больной», а словосочетания «от линии боя» на словосочетание «от места заболевания»), даже теперь в XXI веке, может сделать честь любой гражданской системе здравоохранения. И, конечно же, Оппель прекрасно понимал, что реализовать этот принцип полностью на войне невозможно. Он специально отмечал, что высказанное положение должно рассматриваться как формула, действительная постольку, поскольку это возможно в данных условиях обстановки.

Основными принципами предложенной им системы явились максимально возможное приближение квалифицированной медицинской помощи к раненым и сочетание лечения с эвакуацией. Оппель писал: «Под этапным лечением я понимаю такое лечение, которое не нарушается эвакуацией и в которое она входит как непременная слагаемая часть».

Сущность системы этапного лечения состоит в расчленении медицинской помощи и последовательном ее оказании на медицинских пунктах и в лечебных учреждениях, расположенных на путях эвакуации раненых, пораженных и больных. При этом единый процесс оказания медицинской помощи и лечения, осуществляемый в мирное время в одном месте (лечебном учреждении), в условиях действующей армии расчленен на отдельные лечебно-профилактические мероприятия, проводимые на разных этапах и в разное время, причем по мере удаления от фронта объем мероприятий расширяется.

Излагая принципы своей теории этапного лечения, Владимир Андреевич указывал: «Так как дело идет о решении хирургически-тактических задач, то, очевидно, нельзя не принимать во внимание чисто военных обстоятельств, то есть характер сражений. Характер их не может не отражаться на разрешении частных хирургически-тактических задач» [53].

Так, в условиях отхода войск, по его мнению, необходимо «удлинять эвакуационную линию до ближайшего хирургического тыла». Нельзя продолжать оперировать тогда, «когда части войск отходят... центр хирургической деятельности... оказывается выгодным отодвинуть несколько назад, на один или оба сразу лазарета дивизий» [54].

Для правильного проведения в жизнь системы этапного лечения Оппель считал необходимым создание в «передовом хирургическом поясе» трех предпосылок:

– приближение хирургической помощи к раненым;

– создание хирургических резервов;

– специализацию госпиталей в пределах армий и фронтов.

Развивая понятие о приближении хирургической помощи к раненым, названной им «своевременной» операцией, Оппель доказывает, что «своевременной» оказывается в большинстве случаев только ранняя операция, которая только одна и может спасти раненного в живот или раненого со слепым осколочным ранением груди.

Необходимость раннего вмешательства при проникающих ранениях живота теперь ни у кого не вызывает сомнений, но в 1916 г. Оппелю пришлось вести горячую дискуссию с хирургами, которые, подобно В. Г. Цеге-Мантейфелю, настаивали на отказе от хирургического вмешательства при огнестрельных ранениях живота на фронте, ссылаясь на большое число летальных исходов.

Со свойственной ему энергией, талантом и страстностью Оппель защищал необходимость ранних вмешательств при ранениях живота, в том числе на XIV съезде хирургов, где он выступил против крупнейших авторитетов того времени. Почти столь же ожесточенную дискуссию пришлось вести Оппелю и в отношении слепых крупнооскольчатых проникающих ранений груди, особенно при открытом пневмотораксе.

Для правильного проведения в жизнь системы этапного лечения Оппель считал необходимым создание «ближайшего хирургического тыла». В 1917 году он не без гордости отмечал: «К моему большому счастью, мне приходилось принимать участие в организации такого хирургического тыла и становиться во главе его... Тактически хирургическая задача состояла в обеспечении ближайшим хирургическим тылом фланговой ударной группы армии.

Понятно, что ударная группа должна иметь порядочные потери. Было выбрано место в верстах 20 в тылу от позиций. В удобном помещении были сведены два лазарета дивизии. К лазаретам были прикомандированы 4 хирурга. Вместе со мной составилось бы 6 хирургов (Оппель имеет в виду себя и сопровождавшего его хирурга С. С. Малова); для каждого хирурга был один помощник — врач, также знакомый с хирургией. К лазаретам дивизии было прикомандировано 20 сестер милосердия, из них 6 операционных — на каждого хирурга.

Для каждого хирурга в перевязочно-операционных было предоставлено по два операционных стола. Вначале работа должна была идти на 12 операционных столах, затем работа пошла посменно, но с таким расчетом, чтобы все время, и днем и ночью, работали на 8—10 операционных столах. Было собрано большое количество инструментов, дабы работа шла беспрерывно.

Понятно, что был собран перевязочный материал, бельё, койки, — одним словом, всё, что требуется для оперативной деятельности. В план сражения входила эвакуация нуждающихся в оперативной помощи, прежде всего наиболее тяжелых: раненных в полость живота, груди, черепа, с переломами ребер надлежало доставлять в организованный на случай боя ближайший хирургический тыл.

В организации ближайшего хирургического тыла приняла участие как сама армия, так и фронт, как военные учреждения, так и организации частные. Должен сознаться, что я давно думал об организации ближайшего хирургического тыла. Тут я имел возможность осуществить свою идею, осуществить её в предвидении боя, что, в сущности, имеет большое значение. Конечно, можно организовать ближайший хирургический тыл и во время боя, но по целому ряду причин предварительная его организация кажется более полезной.

Военная операция была отменена. Однако организация ближайшего хирургического тыла была осуществлена в широком масштабе. Я думаю, нельзя сомневаться в том, что такая организация могла совершить громадное хирургическое дело. Конечно, нельзя всегда организовать ближайший тыл за счет лазаретов дивизий. Иной раз более выгодным окажется использовать с этой целью перевязочные отряды, иногда полевые подвижные госпитали. В каждом данном случае вопросы эти могут быть разрешены наилучшим образом по отношению к данной военной операции.

Приведенный пример показывает только осуществимость задачи организации ближайшего хирургического тыла, когда можно предвидеть, что ни перевязочные отряды, ни лазареты дивизий сами не справятся со всей хирургической работой».

Но стоять во главе хирургического тыла означало для Оппеля прежде всего постоянную работу, в том числе работу в операционной. Вспоминая о командировке 1916 года, Владимир Андреевич писал: «На Северном фронте в межбоевой период за месяц командировки мне пришлось на различных головных эвакуационных пунктах произвести 105 операций». Однако и эта работа представлялась ему незначительной. В период активизации военных действий количество операций, выполненных лично Оппелем, возросло настолько, что некоторым современным хирургам кажется неправдоподобным. «За время боя в недельный срок мне пришлось провести более 300 операций. За первые сутки боя я произвел более 50 операций, куда входило 11 чревосечений» — пишет Оппель, и дневниковые записи подтверждают эти цифры [55].

Тогда же Владимир Андреевич высказывает мысль о необходимости организации маневра силами и средствами медицинской службы: «Если объехать фронт, — пишет он, — стоящий на позиции вполне сформированной армии, если посмотреть на карту расположения санитарных организаций данной армии, если обратиться к специальному рассмотрению организаций, несущих хирургическую работу, то, по правде сказать, в общем, останешься удовлетворенным. Встречаются, конечно, те или иные более или менее мелкие недостатки, но общее впечатление — по крайней мере, для меня — было вполне удовлетворительным.

А между тем начинается бой, особенно большой бой, и вместе с ним выступают на сцену недочеты по обслуживанию раненых. Хирургически тактические задачи оказываются неразрешенными в желательной мере... Мне кажется, что хирургические силы, имеющиеся в распоряжении, например, армии, иногда оказываются как бы распыленными, а потому не производящими той полезной работы, какую они могли бы произвести... Факты показывают, что в районе одной армии иногда бывает персонал, перегруженный работой, и почти рядом персонал бездействующий.

Вот этот персонал и должен быть использован... Под резервом я понимаю персонал существующих и даже развернутых лечебных заведений, но персонал сравнительно свободный, сравнительно

мало занятой. Такой персонал — по крайней мере, часть его — может быть перекинут — и в довольно быстрый срок — с одного места на другое...

Таким образом, оказывается, что возможность увеличить, усилить медицинский персонал на месте организации ближайшего хирургического тыла имеется... Сосредоточение санитарных сил временным командированием целых отрядов на усиление наиболее нагруженных мест представляется для меня выходом из иногда трудных положений».

Спустя более тридцати лет после этого высказывания Оппеля, выдающийся военно-полевой хирург профессор М. Н. Ахутин отмечал: «К концу войны, в 1944 и особенно в 1945 гг., перед большими наступательными операциями мы обычно поступали так. Мы знали, что хирургических резервов армейских и фронтовых ОРМУ (отдельная рота медицинского усиления) не хватит для обслуживания всех раненых оперативно-хирургической помощью в период прорыва укрепленных рубежей противника. Общепринятым считался следующий маневр: из хирургического персонала временно свернутых резервных полевых подвижных госпиталей и эвакогоспиталей, предназначенных к развертыванию во вторую очередь при продвижении войск вперед, формировались бригады для усиления госпиталей, развернутых в первую очередь в начале наступления. Словом, использование персонала свернутых госпиталей мы применяли постоянно в тех случаях, где мы нуждались в хирургических резервах.

Подобным созданием «хирургического тыла» мы занимались перед каждой предстоявшей операцией, но нам было легче: у нас были ОРМУ, на которые мы могли рассчитывать в первую очередь» [55].

Таким образом, идея хирургических резервов и «хирургического тыла» была подробно разработана Оппелем почти за 30 лет до того, как она была претворена в жизнь.

Говоря о маневре лечебными учреждениями, Оппель приходит к выводу, что и ряде случаев наиболее целесообразным способом является «перекат» или «перекидывание» тылового пункта через передовой, который осуществляет прием раненых и больных. «Мне представляется, — писал Оппель, — что, как при наступательном, так и при отступательном характере сражений, следует иметь относительно неподвижные хирургические точки,

хирургические базы, на которых следует подавать хирургически — оперативную помощь нуждающимся в ней... Мне представляется теоретически, что для обслуживания наиболее тяжелых раненых выгодно лечебные заведения расположить в затылок одно за другим на расстоянии, например, перехода или полуперехода.

При движении вперед снимать наиболее тыловое и перекидывать его вперед, а передовое, очевидно наполненное ранеными, временно оставлять на месте для постепенного разгружения и освобождения от раненых. Такое расположение можно себе легко представить касательно лазаретов дивизий, то же самое можно себе представить по отношению к армейским полевым подвижным госпиталям».

Эта предложенная Оппелем схема активно использовалась в период Великой Отечественной войны медицинской службой Красной Армии.

Приведенные примеры наглядно демонстрируют глубину медико-тактического мышления Оппеля, прекрасно понимавшего значение разработки организационно-тактических вопросов военной медицины для правильной организации хирургической помощи раненым и их лечения.

Оппель неоднократно подчеркивал, что «...вопросы военно-санитарной тактики и военно-полевой хирургии не могут быть решены раз навсегда. Они меняются в зависимости от ряда условий». Являясь автором теории этапного лечения, Оппель отнюдь не был сторонником многоэтапности в лечебно-эвакуационном процессе. Между тем именно так — неправильно — излагают иногда в литературе принципы предложенной им системы.

Прямым опровержением подобного мнения является следующий абзац из его труда «Очерки хирургии войны»: «Если эвакуационные средства позволяют перекинуть раненых, нуждающихся в помощи большой хирургии, на протяжении двух-трех часов на 100–200 километров в тыл, то лучшего ничего и желать нельзя». Только спустя полвека этот вариант этапного лечения был реализован американцами во Вьетнаме.

О том, насколько Оппель шел впереди современников и в других вопросах военно-полевой хирургии, свидетельствуют его взгляды на проблему зашивания огнестрельных ран. Еще в 1916 году он писал: «Зашивание ран в виде правила крайне нежелательно, даже вредно». Позднее он указывал, что «рваная рана

(мягких тканей, костей конечностей, суставов, черепа, грудной клетки, живота и т. д.) широко раскрывается ножом, обрывки мышц, апоневрозов, осколки костей удаляются, кровоточащие сосуды перевязываются, рана рыхло тампонируется марлей, накладывается всасывающая повязка» [56].

Принцип лечения таких ран он сформулировал следующим образом: «Широко распахнуть и высушить». Относительно наложения швов на огнестрельные раны Оппель также высказывался весьма определенно: «Ни одна пулевая рана, подвергшаяся ей (первичной хирургической обработке), ни под каким видом не зашивается. Шов огнестрельной раны вообще преступление».

Поразительна прозорливость Оппеля и в других вопросах военно-полевой хирургии, например, профильности полевых госпиталей. Основываясь на опыте Первой мировой войны, Оппель писал: «На мой взгляд, гораздо выгоднее располагать одним госпиталем терапевтическим и одним хирургическим, чем теми же двумя госпиталями с отделениями «хирургическим» и «терапевтическим». Выгоднее это потому, что на войне, в сущности, лечебная медицина приобретает массовый характер, обо имеется массовое поступление как раненых, так и больных. При массовом характере работы рациональнее сосредотачивать силы хирургов в одном месте, силы терапевтов — в другом, а не распылять их» [57].

Известно, что по штатному расписанию полевые подвижные госпитали вплоть до конца 1942 года являлись смешанными, предназначенными для лечения и раненых и больных. Только в начале 1943 года в армиях были созданы терапевтические полевые подвижные госпитали (ТППГ), а штатные полевые подвижные госпитали стали хирургическими (ХППГ).

Формулируя организационные принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск, Оппель уже тогда предлагал оказывать раненым специализированную медицинскую помощь путем профилизации госпиталей. В июле 1916 года в Двинске им был организован госпитальный коллектор, который включал в свой состав: 1) госпиталь для раненных в брюшную полость; 2) госпиталь для раненных в грудь; 3) госпиталь для раненных в суставы и кости.

Эта практическая деятельность Оппеля нашла отражение в его научных трудах. Еще в 1915 году он указывал, что «в зависимости от характера ранений или осложнений эвакуация раненых происходит на различные расстояния от сферы

огня... При этом некоторые категории раненых направляются в госпитали с очень опытным хирургическим персоналом». По его мнению, в тех случаях, когда головной эвакуационный пункт располагает достаточным количеством хирургических госпиталей, целесообразно специализировать их для лечения отдельных групп раненых.

Специализация госпиталей в армейском и фронтовом тылах началась только во время событий на Халхин-Голе. Более полное развитие эта идея получила во время войны с белофинами. Именно тогда были созданы армейские специализированные коллекторы для улучшения помощи раненым. Но только во время Великой Отечественной войны идея армейского специализированного коллектора вошла в официальные указания.

Более того, излагая принципы построения системы этапного лечения раненых, Оппель подчеркивал необходимость концентрации раненых в госпиталях в зависимости от характера повреждения, требующего специального лечения. При этом он указывал, что это положение представляет собой основу организации хирургической помощи. «Сама жизнь, — писал Оппель, — требует эвакуации раненых в соответствии с их ранениями и в соответствии с необходимой помощью [58].

По Оппелю, «для обслуживания армии нужны госпитали: 1) хирургические; 2) терапевтические; 3) венерические; 4) эпидемические». Таким образом, прав М. Н. Ахутин, писавший в 1948 году, что идея «эвакуации по назначению» проскальзывает во многих высказываниях Оппеля.

Однако впервые выразить эту мысль единой фразой уже после войны удалось другому военному врачу Б. К. Леонардову — именно он впервые ввел в употребление словосочетание «эвакуация по назначению». Б. К. Леонардов в течение ряда лет находился на руководящей роли в Военно-санитарном управлении РККА, преподавал вопросы организации и тактики медицинской службы в Военно-медицинской академии. В ряде своих работ он обосновал необходимость перестройки системы этапного лечения на основе эвакуации раненых и больных по назначению и необходимость создания сети специализированных лечебных учреждений, обеспечивающих этот принцип эвакуации.

Принцип этапного лечения с эвакуацией по назначению полностью себя оправдал во время Великой Отечественной войны.

В период Первой мировой войны принцип этапного лечения раненых частично нашел практическое применение только на Северо-Западном фронте, где его автор был хирургом-консультантом и начальником санитарной части армий фронта. Лишь после Февральской революции 1917 г. по инициативе Н. А. Вельяминова этот принцип был положен в основу «Инструкции по организации хирургической помощи раненым на фронте» (в апреле), а затем — «Наказа хирургам армий» (в октябре).

По существу, впервые в истории военно-полевой хирургии Оппель предложил организовать временную госпитализацию и лечение нетранспортабельных раненых, оперированных на передовых этапах эвакуации. К сожалению эта проблема не нашла достаточно полного разрешения, в частности, не повлекла изменений в организационно-штатной структуре полевых медицинских учреждений. Лишь на основании горького опыта медицинского обеспечения боевых действий войск Красной Армии в 1938–1940 гг. в медико-санитарных батальонах дивизий были созданы госпитальные подразделения.

В научных работах Оппеля содержатся интересные высказывания об организации лечебно-эвакуационного обеспечения легкораненых — этой наиболее многочисленной группы пораженных в бою. По мнению Оппеля в составе головных и полевых эвакуационных пунктов должны быть организованы приемники для лечения легкораненых, где им оказывается «компетентная» хирургическая помощь. Здесь легкораненые остаются до выздоровления. Так, во время работы на Северном фронте в июне 1916 года он настаивает на создании «лагерей» для легкораненых в районе тыловых эвакопунктов (т.е. фронтовых баз). С этой целью Оппель советует реорганизовать так называемые «команды выздоравливающих» с тем, чтобы «госпитали-лагери» для легкораненых имели: 1) большую вместимость; 2) правильное, специализированное хирургическое лечение; 3) кадры инструкторов военных дисциплин. Как близки его идеи к созданным во время Великой Отечественной войны фронтовым госпиталям для легкораненых!

Хотя в медицине установить авторство достаточно трудно, Оппель по праву может считаться автором теории этапного лечения раненых. Между тем его приоритет был подвергнут сомнениям, и сомнения эти были высказаны высоким начальником и в самой категоричной форме.

В 1943 году начальник Главного Военно-санитарного управления Ефим Иванович Смирнов (к тому времени уже в течение 4-х лет исполнявший эту должность) написал о теории этапного лечения раненых, сформулированной Оппелем: «Эти мысли Оппеля никогда не были и не будут принципом нашей организации эвакуации и лечения раненых... Эти мысли Оппеля не имеют отношения к нашей военно-полевой хирургии... Мысли Оппеля ничего общего не имеют с нашей военно-полевой хирургией и с нашей системой этапного лечении с эвакуацией по назначению» [52]. И это несмотря на то, что реализуемая под его руководством система оказания помощи раненым на фронтах Великой Отечественной войны именовалась «этапное лечение с эвакуацией по назначению», а сам он, обучаясь в Военно-медицинской академии, слушал лекции Оппеля.

Е. И. Смирнов пытался объяснить столь резкий тон высказываний об учении Оппеля особенностями своего характера. В 1979 году он напишет: «Мне, по складу моего характера, не хватало хладнокровия и выдержки... Повышенная возбудимость, а также присущая мне прямолинейность не всегда помогали дипломатично и достаточно быстро преодолеть трудности военно-медицинского дела...» [53].

Однако существует и другая версия столь резкого отношения руководителя военно-медицинского ведомства к идейному наследию Оппеля. Именно в 1943 году в Самарканде (туда были эвакуированы кафедры Военно-медицинской академии) был арестован сын Оппеля профессор кафедры биохимии академии Владимир Владимирович Оппель. По ложному обвинению в шпионаже его приговорили к расстрелу, замененному на 10 тюремного заключения (в 1954 году В. В. Оппель реабилитирован).

«Сын за отца не отвечает», — говорил «отец народов». А отец за сына? Вращаясь в верхних эшелонах власти, коммунист Смирнов не мог не выразить своего отношения к отцу шпиона, хотя того не было в живых уже 11 лет. Но его высказывания в среде военных (пусть даже военных медиков), высказывания начальника высшего органа военно-медицинской службы не допускали двойного толкования и воспринимались как приказ, тем более, что в послевоенные годы Смирнов занимал пост начальника Военно-медицинской академии, а затем и министра здравоохранения.

Вероятно, поэтому само имя основоположника теории этапного лечении раненых надолго практически исчезло из официального языка и вспоминалось только в исключительных случаях. Так было в 1948 году в период подготовки к несостоявшемуся из-за „дела врачей“ празднованию 150-летнего юбилея Военно-медицинской академии. Также в конце пятидесятых годов XX века после реабилитации сына Оппеля и его возвращения в Ленинград на страницах журнала «Вестник хирургии» были опубликованы статья Оппеля «Принципы военно-полевой хирургии Пирогова и современной хирургии войны» и серия воспоминаний о нем.

Наконец, в 1973 году в Военно-медицинской академии провели научную конференцию, посвященную 100-летнему юбилею со дня рождения Оппеля. Тогда же на фасадах зданий кафедры военно-полевой хирургии (организованной в Военно-медицинской академии по инициативе Оппеля) и дома на Кирочной улице, где он жил, установили мемориальные доски. Имя Оппеля присвоено кафедре военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и кафедре госпитальной хирургии Северо-западного медицинского университета им. И. И. Мечникова.

Обосновывая принципы этапного лечения, Оппель считал необходимым подчеркнуть государственное значение хирургической помощи раненым, поскольку первой целью ее, по его мнению, является «возвращение государству и армии в наиболее короткий срок, с наименьшими изъянами, возможно большего количества раненых. Вторая цель заключается в сохранении возможно большего количества раненых, более или менее трудоспособных людей, для армии, может быть, малополезных или даже бесполезных, но полезных для государства. Наконец, третья цель заключается в спасении жизней, может быть для государства и бесполезных, но дорогих для него, как жизней защитников отечества» [59].

Эти положения, явившиеся в последующем основой для определения задач медицинской службы Советской Армии в военное время, как нельзя полнее характеризуют Оппеля — патриота и хирурга-организатора.

ГЛАВА 5

КРУШЕНИЕ РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ И ЭВАКУАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ РУССКОЙ АРМИИ (ГОД 1917)

Стратегические планы Антанты на 1917 г. строились из расчёта превосходства в силах над странами германского блока. В начале года в вооружённых силах государств Антанты насчитывался 21 млн человек, в то время как у противника — 10 млн. Германия и Австро-Венгрия предполагали обороняться на всех сухопутных фронтах. Верховное командование Антанты намеревалось согласованными ударами нанести им окончательное поражение.

Но, как пишет современный английский военный историк Дж. Киган: «Лицо войны в начале 1917 года мало отличалось от того, каким оно явилось миру в начале 1915-го, когда полоса окопов разделила Европу на два вооруженных лагеря. Только на Востоке линия окопов переместилась почти на 500 километров, и ее южное крыло теперь упиралось в Черное море вместо Карпат, но северное все еще оставалось на Балтике».

Более существенные изменения три года войны внесли в сознание людей. В России война не оправдала ничьих надежд, разочарование царило повсеместно и особенно в армии. Ужасы окопной жизни, нерегулярные отпуска, беспокойство за благополучие семейств, оставшихся дома, злость на спекулянтов, помещиков и тех, кто избежал воинской повинности и, что было наиболее опасным — неверие в победу.

Само понятие победы оставалось неопределенным, если учитывать, что русское правительство ни при царе, ни позднее в период Милюкова — Керенского, официально не оглашало своих целей в войне. Уничтожение германского милитаризма, а также расширение пределов империи за счет турецкой Армении и Курдистана,

аннексия проливов (Босфор и Дарданеллы) и Константинополя явно не соответствовали общенациональным титаническим усилиям. К этому следует добавить, что сами геополитические воззрения русского общества за годы войны изменились — Босфор и Дарданеллы утратили свою притягательность.

Затянувшаяся война, неуверенность в победе, экономические трудности, отсутствие чувства подлинной цели в войне резко осложнило внутреннюю ситуацию в России. Необходимо было принимать антикризисные меры. В течение 1916 года царь сменил 4 председателей Совета министров, 4 министров внутренних дел, 3 министров иностранных дел, 3 военных министров, 3 министров юстиции. Но это не изменило ситуации, а возникшие проблемы на транспорте и недостатки в планомерной организации производства некоторые деятели в Думе все еще пытались объяснить происками немецких агентов и враждебных русскому делу евреев.

Более ответственно и объективно звучат оценки ситуации в России, данные иностранными наблюдателями. В конце 1916 года британская дипломатическая и разведывательная служба приходят к неутешительному выводу о кризисе власти в России. Позднее британский посол Бъюкинен напишет: «Положение с каждым днем становилось все более и более угрожающим. Революция носилась в воздухе, и единственный спорный вопрос заключался в том, придет ли она сверху или снизу. Дворцовый переворот обсуждался открыто, и за обедом в посольстве один из моих русских друзей, занимавший высокое положение в правительстве, сообщил мне, что вопрос заключается лишь в том, будут ли убиты и император, и императрица или только последняя; с другой стороны, народное восстание, вызванное всеобщим недостатком продовольствия, могло вспыхнуть ежеминутно».

В декабре 1916 года во время аудиенции Бъюкинен сказал царю: «Лишь один курс открыт для Вас — разрушить барьеры, которые отделяют Вас от Вашего народа, и восстановить его доверие». На что император ответил: «Должен ли я вернуть доверие своего народа или народ обязан восстановить мое доверие?». Царственное высокомерие мешало Николаю II видеть, что народная любовь к нему уже сменилась другими чувствами. Повсеместно распространились оскорбительные для царской семьи слухи. В них Николай II предстает как пьяный и безвольный подкаблучник, которого в его собственном дворце обманывает развратная пре-

дательница — царица-немка. Даже весьма информированные современники верили в существование «радиотелеграфной станции» в Царском селе, которая передавала секретные сообщения в Берлин.

Как отмечал французский посол Палеолог, у Николая II был наихудший для самодержавного монарха недостаток: фактическое отсутствие характера лидера. Императрица Александра Федоровна, желая помочь мужу и хотя бы отчасти облегчить ему бремя двойной роли самодержца и Верховного главнокомандующего, пыталась принять активное участие в управлении страной, но небольшая клика авантюристов оказывала заметное влияние на царицу, используя ее в качестве средства для реализации своих требований.

В январе 1917 года внутренний кризис в России приблизился к апогею. Ситуация обострилась настолько, что за столом у английского посла аристократы обсуждали возможность дворцового переворота. Известный историк русского зарубежья С. П. Мельгунов в исследовательской работе «На путях к дворцовому перевороту (заговоры перед революцией 1917 года)» показал, что желание разрешить кризис дворцовым переворотом распространилось в буржуазно-либеральной оппозиции в конце 1916 — начале 1917 г. после отказа самодержавия в августе — октябре 1916г. создать правительство «общественного доверия».

О дворцовом перевороте говорили в то время не только в Петрограде, но и в Москве. Один из сценариев сводился к тому, что великий князь Николай Николаевич, отстраненный от должности Верховного главнокомандующего и отправленный служить наместником Кавказа, утвердившись там, объявит себя царем. После этого предполагалось арестовать Николая II, а царицу сослать в монастырь (при этом не исключалась возможность ее убийства). «За этими слухами, — как отмечает С. П. Мельгунов, — стояло, однако, мало реального, поскольку и в буржуазно-либеральных, и в военных, и в великокняжеских кругах дело ограничивалось в основном «болтовней в том направлении, что хорошо бы, если бы кто-то это устроил» [60].

Но пока власти и оппозиционеры решали, что же надо начать делать, последовало то, что Черчилль назвал «патриотическим восстанием против несчастий и дурного ведения войны. Поражения и провалы, нехватка продовольствия и запрещение употребления

алкоголя, гибель миллионов людей на фоне неэффективности и коррупции создали отчаянное положение среди классов, которые не видели выхода кроме как в восстании, которые не могли найти козла отпущения кроме как в своем суверене. Милый, исполненный привязанности муж и отец, абсолютный монарх очевидным образом был лишен черт национального правителя во времена кризиса, несущего все бремя страданий, причиненных германскими армиями русскому государству. За ним — императрица, еще более ненавидимая фигура, слушающая в своем узком кругу избранных только подругу мадам Вырубову и своего духовного советника, чувственного мистика Распутина».

События развивались стремительно. 25 февраля 1917 г. массовые демонстрации в Петрограде под лозунгами «Хлеба!» и «Долой самодержавие» переросли во всеобщую политическую стачку. На другой день к ней стали присоединяться войска. 27 февраля Совет Министров послал царю в Ставку (Могилев) телеграмму с просьбой о коллективной отставке и самораспустился.

В это время царь уже не видел границ собственной власти, не ощущал, как быстро эти границы сужались до пределов его штабного вагона. Хотя возможными выходами из создавшейся ситуации еще оставались либо бегство с целью спасения жизни, либо проведение политики уступок и примирения в надежде сохранить трон. Однако правительство и не помышляло о компромиссе, а Николай II намеревался возвратиться в столицу для личного руководства подавлением беспорядков (вспомнил 9 января 1905 года). Но царский поезд не пустили в столицу, он остановился в Пскове, где располагался штаб Северного фронта.

27 февраля Дума собралась на «неофициальное» заседание и образовала «Временный комитет Государственной Думы для водворения порядка в Петрограде и для сношения с учреждениями и лицами». В него вошли 12 человек (председатель — октябрист М. В. Родзянко, члены «прогрессивного блока», один меньшевик и трудовик А. Ф. Керенский). На другой день Временный комитет назначил генерала Л. Г. Корнилова на пост командующего войсками Петроградского округа и послал своих комиссаров в Сенат и министерства.

Тем временем в Могилеве начальник штаба русской армии генерал М. В. Алексеев по собственной инициативе запросил командующих фронтами (то есть великого князя Николая Ни-

колаевича на Кавказском фронте, генерала В. В. Сахарова на Румынском фронте, генерала А. А. Брусилова на Юго-Западном фронте, генерала А. Е. Эверта на Западном фронте), высказаться по вопросу о монархии. Из ответов следовало, что армия не будет защищать главнокомандующего. Не вступая в дискуссию, царь телеграфировал М. В. Алексееву: «Ради благополучия, спокойствия и спасения моей горячо любимой Родины я готов отречься от трона в пользу моего сына. Прошу всех служить ему верно и нелицемерно. НИКОЛАЙ». Передача бремени власти в этот критический период десятилетнему ребенку, страдающему гемофилией, означало введение регентства. При этом наследник должен жить в доме регента, что означало разлуку с сыном. Поэтому Николай II меняет решение и отрекается в пользу своего брата Михаила.

Выполняя функции правительства, Временный комитет направил в Псков лидера партии октябристов А. И. Гучкова и прогрессиста В. В. Шульгина для переговоров с царем об отречении. Экстренный поезд состоял из паровоза и одного вагона, в котором ехало семь пассажиров — А. И. Гучков, В. В. Шульгин и пятеро солдат охраны с красными бантами на шинелях. Прибывшие предъявили Николаю II требование Думы об отречении и присутствовали при подписании Николаем II манифеста об отречении от трона. Это случилось 2 марта. В тот же день в результате переговоров Временного комитета Думы с Исполкомом Петроградского Совета было создано Временное правительство.

Внешний вид В. В. Шульгина и А. И. Гучкова, которые явились к царю в пиджаках, четыре дня немытые и небритые, вызвал гнев свиты, из-за чего между Шульгиным и крайними монархистами возникла вражда, длившаяся долгие годы. В. В. Шульгин отмечал, что сам был, «с лицом каторжанина, выпущенного из только что сожжённых тюрем». Когда А. И. Гучков с В. В. Шульгиным вышли из вагона Николая II, к В. В. Шульгину подошёл кто-то из царской свиты и произнёс: «Вот что, Шульгин, что там будет когда-нибудь, кто знает. Но этого „пиджачка“ мы вам не забудем...».

На следующий день, 3 (16) марта 1917 года, В. В. Шульгин присутствовал при отказе Михаила Александровича от престола в пользу Временного правительства: как и большинство присутствовавших, уговаривал его не принимать верховную власть (только Милюков и Гучков настаивали на том, что Михаил должен вступить на престол), отмечая, что в Петрограде не было силы,

на которую Михаил мог бы опереться, составлял и редактировал акт его отречения.

При министерстве юстиции 4 марта была учреждена получившая большую известность Чрезвычайная следственная комиссия для расследования противозаконных действий бывших министров, главноуправляющих и других высших должностных лиц. Она вела допросы высших царских чиновников и сановников и готовила «стенографические отчеты», главным редактором которых был поэт А. А. Блок.

Временный комитет Думы во главе с М. В. Родзянко продолжал действовать до начала октября, но уже как орган «общественности». Он собирал иногда членов Государственной думы на «частные совещания», которые выполняли роль совещательного органа при Временном правительстве.

5 марта 1917 года исполком Петросовета постановил арестовать всю царскую семью, конфисковать их имущество и лишить гражданских прав. Через два дня — 7 марта 1917 года — в журнале заседаний Временного правительства № 10 была сделана запись: «Слушали: 1. О лишении свободы отрекшегося императора Николая II и его супруги. Постановили: 1) Признать отрекшегося императора Николая II и его супругу лишёнными свободы и доставить отрекшегося Императора в Царское Село». В заседании участвовали: министр-председатель кн. Г. Е. Львов, министры: военный и морской А. И. Гучков, иностранных дел — П. Н. Милюков, путей сообщения — Н. В. Некрасов, финансов — М. И. Терещенко, обер-прокурор Святейшего Синода В. Н. Львов и товарищ министра внутренних дел Д. М. Щепкин.

В Могилёв была направлена специальная комиссия во главе с комиссаром Временного правительства А. А. Бубликовым, которая должна была доставить бывшего императора в Царское Село. Утром 8 марта в зале губернаторского дома, где жил император, состоялось прощание, на котором присутствовали все офицеры Ставки и по одному солдату от каждой части. Перед отъездом Николай II издал прощальный приказ войскам: «В продолжении двух с половиной лет Вы несли ежечасно тяжёлую боевую службу, много пролито крови, много сделано усилий, и уже близок час, когда Россия, связанная со своими доблестными союзниками одним общим стремлением к победе, сломит последнее усилие противника. Эта небывалая война должна быть доведена до пол-

ной победы. Кто думает о мире, кто желает его — тот изменник Отечества, его предатель. Знаю, что каждый честный воин так мыслит. Исполняйте же Ваш долг, защищайте доблестную нашу Великую Родину, повинуйтесь Временному правительству, слушайте Ваших начальников, помните, что всякое ослабление порядка службы только на руку врагу».

Переговоры о переезде семьи Романовых в Англию все-таки начались. 22 марта английское правительство приняло решение о приглашении Романовых, запросив при этом справку об имущественном состоянии семьи («Весьма желательно, чтобы Его величество и его семья имели достаточные средства»). Однако, затем король Георг V, двоюродный брат как Николая II, так и Александры Федоровны, категорически потребовал от правительства отмены приглашения. Английский заместитель министра иностранных дел вел переговоры с Францией, но ему ответили отказом принять Романовых якобы из-за германофильской репутации Александры Федоровны.

Летом Временное правительство повторило запрос, но, как вспоминал А. Ф. Керенский, посол Англии Бьюкенен «со слезами на глазах» сообщил об окончательном отказе. Авторы большого исследования этой истории, опубликованного в Англии в 1976 г., пишут, что это и «решило судьбу Николая II и всей его семьи». Видимо, решение о его судьбе было принято в очень влиятельных европейских кругах, так что даже родственные связи не помогли [61].

Молниеносное падение монархии означало только одно, что многие сотни тысяч, а, возможно, и миллионы подданных царя задолго до того, как монарх был вынужден покинуть трон, пришли к внутреннему убеждению, что царское правление не соответствует ни сложившейся обстановке ни будущему России и защищать его нет необходимости.

Даже убежденные монархисты перестали быть надежной опорой режима. Показательно в этом смысле первое «революционное» интервью великого князя Кирилла, данное представителям прессы: «Мой дворник и я, мы одинаково видели, что со старым правительством Россия потеряет все... смею думать, что с падением старого режима удастся, наконец, вздохнуть свободно в свободной России и мне... впереди я вижу лишь сияющие звезды народного счастья...».

Падение монархии представлялось удивительным чудом воскрешения России. Февральская революция сравнивалась с Пасхой, а Пасха с революцией. Верующие использовали риторику и символику революции: к иконам прикрепляли красные банты, а во время крестных ходов несли красные флаги.

Февральская революция нанесла сокрушительный удар по армии — важнейшему институту государства. 2 марта секретарь ЦИК Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов адвокат Н. Д. Соколов (бывший, как и А. Ф. Керенский, одним из руководителей российского масонства тех лет) подготовил и принес в только что созданное Временное правительство известный «приказ №1». Приказ предусматривал выборы в войсках комитетов из нижних чинов, изъятие оружия у офицеров и передачу его под контроль комитетов, установление не ограниченной «ни в чем» свободы солдата. Этот приказ начал разрушение армии.

В армии была проведена чистка командного состава (по данным А. И. Деникина, за первые недели было уволено около половины действующих генералов). На главные посты были назначены близкие к думским оппозиционным кругам выдвиженцы — А. И. Деникин, Л. Г. Корнилов, А. В. Колчак. А. В. Колчака активно поддерживала партия эсеров, которая мобилизовала сотни своих членов для агитации за него на кораблях.

Взяв курс на продолжение войны «до победного конца», Временное правительство столкнулось с созданными им самим трудностями — армия стала неуправляемой, началось массовое дезертирство. В июле на фронте были восстановлены упраздненные во время революции военно-полевые суды, но это не поправило дела. Учрежденное Политическое управление Военного министерства безуспешно пыталось наладить в войсках пропаганду в пользу продолжения войны. В городах вооруженные солдаты втянулись в политическую жизнь и входили во все более непримиримый конфликт с Временным правительством. В деревнях дезертиры организовывали крестьян на передел земли.

Овладеть ситуацией Временное правительство не смогло и переживало все более тяжелые и длительные правительственные кризисы: 3–4 мая, 3–23 июля, 26 августа–24 сентября. В результате этих кризисов менялся состав, уже 5 мая правительство стало коалиционным, но все три коалиции были непрочными. Разрушению подверглась вся система власти, важнейшие вопросы откладыва-

лись до появления Учредительного собрания. Главной тактикой Временного правительства стало не разрешение проблем, а потакание толпе, и чем дальше, тем больше. Как признал тогда лидер правых А. И. Гучков, «мы ведь не только свергли носителей власти, мы свергли и упразднили саму идею власти, разрушили те необходимые устои, на которых строится всякая власть».

Надо подчеркнуть, что либеральные революционеры разрушили власть сверху донизу, так что безвластие коснулось буквально каждого человека. Временное правительство упразднило губернаторов и назначила в губернии и уезды своих комиссаров. Но у них не было никаких реальных средств влиять на положение. Как они сами заявили на совещании в Петрограде, без опоры на местные советы их власть «равна нулю» — но правительство вело дело к конфликту с советами, в то же время потакая им (например, через комиссаров правительства шла финансовая поддержка советов). Даже газета эсеров «Дело народа» жаловалась: «Местной власти нет: одни органы разрушены, другие нежизнеспособны, а главное — лишены всякого авторитета в глазах населения».

На этом фоне в области государственного строительства делалось следующее. 25 мая было образовано Особое совещание по подготовке закона о выборах в Учредительное собрание. Выборы были назначены на 17 сентября, а затем перенесены на 12 ноября.

3 июля было нарушено неустойчивое равновесие сил между Временным правительством и Петроградским советом («двоевластие»), была расстреляна демонстрация, шедшая под советскими лозунгами. Сформированное 24 июля правительство стало сдвигаться вправо, его председатель А. Ф. Керенский (перешедший в партию эсеров) занял и посты военного и морского министра; в третьем правительстве он был председателем и Верховным главнокомандующим.

25 августа произошел неудачный мятеж генерала Корнилова, который вместе с рядом других генералов пытался свергнуть Временное правительство. После этого из правительства были удалены министры-кадеты, и 1 сентября сформирована Директория из пяти человек во главе с Керенским (в тот день Россия была объявлена республикой). Директория существовала до 24 сентября, когда было сформировано правительство.

Между тем союзники с ещё большей активностью стали добиваться от России активизации военных действий на Восточном

фронте, прибегая к неприкрытому шантажу. В мае Временное правительство было извещено, что если оно не сможет организовать в ближайшее время наступление, то останется без поддержки Антанты. Однако русская армия всё более утрачивала свою боеспособность. Временное правительство столкнулось с массовым отказом солдат продолжать войну.

По некоторым оценкам, с начала Февральской революции из действующей русской армии дезертировали 2 млн человек. Участились случаи братания на фронте с противником, отказа выполнять приказы о перегруппировке, производить инженерные работы, связанные с подготовкой наступления. Нередки были случаи расправы над офицерами. Солдаты не понимали, за что они воюют.

14 мая 1917 г. на проходившем в русской Ставке совещании командующих фронтами было признано, что армия не в состоянии вести успешные боевые действия. Командующий Северным фронтом генерал А. М. Драгомиров заявил, что общее настроение армии — мир во что бы то ни стало.

Важнейшим фактором, влиявшим на настроение в войсках, являлась также нехватка продовольствия, фуража, лошадей. Резко негативную реакцию генералитета вызвали меры правительства по демократизации армии, в частности «Декларация прав военнослужащих», опубликованная военным министром А. Ф. Керенским. Декларация уравнивала военнослужащих в правах с гражданским населением, закрепляя за солдатами право свободно высказывать свои политические и религиозные взгляды и состоять в политических партиях.

В конце июля, выступая на совещании в Ставке о причинах разложения армии, генерал А. И. Деникин заявил: «Я слышал, что большевизм разрушил армию. Я это отвергаю... Разрушили армию другие, проводившие разрушавшее армию военное законодательство последнего времени».

Тем не менее, подготовка к наступлению, ставшему для русской армии последним в этой войне, продолжалась. Основная ударная группировка была сосредоточена на Юго-Западном фронте (главнокомандующий генерал А. Е. Гутор). Здесь удалось добиться трёхкратного превосходства над противником на участках предполагаемого прорыва. Операция началась 29 июня. После двухдневной артиллерийской подготовки русские войска, особенно 8-я армия под командованием генерала Л.Г Корнилова, смогли

добиться некоторого тактического успеха. Однако германское командование перебросило на опасный участок резервы и организовало контрудар. В результате фронт откатился на восток дальше той линии, с которой началось наступление. На Северном фронте в сентябре немцы нанесли удар в Прибалтике и заняли Ригу, а затем Моонзундские острова. Тем самым была создана прямая угроза для Петрограда.

7 ноября (25 октября) 1917 г. в Петрограде произошло вооружённое восстание. Временное правительство было свергнуто, власть перешла к возглавляемому большевиками Совету народных комиссаров.

Одним из первых законодательных актов новой власти стал Декрет о мире, принятый II Всероссийским съездом Советов 8 ноября. Народный комиссариат иностранных дел, которым руководил Л. Д. Троцкий, обратился ко всем воюющим сторонам с нотой, в которой предлагал приступить к мирным переговорам. Ответа на это предложение не последовало. Германия, напротив, с готовностью согласилась начать переговоры, которые привели 15 декабря к подписанию соглашения о перемирии сроком на 28 дней. Затем начались переговоры, завершившиеся 3 марта 1918 года подписанием сепаратного мирного договора, который ознаменовал поражение и выход Советской России из Первой мировой войны. (Ратифицирован Чрезвычайным IV Всероссийским Съездом Советов 15 марта 2/3 голосов и германским императором Вильгельмом II — 26 марта 1918 года. Аннулирован ВЦИК РСФСР 13 ноября 1918 года).

Одной из важнейших задач медицинской службы русской армии в Первую мировую войну являлась эффективная эвакуация раненых и больных в тыл. Впервые для решения этой задачи масштабно использовали железнодорожный транспорт. И действительно, решить проблему перемещения большого количества раненых на значительные расстояния в России мог только этот вид транспорта. Для обеспечения железнодорожной эвакуации мобилизационным планом предусматривалось формирование 100 военно-санитарных поездов (ВСП). Фактически к моменту начала боевых действий успели сформировать лишь 46 ВСП. К сентябрю 1915 года добавилось еще 209 поездов, из них РОКК принадлежало 10, Земскому союзу — 50, Всероссийскому союзу городов — 13 и Общедворянской организации — 21 [62].

Военно-санитарные поезда разделялись на полевые и тыловые. Полевые ВСП предназначались для перевозки раненых и больных преимущественно в армейском тыловом районе. Кадровая часть полевого ВСП состояла из двух—трех вагонов, предназначенных для размещения личного состава поезда, кухни, аптеки — перевязочной, имущества, переменная часть полевых ВСП — частично или полностью из обычных товарных вагонов. Тыловые ВСП состояли из специальных вагонов и предназначались для эвакуации раненых и больных в тыловые районы страны.

В начале войны предполагалось, что вся эвакуация раненых и больных будет проводиться исключительно военно-санитарными поездами. Положение о полевом управлении войск и временные правила об эвакуации от 5 августа 1914 г. не предоставляли Красному Кресту распорядительных функций в отношении эвакуации. Однако в самом начале военных действий, когда дело эвакуации не было налажено, поезда РОКК в случае необходимости использовались для вывоза раненых с передовых позиций. Всего РОКК было сформировано 11 санитарных поездов.

Каждый поезд обслуживали старший врач, младший врач, студент — помощник врача, 10 сестер милосердия, 50 санитаров и 3 слесаря. За один рейс санитарный поезд мог перевезти около 400 раненых. По состоянию на 1 ноября 1915 г. санитарными поездами было перевезено 215 682 раненых и больных, в т. ч. 4953 острозаразных (3337 брюшнотифозных, 756 холерных, 67 сыпнотифозных и 783 больных дизентерией). Из них в пути умерли 292 человека.

В Первую мировую войну действовали новые штаты и «Положение о военно-санитарных поездах», одобренные в 1911 г. Военно-санитарным ученым комитетом и объявленные в приказе военного министра № 292 1912 г., (взамен штата и «Временного положения о военно-санитарных поездах», введенных приказом военного министра № 98 1904 г.). В соответствии с ним военно-санитарные поезда подразделялись на постоянные и временные. Постоянные военно-санитарные поезда формировались на время войны и состояли из постоянной (кадр) и переменной частей. Кадр включал 8–9 вагонов. Переменная часть в виде классных (до 12), а при их отсутствии и товарных (теплушечных — до 30) вагонов придавалась кадру на время следования поезда с ранеными и больными.

Временные военно-санитарные поезда создавались на отдельные рейсы в случае недостатка постоянных поездов в период усиленной эвакуации и состояли в большинстве случаев из теплушечных вагонов. По составу и месту обращения постоянные военно-санитарные поезда подразделялись на полевые и тыловые.

Полевые военно-санитарные поезда предназначались для перевозки раненых и больных на передовых участках ТВД, а тыловые, главным образом, для эвакуации в глубокий тыл. В штате полевого военно-санитарного поезда полагалось иметь: старшего врача (он же начальник поезда), 2 младших врачей, 8 фельдшеров, заведующего хозяйственной частью (офицер), 2 сестер милосердия, 3 надзирателей, 37 чел. санитарной прислуги, повара, писаря и слесаря. Поезд имел по 9 кадровых, специально оборудованных двух- и трехосных вагонов. Его переменная часть состояла из 30 теплушек, оборудованных станками Левчака и пружинами Кружилина. Штат тылового военно-санитарного поезда (более усовершенствованного устройства, чем полевой) отличался большим числом сестер милосердия (5 чел.) и меньшим количеством санитарной прислуги (25 чел.). Он имел 8 четырехосных вагонов кадра. Его переменная часть состояла из 8 четырехосных и 12 трехосных вагонов третьего класса [63].

Постоянный военно-санитарный поезд обычно оборудовался для приема 252 раненых и больных, в том числе 80 тяжелораненых и 172 легкораненых. Однако за счет своей переменной части полевые поезда были способны обеспечить транспортировку до 470, а тыловые — до 380 человек.

Военно-санитарные поезда, курсировавшие только в пределах ТВД находились в распоряжении начальника санитарной части армий фронта, а во внутреннем районе — начальника эвакуационного управления Главного управления Генерального штаба (ГУГШ) и были приписаны к определенным эвакуационным пунктам. Важным новшеством явилось упразднение должности коменданта военно-санитарного поезда и возложение его обязанностей на старшего врача. «В видах наибольшего соблюдения дисциплины» заведующим хозяйственной части поезда продолжал оставаться офицер [64].

Помимо указанных выше сил и средств военного ведомства в интересах медицинского обеспечения войск предусматривалось также использование врачебных учреждений и транспортных

формирований РОКК. Полномочия Главноуполномоченного РОКК «по эвакуации во внутренние районы страны в отношении сестер милосердия, лечебных заведений Красного Креста, частных организаций, состоящих под флагом Красного Креста и военного ведомства», были объявлены уже в ходе войны циркуляром Главного управления этого общества от 19.02.3915 г. Несколько позже для тех же целей создаются медико-санитарные и транспортные формирования Всероссийских Союза городов и Земельного Союза.

Однако, несмотря на принимаемые меры, возникали серьезные проблемы в эвакуации раненых и больных железнодорожным транспортом.

18 сентября 1914 года начальник Генерального штаба телеграфировал начальникам снабжения армий Северо-Западного и Юго-Западного фронтов: «Поезда с ранеными следуют не по расписанию, без предварительного уведомления эвакуационных и продовольственных пунктов, без медикаментов, перевязочных средств».

Хирург действующей армии профессор В. А. Оппель считал, что «при достаточном количестве санитарных поездов, увозящих раненых на тыловые эвакуационные пункты, пробки раненых могут быть прекращены, но поездов не хватает» (Военно-санитарных поездов у военного ведомства было всего 259).

1 сентября 1914 года начальник Виленского жандармского полицейского управления железных дорог сообщал начальнику Барановичского отделения своего ведомства: «На станции Пинск вторые сутки скопление более 3000 раненых. Есть эшелоны по два дня некормленые. У эвакуационной комиссии перевозка, кормление и дальнейшая эвакуация не организованы. Среди раненых растет недовольство».

«Развозка раненых была неправильна, поезда шли, например, не по заранее намеченным направлениям, их не встречали питательные пункты и на местах остановок не приспособлено было кормление. Первое время приходили в ужас от этой картины. В Москву приходили поезда с некормленными несколько суток людьми, с ранами не перевязанными, а если перевязывали однажды, в течение нескольких дней не перевязывали вновь. Иногда даже с таким количеством мух и червей, что трудно даже медицинскому персоналу выносить такие ужасы, которые

обнаруживались при осмотре раненых», — отмечал в докладе на заседании бюджетной комиссии от 10 декабря 1915 года член Государственной думы А. И. Шингарев. «Значительное большинство прибывало в виде, часто заставлявшем удивляться крепости и живучести человеческого организма», — делился на 14-м съезде российских хирургов наблюдениями хирург действующей армии Н. Н. Теребинский.

Санитарных поездов не хватало, поэтому раненых зачастую перевозили «в возвращавшихся порожняком составах, только что освободившихся от воинских эшелонов, не очищенных иногда от конского навоза, без соломы, фонарей, сходней и других необходимых принадлежностей». Результатом такой эвакуации «транзитом» было то, что в Петрограде и в Москве в сентябре 1914 года сосредоточилось около 80 процентов раненых.

Люди, получившие не очень серьезное ранение, самостоятельно отправлялись к перевязочным отрядам, а затем — в эвакуационный пункт. Тяжелораненые же были вынуждены ждать наступления ночи, когда закончится бой, в надежде, что их найдут и подберут санитары. Понятно, что оценивать каждое ранение на головном эвакуационном пункте не представлялось возможным. К тому же отдельные воины причиняли себе повреждения умышленно. Многие считали себя счастливцами, если получали рану. «Разбитые нравственно, всеми силами рвутся в глубь страны, заползают в пустые вагоны, не принадлежащие санитарным поездам, лишь бы быть перевезенными» [65]. В такой ситуации при нормальной грузоподъемности поезда от 450 до 500 раненых, каждый поезд в начале войны привозил всего 360–400 человек, часто не подлежавших необходимой эвакуации.

В ходе войны количество ВСП возрастало, однако нормы — по одному на дивизию — достигнуть так и не удалось.

К сентябрю 1915 года кроме ВСП было сформировано 15 санитарных автоотрядов в составе 20 санитарных автомобилей (на 4 лежачих) каждый. Достигнуть здесь нормы — по одному санитарному автоотряду на корпус — также не удалось.

Формированием ВСП стали заниматься самые различные организации. Так, в частности, в 1914 году Императорское Российское Пожарное Общество (ИРПО) организовало на собранные пожертвования три ВСП, из которых один совершал рейсы между Петроградом и Варшавой, второй развозил раненых из Москвы

во внутренние губернии, а третий обслуживал нужды Кавказской армии. На устройство и содержание этих поездов поступило около 250 тысяч рублей пожертвований, причем со стороны разных начальствующих лиц и учреждений в Совет общества постоянно поступали наилучшие отзывы об оборудовании и деятельности этих поездов.

12 августа 1914 года состоялось заседание Совета Императорского Российского Пожарного Общества. По предложению председателя Совета ИРПО князя А. Д. Львова было принято постановление: «1) преобразовать имеющийся в распоряжении подвижной состав Всероссийской передвижной пожарной выставки под санитарный поезд имени Императорского Российского Пожарного Общества. 2) просить всех членов общества помочь Совету для обеспечения расходов по содержанию поезда пожертвованиями».

Уже через пару недель в кассу Совета ИРПО внесено свыше 20 тысяч рублей пожертвований для оборудования санитарного поезда. Денежные суммы поступали как от частных лиц, так и от страховых обществ, пожарных команд и дружин. Граф А. П. Зубов пожертвовал на устройство поезда 10 тысяч рублей. По подсчетам, на оборудование и содержание поезда в течение 6 месяцев необходимо было около 65 тысяч рублей.

Как свидетельствует журнал «Пожарное дело» за 1914 год: «имеются душу трогающие пожертвования. В одной из сельских дружин деревенские женщины пожертвовали 14 полотенец из домотканого холста» [66].

Поезд имени Императорского Пожарного Общества формировался на основе положения о ВСП. Ему был присвоен номер 63. Маршрут поезда должен был быть указан военным министерством.

В день освящения 63-го тылового военно-санитарного поезда в Совет ИРПО обратился председатель добровольного пожарного общества Альфред Фердинандович фон Гертвиг. Движимый патриотическими чувствами, он изъявил желание устроить на свои средства два поезда. Барон готов был пожаловать на оборудование ВСП 150 тысяч рублей. ИРПО сделало соответствующий запрос в военное ведомство, где и было получено согласие на формирование двух военно-санитарных тыловых поездов № 85 в Москве и № 89 в Ростове на Дону.

И 2 ноября 1914 года в присутствии Московского градоначальника свиты Его Величества генерал-майора Адрианова, других видных сановников, председателя Совета ИРПО князя А. Д. Львова, — на Александровском вокзале Москвы был отслужен торжественный молебен и освящен тыловой военно-санитарный поезд № 85.

В ноябре 1914 года в торжественной обстановке в Ростове-на-Дону состоялось освящение 89-го военно-санитарного поезда Императорского Российского Пожарного Общества имени Великого Князя Бориса Владимировича. На освящении также присутствовали председатель Совета ИРПО князь А. Д. Львов и член Совета Н. И. Пайчадзе. Поезд предназначался для эвакуации раненых с Кавказа.

При осмотре офицерского вагона военно-санитарного поезда № 85 у поэта Гиляровского В. А. родились следующие строки:

«...Чудо-вагон!
Здесь для героев и отдых и сон,
Раны бойцам перевяжут умело,
Ласково встретят, удобство дадут...
Слава создавшему этот приют
Слава и тем, что себя отдают
На милосердное дело!»

Сами спасенные солдаты, попавшие в военно-санитарные поезда, нередко отправляли благодарственные письма в адрес сотрудников этих передвижных госпиталей. Вот, например, те из них, что мы находим почти в каждом номере журнала «Пожарное дело» за те годы:

«Премногоуважаемые благодетели Совета Императорского Российского Пожарного Общества.

Мы сердечно тронуты и просим принять нашу глубочайшую признательность за добрую о нас память и за Ваши заботы о нас, раненых и больных нижних чинах. Мы имели счастье проехать в доблестном Вашем санитарном поезде за № 85 со станции «Червонный Бор» до города Петрограда.

Мы, нижние чины, в течение следования поезда глубоко тронуты Вашей признательностью к нам, раненым и больным нижним чинам. Мы за Ваши заботы шлем свою сердечную благодарность всем благодетелям Вашего доблестного санитарного поезда за

№ 85. И сестре милосердия, хозяйке поезда, шлем сердечную благодарность за ея заботы к раненым и больным нижним чинам.

Нижние чины л.-гв. Семеновского полка рядовой Григорий Дмитриев, ст. унтер-офицер Федор С. Смирнов, л.-гв. Павловского полка рядовой Павел Оброскин, л.-гв. Гренадерского полка рядовой Филипп Сазонов, 2-го Кавказского стр. полка Иван Медведев».

В целом в тыл страны было вывезено более 3 453 000 раненых, или 87,6%, а также 1 477 940 больных, или 56% их общего числа. В табл. 8 показано распределение раненых и больных, перевезенных в военно-санитарных поездах (по годам войны).

Из данных табл. 8 видно, что по мере продолжения войны количество направленных в тыл больных все более возрастало и в 1917 г. в 4 раза превысило общее число эвакуированных раненых. Несомненно, это обстоятельство объяснялось резким ростом заболеваемости личного состава войск, отсутствием на театре военных действий необходимых госпитальных средств, а также снижением интенсивности боевых действий в этот период и ростом числа симулянтов.

В эвакуационном отношении территория, подведомственная главнокомандующему армиями фронта (театр военных действий), разделялась на корпусной и тыловой районы. В последнем развертывались головные и тыловые эвакопункты. В августе 1914 года Главное военно-санитарное управление утвердило и опубликовало две инструкции: первая регламентировала сортировку больных и раненых, заразных и душевнобольных, вторая — перевозку их в военно-санитарных поездах.

Таблица 8

Количество раненых и больных воинов русской армии, эвакуированных в годы Первой мировой войны военно-санитарными поездами [67]

Годы	Раненые		Больные	
	в абсолютных числах	в %	в абсолютных числах	в %
1914	429 153-	82,2	93106	17,8
1915	1010352	66	521876	34
1916	1016120	58	756434	42
1917	338695	20	1 340 308	80
Итого:	2 794320	50,7	2 711 724	49,3

Инструкции отражали работу лечебно-эвакуационных органов от сборного эвакуационного пункта до тылового эвакопункта. Под сборным понимался головной эвакопункт, задачей которого являлась лишь временная госпитализация нетранспортабельных и возвращение в строй легкораненых и больных. Задачами тылового эвакопункта были: госпитализация до выздоровления всех раненых и больных со сроками лечения до 6 недель и временная госпитализация нетранспортабельных (с таким же сроком лечения). Во внутренний район страны должны были эвакуироваться только раненые и больные со сроком лечения более 6 недель. На практике эти требования часто нарушались из-за плохой сортировки, и значительную часть легкораненых и больных отправляли в тыл страны.

Эвакуация раненых и больных достигла в эту войну необычайно больших размеров (полные сведения об этом отсутствуют). Только с августа 1914 по ноябрь 1916 года включительно с фронта в тыловые лечебно-эвакуационные учреждения были доставлены 5 812 935 больных и раненых офицеров и солдат, что в среднем в месяц составляло 116 896 человек. Из числа прибывших было отправлено во внутренний район 2 539 850 человек (43,7%), это, не считая отправленных прямыми транзитными поездами. В госпиталях тыловых районов находились до окончательного излечения 3 273 085 человек (56,3%).

Важно подчеркнуть, что почти с самого начала войны ВСП стали подвергаться нападениям вражеской авиации. Чтобы избежать впредь таких «случайностей», как классифицировала подобные факты противная сторона, русское командование, следуя положениям Женевской конвенции, решило покрасить крыши ВСП в белый цвет с нанесением на них изображения международного Красного Креста.

Однако после принятия такой меры нападения с воздуха на военно-санитарные поезда еще более участились. Наконец, принимается решение перекрасить крыши вагонов в обычный, зеленый цвет и окончательно покончить с какими-то ни было на этот счет иллюзиями. В целом с начала войны до сентября 1915 г. было зарегистрировано 342 воздушных нападения на русские военно-санитарные поезда, в результате которых 48 человек погибли и 94 получили ранения.

В ноябре 1915 года в Ставке состоялось совещание по вопросам об упорядочении движения ВСП. На нем признается целесообраз-

ным создать так называемый «глубокий резерв» в составе 50 ВСП. Он должен был сосредотачиваться на узловых железнодорожных станциях внутреннего района, восточнее Московского меридиана. Резерв передавался в распоряжение главного начальника военных сообщений. Кроме того, на этом совещании устанавливается эшелонированное продвижение ВСП.

Регулирование движения ВСП на каждом из фронтов, при условии своевременной подачи подвижного состава к головным эвакуационным пунктам, возлагается на специальное бюро при начальнике военных сообщений фронта. В его состав входили представители начальников главных управлений, ведавших всеми видами обеспечения действующей армии, в том числе и медицинским. И наконец, совещание постановило сосредоточить наблюдение и общее регулирование движения военно-санитарных поездов в отделе воинских перевозок Главного управления военных сообщений.

Для этих целей сюда были обязаны доставлять необходимые сведения управления Верховного начальника и эвакуационной части, железных дорог, отдел военных сообщений, эвакуационный отдел ГУГШ, управления начальников санитарной части армий фронтов, а также военных сообщений фронтов. По утверждении Журнала совещания начальником штаба Верховного Главнокомандующего представленная система организации движения ВСП принимается «к руководству и точному исполнению» [68]. В дополнение к этому Верховный начальник санитарной и эвакуационной части, рискуя вызвать неудовольствие своих родственников, запретил внеочередное движение «именных и шефских» ВСП «в ущерб простым» [69].

После Февральской революции ранее существовавшая система железнодорожной эвакуации подвергалась некоторой корректировке на совещании в Ставке. Прежде всего в целях улучшения сортировки эвакуируемых в тыл раненых и больных, повышения эффективности использования постоянных ВСП было решено весь путь эвакуации во внутренний район разделить на три зоны: первая — от ближайшей к фронту железнодорожной станции до головного эвакопункта; вторая — от головного до тылового эвакуационных пунктов; третья — от тылового эвакуационного пункта до распределительного.

В пределах первой зоны должны были курсировать исключительно санитарные летучки, во второй — временные военно-сани-

Таблица 9

Распределение санитарного железнодорожного транспорта второго и третьего типов по фронтам

Фронты	Тип поездов	
	кадрпоезда	санпоезда
Северный	12	34 (4)
Западный	23	68 (7)
Юго-Западный	22	81(8)
Румынский	14	35 (5)
Всего:	71	218 (24)

Примечание. В скобках показаны «заразные» (инфекционные) поезда.

Таблица 10

Фактическая потребность фронтов в санитарном железнодорожном транспорте в период боев и боевого затишья

Фронты	Период боев			Период боевого затишья		
	Летучка	Кадр-поезда	Санпоезда	Летучка	Кадр-поезда	Санпоезда
Северный	6	9 (+3)	31 (+3)	6	30,5 (+18,5)	80 (–46)
Западный	7	13,5 (+9,5)	43 (–25)	7	29,5 (–6,5)	78 (–10)
Юго-Западный	4	32 (–10)	75 (+6)	4	6 (–41,5)	151 (–70)
Румынский	–	20 (–6)	25 (+10)	–	48 (+34)	45 (–10)
Всего:	17	74,5 (–3,5)	174 (+44)	17	171,5 (–100,5)	354 (–136)

Примечания: 1. Подсчеты проведены с учетом продолжительности погрузочно-разгрузочных работ не более 6 ч, дезинфекции поездов — 12 ч, (при общем простое поезда на станции разгрузки не более суток), средней скорости движения 10–15 верст в час, вместимости кадрпоезда 1000 чел., и санпоезда 500 чел., среднесуточном поступлении на каждом железнодорожном направлении до 10 тыс. раненых и больных (при продолжительности боя — операции до 10 суток); 2. В скобках показана разница между потребностью в поездах и их фактическим наличием.

тарные поезда («кадрпоезда») и в третьей — постоянные военно-санитарные поезда («санпоезда»). В крайних случаях допускалось прохождение в третью зону временных ВСП [70].

На этом совещании было уточнено реальное наличие действовавших на фронтах поездов второго и третьего типов (табл. 9),

а также определена фактическая потребность фронтов в поездах всех типов (табл. 10) в период боев и во время боевого затишья.

Таким образом, несмотря на значительное количество раненых и больных, эвакуированных железнодорожным транспортом, перед всеми, кто занимался организацией этих перевозок, встали серьезные проблемы, без решения которых нельзя было повысить эффективность всей лечебно-эвакуационной системы в Русской армии. Однако этот опыт имел большое неоценимое значение для использования железнодорожного транспорта в медицинских целях в период Великой Отечественной войны.

ГЛАВА 6

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО КРАСНОГО КРЕСТА И ДРУГИЕ ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Как известно, толчком к созданию международной организации РОКК, основная цель которой — предотвращать и облегчать страдания людей, послужили впечатления молодого швейцарца А.Дюнана, который оказался в числе нейтральных очевидцев битвы при Сольферино в Италии 24 июня 1859 г. К концу дня на поле сражения осталось около 40 000 мертвых и раненых. Ужаснувшись страданиям людей, на которые никто не обращал внимания, Дюнан организовал группу помощи раненым, состоявшую из добровольцев.

Три года спустя Дюнан опубликовал небольшой памфлет с описанием последствий битвы, где наметил пути помощи людям, оказавшимся в подобной ситуации. Он предложил создать в каждой стране отряды добровольцев для оказания помощи жертвам войны и катастроф мирного времени.

Дюнан считал, что служба помощи больным и раненым должна быть нейтральной, и предлагал сделать первые шаги по ее созданию еще в мирное время. В итоге в 1864 г. (с 8 по 22 августа) в Женеве состоялась конференция с участием официальных представителей 16 европейских стран, где была принята Женевская конвенция 1864 г. об улучшении участи больных и раненых воюющих армий на поле боя.

Эта конвенция, подписанная делегациями 12 стран, предусматривала нейтралитет персонала медицинских служб вооруженных сил и помогающих им гражданских лиц, гуманное отношение к раненым, а также утвердила интернациональную эмблему медицинского персонала. В честь родины Дюнана — Швейцарии — символом был избран красный крест на белом поле (швейцарский флаг, где красный и белый цвета поменяли местами).

Как пишут российские авторы, идеи, аналогичные тем, что легли в основу Красного Креста, возникли в Российском государстве уже очень давно. В работах по истории РОКК авторы уделяют повышенное внимание гуманитарным традициям, особенно в том, что касается помощи жертвам войны.

В этих источниках приводятся такие факты, как помощь русских женщин раненым при осаде крепости Азов в 1641 году, благотворительные акции российского государственного деятеля Ф. М. Ртищева (1625–1673), который стремился организовать помощь раненым не только во время войны, но также и после нее, помогая, например, инвалидам. Во время русско-польской войны 1654 года он силами добровольцев организовал вынос раненых с поля боя и оказания им помощи.

Развитие такой помощи продолжалось в начале XVIII веке при Петре I. Оставляя монастырям земельные угодья, он предписывал им заводить у себя лазареты, содержать отставных солдат, престарелых и увечных воинов.

Можно также упомянуть патриотическую помощь жертвам войны во время вторжения Наполеона в 1812 году и создание Александром I в начале XIX века Комитета помощи раненым. В книге В. М. Корнеева и Л. В. Михайлова «Медицинская служба в Отечественную войну 1812 года» рассказывается, что «для переноски раненых с поля боя на перевязочный пункт («место перевязки») в каждом полку должны были иметь 20 и более нестроевых солдат. «Место перевязки» назначалось «дневными приказами армии» и обозначалось «флагом» или другими какими-нибудь знаками, «чтобы раненые, не блуждая, могли оное сыскать».

Помощь общественности раненым и больным воинам во время Крымской войны (1853–56 гг.) была связана с организацией работы отрядов сестер милосердия в госпиталях. В 1854 году в Петербурге высочайшим указом Николая I было утверждено Общество сестер милосердия «Во имя Воздвиждения Честного Креста» («Крестовоздвиженская община сестер попечения о раненых и больных воинах»), ставшее прообразом РОКК. В 1854–1856 гг. эта община насчитывала 202 человека, почти все они участвовали в Крымской войне, 17 из них погибли.

В этой общине были представительницы всех российских сословий. В одном списке стояли имена вдовы подпоручика Марии Аксеновой и дочери сенатора Екатерины Бакуниной,

баронессы Брудберг и вдовы цехового портного Александры Степановой.

В обучении сестер Крестовоздвиженской общины принял участие Н. И. Пирогов, под руководством которого они позднее работали во время Крымской войны. В одном из своих трудов — «Начала общей военно-полевой хирургии» — Н. И. Пирогов писал, что «неоценимую услугу в лазаретах, на перевязочных пунктах и в транспортах доставляли под Севастополем сестры Крестовоздвиженской общины...». Деятельность сестер милосердия на театре военных действий стала убедительным примером того, какую важную роль может сыграть женский медицинский персонал в деле облегчения участи раненых на войне.

Многие авторы считают великую княгиню Елену Павловну и Н. И. Пирогова предшественниками Анри Дюнана и основателями службы медсестер (претендентом на это звание является также Флоренс Найтингейл, которая в 1854 году возглавила отряд сестер милосердия, работавший в английском госпитале во время Крымской кампании).

Необходимо отметить, что императрица Александра Федоровна ежегодно направляла 4 000 франков золотом Анри Дюнану, «зачинателю великой идеи Красного Креста, благодаря которому она восторжествовала». В своем благодарном письме за полученную им в июне 1896 года материальную поддержку Анри Дюнан писал: «Я не могу не отметить, что сегодня Красный Крест существует во многих странах мира и, что в определенной степени выводы, сделанные мною в книге „Воспоминание о битве при Сольферино“, были подсказаны благородным примером, который во время Крымской войны показала Ее императорское высочество госпожа великая княгиня Елена Павловна».

В России инициатива учреждения Общества Красного Креста принадлежала фрейлине М. С. Сабининой, к которой присоединились баронесса М. П. Фредерикс и лейб-медики Ф. Я. Карелль и П. А. Наранович. 10 мая 1867 года Россия ратифицировала первую Женевскую конвенцию. 15 мая того же года император Александр II утвердил Устав «Общества попечения о раненых и больных воинах», которое в 1879 г. переименовали в Российское Общество Красного Креста (РОКК).

Согласно Уставу Общество имело целью содействовать отечественной военной администрации в уходе за ранеными и

больными воинами во время войны. В мирное время Общество принимало меры к обеспечению потребностей для военного времени, оказывало помощь увечным воинским чинам, помогало пострадавшим от общественных бедствий.

По мнению советских авторов, РОКК целиком находилось под влиянием российской аристократии, приближенной к царской семье, и полностью соответствовало типу традиционных благотворительных обществ, учитывая финансовую зависимость от правительства и российской аристократии. Только они и могли вдохнуть жизнь в эту громадную организацию с месячным бюджетом более 10 миллионов рублей, при том, что имели место колоссальные ненужные расходы, неизбежные потери и разнообразные злоупотребления.

К началу XX в. все общины сестер милосердия находились в ведении РОКК под покровительством овдовевшей императрицы Марии Федоровны и были единственным специфическим родом учебных заведений, занимавшихся в России подготовкой медицинских сестер.

Во главе каждой общины стоял Комитет, занимавшийся управлением, а также внутренним устройством общины и ее учреждений; его задачей было изыскание необходимых для этого средств. Сотрудники Комитета, куда наряду с действительными членами входили благотворители, внесшие единовременно не менее 2000 руб., утверждали свой собственный состав, отчеты общины, денежные сметы, выбирали Ревизионную комиссию, занимавшуюся проверкой общинного делопроизводства, имущества и т. д. [71].

К 1914 году таких общин было 109. Их деятельность регламентировалась Общим Уставом общин Красного Креста, утвержденным в 1903 г. Появление нового, обязательного для всех устава свидетельствовало о стремлении Общества Красного Креста унифицировать общую структуру и систему управления российских общин.

В сестры милосердия принимались девицы и вдовы всех сословий от 18 до 40 лет, здоровые и грамотные. Замужние женщины могли стать сестрами лишь в небольших провинциальных общинах, где не хватало работников, и только с разрешения мужей — в столичных организациях женщины обязывались хранить безбрачие. При поступлении предпочтение оказывалось «наиболее развитым в умственном и нравственном отношениях».

Вновь пришедшие, освидетельствованные врачом и признанные годными к службе, принимались в общину на правах испытуемых. Проверочный срок не должен был быть меньше одного года. В этот период сестра проходила обучение под руководством главного врача и настоятельницы, испытывались и нравственные качества будущей сестры. Практические занятия назначались в больницах, аптеке или лечебных учреждениях, с которыми у общины существовала договоренность.

Общины имели полумонастырский устав и возглавлялись титулованными лицами. За отказ от личной жизни и ненормированный труд, сестры получали в общинах общежитие, питание, полумонашескую одежду и небольшое вознаграждение на «карманные расходы». Плата за работу сестер по вызову частных больных, лечившихся на дому, поступала в кассу общин. По окончании курса подготовки испытуемая подвергалась экзамену и затем утверждалась в новом звании Попечительным советом. Знания и практические навыки, полученные сестрами, создавали им хорошую медицинскую репутацию.

Однако на 1 января 1913 года количество штатных сестер милосердия составляло лишь 2479 [72]. Примерно такое же количество сестер было и в военном ведомстве. Но как показывал опыт русско-японской войны, такого количества сестер было совершенно недостаточно. Поэтому, когда по окончании войны 1904–1905 годов стали подводить итоги и делать выводы, то перед Главным управлением РОКК стала дилемма — или удвоить постоянный состав сестер милосердия, или принять иные меры для того, чтобы избежать спешной подготовки сестер милосердия во время войны. Но первое решение требовало слишком больших средств, поэтому усилия Главного управления направились на достижение тех же результатов иным способом.

В этом отношении было намечено два пути: привлечение монахинь и послушниц к деятельности РОКК и подготовка запасных сестер. Первое явилось результатом соглашения Главного управления РОКК с ведомством православного исповедания и заключалось в обучении монахинь и послушниц уходу за ранеными и больными. Признавая целесообразным участие в этом деле женских монастырей, монахини которых, как показал опыт, являются весьма хорошей заменой сестер милосердия, Главное управление возбудило вопрос о привлечении монахинь православных мона-

стырей к деятельности РОКК не только по уходу за ранеными и больными воинами, но также и в период общественных бедствий.

Сущность же второй меры заключалась в организации общинами курсов для подготовки запасных сестер. Однако реальная подготовка запасных сестер по одногодичной программе началась только в 1911 году в пяти общинах. Этот первый опыт нельзя было назвать удачным — из числа поступивших на курсы 316 человек окончили обучение и сдали экзамены лишь 139 сестер. В следующем 1912 году занятия на годичных курсах были организованы при 38 общинах. Общее число поступивших достигло 1896 человек, а окончивших и получивших звание запасной сестры РОКК — 731.

О составе запасных сестер можно судить по Псковской Алексеевской общине сестер милосердия. В 1912 г. здесь занимались 49 человек: в возрасте — от 16 до 32 лет; по вероисповеданию — 45 православных и 4 лютеранки; по семейному положению — одна вдова, две замужних, 46 девиц; по образованию — 19 человек окончили полный курс женской гимназии, остальные или домашнего образования или же низшего; по сословию — 13 крестьянок, 11 мещанок, 5 дворянок, 4 духовного сословия и 16 других сословий; по занятиям — 26 живут у родных, 13 служат в правительственных и земских учреждениях, 7 учительниц, две портнихи и одна прислуга [73].

В эти же годы Главным управлением РОКК предпринят ряд мер к более целесообразной организации РОКК в военное время. Была образована специальная комиссия для разработки плана мобилизации РОКК на случай войны и подготовки кадра санитаров из нижних чинов с таким расчетом, чтобы в 1917 году иметь 6130 санитаров. Всего по мобилизационному плану РОКК предполагал развернуть 48 госпиталей, 37 этапных и 33 подвижных лазаретов с общим количеством 13000 коек.

Надо отметить, что, кроме подготовки к предстоящей войне, РОКК оказывал широкую помощь гражданскому населению во время голода и эпидемий. В 1905 и 1906 гг., когда неурожай охватил все Поволжье, Кавказ, Закавказье и область Войска Донского, РОКК в местностях, пострадавших от неурожая было открыто 10 262 столовых, 1763 пекарни, 1813 пунктов для раздачи пищевых продуктов пайками, 41 ясли для детей и 110 кухонь. Всеми названными учреждениями отпущено 85 939 316 обедов [74].

В начале 1912 г. помощь РОКК достигла наивысшего напряжения и оказывалась населению 16 губерний и областей, где функционировало 43 отряда. Персонал отрядов состоял из: 44 врачей, 15 студентов-медиков, 281 сестры милосердия, 10 фельдшеров и 27 санитаров. Отрядами было открыто 1150 столовых, 109 пайковых пунктов, 10 больничек и 33 амбулатории. Из питательных пунктов отпускалось ежедневно 199.288 обедов и 21.570 пайков.

19 июля (1 августа) 1914 года Германия объявила войну России, а вслед затем — 3 августа — Франции. В ночь с 4 на 5 августа в войну вступила Великобритания. Так началась первая мировая война. Ее масштабы явились для руководства России полной неожиданностью, и неподготовленность к ним сказалась уже в первые месяцы.

Летом 1914 г. РОКК насчитывал 39 тыс. членов, на местах работало 97 управлений и 465 комитетов, действовало 109 общин сестер милосердия, при них были открыты 84 больницы на 2559 коек, 9 родильных приютов, 10 аптек, 120 амбулаторий. К началу войны в РОКК состояло 1000 врачей и 2500 сестер, в запасе числилось 750 сестер, еще 1000 женщин проходили обучение на курсах при общинах РОКК [75].

Однако все расчеты по подготовке к грядущему мировому конфликту проводились на примерах Русско-японской кампании, но, как писал в 1916 г. известный журналист того времени Борис Фроммет: «В сравнении с войной 1914–1916 гг. Русско-японская война была не более как военная прогулка» [76].

Последствия недальновидности расчетов Военного ведомства по организации медицинской помощи не заставили себя долго ждать. Из-за того, что не была учтена ни очевидная масштабность войны, ни появление новых эффективных средств поражения (пулеметы, огнеметы, танки, отравляющие вещества, разрывные пули), увеличилось количество пострадавших с новыми характерами ранений, что привело к изменению эвакуационной системы.

В журнале заседания Главного Управления РОКК от 14 сентября 1914 г. отмечалась «необычная прежде всего длительность боя, ведущегося непрерывно, в то время как в прежние войны, в том числе и в русско-японскую, бои велись лишь периодами, а остальное время было посвящено маневрированию, укреплению позиций и т.д. Необычайная сила огня, когда, например, после

удачного шрапнельного залпа из 250 человек остается не получившими ранения всего 7 человек» [77].

В июле 1914 г. была объявлена мобилизация учреждений РОКК по плану, выработанному еще в мирное время. В соответствие с ним РОКК следовало отправить на театр войны 118 лечебных полевых учреждений — 48 госпиталей по 200 кроватей, 37 этапных и 33 подвижных лазаретов по 50 кроватей. Штатная численность этих формирований составляла 13 100 человек. Они имели оборудование, позволяющее принять раненых вдвое больше штатного количества кроватей.

Денежные средства, которыми располагало РОКК к моменту начала Первой мировой войны (на 15 июля 1914 года), составляли 10 552 554 руб. 78 коп.Расходы на проведение мобилизации по утвержденному плану были определены приблизительно в 4 500 000 руб. На текущие расходы ГУ РОКК получило ссуду в размере 8 000 000 руб. в Государственном банке [78].

Уже в начале войны стала очевидной явная нехватка намеченных формирований, поэтому Главное управление РОКК, наряду с осуществлением мобилизационного плана, приступило к созданию дополнительно 10 госпиталей, 20 этапных и 20 подвижных лазаретов и 16 передовых отрядов. Общество продолжало формировать полевые учреждения того или иного типа в зависимости от необходимой потребности.

Вместо 48 госпиталей и 70 лазаретов с общим количеством 13000 коек по мобилизационному плану уже в сентябре 1914 г. РОКК пришлось развернуть 69 госпиталей и 108 лазаретов на 35 000 коек. Но и этого было мало. Достаточно сказать, что уже через 2 года коечный фонд РОКК достиг 300 000 госпитальных коек. На помощь РОКК пришло правительство, обеспечившее систематические и крупные финансовые субсидии, а также купечество со значительными пожертвованиями. Кроме того, стали организовываться всякого рода именные санитарные поезда, госпитали, перевязочные отряды и даже койки, содержавшиеся за счет личных средств организаторов.

В начале войны председателем ГУ РОКК был гофмейстер императорского двора А. А. Ильин, а его товарищами генерал-от-кавалерии, барон Ф. Е. Мейндорф и тайный советник Д. Р. Вилькен. Среди членов ГУ были известные врачи лейб-медики Е. С. Боткин, А. Ю. Зуев и Л. Н. Малиновский, московский пред-

водитель дворянства А. Д. Самарин, протопресвитер военного и морского духовенства Г. И. Шавельский и другие представители высшей военной и придворной аристократии.

В июле 1914 г. был назначен руководящий состав для фронтовых учреждений. Руководство деятельностью РОКК на театре военных действий имело следующую структуру: главноуполномоченный и его управление организовывали всю деятельность РОКК в районе фронта, в каждой армии фронта работал особоуполномоченный РОКК со своей канцелярией, а в каждом корпусе или отдельной части находился уполномоченный, управлявший учреждениями РОКК [75]. Правда, стройность системы управления как всегда нарушали исполнители. Н. Н. Бурденко писал в 1915 году о представителях РОКК Северо-Западного фронта: «Здесь так много уполномоченных, что совершенно не видишь не уполномоченных. Причем все живут как у себя на даче — много пьют, ночью кричат во всеуслышание, скачут по неизвестным дорогам, падают, отсыпаются — снова орут. Награждают своих друзей-бурбонов лучшими лошадьми из косяка Красного Креста».

1 сентября 1914 г. ГУ РОКК сообщило, что с начала мобилизации сформировано и отправлено на театр военных действий 45 госпиталей, 35 этапных и 33 подвижных лазарета. Кроме того, были развернуты 3 морских госпиталя в Риге, Ревеле и Севастополе. Спустя месяц после начала войны на театре военных действий на службе РОКК находилось 476 врачей, 1196 сестер милосердия и 4398 санитаров. К 9 сентября 1914 г. довоенный мобилизационный план был полностью выполнен, однако было отмечено, что «ввиду громадного наплыва раненых» большинство лечебных заведений РОКК постоянно функционируют с гораздо большим, чем положено по штату, числом коек.

Поэтому в сентябре 1914 г. РОКК приступил к формированию новых учреждений. Деятельность РОКК получила громадную поддержку по всей стране. В течение июля-сентября 1914г. открылись местные управления и комитеты РОКК в 83 городах Российской империи. В первый период войны помимо разовых пожертвований, на средства частных лиц, а также различных организаций и учреждений, стали повсеместно открываться лечебные заведения, в первую очередь, лазареты. Только в течение июля-августа 1914 г. под флаг РОКК был принято 40 частных лазаретов, из которых 22 находились в Москве [79].

Тяжесть войны потребовала от руководства РОКК не только расширения мобилизационного плана, но и поиска новых форм оказания помощи больным и раненым. Уже в 1914 г. началось формирование совершенно новых для РОКК учреждений: автомобильных отрядов для перевозки раненых и специальных рентгеновских, дезинфекционных, эпидемических и летучих хирургических отрядов, зубоврачебных кабинетов при госпиталях и питательных пунктов. Также были предприняты меры для оказания специальной помощи душевнобольным военнослужащим. К 1 октября 1914 г. на фронтах действовало 55 специальных отрядов, формирование которых не предусматривалось мобилизационным планом.

Однако учреждения РОКК, прибывшие на фронт встретили серьезные затруднения, вызванные как объективными причинами, так и недостаточной продуманностью их использования. В первую очередь это коснулось госпиталей, как самых больших по количеству оборудования и персонала учреждений, которые не обладали большой мобильностью. Самые большие проблемы возникли с их размещением. Другой причиной неэффективной работы госпиталей на театре военных действий являлся катастрофический недостаток транспортных средств.

В начале войны предполагалось, что вся эвакуация раненых и больных будет проводиться исключительно ВСП. Положение о полевом управлении войск и временные правила об эвакуации от 5 августа 1914 г. не предоставляли РОКК распорядительных функций в отношении эвакуации. Однако в самом начале военных действий, когда дело эвакуации не было налажено, поезда РОКК в случае необходимости использовались для вывоза раненых с передовых позиций. Всего было сформировано 11 санитарных поездов.

Каждый поезд обслуживали старший врач, младший врач, студент — помощник врача, 10 сестер милосердия, 50 санитаров и 3 слесаря. За один рейс санитарный поезд мог перевезти около 400 раненых. По состоянию на 1 ноября 1915 г. санитарными поездами было перевезено 215 682 раненых и больных, в т. ч. 4953 острозаразных (3337 брюшнотифозных, 756 холерных, 67 сыпнотифозных и 783 больных дизентерией). Из них в пути умерли 292 человека [80].

Что касается борьбы с заразными болезнями, то в первоначальный мобилизационный План организация противоэпиде-

мической службы не входила, поскольку задачей РОКК было оказание помощи раненым и больным незаразными формами заболеваний. Однако вскоре после начала военных действий РОКК стало оказывать посильную помощь военному ведомству в борьбе с заразными заболеваниями. Для этого РОКК учредило железнодорожные и гужевые дезинфекционные отряды, эпидемические отряды, лазареты.

Изоляция заразных больных и оказание им помощи входили в задачи эпидемических отрядов, которые располагались по линиям эвакуации раненых и больных. Железнодорожные дезинфекционные отряды обслуживали эвакуационные пункты, этапы, казармы, лечебные заведения в пределах железных дорог. Они были снабжены дезинфекционными камерами и бактериологическими лабораториями. Гужевые дезинфекционные отряды действовали на территориях, близких к позициям, и имели камеры и аппараты «Гелиос» для дезинфекции и дезинсекции. Несмотря на относительную малочисленность, эти формирования РОКК имели большое значение в деле борьбы с заразными болезнями, такими как дизентерия, тиф и холера [80].

Уже в 1914 г. в Юго-Западном районе были сформированы 8 дезинфекционных и санитарно-эпидемических отрядов в поездах, имевшие специально оборудованные лаборатории. На 1 января 1916 г. на фронтах имелось 11 бактериологических лабораторий, 53 дезинфекционных и 36 эпидемических отрядов, 23 дезинфекционные камеры на автомобилях и подводах.

Начало военных действий показало, что в районе боевых действий наиболее востребована помощь, оказываемая передовыми отрядами и состоящими при них транспортными колоннами. Передовые отряды следовали в составе войск и состояли из перевязочного пункта, команды носильщиков и санитарного транспорта. Перевязочные пункты устраивались в подходящих строениях или палатках и обозначались национальным флагом и флагом РОКК. Штат передового отряда РОКК насчитывал 199 человек, обоз отряда включал 52 повозки и 4 вьюка, 77 лошадей. Передовые хирургические отряды состояли из перевязочного пункта, питательного пункта и санитарного транспорта [80].

В начале войны РОКК страдал общей для Российской империи того времени болезнью — неразберихой в системе управления. В РОКК эта неразбериха усугублялось еще и большим числом

представителей императорской фамилии, пожелавших принять участие в его деятельности, которую они не могли оценить адекватно. Вдовствующая императрица Мария Федоровна оптимистично отмечала, что «гроза военных событий застала РОКК вполне подготовленным к многотрудному делу помощи больным и раненым воинам». По ее инициативе в Зимнем дворце в 1915 г. был открыт крупнейший лазарет имени наследника цесаревича Алексея Николаевича. Под него был отдан целый ряд помещений — Аванзал, Николаевский, Большой Фельдмаршальский, Петровский, Гербовый, Пикетный и Александровский залы.

Лазарет, рассчитанный на тысячу раненых и больных воинов, обслуживали сто восемьдесят санитаров, шестьдесят сестер милосердия и десять квалифицированных врачей. Работы по переоборудованию царских зал под лазарет проводились за счет дворцового ведомства. РОКК взяло на себя расходы, связанные с поставкой мебели, белья и медикаментов. Все картины и ценности, находившиеся в залах в мирное время, продолжали оставаться на своих местах. Скульптуры и наиболее ценные полотна прикрыли деревянными щитами и покрывалами [71]. Это был первый и последний пример в истории России XX века, когда для лечения раненых в боях защитников отечества верховная власть предоставила свои апартаменты.

Кроме лазарета в Зимнем дворце царская семья оборудовала госпиталь в Царском Селе. Общая вместимость лазарета составила 30 офицеров и 200 солдат. Императорская чета лично контролировала подготовку госпиталя, который оборудовали в соответствии с передовыми достижениями медицины. Вместе со старшими великими княжнами Ольгой и Татьяной, и со своей подругой Анной Александровной Вырубовой, Александра Федоровна прошла курс сестер милосердия военного времени, который им преподавала главный врач Царскосельского Дворцового госпиталя (госпиталь дворцового ведомства) княжна Вера Игнатьевна Гедройц. Для них она написала учебное пособие «Беседы о хирургии для сестёр и врачей», где обобщила свой опыт, полученный во время Русско-японской войны.

За участие в оказании помощи раненым в Русско-японской войне В. И. Гедройц была награждена золотой медалью «За усердие» на Анненской ленте и серебряной — «За храбрость» на Георгиевской ленте, а также знаками отличия РОКК всех трех степеней.

В дальнейшем, императрица Александра Фёдоровна вместе с дочерями, как рядовые сёстры милосердия, ухаживали за больными, подавали стерилизованные инструменты, вату и бинты, уносили ампутированные ноги и руки, перевязывали гангренозные раны, не гнушаясь ничем и стойко вынося ужасные картины военного госпиталя во время войны. Они научилась и быстро менять застилку постели, не беспокоя больных, и делать перевязки посложнее.

«Сегодня утром мы присутствовали (я, по обыкновению, помогаю подавать инструменты, Ольга продевала нитки в иголки) при нашей первой большой ампутации (рука была отнята у самого плеча). Затем мы все занимались перевязками (в нашем маленьком лазарете), а позже очень сложные перевязки в большом лазарете. Мне пришлось перевязывать несчастных с ужасными ранами... они едва ли останутся мужчинами в будущем, так все пронизано пулями, быть может, придется все отрезать, так все почернело, но я надеюсь спасти, — страшно смотреть, — я все промыла, почистила, помазала иодином, покрыла вазелином, подвязала, — все это вышло вполне удачно, — мне приятнее делать подобные вещи самой под руководством врача. Я сделала 3 подобных перевязки, — у одного была вставлена туда трубочка. Сердце кровью за них обливается, — не стану описывать других подробностей, так это грустно, но, будучи женой и матерью, я особенно сочувствую им» (из письма Императрицы Николаю II. Царское Село. 20 ноября 1914 г.).

В. И. Гедройц писала в те дни в дневнике: «20.VIII.<1914>. Эти дни точно в аду. Работы всегда было много, а теперь, когда в короткий срок нужно открыть большое количество госпиталей, хотелось бы, чтобы день был вдвое. У меня ежедневно не менее пяти полостных операций в Дворцовом госпитале, где я состою исполняющей обязанности главного врача. Госпиталь этот только, что называется, хранит это название, а собственно говоря, просто городской госпиталь с отделениями хирургическим и акушерско-гинекологическим, которое веду я, и терапевтическим и заразным бараками, которые только наблюдаю, а ведут их ординаторы Деревенько, Арбузов и Будназ.

Так как это единственная лечебница Царского Села, то она вечно переполнена, а считая, что нижний подвальный этаж занят призреваемыми, несчастными стариками и старухами, то попро-

сту нужно сказать, что народу в нем набито, как сельдей в бочке, и вести дело при таком ограниченном количестве рук трудно.

Коллегия постановила для нужд военного времени занять хирургическое отделение госпиталя, устроив в нем солдатское отделение, новый же барак в саду приспособить для офицерского госпиталя.

Открыть его предполагалось в сентябре, и за такое короткое время если и удалось выполнить это задание, то только благодаря тому состоянию внутреннего подъема, который охватил, казалось, все слои населения. И в самом деле, какие-то незнакомые купцы с жирными животами приходили и привозили мед для раненых, жертвовали муку, папиросы, конфеты, белье; раненых еще не было, но пожертвования сыпались точно из рога изобилия».

В начале 1915 года вдовствующая императрица Мария Федоровна со своей младшей дочерью, великой княгиней Ольгой Александровной, переехала в Киев, где приступила к созданию сети городских госпитальных учреждений. Великая княгиня Ольга Александровна стала работать в одном из киевских госпиталей сестрой милосердия. За свой самоотверженный труд она была удостоена двух Георгиевских медалей.

Наиболее эффективными учреждениями РОКК с момента его создания были общины и школы сестер милосердия. «Правила о сестрах Красного Креста и сестрах милосердия, назначаемых для ухода за больными и ранеными воинами», утвержденные министром внутренних дел, регламентировали не только подготовку лиц женского пола к обязанностям сестер РОКК, но и определяли права и обязанности таких сестер. Общины РОКК активно формировали и отправляли на фронт свои лечебные учреждения. Так, Александровская община сестер милосердия в 1914 г. сформировала на театре военных действий 7 лечебных заведений, в 1915 г. еще один этапный лазарет был отправлен на Кавказский фронт. Община сестер милосердия имени М.П. Фон-Кауфмана и школа сиделок РОКК в 1914 г. сформировали и отправили на театр военных действий 6 больших госпиталей и 5 лазаретов.

К 1915 г. в России существовало 115 общин, находившихся в ведении РОКК; кроме того, сестры состояли при трех местных управлениях и двух Комитетах РОКК, Евангелическом госпитале и четырех иностранных больницах Петрограда. Самой крупной

организацией, насчитывавшей 1 603 человека, являлась община Св. Георгия в Петрограде.

В 1916 г. по официальным спискам на фронт было отправлено 17 436 сестер, которые обслуживали более 2 тыс. полевых и тыловых учреждений РОКК: 71 госпиталь, рассчитанный на 44 600 человек, этапные и подвижные лазареты, 11 санитарных поездов, передовые отряды, санитарные транспорты, питательные и перевязочные пункты, дезинфекционные камеры, рентгеновские и летучие хирургические отряды, два плавучих госпиталя на Черном море, три бактериологические лаборатории, шесть полевых складов. Средствами передвижения для нестационарных учреждений служили около 10 тыс. лошадей и 800 автомобилей.

К 1 января 1916 года совокупный приход финансовых средств РОКК с начала военных действий составил 88 093 920 руб. 06 коп. В эту сумму вошли пожертвования населения (10 921 708 руб. 43 коп.), несколько ссуд под залог государственных процентных бумаг (13 449 282 руб. 55 коп.), субсидии Государственного казначейства (44 545 699 руб.), а также доходы от подепешного почтового (4 461 136 руб. 35 коп.) и железнодорожного (1 346 083 руб. 73 коп.) сборов. Расходы РОКК составили за тот же период 87 342 499 руб. 61 коп.

Однако масштабы войны сокрушали все план и расчеты, а санитарный беспорядок, царивший тогда на фронте, в значительной степени зависел от того, что единой, стройной, организационно выдержанной системы медицинского обеспечения армии не было. Характерно, что верховный начальник санитарной и эвакуационной части в ставке главного командования принц А. П. Ольденбургский в докладе императору Николаю II признал, что «вся эта система от высших военно-санитарных организаций до малых лазаретов показала свою полную несостоятельность».

Деятельность принца А. П. Ольденбургского требует особого внимания. Не являясь врачом, принц А. П. Ольденбургский при решении всех принципиальных вопросов в области военного и гражданского здравоохранения постоянно опирался на своих консультантов, среди которых были лейб-хирург профессор Н. А. Вельяминов и другие влиятельные деятели российской медицины. По свидетельству Н. А. Вельяминова, принц всегда чрезвычайно быстро реагировал на его советы по различным во-

просам медицинского обеспечения войск, от чего, как он говорил, «дело только выигрывало».

Вот как оценивал деятельность А. П. Ольденбургского другой свидетель событий — участник Русско-японской и Первой мировой войн военно-полевой хирург профессор С. Р. Миротворцев: «Очень подвижный, он регулярно объезжает фронт... В эти объезды он брал с собой в вагон крупнейших специалистов — хирургов, терапевтов, инфекционистов, эпидемиологов, гигиенистов... Я помню эти объезды на нашем Западном фронте. Как только проходил слух, что принц Ольденбургский приезжает, немедленно начиналась подготовка во всех госпиталях: чистили дворы, вычищали погреба и сараи, белили палаты, красили кровати...

Неоднократно я сопровождал его при этих смотрах и должен сказать, что он был беспощаден при нарушении санитарно-гигиенических правил в госпитале, он был грозой интендантства. Конечно, питание раненых при нем улучшилось, сменялось раненым белье и т. д. Во время войны он очень подтянул санитарную часть».

Много внимания уделял принц Ольденбургский развертыванию коечной сети, способной обеспечить прием большего количества раненых и больных. По его приказу в канцелярию ежедневно поступали доклады о наличии свободных мест в лечебных заведениях страны. Для оптимизации приема и распределения раненых и больных РОКК, А. П. Ольденбургский назначил губернаторов своими представителями на местах, разослав им соответствующую инструкцию, в которой указывалось: «Главная ваша обязанность заключается в полной и всесторонней поддержке всех действующих и частных организаций в деле помощи раненым и больным воинам».

В то же самое время член Государственной думы А. И. Шингарев на заседании бюджетной комиссии 10 декабря 1915 года назвал управленческие решения, принимавшиеся самим принцем, безответственными. Тогда же он сказал: «Положение военно-санитарного управления в эту войну оказалось чрезвычайно печальным. Количество транспортов для перевозки раненых было совершенно недостаточным; оказалось, что штатного количества транспортных средств ко времени войны не имелось в целом ряде корпусов; оказалось, что организация медицинской помощи во многих случаях недостаточна и совершенно не приспособлена к условиям хода военных действий...Развозка раненых была неправильна, поезда

шли, например, не по заранее намеченным направлениям, их не встречали на пути питательные пункты, и на местах остановок не приспособлено было кормление.

Первое время можно было в ужас прийти от такой картины, которая оказалась. В Москву приходили поезда с некормлеными несколько суток, голодными людьми, с ранами не перевязанными, а если перевязанными — однажды, в течение нескольких дней не перевязанными вновь. Иногда даже с таким количеством личинок мух, червей, что трудно было даже медицинскому персоналу выносить такие ужасы, которые обнаруживались при осмотре больных» [81].

Другим препятствием к оптимизации деятельности РОКК стало отсутствие в первые месяцы войны координации действий с Военно-санитарным управлением, и даже определенная ревность со стороны последнего. Председатель IV Государственной думы М. В. Родзянко, жена которого была попечительницей Елизаветинской общины РОКК, отмечал: «Между военным ведомством и ведомством Красного Креста существует некое соревнование. Каждое ведомство действовало самостоятельно, и не было согласованности».

Профессор В. А. Оппель, давая оценку работы военных и общественных лечебных учреждений во время первой мировой войны, пишет, что «военные подвижные госпитали в мировую войну в своем большинстве бездействовали: 1) потому что ими неправильно маневрировали, 2) потому что во многих из них не было хирургов. Лазареты частных организаций кипели работой, и именно хирургической работой; военные госпитали передвигались, свертывались и развертывались, и искали для раненых «лучших условий». Я не говорю об исключениях, которые встречались, а говорю об общем правиле» [82].

Не лучше обстояло дело и с обеспечением медицинских учреждений сестрами милосердия. Даже в ходе войны РОКК не удалось решить эту задачу. Обладая монополией на подготовку сестер милосердия и пытаясь оказать влияние на происходящее, Главное управление РОКК установило следующие разряды сестер милосердия:

– «сестры милосердия РОКК» — лица, получившие это звание общеустановленным в нормальном уставе или установленным в уставе данной общины порядком;

– «запасные сестры милосердия РОКК» — лица, бывшие «сестрами милосердия РОКК» и при оставлении службы, зачисленные в запас общины;

– «запасные сестры РОКК» — лица, удостоенные этого звания по окончании одногодичных (9 мес.) курсов и зачисленные в запас общины,

– «сестры милосердия военного времени» — лица, удостоенные этого звания по окончании краткосрочных двухмесячных курсов.

Однако реальная качественная характеристика подготовленности сестер милосердия оказалась малоутешительной. По сведениям помощника заведующего медицинской частью северного района профессора В.Н. Шевкуненко из 5503 сестер милосердия, работавших в 1914 году в 600 лазаретах для больных и раненых воинов в Петрограде, 2692 сестры работали в лазаретах РОКК, 1912 — в городских лазаретах, 694 — в госпиталях военного ведомства и 205 — в лазаретах земского союза. Из всего этого количества 560 сестер (10%) окончили двухгодичные курсы и являлись рядовыми краснокрестными сестрами; 1015 — окончили полутора или двухмесячные курсы и были зачислены в общины РОКК; 1839 сестер хотя и окончили курсы, но к общинам приписаны не были, и, наконец, 2089 сестер (или 38%) являлись «сестрами добровольцами, никаких курсов не проходившими.

Все эти сестры работали выше всяких одобрений, причем в некоторых лазаретах одна сестра обслуживала 80 кроватей, в других — 50 кроватей. Но, наряду с этим, существовали лазареты на 10 кроватей, обслуживаемые 29 сестрами; 17-кроватные — 54 сестрами и 20-кроватные — 7 сестрами милосердия; в среднем же можно считать, что на одну сестру приходилось 7 раненых».

Таким образом, 90% сестер милосердия либо обучались медицине 6–8 недель, либо вообще нигде не обучались. В этой ситуации следует считать вполне оправданным обращение к христианскому милосердию как к основе взаимоотношений сестры и раненого или больного.

Священник Сергий Махаев — законоучитель сестер Московской Иверской Общины писал: «В русской духовной литературе нет трудов, отвечающих непосредственно означенной цели, так как организованная женская благотворительность была еще сравнительно новым делом, а главное — оно обязано своим возникновением и дальнейшим ростом не пастырям, а светским

лицам, которые очень часто даже несочувственно встречали всякие попытки духовенства внести свет христианского понимания в дело милосердия и устроить жизнь учреждений милосердия на церковных началах. Думали, что можно строить здание христианской любви на зыбком основании мирской благотворительности, забывая, что это значит желать действия без причины, так как добродетель христианского самоотвержения есть проявление христианского духа и нельзя требовать совершения этой добродетели от людей, не имеющих этого духа...

Далеко от сердца русского народа тип такой благовоспитанной сестры, внешнее благоприличие которой не есть плод внутреннего благородства верующего сердца. Да кроме того, ведь и самое служение сестры, взятое во всем его величии и красоте, становится понятным только исключительно в крестном подвиге Спасителя, с естественной же точки зрения оно является непостижимым «безумием». Во всяком случае, милосердие, покоящееся только на естественных чувствах сострадания и долга, не имеет того богатства содержания, внутренней силы и устойчивости, какие присущи только христианскому милосердию» [80].

Особой значимостью веры проникнуты речи священнослужителей, провожавших сестер милосердия на войну. Священнослужитель Свято-Петровской общины сестер милосердия Олонецкой губернии (г. Петрозаводск) Владимир Крючков говорил: «Чада мои духовные! Возлюбленные во Христе сестры! Сердца ваши трепещут пред торжественностью переживаемых вами мгновений. Думаю, и в них входят тревожные помышления: перенесем ли мы труды и скорби, какие ожидают нас? Оправдаем ли надежды, какие возлагает на нас святая Церковь и Отечество?

Действительно предлежащее вам поприще и многотрудно и многоскорбно. Вам придется жить почти постоянно в храме смерти и страданий, страданий нередко ужасных, потрясающих; придется, быть может, каждодневно, каждочасно слышать стоны, душу надрывающие; видеть слезы, камнем ложащиеся на сердце; подмечать предсмертную тоску и последнюю борьбу жизни со смертью; придется видеть калечество во всевозможных его видах, дни и ночи просиживать у постели тяжелораненых больных. О, сколько тут придется переиспытать душевных мук и физических томлений! Но да не смущается сердце ваше; веруйте в Бога и в Его Единородного Сына Иисуса Христа. Вас ли покинет Господь в трудные

минуту вашего подвига? Ведь из любви к Нему вы взяли на себя Крест Его служения страждущим, из любви же к Нему и теперь вы направляетесь туда, где не виден и не слышен мир с его соблазнами, а где витает смерть, где слышатся стоны страждущих и где больше всего нужна помощь самоотверженной христианской любви и услуга христианской преданной руки.

Поэтому, когда будут изнемогать ваше телесные силы от множества или тяжести трудов, когда станет возмущаться ваше сердце от зрения ужасов смерти и страданий вверенных вашему уходу и попечению, когда почувствуете в вашем сердце недостаток чистой любви к Богу и ближнему, с дерзновением возведите тогда слезящиеся очи ваше горе к небесам и оттуда не замедлит прийти к вам на помощь от Того, Кому вы отдали свое сердце и жизнь, и ради Которого всецело посвящаете и настоящий ваш подвиг. И так, молитвою церковною напутствуем ныне:

С глубокой верой во Христа стремись, сестра,
Стремись туда, где помощь страждущим
особенно нужна!
Забудь себя, оставь заботы,
эгоистичные материальные расчеты.
Ни повода не дай, ни тени для упрека!
Будь бережливее, сестра,
к ресурсам Красного Креста!
Трудись, не леностно работай для Христа,
в лице страдающего брата,
Великого страдальца за Отчизну за Батюшку —
Державного Царя.
Тебе за твой великий труд велика и награда!
Не здесь — где суета сует и всяческая суета,
Но там, на небе, от Христа ты удостоишься
нетленного венца!».

В этой связи следует отметить особый отряд «Сестер-утешительниц», организованный при киевском отделе Всероссийского трудового союза христиан трезвенников. Главноуполномоченный РОКК предложил допустить сестер-утешительниц в больницы и лазареты армии Юго-западного фронта, при условии предъявления ими особого свидетельства, с фотографической карточкой,

и разрешения старшего врача избранного ими лазарета, где они могут осуществить свои главные задачи.

Цель, преследуемая сестрами — утешительницами, состояла, во-первых, в беседах с ранеными на религиозно-нравственные темы; в раздаче раненым образков с изображением святого, знакомстве раненых с жизнью и подвигами великих и славных героев отечественной истории, имена которых должны быть известны каждому русскому человеку, а также с истинным положением, по мере возможности, ходе военных событий; во-вторых, сестры-утешительницы заведовали небольшими библиотеками, каталог которых отвечал главной идее. Эмблема отряда «Сестер-утешительниц» состояла в изображении креста, якоря и сердца, служащих символами «Веры, Надежды и Любви».

Газета «Северо-Западный Голос» (г. Вильно) писала: «Какое широкое поприще открывается всем тем, кто хотел бы так или иначе облегчить воинам бедствия войны, страдания и ужасы! Война создала самоотверженнейший прекраснейший тип сестры милосердия. Русская жизнь, поистине, может гордиться этим светлым образом. Начиная с севастопольской кампании, во все войны русская сестра милосердия, по справедливости, была тем ангелом-хранителем, которого небо посылало страданию для его ослабления, для его утешения.

Сестра милосердия именно — сестра всех раненых и больных. Она как женщина, сразу вносит известного рода мягкий тон в обращение. Больные между собой становятся лучше, когда-то тут, то там мелькает образ сестры, заботящейся о братцах-солдатах. В палате светлее и лучше, когда приходит сестрица и, точно любящая мать склоняется к больному и спрашивает его ласковым голосом о состоянии здоровья.

Сестра милосердия — это именно сестра, друг и мать больного. Сестре умирающий диктует последнее письмо, и ей же передает все свои, хотя бы и маленькие, предсмертные распоряжения. Сестрице солдатик и офицер доверяют свои деньги, свои тайны, свои секреты. Сестрица пишет больным письма, и больные жалуются о своих болях и печали сестрице. Сестрица становится участницей личной жизни военного и, точно духовник, знает решительно все, что делается у него на душе и дома.

Сестра провожает умирающего в последнюю минуту и в то же время принимает участие в радостях выздоровления. Сестра,

точно гений, распростирает свои крылья над больными и служит для них единственным утешением.

Сестры, которые отправятся теперь туда, в туманную даль, с кровавым горизонтом, эти сестры достойны самого величайшего и самого глубочайшего уважения. И если вы встретите сестер с нашивкой на рукаве, знаменующей собой крестные страдания, — остановитесь и глубоко поклонитесь этой самоотверженной Любви в прекрасном образе сестры милосердия» [83].

В обстановке патриотического подъема и активной антигерманской пропаганды желающих стать сестрой милосердия было вполне достаточно. Вот что писал корреспондент «Нового времени» из Петрограда: «Случайно, по делу, пришлось мне заехать в Кауфманскую общину. Еще задолго не доезжая до ворот общины, мне навстречу потянулась вереница жаждущих записаться на объявленный курс сестер милосердия; им навстречу тянулась к общине такая же; одни записались, другие ждут записаться. Много, даже большинство, совсем молодых, среди них много балованных, холеных в богатых семьях; но грянул час и сумели забыть себя! Какие бодрые лица, какая жажда приобщиться к общему делу горит в их глазах! Сегодня, говорят, записалось больше тысячи. У главного подъезда общины вереница извозчиков. Уезжает отряд. Одна за другой усаживаются сестры, с небольшим саквояжем в руках, уезжают так просто, точно отдохнуть на дачу.

В швейцарской мне пришлось задержаться среди толпы отъезжающих и провожающих. Ни слез, ни волнения. Радостно, бодро, весело даже смотрят молодые, свежие лица, бодро глядят и те, что постарше, среди которых, судя по знакам отличия на груди, есть и «бывшие». Остающиеся обнимают, целуют «счастливых» отъезжающих и со вздохом сожаления и нетерпения говорят: «Хоть бы и нам поскорей». Среди отъезжающих то и дело слышится возглас: «Постараемся!» Знакомый возглас! От такого же горячего «постараемся» дрогнуло сердце у меня там, в глухой деревне, во время молебна за отъезжающих запасных. В ответ на напутственное слово священника, горячо и громко прозвучало оно в кружке отъезжающих. Честь и слава идущим бороться за Русскую землю, честь и слава женщинам, так бодро идущим бороться за жизнь этих воинов, и да хранит Бог этих смелых передовых борцов» [84].

По поводу работы сестер милосердия в ходе войны все говорили только с восторгом. Все без исключения отмечали, что сестры

милосердия без устали работали днем и ночью, и никто ни разу не выказал тени усталости.

Деятельность сестер милосердия высоко оценивалась военным командованием. Вот приказ главнокомандующего армиями Западного фронта генерал-адъютанта А. Е. Эверта: «Из докладов лиц, командированных мною для проверки порядка призрения и эвакуации раненых, усматриваю, что в течение последних боев чины всех учреждений военно-санитарного ведомства, РОКК, всероссийских союзов земского и городов, польского комитета санитарной помощи проявили огромную энергию в деле эвакуации, призрении и питания раненых, медицинской помощи им, а также снабжения всех санитарных учреждений необходимым инвентарем, медицинскими, перевязочными и продовольственными средствами.

Работу всех этих учреждений и особенно госпиталей, лазаретов, передовых отрядов, транспортов и питательных пунктов признаю выше всякой похвалы, за что от лица службы приношу всем чинам упомянутых учреждений мою сердечную признательность».

Положительные отзывы о работе сестер милосердия находим не только в официальных отчетах и приказах. Периодическая печать также старается держать обывателя в курсе событий. Корреспондент, побывавший на Северо-Западном фронте и в Варшаве, пишет о сестрах так:

«До последнего времени все они работали в госпиталях Варшавы, а когда понадобилось, уехали из города и стали жить в дыму орудий. Без сна и отдыха, забывая о себе, обо всем в мире, кроме несчастных раненых, которых во что бы то ни стало надо подобрать и доставить в госпиталь, эти и другие сестры уходили с поля сражения только тогда, когда силы их окончательно покидали.

Мне выпало на долю счастье выезжать дважды с летучим отрядом, и я видел, с какой самоотверженностью и христианским смирением и геройством шли наши сестры под огонь. Глаза их горели, и маленькие на необъятном поле брани, они вырастали в глазах солдат и офицеров в один великий образ русской женщины. Имена их запишутся на одних досках с именами наших героев». Именно в годы первой мировой войны оказание медицинской помощи раненым под огнем противника и вынос раненых с поля боя стали приравниваться в России к геройским поступкам и награждаться.

Полным кавалером Георгиевских наград стала сестра милосердия Генриетта Викторовна Сорокина, спасшая знамя 6-го Либавского полка. Во время боя под Сольдау, при работе на перевязочном пункте, Генриетта была легко ранена в ногу. Знаменщик Либавского полка, тяжело раненный в живот, сорвал с древка знамя, свернул его и тихо сказал: «Сестра, спаси знамя!» и с этими словами умер на ее руках. Вскоре сестра милосердия была вновь ранена, её подобрали немецкие санитары и положили в госпиталь, где ей вынули пулю из ступни и признали подлежащей эвакуации в Россию, куда она и вернулась, сохранив знамя. Государь наградил сестру Сорокину Георгиевскими медалями I и II степени. После описанных событий сестра милосердия вновь отправилась на фронт и ревностным трудом заслужила остальные награды.

Прекрасный пример героизма явила собой баронесса Евгения Петровна Толль, кавалер Георгиевского креста IV степени, трижды раненная в бою и представленная за свои ратные подвиги к Георгиевским крестам III и II степени! В армии баронесса была более известна под именем Коркиной Е. П. Ее мужа, чью фамилию она носила, убили под Люблиным в первые же дни войны. В звании ротного фельдшера баронесса находилась в армии генерала Самсонова.

Вот как сама героиня описывает пережитое: «Я водила роту в атаку, и рота взяла неприятельский окоп. Батальонный командир был ранен, ротный тоже, а прапорщик контужен. Я здесь же под огнем перевязывала солдат. Вдруг рота начала отступать, и я, забыв про все, своим командованием остановила роту. С криком «Ура!» бросилась вперед, вся рота кинулась за мной и взяла окоп. Когда же наша рота вступила в рукопашный бой, я вновь пошла перевязывать раненых, а роту сдала подоспевшему в это время вновь назначенному ротному командиру».

Георгиевский крест III степени Толль Е. П. заслужила за спасение раненого батальонного командира, которого вытащила с линии огня, обвязав веревкой. Поднять его было очень трудно, и баронесса буквально впряглась, перекинув концы веревки через плечо, и тянула командира по траве, упираясь ногами в землю, пока не дотащила до безопасной зоны. Дождавшись сумерек, пришедшего в сознание офицера баронесса осторожно спустила в овраг, оставила его там, а сама вызвала санитаров, которые и донесли командира до своих.

Римма Михайловна Иванова служила в 105-м пехотном Оренбургском полку, который в составе 3-го армейского корпуса принимал участие в сражениях на Северо-Западном фронте. Во время нашей атаки 10-я рота потеряла убитыми командира роты и младшего офицера. Сестра Иванова, увидев роту без офицеров, выхватила саблю и бросилась с ней в атаку. Собрав роту около себя, и захватила одну из линий окопов противника, где, будучи тяжело ранена, она скончалась на передовой линии славной смертью храбрых. Николай II за беспримерный подвиг наградил посмертно сестру милосердия Иванову Р.М. орденом Святого Великомученика и Победоносца Георгия IV степени.

Создавались и поэтические образы сестер милосердия. Один из них принадлежит старшему унтер-офицеру Николаю Морскому.

Сестра милосердия

Вот она в чистенькой белой косынке,
В платьице сером простом.
С личиком честным, почти без кровинки.
В фартучке с Красным Крестом!
Тут перевязку наложит умело,
Рану промоет в крови,
Всею душой отдалась она делу,
Делу великой Любви!
Ночью и днями не знает покоя,
Сил не жалеет, трудов,
Любит она и солдата-героя,
Любит она и врагов!
Вот на носилках солдат умирает,
Тихо склонилась к нему,
Ласково смотрит в лицо, утешает:
— Что ты, родной... не пойму?
Шепчет больной ей опять еле внятно:
— Тяжко зашибло меня,
нет не вернуся, умру вероятно...
дома же жинка, семья...
ты напиши уж, родная, письмишко!
Адрес ей в руки сует,
Там у меня подрастает сынишка,
Он по складам разберет!

Адрес взяла и спешит уже скрыться
Дальше от взоров людей,
Жаль ей солдата, рыдает сестрица,
Слезы бегут как ручей!
Вылей все горе скорее, сестрица,
В этой струе чистых слез,
Сердце от муки тогда облегчится,
Слезы сочтет сам Христос!
Ты отдавала и силы, и знанье,
Жизнь отдавала в боях,
Вылей все горе свое и страданье
В этих жемчужных слезах!
Но уж она в своей белой косынке,
С личиком честным, простым,
Живо смахнула рукою слезинки
И возвратилась к больным.
Здесь на войне, среди серой военщины,
Близко к окопам, к снарядам, к крови,
Эти святые прекрасные женщины –
Только лишь символ Любви!

Более того, уже в 1915 году главнокомандующий армиями Юго-Западного фронта разрешил главным начальникам военных округов «представлять к награждению за труды по уходу за ранеными и больными воинами и по обслуживанию их нужд персонал различных лечебных, санитарных и аптечных учреждений разных ведомств, а также лиц, содержащих на своем попечении или иждивении небольшие лечебные заведения, приюты и богадельни для раненых и больных воинов, должностных лиц общественных учреждений и других лиц, трудящихся на этом поприще, буде все упомянутые лица того заслуживают».

Сестра милосердия Юго-Западного фронта Ксения Бондарева, состоящая в штате 75-го полевого госпиталя, награждена георгиевским крестом 4-й степени. Во время сражения «полевому госпиталю пришлось работать не покладая рук, т. к. он был выдвинут далеко вперед к линии боя и почти все раненые попадали раньше всего к нему. Один из раненых сказал, что в окопах есть раненые, лишенные возможности самостоятельно подойти к госпиталю вследствие тяжелых ранений. Сестра Бондарева тотчас же направилась к окопам, твердо решив помочь раненым, о которых она только что услыхала. Бондаревой

удалось пробраться в окопы. Там сестру милосердия встретили с распростертыми объятиями.

— Как хорошо, сестрица, то вы пришли, — заявил ей капитан С-кий, — у нас здесь имеются раненые, которых мы сейчас никак не можем эвакуировать в тыл. Они мучаются. Уже вы им помог...

Докончить фразу капитану не пришлось. В этот самый момент на бруствер разорвался снаряд и один из его осколков тяжело ранил капитана в живот. Бондарева спаслась каким-то чудом, и ее только присыпало землей.

Сестра Бондарева не растерялась, вытащила капитана из окопа, взвалила его себе на плечи и... понесла под зловещее жужжание пуль, задыхаясь, ежеминутно рискуя споткнуться о кочки замерзшего поля и упасть со своей ношей. Две версты пронесла она, таким образом, раненого капитана, изредка останавливаясь, чтобы передохнуть и набраться новых сил. И донесла. И Бог уберег и ее и капитана от австрийских пуль. Оба они добрались до госпиталя».

Но не всегда все заканчивалось так благополучно. С ростом общего числа сестер милосердия количество погибших было так велико, что Главное управление РОКК было вынуждено взять на свой счет расходы по похоронам участвовавших в войне сестер милосердия с возложением венка и обеспечением сохранности могил.

6 августа 1915 года в Москве открыто городское кладбище для сестер милосердия, скончавшихся как на поле брани в передовых отрядах, так и в тыловых госпиталях и лазаретах при уходе за больными и ранеными воинами. Место для нового кладбища было отведено городу казной. Оно располагалось на красивой горе, покрытой елями и соснами.

В тот же день на новом кладбище совершились первые похороны сестры милосердия общины «Утоли мои печали» Анны Павловны Нагибиной, 17 лет, скончавшейся 28 июля от брюшного тифа в Москве.

В январе 1915 года А. П. Нагибина приехала из Уфы в Москву и поступила в число сестер милосердия общины «Утоли мои печали». В первых числах июля, ухаживая за тифозными больными, А. П. Нагибина заразилась брюшным тифом. Уже больную ее перевезли в лазарет общины «Утоли мои печали». 28 июля она скончалась.

На гроб покойной возложены венки: от сестер милосердия — с надписью: «Любящей сестре — ученице А. Нагибиной», от род-

ных маленький веночек из фиалок, с надписью: «Милой девочке Нюре, положившей душу свою за други своя» [86].

Скоро рядом выросли другие холмики. Здесь похоронена сестра милосердия общины «Утоли мои печали» А. Н. Булдакова. Это — могила юной сестры милосердия одного из сибирских отрядов Ольги Иннокентьевны Шишмаревой, смертельно раненой немцами на передовых позициях.

С целью увековечения памяти погибших при исполнении своих обязанностей деятелей Красного Креста генерал-майор Д. Я. Дашков высказал пожелание выпустить в свет биографии с портретами всех погибших, а также занести их имена на особые доски с тем, чтобы поместить эти доски в тех учреждениях РОКК, с которыми были связаны погибшие.

Особую благодарность сестрам милосердия выражали раненые солдаты: «Мы, нижеподписавшиеся, считаем своим нравственным долгом довести до сведения Главного Управления РОКК, о тех беспредельно гуманных отношениях, проявляемых при исполнении своих обязанностей к нам, раненым воинам, со стороны докторицы госпиталя Анны Александровны Ганцелевич и сестры милосердия Софии Яковлевны Василенко.

Названные лица, неся по службе свой тяжелый труд, тем не менее, при идеально добросовестных применениях этого труда к нам, раненым воинам, тем самым приносят нам, в особенности тяжело раненым, желаемое облегчение болезни, поднимая в то же время удрученное состояние духа каждого из нас до уровня уравновешенности здорового человека.

Не будем говорить в отдельности за каждый случай проявления со стороны гг. Канцелевич и Василенко сердечного отношения к каждому из нас, при обращениях к нам этих, действительно женщин «милосердия», скажем лишь вообще, что все описание, как факт, не может остаться умалчиваемо нами, а по отношению Главного Управления РОКК, полагаем, не должно бы остаться игнорированным и не поощренным, о чем со своей стороны мы почтительнейше просим» [87].

«При 74-м сводном эвакуационном госпитале находится сестра милосердия Мария Федоровна Петрова пятигорской общины, которая заведует госпитальной кухней больных. Находясь на излечении в вышеупомянутом госпитале, мы видели, как сестра Петрова ежедневно с пяти часов утра и до двенадцати ночи без

устали работала, но кроме того вышеназванная сестра всех нуждающихся и обращающихся к ней больных не оставляла без оказания своей помощи, а помогала чем могла, при тяжкой болезни: своей материнской лаской, а по выздоровлении: табачком, рубашками, носками и т.п. и каждый из нас больных видел в названной сестре Петровой как свою родную мать. Видя и ценя ее труд и желая принести свое солдатское спасибо, но не имея возможности каждый в отдельности поблагодарить сестру милосердия, прибегаем к Главному Управлению РОКК которое и надеемся не откажет и передаст нашу благодарность сестре Петровой, которая заслуживает оного».

К 1 июля 1915 года учреждения РОКК обслуживало 1500 врачей, 8268 сестер и свыше 15000 санитаров. Кроме того, общинами РОКК было командировано в военно-лечебные заведения 8213 сестер милосердия. Но санитарные потери русских войск в период первой мировой войны не шли ни в какое сравнение с предыдущими войнами. Так только в ходе весенне-летних сражений на Юго-Западном фронте в 1915 году они достигли 2 млн человек.

Всего же на 1 января 1916 года, т. е. за полтора года войны, потери русской армии составили около 4 млн. человек. Впервые реально возникла проблема возвращения в строй наибольшего числа раненых и больных для сохранения боеспособности армии. Это в свою очередь требовало увеличения числа медицинских учреждений и роста численности персонала, в том числе сестер милосердия.

Уже к середине 1917 года лечебные учреждения РОКК располагали 2500 врачами и 20000 тысячами медицинских сестер. И это была только часть общего количества сестер милосердия. Кроме сестер милосердия РОКК существовало «Общество частных сестер милосердия» под председательством графини А. И. Шуваловой [88].

Идеологи общества считали, что нет необходимости всем сестрам вести полумонашеский образ жизни в общинах. «Я смотрю на дело так, — писал профессор Оппель, — что среди сестер милосердия могут быть такие, которые желают вести полумонашеский образ жизни, такие сестры могут поступать в специальные общины. Но большинство сестер должно быть свободно, т.е. должны исполнять свои обязанности, раз они у постели больного,

но затем они превращаются в частных людей, делают что хотят, за исключением особо предосудительных занятий... Ибо полумонашеское существование большинство сестер не удовлетворяет, большинство хочет работать, на это зарабатывать и оставаться свободным человеком.

Кто хочет отказаться от своей личной жизни, кто хочет всего себя принести в жертву больным — тому слава, тот может иметь и такое убежище, но требовать этого от всех сестер — нет никаких оснований. Наоборот, от большинства сестер необходимо требовать тщательной работы, выполнения своего долга у постели больного, предоставив сестре располагать частной жизнью по своему усмотрению.

Я пишу об этом, так как с исторической точки зрения считаю нужным зафиксировать, что впервые осуществить союз сестер взяла на себя графиня А. И. Шувалова. Это заслуга перед историей, ибо осуществлять такой союз, когда все были на стороне Общин, надо быть убежденным человеком, надо быть смелым человеком, надо было решить плыть против течения. А этой решимости не у всякого хватает» [89].

Сестры из «Общества частных сестер милосердия», а также сестры, не входившие в число членов какого-либо общества, к этому времени объединились в профессиональный союз — «Всероссийский союз сестер милосердия», численность которого достигала 80000 человек. Тем не менее сестер не хватало и уже позже Временное правительство готовило к принятию закон о мобилизации сестер милосердия [90].

Оказывать какое-либо моральное воздействие на такую массу женщин РОКК уже не мог. На фронте почти постоянные поражения и отступления наших войск деморализовали армию. В тылу массовые мобилизации (всего в армию было призвано более 15 млн человек) и огромные военные расходы дестабилизировали экономику. Престиж царя и правительства падал. Империя стояла на грани краха. Внутренние противоречия разрывали ее. В такой ситуации трудно надеяться на высокую нравственность.

Еще в 1914 году в Варшаве были замечены случаи злоупотребления высоким званием сестры милосердия. «В расчете на людскую доверчивость, многие легкомысленные создания начали переряжаться в форму сестер милосердия, и в таком виде, профанируя святое дело помощи страждущим, ищут по улицам

приключений. Неудивительно, что публика обратила, наконец, внимание на это возмутительное явление, и в обществе пошли всевозможные неосновательные слухи. На самом деле, настоящих сестер милосердия, не самозванок, редко можно встретить на улицах, так как они заняты всегда своим высоко гуманным делом. Попадающиеся же по вечерам на гуляньях подозрительные особы с повязками в большинстве, только «эти дамы», нагло пользующиеся эмблемой РОКК для своих личных, низких целей. На днях местной полицией были выслежены и арестованы две таких особы, выдававшие себя за сестер милосердия. Обе они оказались известными магазинными воровками» [91].

Главноуполномоченный РОКК Юго-Западного района отдал распоряжение, в котором указывал, что повязки РОКК сестры должны носить лишь при исполнении служебных обязанностей, и появление с повязками в театрах, ресторанах, различных увеселительных учреждениях, во время прогулок и т.п. безусловно воспрещается.

В 1915 году начальник Двинского военного округа издал постановление «о предоставлении полиции и коменданту города проверять право ношения формы сестры милосердия у лиц, вызывающих хотя бы малейшее подозрение. В случае установления факта самовольного ношения присвоенной сестрам милосердия формы одежды виновные в административном (а не в уголовном, как было ранее) подвергались штрафу в 3000 рублей или аресту до трех месяцев» [92].

В начале 1917 года Главное управление РОКК запретило «лицам женского санитарного персонала, допущенным к уходу за ранеными и больными и для несения хозяйственных обязанностей в лечебных заведениях Всероссийских Земского и Городского Союзов посещать в присвоенной им форменной одежде театры, кинематографы, концерты и всякого рода другие публичные увеселения и зрелища, а также, за исключением случаев явной необходимости, рестораны, обеденные залы при гостиницах и им подобные учреждения, и носить неполную форменную одежду или искажать таковую несоответствующими принадлежностями: вычурные прически и обувь, ажурные чулки, чрезмерно короткие платья, драгоценности и т.п.» [93].

Появились случаи отказа сестер милосердия от работы. В апреле 1916 года Главное управление РОКК направило окружным

и местным управлениям, комитетам и советам общин сестер милосердия и уполномоченным общества циркуляр № 16 «О недопустимости отказа сестер милосердия работать в заразных госпиталях». В них говорилось о том, что в связи с сезонным увеличением числа инфекционных больных, повлекшим за собой увеличение эпидемических отрядов и открытием инфекционных палат в госпиталях, появились случаи отказа сестер милосердия от назначения в эти подразделения.

«Признавая такое явление ненормальным, — указывалось в циркуляре, — и отказ сестер милосердия работать в инфекционных госпиталях основанным на неправильном понимании ими своих прямых обязанностей, о которых между тем они должны быть осведомлены прежде, нежели будут отправлены Общинами на фронт, Главное управление обращает внимание Общин РОКК на необходимость разъяснить сестрам милосердия, что они обязаны оказывать помощь не только раненым воинам, но и больным инфекционными болезнями, и вместе с тем просит указывать на недопустимость отказа с их стороны работать в заразных лечебных заведениях и эпидемических отрядах, так как это противоречит основной идее Института сестер милосердия, а также предупреждает сестер, что такой отказ несомненно должен повлечь за собою не только немедленное откомандирование их обратно в Общины, но и отчисление от самих Общин» [94].

Но это были досадные исключения. В целом командующий Юго-Западным фронтом А. А. Брусилов высоко оценивал деятельность сестер милосердия в Первую мировую войну: «Считаю своим долгом перед лицом истории засвидетельствовать, что громадное большинство из них героически, самоотверженно, неустанно работали, и никакие вражеские бомбы не могли их оторвать от тяжелой, душу раздирающей работы их над окровавленными страдальцами — нашими воинами. Да и сколько из них самих было перекалечено и убито...» [95].

В зависимости от потребностей текущего момента и по мере расширения военных действий РОКК постепенно совершенствовало дело оказания помощи больным и раненым воинам. По состоянию на 1 января 1916 г. оно имело на всех фронтах 71 госпиталь (44 700 кроватей), 61 этапный и 57 подвижных лазаретов, 11 санитарных поездов и 1329 тыловых лазаретов (61 247 кроватей) эвакуационного типа.

Более компактными по размерам лечебными учреждениями РОКК являлись этапные лазареты, рассчитанные на 50 коек. Благодаря вчетверо меньшему, чем у госпиталей количеству имущества и персонала, этапные лазареты не имели таких затруднений с размещением и вынуждены были часто заменять госпитали. Фактически именно на этот вид учреждений выпала тяжелая, подчас, практически непосильная для персонала работа, когда зачастую приходилось увеличивать количество мест до 300 коек, при наличии лишь штатного, сравнительно небольшого, числа служащих.

Но самой интенсивной была деятельность подвижных лазаретов, которые, в отличие от этапных и госпиталей, были снабжены собственным транспортом, а также палатками и юртами, что снимало все проблемы с передвижением и размещением, поэтому на них падала самая большая нагрузка. Часто количество раненых, находящееся в лазарете, превышало штатное в 7–8 раз. Всего к 1 января 1916г. подвижных лазаретов на фронтах имелось 57.

В марте 1916 г. произошло событие, оказавшее большое влияние на всю последующую деятельность РОКК. 17 марта в 8 ч. 30 мин. в Черном море германская подводная лодка выпустила 2 торпеды в госпитальное судно РОКК «Португаль», хотя эмблема РОКК на борту судна была хорошо видна. 25 июня такая же участь постигла и госпитальное судно РОКК «Вперед». На «Португале» и «Вперед» погибли 44 сотрудника РОКК. Возник большой общественный резонанс, повлекший за собой такие крайние меры, как официальный отказ воюющих сторон от некоторых положений Женевской конвенции, что произошло впервые за все время Первой мировой войны.

Всего РОКК на театре военных действий было сформировано и содержалось 798 полевых учреждений, а вместе с тыловыми лазаретами — 2117. О работе стационарных полевых учреждений РОКК в 1914-1915 гг. можно судить по количеству состоявших на лечении раненых и больных воинских чинов: на 1 января 1916 г. — 895 674 человека, из них 36748 офицеров, 858 926 нижних чинов и 20 170 военнопленных. Количество больничных дней, проведенных ранеными и больными воинами, военнопленными и беженцами, на 1 мая 1916 г. составляло 14 892 153.

Итоги формирования учреждений РОКК за 1916–1917 гг. были подведены сразу после Февральской революции на засе-

дании Главного управления. На нем было отмечено, что за три года войны РОКК сумел создать на фронте мощную лечебную базу, состоящую из 1024 единиц. В стадии формирования на тот момент находились еще 45. Во всех этих учреждениях работало 2500 врачей, 26 000 сестер милосердия, 600 студентов-медиков, 285 фельдшеров, 58 000 санитаров и 1536 чиновников. До самого конца войны количество учреждений и сотрудников РОКК на фронте серьезных изменений не претерпело [96].

Таким образом, к Февральской революции РОКК имел на фронтах 1067 полевых учреждений. Если сравнить эту цифру со 128 учреждениями, формирование которых предусматривалось довоенным мобилизационным планом, то наглядно видно насколько реальные масштабы военных действий превзошли все ожидания мирного времени.

После Октябрьской революции Военно-революционным комитетом в Главное управление РОКК был назначен комиссар Н. Д. Архипов. Он потребовал от членов ГУ неукоснительного исполнения всех распоряжений нового правительства. Однако руководители РОКК заявили о непризнании новой власти и отказались выполнять постановления Совнаркома. Декретом Совнаркома от 4 января 1918 года все имущество РОКК было объявлено собственностью Российской республики, ГУ упразднено, а для временного руководства назначен комитет по реорганизации РОКК [97].

Новое руководство отказалось от главных принципов Женевской конвенции: аполитичности, нейтралитета и помощи всем пострадавшим. Дореволюционное РОКК было названо «постыдным и гнусным», а каждому сотруднику предложено «открыто заявить — какой армии он желает служить и помогать». Большинство учреждений РОКК были ликвидированы, часть сотрудников подчинились новой власти, а другие продолжали деятельность в белых армиях. Таким образом, в январе 1918 года деятельность РОКК во время Первой мировой войны закончилась.

Учитывая создавшуюся политическую ситуацию, на местах началось стихийное формирование отрядов «красных сестер», которые идеологически противопоставлялись сестрам милосердия старого строя. Централизованные курсы «красных сестер» были организованы только в конце 1919 г. «в целях создания близких по убеждению и по духу Красной Армии сестер милосердия, ко-

торые могли бы заменить больному и раненому красногвардейцу прежних сестер милосердия, облегчая его страдания, и в то же время политически просвещать его в духе коммунистического строительства жизни» [98].

Помимо РОКК помощь раненым оказывалась и другими общественными организациями, такими как «Земский союз помощи больным и раненым», решавшим глобальные проблемы, возникающие в связи с войной и принимавшим непосредственное участие в эвакуации больных, медицинской помощи беженцам, организации противоэпидемических мероприятий, а также тратившим многие средства на обеспечение своих и соседних губерний медикаментами, продовольствием, бельем, оснащением.

Главной заботой земского объединения была эвакуация раненых и размещение их в местных лазаретах. В Северных губерниях Европейской России с целью уменьшения инвалидизации больных и раненых воинов оснастили госпитали рентгеновскими аппаратами для совершенствования диагностики, внедряя в практику физико-, механо-, свето-, водолечение, массаж, широко практиковались обучение различным профессиональным умением увечных воинов.

Начало войны побудило московское земство приступить к объединению всей земской деятельности в России. 25 июля Московское губернское земское собрание решило предложить всем губернским земствам образовать общероссийскую земскую организацию и выделило на эти нужды 500 тыс. руб. Правительство обусловило создание такого объединения требованием, чтобы его деятельность не выходила за рамки медицинской и благотворительной помощи действующей армии. 30 июля состоялся Всероссийский земский съезд, на котором был образован Всероссийский земский союз помощи больным и раненым воинам. В состав Союза вливалась общеземская организация со своими капиталами. Председателем Главного комитета Союза и главноуполномоченным избран князь Г. Е. Львов, впоследствии ставший председателем Временного правительства.

Когда началась война, никто не представлял себе ее грандиозного масштаба и той обстановки, в которой будут развертываться события. Земский союз (объединяющий 300 земств) начал свою деятельность организацией незначительного числа лечебных за-

ведений в тылу для раненых и больных воинов. Думали, что союз будет только помощником РОКК. Но уже в первые недели войны оказалось, что ни военно-санитарное ведомство, ни РОКК не в состоянии выполнить взятые на себя обязательства, и естественным ходом событий союз был выдвинут вперед.

Правительство одобрило создание Земского союза и обязалось возмещать земству затраты, связанные с созданием госпиталей и лечением раненых. Местные власти получили указание оказывать поддержку земствам в изыскании помещений для госпиталей. К 10 августа состоялись земские сессии в 38 губерниях. Губернские земские собрания образовали губернские комитеты помощи больным и раненым воинам. Всего во Всероссийский земский союз вступило 40 губернских земств.

Формировались также уездные комитеты. Для координации работы на местах Всероссийский земский союз (уточняющие слова «помощи больным и раненым воинам» на земских плакатах обычно набирались мелким шрифтом, пока, наконец, не были всеми забыты) назначал уполномоченных, которые действовали его именем.

Всероссийский земский союз имел четкую вертикаль управления: Главный комитет — губернский комитет (губернское земство) — уездный комитет (уездное земство). При центральных и местных органах Союза сложился разветвленный аппарат управления, состоявший из десятков отделов и управлений. По мере расширения функций Земского союза росла численность штата его сотрудников. Были созданы также фронтовые комитеты.

Первые успехи не заставили себя ждать. К 1 сентября 1914 г. Земский союз обеспечил устройство госпиталей и лазаретов на 60 тыс. коек, к концу 1914 г. — на 155 тыс., а к концу 1915 г. — на 173 тыс. Главный комитет Земского союза ведал также созданием санитарных поездов для перевозки раненых. К середине октября 1914 г. уже имелось 35 таких поездов, к 1 января 1915 г. — 40. Набор и подготовка медицинского персонала, обеспечение лечебных учреждений медикаментами также изначально входили в сферу деятельности Земского союза. Врачей не хватало. Медики, поступавшие на службу Союза, не пользовались освобождением от призыва на военную службу. За первые пять месяцев войны из 1660 врачей, подавших заявления о приеме на работу в Союз, удалось принять лишь 298.

Чтобы помочь земцам решить проблему, правительство санкционировало досрочный выпуск специалистов медицинских факультетов университетов. Для пополнения среднего медицинского персонала земские управы открывали курсы сестер и братьев милосердия. Силами союза были также организованы предохранительные прививки в армии. Их было произведено более двух миллионов [99].

Медикаменты поначалу закупались Союзом за границей. Но затем в Москве был открыт фармацевтический завод, ежегодно производивший продукцию стоимостью боле 1 млн руб. Для больных закупались белье и теплая одежда. Финансы Земского союза складывались из взносов местных обществ, пожертвований и субсидий правительства. К концу 1915 г. они составляли 152 млн руб. Наличие таких средств позволяло Главному комитету Союза брать на свое содержание медицинские и прочие учреждения тех земств, которые были не в состоянии их содержать.

Сами земства вели большую работу по обеспечению денежными пособиями семей воинов, по уходу за ранеными и увечными. Полномочия Земского союза постепенно расширялись. Правительство передало в ведение Союза снабжение продовольствием и медикаментами самого фронта. Главный комитет Союза первым делом принял решение о формировании и отправке на фронт врачебно-питательных отрядов. На фронте открывались полевые госпитали; действовали банно-прачечные отряды, починочные мастерские, всевозможные склады, пекарни и др.

К концу 1915 г. на фронте насчитывалось около 2,5 тыс. различных заведений, устроенных Земским союзом: на Западном фронте — 931, на Юго-Западном — 1239, на Северном — 176, на Кавказском — 214. В 1915–1916 гг. фронтовые госпитали Земского союза обеспечили прием свыше 320 тыс. раненых. По линиям следования поездов с ранеными вглубь России открывались питательные и перевязочные пункты. С 1915 г. Земский союз занялся организацией мелкой промышленности и мастерских по производству обозного снаряжения и инженерно-строительных средств. В 1914–1916 гг. служащие Земского союза буквально наводнили фронт. В одной из действующих армий летом 1916 г. насчитывалось более 280 организаций Союза (более 3 тыс. человек персонала). Основную часть составляли медицинские службы.

Другой организацией, принявший активное участие в помощи больным и раненым, стал Союз городов. 8–9 августа состоялся Всероссийский съезд городских голов, на котором был учрежден аналогичный Всероссийский союз городов. Уже в 1915 году Союз городов охватывал не только всю европейскую часть России, но и Сибирь, Туркестан, Финляндию, объединяя 464 города. Подобно Земскому союзу, Союз городов организовал и содержал санитарные поезда, питательные и эвакуационные пункты и госпитали на 174 000 коек [100].

Главные комитеты обоих союзов приняли решение тесно сотрудничать и одновременно проводить свои съезды. Центром объединения органов земского и городского самоуправления, местом расположения их руководящих органов стала Москва. Периодические журналы — «Известия» Земского союза и «Известия» Союза городов выходили два раза в месяц.

Тем не менее, все эти организации вместе с санитарным управлением военного ведомства не могли обеспечить оказание необходимой помощи и лечение раненых и больных, которые в огромном количестве поступали с фронтов.

Деятельность РОКК и других организаций в период Первой мировой войны зависела прежде всего от прогрессивных и передовых людей того времени: врачей, сестер милосердия и других работников, честно и самоотверженно трудившихся на благородном поприще оказания помощи миллионам жертв войны.

Именно благодаря этим людям, благодаря их высокому чувству долга, бескорыстности делу позволило России в ходе военных действий Первой мировой войны занять один из ведущих позиций на сцене военного театра, а главное укрепить, восстановить силы и мощь русского солдата.

ГЛАВА 7

ИМПЕРАТОРСКАЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Многочисленные трансформации, которыми правительство России неоднократно подвергало ИВМА в годы военных реформ 1860–1870, 1905–1912 гг., только притормаживали, но не останавливали прогресс медицинской науки, хотя из-за свободомыслия ее воспитанников военно-учебное заведение закрывали и «чистили» в 1869, 1874, 1875, 1881, 1904–1906, 1913 гг. Однако научные школы, сформировавшиеся во второй половине XIX и в начале XX в., продолжали жить. Благодаря им, а также бережному отношению к академическим традициям воспитанников ИВМА духовная связь времен не прервалась.

К началу Первой мировой войны ИВМА сохранила статус главного научного центра медицины, и не только военной, Российской империи. Уровень научных открытий и направлений исследований поражает своей масштабностью и значимостью не только для медицины, но и мировой науки и научно-технического прогресса [101]. Так, в 1900 г. профессор Г. И. Турнер открыл первую в стране клинику ортопедии, он является основоположником военной травматологии и ортопедии в России. В 1903 г. профессор Н. П. Симановский открыл первую в России кафедру горловых, носовых и ушных болезней, основал научное общество по этой специальности, а через шесть лет стал издавать журнал «Вестник горловых, носовых и ушных болезней».

В 1909 г. на кафедре детских болезней профессор А.Н. Шкарин издал монографию «О кормлении здорового и больного ребенка» — первое руководство по детской диететике в России. Впервые в стране им были организованы: отделение для детей грудного возраста, консультативные приемы в амбулатории, молочная кухня.

В 1910 г. на кафедре химии выдающийся ученый-химик С. В. Лебедев впервые получил образец синтетического бутадиенового каучука. Через четыре года были начаты работы по изучению полимеризации этиленовых углеводородов, которые легли в основу современных методов получения бутилкаучука и полиизобутилена. На кафедре гистологии профессор А. А. Максимов сформировал унитарную теорию кроветворения, провел сравнительно-гистологическое изучение асептического воспаления и генетических взаимоотношений клеток крови, соединительной ткани в гистогенезе.

В 1911 г. с появлением авиации встал вопрос о значении функции кохлеарного и вестибулярного аппарата для летчиков. Исследования были поручены приват-доценту В. И. Волчеку, добившемуся в этой области впечатляющих результатов. В следующем году доктором медицины Н. Н. Аничковым и С. С. Халатовым на кафедре патологической анатомии были проведены опыты с кормлением кроликов холестерином, растворенным в подсолнечном масле. Полученные результаты позволили Н. Н. Аничкову позднее, в годы Первой мировой войны, сформировать инфильтрационную теорию морфогенеза атеросклероза [106].

На кафедре нормальной анатомии была создана первая микроскопическая лаборатория. Впервые для бальзамирования мозга профессором И. Э. Шавловским применен формальдегид.

В 1913 г. академик М. В. Яновский создал первую в России пропедевтическую клинику. Он написал и издал для студентов руководство по врачебной диагностике и общей терапии, которые имели мировую известность. Наибольшую известность получили работы Яновского и его учеников, посвященные выяснению роли периферических артериальных сосудов в динамике кровообращения. Построенное академиком на основании этих работ учение о самостоятельных сокращениях артерий, получившее известность под названием «периферическое сердце», вошло в историю отечественной клинической медицины. Трудно переоценить значение введения в клинический обиход звукового метода измерения кровяного давления, предложенного в 1905 г. Н. С. Коротковым.

На кафедре факультетской терапии профессор С. С. Боткин организовал при клинике первое в ИВМА водолечебное отделение, первый ввел в практику рентгенотерапию при лейкозах. В мировой науке он открыл лейкоцитолиз (клетки С. С. Боткина)

при крупозной пневмонии и инфекционных заболеваниях. На кафедре фармакологии академик Н. П. Кравков, основоположник внутривенного наркоза, издал учебник «Основы фармакологии», который выдержал 14 изданий. Профессор С. П. Федоров — ученый с мировой славой является основоположником хирургии желчных путей, отечественной урологии. Он стоял у истоков создания в России нейрохирургии. Первый в России рентгеновский аппарат был установлен в его клинике. Выполненное профессором А. А. Редлихом исследование на тему: «Значение внутренней секреции в физиологии и патологии женской половой сферы» На кафедре акушерства и гинекологии ставит его в один ряд с пионерами отечественной гинекологической эндокринологии.

Академия в 1900–1914 гг. выпустила более 2240 врачей преимущественно для армии и флота, до 1908 года обеспечила защиту 855 докторских диссертаций. Накануне Первой мировой войны российской военной медициной был накоплен богатый опыт как в организации медицинской помощи на фронте и эвакуации раненых и больных, так и в вопросах, относящихся к теоретическому обоснованию и практике лечения ранений и заболеваний [105].

Однако вопрос обеспеченности санитарных формирований медицинскими кадрами остался неразрешенным. Как свидетельствуют источники, мобилизационная потребность во врачах определялась в 13 263 человека. В составе же врачей кадра числилось 3575 человек. Следовательно, по мобилизации надлежало призвать 9688 врачей. И, следовательно, с объявлением таковой в армию и на флот призывается 9202 врача, в том числе 6348 врачей запаса и 2754 врача ополчения старше 45 лет.

В июле 1914 г. состоялся также первый призыв зауряд-врачей 1-го разряда — ими стал выпуск врачей медицинских факультетов российских университетов 1914 г. Они прослушали все предметы 10 семестров врачебного курса, но не сдавали государственные экзамены, намечавшиеся в свое время на сентябрь. Второй призыв зауряд-врачей 1-го разряда, на этот раз уже из числа студентов 5-го курса, имел место в конце декабря того же года. И наконец, последний призыв, но уже зауряд-врачей 2-го разряда из состава студентов 4-го курса был проведен в конце весны 1915 г. Всего, таким образом, в действующую армию было мобилизовано 1438

зауряд-врачей, а в целом — 10 540 врачей. Из этого количества было передано Российскому обществу Красного Креста 350 врачей и морскому ведомству — 80 врачей.

В 1914 г. был разработан план Верховного главнокомандующего великого князя Николая Николаевича (младшего) Романова, который предусматривал формирование для действующей армии 12 типов медицинских учреждений. В связи с формированием в ходе войны новых медицинских учреждений была учреждена дополнительно к уже отмобилизованным еще 4131 должность военного врача. Для их замещения призывается в разное время 4308 врачей. На начало сентября 1914 г. из имевшихся в России 28 100 врачей было мобилизовано 17 109, или 60% их общего числа. Если учитывать, что на тот же период по действующим штатам полагалось иметь 17384 врача и что на каждый данный момент по разным причинам не работало до 500 врачей (по болезни и др.), то их некомплект составлял 775 человек, или 4,4%, к исходу 1916 г. — 2700 человек, а к весне 1917 г. — 3151 (27%).

Уровень профессиональной подготовки начальника академии был достаточно высок, о чем свидетельствуют его научные труды, опубликованные в журналах «Врач», «Врачебные ведомости», «Военно-медицинский журнал», «Медицинское обозрение», «Хирургический вестник» и др., а также многочисленные награды: ордена св. Владимира III ст., св. Станислава I ст., св. Анны I ст., медали: «В память царствования Александра III», «В память 300-летия царствования дома Романовых» и абиссинский Орден Эфиопской звезды II степени, Знаки Красного Креста и др.

И. И. Макавеев был освобожден от должности и уволен в отставку 3 апреля 1917 г. В этот период с 28 февраля по 2 марта 1917 г. временно замещал начальника академии (временный президент) В. А. Юревич, с апреля по 13 июня 1917 г. исполнял обязанности начальника академии (временный президент) В. А. Оппель, а с 13 июня по 13 декабря 1917 г. временно должность начальника академии (временный президент) была возложена на М. Д. Ильина.

Начальник академии пользовался широкими административными правами по организации учебно-воспитательного процесса, подбору профессорско-преподавательского состава, руководству хозяйством военно-учебного заведения [102]. Как и прежде, в состав управления академии входили Конференция, хозяйственный

комитет, дисциплинарный комитет и канцелярия. Важное место в академии занимали библиотекарь и его помощник.

При академии успешно функционировали следующие учебно-вспомогательные учреждения: «1. Библиотека; 2. Анатомо-физиологический институт, с отделениями; 3. Физико-химический институт с лабораториями и кабинетами; 4. Гигиеническая лаборатория; 5. Музеи: хирургический и зоологический; 6. Ботанический сад с оранжереями и кабинетом; 7. Михайловская клиническая больница баронета Виллие, с клиниками, снабженными кабинетами и лабораториями; 8. Клиника душевных и нервных болезней с амбулаторией, кабинетом, музеем, библиотекой и лабораториями; 9. Клинический госпиталь, содержащий клинические отделения с кабинетами и лабораториями». Во время войны не прекращал своей деятельности Институт для усовершенствования врачей.

Первыми помощниками начальника академии по строевой части были «курсовые штаб-офицеры» и их помощники [103]. Они были непосредственными начальниками слушателей всех пяти курсов и пользовались правами: штаб-офицеры — командиров не отдельных батальонов, их помощник — ротных командиров. Они избирались военным министром из числа строевых офицеров военных училищ и воспитательного состава кадетских корпусов. Поэтому их назначению, как правило, предшествовал тщательный подбор кадров.

Полный курс обучения в академии продолжался пять лет.

Новое Положение об ИВМА повлекло за собой и изменение организации и учебно-воспитательного процесса. Так, еще до войны состоялось разделение кафедры нервных и душевных болезней, была создана самостоятельная кафедра нервных болезней, руководителем которой стал профессор М. Н. Жуковский. Осенью 1914 г. в академии была создана самостоятельная кафедра и клиника психиатрии. Первым ее начальником стал профессор В. П. Осипов. В учебный план было введено преподавание основ военного законодательства, воинских уставов, топографии, военно-медицинской администрации, военно-полевой хирургии, учения о войсковых болезнях. Всего же в академии преподавали более 40 предметов.

Переменный состав академии составляли 850 слушателей, приравненных по положению к юнкерам профессиональных во-

енно-учебных заведений. В годы войны требования к обучавшимся оставались высокими. Так, слушатели, не сдавшие зачетов хотя бы по одному из предметов, практическим занятиям, «по которым обязательны, не могли быть допускаемы к переводным экзаменам испытаниям» [106].

Знание обучавшихся оценивались на «испытаниях: 1. Поверочных — для перевода с одного курса на другой, и 2. Полукурсовые — для перевода с подготовительных курсов на специальные». Испытания проводились по правилам, установленным конференцией академии.

Материальное обеспечение учебного процесса всегда было в центре внимания военного ведомства. Так, клиническая база академии в годы войны обогатилась двумя прекрасными зданиями: было завершено строительство клиники ортопедии профессора Г. И. Турнера и акушерско-гинекологической клиники профессора Г. И. Рейна.

После успешного окончания курса академии слушатели получали диплом на звание лекаря и право носить нагрудный знак.

Подавляющее большинство выпускников академии отвечали предъявляемым к ним требованиям и хорошо зарекомендовали себя в действующей армии. Военные врачи являлись не просто участниками боевых действий, а были ведущими фронтовыми специалистами. Они разрабатывали новые методы лечения, совершенствовали организационные мероприятия по эвакуации раненых, размещали свои наблюдения и методики лечения в медицинских изданиях. Этот опыт имел огромное значение для отечественной военной медицины.

Чудеса героизма и стойкости проявили русские военные медики в годы Первой мировой войны, особенно при оказании помощи после применения новых видов оружия, в том числе отравляющих веществ. Отличительной чертой отечественной военной медицины на всем протяжении ее существования была разработка и внедрение новейших методов лечения, передовых технологий, таких как обезболивание, антисептика, асептика, рентгенодиагностика и др. Санитарная защита, профилактическая медицина стали одними из основных и определяющих направлений военной медицины. Это позволяло не только спасать жизнь многим тысячам военнослужащих, но и давало ощутимый стимул для развития военной медицины России.

По сведениям комиссии, изучавшей санитарные последствия Первой мировой войны, общие потери медицинского персонала Русской императорской армии составили 6218 [104] человек, а по результатам исследований В. М. Тараносова — 5010 человек.

Значительные потери среди медицинского персонала является свидетельством неоправданности этих жертв, а также неспособности тогдашних органов государственного и военного управления Российской империи обеспечить эффективную деятельность функционировавшей в ходе войны военно-санитарной службы.

Первая мировая война стимулировала развитие Императорской военно-медицинской академии, способствовала расширению ее профиля. Несмотря на все усилия руководства военного ведомства, необходимого количества военных врачей в действующей армии недоставало в связи с огромными потерями, которые несла военно-санитарная служба в годы войны [106].

ГЛАВА 8

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РУССКОЙ АРМИИ В ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЕ 1914–1918 гг.

Санитарно-эпидемическая обстановка в стране, когда Россия вступила в Первую мировую войну, была неблагополучной. Удельный вес инфекционных болезней в общей структуре заболеваемости населения и показатели смертности от них на протяжении четырех предвоенных лет были весьма высокими.

В предвоенный период особенно большое распространение получил брюшной тиф: в период с 1906 по 1909 г. заболеваемость им в общей структуре инфекционных болезней составляла до 5,6%, в последующие три года — до 5,2%. Доля смертности от брюшного тифа была наибольшей в 1906 г. — 0,9%, в 1910 г. ее уровень составлял 0,89%, в 1912 г. — 0,64% [107].

В 1913 г. заболеваемость населения инфекционными болезнями достигла (на 10 тыс. человек): гриппом — 222, корью — 32,9, дизентерией — 31,4, коклюшем — 31,3, дифтерией — 31,1, скарлатиной — 28,3, брюшным тифом и паратифом — 26,6, сыпным тифом — 7,3, натуральной оспой — 4,4, возвратным тифом — 1,9. Ежегодно число больных малярией превышало 3,5 млн человек.

Из года в год регистрировалась заболеваемость холерой. Так, в 1910 г. этой особо опасной инфекцией заболело 212 тыс. человек, из которых 100 тыс., или почти 50%, умерли.

Высокой была инфекционная заболеваемость и в Русской армии. В структуре заразных болезней сыпной тиф в 1912 г. составлял 1,13%, а такие инфекции, как грипп и дизентерия, — соответственно 3,3 и 0,6%.

Начальный период войны не дал существенного повышения инфекционной заболеваемости в армии, но впоследствии ее рост стал настолько значительным, что возникла опасность широко-

Таблица 11

Потери Русской армии от инфекционных болезней за годы Первой мировой войны

Инфекционное заболевание	Заболело, абс. число	Умерло	
		Абс. число	%
Тиф брюшной	98 345	19 463	19,8
Тиф сыпной	21 969	4 967	22,6
Тиф возвратный	76 071	2 334	3,1
Дизентерия	65 257	4 367	6,7
Холера	30 820	10 198	33,1
Натуральная оспа	2 708	573	21,2
Всего...	295 170	41 902	14,2

го распространения инфекций. Армия «стала тем очагом, откуда эпидемии перебрались в глубь страны».

Немалую угрозу для армии представляли военнопленные, число которых в 1914–1916 гг. превышало 600 тыс. человек, среди них свирепствовали эпидемии инфекционных болезней.

Сведения о размере потерь в Русской армии от инфекционных болезней за все время Первой мировой войны представлены в табл. 11.

По количеству заболевших лидировали брюшной и возвратный тифы, дизентерия, затем следовали холера, сыпной тиф и натуральная оспа. Максимальные показатели смертности были при холере, сыпном и брюшном тифах.

Перед началом и в ходе Первой мировой войны *Главным военно-санитарным управлением* (ГВСУ) был выпущен ряд документов по вопросам профилактики и борьбы с заразными болезнями в войсках. В частности, 18 и 20 июля 1914 г. были введены «Наставление об охранении здоровья войск действующей армии» и «Инструкция для сортировки заразных больных и перевозки их в военно-санитарных поездах», а в 1915 г. — «Инструкция о мероприятиях против развития и распространения заразных болезней в армии». Однако требования этих официальных документов реализованы не были.

Накануне войны в России имелось всего 373 санитарных врача, 12 микробиологических институтов, 20 санитарно-бактериологических и 60 гигиенических лабораторий, 13 дезинфекционных станций и 56 дезинфекционных пунктов [107].

Планом мобилизационного развертывания Русской армии предусматривалось формирование 87 дезинфекционных, 37 санитарно-гигиенических и 12 военных железнодорожных санитарно-дезинфекционных отрядов. К началу 1917 г. в войсках находилось 67 санитарно-гигиенических отрядов. Приказом начальника штаба Верховного главнокомандующего от 16 июня 1916 г. № 817 в состав противоэпидемических средств фронта была введена подвижная лаборатория.

Выполнение основной части мероприятий по противоэпидемическому обеспечению Русской армии взяли на себя общественные организации. Так, 3 августа 1914 г. циркуляром № 11 Главного управления Российского общества Красного Креста были объявлены «Санитарные мероприятия, обязательные для проведения на путях следования войск и призываемых контингентов». 3 ноября того же года при Управлении Верховного начальника санитарной и эвакуационной части в Империи был сформирован специальный отряд для регистрации и обработки сведений обо всех эпидемических заболеваниях в войсках, среди гражданского населения и военнопленных.

К середине октября 1915 г. на всех фронтах действовало 192 инфекционных госпиталя всего на 25162 коек. Из указанного числа госпиталей 109 (57%) принадлежали общественным организациям, которые к июню 1916 г. сформировали и направили на театры военных действий 43 санитарно-гигиенических и 90 дезинфекционных отрядов, 11 бактериологических лабораторий.

Основные положения об организации эвакуации инфекционных больных были изложены в «Инструкции для сортировки заразных больных и перевозки их в военно-санитарных поездах». Пренебрегая требованиями этой инструкции, запрещавшей эвакуацию инфекционных больных в тыл страны, «эвакуаторы» (так называли врачи строевых офицеров, причастных к эвакуационному процессу) закрывали глаза на массовый вывоз с фронтов таких больных. Только за первый год войны в тыловые госпитали, принадлежавшие Всероссийскому Земскому союзу, было доставлено более 12 тыс. инфекционных больных, в т. ч. около 5 тыс. страдавших брюшным тифом, более 4 тыс. — сыпным тифом, до 2 тыс. — возвратным тифом, 99 — холерой и 5 — сибирской язвой.

С целью уменьшения и при возможности прекращения поступления инфекционных больных в лечебные учреждения тыла

страны и в войска в апреле 1915 г. по решению Главных комитетов Всероссийских Земского союза и Союза городов, а с ноября того же года уже по приказу Верховного начальника санитарной и эвакуационной части на «путях следования больных по линии распределительных пунктов» были организованы изоляционно-пропускные пункты. Первоначально они обслуживали только перевозимых по железной дороге раненых, больных и военнопленных. Однако начиная с 1916 г. в связи с распространением заболеваний тифом и холерой на изоляционно-пропускные пункты был возложен также осмотр проходящих воинских эшелонов и даже пассажирских поездов.

Для выполнения своих задач изоляционно-пропускной пункт имел изолятор, инфекционный госпиталь или больницу емкостью 20 коек на три инфекции, бактериологическую лабораторию, дезинфекционную камеру, баню, прачечную, морг, помещение для размещения персонала [107].

К сентябрю 1916 г. на театрах военных действий и во внутреннем районе страны действовало около 100 изоляционно-пропускных пунктов всего на 7300 коек.

Следует отметить, что при осуществлении в Русской армии противоэпидемических мероприятий не были в полной мере использованы достижения отечественной науки в области борьбы с бациллоносительством. Так, на 64 264 официально зарегистрированных случая дизентерии приходилось 39 863 госпитализированных больных с диагнозом «острого желудочно-кишечного катара». Вне всякого сомнения, среди последних имелось большое количество больных дизентерией.

И все же на некоторых фронтах противоэпидемические мероприятия проводились настойчиво, были научно обоснованы и планомерны. Так, командованием Юго-Западного фронта меры противоэпидемической защиты войск тесно увязывалось с санитарно-эпидемическим состоянием местного населения. Весной и летом 1915 г. в соответствии со специальными приказами Главнокомандующего фронтом в помощь санитарным отделам штабов армий и корпусным врачам «в организации на территории расположения армии и корпуса санитарных мероприятий, в охранении войск от возможного занесения и распространения заразных заболеваний» были выделены по одному санитарному врачу. На этом же фронте впервые было применено хлорирование воды.

Важным мероприятием была вакцинация против брюшного тифа и холеры, которую начали проводить во всех воинских частях, учреждениях и заведениях в военных округах на основании «высочайшего повеления», последовавшего 14 августа 1915 г., и приказа военного министра № 432 от 17 августа того же года. 2 мая 1914 г. Военно-санитарный ученый комитет одобрил «Инструкцию для производства предохранительных прививок против брюшного тифа».

22 августа 1915 г. Главнокомандующий Юго-Западным фронтом издал приказ №994 об организации в войсках прививочной работы. Этим приказом было положено начало систематической противотифозной вакцинации на фронте, противохолерная вакцинация выполнялась только по строгим показаниям.

Последовавшая прививочная работа, проводившаяся и на других фронтах, позволила резко снизить заболеваемость брюшным тифом в Русской армии — с 16,7 в 1915 г. до 3,13 в 1916 г.

Большое значение в развертывании вакцинации имели совещания бактериологов и эпидемиологов. Первое из них состоялось в Москве в декабре 1914 г. На нем с докладом о практическом значении предохранительных прививок выступил профессор Л. А. Тарасевич.

Второе совещание по вопросам вакцинации против брюшного тифа и холеры проходило в Киеве в августе 1915 г. На нем был принят ряд постановлений, касавшихся единой технологии приготовления вакцин, определен перечень из 3 правительственных и 8 общественных лабораторий (центров) по отпуску вакцин для этих целей, установлены правила (с требованием троекратности) проведения прививок.

Третье совещание по проблемам вакцинации состоялось в Смоленске в октябре того же года. На нем, в частности, констатировалось, что брюшнотифозные прививки получили к этому времени официальное одобрение правительства. Однако в отношении холеры этого добиться еще не удалось. Выносилось также решение о необходимости контроля вакцинации со стороны центральных прививочных комиссий.

Значительное внимание проблемам сыпного тифа и предохранительных прививок уделил также внеочередной Пироговский съезд (1916 г.), на котором один из основоположников отечественной эпидемиологии профессор Д. К. Заболотный в

своем программном докладе усиленно рекомендовал применение тетравакцины (тиф, паратифы, холера). Было принято решение, согласно которому «части, идущие на пополнение, должны являться на фронт привитыми». Вопрос о прививках против сыпного тифа остался открытым. Обращалось внимание на обязательную противостолбнячную серотерапию раненых.

Для развертывания прививочной работы в войсках важна была организация собственного производства различных прививочных материалов в достаточных количествах. Так, с целью приготовления вакцины против брюшного тифа специальным постановлением Военного совета от 19 февраля 1915 г., объявленным приказом военного министра от 16 июля 1916 г. № 384, было учреждено вакцинное отделение при лаборатории Военно-санитарного ученого комитета. На его устройство и содержание выделялось из Государственного казначейства 300 тыс. рублей, и в том же году им было произведено 11529 л брюшнотифозной вакцины. Кроме того, выпуском противотифозной вакцины занимались лаборатории университетов, земств, а также Институт экспериментальной медицины и Женский медицинский институт [107].

По инициативе Д. К. Заболотного в первом из указанных институтов для тех же целей были организованы эпидемиологический отдел, в состав которого входили вакцинно-сывороточная комиссия, бюро прививочных отрядов, а при Женском медицинском институте (1916) — научно-производственная лаборатория по приготовлению вакцин против брюшного тифа и холеры. Их общая производительность равнялась примерно 2 тыс. л вакцины в месяц. В Институте экспериментальной медицины, кроме того, под руководством профессора Н. Я. Чистовича было налажен выпуск противодифтерийной сыворотки, которую ранее закупали по высокой цене во Франкфуртском бактериологическом институте.

Для проведения в войсках дезинфекции было изготовлено 1100 текучепаровых камер типа «Гигиена». Заготовка дезинфектантов (сулемы, карболовой кислоты, негашеной извести) велась с помощью Центрального военно-промышленного комитета.

К началу войны Русская армия имела самую отсталую в то время полевую санитарную технику. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение войск в значительной мере осложнялось отсутствием полевых установок по очистке и обеззараживанию воды, недостатком и примитивным оборудованием транспорта

для подвоза воды, несовершенной конструкцией полевых кухонь и хлебопекарен, полным отсутствием портативных банно-прачечных установок.

Именно в ходе Первой мировой войны была осознана необходимость создания подвижных механизированных прачечных. Военное ведомство не имело в своем распоряжении ничего подобного. И здесь на помощь армии пришли общественные организации, наладившие изготовление подвижных горяче-воздушных дезинфекционных камер типа «Гелиос» и пароформалиновых камер. Их силами было сформировано 1126 банно-прачечных отрядов и бань, 229 механических и ручных прачечных, более 13 банно-прачечных поездов. Приказом Верховного начальника санитарной и эвакуационной части от 10 марта 1916 г. №132 было объявлено «Наставление для стирки белья и уничтожения насекомых».

Таким образом, в период Первой мировой войны имело место увеличение числа санитарно-гигиенических и противоэпидемических учреждений: корпусных санитарно-гигиенических отрядов, дезинфекционных отрядов дивизий, подвижных лабораторий (в вагонах), банно-прачечных поездов, изоляционно-пропускных пунктов, прививочных отрядов, бактериологических лабораторий и др. Однако организация санитарно-эпидемиологического обеспечения войск оставалась неудовлетворительной, а в ряде вопросов ухудшилась по сравнению с Русско-японской войной. Децентрализации управления противоэпидемическими учреждениями, которые были рассредоточены по дивизиям и корпусам, снижала эффективность их работы. Недостаток специалистов, технических средств и оборудования приводил к тому, что предусмотренные штатами учреждения не были укомплектованы полностью, а в распоряжении начальников санитарных отделов армий и санитарной службы фронтов не было достаточных сил и средств для оперативного использования их по назначению [107].

ГЛАВА 9

ИТОГИ И УРОКИ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Первая мировая война не оправдала надежд ее организаторов и не разрешила противоречий, вызвавших войну. 28 июня 1919 года был подписан Версальский мирный договор с Германией и 10 сентября 1919 года Сен-Жерменский мирный договор с Австрией, в результате которых Германия и Австро-Венгрия, потеряв колонии и территории значительного размера, выпали из числа великих держав. Затем в разное время были подписаны мирные договоры и с другими участниками войны. На бывшей территории Австро-Венгрии возникли Чехословакия, Венгрия, Австрия. Сербия объединилась с Черногорией и бывшими югославянскими провинциями Австро-Венгрии (Хорватия, Словения, Далмация, Босния и Герцеговина) в королевство Югославию. США, Англия и Франция, лишив Германию колоний и ВМФ, сохранили, однако, её сухопутные войска, предназначенные для действий против Советской России. Англия захватила германские колонии в Восточной и Юго-Западной Африке, Франция вернула себе Эльзас-Лотарингию, получила мандат на большую часть Камеруна, половину Того (колонии в Африке). Американские империалисты получили в результате военных поставок огромные прибыли и усилили свои притязания на мировое господство. Версальский мирный договор, направленный своим острием против Советской России, не ликвидировал, а усилил противоречия между государствами, не удовлетворёнными новым переделом мира, и послужил началом подготовки ко второй мировой войне.

Первая мировая война носила небывало разрушительных характер и превзошла все вместе взятые за предшествовавший 125-летний период войны по количеству человеческих жертв и материальных потерь. За время Первой мировой войны из общего числа мобилизованных 74 млн чел. было убито и умерло от ран

около 10 млн чел., ранено свыше 20 млн чел. Около 10 млн чел. умерло от эпидемий и голода. Прямые военные расходы воюющих государств составили за всё время войны 208 млрд долл. (в ценах соответствующих лет). В боевых действиях на море было потоплено около 500 боевых кораблей, более 1 тыс. вспомогательных и 6 тыс. торговых судов.

Многомиллионные армии и быстрый рост военной техники потребовали невиданного ранее развёртывания военной промышленности и перевода всей экономики воевавших стран на военные рельсы (табл. 12).

Вначале в Первой мировой войне участвовало 8 государств с населением 732 млн чел. (с колониями), к концу войны в неё были вовлечены 33 страны с населением свыше 1,5 млрд чел. (75% населения земного шара). Первая мировая война охватила территорию Европы, Азии и Африки общей площадью свыше 4 млн км^2. К началу войны обеими коалициями было выставлено 480 дивизий (9 747 тыс. чел.), но этого оказалось недостаточно. Всего в ходе войны было мобилизовано (по уточнённым данным) 73 515 тыс. чел. (в т. ч. в странах Антанты 48 355 тыс. и в странах германского блока 25 160 тыс.). К маю 1917 года насчитывалось 889 дивизий (525 у Антанты и 364 у центральных держав). Первая мировая война оказала сильнейшее влияние на развитие военного искусства и выявила огромную роль экономического и морального факторов.

В ходе Первой мировой войны, наряду с развитием старых, создавались новые военно-технические средства борьбы и новые роды войск: авиация, бронетанковые войска, войска ПВО, тяжёлая и зенитная артиллерия, химические части, подразделения и части связи, автомобильные и дорожные, обеспечивавшие боевую деятельность основных родов войск. В составе ВМФ значительно увеличилось количество подводных лодок, появилась морская авиация. Всё возраставшее оснащение вооруженных сил военной техникой внесло в ходе войны серьёзные изменения в организацию военных действий и в управление ими.

Изменение характера вооруженной борьбы привело к возникновению операции как комплекса боёв, сражений и манёвра, объединённых единством цели и плана действий. Развитие тактики шло главным образом по линии совершенствования способов организации и ведения общевойскового боя на базе новых тех-

Таблица 12

Производство различных видов военной техники в период первой мировой войны 1914–1918 гг.

	Германия	Австро-Венгрия	Франция	Англия	Россия	Италия	США	Всего
Винтовки (в тыс.)	8 547	3 500	2 500	3 854	3 300	2 400	3 500	27 601
Пулемёты (в тыс.): станковые ручные	280,0 —	40,5 —	87,0 225,0	239,0 —	28,0 —	101,0 —	75,0 —	850,5 225,0
Артиллерийские орудия (в тыс.)	64,0	15,9	23,2	26,4	11,7	6,5	4,0	151,7
Миномёты (в тыс.)	12,0	—	3,0	2,5	—	—	0,6	18,1
Танки (в тыс.)	0,1	—	5,3	2,8	—	—	1,0	9,2
Самолёты (в тыс.)	47,3	5,4	52,1	47,8	3,5	12,0	13,8	181,9
Артиллерийские снаряды (в млн шт.)	306,0	80,0	290,0	218,0	67,0	70,0	20,0	1051,0
Патроны (в млрд шт.)	8,2	4,0	6,3	8,6	13,5	3,6	3,5	47,7
Автомашины (в тыс.)	65,0	—	110,0	87,0	20,0	28,0	30,0	340,0

нических средств борьбы. Наступательный бой характеризовался проведением длительной артиллерийской подготовки, рассредоточенными и эшелонированными боевыми порядками, последовательным методическим овладением оборонительными позициями противника, совершенствованием методов атаки, переходом от линейной тактики (атака волнами, цепями) к групповой. Тактика оборонительного боя развивалась по линии совершенствования глубины обороны и увеличения мощи её огня, организации контратак и осуществления манёвра огневыми средствами внутри

оборонительной полосы. Усложнение общевойскового боя выдвинуло проблему чёткой организации взаимодействия между различными родами войск.

Печальным итогом Первой мировой войны являются огромные людские потери противоборствующих сторон. Сведения о людских потерях российских вооруженных сил в Первую мировую войну, встречающиеся в отечественных и зарубежных источниках, в большинстве своем страдают противоречивостью. Объясняется это прежде всего неодинаковой полнотой и достоверностью материалов, использованных исследователями, а также существенными различиями в методике подсчета потерь.

В результате разница, например, в количестве погибших и умерших российских солдат и офицеров, колеблется в опубликованных работах от нескольких десятков тысяч до 1–2 млн чел. В подтверждение этого факта приводим здесь ряд цифр безвозвратных демографических потерь русской армии, взятых нами из разных отечественных источников: 511 068 чел., 562 644 чел., 626 890 чел., 775 369 чел., 908 000 чел., 2 300 000 чел., 3 000 000 чел. [108].

В собранном виде эти данные представлены в табл. 13 [109, 110, 111].

Большие безвозвратные потери беспокоили русских генералов. Главнокомандующий Северо-Западным фронтом генерал от инфантерии Н.В. Рузский так объяснял в приказе большие потери: «В боях с 13 по 26 сентября наша пехота понесла потери, не соответствующие по своим размерам тем силам противника, которые действовали против нас.

Одна из причин чрезмерно больших потерь в пехоте заключаете том, что наступление ведется в ротах густыми цепями и даже кучами. Напомнить войскам, что при современном оружии наступление с одной стрелковой позиции на другую должно производиться под действительным огнем перебежками целыми взводами и отделениями или звеньями и одиночными людьми с накапливанием взводов на новых стрелковых позициях.

Другая причина чрезмерных потерь заключается в излишнем наслаивании ротных и батальонных резервов. Предложить строевым начальникам напомнить людям главные основания действий пехоты, изложенные в Наставлении для действий пехоты в бою 1914 года. Приостановка наступления дает полную возможность к этому» [112].

Таблица 13

Безвозвратные демографические потери русской армии в Первой мировой войне 1914–1918 гг. (в абсолютных цифрах)

Виды потерь	Всего	В том числе	
		Офицеров и классных чинов	Нижних чинов
Безвозвратные боевые потери			
Убито, умерло на этапах санитарной эвакуации	1 200 000	23 134	1 176 866
Пропало без вести (считаются умершими или погибшими)	439 369	733	432 038
Умерло от ран в госпиталях	240 000	7123	232 877
Умерло от отравления газами	11 000	161	10 839
Итого	1 890 369	37 749	1 852 620
Безвозвратные небоевые потери			
Умерло от болезней	155 000	10 350	144 650
Умерло в плену	190 000	1140	188 860
Погибло, умерло в результате несчастных случаев и др. причин	19 000	2160	16 840
Итого	364 000	13 650	350 350
Всего	2 254 369	51 399	2 202 970

Но и через год войны ничего не изменилось. В июне 1915 года командующий 8-й армией А. А. Брусилов приказывал атаковать не только густыми цепями, а колоннами, и чтобы лучше шли, сзади «иметь особо надежных людей и пулеметы, чтобы если понадобится заставить идти вперед и слабодушных».

Подобное пренебрежение солдатскими жизнями сохранилось у русского командования вплоть до конца войны и во многом предопределило революцию 1917 года. Н. Н. Головин цитирует записку, поданную императору в ноябре 1916 года 28 членами Государственной думы и Государственного совета, входившими в состав Особого совещания для обсуждения и объединения мероприятий по обороне государства, и ответ на записку генералов А. А. Брусилова и Н. В. Рузского.

Авторы записки указывали, что «принцип бережливости людской жизни не был в должной мере воспринят нашей армией и не

был в ней достаточно осуществлен. Многие офицеры не берегли себя; не берегли их, а вместе с тем и армию и высшие начальники. В армиях прочно привился иной взгляд, а именно, что при слабости наших технических сил мы должны пробивать себе путь преимущественно ценою человеческой крови.

В результате в то время, как у наших союзников размеры ежемесячных потерь их армий постепенно и неуклонно сокращаются, уменьшившись во Франции по сравнению с начальными месяцами войны почти вдвое, у нас они остаются неизменными и даже имеют склонность к увеличению».

Во избежание этого, по мнению членов Совещания, подписавших записку, необходимо внушить всем начальствующим лицам, что легкое расходование людской жизни независимо от чисто гуманитарных соображений вообще недопустимо, ибо наш человеческий запас далеко не неистощим. Это необходимо, по мнению авторов записки, «не только для сохранения боевой мощи нашей армии до победоносного окончания войны, но и для обеспечения работы тыла, при дезорганизации которого потребности армии невозможно будет удовлетворить.

Широкое развитие и применение различных Предохранительных средств, как-то: касок, наплечников, более усовершенствованных укреплений и окопов, — вот к чему мы должны ныне прибегнуть, а в основу всех тактических мероприятий должно быть положено стремление заменить энергию, заключающуюся в человеческой крови, силою свинца, стали и взрывчатых веществ» [112].

Санитарные потери армии (раненые, заболевшие, пострадавшие от газов) были колоссальными. Достаточно сказать, что только госпитализированных за время войны военнослужащих, нуждавшихся в продолжительном лечении, учтено 5 148 180 чел., из них раненых 2 844 500 и заболевших 2 303 680 чел.

В целом размер санитарных потерь, понесенных Русской армией в ходе этой войны, до настоящего времени остается весьма приблизительным. По данным П. В. Абрамова, всего насчитывалось 3 768 669 раненых и контуженных, 65 158 пораженных боевыми отравляющими веществами и 5 069 920 заболевших. В числе последних 301 826 человек перенесли различные инфекционные заболевания [113].

Только за период с начала войны до середины ноября 1916 г. во внутренний район с театра военных действий было направлено

4 154 493 раненых и больных, в т.ч. 2 539 850 из лечебных учреждений «тылового района» фронтов, что составляло в среднем в месяц 151 072 человека.

Смертность при этом достигла (к общему числу эвакуированных) у нижних чинов среди раненых 0,5%, больных — 0,9%; у офицеров — 0,7 и 1% соответственно.

Выздоровело и направлено в действующую армию нижних чинов среди раненых около 50%, больных — 55%, а из числа офицеров — 72 и 70% соответственно [113]. Инвалидность среди раненых Е.И. Смирнов определял цифрой более чем в 20%.

Особый интерес представляет анализ военных потерь русской армии в сравнении с аналогичными показателями вооруженных сил других держав, участвовавших в войне [109, 113, 114] (табл. 14).

Из таблицы видно, что русская армия по сравнению с армиями других участников военных коалиций понесла в Первой мировой

Таблица 14

Потери вооруженных сил основных участников Первой мировой войны

Государства	Виды потерь (в тыс.)			Всего потерь (в тыс.)	Численность армий (в тыс.)	% потерь от численности армий
	Демограф. потери	Санитарные потери	Попавшие в плен			
Страны Антанты						
Россия	2254,4	3749,0	3343,9	9347,3	15500,0	60,3
Англия	908,4	2035,9	358,8	3303,1	9500,0	34,8
Франция	1397,8	2800,0	504,0	4701,8	8407,0	55,9
Италия	381,0	800,0	500,0	1681,0	5600,0	30,0
Бельгия	38,2	150,0	70,0	258,2	500,0	51,6
Сербия и Черногория	40,0	152,0	200,0	392,0	800,0	49,0
Страны Тройственного союза						
Германия	2350,0	4510,0	1000,0	7860,0	13251,0	59,3
Австро-Венгрия	1100,0	1980,0	1800,0	4880,0	9000,0	54,2
Турция	250,0	763,7	479,6	1493,3	2800,0	53,3
Болгария	33,0	92,4	78,0	203,4	450,0	45,2

войне самые большие потери, составившие более 60% от общей численности вооруженных сил. То есть больше, чем побежденные (год спустя) Германия и Австро-Венгрия.

Был выбит фактически весь кадровый состав (1,4 млн чел.) и военнообязанные 1 и 2 очереди (5, 6 млн чел.), из которых складывалась основная ударная сила российской армии. Через три года войны в ней обнаружилось катастрофическое падение боеспособности, а в конце 1917 — начале 1918 г. армия практически распалась.

Высокой ценой платило и медицинское сословие за свой самоотверженный труд.

По сведениям комиссии, изучавшей санитарные последствия Первой мировой войны (1923), общие потери медицинского персонала Русской армии составляли 6218 человек, в т.ч. 848 числились среди погибших и умерших, 898 — среди раненых и пораженных боевыми отравляющими веществами, 4472 — среди перенесших различные болезни. Потери среди врачей и фельдшеров определялись в 1076 человек, в т.ч. ранеными и контуженными — 287, отравленными газами — 12, убитыми и умершими от ран — 47, пропавшими без вести — 40 и попавшими в плен — 690 [109].

Но были и позитивные моменты в деятельности военно-медицинской службы.

Основными достижениями российской военной медицины в годы Первой мировой войны следует считать:

– создание подвижных хирургических отрядов, хирургических групп и других видов подвижных хирургических резервов;

– появление специализированной медицинской помощи (глазные отряды, отделения и госпитали для челюстно-лицевых ранений, лечебные заведения для легкораненых);

– повышение хирургической активности на главных перевязочных пунктах;

– быстрое развитие в действующей армии автомобильного санитарного транспорта;

– зарождение и развитие армейского звена медицинской службы с ее армейскими приемниками на железной дороге и в узлах грунтовых путей эвакуации;

– создание мощного и хорошо оборудованного железнодорожного санитарного транспорта;

– введение обязательных прививок против брюшного тифа и холеры;

– введение походной дезинфекционной камеры и создание лабораторий на фронтах;

– реализация разветвленной сети изоляционно-пропускных и обсервационных пунктов на железнодорожных и водных путях эвакуации;

– создание сети инфекционных госпиталей — заслонов на путях сообщений от распространения эпидемий;

– организация банно-прачечного обслуживания войск на фронтах (в позиционный период войны);

– зарождение и развитие средств защиты от боевых отравляющих веществ;

– создание подвижных запасов медицинского имущества в дивизиях и корпусах;

– относительно широкое применение рентгеновских установок в полевых условиях;

– разработка В. А. Оппелем учения об этапном лечении раненых и больных в условиях войны [115].

Однако, были и серьезные недостатки в деятельности медицинской службы.

С первых и до последних дней войны русская армия, военно-медицинские учреждения не могли быть в полной мере обеспечены предметами медицинского снабжения из-за отсутствия в стране развитой фармацевтической промышленности, большой зависимости России в этой области от иностранных государств. Меры, принятые царским правительством по экстренному разрешению многочисленных проблем медицинского снабжения, носили паллиативный характер.

В годы Первой мировой войны быстрое восполнение людских потерь за счет возвращения в строй раненых и больных после лечения становится фактором оперативного и даже стратегического значения. Однако, несмотря на значительный прогресс медицинской науки и практики, развитие военно-полевой хирургии, терапии, гигиены и эпидемиологии, а также самоотверженный труд медицинского персонала, медицинская служба русской армии обеспечила возвращение в строй всего лишь 50% общего числа «пораженных в боях» и больных, не смогла предотвратить развитие в действующей армии эпидемий инфекционных заболеваний.

Основные причины неудовлетворительных итогов работы медицинской службы русской армии в Первой мировой войне, по

мнению Е. И. Смирнова (1942), состояли «в плохой организации военно-санитарного дела... в неправильном понимании задач военной медицины в кругах верховного командования... в отсутствии четкого, единого руководства постановкой лечебного дела как в полевой санитарной службе, так и в тыловых госпиталях со стороны Главного военно-санитарного управления» [116].

Эвакуация в русской армии в годы Первой мировой войны 1914–1917 гг. основывалась на требованиях «Временного положения об эвакуации больных и раненых в военное время», утвержденного в разгар войны, в августе 1914 г. Это повлекло за собой бессистемность в эвакуационном процессе первых месяцев войны: в нужном месте, в нужное время, в необходимом количестве не оказалось санитарных поездов, эвакуационных пунктов, госпитальных средств. Само Временное положение оказалось несовершенным. Система эвакуации, установленная этим документом, не отвечала характеру разразившейся мировой войны и ее средствам истребления живой силы.

План эвакуации раненых и больных, разработанный перед войной «строевыми органами и со строевой точки зрения», в военное время проводился в жизнь на фронтах органами военно-медицинского ведомства, которое в силу ряда причин оказалось не в состоянии поставить эвакуационное дело на надлежащую высоту. Среди этих причин самым существенным было отсутствие связи эвакуационных органов с железнодорожным техническим персоналом. Принятые в годы войны меры к ликвидации этого недостатка носили формальный характер [117].

Война показала, что эвакуационное дело, являющееся по своему существу компетенцией военно-медицинской службы, неразрывно связано не только с органами управления средствами эвакуации, но и с оперативными органами управления армий и другими обслуживающими армию организациями. Это обстоятельство легло в основу формирования фронтового органа управления медицинской службой во главе с начальником санитарной части армий фронта.

В процессе эвакуации вскрылось отсутствие взаимодействия между органами управления военно-медицинской службой армий и фронта, соседних армий и фронтов, театра военных действий и внутреннего района страны. Создание Управления Верховного начальника санитарной и эвакуационной части во главе с принцем

А. П. Ольденбургским, призванного интегрировать, объединять и координировать эту важную работу, явилось новым и вполне оправданным в тех условиях шагом. Однако в силу ряда объективных и субъективных причин оно не достигли своих целей.

Опыт войны показал, что сам термин «эвакуация» понимался неправильно и слишком узко. Выяснилось, что под эвакуацией раненых и больных следует понимать не только их перевозку в тыл, но и всю связанную с ней систему лечения раненых и больных и ухода за ними.

Стремление навсегда покончить с огульным вывозом раненых и больных с фронта в тыл и превратить его в медицинскую эвакуацию побудило профессора Военно-медицинской академии В. А. Оппеля в октябре 1915 г. выдвинуть и в последующем настойчиво защищать принцип «этапного лечения» раненых.

Сложившаяся в начале XX в. структура медицинской службы отдельной (частной) армии, а также фронтового объединения, кроме органов управления, стала иметь организационно оформившиеся штатные медицинские подразделения, части и учреждения. Именно с этого времени их качественный состав (комплект), принципы развертывания и организации работы стали традиционными для медицинской службы Сухопутных войск русской армии [117].

Кроме того, необходимо отметить, что Первая мировая война была сильнейшим катализатором для дальнейшего развития медицины.

Нужда — мать изобретений. Новые потребности медицины породили срочную необходимость в инновациях, многие из которых не утратили актуальности и сегодня [118]:

1. Сортировка на этапах

Одним из важнейших нововведений стала система медицинской сортировки раненых и пострадавших. В условиях массового поступления раненых и больных медицинская служба не имеет возможности помочь всем сразу, поэтому остро встает вопрос об очередности лечения. Расстановка приоритетов в порядке лечения требуется для сохранения максимального количества жизней.

Медицинскую сортировку, или триаж (от французского triage) начал разрабатывать французский врач Доминик Ларрей еще во время Наполеоновских войн. Основоположник русской военно-полевой хирургии Николай Пирогов существенно развил ее во время Крымской войны. В Первой мировой войне сортировка

стала стандартом в работе военной медицинской системы. В разное время в армиях разных стран имелись свои нюансы триажа. Например, при сборе раненных на полях сражений Первой мировой французы выделяли следующие три категории:

– те, кто скорее всего выживет независимо от вида полученной помощи;

– те, кто скорее всего умрет независимо от вида полученной помощи;

– те, для кого немедленное оказание помощи улучшит исход болезни.

Во время Первой мировой войны была выработана четкая последовательность транспортировки больных, значительно ускорившая медицинское обслуживание. С поля боя солдат на носилках доставляли в медицинский пункт полка. Далее, при необходимости, их везли в эвакуационный пункт, а затем — на санитарном поезде в эвакуационный госпиталь. В предыдущих войнах помощь оказывали недалеко от мест сражений, что подвергало раненых и медперсонал огромной опасности.

На основе наблюдений во время Первой мировой войны французские врачи выработали концепцию «золотого часа», согласно которой помощь больным с множественными ранениями должна была оказываться не позже чем через час.

В несколько модифицированном виде эти системы сортировки и транспортировки используются и сегодня, военно-полевая медицина без них немыслима.

2. Мобильные рентген-аппараты

Качество оказания помощи вышло на новый уровень, когда современные средства диагностики стали более доступными и переместились ближе к линии фронта. Во время Первой мировой войны впервые был использован передвижной рентген-аппарат для обнаружения пуль и шрапнели.

Широкое и эффективное использование тогда еще новаторского метода исследования в полевых условиях начала во Франции Мария Кюри. Будучи руководителем радиологической службы Красного Креста, в конце 1914 года она создала первый военный рентгенологический центр. При помощи военного врача и своей 17-летней дочери Кюри обеспечила создание 200 рентгенологических отделений и оснащение 20 рентгенологических автомобилей.

В автобиографических заметках она так описывает это время: «В начале войны военное управление здравоохранения не имело организованной рентгенологической службы, в то время как гражданская рентгенология была, хоть слабо, но организована. Рентгеновские установки имелись лишь в крупных больницах, на них могли работать только несколько специалистов...

Чтобы разрешить эту проблему, я собрала все аппараты, которые можно было найти в лабораториях и магазинах. С этим оборудованием в августе и сентябре 1914 года я основала несколько рентгенологических станций, работа которых обеспечивалась проинструктированными мной добровольцами. Эти станции принесли большую пользу во время Марнского сражения.

Но поскольку они не могли удовлетворить потребность всех госпиталей вокруг Парижа, с помощью Красного креста я оснастила рентгенологическую машину. Это был простой прогулочный автомобиль, занятый под перевозку полного рентген-аппарата с динамо-машиной, работающей от двигателя и дающей электрический ток для получения лучей. Эта машина могла добраться до любого госпиталя в окрестностях Парижа. В госпиталях, где находились раненые, которых нельзя было транспортировать, такая необходимость возникала часто».

3. Переливание и хранение крови

До Первой мировой войны переливание крови практиковалось редко. Это была опасная процедура, поскольку проверка крови на совместимость и инфекции не проводилась. В 1916–1917 годах майор Лоуренс Робертсон из Медицинского корпуса Канадской армии провел ряд прямых переливаний от пациента к пациенту в полевых условиях без проверки совместимости. Несмотря на то, что порой процедура приводила к смерти, это нововведение в три раза увеличило выживаемость солдат с ранениями туловища.

В 1917 году капитан Освальд Робертсон из резерва Армии США показал, что кровь можно запасать впрок и хранить, используя цитрат натрия для предупреждения свертывания. Он считается автором первого в мире банка крови и его мобильного варианта.

Переливание крови спасло множество жизней и может считаться одним из важнейших достижений медицины времен Первой мировой войны.

4. Пластическая хирургия

В предыдущих военных конфликтах от болезней умирало больше людей, чем в бою. Во время англо-бурской войны 1899–1902 годов со стороны англичан и союзников насчитывались 22 тысячи погибших, причем только восемь тысяч из них погибли в схватке с противником. Первая мировая война прервала эту «традицию» — больше половины потерь были боевыми. Без антибиотиков врачи вынуждены были полагаться в основном на йод, хирургическую обработку ран и ампутации.

После ампутаций и получения тяжелых увечий стали выживать больше пациентов. Это поставило перед врачами новую задачу — помочь людям вернуться к обычной жизни и работе. Сильные повреждения лица, в том числе боевыми газами, способствовали развитию пластической хирургии.

В Британии доктор Гарольд Гиллис изобрел несколько способов восстановления лица с использованием тканей, взятых из других частей тела. Он разработал методику трансплантата на питающей ножке, которая используется в настоящее время. При объемных увечьях лица использовались замещающие протезы, включая искусственный глаз.

Многие из них разработал зубной техник Арчи Лэйн. С 1917 по 1921 год через Королевский госпиталь, где работали эти специалисты, прошли около 5 тысяч пациентов.

5. Протезирование

Протезирование конечностей на момент начала войны было на низком уровне: протезы были неудобны, создавали лишь видимость целостности тела, пациенты часто отказывались носить их. Новые условия требовали более высокого качества искусственных конечностей и производства их в промышленных масштабах с использованием прочных материалов, например, легких металлов.

Настоящий скачок в качестве протезов произошел после окончания войны. При этом дизайн протезов включал ряд довоенных патентованных разработок, не имевших широкого применения ранее. Была использована разработанная Дорренсом в 1912 году искусственная насадка на руку, оснащенная раздвоенным крюком, позволявшая брать вещи и выполнять ежедневные задачи.

Также стали применять протезы из алюминиевых сплавов, предложенные годом позже Марселем и Шарлем Дезутерами. Определенные виды протезов были приспособлены для выпол-

нения конкретных функций. В таких случаях эстетика играла второстепенную роль.

Сотрудничество промышленности и медицины, зародившееся во время войны, стало базой для развития отрасли протезирования, которая до сих пор является междисциплинарной.

6. Медицинская токсикология

Первая мировая война ознаменовалась началом применения химического оружия, в течение боевых действий от него пострадали около 1,3 миллиона человек. Дату первой химической атаки, 22 апреля 1915 года, можно считать днем рождения военной токсикологии, которая после этого стала отдельной научной дисциплиной.

Отечественные токсикологи экстренно отреагировали на использование боевого газа. В Санкт-Петербурге был создан Военно-химический комитет, который занимался разработкой противохимической защиты. Его газовый отдел возглавлял профессор Военно-медицинской академии Григорий Хлопин. Ведущие токсикологи, гигиенисты и терапевты работали над изучением отравляющих веществ. Впервые в истории военную токсикологию как отдельный предмет стали преподавать в петербургской Военно-медицинской академии.

7. Гигиенические прокладки

В 1914 году глава небольшой американской компании Kimberly-Clark Эрнст Малер, во время посещения бумажных фабрик Германии познакомился с материалом под названием «целлюкоттон» (аналог ваты, произведенный из целлюлозы). Он поглощал в пять раз больше влаги, чем вата, а при массовом производстве был в два раза дешевле. Зарегистрировав вещество как торговую марку, Малер в 1917 году стал выпускать из него тампоны для хирургических перевязок.

Медицинские сестры из Красного креста начали использовать его для собственных гигиенических целей. После окончания войны компания скупила избытки бинтов у Красного креста и военных и выпустила первые серийно изготовленные прокладки для женщин.

В новых войнах стороны применяют имеющиеся научные достижения для убийства людей. Медицина каждый раз должна принимать этот вызов и искать новые эффективные методы помощи. Однако такой «прогресс» не бесконечен. «Я не знаю, каким

оружием будет вестись Третья мировая война, но в Четвёртой будут использоваться палки и камни», — писал Альберт Эйнштейн президенту США Гарри Трумену в 1945 году. К знаменитому высказыванию хочется добавить, что лечить пострадавших в ней будут травами и заклинаниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жбанков Д. Н. Некоторые итоги устройства городского врачебно-статистического дела // Русский врач. — 1915. — № 46. — С. 1103.

2. ЦГИА, ф. 1278, оп. 2, д. 2388, л. 9.

3. Статистический ежегодник России. 1914. ПГ. — 1914. — Отд. III. — С. 1–6.

4. ЦГИА, ф. 2018, оп. 1, д. 124, л. 75, 93.

5. Отчет о санитарном состоянии русской армии за 1912 г. — СПб., 1914. — С. 4, 305–328.

6. Энциклопедический словарь военной медицины. — 1948. — М. — Т. 3. — С. 1086–1087, 862–863, 864–865.

7. Санитарная служба Русской армии в войне 1914–1917 гг. — Куйбышев, 1942. — С. 11, 16.

8. Чиж И. М., Шелепов А. М., Веселов Е. И. История военной медицины. — М.: Медицина, 2007. — С. 128.

9. История Императорской Военно-медицинской (бывшей Медико-хирургической) академии за 100 лет: 1798–1898 / Под ред. проф. Ивановского: в 24 ч. — 1898. — 828 с.

10. Фундаментальная библиотека ВМедА. Фонд рукописей, ФХХII, ед. хр. 18, № 2. — С. 13, 95.

11. Гладких П. Ф., Шелепов А. М. Развитие системы подготовки медицинских кадров для сухопутных войск России. — [Электронный ресурс]. URL: www.crb-saraktash.ru

12. Гладких П. Ф., Корнюшко И. Г., Локтев А. Е. Очерки истории отечественной военной медицины. Книга III. Медицинская служба русской армии накануне и в ходе Первой мировой войны 1906–1917 гг. — Уфа. — 2006. — 320 с.

13. Соколов Е. И. Сто великих тайн Первой мировой. — М.: Вече, 2014. — С. 21, 115–117.

14. Уткин А. И. Первая мировая война. — М., 2002. — 672 с.

15. Палеолог М. Царская Россия во время мировой войны. — М.: Международные отношения. — 1991. — С. 155–156.

16. Зайончковский А. М. Подготовка России к империалистической войне. Первая мировая война. — СПб.: Полигон, 2002. — 878 с.

17. Хромов Ф. Восточно-Прусская операция. Оперативно-стратегический очерк. — М.: Воениздат. — 1940. — С. 81.

18. Стратегический очерк войны 1914 — 1918 гг. Сборник документов. — М., 1922. — Ч I. — 274 с.

19. Корнюшко И. Г., Гладких П. Ф., Локтев А. Е. Медицинская служба Русской армии в Первой мировой войне 1914-1918 гг. — Военно-медицинский журнал. — 2009. — № 8. — С. 79.

20. Будко А. А., Бринюк Н. Ю. Русскую армию спасал Николай Чудотворец... — Военно-медицинский журнал. — 2015. — № 4.

21. Корнюшко И. Г., Гладких П. Ф., Локтев А. Е. Медицинская служба Русской армии накануне и в ходе Первой мировой войне 1906–1917 гг. // Очерки истории отечественной военной медицины. — Кн. 3. — 2006. — Уфа. — 318 с.

22. Бурденко Н. Н. Собрание сочинений. — Т. 2. — 1951. — М. — 291 с.

23. Энциклопедический словарь военной медицины. — Т. 3. — 1948. — М. — С. 1093-1094.

24. Горелова Л. Е., Локтев А. Е. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение Русской армии в Первой мировой войне 1914–1918 гг. — Военно-медицинской журнал. — 2014. — № 2. — С. 74–78.

25. Александров В. Н. Инфекционная заболеваемость в Русской армии в Первую мировую войну 1914–1918 гг. / Рукопись. — Л., 1973. — С. 27.

26. Энциклопедия. История войн. — Том 32. — Аванта, 2009. — С. 363–367.

27. Кривошеев Г. Ф. Россия и СССР в войнах XX века, 2001. — 608с.

28. Мои ранние годы: 1874–1904/ Уинстон Черчилль; Пер. с англ. Е. Осоневой, В. Харитонова. — М.: КоЛибри, Азбука — Аттикус, 2012. — 68 с.

29. Центральный военно-исторический архив. — Ф. 2000, оп. 3, д. № 3144, л. 41, 42, 43.

30. Хлебников В. Газокосилка // Совершенно секретно. — 2015. — № 18.

31. Фролов В., Алексеев И. Убийство эрцгерцога и гибель миллионов // Гражданская защита. — 2004. — № 8. — С. 46–47.

32 Бурденко Н.Н. Собрание сочинений. — Том 2. — 1951. — М. — С. 65–66.

33. Центральный военно-исторический архив. — Ф. 369, оп. УП, д. № 42, л. 76.

34. Центральный военно-исторический архив. — Ф. 2134, оп. 5, д. № 216, л. 587, 588.

35. Супотницкий М. В. Отравляющие вещества и химическое оружие Первой мировой войны // Офицеры. — 2010. — № 3. — С. 56–61.

36. Уткин А. И. Первая мировая война. — М.: Изд-во Эксмо, 2002. — С. 347.

37. Энциклопедический словарь военной медицины. — М.,1948. — Т. 4. — С. 1101.

38. Уткин А. И. Первая мировая война. — М.: Изд-во Эксмо, 2002. — С. 290.
39. Там же, с. 291.
40. Там же, с. 283.
41. Кривошеев Г. Ф. (под редакцией). Россия и СССР в войнах XX века: Потери Вооруженных сил. — М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2001. — 608 с.
42. Уткин А. И. Первая мировая война. — М.: Изд-во Эксмо, 2002. — С. 284.
43. Нокс А. Вместе с русской армией. Дневник военного атташе 1914—1917. — М.: Центрополиграф, 2014. — 672 с.
44. Ветошников Л. В. Брусиловский прорыв. Оперативно-стратегический очерк. — М., 1940. — С. 56.
45. Мои воспоминания. Брусиловский прорыв/ А. А.Брусилов. — М.: Эксмо, 2013. — С. 146.
46. Энциклопедический словарь военной медицины. — М.,1948. — Т. 4. — С. 1101.
47. Уткин А. И. Первая мировая война. — М.: Изд-во Эксмо, 2002. — С. 315.
48. Семанов С. Н. Брусилов А. А. — М.: Молодая гвардия, 1980. — С. 114.
49. Уткин А. И. Первая мировая война. — М.: Изд-во Эксмо, 2002. — С. 316.
50. Оппель В. А. Очерки хирургии войны. – Л., 1940. — С. 180.
51. Бурденко Н. Н. Собрание сочинений. — Т. 2. — М., 1951. — 291 с.
52. Оппель В. А. Основания сортировки раненых с лечебной точки зрения на театре военных действий // Военно-медицинский журнал. — 1915. — Октябрь. — С. 153–154.
53. Смирнов Е. И. Война и военная медицина. — М., 1979. — С. 48–49.
54. Оппель В. А. Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии. — Пг., 1917. — С. 28.
55. Там же. — С. 54.
56. Там же. — С. 62.
57. Оппель В. А. Большая хирургия в передовом лечебном поясе действующей армии. — 1916. — С. 37.
58. Оппель В. А. Советы начинающим хирургам передового театра военных действий. — Харьков, 1920.
59. Оппель В. А. Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии. — Пг., 1917. — С. 110.
60. На путях к дворцовому перевороту. Заговоры перед революцией 1917 года / С. П. Мельгунов; предисл. Ю. Н. Емельянова. — М.: Айрис-пресс, 2007. — 272 с.
61. «Вопросы истории» (1993, № 2).

62. Военные медики в годы Первой мировой войны. — Родина. — № 9. — 2004. — [Электронный ресурс]. URL: www.medscape.ru

63. Пожарные — солдатам. Военно-санитарные поезда. [Электронный ресурс]. URL: www.sanktpeterburg.bezformata.ru

64. Замятин А. Эвакуация в русской армии в империалистическую войну // Военно-санитарный сборник. — 1926. — Вып. 3. — С. 23.

65. ЦГВИА. — ф. 2003, оп. 2, д. 672. — лл. 428–433.

66. Крутов В. С., Шабунин А. В. Вклад в военную медицину принца А. П. Ольденбургского // Военно-медицинский журнал. — 1994. — № 11. — С. 72.

67. ЦГВИА. — ф. 2018, оп. 1, д.135. — лл. 61–62.

68. ЦГВИА. — ф. 2018, оп. 1, д.375-905. — лл. 358–361.

69. Крутов В. С., Шабунин А. В. Вклад в военную медицину принца А. П. Ольденбургского// Военно-медицинский журнал. — 1994. — № 11. — С. 72.

70. Руководство по санитарной эвакуации в РККА. — М.: Гос. мед. издательство, 1929. — С. 59–60.

71. Деревцова О. В., Поцелуева Е. А. Красный Крест. Медицина в годы войны. [Электронный ресурс]. URL: http://www.trar.ru

72. Вестник РОКК 1914. — № 3. — С. 897.

73. Архив Фундаментальной библиотеки ВМедА. Фонд XVI, ед. хр. 3. № 2/9.

74. Михайлов Д. Красный Крест и сестры милосердия в России и за границей. Петроград-Киев, 1914. — С. 35.

75. Очерк возникновения и деятельности РОКК. — СПб., 1913. — С. 46.

76. Русское чтение. — Пг., 1914. — № 131 (23 июля).

77. Всероссийский земский союз как новое интендантство // Жизнь для всех. — Пг., 1916. — № 8. — С. 948.

78. Вестн. РОКК. — Пг., 1914, № 8. С. 270

79. Будко А. А., Чигарева Н. Г. Российское общество Красного Креста в деле оказания медицинской помощи раненым и больным в Первой Мировой войне // Военно-медицинский журнал. — 2014. — № 9. — С. 74–78.

80. Отчет Комитета Российского общества Красного Креста общины сестер милосердия имени Ген.-Ад. М.П. Фон-Кауфмана и школы сиделок Красного Креста с 1 января 1914 г. по 1 января 1915 г. — Пг., 1915. — 87 с.

81. «Санитарная служба русской армии в войне 1914—1917 гг.». Куйбышев, 1942. С. 15, 127.

82. Оппель В. А. Мое жизнеописание. — СПб., 2002. — С. 447.

83. Вестник РОКК, 1914. — С. 158–161.

84. Вестник РОКК, 1915 № 1. — С. 171–172.

85. Вестник РОКК, 1915. — С. 1826.

86. Там же, 1915. — № 7. — С. 3591.

87. Заявление за подписями двадцати нижних чинов, находившихся на излечении в Воронежском Городском Госпитале № 2. Цит. по «Вестник РОКК», 1916. № 2. С.697.

88. Шувалова Александр Илларионовна — дочь графа И. И. Воронцова-Дашкова главноуполномоченного Красного Креста на Дальнем Востоке в 1904–1905 гг. и Кавказского наместника в 1905–1916 гг.

89. Оппель. В. А. Мое жизнеописание. — СПб., 2002. — С. 447.

90. Архив Фундаментальной библиотеки ВМедА. Фонд XVI. Ед. хр. 3. — С. 10.

91. Вестник РОКК, 1915. — С. 916.

92. Вестник РОКК, 1915. — С. 1345.

93. Вестник РОКК, 1917. — № 1. — С. 629.

94. Архив Фундаментальной библиотеки ВМедА. Фонд XVI. Ед. хр. 3. — № 2. — Л.99.

95. Брусилов А. А. Мои воспоминания. — М.-Л.: Гос. издательство воен. лит., 1929. — С. 78, 153.

96. РГВИА. Ф. 12651. Оп. 10. Д. 27. Л. 36, 37.

97. Шувалова Александр Илларионовна — дочь графа И. И. Воронцова-Дашкова главноуполномоченного Красного Креста на Дальнем Востоке в 1904–1905 гг. и Кавказского наместника в 1905–1916 гг.

98. Лапин К. В. XXX лет санитарного просвещения в РСФСР. — М., 1947. — С. 44.

99. Вестник РОКК, 1915. — № 6. — С. 1952.

100. Там же. — С. 1953.

101. Шевченко Ю. Л. Императорская военно–медицинская академия накануне Первой мировой войны / Ю. Л. Шевченко, О. Э. Карпов, Е. А. Шевченко // Вестн. нац. Мед.-нац. центра им. Н. И. Пирогова. — 2014. — № 2. — С. 3–6.

102. Свод Военных Постановлений. Кн. XV. — Заведения военно-учебное. — СПб., 1914. — С. 493, 494.

103. Свод Военных Постановлений. Кн. XV — Заведения военно-учебные. — СПб., 1914. — С. 455.

104. Российский государственный военно-исторический архив (РГВИА). Ф. 2018. Оп. 1. Д. 1243. Л. 64.

105. Будко А. А. «Русскую армию спасал Николай-Угодник...» Проблемы медицинского обеспечения русских войск в годы Первой мировой войны / А. А. Бутко, Н. Ю. Бринюк // Воен.- истор. журн. — 2014. — № 11. — С. 3–6.

106. Гадылгареев В. Г., Федорин С. В. Деятельность Императорской военно-медицинской академии в годы Первой мировой войны. // Вестн. Росс. Воен.-мед. акад. — 2018. — № 4 (64). — С. 265–269.

107. Горелова Л. Е., Локтев А. Е. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение Русской армии в Первой мировой войне 1914–1918 гг. // Военно-медицинский журнал. — 2014. — № 2. — С. 74–78.

108. Урланис Б. И. Войны и народонаселения Европы. — М., 1960. — С.144.

109. Головин Н. Н. Военные усилия России в мировой войне // Военно-исторический журнал. — 1993. №№ 1, 2, 4, 6, 7, 10, 11.

110. Россия в мировой войне 1914–1918 гг. (в цифрах). — М., 1925. — С. 30, 31,34-36.

111. Мировая война в цифрах. — 1934. — М.-Л. — С. 22–23.

112. Соколов Б. И. Сто великих тайн Первой мировой войны // Вече. М., 2014. — С. 374-375.

113. Абрамов П. В. Мировая война 1914–1918 гг. // Энциклопедический словарь военной медицины. — Т. 3. — М., 1948. — Стб. 1102, 1107–1113.

114. Потери в Первой мировой войне. [Электронный ресурс]. URL: https://ru.wikipedia.org

115. Санитарная служба русской армии в войне 1914–1917 гг. — Куйбышев, 1942. — С. 11, 16.

116. Смирнов Е. И. Предисловие // Санитарная служба русской армии в войне 1914–1917 гг. — С. 14.

117. Гладких П. Ф., Корнюшко И. Г., Локтев А. Е. Очерки истории отечественной военной медицины. Книга III. Медицинская служба русской армии накануне и в ходе Первой мировой войны. 1906–1917 гг. — Уфа, 2006. — С. 270–272.

118. Как Первая мировая война способствовала прогрессу медицины. Русская планета. [Электронный ресурс]. URL: http://rusplt.ru

ISBN 978-5-00182-144-1



В. В. Шилов, Ш. Л. Меараго, Е. Г. Сухотерина,
Д. М. Сухотерин, А. О. Пятибрат

РУССКАЯ МЕДИЦИНА
В ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЕ

Подписано в печать 20.04.2025. Усл. печ. л. 10,75. Формат 60×90 $^{1}/_{16}$. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Гарнитура PeterburgC. Тираж 300 экз. Заказ 4978.

Отпечатано в ООО «Политехника Сервис»
Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.