

ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ

© ШАПОШНИКОВ Г.Н., ЗАПАРИЙ В.В., 2021

Шапошников Г.Н.¹, Запарий В.В.²

Армейская медицина в годы Первой мировой войны

¹ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620014, Екатеринбург, Россия;
²ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» Министерства науки и высшего образования, 620002, Екатеринбург, Россия

В статье раскрываются развитие и функционирование важнейшей составляющей военно-медицинского обеспечения военного времени – эвакуационной системы. Дается характеристика концепции консервативной эвакуации, получившей развитие в русской армии в начале XX столетия, показаны усилия военно-медицинских служб, военных врачей и общественных организаций по расширению военно-медицинского обеспечения и совершенствованию системы эвакуации в годы Первой мировой войны. Отмечается, что, несмотря на большие усилия, эвакуация оставалась слабым местом военной медицины России и не соответствовала масштабам санитарных потерь.

Ключевые слова: Первая мировая война; медико-санитарное обеспечение; эвакуация; безвозвратные и санитарные потери

Для цитирования: Шапошников Г.Н., Запарий В.В. Армейская медицина в годы Первой мировой войны. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021; 65(2): 172-178.
<https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-2-172-178>

Для корреспонденции: Запарий Владимир Васильевич, доктор истор. наук, профессор каф. истории России, Уральский гуманитарный институт ФГАОУ ВО УрФУ, 620002, Екатеринбург. E-mail: vvzap@mail.ru

Участие авторов: Шапошников Г.Н. – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание текста, составление списка литературы; Запарий В.В. – концепция и дизайн исследования, написание текста, составление списка литературы, редактирование. Все соавторы – утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 27.05.2020

Принята в печать 04.06.2020

Опубликована 11.05.2021

Gennadiy N. Shaposhnikov¹, Vladimir V. Zapariy²

Army medicine during the First World War

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, 620014, Russian Federation;

²First President of Russia B.N. Yeltsin Ural Federal University, Yekaterinburg, 620002, Russian Federation

The article explains the development and functioning of an essential military component – medical support wartime – evacuation system. Describes the concept of conservative evacuation, developed in the Russian army at the beginning of the last century, shows the military medical services' efforts to expand military health care and improve the system of evacuation during World War I. It is noted that, despite significant efforts, the evacuation remained the weakest part of Russian military medicine and does not reflect the scale of sanitary losses.

Keywords: World War I; health security; evacuation; irrevocable and sanitary losses

For citation: Shaposhnikov G.N., Zapariy V.V. Army medicine during the First World War. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2021; 65 (2): 172-178. (In Russ.). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-2-172-178>

For correspondence: Vladimir V. Zapariy, DSc, Professor, Professor, Department of Russian History, Ural Humanitarian Institute of the Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin (UrFU), Yekaterinburg, 620002, Russian Federation. E-mail: vvzap@mail.ru

Information about the authors:

Shaposhnikov G.N., <https://orcid.org/0000-0002-4173-6810>; Zapariy V.V., <https://orcid.org/0000-0002-3326-4796>

Contribution of the authors: Shaposhnikov G.N. – the concept and design of the study, the collection and processing of the material, writing the text, compilation of a list of literature; Zapariy V.V. – the concept and design of the study, writing the text, editing. All co-authors – approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received May 27, 2020

Accepted June 04, 2020

Published May 11, 2021

В последнее время наблюдается всплеск публикаций по истории первого мирового военного конфликта. Выходят статьи и по такой малоизученной проблеме, как санитарно-медицинское обеспечение армии, качество врачебной помощи раненым и больным военнослужащим, общее состояние и результативность оказания медицинских услуг раненым и больным воинам [1–4].

История изучения вопроса

В современной отечественной историографии наиболее подробно изучены вопросы вклада общественных организаций в развитие госпитального дела, организационной работы Российского общества Красного Креста (РОКК), Земгора*, Союза городов и других общественных органов в обеспечение военных лечебных заведений кадрами, оборудованием и медикаментами. Приводится многочисленный статистический материал о развитии госпитальной системы и фармакологической базы, организации санитарных поездов, подготовке медицинских кадров [3, 5]. При этом в ряде публикаций прослеживаются панегирические оценки работы государственных, военных и общественных органов России по медицинскому обеспечению армии, описываются большие достижения и успехи в организации помощи раненым и больным. Так, в содержательной статье А.А. Будко, Е.Ф. Селиванова, Н.Г. Чigareвой утверждается, что к концу войны количество коек в лечебных учреждениях достигло 1 млн и было вполне достаточным, а количество санитарных поездов обеспечивало эвакуацию раненых и больных с театра военных действий в тыл страны [6, С. 61]. Этим авторам вторит О.С. Ишутин, который отмечает, что военно-санитарная служба воинских формирований Российской императорской армии на начало Первой мировой войны имела стройную организационную структуру, которая успешно функционировала в начальный период военных действий, и также считает, что количество санитарных поездов на восточном фронте соответствовало потребностям вывоза раненых и больных [7, С. 150]. В других работах содержатся более сдержанные суждения и оценки. Р.У. Хабриев в очерке по истории здравоохранения в годы Первой мировой войны убедительно показывает, что Управление верховного начальника санитарной и эвакуационной части во главе с принцем А.П. Ольденбургским не сумело обеспечить необходимую медицинскую помощь воинам, не смогло скоординировать деятельность различных врачебно-санитарных организаций. В результате огромные средства трагически неравномерно и нерационально [5, С. 224].

Наша публикация посвящена некоторым вопросам эвакуационной политики, которая оставалась важнейшей составляющей всей системы армейского медико-санитарного обеспечения.

Система военной медицины в Российской империи

Развитие массовой медицинской работы в условиях войны зависит от многих факторов. В начале XX столетия она определялась:

- боевой обстановкой (наступление, отступление, позиционная война);

- медико-тактической обстановкой (количество поступающих раненых, состояние сети сортировочных пунктов и госпиталей в прифронтовой полосе и в тылу);
- эпидемической обстановкой и способностью медико-санитарных служб противостоять массовым инфекционным заболеваниям;
- медицинским снабжением, состоянием транспортной инфраструктуры, масштабами эвакуации.

В начале XX в. российская армия уже располагала стройной системой медицинского и санитарного обеспечения. Этой сферой военного строительства руководило Главное военно-санитарное управление военного министерства. Во всех военных округах имелись управления санитарной службы, которые координировали работу всех военно-медицинских и санитарных инстанций на подведомственной территории, следили за состоянием лечебных учреждений и санитарных складов, медицинских кадров, результативностью лечения. По штатам мирного времени в каждом полку имелись 1 старший врач и 4 младших, 1 старший фельдшер и 4 младших, 1 аптечный фельдшер, 6 лазаретных служителей. Доврачебная помощь оказывалась ротными фельдшерами. Розыск раненых и вынос их с поля боя, оказание первой помощи и доставка на перевязочные пункты возлагались на полковых носильщиков, организационно входящих в команду носильщиков полкового (дивизионного) лазарета. В мирное время имелось 4 носильщиков на роту, а в военное время их число в полку значительно возрастало [8, С. 237–238].

Структура полевых военно-медицинских армейских учреждений по штатам мирного времени состояла из дивизионных госпиталей, полевых подвижных госпиталей, полевых запасных госпиталей, военно-санитарных транспортов, крепостных госпиталей. Кроме того, в каждом военном округе был постоянный военный госпиталь на 200 коек с терапевтическим, хирургическим, глазным, кожно-венерологическим, инфекционным (острозаразным) отделениями. В губернских городах располагались местные военные лазареты, в дивизиях и полках существовали дивизионные и полковые лазареты. В 1913 г. в российской армии насчитывалось всего 3100 врачей [9, ст. 41].

По мнению армейских чинов и служащих Главного военно-санитарного управления, существовавшая в стране система эвакуации, количество врачебного персонала, конечных мест в армиях и военных округах вполне соответствовала требованиям будущей войны.

В военное время предполагалось развертывание следующей системы полевых военно-санитарных и медицинских подразделений:

- войсковые лазареты (на 16 мест в 4 батальонных полках, 8 мест – в 2 батальонных полках);
- перевязочные отряды (по 1 на дивизию);
- лазареты на 210 мест (по 2 на пехотную дивизию);
- дезинфекционные отряды (по 1 на дивизию);
- санитарно-гигиенические отряды (по 1 на корпус);
- полевые и подвижные госпитали на 210 мест (по 2 на дивизию);
- полевые запасные госпитали на 210 мест (по 4 на дивизию);
- военно-санитарные транспорты (по 1 на дивизию);
- военно-санитарные поезда – число их определялось потребностями по плану эвакуации;
- полевые аптеки (по 1 на армию).

* Земгор — объединенный комитет Земского и Городского союзов. Был создан 10 июля 1915 г. для помощи правительству в организации снабжения русской армии.

Таким образом, на дивизию приходилось 1680 госпитальных мест [7, С. 249; 10, С. 45].

На передовые перевязочные пункты возлагалось оказание первой медицинской помощи раненым, проведение хирургических операций по жизненным показаниям, питание раненых и больных; на главные перевязочные пункты – оказание неотложной хирургической и общеврачебной помощи, временное размещение и уход за ранеными до отправления их на следующий этап, а также медицинская сортировка. Головной эвакуационный пункт планировалось размещать как можно ближе к корпусным районам, на главной железнодорожной станции. В его задачи входили приём и сортировка раненых, эвакуация тяжелораненых и больных. Тыловые эвакуационные пункты (ТЭП) предполагалось развертывать в тылах армий. Они предназначались для приёма раненых и больных, прибывающих с дивизионных или полковых лазаретов. ТЭП придавались полевые запасные госпитали, а также санитарно-гигиенический отряд, бани, прачечные, дезинфекционные и дезинсекционные камеры. С ТЭП раненые и больные направлялись в тыловые госпитали [4, С. 314].

Таким образом, к Первой мировой войне в Российской империи была создана и отработана система военной медицины. В ходе боевых действий стали понятны её удачные и неудачные организационные решения. Война показала недостаток квалифицированных и вспомогательных кадров, сложности с транспортом для эвакуации раненых. Это привело к тому, что в пиковых условиях активизации боевых действий армейская медицина не справлялась в полной мере со своими обязанностями. Все попытки государства и общественности помочь ей в военный период лишь частично снимали проблемы. Это приводило к большим, часто неоправданно большим потерям.

Система эвакуации

Выделение эвакуации раненых и больных воинов с театра военных действий в тыл в самостоятельную отрасль военной медицины проходило достаточно долго и фактически завершилось только во второй половине XIX в. Причиной создания особых форм и органов эвакуации стали потребности войн индустриального типа. Рост и насыщенность поражающих факторов на поле боя привели к огромным людским потерям. Иными словами, войны конца XIX в. показали настоятельную потребность такой организации медицинского обеспечения, лечения и эвакуации раненых, которая бы минимизировала санитарные потери, удовлетворяла требованию скорейшего возвращения военных кадров в строй. Созданию такой системы медико-санитарного обеспечения способствовал ряд факторов: достижения в области естественных и медицинской наук (прежде всего, военно-полевой хирургии), развитие системы подготовки медицинских кадров, возросшие возможности материального снабжения и выделение значительных финансов в эту сферу, создание расширенной транспортно-информационной инфраструктуры (железнодорожных, шоссейных, речных и морских путей сообщений, достижения электросвязи и др.). Наконец, именно в это время изменилось отношение к личности

воина. Если в традиционном, аграрном обществе солдат рассматривался как расходный материал на поле боя, то в конце XIX в. общество определяло военную службу и участие в войне как долг гражданина или подданного своего Отечества. Отсюда и уважительное отношение к военнослужащим, понимание общественной необходимости всемерного оказания помощи больным и раненым воинам.

Эвакуационная доктрина русской армии в 1907–1914 гг. строилась на опыте Русско-японской войны. В ходе военных действий на Дальнем Востоке в оказании медицинской помощи раненым превалировал принцип «эвакуация прежде всего». Даже при проникающих ранениях живота хирурги предпочитали воздерживаться от операций. Помощь раненым, по сути, была сведена к перевязкам. Процент оперированных был крайне низок, зато процент летальности и осложнений – чрезвычайно высок. И тем не менее, обобщая опыт работы медицинских служб в Манчжурии, большинство армейских медиков решительно высказалось за так называемую консервативную эвакуацию, т.е. за скорейшую эвакуацию возможно большего количества раненых в тыл и их лечение в тыловых учреждениях. Живучесть этой концепции среди армейской и медицинской элит объяснялась рядом моментов: неспособностью российских медиков организовать массовую хирургическую помощь в прифронтовой полосе из-за отсутствия необходимого опыта и кадров, нехватки сложного хирургического оборудования, а также рентгеновских аппаратов и медикаментов.

Важным фактором выступало и стремление командования удалить раненых и больных из прифронтовой полосы, поскольку скопление здесь «увечных воинов» снижало маневренность войск. В итоге, раненые и больные могли рассчитывать на получение квалифицированной медицинской помощи только после эвакуации в тыл. Уже в ходе Русско-японской войны многие медики подняли вопрос о порочности данной доктрины «эвакуации во что бы то ни стало», потому что судьба подавляющего большинства пострадавших решалась в первые 2 сут после ранения и всецело зависела от быстрого оказания квалифицированной хирургической помощи еще в фронтовых районах.

Отметим, что в начале XX столетия медицинские и армейские элиты всех европейских стран также придерживались доктрины скорейшей эвакуации раненых из прифронтовой полосы. При этом надо учесть, что территории и дистанции следования армейских транспортов в Европе были на порядок меньше, чем в России, а пути сообщений, насыщенность и состояние железных и грунтовых дорог – на порядок выше и лучше, что делало там доставку раненых в тыл достаточно быстрой и обоснованной.

Перед Первой мировой войной российский Генеральный штаб и армейская элита предполагали, что военный конфликт в Европе будет скоротечным, займёт не более полугода, имеющихся военных запасов хватит на весь период военных действий. По данным главного военно-санитарного инспектора, накануне войны русская армия была обеспечена медико-санитарными средствами всего на 4 мес. Имелся также 4-месячный запас медицинского

имущества для 76 корпусов и 122 лазаретов 850 полевых и 79 крепостных госпиталей на 76 тыс. коек [4, С. 312]. Этого количества лечебных заведений должно было хватить на весь военный конфликт. В Главном военно-санитарном управлении военного министерства царяла уверенность, что военные медики справятся со всеми задачами, которые может выдвинуть война, печальный опыт медицинского обеспечения Русско-японской войны предпочитали не вспоминать.

Уже первые дни войны опрокинули все мирные представления о быстром успехе и «малой крови» в достижении скорой победы. Безвозвратные и санитарные потери стран – участниц Первой мировой войны оказались ошеломляющими. По неполным данным (ввиду существенных изъянов в организации учета потерь), за 4 года мирового конфликта человечество потеряло убитыми и умершими от ран 10,06 млн человек, а ранения получили 18,3 млн человек [11].

Уже с первых дней войны стала очевидной несостоятельность планов, разработанных Генеральным штабом, по медицинскому обеспечению армии. Для выполнения обширной эвакуации требовалась, прежде всего, чёткая работа транспортных коммуникаций, наличие санитарных поездов и свободного подвижного состава, развёрнутой системы госпиталей в тылу. Система отправки раненых в тыл дала серьёзные сбои уже в первые месяцы, возможности армейских медико-санитарных инстанций оказались не способными справиться с валом раненых и больных воинов. Достаточно сказать, что началу войны российская армия располагала всего 52 санитарными поездами. В ходе военных действий их количество увеличилось. На 1 октября 1915 г. действовало 209 санитарных поездов, за всю войну их было создано 255 [6, С. 59]. Этого количества оборудованных поездов на весь восточный фронт явно не хватало. В 1915 г. Главное военно-санитарное управление поставило задачу довести количество санитарных поездов по 1 на дивизию, но решить эту проблему не смогли. Положительным можно назвать только то, что с 1915 г. наметилась некоторая специализация в вывозе раненых и больных: действовали полевые, тыловые и инфекционные санитарные поезда.

Поскольку санитарных поездов катастрофически не хватало, то раненых и больных вывозили в тыл в порожних составах или гужевым транспортом. Поезда шли по неутверждённым маршрутам, раненые в таких составах не получали питания, их перевозили в вагонах, часто не очищенных от конского навоза, без соломы, фонарей, сходней и других необходимых принадлежностей. Уже осенью 1914 г. на фронте были зафиксированы первые эпидемии тифа, дизентерии, холеры. Поезда с инфекционными больными, направляемыми вглубь страны и потоки беженцев из прифронтовой полосы повлекли широкое распространение инфекций по всей стране. Смертность и распространение инфекций в ходе таких перевозок оставались весьма большими. Нехватка транспорта не давала возможности равномерно распределять раненых и больных по тыловым госпиталям и лечебным заведениям. Как правило, раненые накапливались в распределительных пунктах прифронтовой полосы или госпиталях военных округов на границах

прифронтовых зон. С другой стороны, неразвитость железнодорожной сети не давала возможности равномерного заполнения всего больничного фонда страны. В госпиталях Москвы и Петрограда сосредотачивалось более 70% раненых, а лечебные учреждения в отдалённых районах страны пустовали.

Неприглядную картину эвакуации дал хирург действующей армии Н.Н. Теренбинский, выступая на XIV съезде российских хирургов в декабре 1916 г.: «Развозка раненых была неправильна, не по заранее намеченным направлениям, их не встречали питательные пункты, и на местах остановок не приспособлено было кормление... 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» [4, С. 315].

Обстоятельства вынуждали формировать дополнительные этапы эвакуации – перевязочно-питательные пункты и армейские приемники при крупных железнодорожных станциях и грунтовых дорогах. Раненые накапливались в распределительных пунктах, в результате большинство госпиталей в прифронтовой зоне превратились в сортировочные и перевязочные пункты, а фронтовые эвакуопункты оставались переполненными.

Несостоятельной оказалась и идея консервативного отношения к огнестрельной ране, которая выходила из концепции срочной эвакуации в тыл. Консервативный принцип в военно-полевой хирургии в первый период мировой войны привел к огромному распространению раневой инфекции среди раненых и большим безвозвратным потерям. На первом этапе войны во внутренние районы страны было эвакуировано 2,4 млн раненых и 1,4 млн больных, из которых 61% были легко ранеными. Последним медицинскую помощь можно было оказать в прифронтовых госпиталях и эвакуопунктах при наличии необходимого оборудования и квалифицированных кадров. Отметим, что врачи и армейское командование союзников в начале войны также придерживались идеи консервативного лечения и стремились отправить в тыл как можно больше раненых. Из-за обилия раненых фронтовые госпитали на западном фронте первоначально, как и в России, выполняли функцию перевязочных и сортировочных пунктов. Медицинский персонал стремился отправить раненых в тыловые лечебные учреждения, как только позволяли транспортные возможности. При этом уже в конце 1914 г. французские военные врачи забили тревогу по поводу больших невосполнимых потерь при эвакуации. Парижское хирургическое общество обратилось в военно-санитарные органы с предложением систематического раннего оперативного вмешательства, особенно при ранениях живота. Фронтовые госпитали стали получать необходимое оборудование для хирургических манипуляций, туда были направлены дополнительные контингенты врачей. Уже к исходу 1915 г. во французской армии наметилась тенденция отхода от консерватизма при лечении огнестрельных ранений, а ранняя лапаротомия стала к концу войны единственным обоснованным методом лечения при проникающих

ранениях живота. Таким образом, активная хирургическая тактика получила наибольшее распространение в армиях Антанты.

В ходе войны многие русские врачи высказались против доктрины немедленной эвакуации. Наряду с разнообразными антисептическими средствами в сознание хирургов постепенно проникла мысль о необходимости раннего активного хирургического вмешательства в большинстве случаев ранений. Первым, кто открыто возразил против подобной практики, был хирург-консультант ряда фронтов, профессор Военно-медицинской академии В.А. Оппель. В статье «Основания сортировки раненых с лечебной точки зрения на театре военных действий» (1915) он выдвинул принцип этапного лечения раненых в ходе их эвакуации. В основу этой системы была положена идея о неразрывной связи между лечением и эвакуацией и необходимости максимального приближения хирургической помощи к раненым. Основным элементом системы этапного лечения признавалась сортировка раненых, которая, по мнению В.А. Опделя, должна была начинаться на полковых перевязочных пунктах и обеспечивать основную задачу этапного лечения, создающего условия для того, чтобы «раненый получал такое хирургическое пособие, тогда и там, где и когда в таком пособии обнаружена необходимость». Для этого он предложил открыть хирургические и инфекционные приемники при крупных железнодорожных станциях, на которых можно было бы оказывать первичную и иную медицинскую помощь нуждающимся. В этом случае эвакуация и лечение становились бы единым взаимосвязанным процессом, обеспечивающим непрерывное оказание медицинской помощи на всех этапах эвакуации. В последующих своих публикациях в 1916–1917 гг. В.А. Оппель развивал и последовательно отстаивал этот принцип [12, С. 14].

Отметим, что в системе отечественной эвакуации главным звеном для оказания экстренной медицинской помощи оставались Главные эвакуационные пункты и ТЭП. Если бы в этих пунктах транспортировки раненых и больных были развернуты большие специализированные хирургические, терапевтические, неврологические и, особенно, инфекционные госпитали с соответствующим медицинским персоналом, стационарным оборудованием, операционными, аптечными складами и др., то многие проблемы лечения были бы решены, а смертность раненых и больных воинов снизилась бы на порядок. Более того, расширение сети специализированных госпиталей в прифронтовой полосе снизило бы нагрузку на пути сообщений, которые с 1916 г. испытывали кризисное состояние и не справлялись с фронтовыми перевозками. Правда, решение этой проблемы требовало значительных финансовых и материальных средств, медицинских кадров и совместных усилий многих разрозненных ведомственных структур.

В конце войны предпринимались определенные усилия для решения этих проблем. В августе 1916 г. в штат перевязочных отрядов дивизий были включены зубо-врачебные кабинеты, и этот вид помощи впервые приблизился к войскам, в прифронтовую полосу направлялись передвижные рентгеновские лаборатории на автомобилях. В конце войны были созданы передвижные от-

ряды фронтовых хирургов-консультантов для оказания раненым и больным воинам специализированной медицинской помощи непосредственно в прифронтовой полосе. Эти отряды создавались, в основном, за счёт сил и средств РОКК и других общественных организаций. Но это были усилия одиночек и энтузиастов. Переход же к новым принципам лечения в армии России официально не был осуществлён в течение войны вследствие отнесенности военно-медицинской службы ко многим ведомствам, из-за низкой пропускной способности транспортной инфраструктуры, острой нехватки средств, оборудования и медицинских кадров.

Другой проблемой эвакуации стала нехватка лечебных заведений в тылу. Не случайно осенью 1914 г. до 80% раненых скапливалось в Москве или Петрограде.

Уже с первых дней войны безвозвратные и санитарные потери восточного фронта были просто колоссальными. Их общий размер в 1914–1918 гг., по неполным данным (ввиду существенных изъянов в организации учета потерь) [13, С. 100–101], составил:

- прямые демографические потери (убитые, умершие от ран, погибшие по другим причинам) – 3,64 млн человек;
- находилось на продолжительном лечении в госпиталях – 5,1 млн человек;
- умерло от ран в госпиталях – 240 тыс. человек;
- умерло от болезней – 155 тыс. человек.

Общие итоги лечебно-эвакуационного обеспечения войск русской армии в Первой мировой войне характеризовались возвращением в строй не более 50% раненых при уровне смертности 11,5% и инвалидности более 20%. В германской и французской армиях возврат в строй раненых достигал 76% и 75–82% соответственно. Ограниченный ресурс медицинского обеспечения в России привел к избирательному оказанию медпомощи: офицерскому составу ее оказывали в первую очередь, а солдатскому – по возможности.

Роль общественных организаций

В сложившейся ситуации к решению проблем по медицинскому обеспечению подключились общественные организации – РОКК, Земской и Городской союзы и др. Общественные организации развернули энергичную деятельность по оборудованию госпиталей, снабжению армии лекарственными препаратами и оборудованием. К 1916 г. на средства и по инициативе общественных организаций были развернуты 71 госпиталь, 61 этапный лазарет, 57 подвижных лазаретов. Общественные организации создали 62 передовых отряда для оказания первой медицинской помощи, а также 188 подвижных перевязочно-питательных отрядов в прифронтовом тылу. Заслугой общества следует признать организацию на фронте специализированной медицинской помощи. РОКК развернула тыловые лечебные заведения для душевнобольных, санитарно-эпидемические лаборатории, дезинфекционные и прививочные отряды, поезда-бани. В тылу отделения Союза городов и Земгора имели специализированные отделы: санитарный, эвакуационный, по заготовке белья и теплых вещей, медикаментов и перевязочных средств, предметов госпитального оборудования, помощи беженцам.

По данным Управления верховного начальника санитарной и эвакуационной части, в сентябре 1916 г. в период максимального количества коек в отечественных госпиталях и больницах, принимающих раненых и больных воинов, койки, устроенные на средства общественных организаций, составляли до 40,5% [5, С. 224]. Как правило, ссылаясь на эти количественные данные, все исследователи высоко оценивают вклад общественных организаций России в организацию медицинской помощи раненым и больным.

Безусловно, РОКК и другие общественные организации внесли свою большую лепту в работу по медицинскому обеспечению армии. Отметим также, что общественные организации делали всё, что могли, они работали на пределе своих возможностей. При этом их мобилизационные ресурсы оставались весьма ограниченными, финансирование всех мероприятий по медицинскому обеспечению проходило за счёт небольших средств земств и городов, добровольных пожертвований. Их патриотический порыв разбился о полную неспособность государства организовать медицинское обеспечение на том уровне, который требовали масштабы войны. Если около половины госпитального больничного фонда было создано за счёт средств и усилий общественных организаций, то это говорит не столько о патриотических настроениях и работе русского общества, сколько о полной неспособности государственной и армейской системы здравоохранения решать задачи медицинского обеспечения в условиях крупного военного конфликта.

Выводы

В предвоенный период в России была создана стройная система военно-медицинского обеспечения, которая имела свои сильные и слабые стороны. Мировой военный конфликт выявил её положительные моменты и серьёзные просчеты, при этом система эвакуации эволюционировала и приспособлялась к новым требованиям военного лихолетья. В целом, вся военная медицина и система эвакуации работали на пределе своих мобилизационных возможностей.

Военная медицина справлялась с задачами оказания медицинской помощи в периоды позиционной войны, когда потоки «увечных» воинов несколько снижались, но оказалась неспособной решать проблемы оказания первичной хирургической помощи в ходе войны маневренной, войсковых операций большого масштаба. Несмотря на значительные усилия государственных органов, общественных организаций, медиков, на протяжении всей войны фронтовая медицина не смогла отойти от концепции «отправки в тыл во что бы то ни стало» из-за отсутствия средств, медицинских кадров, необходимого оборудования, слабой сети путей сообщений. По сути, в военно-санитарном обеспечении русской армии выявилась общеисторическая закономерность: страны второй волны капитализма (а именно такой и оставалась Россия на рубеже XIX–XX вв.) платят непомерно высокую социальную цену за участие в мировых войнах. Это способствовало неоправданно большим санитарным потерям. В конечном итоге людские потери, которые понесло российское общество в ходе Первой мировой войны, стали одной из косвенных причин революции 1917 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиж М.И., Шелепов А.М., Веселов Е.И. *История военной медицины*. М.: Медицина; 2007.
2. Гладких П.Ф., Шелепов А.М. *Развитие системы подготовки медицинских кадров для сухопутных войск (конец XVII – первая половина XX вв.)*. СПб.; 1997.
3. Соколова В.А. Красный крест в Финляндии в период русско-японской и Первой мировой войны. *Новейшая история России*. 2013; 3(6): 48-55.
4. Федосеев С.Л. «Пушечное мясо» первой мировой. *Пехота в бою*. М.; 2009.
5. Поддубный М.В., Егорышева И.В., Шерстнева Е.В., Блохина Н.Н., Гончарова С.Г. *История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.)*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
6. Будко А.А., Селиванов Е.Ф., Чигарева Н.Г. «В известные моменты на войне не медицина, не наука, не операция играют самую важную роль, а организация работы...» *Военно-исторический журнал*. 2004; (8): 57-62.
7. Ишутин О.С. Военно-санитарная служба Беларуси накануне и в начальный период Первой Мировой войны. *Военная медицина*. 2014; (1): 147-52.
8. Ульянов И.Э., Леонов О.Г. *Регулярная пехота 1855-1918. История Российских войск*. М.: АСТ-ЛТД; 1998.
9. Свод военных постановлений 1913 г. Книга XVI. Заведения военно-врачебные. СПб.; 1913.
10. Малинко В., Голосов В. *Справочная книжка для офицеров. Часть I*. М.; 1902.
11. *Людские потери в годы Первой мировой войны*. Available at: <https://www.politforums.net/historypages/1530258090.html> (Дата обращения: 05.02.2020)
12. Оппель А.В. *Организация хирургической помощи. Принципы поэтапного лечения*. Петроград; 1917.
13. Кривошеев Г.Ф., ред. *Россия и СССР в войнах XX века. Потери вооружённых сил. Статистическое исследование*. М.: Олма-Пресс; 2001.

REFERENCES

1. Chizh M.I., Shelepov A.M., Veselov E.I. *History of Military Medicine [Istoriya voennoy meditsiny]*. Moscow: Meditsina; 2007. (in Russian)
2. Gladkikh P.F., Shelepov A.M. *The Development of a System for Training Medical Personnel for the Ground Forces (Late 17th – First Half of the 20th Centuries) [Razvitie sistemy podgotovki meditsinskikh kadrov dlya sukhoputnykh voysk (konets XVII – pervaya polovina XX vv.)]*. St. Petersburg; 1997. (in Russian)
3. Sokolova V.A. Red Cross in Finland during the Russo-Japanese and World War I *Noveyshaya istoriya Rossii*. 2013; 3(6): 48-55. (in Russian)
4. Fedoseev S.L. «Cannon Meat» of the First World War. *Infantry in Battle [«Pushechnoe myaso» pervoy mirovoy. Pekhota v boyu]*. Moscow; 2009. (in Russian)
5. Poddubnyy M.V., Egorysheva I.V., Sherstneva E.V., Blokhina N.N., Goncharova S.G. *The History of Public Health in Pre-Revolutionary Russia (Late 16th – Early 20th Centuries) [Istoriya zdavoookhraneniya dorevolyutsionnoy Rossii (konets XVI – nachalo XX v.)]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. (in Russian)
6. Budko A.A., Selivanov E.F., Chigareva N.G. «At known moments in the war, not medicine, not science, not surgery, play the most important role, but the organization of work...» *Voennno-istoricheskij zhurnal*. 2004; (8): 57-62. (in Russian)
7. Ishutin O.S. Military public health service of Belarus the day before and in the initial period of World War I of 1914-1918. *Voennaya meditsina*. 2014; (1): 147-52. (in Russian)
8. Ul'yanov I.E., Leonov O.G. *Regular Infantry 1855–1918. History of Russian Troops [Regulyarnaya pekhota 1855–1918]*.

- Istoriya Rossiyskikh voysk*]. Moscow: AST-LTD; 1998. (in Russian)
9. *Code of Military Regulations 1913. Book XVI. Military medical institutions*. Saint Petersburg; 1913. (in Russian)
 10. Malinko V., Golosov V. *Reference Book for Officers. Part 1 [Spravochnaya knizhka dlya ofitserov. Chast' I]*. Moscow; 1902. (in Russian)
 11. *Human Losses During the First World*. Available at: <https://www.politforums.net/historypages/1530258090.html> (Accessed 05.02.2020) (in Russian)
 12. Opiel' A.V. *Organization of Surgical Care. Principles of Phased Treatment [Organizatsiya khirurgicheskoy pomoshchi. Printsipy poetapnogo lecheniya]*. Petrograd; 1917. (in Russian)
 13. Krivosheev G.F, ed. *Russia and the USSR in the Wars of the Twentieth Century. The Loss of Armed Forces. Statistical Study [Rossiya i SSSR v voynakh KhKh veka. Poteri vooruzhennykh sil. Statisticheskoe issledovanie]*. Moscow: Olma-Press; 2001. (in Russian)
-
-