

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ ВО ВРЕМЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1812 г.

А. Власенко, доктор медицинских наук, профессор,
А. Шевелев, кандидат медицинских наук
 Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург
E-mail: alnvlasenko@yandex.ru

Представлен анализ причин роста заболеваемости и характера санитарных потерь из-за болезней в действующей армии в период 1812–1815 гг. Приведены принципы оказания медицинской помощи больным.

Ключевые слова: история медицины, заболеваемость в войсках, полевая медицинская служба, развозные, подвижные и главные военно-временные госпитали.

Хорошо известно, что в прошлом во всех войнах число выбывающих из строя вследствие болезней существенно превышало число убитых и раненых, что было следствием неблагоприятных условий деятельности войск, особенностей быта, изменения возрастного состава армии и др. Анализируя причины роста заболеваемости в действующей армии, штаб-лекарь лейб-гвардии егерского полка А. Чаруковский в книге «Военно-походная медицина» писал: «...мы замечаем две главные причины солдатских болезней: одни возникают из состава армии, а именно — из стесненного положения множества людей на малом пространстве, из недостаточного их продовольствия по количеству и качеству жизненных потребностей, из непомерного напряжения телесных и душевных сил; ... а другие происходят от земных и всемерных влияний на солдата, который, будучи лишен всех житейских удобств и выгод, так сказать, во всей наготе, подвергается их действию под видом жары, холода, ветров, эпидемического состояния воздуха и эпидемического качества земли» [1].

Отечественная война 1812 г. не была исключением. Несмотря на то, что развитие военной техники способствовало изменению характера боевых действий и росту санитарных потерь вследствие ранений, численность больных по-прежнему была выше численности раненых. По данным М.И. Богдановича, в этой войне на долю больных приходилось 60% общих потерь; согласно другим сведениям, соотношение числа раненых и больных составляло 1:1,75 — 1:2,5 [2, 3]. Важно и то, что характер и течение многих заболеваний внутренних органов приобретали в условиях войны некоторые новые, особые черты, не встречающиеся в условиях мирного времени. Один из участников этой войны, выдающийся врач своего времени Я.И. Говоров, в работе «Всеобщая история врачебного искусства и опыт краткого врачебного обозрения кампании 1812–1815 гг.» писал: «По свойству внешних впечатлений, действовавших особенно и вообще на солдат, самые болезни принимали некоторым образом отличительный характер. Всех отдельных корпусов врачи, без прекословия,

в том согласятся, что с переменою климата и обстоятельств войны, с переворотом военных движений, ... должны перемежаться и болезни войск» [4].

В первый период войны наряду с другими причинами на росте заболеваемости сказывалось настроение солдат, связанное с отступлением. В другой работе, посвященной анализу заболеваемости в русской армии в войне 1812 г., Я.И. Говоров отмечал, что «страх и уныние при приближении к средоточию своего отечества, тоска и горечь при виде пожираемых пламенем городов и сел... должны были иметь влияние на произведение болезней, отличных по своему характеру от обыкновенных» [5].

Санитарные потери от болезней на этом этапе войны были весьма ощутимыми. После соединения двух армий в Смоленске численность личного состава снизилась со 160 до 112 тыс. человек. Именно болезни и смертность от болезней уничтожили эту огромную массу людей. Чаще всего в этот период встречались лихорадочные грудные болезни, переметная лихорадка, острые поносы, связанные с употреблением некачественной воды, трахома, чесотка, венерические болезни. Поскольку каких-либо организационных принципов медицинского обеспечения войск в это время не существовало, лечебно-эвакуационные вопросы решались самостоятельно каждой армией. Больных вглубь страны не вывозили, часть их оставляли в населенных пунктах на попечение местных жителей. Но все же благодаря тому, что здоровье солдат и санитарное состояние армии всегда были предметом заботы прогрессивных русских полководцев, заболеваемость в войсках в течение длительного времени не носила угрожающего характера, и русская армия в основе своей оставалась крепкой, здоровой и боеспособной [3, 6].

Однако на завершающей стадии войны при переходе в контрнаступление и контакте с французскими войсками среди наших солдат стали распространяться инфекционные болезни, что было связано с крайне низким санитарным состоянием армии неприятеля. «У нас в армии открылись кровавые поносы, ... наши солдаты без сражений наполняли собой городские больницы», — вспоминал генерал-oberпровиантмейстер наполеоновской армии Пюибюск [7]. Бичом в той войне стал сыпной тиф, источником которого была отступающая французская армия, о чем впоследствии А. Чаруковский писал так: «Тиф, порожденный в Отечественной войне 1812 года, по огромности и разнородности армий и по стечению и высокой степени всех бедствий войны, едва ли не превосходит все военные тифы, бывшие до сего времени. Он начался в октябре месяце, и от Москвы и до самого Парижа по всем дорогам бежавших французов появлялся тиф, особенно убийственный по этапам и госпиталям, и отсюда распространялся в сторону от дороги между обывателями» [1]. Французская армия практически превратилась в разносчика инфекции, от чего страдали не только войска, но и жители населенных пунктов, через которые они проходили. Свидетельство французского врача Г. Росса: «Занесли эту болезнь мы, пленные, так как я наблюдал один случай еще в Черничной, а развилась эта болезнь во время отступления от Москвы» [8].

До конца XVIII века медицинское обеспечение российской армии базировалось на системе лечения раненых и больных вблизи района боевых действий. Однако численный рост армии, неуклонное возрастание санитарных потерь сделали невозможным лечение большой массы пострадавших на театре военных действий, и в начале XIX века на смену системе «лечения на месте» пришла эвакуационная система, названная впоследствии «дренажной» [9, 10].

В январе 1812 г. военным министром Барклаем-де-Толли было утверждено «Учреждение для управления большой действующей армией», в котором имелась инструкция по организации полевой медицинской службы — «Положение для временных военных госпиталей при действующей армии». Согласно этому документу, в воюющей армии учреждались 3 вида госпиталей: в действующей армии — развозные и подвижные, а в тылу — главные военно-временные [9–11].

Как уже отмечалось, в первые месяцы войны русская армия не имела никакого лечебно-эвакуационного плана. Только 12 августа 1812 г. такой план был составлен и передан главным военно-медицинским инспектором Я. Виллие начальнику штаба армии генералу А. Ермолову. За несколько дней до Смоленского сражения было утверждено «Положение о развозных и подвижных госпиталях», которое определяло организацию медицинской помощи в действующей армии в течение 1812–1815 гг., в том числе — в заграничных походах. Суть положения сводилась к следующему. Непосредственно вблизи мест сражения развертывались полковые перевозочные пункты. Они предназначались для перевязок, устранения угрожающих жизни состояний, в том числе — у больных, и эвакуации пострадавших в развозные госпитали. Развозные госпитали оказывали первую помощь, осуществляли питание больных и их эвакуацию в подвижные госпитали 1-й линии, к которым они были прикреплены. Подвижные госпитали предназначались для лечения раненых и больных во время движения армии. В госпиталях 1-й линии осуществлялись регистрация больных и раненых, их питание, производились выборочные перевязки, госпитализация нетранспортабельных, лечение легко-раненых и больных, эвакуация в подвижные госпитали 2-й линии. В последних лечили раненых и больных в течение срока до 40 дней и эвакуировали во временные госпитали всех больных, «долговременными болезнями одержимых», и больных, которые «по излечении не в состоянии продолжать службу». Эти госпитали дислоцировались в губерниях, не затронутых военными действиями. В них, помимо лиц названных категорий, поступали непосредственно из частей, минуя развозные и подвижные госпитали, больные кожными и венерическими болезнями, которых лечили здесь до определившегося исхода.

В госпиталях на 200 больных полагалось иметь 1 врача и 6 лекарических учеников, на каждых 100 больных — 1 госпитального пристава, на каждых 10 больных — 1 больничного надзирателя. Уход за больными осуществляли низшие чины, неспособные к строевой службе, и инвалиды, из которых создавались подвижные инвалидные роты. Существенный вклад в эту работу вносили добровольцы из числа местного населения.

Снабжение развозных и подвижных госпиталей осуществлялось централизованно — через Петербургский главный запасной аптечный магазин — и через армейские запасные аптечные магазины — полковые аптеки. При утверждении «Положения о развозных и подвижных госпиталях» исходило из того, что больные могут составить 1/10 часть армии, но в большинстве случаев этот расчет не оправдывался; поэтому постоянно не хватало медикаментов и медицинского инвентаря, что существенно влияло на качество медицинского обеспечения, которое далеко не полностью соответствовало официальным положениям и правилам [3, 10, 11].

Однако когда инфекционная заболеваемость в войсках приняла угрожающие размеры, характер лечебно-

эвакуационных мероприятий существенно изменился. Разных больных из полков направляли прямо во временные госпитали или в специализированные больницы, минуя развозные и подвижные госпитали, дабы обезопасить солдат от инфекций. В госпиталях создавались отдельные палаты и отделения для таких больных, делались попытки профиликации госпиталей. Так, в одном из подвижных госпиталей был создан состоящий из 3 отделений «подвижный карантин», который можно считать прообразом инфекционных подвижных госпиталей, развертываемых в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Командование армии принимало энергичные меры к предупреждению инфекционной заболеваемости в войсках: движение через населенные пункты, где скапливались военнопленные, запрещалось; жителям городов и сел запрещали принимать в своих домах пленных, покупать их вещи; предписывалось сжигать белье умерших, проводить уборку территории и захоронение трупов, изолировать инфекционных больных. Профессор Медико-хирургической академии (МХА) В.В. Петров предложил сжигать трупы людей и животных, разбросанных по всей территории, где проходили бои. Конференция МХА дважды выходила с ходатайством о реализации этого предложения, и 14 ноября 1812 г. военному командованию Москвы и Калужскому, Смоленскому и Тверскому гражданским губернаторам было отдано распоряжение о сожжении трупов людей и животных. Только в Москве было сожжено 11 958 трупов людей и 12 576 павших лошадей. В войсках запрещалось употреблять случайные продукты, пить грязную воду; предписывалось «при необходимости употреблять таковую проводить ее дезинфекцию, для чего добавлять в нее уксус». Но все же источники инфекции было слишком много и избежать контакта с ними не удавалось; поэтому заболеваемость в русской армии дизентерией и сыпным тифом в этот период была довольно высокой. За время преследования французов русская армия потеряла вследствие болезней 36 000 человек [10, 11].

Регламентированных правил лечения больных не существовало, их устанавливали самостоятельно врачи госпиталей, исходя из «характера и тяжести заболевания, сложения больных, отдаленных и ближайших причин и состояния органов, в коих по большей части происходили необыкновенные явления» [5]. Иначе говоря, уже в те годы соблюдался индивидуальный подход к лечению, учитывались особенности больного и характер заболевания.

Врачу (лекарю) русской армии вменялось в обязанность лечить всех больных; дифференцировки на терапевтическую и хирургическую патологию не было. Попытки узаконить разделение врачей на лекарей и хирургов, как за границей, резко критиковал Я. Виллие [6].

Несмотря на то, что к началу 1812 г. медицинские кадры уже готовили не только Московский университет и МХА, но и Дерптский, Казанский и Харьковский университеты, вся кампания 1812 г. проходила под знаком острого дефицита врачей. Однако недостаток материальных и человеческих ресурсов компенсировался высоким профессионализмом и самоотверженностью всего медицинского персонала. В упоминаемой ранее работе Я.И. Говорова [4] отмечалось, что русские врачи по подготовке и самоотверженности — лучшие в мире. Такой вывод он сделал, наблюдая за работой французских, немецких и австрийских врачей. Русского врача с самого начала готовили к тому, чтобы он не только разбирался в полевых ранениях, но и в целом поддерживал

здоровье солдат, «... был рачительным исследователем причин, производящих болезни, к особливому и обыкновенному роду относящиеся». Поэтому врачи подходили к вопросам лечения с анатомо-физиологических позиций, с учетом тяжести местного процесса и состояния всего организма, его физической крепости и психического состояния. Отечественные врачи реже, чем в Западной Европе, применяли лечение пиявками и значительно раньше, чем на Западе, осудили кровопускание как метод лечения. Они внедряли новые способы диагностики, в частности выслушивание грудной клетки у лихорадящих больных с «грудными» болезнями.

В условиях отсутствия эффективных в современном понимании лекарственных препаратов широко использовались природные ресурсы — свежий воздух, травы, полноценное питание. По госпитальной раскладке в 1812 г. на 1 больного полагалось в сутки 2 фунта хлеба, по 1 фунту мяса 3 раза в неделю, по 1,5 фунта крупы 1 раз в неделю, по 1/8 фунта масла 4 раза в неделю, 5 золотников соли, кружка пива и чарка вина (последние — только по указанию врача). Горячее питание представлялось 2 раза в день.

Цингу лечили усиленным питанием, свежим воздухом, облегчением нагрузки на солдат. При «переметной лихорадке» применяли хину и ее суррогаты, при сифилисе — соли ртути, втирание серой ртутной мази, которая хорошо всасывалась через кожу. При глазных воспалениях (трахома и другие заболевания) лекарствами служили ляпис, серноокислый цинк, каломель. Понос лечили настоями из мяты или ромашки, а при их отсутствии — из Melissa и бузины. Однако лучшими лекарствами были легкая еда, или простая похлебка с мукой, или «размазня». Можно привести еще несколько рекомендаций и рецептов, которые широко использовались нашими врачами:

«Во время болезни содержать тело больного в чистоте, проветривать помещение, курить уксусом или квасом с мятой, поливая оными горячий кирпич или камень около постели больного, обвесить платки или холстину, намоченные холодным уксусом».

«Больным, у которых частые испражнения с кровью или без нее с сильным жжением и болью в заднем проходе, давать водный настой цветов ромашки, мяты, шалфея или истолченное льняное семя (залитое кипятком после его остывания), порошок чистого угля. Если понос сопровождается горечью во рту, давать рвотное».

«Когда у больного жар во всем теле с головною болью, то давать чистую воду с клюквенным соком или хороший квас, ... к подошвам ног класть кислое смешанное с солью тесто или глину в смеси с квасом» [12, 13].

Все перечисленное, а также хороший уход и наблюдение медперсонала во многом способствовали возвращению в строй значительного числа больных, что внесло немаловажный вклад в победу над врагом. Барклай-де-Толли, оценивая работу военных медиков, отмечал, что «...раненые и больные имели наилучшее признание и пользуетмы были со всею должною рачительностью и искусством так, что недостатки в войсках людей после сражений пополнялись значительно числом выздоравливающих всегда прежде, чем ожидать можно было» [13].

Высокую оценку профессионализму русских врачей дали и французские специалисты. Во время оккупации Москвы они отметили целый ряд положительных моментов в организации медицинского обеспечения русской армии. После посещения Шереметьевской, Голицынской, Александровской больниц и Лефортовского госпиталя Ж. Ларрей писал: «Госпитали, которые остановили мое особенное внимание, достойны наиболее цивилизованного народа в мире».

В Манифесте, подводившем итоги войны, говорилось: «Военные врачи, разделяя наравне с военными чинами труды и опасности, являли достойный пример усердия и искусства в исполнении всех обязанностей и стяжали справедливую признательность от соотечественников и уважение от всех образованных наших союзников».

Литература

1. Чаруковский А.А. Военно-походная медицина. В 5 ч. Ч. 3. Болезни армии. Лечение больного солдата / СПб, 1837; 417 с.
2. Богданович М.И. История Отечественной войны 1812 года. В 3 т. / СПб, 1859; Т. 1: 588 с.
3. Заглухинский В.В., Колесов В.П., Фомин И.В. Организация и работа военно-медицинской службы русской армии в Отечественную кампанию 1812 года / М., 1912; 210 с.
4. Говоров Я.И. Всеобщая история врачебного искусства и опыт краткого врачебного обозрения кампании 1812–1815 гг. / СПб: Морская Типография, 1818; с. 10–2.
5. Говоров Я.И. Теория и способ лечения нервной повальной горячки с прибавлением мнения о заразительных болезнях / СПб: Изд. Медицинского департамента, 1812; 75 с.
6. Корнеев В.М., Михайлова Л.В. Медицинская служба в Отечественной войне 1812 года / Л., 1962; 91 с.
7. Сочинения Пюбююска, ген.-оберпровиантмейстера войск наполеоновских. Пер. и предисл. Александра Рюмина / М.: Университетская тип., 1833; 216 с.
8. Роос Г.У. С Наполеоном в Россию; Воспоминания врача о походе 1812 года. Пер. с нем. Д.Я. Павловой / СПб: Лит. науч. кн-во, 1912; XVI: 176 с.
9. Воробьев П.А., Малый А.Ю. Медицина в Отечественной войне 1812 года // Вестник Московского городского научного общества терапевтов. – 2012; 9: 1–9.
10. Шевченко Ю.Л., Матвеев С.А., Гудымович В.Г. Медицинское обеспечение заграничного похода русской армии в 1813 году // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2013; 8 (2): 3–6.
11. Будко А.А., Журавлев Д.А. Роль военной медицины в победе русской армии в Отечественной войне 1812 года // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусства. – 2012; 4 (13): 49–58.
12. История военной медицины России XIX – начало XX в. Под ред. И.Ю. Быкова, В.В. Шаппо. Т. 3. 2-е изд., испр. и доп. / М.: Воениздат, ВММ МО РФ, 2007; 512 с.
13. Будко А.А., Бринюк Н.Ю. Российские военные врачи – участники Отечественной войны 1812 года и Заграничного похода русской армии 1813–1814 годов // Военно-исторический журнал. – 2012; 18: 13–8.

ORGANIZATION OF THERAPEUTIC CARE IN THE ACTING ARMY DURING THE PATRIOTIC WAR OF 1812

Professor A. Vlasenko, MD; A. Shevelev, Candidate of Medical Sciences
S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg

The paper analyzes the reasons for an increase in morbidity and the nature of sanitary losses due to diseases in the acting Army in the period of 1812–1815. It gives principles in rendering medical care for patients.

Key words: morbidity in the forces; field medical service; the deliveries; mobile and main military temporary hospitals.