

**А. В. Аранович**

*Д. и. н.,*

*президент Санкт-Петербургского военно-исторического общества*

## **СИСТЕМА УСТРОЙСТВА ВОЕННО-ВРАЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИХ ИНТЕНДАНТСКИМ ДОВОЛЬСТВИЕМ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ**

***Аннотация:** В работе рассматривается система устройства военно-врачебных заведений и обеспечение их интендантским довольствием в годы Первой мировой войны. На материале документов того периода выстраивается система взаимодействия государственных структур и общественных организаций в деле помощи больным и раненым воинам в годы войны. Особо внимание уделяется изучению эвакуационной системы и ее трансформации под воздействием сложившихся обстоятельств. Предпринимается оценка эффективности работы всей системы военно-врачебных заведений.*

***Ключевые слова:** Первая мировая война, тыловое обеспечение, военно-врачебные заведения*

В канун Первой мировой войны, по данным главного военно-санитарного инспектора, армия была обеспечена в полном объеме на четыре месяца неприкосновенного запаса медико-санитарным имуществом, а именно: медикаментами, дезинфекционными средствами, срочными и бессрочными аптечными предметами, перевязочными материалами и хирургическим инструментарием. Дополнительно к этому имелся четырехмесячный запас медицинского имущества, положенного по каталогу. Для 76 корпусов численностью в 50 000 каждый, 122 лазаретов, 850 полевых и 79 крепостных госпиталей, 74 военно-санитарных транспортов, 100 военно-санитарных поездов и на 76 020 коек для крепостей<sup>1</sup>.

Вдовствующая императрица Мария Федоровна оптимистично отметила, что «гроза военных событий застала Российское общество Красного Креста вполне подготовленным к многотрудному делу помощи больным и раненым воинам»<sup>2</sup>. 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»<sup>3</sup>. Последствия недалёковидности 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.<sup>4</sup> 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»<sup>5</sup>.

В первую же неделю ведения боевых действий окончательно стало ясно, что Россия к войне в целом не готова, а состояние военно-медицинской службы, в частности, начинало приобретать положение, настолько близкое к катастрофическому, что до окончания войны его так и не сумели полностью привести в удовлетворительное состояние. Обрисовался слишком серьезный, постоянно растущий круг проблем, влияющих на уровень организации медицинской помощи, в глобальных масштабах обнаруживались все новые трудности — все имеющиеся дефекты, просчеты, недочеты. «В России все ужасы войны благодаря специфическим условиям русской жизни приняли прямо катастрофический характер»<sup>6</sup>, — говорил на первом заседании Государственной Думы 1 ноября 1916 г. Н. С. Чхеидзе.

На основании «Временного положения об эвакуации раненых и больных воинов» от 5 августа 1914 г.<sup>7</sup> задачи по обеспечению армии медицинской помощью возлагались только на Военно-санитарное ведомство и Красный Крест. Но уже с начала ведения боевых действий выяснилось, что они были не в состоянии предоставить достаточное количество лечебных учреждений и транспорта и не могли самостоятельно выполнить взятые на себя обязательства по обслуживанию фронтов и тыла.

Разрабатывая систему медицинского обеспечения русской армии при подготовке к возможной войне, как уже отмечалось выше,

военно-санитарная мысль основывалась на опыте «недавней» войны 1904–1905 гг., «используя ее весь положительный опыт». В ранг «положительного опыта» входила система эвакуации раненых с театра военных действий вглубь страны в качестве основы организации военно-санитарной службы. Для Русско-японской войны, с ее территориальными особенностями, методами ведения боевых действий эвакуационная система была действительно самой рациональной. После 1905 г. получила развитие идея эвакуации «во что бы то ни стало», мотивированная тем, что «при теперешнем способе ведения войны и теперешнем способе передвижения на первом плане стоит эвакуационная система с небольшим уклоном в пользу тяжелораненых и больных, которых даже в случае отступления следует оставить под защитой Женевской конвенции»<sup>8</sup>.

Таким образом, эвакуационная система легла в основу военно-медицинской службы России. Ошибочность данного выбора проявилась в полной мере в ходе войны 1914–1918 гг., когда эвакуационная система явилась одной из основных причин неудовлетворительной работы военно-санитарной службы при рассмотрении ее деятельности с точки зрения выполнения интендантством его задач.

В сентябре 1914 г. при Военном ведомстве указом Совета Министров было организовано Особое межведомственное совещание, специальной целью которого было рассмотрение смет и открытие кредитов Всероссийскому городскому (ВГС) и земскому союзам.

Во «Временном положении об эвакуации раненых и больных воинов» отмечено, что «действующая армия нуждается в постоянном удалении от нее раненых и больных, дабы их присутствие не стесняло ее подвижности и не оказывало неблагоприятного влияния на находящихся в ее рядах чинов. Удовлетворение как этого требования, так и необходимости избежать скопления раненых и больных в тылу армии и тем предупредить возможность возникновения здесь эпидемий и заражения путей сообщения, составляет задачу эвакуации раненых и больных»<sup>9</sup>.

С первым потоком раненых, которых старались срочно переместить в тыл, эвакуационная система начала давать сбои. Причиной являлось отсутствие системы и плана в перевозке раненых с головных эвакуационных пунктов, где при большом наплыве они скапливались, иногда сутками ожидая отправления. «Часто почти от позиций шли до тыловых пунктов транзитом или от головных пунктов вглубь страны»<sup>10</sup>. Под-

тверждением этому служит большое количество свидетельств. 18 сентября 1914 г. 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»<sup>11</sup>. Отсутствие расписания поездов, естественно, приводило к так называемым эвакуационным пробкам. Хирург действующей армии В. А. Оппель считал, что «при достаточном количестве санитарных поездов, увозящих раненых на тыловые эвакуационные пункты, пробки раненых могут быть прекращены», но поездов не хватало (Военное ведомство располагало всего 259 военно-санитарными поездами)<sup>12</sup>.

Член Государственной Думы А. И. Шингарев в докладе на заседании бюджетной комиссии от 10 декабря 1915 г. отмечал: «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 не перевязанными ранами, 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»<sup>13</sup>. Непосредственный участник событий хирург действующей армии Н. Н. Терebinский делился на XIV Съезде российских хирургов своими наблюдениями: «Значительное большинство прибывало в виде, часто заставлявшем удивляться крепости и живучести человеческого организма»<sup>14</sup>.

В результате эвакуации «транзитом» при отсутствии обязательной, по положению об эвакуации, сортировки раненых в тыловых эвакуационных пунктах, в Петрограде и в Москве в сентябре 1914 г. обнаружилось, что из громадного количества раненых около 80%<sup>15</sup> в принципе не подлежало такой глубокой эвакуации. Короче говоря, проводилась лишняя перевозка. Следовательно, можно предположить, что если нормальная грузоподъемность поезда составляла от 450<sup>16</sup> до 500 раненых<sup>17</sup>, то каждый поезд в начале войны привозил 360–400 человек, не подлежащих необходимой эвакуации, но которых необходимо было где-то разместить. Помимо непродуманной ситуации на железных дорогах, существовал еще один негативный фактор. Как правило, люди, получившие

относительно серьезное ранение, но способные сами передвигаться, отправлялись к ближайшему месту, где можно было получить первую помощь (перевязочные отряды, передовые отряды Красного Креста). Затем они, не заходя в полковые пункты или в госпиталь, самостоятельно отправлялись в эвакуационный пункт. Тяжелораненые были вынуждены ждать наступления ночи, когда закончится бой, в надежде, что их найдут и подберут санитары, поскольку подбирали раненых только в темное время суток. Это вносило не только путаницу в отчетность, но и, безусловно, влияло на правильность эвакуации.

Говоря о системе эвакуации, необходимо осветить аспект готовности лечебных учреждений разного типа к приему раненых.

Из телеграммы главного начальника снабжения армии Юго-Западного фронта в ставку, датированной 6 сентября 1914 г., становится понятно действительное состояние обеспечения полевыми лечебными учреждениями русской армии в начале войны: «...согласно мобилизационному расписанию, в тыловой район Юго-Западного фронта должны были прибыть 100 госпиталей, из них подвижных — 26, запасных — 74. В действительности в указанный район прибыло всего 54 госпиталя, не дослано 46 госпиталей. Нужда в госпиталях огромная, недостаток их отражается крайне вредно на деле. Телеграфировал главному военно-санитарному инспектору просьбу безотлагательно направить недостающие госпитали»<sup>18</sup>. По всей видимости, подобное отсутствие лечебных учреждений в начале войны имело место по всем трем фронтам.

Характеризуя работу эвакуационной системы санитарной службы русской армии в начале войны, мы убедились, что при отсутствии надлежащей подготовки, плана организации и координации работы система эвакуации вместо спасения пострадавших наносила колоссальный ущерб людским ресурсам, не говоря уже о нерациональном использовании и без того скромной технической базы. Количество мест в лечебных учреждениях также не оправдало ожиданий своей изначальной малочисленностью.

Сложившаяся ситуация, конечно, является еще одним подтверждением того, чего стоило России изменение ее стратегических планов в угоду союзникам и «преждевременное» вступление в мировой конфликт. Несмотря на это, мы можем предположить, что в течение месяца с начала войны некоторый дефицит больничных коек был создан искусственно, так как непосредственно в ближайшем тылу действующей армии были плохо поставлены и организация медицинской помощи, и контроль.

Нехватка транспорта и недостаточная протяженность железных дорог не давали возможности равномерно заполнить больными и ранеными весь созданный объем больничных мест в лечебных учреждениях. Раненые накапливались в распределительных пунктах, куда их свозили с передовых позиций, в результате чего близлежащие эвакуационные пункты были переполнены, а лечебные учреждения в отдаленных районах пустовали. Средний процент заполнения коек внутренней эвакуации в первый период войны составлял около 50%, а затем колебался от 70 до 77%<sup>19</sup>.

Данные по заполняемости Петроградского распределительного округа (Вятской, Пермской и других губерний) выглядели следующим образом<sup>20</sup>: на 1 сентября из 89 241 места было занято 43 705 мест (49%), на 15 октября из 93 846–47 838 (51%), на 1 ноября из 103 621–66 950 (65%), на 1 декабря из 106 853–74 970 (70%), на 15 декабря из 111 702 мест было занято 83 459 мест (75%). Занятость лечебных учреждений в отдаленных районах до конца войны так и не составила 100%.

Неравномерная занятость госпиталей и лазаретов, безусловно, происходила из-за отсутствия четкого учета числа раненых и количества свободных коек. Нередко свободные больничные места находились в непосредственной близости от действующей армии. Например, в Киеве в октябре 1914 г. на средства киевского духовенства был организован лазарет<sup>21</sup>, а 27 ноября в издании «Церковный вестник» появилась информация о том, что в лазарет не поступило ни одного раненого<sup>22</sup>.

Отсутствие налаженной системы по перевозке и распределению раненых и больных воинов являлось далеко не единственным деструктивным элементом в организации медицинской помощи. Еще одним из числа серьезных недостатков существующей системы организации санитарной службы было обилие ведомств и учреждений, имевших различную подчиненность, но занимающихся одним делом — делом помощи больным и раненым воинам. Отсутствовало единое руководство в механизме оказания медицинской помощи.

Это было закономерно. Поскольку эвакуацией раненых и больных ведало Главное управление Генерального штаба. Лечением в полевых и стационарных лечебных заведениях и эвакуацией на грунтовых участках занимались санитарные начальники фронтов и армий, РОКК, ВЗС и ВГС; снабжением медицинским имуществом и учетом и распределением медицинских кадров — Главное санитарное управление. Снабжение санитарно-хозяйственным имуществом находилось в руках Главного интендантского управления.

В сентябре 1914 г. была сделана попытка объединить всю санитарную и эвакуационную деятельность. Однако верховным начальником санитарной и эвакуационной части становится человек, далекий от медицины, не обладавший опытом профессионального администратора, но состоявший в родстве с Николаем II, — принц А. П. Ольденбургский.

К качественным изменениям это не привело. «Острые недостатки до известной степени были устранены, но остальные — отсутствие плана организации, отсутствие достаточной приспособленности всех организаций к военно-санитарному делу — остались и поныне», — отмечал А. И. Шингарев<sup>23</sup>.

Самой распространенной формой участия в деле помощи пострадавшим воинам и их семьям были денежные пожертвования. С начала августа и по 1 сентября 1914 г. в фонд Красного Креста поступил 1 544 203 руб. 52 коп.<sup>24</sup>, с 1 сентября по 1 октября 1914 г. — 7 824 701 руб. 61 коп.<sup>25</sup> Приведем примеры особенно крупных пожертвований: в Москве «Коммерческий банк И. В. Юнкер и К<sup>о</sup>» пожертвовал на нужды раненых 130 000 руб. (на них при Московской Мариинской больнице открыли 100 мест)<sup>26</sup>; частное лицо госпожа Кеншина на дело помощи больным и раненым воинам передала 1 млн руб.<sup>27</sup>; товарищество русско-американской фирмы «Треугольник» пожертвовало на Красный Крест 40 тыс. руб. с просьбой оборудовать госпиталь; Петроградская еврейская община выразила готовность израсходовать на дело Красного Креста сумму в 100 тыс. руб. и предложила организовать госпиталь Красного Креста, приняв на себя его содержание<sup>28</sup>, и т. д. Проводились широкие общественные кампании по сбору средств для раненных, активно в этот процесс включились и церковные власти, однако подобные спонтанные и хаотичные меры не могли изменить общую ситуацию.

В связи с этим отметим помощь членов IV Государственной Думы больным и раненым воинам. С самого начала войны по постановлению Государственной Думы ежемесячно отчислялось несколько процентов от жалованья, что составляло 6 тыс. руб., на которые за 1914 год были организованы при ближайшем содействии Красного Креста и отправлены на передовые позиции два этапных лазарета имени Государственной Думы<sup>29</sup>.

Служащие канцелярии ведомства Императрицы Марии постановили отчислять каждый месяц 1% от жалованья РОКК «на время продолжения военных действий»<sup>30</sup>.

Спустя два года после вступления России в войну вопрос о единой системе управления в деле обеспечения медицинской помощью оставался открытым и не менее актуальным.

И лишь приказом № 417 Временного правительства по Военному ведомству от 29 июня 1917 г. для объединения военно-санитарного дела, как на фронте, так и в тылу были сформированы Временный главный Военно-санитарный совет и Центральный санитарный совет фронтов<sup>31</sup>. В июне–августе 1917 г. был создан особый комитет для разработки проекта по объединению военных и общественных организаций на европейском театре войны<sup>32</sup>. Об эффективности этих мер в свете бурных событий 1917 г. судить сложно. Можно предположить, что вряд ли они кардинально прояснили ситуацию, потому что, во-первых, эти действия были слишком несвоевременными, и, во-вторых, общее положение страны, находящейся в глубоком экономическом кризисе (промышленность, сельское хозяйство, железнодорожный транспорт), не способствовало улучшению состояния отдельного направления.

Основываясь на фактах, характеризующих неудовлетворительную подготовку военно-медицинской службы к участию в войне, можно сделать следующий вывод: при такой ситуации основная цель военно-медицинской службы — максимальное сохранение людских ресурсов — не могла быть достигнута. Общие санитарные потери русской армии в первую мировую войну составляли 12–13 млн. человек, т. е. в среднем ежегодно с 1 млн. воюющих мы теряли около 800 тыс. В. А. Оппель, пользуясь данными, собранными им лично на Юго-Западном фронте, говорит о том, что из 100 раненых в часть возвращалось 44 (сюда не вошли лазареты дивизий, откуда также попадали обратно в строй легко раненые), остальные раненые либо умирали (10%), либо были негодными к службе (40%)<sup>33</sup>, оставаясь инвалидами.

## Примечания

<sup>1</sup> Санитарная служба русской армии в войне 1914–1917 гг.: Сб. документов. Куйбышев, 1942. С. 13.

<sup>2</sup> См.: Русское чтение. Пг., 1914. № 131 (23 июля).

<sup>3</sup> Всероссийский земский союз как новое интендантство // Жизнь для всех. Пг., 1916. № 8. С. 948.

<sup>4</sup> Даты в статье приводятся по старому стилю.

<sup>5</sup> Санитарная служба русской армии... С. 215.

<sup>6</sup> Государственная Дума 1906–1917: Стенографические отчеты. Т. 4. СПб., 1997. С. 36.



- 7 Российский государственный архив Военно-морского флота (далее — РГА ВМФ). Ф. 599. Оп. 1. Д. 36.
- 8 Потираловский П. П. Краткий курс санитарной практики. М., 1911. С. 124.
- 9 РГА ВМФ. Ф. 763. Оп. 1. Д. 431. Л. 5.
- 10 Оппель В. А. Очерки хирургии войны. Л., 1940. С. 185.
- 11 Санитарная служба русской армии... С. 214.
- 12 Оппель А. В. Указ. соч. С. 183.
- 13 Санитарная служба русской армии... С. 210. С. 14.
- 14 XIV съезд российских хирургов. С. 17.
- 15 Санитарная служба русской армии... С. 214.
- 16 Краткий очерк деятельности Всероссийского земского союза. С. 14.
- 17 Российский государственный исторический архив (далее — РГИА). Ф. 1623. Оп. 1. Д. 453. Л. 3.
- 18 Там же. С. 211.
- 19 Краткий очерк деятельности Всероссийского земского союза. С. 12.
- 20 Трескунова Б. Некоторые данные об организации госпитализации... С. 48.
- 21 См. Церковный вестник. 1914. №41.
- 22 Церковный вестник. 1914. №48.
- 23 Санитарная служба русской армии... С. 14.
- 24 Вестник Красного Креста. 1914. №7. С. 144.
- 25 Там же. №8. С. 911.
- 26 РГИА. Ф. 759. Оп. 90. Д. 1. Л. 31.
- 27 Вестник Красного Креста. 1914. №9. С. 200.
- 28 См. Русское чтение. — 1914. — №185.
- 29 Там же. №186.
- 30 РГИА. Ф. 759. Оп. 90. Д. 1. Л. 23.
- 31 См. Сборник приказов по Военному ведомству. Пг., 1917.
- 32 Юрий М. Ф. Буржуазные общественные организации в I Мировую войну 1914–1918 г. (ВЗС, ВСГ, Земгор, ЦВПК): Докт. дисс. Черновец, 1990. С. 286.
- 33 Оппель А. В. Указ. соч. С. 172.