

МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА РУССКОЙ АРМИИ В РУССКО-ЯПОНСКОЙ ВОЙНЕ 1904–1905 гг.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Началом русско-японской войны (1904–1905 гг.) является нападение в ночь на 27 января (9 февраля по новому стилю) 1904 г. на русскую эскадру, стоявшую на рейде Порт-Артура. Боевые действия для русской маньчжурской армии носили неудачный, отступательно-оборонительный характер. Потеря после 157-дневной обороны Порт-Артура в начале января 1905 г., а затем в мае 1905 г. – 2-й эскадры и 1-го отряда 3-й Тихоокеанской эскадры и в Цусимском морском сражении принудили Россию заключить 23 августа (5 сентября) того же года позорный для нее Портсмутский мирный договор. Мобилизационное развертывание формирований медицинской службы, в том числе укомплектование их личным составом, впервые было осуществлено за счет накопленного после русско-турецкой войны 1877–1878 гг. запаса «медицинских чинов». Главное военно-медицинское управление Военного министерства, возглавляемое Н. В. Сперанским, а также командование армии в своей деятельности руководствовались вновь принятыми накануне «Положением о полевом управлении войск в военное время», «Положением о военно-врачебных заведениях военного времени» (1887 г.) и «Положением об эвакуации больных и раненых» (1890 г.). В организации противоэпидемической работы они опирались на положения «Наставления об охране здоровья войск действующей армии», «Инструкции о мероприятиях против развития и распространения заразных болезней в армии», «Наставления о предупреждении и ограничении развития холеры в войсках» и «Инструкции для производства дезинфекции жилых помещений, белья, одежды, мягких постельных принадлежностей и извержения холерных больных», обновленных и введенных в действие в 1905 г. Санитарные потери русской армии за 23 мес войны составили (при средней численности войск – 728 568 человек и безвозвратных потерях убитыми и попавшими в плен – 84 062 человека) 557 854 человека, в том числе ранеными – 151 944, или 27,3 %, и 405 910 больными, или 72,7 %. Совместными усилиями военных медиков и медицинского персонала Российского Общества Красного Креста было обеспечено выздоровление и возвращение в строй 75 606 раненых и 254 621 больного, а в целом – 330 327 человек, или 56,2 % от их общего числа. При выполнении своего профессионального долга общие потери медицинского персонала составили 460 человек, в их числе – 84 врача, 1 фармацевт, 364 фельдшера, 6 сестер милосердия и 5 студентов. Среди штатных носильщиков (санитаров), работавших на передовой и нередко на поле боя, убитыми было 1020, ранеными и контуженными – 2300 человек.

Ключевые слова: чрезвычайная ситуация, Российская империя, русско-японская война, медицинская служба, санитарные потери, безвозвратные потери.

Условия работы медицинской службы.

В конце XIX – начале XX вв. объектом колониальных устремлений русского империализма стал Дальний Восток, где завязался узел острых противоречий между Россией, Китаем и Японией. Оккупировав Маньчжурию, Россия оказалась на грани войны с Японией.

27 января (здесь и далее старый стиль) 1904 г. японский флот вероломно напал на Тихоокеанскую русскую эскадру, стоявшую на рейде Порт-Артура. Началась русско-японская война. Военное ведомство не сочло нужным провести всеобщую мобилизацию и ограничилось наличными силами с проведением очередных призывов и 9 частных мобилизаций. Всего в течение всей кампании было принято на службу 1 млн 174 тыс. 913 человек (70 % явившихся к призыву). Схема

боевых действий во время русско-японской войны в 1904–1905 гг. представлена на рис. 1.

Боевые действия на суше развивались очень медленно, при участии в них на первом этапе войны сравнительно небольших группировок войск. Первые значительные бои произошли на реке Ялу у Тюренчена (1–6 мая 1904 г.). С 26 по 27 мая 1904 г. шли бои у Цзиньчжоу, а с 1 по 2 июля – у Вафангоу. Сражение у Вафангоу окончилось отходом русских войск. Столь же неудачно завершилось крупнейшее сражение в районе Ляояна. 17 июля 1904 г. началась героическая оборона г. Порт-Артура, продолжавшаяся 157 дней и ночей. 3 яростных штурма были успешно отбиты. 20 декабря 1904 г. после 4-го штурма крепость пала. Потеря Порт-Артура окончательно решила в пользу Японии вопрос о господстве на море.

Гладких Павел Федорович – д-р мед. наук проф., засл. работник высш. школы России, Воен.-мед. акад. им. С. М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: gladkih-pavelf@yandex.ru.



Рис. 1. Схема боевых действий войск в русско-японской войне (1904–1905 гг.).

После утраты Порт-Артура окончилось безрезультатно предпринятое в январе 1905 г. наступление русских войск под Сандепу. 6 февраля развернулось грандиозное по тем временам сражение под Мукденом. Понеся огромные потери, русские войска отошли на Сыпингайские позиции. 14 мая в морском сражении под Цусимой была уничтожена

2-я Тихоокеанская эскадра русских. Война была проиграна. 23 августа 1905 г. в Портсмуте (США) подписали позорный для России мирный договор. Русские войска оставались в Маньчжурии и после ратификации мирного договора до 1 марта 1907 г. [5, с. 647].

Санитарные потери русских войск (при численности участвующих в боевых действи-

ях – 581 958 человек и безвозвратных потерь убитыми и попавшими в плен – 126 870 человек) составили 564 500 человек, в том числе ранеными и контуженными – 158 600, больными – 405 900. Пулевые ранения преобладали над осколочными и шрапнельными и составляли 75, 14 и 11% соответственно [3, с. 15; 4, с. 43, 54].

Исследователи отмечают необычную особенность в имевшей место в рассматриваемой войне заболеваемости личного состава русской армии. Ссылаясь на данные К.В. Караффа-Корбутта, авторы монографии «Войны и эпидемии» констатируют, что общая заболеваемость (в том числе и инфекционная) в действующих войсках оказалась ниже таковой в войсках, не участвовавших в боевых действиях. Только в течение 4 мес (июнь–сентябрь 1904 г.) из 23 мес военных действий это соотношение изменялось в сторону действующей армии. В течение 2 лет войны среднемесячные показатели заболеваемости на 1000 человек личного состава равнялись в действующих войсках 21,9, а в тыловых – 32,7. Более того, данный показатель оказался и в тех, и в других войсках меньшим соответствующих показателей послевоенного периода, составлявших в 1907 г. – 37, в 1908 г. – 36,7 и в 1909 г. – 37,9 [2, с. 186; 6, с. 30].

Особенности мобилизационного развёртывания формирований медицинской службы. Мобилизация войсковой медицинской службы существенных трудностей не встретила. Части и соединения Сибирского, Приамурского и Квантунского военных округов были заблаговременно обеспечены медико-санитарным имуществом.

В отличие от последней русско-турецкой войны (1877–1878 гг.) до 64,5% общего числа врачей при мобилизации поступили из накопленного их запаса. До 80% этих специалистов направляют в полки и военно-санитарные транспорты на должности младших врачей, а также в госпитали в качестве младших ординаторов, 19% – старшими врачами полков и старшими ординаторами и лишь 1% – главными врачами госпиталей. Для доукомплектования медицинских формирований военного времени и войск проводятся, как и прежде, ускоренные выпуски врачей из Военно-медицинской академии и медицинских факультетов университетов, разрешается использование на врачебных должностях студентов V курсов, в качестве фельдшеров и санитаров – студентов III–IV курсов. На театр военных действий (ТВД)

убыли все врачи, прикомандированные к академии для научного усовершенствования. Туда же выехали академические хирурги приват-доцент Р.Р. Вреден и проф. Е.В. Павлов. Было признано возможным принимать на «русскую службу по гражданскому ведомству» врачей с дипломами иностранных университетов при наличии не менее 2-летнего врачебного стажа. И все же достичь полного комплекта врачебного состава в русской армии не удалось. К концу войны в составе армии насчитывалось 3107 врачей, в том числе 913 кадровых. 1 врач приходился на 361 человека личного состава войск [2, с. 188–191].

Корпуса и дивизии, следовавшие из центральных военных округов, прибывали со своими штатными медицинскими формированиями. Полевые и подвижные, запасные и сводные госпитали отмобилизовывались и направлялись на ТВД в соответствии с установленной в то время очередностью мобилизации и выдвижения войск. Однако этот процесс шел крайне медленно. Так, сроки формирования госпитальных учреждений даже в Приамурском военном округе колебались от 37 до 123 дней [8, прил. 4].

До войны на Дальнем Востоке имелись в составе разного рода лечебных учреждений 244 465 штатных коек. К апрелю 1904 г., когда произошли первые сравнительно крупные столкновения русских и японских войск, в Южной и Северной Маньчжурии дополнительно к ним было сосредоточено госпиталей общей емкостью всего лишь на 3600 мест, к августу того же года армия располагала 16 дивизионными лазаретами и 28 полевыми подвижными госпитальями.

Почти одновременно с выдвижением госпиталей военного ведомства в район действующей армии прибывали лечебные учреждения Российского Общества Красного Креста (РОКК) и других общественных организаций. За период с февраля по май 1904 г. прибыли 38 летучих отрядов, 69 лазаретов и 7 госпиталей Общества Красного Креста [2, с. 192]. На рис. 2 и 3 представлены медицинские подразделения РОКК.

Следует отметить, что приведенные Главным военно-медицинским управлением Военного министерства (ГВМУ – начальник Н.В. Сперанский) расчеты по обеспечению войск госпитальными средствами не оправдались, поэтому в течение войны шло их постепенное наращивание. В результате общее число госпиталей, развернутых на ТВД, достигло к концу войны 298, в том числе име-



Рис. 2. Летучий отряд РОКК во время рекогносцировки у деревни Лапафан (1904 г.).

лись 114 полевых подвижных, 180 полевых запасных и 4 крепостных госпиталей. Их общая емкость составляла 65 355 коек (без постоянных госпиталей). В целом, РОКК имело на Дальнем Востоке 143 лечебных учреждения всего на 28 719 коек, затратив в годы войны на лечебно-эвакуационные нужды более 31 млн 715 тыс. рублей. Госпитальные средства частной помощи равномерно распреде-

лялись между полевым и тыловым эвакуационными районами [2, с. 193].

В конце 1904 г., в основном за счет средств Общества Красного Креста, создают отряд специализированных госпиталей, дислоцировавшихся в г. Харбине (2 хирургических, а также венерологический, отоларингологический, центральный психиатрический и несколько инфекционных «заразных»), в г. Иркутске



Рис. 3. Лазарет им. Великой княгини Марии Павловны (сентябрь 1905 г.).

(5 венерологических, 2 отоларингологических, «глазной» и инфекционный госпитали). Опыт русско-японской войны впервые продемонстрировал весьма большие преимущества группового развертывания госпиталей, которое как раз и облегчало специализацию лечебных учреждений, а также сложный процесс управления ими и их материально-технического обеспечения.

Впервые по инициативе Н.А. Вельяминова в диагностических целях стали применять «рентгеновские приборы» («радиография»). Рентгеновские кабинеты функционировали в 11 госпиталях, развернутых в городах Харбине, Никольске, Чите, Владивостоке, Хабаровске, Томске, Порт-Артуре (4), и в 3 лазаретах Общества Красного Креста [2, с. 193].

Что касается транспортных средств, то санитарные обозы полков и дивизионных лазаретов на ТВД прибывали вместе со своими частями. Часть конных военно-санитарных транспортов (каждый с эвакуационной ёмкостью 100 мест) и полутранспортов поступили из Европейской России и Сибири, некоторые формировались на месте. С началом боевых действий Маньчжурская армия имела лишь 5 двухкольных военно-санитарных транспортов и 2 полутранспорта, способных одновременно поднять чуть более 1200 эвакуируемых. К сражениям под Сандепу и Мукденом, где санитарные потери составили, соответственно, 11 и 51 тыс. человек, медицинская служба располагала подобным транспортом, способным поднять лишь 3100 раненых. Однако громоздкость этих транспортов, трудность управления ими на сильно пересеченной местности вынудили в дальнейшем создавать двухкольные транспорты и арбяные полутранспорты [2, с. 194].

Острый недостаток в санитарном транспорте осложнялся крайне плохим состоянием дорог, несовершенством медицинских двухкольных, а также значительным удалением от войск полевых госпиталей. Особенно отчаянное положение складывалось в условиях постоянных арьергардных боев, когда значительное число раненых в силу указанных причин не могли быть вывезены с поля боя. Именно этим прискорбным фактом объясняется наличие в русской армии после каждого сражения большого количества без вести пропавших. Не приводили к желаемым результатам и отдаваемые командованием распоряжения о предоставлении медицинской службе для эвакуации раненых и больных строевых и интендантских транспортов.

Общие вопросы лечебно-эвакуационного обеспечения войск. В войну с Японией русская армия вступила с «Положением о полевом управлении войск в военное время», «Положением о военно-врачебных заведениях военного времени» (1887 г.) и «Положением об эвакуации больных и раненых» (1890 г.). Следует отметить, что содержащиеся в них указания и рекомендации были рассчитаны на войну с небольшим фронтом, со значительно ограниченным числом раненых и больных и с перевозкой в феврале 1904 г. их на незначительные расстояния. Уже в ходе войны вводятся «Временное положение о военно-санитарных поездах».

Формирование военно-санитарных поездов (ВСП), подразделявшихся на постоянные и временные, происходило все нарастающими темпами. В конечном итоге было задействовано для медицинской эвакуации 80 поездов, из которых 34 предназначались для эвакуации раненых и больных в пределах ТВД (до Байкала), а 46 поездов – для их эвакуации далее в лечебные учреждения внутреннего района империи [2, с. 196].

Для эвакуации в основном нижних чинов, признанных после перенесенного ранения или заболевания негодными к службе в армии, и инвалидов использовали так называемые временные или вспомогательные ВСП. К августу 1904 г. имелись 11 таких поездов. Общая емкость действовавших в целях эвакуации раненых и больных ВСП достигала 29 тыс. мест, из них 10 тыс. мест приходилось на постоянные и 19 тыс. – на вспомогательные. Широко практиковалось формирование сборных («теплушечных») санитарных поездов. Дополнительно к поездам военно-санитарного ведомства работали также 25 санитарных поездов, оборудованные на средства РОКК и 4 – на средства других общественных организаций и членов царской фамилии (рис. 4) [9, л. 19–20]. В качестве вспомогательного средства для транспортировки раненых применялись специально прокладываемые полевые конно-железные дороги («декавилки») и приспособленные для этих целей вагонетки. В период Мукденского сражения, например, с помощью этих средств было перевезено 2700 раненых [2, с. 196].

Из опубликованных источников известно, что примерно через 2 мес после начала войны, т. е. в марте 1904 г., на основании приказа № 117 по Главному штабу при нем создается «Комиссия по эвакуации больных и раненых с Дальнего Востока внутрь Империи», пере-



Рис. 4. Военно-санитарный поезд им. Великой княгини Ксении Александровны (16 августа 1905 г.).

именованная затем (в январе 1905 г.) в Главную эвакуационную комиссию.

Как устанавливалось инструкцией, «... рассмотрению Комиссии подлежали все вопросы по эвакуации и рассеиванию больных и раненых внутри Империи, а также и те вопросы, которые «Положением об эвакуации больных и раненых» отнесены к ведению Главного штаба». Таким образом, компетенция Главной эвакуационной комиссии распространялась на весьма обширную территорию от Харбина до Санкт-Петербурга. Руководя эвакуацией из столицы империи, комиссия, конечно, не знала и не могла знать, что делается на местах [2, с. 197–198].

Опыт первых месяцев боевых действий в особых условиях дальневосточного ТВД настоятельно потребовал внесения существенных изменений в ранее принятую организацию войск и их медицинской службы. По настоянию военного министра А. Н. Куропаткина действующую Маньчжурскую армию разделяют на 3 частные армии. В каждой из них, на основании «Положения об управлении санитарной частью» (приказ военного министра № 79 от февраля 1904 г.), общее управление медицинской службой изымается из ведения дежурного генерала и передается начальнику санитарной части армии (не врачу в чине генерал-майора, генерал-лейтенанта). Непосредственно подчинявшийся командующему армией, он был «...начальником всей санитарной части в армии и распорядителем

всех личных и материальных средств, предназначенных для удовлетворения санитарных потребностей армии». Для выполнения этих функций начальник санитарной части располагал канцелярией, состоявшей из госпитального, медицинского и эвакуационного отделений. Ему подчинялись полевой военно-медицинский инспектор, полевой инспектор госпиталей (не врач), старший уполномоченный РОКК (не врач) совместно с их управлениями. По ходатайству главного начальника санитарной части всех трех Маньчжурских армий генерал-лейтенанта Ф. Ф. Трепова Главное управление РОКК назначило также своих «особо уполномоченных при корпусных командирах». Сфера деятельности начальника санитарной части армии распространялась на весь район, подведомственный полевому управлению армии.

В июле 1905 г. при главнокомандующем вводятся должности главного начальника санитарной части армий (не врач) и главного полевого военно-медицинского инспектора с соответствующими управлениями (приказ военного министра № 469 от сентября 1905 г.) и состоявшими при них главной эвакуационной комиссией и санитарно-статистическим бюро (создано в декабре 1904 г.).

Оставался также Главноуполномоченный Российского Общества Красного Креста «в районе Маньчжурской армии». Однако главному полевому начальнику санитарной части армий, как ни странно, начальники са-

нитарной части, полевые военно-медицинские инспекторы и инспекторы госпиталей отдельных армий подчинены не были, что исключало единоначалие в управлении имевшимися на театре войны медицинскими силами и средствами.

Главным полевым военно-медицинским инспектором всей Маньчжурской армии вначале был В.С. Быстров, а затем – И.В. Горбачевич (военно-медицинский инспектор Восточно-Сибирского военного округа). Главным хирургом назначают упомянутого выше приват-доцента Р.Р. Вредена (после его ранения в 1904 г. исполняющим обязанности главного хирурга стал И.А. Азаревич).

Полевыми военно-медицинскими инспекторами в Маньчжурских армиях состояли: в 1-й армии – В.Б. Богушевский (военно-медицинский инспектор Оренбургского военного округа), во 2-й – В.И. Шолковский (военно-медицинский инспектор Виленского военного округа) и в 3-й – А.Я. Евдокимов (военно-медицинский инспектор Одесского военного округа) [2, с. 199–204].

В самых общих чертах организация лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск осуществлялась следующим образом (рис. 5).

С началом боя к исполнению своих обязанностей, укрываясь от пуль и осколков, приступали ротные (эскадронные, батарейные) фельдшеры, а также полковые и дивизионные носильщики. Им помогали музыканты. При сильном ружейно-пулеметном огне сбор («подбор») раненых иногда по приказу командования откладывали до наступления сумерек. Во всех случаях раненые, сохранившие способность к самостоятельному передвижению, сосредоточивались в укрытиях, образуя, тем самым, «гнезда раненых». В этой связи умест-

но будет отметить, что в ряде публикаций периода войны и последующих лет некоторые авторы – С.Ф. Унтербергер, В.А. Прусс – резко возражали против сбора и выноса раненых во время боя, ибо это способствует увеличению потерь. Среди них был и главный хирург Р.Р. Вреден [1, с. 480–482; 2, с. 204].

Ввиду оборонительно-отступательного характера боевых действий русских войск, передовые перевязочные пункты полков развертывались редко, их функции выполняли полковые околотки (лазареты), размещавшиеся в фанзах (местных постройках) недалеко от позиций. Лишь в том случае, когда они попадали в сферу артиллерийского огня противника, старший врач принимал решение на развертывание передовых перевязочных пунктов где-либо за естественными укрытиями. В них была оказана медицинская помощь 74% всех раненых. Остальные 26% раненых попали с поля боя, минуя перевязочные пункты, в последующие этапы эвакуации.

Главные перевязочные пункты дивизий развертывались дивизионными лазаретами в 4–6 км от передовых позиций, в фанзах. В теплое время года перевязочная и операционная устраивались в палатках (шатрах), а в фанзах – эвакуационные. В целом через главные перевязочные пункты прошли только 31,4% раненых. Хирургическая активность в этих пунктах была невысокой: в боях под Ляояном – 4,2%, на реке Шахэ – 2,3%, под Мукденом – 1,65% от числа всех поступивших раненых.

Полевые подвижные госпитали (ППГ) частично развертывали в 3 штатных госпитальных шатрах и частью – в фанзах. Что же касается двух полевых подвижных госпиталей, приданных дивизии и подчиненных ее начальнику (командиру), внимание которого волей-неволей поглощалось боевыми дей-

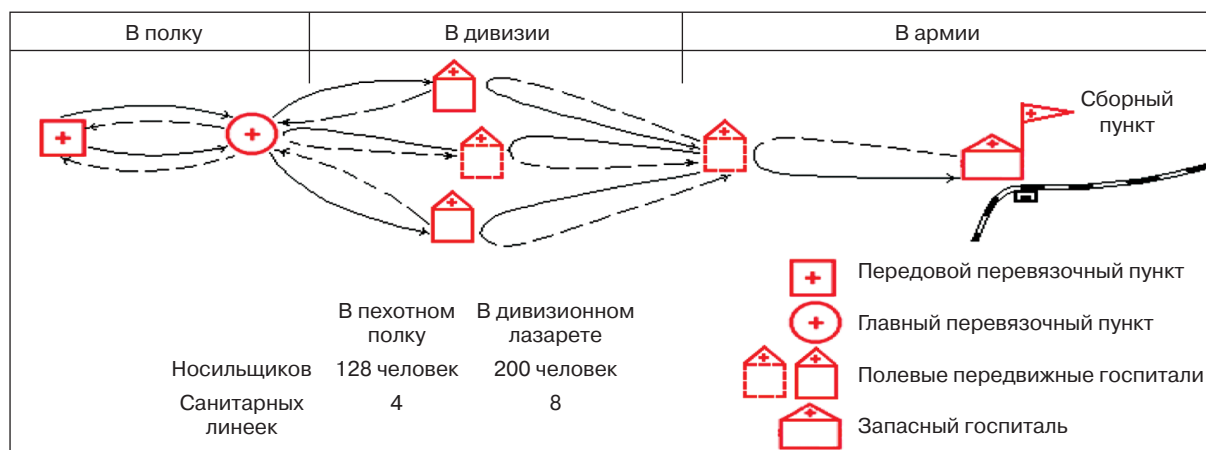


Рис. 5. Схема организации эвакуации раненых и больных в русско-японской войне 1904–1905 гг.

ствиями, то они зачастую оказывались или далеко от позиций свернутыми, или разворачивали один из них. В последнем случае во время боя персонал госпиталя буквально «...изнемогал от непосильной работы при бездействии далеко отстоящего другого госпиталя». В дивизиях, занимавших районы, удаленные от железной дороги, и в тех случаях, когда дивизионному врачу предоставлялось больше свободы, как правило, разворачивали оба госпиталя: один – где-то в 4 км от позиций, а другой – в 10 км от первого. В корпусе, состоявшем из двух дивизий, все 4 ППГ располагали цепочкой вдоль тыловой грунтовой дороги корпуса, в 10 км друг от друга [1, с. 84–87; 2, с. 204–205].

Неумение грамотно организовывать работу госпиталей, приданных войскам, незнание начальниками госпиталей боевой обстановки нередко приводило к полной утрате госпитального имущества, пленению личного состава госпиталей и содержащихся в них раненых. Так было, например, в сражении под Мукденом, когда в результате спешного отхода русских войск в плен попали 2,6 тыс. тяжелораненых.

Транспортировку раненых и больных из главных перевязочных пунктов вели по принципу «от себя» на двуколках (лазаретных линейках) дивизионного лазарета, что часто приводило к утрате этих транспортных средств.

Из впереди стоящего ППГ в следующий эвакуацию осуществляли с помощью транспортных средств, освобожденных из-под

госпитального имущества последнего, и военно-санитарных транспортов. При нехватке санитарных двуколок использовали строевые и интендантские конные транспортные средства (автомобильный транспорт в то время вообще не использовался). Иногда переноски тяжелораненых из одного госпиталя в другой, а также до железной дороги к местам погрузки в ВСП проводили на носилках нижние чины специально выделенных для того подразделений методом «подстав» и нанимаемое с той же целью китайское население (рис. 6).

Далее раненые и больные следовали в ВСП до сборных пунктов эвакуационных комиссий, в приписанные к ним полевые запасные и сводные госпитали, которые, по выражению В. А. Прусса, являлись для эвакуируемых «...лечебными учреждениями в собственном смысле этого слова..., центрами полевой хирургической деятельности» [2, с. 206]. На сборных пунктах обеспечивали разгрузку раненых и больных. В разворачиваемых при них госпиталях их сортировали, регистрировали, они получали по показаниям неотложную врачебную помощь, подготавливали к дальнейшей эвакуации в ВСП. Однако открытие таких пунктов по Положению об эвакуации при внутренних эвакуационных комиссиях предусматривалось лишь в случае крайней необходимости. Благодаря этому администрация всех без исключения внутренних эвакуационных комиссий считала излишним устройство сортировочных пунктов и вполне нормальным проводить как регистрацию, так и сортиров-



Рис. 6. Погрузка тяжелораненых в постоянный военно-санитарный поезд.

ку доставляемых раненых и больных на ходу, прямо в поездах. Подобные безобразия, как указывалось в отчете о деятельности Главной эвакуационной комиссии, «...вполне выяснилось только через 8 месяцев после объявления войны» [2, с. 208].

Важную роль в эвакуационном процессе должны были играть так называемые «слабосильные команды». Они формировались (в соответствии со статьями 1053–1073 книги XVI Свода постановлений) на 150–200 человек при неприданных войскам госпиталях или самостоятельно на 300–400 человек – при запасных батальонных в районе полевой эвакуационной комиссии, а также на 100 человек – при всех местных командах, расположенных по железным дорогам. В эти команды направляли по распоряжению главного врача легкораненых, легкобольных, ослабленных перенесенными ранениями и заболеваниями нижних чинов. Однако имели место и такие случаи, когда на слабосильные команды смотрели «как на места», которые можно заполнять «по нужде» в случае отсутствия в госпиталях мест.

В целом, в годы войны действовали 29 слабосильные команды. В них направляли более 7283 пострадавших (13,5% от общего количества поступивших в лечебные заведения). 26,6% из этого числа прибыли из частей, а 73,4% – из госпиталей. В строй были возвращены 58,7% от всех находившихся в командах слабосильных, 29,9% – вновь переведены в госпитали, 6,9% – эвакуированы для лечения в тыл страны и 4,5% – уволены из армии и переведены на нестроевые должности [2, с. 208–209].

Из полевого эвакуационного района раненые и больные (вперемешку с инфекционными) десятками тысяч импульсивно продвигались в тыловой эвакуационный район, центром которого был Харбин. Размеры такой эвакуации достигали невероятных масштабов. Так, с начала войны по июнь 1905 г., т. е. в течение 17 мес, из 247 526 раненых и больных, поступивших на сборные пункты Харбинской тыловой эвакуационной комиссии, 163 664 (78%) были эвакуированы далее ВСП в Сибирь и Европейскую Россию [9, л. 7–8].

Противоэпидемическое обеспечение войск. До последнего времени господствовало мнение о якобы благополучном санитарно-эпидемическом состоянии русской армии в ходе русско-японской войны.

Инфекционная заболеваемость в русской армии несомненно была. И она не могла не быть, потому что, во-первых, шла война,

а во-вторых, боевые действия в целом для русских войск отступательно-оборонительного характера развернулись на территории, эндемичной по многим инфекциям. Кроме того, был еще очень важный фактор, способствовавший развитию в русских войсках эпидемий, – наличие так называемых «запрещенных болезней», среди которых оказались дизентерия, брюшной тиф, цинга. Например, в циркуляре от июля 1904 г. полевой военно-медицинский инспектор требовал от врачей в графу «дизентерия» заносить лишь те ее случаи, в этиологии которой лежит заражение палочкой Шиги–Краузе, подтвержденное биологическими исследованиями. Однако ППГ не имели такой возможности и поэтому переполнялись больными со скромными диагнозами колит, энтероколит, псевдодизентерия. Точно таким же образом «с дозволения начальства» в конце кампании стали ставить диагноз брюшной тиф. Немаловажной причиной распространения инфекции были позднее выявление заболевших и их несвоевременная изоляция. Следует также отметить, что эпидемическое состояние будущего ТВД в предвоенном периоде изучено не было, а оно было явно неустойчивым, а по ряду особо опасных инфекций – неблагоприятным.

Вопрос о способах специфической профилактики брюшного тифа и дизентерии к началу войны находился в стадии первоначального изучения. Даже принципиальная сторона об эффективности профилактических прививок к тому времени еще не была разрешена. Поэтому, несмотря на неоднократные предложения, поступавшие в ГВМУ о введении в войсках профилактических прививок против брюшного тифа и дизентерии, Главный военно-медицинский комитет на заседании от 13 октября 1904 г. вторично принял следующее решение: «...введение в войсках прививок против тифа и дизентерии ввиду их бесполезности самих по себе и как ослабляющих общие предохранительные меры считать недопустимым. Армия не может служить объектом каких бы то ни было экспериментальных исследований». Указанные выше обстоятельства, несомненно, способствовали развитию эпидемий в русской армии.

Эпидемическая вспышка брюшного тифа в 1904 г. и 1905 г. произошла в летне-осенний период и совпала с наиболее дождливым временем года. По своей продолжительности и уровню заболеваемости эпидемия 1904 г. превосходила таковую 1905 г. Резкий подъем заболеваемости дизентерией в 1904 г.

и 1905 г. наблюдался летом. При этом эпидемическая вспышка в 1904 г. была менее значительной, чем в 1905 г. Такое особо опасное заболевание, как сибирская язва (ее кожная форма – 976 случаев), свое наибольшее распространение получила в зимние месяцы и совпала с выдачей личного составу войск полушубков и папах. Сыпным тифом заболели 348, возвратным – 196, натуральной оспой – 245 человек. Традиционные для армии эпидемические болезни военного времени были сопровождаемы значительным числом заболевших гриппом (33 452 человека), малярией (24 381 человек) и венерическими болезнями (28 574 человека).

Что касается удельного веса инфекционных больных в общем числе заболевших, то, как свидетельствует К. В. Караффа-Корбутт (1917 г.), из 405 910 человек, перенесших заболевания, 90 902 (22%) страдали инфекционными болезнями.

В рассматриваемой войне для проведения комплексных противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий впервые были использованы в дивизиях и армиях специальные штатные и нештатные формирования. Особую пользу принесли своей работой впервые примененные штатные подвижные дезинфекционные (введены в 1887 г. по одному на дивизию) и санитарно-гигиенические (введены в 1904 г. по одному на корпус) отряды. На 5 сформированных в годы войны санитарных отрядах, снабженных походными бактериологическими лабораториями, дезинфекционными средствами, паровыми дезинфекционными камерами, медицинскими предметами и медикаментами, лежала обязанность постоянно вести противоэпидемическую разведку в районах дислокации армий. Имевшиеся 24 дезинфекционные отряда занимались ликвидацией выявленных санитарными отрядами очагов инфекционных заболеваний, а также, в соответствии со специальной инструкцией, «очисткой и оздоровлением полей сражений». Для этих целей их снабжали необходимыми дезинфекционными и техническими средствами.

Российское Общество Красного Креста, в свою очередь, формирует летом 1904 г. 2 бактериологических и 8 дезинфекционных отрядов (6 – действовали в районе армий и их тылов, 2 – на территории Иркутского эвакуационного района).

Весьма важным моментом являлось то, что управление упомянутыми противоэпидемическими учреждениями было централизовано

и находилось в ведении высших медицинских начальников. Именно к этому времени относится введение штатных должностей армейского врача-гигиениста и врача «для поручений» при нем. Все это способствовало более оперативному использованию имевшихся противоэпидемических средств в условиях быстро менявшейся боевой, тыловой и медицинской обстановки.

В своей работе все представители военно-медицинской организации руководствовались требованиями таких нормативных документов, как «Наставление об охране здоровья войск действующей армии», «Инструкция о мероприятиях против развития и распространения заразных болезней в армии», «Наставление о предупреждении и ограничении развития холеры в войсках» и «Инструкция для производства дезинфекции жилых помещений, белья, одежды, мягких постельных принадлежностей и извержения холерных больных», обновленных и введенных в действие в 1905 г.

В целях химической очистки воды в полевых условиях по специальному заказу было изготовлено и направлено в войска 900 больших (для батальонов) и 2500 малых (для рот) наборов. Каждый такой набор сопровождался «Инструкцией для очистки и обеззараживания питьевой воды в походе». В 1904 г. по предложению Е. А. Шеппилевского ГВМУ заказало для действовавшей на Дальнем Востоке армии бромсодержащие таблетки для обеззараживания индивидуальных запасов воды во флягах. Существенную роль в борьбе с инфекционными желудочно-кишечными заболеваниями в войсках сыграло введение чайного довольствия. Действовавший в то время приказ главнокомандующего строжайше запрещал пить сырую воду.

На протяжении первых месяцев войны, как раз в период эпидемической вспышки дизентерии, совершенно отсутствовал санитарный надзор за следовавшими на ТВД и обратно поездами. В итоге в тыл страны вместе с ранеными, инвалидами, больными эшелон за эшелон направляли и инфекционных больных. Это обстоятельство побудило Главный штаб разработать и объявить в 1905 г. специальный циркуляр № 91 «О порядке отправления заразно-больных нижних чинов из военно-лечебных заведений на родину».

В целом за время с сентября 1904 г. по март 1905 г. с поездов, следовавших на Дальний Восток и обратно, было снято, а также обнаружено в районе станций 2184 инфек-

ционных больных, в том числе 318 – больных брюшным тифом, 28 – сыпным тифом, 101 – дизентерией, 17 – сибирской язвой, 2 – натуральной оспой, 10 – рожей, а также 1427 человек, страдавших венерическими болезнями, и др. В июле 1905 г. в Чите были задержаны 2 эшелона (№ 501 и № 502) в связи с обнаружением в них 158 больных брюшным тифом.

Инфекционные больные подлежали госпитализации в «заразные госпитали», которые развертывают как в тыловых районах действующих армий, так и в местах размещения эвакуационных комиссий. Всего в Харбине и «ближайшем тылу» армий насчитывалось не более 10 таких госпиталей. Эти госпитали оборудовали в стороне от других лечебных учреждений, снабжали химико-бактериологической лабораторией, дезинфекционными камерами разных систем, дезинфицирующими средствами и специально подготовленным медицинским и вспомогательным персоналом. В связи с тем, что дальше Харбина эвакуация инфекционных больных из армии и тыла осуществлялась в период выздоровления больных, то в западных районах и в Примурье инфекционные госпитали не создавали, а действовали лишь инфекционные отделения.

Состояние медицинского снабжения.

Впервые в истории войн России проблемы медицинского снабжения действующей армии в русско-японской войне были решены более или менее удовлетворительно и, что было важно, за счет заранее накопленных мобилизационных запасов. Согласно сложившейся практике, ГВМУ заготавливало предметы медицинского имущества через Завод военно-врачебных заготовлений. Лишь в случаях исключительной срочности оно могло, с разрешения Военного совета, купить необходимые предметы за деньги. Для более оперативного решения подобной проблемы, особенно в борьбе с эпидемическими заболеваниями, ГВМУ 16 июня 1905 г. добилося от Военного совета разрешения приобретать требуемое имущество непосредственно, не испрашивая его на это каждый раз. В целях обеспечения заготовки медицинского имущества на местах в распоряжение каждого временного аптечного магазина был выделен кредит в сумме 30 тыс. рублей [7, л. 1–4]. Следует отметить, что полевые аптеки армий располагались слишком далеко от театра военных действий. Это приводило к «излишней потере времени и излишним расходам по пересылке приемщиков» медико-санитарного имущества, к не-

своевременному поступлению последнего в войска и военно-врачебные заведения.

Благодаря инициативе проф. Н.А. Вельяминова и приказу военного министра № 76 от февраля 1904 г. впервые «всеми строевыми чинами» были использованы асептические «индивидуальные пакеты перевязочного материала». Ими снабжали «все строевые чины» в целях оказания на поле боя само- и взаимопомощь при ранении. Их хранили в «особо для того изготовленных в шароварах карманах». Всего в войска было выдано 3 267 230 таких пакетов. Интересный факт, характерный для солдатской среды того времени, когда определенная ее часть поначалу использовали эти пакеты для чистки ружей, однако с появлением в бою первых раненых подобная практика была забыта и все «самым тщательным образом берегли пакеты».

С другой стороны – в проблеме медицинского снабжения имел место грустный факт, состоявший в том, что большинство медикаментов, значительная часть сырья для их производства на отечественных предприятиях фактически отсутствовавшей фармацевтической промышленности, в том числе и сталь для Санкт-Петербургского завода военно-врачебных заготовлений, доставляли из-за границы и большей части из Германии.

Основные итоги работы медицинской службы. Санитарно-статистический очерк «Война с Японией 1904–1905 гг.» вышел в конце 1914 г., т. е. через 8 лет после окончания войны, когда уже полыхал пожар Первой мировой войны. Из этого и других опубликованных документов становится известным, что из всего числа 151 944 раненых, зарегистрированных в годы войны, в лечебные учреждения поступили 132 322 пострадавших (67,1%), 13 710 легко раненых (9,0%) остались в строю, 487 (0,3%) – умерли до отправления в лечебные учреждения и 5425 (3,6%) – попали в плен.

Из 132 322 раненых, направленных в лечебные учреждения, выздоровели и возвратились в строй 75 706 военнослужащих, или 57,2%, умерли – 5502 (4,2%), признаны негодными и уволены из армии – 14 080 (10,6%), эвакуированы в лечебные учреждения Западной Сибири и Европейской России – 36 896 (27,8%), остались в лечебных учреждениях Дальнего Востока – 138 (0,2%).

Из 405 910 больных, поступивших в годы войны в госпитали и лазареты, выздоровели и возвратились в строй 254 621 человек, или 62,7%, умерли – 10 462 (2,6%), признаны инвалидами и уволены из армии – 20 108 (5,0%),



Рис. 7. Медаль Красного Креста в память о русско-японской войне 1904–1905 гг.

эвакуированы в лечебные учреждения тыла страны – 104 359 (25,7%), остались в лечебных учреждениях Дальнего Востока – 16 360 (4,0%) [1, с. 7].

Следовательно, из 557 854 человек (151 944 раненых + 405 910 больных), составивших санитарные потери русской армии в годы русско-японской войны, выздоровели и возвратились в строй 330 327 (75 606 раненых + 254 621 больной) или, примерно, 56,2%.

По данным, представленным в книге [4], из общего числа раненых и контуженных 3840 офицеров и 118 850 нижних чинов остались в строю: первых – 596 (15,52%) и вторых – 9830 (8,27%), умерли при частях 29 офицеров (0,78%), нижних чинов – 458 (0,39%); отправлены в лечебные учреждения 3215 офицеров (83,7%) и нижних чинов – 108 562 (91,34%). Из отправленных в лечебные заведения: выздоровели и вернулись в строй 1545 офицеров (48%) и 54 542 нижних чинов (50%), умерли 194 офицера (6,5%) и 3208 нижних чинов (3%) [4, с. 43].

В изданном уже с началом Первой мировой войны санитарно-статистическом очерке [1] работа медицинского состава русской армии получила высокую оценку: «...успех всего дела никоим образом нельзя целиком положить на чисто научный прогресс и большее совершенство медицинских знаний. Здесь,

как и во всяком деле, живая инициатива и любовь к делу играли первую роль и облегчали скромный, но весьма тяжелый труд военных врачей, несших свою невидную службу скромно, честно и с глубоким сознанием служебного долга» [1, с. 4]. Кроме общевоинской медали в память о русско-японской войне (см. рис. 1), была учреждена еще серебряная медаль Красного Креста (рис. 7).

За время войны потери медицинского персонала составили: врачей – 84 (ранены и контужены – 55, умерли от ран и болезней – 29), фельдшеров – 364 (252 и 112 соответственно), сестер милосердия – 6, фармацевт – 1 и студентов – 5. Из числа носильщиков, работавших на переднем крае, а нередко на поле боя, были убиты 1020 и 2300 ранены и контужены [1, с. 3]. Славой покрыли себя защитники Порт-Артура, в том числе и находившиеся в их рядах 97 врачей, 294 фельдшера, 62 сестры милосердия и 984 человека «госпитальной прислуги». Из их числа погибли 10 врачей и 8 фельдшеров. Были ранены 3 врача, 38 фельдшеров и 3 сестры милосердия. Умерли от болезней 36 врачей. Почти весь медицинский персонал перенес то или иное заболевание [2, с. 189, 216].

Литература

1. Война с Японией 1904–1905 гг. : сан.-стат. очерк. М. : Кн. по требованию, 2013. 159 с.
2. Гладких П. Ф., Крючков О. А. Очерки истории отечественной военной медицины. СПб. : Петрополис, 2009. Кн. II. Медицинская служба русской армии. 1853–1905. 302 с.
3. Козловский Н. Статистические данные о потерях русской армии от болезней и ранений в войну с Японией в 1904–1905 гг. СПб., 1911. 24 с.
4. Кривошеев Г. В., Андроников В. М., Буриков П. Д. [и др.]. Россия и СССР в войнах XX века: книга потерь. М. : Вече, 2000. 624 с.
5. Русско-японская война 1904–1905 гг. // Военный энциклопедический словарь. М. : Воениздат, 1954. 863 с.
6. Смирнов Е. И., Лебединский В. А., Гарин Н. С. Войны и эпидемии. М. : Медицина, 1988. 238 с.
7. РГВИА, ф. 1. оп. 1, д. 67835.
8. РГВИА, ф. 2000, оп. 3, д. 215, прил. 4.
9. РГВИА. ф. 487, оп. 1, д. 1035.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 02.04.2015

Для цитирования. Гладких П. Ф. Медицинская служба русской армии в русско-японской войне 1904–1905 гг. // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2016. № 3. С. 5–17. DOI 10.25016/2541-7487-2016-0-3-5-17

The medical service of the Russian army in the Russian-Japanese War of 1904–1905

Gladkikh P. F.

Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

Pavel Fedorovich Gladkikh – Dr. Med. Sci. Prof., Honored Worker of Higher School of Russia, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: gladkih-pavelf@yandex.ru.

Abstract. The Russian-Japanese War (1904–1905) began in the night of 27 January (9 February, New Style) 1904, when the Russian squadron, standing in the roads of Port Arthur, was attacked. The Russian Manchurian Army had no success with its retrograde-defensive actions. After 157-day defense Port Arthur surrendered in early January 1905 and then in May 1905 the 2nd Squadron and the 1st Detachment of the 3rd Pacific squadron were lost during a naval battle at Tsushima; therefore, Russia had to conclude infamous Portsmouth peace treaty on August 23 (5 September). Mobilization deployment of the medical service units, including staffing, was first performed with «health officers» accumulated after the Russian-Turkish war of 1877–1878. Main Military Medical Directorate of the Military Ministry, headed by N. V. Speransky, as well as the army commanders in their activities were guided by the newly adopted «Regulations on the management of field forces in time of war», «Regulations on military medical institutions of wartime» (1887) and «Regulations on the evacuation of the sick and wounded» (1890). During their anti-epidemic activities they relied on the provisions of the «Manual on protection of health of troops of the acting army», «Instruction on the measures against the development and spread of contagious diseases in the army», «Manual on the prevention and limitation of cholera in the troops» and «Instructions on disinfection of residential rooms, linen, clothes, soft bedding and discharge of cholera patients», updated and put into operation in 1905. Sanitary losses of the Russian army over 23 months of war amounted to (with an average number of troops 728,568 people and irretrievable losses of 84,062 people (killed and captured)) 557,854 persons, including 151,944 (27.3 %) wounded and 405,910 (72.7 %) patients. Together, military doctors and medical personnel of the Russian Red Cross Society provided recovery and return to order of 75,606 wounded and 254,621 patients, a total of 330,327 (56.2 %) of those in need. In carrying out their professional duty, total losses among medical personnel amounted to 460 people, among them 84 doctors, 1 pharmacist, 364 medical assistants, 6 sisters of mercy and 5 students. Among full-time porters (paramedics) who worked on the front lines and often on the battlefield, 1020 were killed, 2300 were injured and contused.

Keywords: emergency, the Russian Empire, Russian-Japanese War, the medical service, casualties, irretrievable loss.

References

1. Voina s Yaponiei 1904–1905 gg.: sanitarno-statisticheskii ocherk [Japanese war of 1904–1905: sanitary and statistical review]. Moskva. 2013. 159 p. (In Russ.)
2. Gladkikh P. F., Kryuchkov O. A. Ocherki istorii otechestvennoi voennoi meditsiny [Essays on the history of Russian military medicine]. Sankt-Peterburg. 2009. Bk. II. Meditsinskaya sluzhba russkoi armii. 1853–1905. 302 p. (In Russ.)
3. Kozlovskii N. Statisticheskie dannye o poteryakh russkoi armii ot boleznei i ranenii v voynu s Yaponiei v 1904–1905 gg. [Statistics about Russian army losses from diseases and injuries in the war against Japan in 1904–1905]. Sankt-Peterburg. 1911. 24 p. (In Russ.)
4. Krivosheev G. V., Andronikov V. M., Burikov P. D. [et al.]. Rossiya i SSSR v voynakh KhKh veka: kniga poter' [Russia and the USSR in the wars of the twentieth century: the book of losses]. Moskva. 2000. 624 p. (In Russ.)
5. Russko-yaponskaya voina 1904–1905 gg. [The Russian-Japanese War of 1904–1905]. *Voennyi entsiklopedicheskii slovar'* [Military Encyclopedic Dictionary]. Moskva. 1954. 863 p. (In Russ.)
6. Smirnov E. I., Lebedinskii V. A., Garin N. S. Voyny i epidemii [Wars and epidemics]. Moskva. 1988. 238 p. (In Russ.)
7. Rossiiskii gosudarstvennyi voenno-istoricheskii arkhiv [Russian State Military Historical Archives]. Fund 1, inventory 1, case 67 835. (In Russ.)
8. Rossiiskii gosudarstvennyi voenno-istoricheskii arkhiv [Russian State Military Historical Archives]. Fund 2000, inventory 3, case 215, Appl. 4. (In Russ.)
9. Rossiiskii gosudarstvennyi voenno-istoricheskii arkhiv [Russian State Military Historical Archives]. Fund 487, inventory 1, case 1035. (In Russ.)

Received 02.04.2015

For citing: Gladkikh P. F. Meditsinskaya sluzhba russkoi armii v russko-yaponskoi voine 1904–1905 gg. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh*. 2016. N3. Pp. 5–17. (In Russ.)

Gladkikh P. F. The medical service of the Russian army in the Russian-Japanese War of 1904–1905. *Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations*. 2016. N3. Pp. 5–17. DOI 10.25016/2541-7487-2016-0-3-5-17