

Врачебные истории

Николай Бурденко

**Военный госпиталь. Записки
первого нейрохирурга**

«Алисторус»

2020

УДК 82-94
ББК 84(2)

Бурденко Н. Н.

Военный госпиталь. Записки первого нейрохирурга /
Н. Н. Бурденко — «Алисторус», 2020 — (Врачебные истории)

ISBN 978-5-907332-74-4

Николай Нилович Бурденко родился в семье сельского писаря, но сумел стать академиком, первым президентом Академии медицинских наук СССР и первым в стране нейрохирургом. Его именем назван главный военный госпиталь. В начале Великой Отечественной войны все врачи, которых отправляли на фронт, обязательно приходили на открытые лекции и операции Н. Н. Бурденко. Гениальному хирургу достаточно было минуты для осмотра пациента и проработки плана операции. О первых операциях на мозге, о работе в сложнейших условиях, о борьбе с эпидемиями и многом другом рассказывает легендарный врач на страницах этой книги.

УДК 82-94

ББК 84(2)

ISBN 978-5-907332-74-4

© Бурденко Н. Н., 2020
© Алисторус, 2020

Содержание

Общая характеристика организации первой помощи на фронте за первый год войны (1914–1915)	6
К вопросу об устройстве управления в военно-санитарном ведомстве Центральный санитарно-статистический комитет	18 24
Конец ознакомительного фрагмента.	26

Н.Н. Бурденко
Военный госпиталь. Записки
первого нейрохирурга

© Н. Бурденко

© ООО «Издательство Родина», 2020

Общая характеристика организации первой помощи на фронте за первый год войны (1914–1915)

Первая помощь на войне – труднейший вопрос военно-полевой хирургии. Хирурги цивилизованных народов неустанно побуждали администрацию к тщательной разработке этого вопроса. Первые основы современной структуры были намечены, усвоены и выявлены нашим великим соотечественником Н. И. Пироговым и в деталях разработаны целым рядом выдающихся ученых-хирургов. Все эти указания легли в основу современного законодательства о подаче первой помощи, и в главнейших европейских армиях они одинаковы, варьируясь лишь в деталях и численной силе.

В России они резко и выгодно отличаются необычайно развитой деятельностью частных организаций на фронте, чего не было ни у наших друзей, ни у наших врагов. Позволю себе в кратких словах напомнить схему военно-санитарных организаций.

Наша основная военно-санитарная организация, воплотившая заветы Н. И. Пирогова, является теоретически стройной и очень сильной. Органами для подачи первой помощи являются передовые, полковые и главные дивизионные перевязочные пункты.

Передовые перевязочные пункты иногда разбиваются на три подотдела: батальонный, полковой перевязочный пункт и полковой околодок. Иногда эти подразделения невыгодно располагаются, становясь в затылок.

Передовые перевязочные пункты располагают сильными средствами: значительным штатом врачей, сильным, даже слишком, оборудованием, инструментами и инвентарем, значительным штатом низшего санитарного персонала и, к сожалению, скромными транспортными средствами конной тяги.

Главный перевязочный пункт – второе звено в цепи военно-санитарной организации – является коллектором для сети передовых перевязочных пунктов. Он призван обслуживать интересы дивизии, углубляя в медицинском отношении деятельность передового перевязочного пункта, и снабжен предметами дивизионных лазаретов времен японской войны с соответствующими штатами врачебного персонала, ротой носильщиков и санитарным транспортом.

В основу деятельности передовых и главных перевязочных пунктов положены задания: превентивная борьба с вторичной инфекцией, охрана раны, охрана сил, неотложная хирургическая помощь, подготовка к транспорту и самый транспорт в пределах фронта. Поэтому в состав деятельности входит врачевание, питание, сортировка по роду и тяжести ранения для транспорта.

Если просмотреть штаты полковых перевязочных пунктов и дивизионных перевязочных отрядов (16 одноконных двуколок для передового пункта и 22 – для главного перевязочного пункта), уже а priori нужно было предположить, что они в своей деятельности при современной войне будут затруднены: и тот, и другой – недостаточными транспортными средствами, а второй, т. е. дивизионный передовой отряд, – и врачебным персоналом (4 врача). Этого нужно было ожидать как по указаниям военных властей, так и по опыту минувшей войны, когда транспортный вопрос принял грозный и катастрофический характер, как об этом писал д-р Крейн-дель.

В 1902 году, когда армия была миллионного состава, специальных транспортных средств было всего-навсего на 4000 человек. Во время Русско-японской войны, судя по словам проф. Е. В. Павлова, нужда испытывалась огромная, и на месте было начато формирование заново транспортов в 100 двуколок и полутранспортов. Но и со всем тем во время боев при Ляояне и Шахе армия располагала пятью двуколочными транспортами и шестью полутранспортами, т. е. 800 двуколками (800×2=1600 раненых) при потерях ранеными в 15 000 и 30 000 человек;

во время Мукденского боя – 5 транспортов, 10 полутранспортов, 2 армейских транспорта и 8 транспортов вьючных, всего подъемом на 3000 раненых; интендантские фурманки вывезли при Мукдене всего 4200 раненых. Без вести пропавших при Шахе было 4834, при Мукдене – 27 929.

Нужно отдать долг справедливости Военно-санитарному ведомству, которое в 1912 году разработало вопрос о транспортах, дав ему скромную по размеру, но должную постановку. Однако ему не удалось провести этот вопрос целиком, а то, что было проведено, оказалось недостаточным; да и то, что ведомством было предложено, все-таки было мало, если принять во внимание, что современные войны, всасывающие на фронт миллионные армии и чудовищные технические средства, дают колоссальные цифры потерь. Если взять для иллюстрации в общих цифрах, в абсолютных и процентных цифрах потери современных войн, Русско-японской и франко-прусской, мы увидим:

	Убито	Ранено	Сумма
Русских	28 000=4,9% состава	141 800=24%	176 600=29%
Японцев	47000=8,8%	173 400=32,1%	220 800 = 40,9%
Немцев	17 300=2,7%	99 600= 15,3%	116 900= 18%

Нужно при этом еще заметить, что потери в Русско-японскую войну происходили не при горячих схватках и кратковременных битвах, а при затяжных боях, что позволяет высокие цифры потерь относить за счет действия оружия.

Настоящая война дает более высокие цифры. Поэтому фронт потребовал усиления военно-санитарной организации в районе полков и дивизий.

Вот на это требование жизни и ответили общественные организации, влив на фронт свои силы в виде передовых перевязочных отрядов. По количеству учреждений подачи первой помощи первое место принадлежит Красному Кресту, затем в нисходящем порядке идут Земский союз, Союз городов, Общедворянские организации и организации частных лиц и Северопомощь.

Все поименованные организации своими учреждениями создали могущественный резерв для основной военно-санитарной организации, с помощью которого мы можем считать количественно первую помощь нашей армии почти обеспеченной. Тип учреждений первой помощи названных организаций – тот же, что и в военно-санитарной организации, но номенклатура иная и разнообразная, что зависит от функций передовых и главных перевязочных пунктов с их тремя кардинальными задачами: охрана раны, охрана сил, охрана жизни раненого – перевязка, питание, транспорт (ручной, конный, автомобильный). Обладая большей инициативой, столь ценной в непрестанно изменчивой атмосфере фронтовой деятельности, общественные организации в своих фронтовых учреждениях выявили сильнее первую, вторую или третью из кардинальных функций подачи первой помощи на фронте; отсюда родилось многообразие типов и номенклатуры фронтовых учреждений общественных организаций.

Передовые перевязочные отряды Красного Креста выделяют от себя летучки или вьючный отряд, сами оставаясь на линии или передовых, или главных перевязочных пунктов.

В своем составе они имеют транспорт значительной силы и врачебный персонал из 3 врачей, 2 сестер, команду носильщиков в 150 человек.

	Передовые отряды	Санитарные транспорты	Перевязочно- питательные отряды и пункты	Хирургические отряды
Красный Крест послал	98	80	32	7
Земская организация послала	20	47	100	-
Союз городов послал	25	7	-	-

Аналогичные, но более сильные передовые отряды Земской организации и Союза городов имеют летучки, совершенно аналогичные передовым перевязочным пунктам, лазареты с функциями, аналогичными главным перевязочным пунктам военно-санитарной организации, и свои склады, которые в отчетах называются базами. Эти подотделы охраняют между собой органическую связь, транспортом перевозят раненых от летучек к своим лазаретам, т. е., другими словами, воспроизводят план военно-санитарной организации, подчеркивая жизненность ее структуры. Действуют они иногда слишком изолированно в ущерб нужной на фронте компактности.

Союз городов, посылая отряды, дает, в сущности, ту же организацию. Параллельно с указанным типом существуют учреждения с преобладающим выявлением медицинской помощи, как, например, специальные хирургические отряды Красного Креста; но их немного – всего шесть; возникли они по инициативе проф. Сапежко и функционируют на Юго-Западном фронте гораздо больше перевязочно-питательных пунктов и питательных пунктов.

Кроме того, существует значительное количество малых перевязочно-питательных летучих отрядов, имеющих специальное назначение – обслужить ту или иную определенную войсковую часть, корпус, дивизию или полк.

Фронтальные транспорты, специально оборудованные как таковые, имеются в значительном количестве в Красном Кресте, в организации земств и в городских организациях. Чтобы судить об общей силе транспорта, позволю себе указать на такие цифры: Красный Крест имеет 1400 повозок, Общеземская организация – 1600.

Все названные учреждения, в иерархическом отношении подчиненные и зависимые от различных организаций, первое время создавали пестроту номенклатуры, пестроту стремлений и известную долю суеты, неизбежную при многовластии.

По закону все они должны были подчиниться главноуполномоченным Красного Креста, но фактически это не всюду прошло. Однако к чести фронтальных работников надо сказать, что здоровый общественный инстинкт, навык общественной работы и единая великая цель – все для армии – сделали свое дело: трения сгладились, наладилось более или менее правильное взаимоотношение, и в настоящее время создалась такая структура. Все общественные организации получают общие директивы от начальника санитарной части фронта, в армиях – от начальника санитарных отделов; в выполнении сохраняют право самоопределения, то расширяя, то сужая свою деятельность в зависимости от ориентировки на месте. Определенная степень свободной инициативы является неопределимо полезной во время некоторых боев при расположении войсковой части на такой местности, где пути, на которых базируется часть, не совпадают с путями оттока раненых. Приданные же войскам лечебно-санитарные учреждения должны держаться первых, тогда может создаться крайне неприятное положение: ране-

ные потекут мимо санитарных учреждений военно-санитарной организации, ибо последние, по тактическим соображениям, не могут отрываться от своей части. В отчете Русско-японской войны можно читать: «Значительная часть миновала главные перевязочные пункты, и последние не в полной мере выполняли свое назначение. Нередко полковые врачи, во избежание напрасной потери времени и для сокращения пути, направляли раненых, минуя главный перевязочный пункт. Причинами слабой деятельности главных перевязочных пунктов были отчасти их малая подвижность, а подчас и неправильный выбор для них мест. Через главные перевязочные пункты за кампанию 1904 года прошло всего 31,4 % раненых».

В настоящую войну этого печального явления, как правило, не наблюдается, но аналогичные факты неизбежны, и тут-то учреждения общественных организаций, располагая правом большей инициативы и большей свободы передвижений, оказывают существенную помощь, встречая потом раненых.

Такого рода факты, между прочим, породили – главным образом в организации Красного Креста – устройство импровизированных питательно-перевязочных поездов, которые по возможности заходят глубоко в толщу фронта и принимают раненых прямо с передовых перевязочных пунктов.

Переходя к характеристике деятельности передовых и главных перевязочных пунктов, мы должны, к сожалению, отметить следующий факт в деятельности частных организаций: в первый период войны общественные организации увлекались общим лозунгом нести помощь на поле битвы, и это увлечение отвлекло внимание от властного требования, получившего во всех армиях право гражданства – мощной эвакуации. Очевидно, им не было поставлено точно сформулированной конкретной задачи в центре, ибо поправки шли уже на фронте, и оттуда раздавались требования о транспортах.

Общественные организации невольно и, может быть, бессознательно платили дань принципу лечения на месте, теперь уже отжившему и всюду оставленному. Часть передовых отрядов, например, земской организации была отправлена на фронт без транспортных средств, и уже на месте они должны были формировать транспорты и заводить кадры носильщиков.

Красный Крест, наученный горьким опытом минувшей кампании, со своей стороны сделал очень много существенных изменений в своей организации, снабдив, во-первых, все свои передовые отряды транспортными средствами, во-вторых, придав передовым отрядам команду носильщиков, в-третьих, организовав специальные транспорты исключительно для обслуживания фронта, в-четвертых, придав санитарные автомобили к управлениям особо уполномоченных, где они играют роль резервов, способных быть переброшенными в нужное время и в нужное место.

Союз городов все более и более проникается сознанием необходимости иметь транспортные средства на фронте; мы читаем в отчете Союза городов следующее: «Опыт показал, что передовые отряды тем производительнее работают для своей главной цели, чем более развиты их транспортные средства, и притом так, чтобы транспорты могли временами отрываться от отрядов, к которым они присоединились, и устремляться на помощь в места наиболее острой нужды самостоятельно». Именно с этой целью в ближайшее время Союз городов организует цепь транспортов для специальной перевозки раненых. На съезде представителей Союза городов 12–14 марта принята резолюция: признать необходимым увеличение транспортных сил фронтовых комитетов учреждением как санитарных транспортов, так и транспортных обозов, а также оборудование автомобильных колонн.

Благодаря этому в некоторых армиях количество транспортных средств доведено почти до состояния насыщенности. Однако до насыщенности всех фронтов далеко, и развитие эвакуационной деятельности нуждается в большем внимании со стороны общественных организаций, которые, несомненно, должны согласовать свою деятельность с военно-санитарной

организацией в смысле насыщения армии транспортными средствами; перегрузка в этом отношении также имеет свои отрицательные стороны, но, я думаю, до этого дело не дойдет.

Лишь с удачным разрешением транспортного вопроса будет рационально разрешена задача подачи первой помощи в медицинском отношении как на передовом перевязочном пункте, так и на главном.

Если мы примем во внимание общественные правила для деятельности перевязочных передовых пунктов, то есть: 1) разделение раненых по категории, 2) мероприятия для поднятия сил и подкрепления раненых, 3) ревизию наложенных повязок и наложение защищающих и поддерживающих повязок, и далее будем иметь в виду, что всякое хирургическое вмешательство на передовом перевязочном пункте ради каких бы то ни было целей, кроме подготовки раненого к транспорту, в тесном смысле этого слова не только не показано, а прямо противопоказано, то мы придем к выводу, что правильная организация передовых перевязочных пунктов зависит не столько от их индивидуальной оборудованности, сколько от рациональной постановки транспортной службы. Передовой перевязочный пункт лишь тогда и до тех пор может полезно работать, пока количество раненых не превышает определенного максимума тяжело раненных на пункте, так называемых носилочных.

И если передовой перевязочный пункт пассивен в отношении притока раненых с фронта в смысле густоты их волны, то он должен быть активен в смысле отлива этой волны в ближайший тыл. Раз он имеет для этого средства, то рациональная помощь на передовом перевязочном пункте обеспечена: будет время для правильной сортировки, для определенных медицинских пособий, направленных опять-таки к облегчению и совершенству транспорта.

Само же врачебное вмешательство – за исключением остановки кровотечений непосредственной перевязкой самого сосуда или давящей повязкой и, в крайнем случае, жгутом, трахеотомий, отнятия висящих на обрывках тканей конечностей с первичной фиксацией переломов – сводится к превентивной борьбе с вторичной инфекцией, а при ранах заведомо уже инфицированных (шрапнельные, гранатные, раны от ручных и метательных бомб) со стороны врача передового перевязочного пункта раненые нуждаются лишь в более мощной всасывающей повязке, какая она будет, асептическая или антисептическая – безразлично. В конце концов, раз асептическая или антисептическая повязки не внесут сами вторичной инфекции, роль их сыграна: антисептическая повязка, раз она накладывается только с поверхности, не заходя в глубокие щели среди рваных тканей и не соприкасаясь в них непосредственно с инфекцией, будет действовать только благодаря своим физическим свойствам (капиллярности), и в этом отношении она не отличается от асептической. Манипуляции более широкого масштаба на передовых перевязочных пунктах недопустимы. Врач исполнит свою роль, если к такой повязке он при обширных травмах и начинающихся флегмонах прибавит еще хорошие шины, обеспечив таким образом покой ране. Раскрытие ран ножом с целью обнажить дно и все трещины – не дело врачей перевязочных передовых пунктов: ни времени, ни места, ни стерильного белья у врачей этих пунктов нет. Вообще нужно сказать, что по отношению к передовым перевязочным пунктам старый лозунг «первая повязка решает участь раненого» для современной войны неприложим.

Раненый – по условиям настоящей войны – слишком поздно получает первую врачебную перевязку. На поле битвы врачебной помощи нет: она там невозможна. Современный полевой бой с бесчисленными расходами и артиллерийских снарядов, и ружейных патронов должен буквально засыпать поле битвы и пространство между цепями, – перерывов для уборки раненых не бывает, по санитарному персоналу открывается стрельба, как по воинам, и посланный врач будет или лежать в окопе, или бесполезно гибнуть. Убыль санитаров и фельдшеров в текущую войну громадна. Поэтому раненые в полевом бою остаются лежать до наступления темноты, перевязываясь сами, или с помощью товарища-соседа, или рядом невдалеке лежа-

щего санитаря, или же фельдшера. Нам удалось пока разработать немного опросных карточек, имеющих целью выяснить этот вопрос. Вот их данные.

Первичная повязка

Самопомощь	338
Товарищ	268
Носильщик	315
Санитар	534
Фельдшер	284
Врач	60

Первичная повязка по срокам

Через 2 часа	958
В тот же день	496
В ту же ночь	294
Через сутки	51
Всего	1799

Приведенные таблицы достаточно демонстрируют сказанное. Комментарии в смысле прогноза для течения ранений при таких условиях излишни, особенно если мы примем во внимание громадный процент рваных, большей частью от действия артиллерии, ран и величину индивидуального пакета.

В войну 1871–1872 гг. артилл. ранений было 8,2 %;

в Русско-турецкую войну 9,4 %;

в Русско-японскую 15–20 %.

Современная война последнюю цифру увеличила по меньшей мере в 1,5–2 раза.

Наконец, врачебный пункт приходится ставить от линии боя на 4–6 верст, что также задерживает оказание помощи раненым.

Кроме невольного запаздывания первой врачебной помощи, мы должны еще указать на крайне нежелательное явление, на которое необходимо обратить серьезное внимание: количественную, но не качественную, к сожалению, полипрагмазию перевязок в районе передовых перевязочных пунктов.

Бывают, и нередко, случаи, когда раненый лишь в районе передового пункта получает 3–4 перевязки: нередко располагаются по одной линии к тылу фельдшер, врач полкового передового перевязочного пункта, полковой околосок, передовой перевязочный пункт, общественные организации: множественность повязок обеспечена. Помимо всяких возможностей, вроде манипуляций и обработок по разным методам, рана лишается самого главного – покоя. Если еще допустимо снять полевую повязку самопомощи, санитаря, фельдшера, то врачебные

повязки снимать без настоятельной нужды недопустимо. Если эта необходимость вызывается нуждами регистрации, то всю процедуру легко упростить, сливая перевязочный пункт с полковым околотком. Если это вызывается необходимостью сортировки раненых для транспорта и отправки в тыл, то нужно это производить так, чтобы оставался от этого след, и работа в этом направлении не пропадала даром, а облегчала бы все последующие учреждения, которые, в свою очередь, должны снова и регистрировать, и сортировать. В этом отношении для всех перевязочных передовых пунктов, какой бы организации они ни были, необходимо завести единую, обязательную для всех форму регистрационной карточки – безымянную, а именную, списочную регистрацию совершенно упразднить. Тогда дело сортировки выиграет в скорости, общий учет ведется по числу выданных сортировочных карточек, тяжесть ранения – по отрывным купонам. Всякий имеющий карточку с диагнозом и указанием рода транспорта и срока смены повязки не будет вызывать со стороны стоящих в затылок учреждений желания перевязать его из подозрения в несовершенстве повязки.

Отсутствие этой системы порождает отчасти полипрагмазии повязок, задерживает раненых на перевязочных пунктах до 12–16 часов и вносит путаницу, при которой раненых в живот кладут в двуколку и трясут до главного перевязочного пункта, откуда на руках несут в дивизионный лазарет. Факт печальный, но, к сожалению, нередкий, как это видно из следующей таблицы.

Прибытие на передовой перевязочный пункт	Легкие	Средние	Носилочные
6 часов — 879	780	74	25
12 часов — 495	302	115	78
1 час — 383	117	87	179
24 часа — 243	24	86	133

В течение 2 суток

5 повязок	420 человек
4 повязки	673 человека
3 повязки	585 человек
2 повязки	265 человек
1 повязка	57 человек

Всего: 2000

Третье обстоятельство заслуживает серьезного внимания – это отсутствие единства методологии в обработке ран на передовых пунктах. Со стороны, правда, единичных врачей проявляется тенденция быть слишком активными, даже в летучках, выделяемых из передовых перевязочных отрядов. Не говоря уже об этом, мы должны указать, что великие заветы, лозунги и правила Пирогова, Бергмана, их учеников и современных хирургов – отбросить зонд и вся-

ческие ненужные пассивные манипуляции, иммобилизовать переломы, изгнать омовение окружности ран и самых ран антисептическими растворами – не вошли в сознание всех врачей фронта, и уклонения в сторону неисполнения этих правил встречаются и констатируются в докладных записках, докладах, статьях. Слабым утешением в этом отношении может быть то, что это явление общеевропейское, чаще других жалуются на него наши враги.

Ко всему этому нужно еще указать, что на передовых перевязочных пунктах мало известна и непопулярна система клеевых повязок [клеол, мастизол, пластырные повязки по Левину (Lewin)]. Положительное достоинство двух первых типов повязок в бактериологическом смысле – простота, дешевизна, быстрота и гарантия в неподвижности, казалось бы, должны были сильно импонировать и вызывать широкое их применение, но, к сожалению, мы их почти не видим.

Рядом и в близком соседстве с передовыми перевязочными пунктами располагаются главные перевязочные пункты и аналогичные им по функции учреждения общественных организаций.

Главный перевязочный пункт является коллектором для передовых пунктов и оказывает врачебную помощь определенной категории раненых, но главным образом его роль – распределение по тяжести ранений. Если передовой перевязочный пункт должен в смысле сортировки сказать, как надо эвакуировать в ближайший тыл, то главный пункт должен сказать, кого надо эвакуировать и соответственным образом его приготовить, кого надо оперировать, кого надо оставить на месте. По отношению к эвакуированным главный пункт устанавливает направление и назначение, т. е. указывает этапное лечение или транспорт в тыл.

В этом отношении сортировка, документально произведенная на передовом перевязочном пункте, значительно облегчила бы сортировочную деятельность главного пункта и аналогичных ему учреждений. В настоящее время сортировка часто начинается снова, отнимая врачей от медицинского дела и создавая толпу на пунктах. Таким образом, главный перевязочный пункт есть в сущности хирургически-контрольный этап. И там, где он выполняет только эту роль, он работает с хирургической точки зрения монотонно.

Кутнер характеризует работу на главном перевязочном пункте так: нет ничего монотоннее и скучнее той деятельности, которая в наше время требуется от врачей на перевязочных пунктах.

Создатель этих пунктов Н. И. Пирогов писал, что сортировка раненых – главное дело на главном перевязочном пункте.

Хорошо организованная сортировка раненых на перевязочных пунктах и в военно-врачебных госпиталях есть главное средство для оказания правильной помощи и предупреждения беспомощности и вредной по своим последствиям неурядицы.

Сортируя раненых и отправляя их в тыл, главный пункт не дает сортировочной карточки, а дает только сопроводительную, и здесь работа сортировочная оказывается бесполезной для следующего эвакуационного учреждения в виде головного эвакуационного пункта.

Врачебная деятельность главных перевязочных пунктов сводится к оказанию жизненных пособий и к основательной подготовке к транспорту тяжело раненных. Уже со времен Н. И. Пирогова усвоены военно-полевыми хирургами немногие категории оперативного вмешательства: это остановка кровотечений перевязкой сосудов, первичная ампутация при очень строгом выборе, трахеотомия, уретротомия, удаление осколков снарядов и костей только при условии серьезного беспокойства раненых, а главным образом иммобилизация конечностей – при переломах, при ранении суставов, сосудов, при обширных рваных ранах мягких частей, при ранениях черепных, чего, впрочем, иногда не делают.

Таковы были правила, преподаваемые Н. И. Пироговым, и в таком виде они были осуществлены во время Русско-турецкой войны 1877–1878 гг. в балканской армии, когда впервые консервативное направление было громко провозглашено и широко проведено в жизнь.

В настоящее время дело несколько изменилось. Если мы сравним процентные и абсолютные цифры операции на главных перевязочных пунктах и их характер, то мы должны установить увеличение оперативной деятельности как количественно, так и качественно, и констатировать факт, что на главном перевязочном пункте раненые после операций лежат по 5–6 дней. Нужно ли признать это явление желательным, и в чем лежит его объяснение?

Мы едва ли ошибемся, если ответим на первый вопрос отрицательно. Главный перевязочный пункт – учреждение эвакуационное по преимуществу, и широкое оперирование на нем, несомненно, отвлечет врачей от масс к интересам индивидуальным, застопорив эвакуационную работу, о чем предупреждал Н. И. Пирогов. В особенности это должно чувствоваться теперь, когда на главном перевязочном пункте работают 4 врача, а количество раненых колеблется от 200 до 3000. Едва ли эти заветы забыты хирургами, на которых выпала руководящая роль в последующие годы: проф. Вреден это ясно утвердил для Русско-японской войны. Мы не можем здесь входить в разбор всех рубрик операций, но обратим внимание на большое количество удалений осколков снарядов и осколков костей. Эти не невинные операции не имеют жизненных показаний и просто настоятельных показаний, если осколки снарядов и костей не причиняют болей давлением на нервные стволы или не режут кожу. Вообще же искание пуль, отломков снарядов при несовершенной асептике, при торопливости, среди кровоизлияния и ушибленных тканей – операция очень опасная. К исканию пуль и осколков создатели военно-полевой хирургии относились отрицательно, выдвигая лозунгом: будущее военной хирургии – изгнание *debridement*. Об этом тем более приходится говорить, что индивидуальность хирургов в этом отношении играет немалую роль, т. е., другими словами, приходится констатировать отсутствие единства методологии. Процент операций на главных перевязочных пунктах колеблется от 1 до 7, и чем более опытный хирург работает, тем меньше он делает операций.

При усилении оперативной деятельности количество иммобилизационных повязок слишком мало: оно меньше, чем в русско-турецкую войну, где гипсовые повязки были в отношении 1 к 32 раненым, у нас – в отношении 1 к 60. При этом гипсовая повязка совершенно исчезла с фронта, о чем нужно очень пожалеть.

	Общее число раненых	Повязка	Гипс
Русско-турецкая война 1877-1878 гг.	32 890	292 (0,9%)	1445
Русско-японская война 1904-1905 гг.	35 488	849 (2,4%)	450
Балканская война 1912 г.	6000	145 (2,0%)	—
Современная война, группа а)	146 029	1838 (1,3%)	2385 (1,6%)
Группа б)	54016	1802 (3,3%)	—
Группа в)	20 348	1428 (70,0%)	

(Имеется в виду Первая мировая война (1914–1918 гг.). – Ред.)

Указанные явления очень серьезны, чтобы их приписывать случаю или личной инициативе хирурга. Правда, мы не можем отрицать ни того, ни другого, но нам хочется верить, что есть более солидные причины. Из них я позволю себе указать на следующие.

При современном расположении пунктов за 10–12 верст от линии боя, при поздних доставках с полей битвы, особенно при полевой войне, непозиционный хирург главного перевязочного пункта часто стоит перед дилеммой: оперировать или подвергать раненого риску запоздать с операцией (раненый уже поздно доставлен на главный перевязочный пункт). Такой дилеммы в русско-турецкую войну не было: тогда главный пункт располагался на 2–3 версты от линии боя, у нас же и передовой пункт часто должен уйти за 4–5 верст.

Далее, при больших боях в области главного перевязочного пункта скапливается значительное количество тяжело раненных, не подлежащих конному и автомобильному транспорту, и их немало (от 7 до 10 %), если принять во внимание значительное число артиллерийских ранений: речь идет о раненных в полость живота и черепа.

Эта категория раненых на главном перевязочном пункте также оперируется вопреки прямому назначению пункта и к большому тормозу его эвакуационной работы, с которой он справляется удовлетворительно только потому, что работают параллельные учреждения общественных организаций. Наш главный перевязочный пункт недостаточно могуч даже для своей задачи: аналогичные ему учреждения в армиях наших союзников и противников амбуланс французов, а также санитарная служба в 3–4 раза сильнее.

Для разрешения выдвинутых вопросов деятельности главного перевязочного пункта необходимо значительно усилить путем тесного слияния с военным главным перевязочным пунктом аналогичных учреждений общественных организаций и, кроме того, образованием особого оперативного лазарета, который взял бы на себя обязанность ухода за полостными ранеными.

Нам кажется необходимым слить в главные перевязочные пункты военно-санитарного ведомства дивизионные перевязочные отряды с передовыми перевязочными общественных организаций. Лишь только тогда главный перевязочный пункт сумеет организовать: 1) сортировочное отделение, 2) перевязочную для легко раненных, 3) отделение для неотложных операций, 4) отделение для фиксационных повязок, 5) рациональную помощь полостным раненым, хотя бы в виде доставки их в стоящий по соседству лазарет, специально назначенный для обслуживания таких раненых.

В противном случае, когда на дивизионный перевязочный отряд выпадает до 2000 раненых на 4 врачей, из которых официально только один хирург-специалист, получается картина, близкая к хаотической.

Часто ли так бывает, мы говорить не будем, но что так бывает, это знает всякий, кто работал на фронте во время сильных боев.

В пятой рубрике мы говорим о специальном для полостных ранений лазарете. Нужда в таких лазаретах велика, и некоторые дивизии развивают в этом направлении деятельность с несомненными результатами; укажу, например, на деятельность Бессарабского отряда в одной из армий, на деятельность стоявшего в Грузове под Жирардовым лазарета и др., где производились полостные операции вблизи фронта, чем доказывается возможность и польза такой деятельности. Я не буду здесь распространяться о том, как организовать уход и когда нужно транспортировать оперированного с полостным ранением или неоперированного: укажу только на один факт во время боев под Шавлями, откуда эвакуация шла на Митаву; я нашел в Митаве только одного раненого в живот, в области печени (Латышский лазарет). Такую роль мы отводим исключительно лазаретам частных организаций как обладающим более живой эластичностью, приспособляемостью и правом отрываться от частей, которые они обслуживают (сравнительно с дивизионными лазаретами).

Это станет еще более необходимым, если мы примем во внимание новые функции главных перевязочных пунктов: производить предохранительные прививки – противостолбнячные и противогнойные. Это дело для нашей армии может быть еще новое, но оно должно быть поставлено наравне с предохранительными прививками против тифа и холеры. Такое задание

потребуется от персонала главного перевязочного пункта большого напряжения сил и внимания. Главный перевязочный пункт – единственное место, где имеет смысл делать предохранительные прививки. Масса раненых после боев идет с повязками главных перевязочных пунктов далеко в тыл. Можно смело сказать: насколько часты перевязки на линии фронта, настолько редки они во время прохода раненых в зоне «главный перевязочный пункт – тыловой пункт». Прохождение этой зоны затягивается иногда на недели, т. е. на такой промежуток времени, когда развиваются флегмоны и столбняки при коротком инкубационном периоде. Этапные учреждения и перевязочные головных эвакуационных пунктов не в достаточной мере развиты для приема больных масс: как правило, при головных эвакуационных пунктах отсутствовали сортировочные, а где они были – поражали своей малой емкостью. Да и в структуре этих учреждений сортировочная деятельность была разработана более теоретически, чем практически – нам этого нужно было бы ожидать.

Поэтому сортировка раненых большей частью производится на улицах, на подводах или при обходе вагонов. Нередки были случаи погрузки в вагоны умирающих и помещения в этапные лазареты легко раненных, энергично жалующихся.

Все это и заставляет обратить серьезное внимание на главный перевязочный пункт и добиваться его усиления в данный момент, придания ему отрядов частных организаций, а в будущем – его коренной реформы.

Едва ли можно восторгаться тем, что перевязочные отряды пропускают тысячи; пропускание и оказание рациональной помощи в перевязочном отряде позволительно смешивать только профанам или бумажным деятелям.

Для иллюстрации сказанного позволю себе привести небольшую статистику (24 000 человек).

Прохождение от перевязочного отряда до тылового

3 дня	2180 человек
4 дня	8960 человек
5 дней	5687 человек
6 дней	3749 человек
Свыше 6 дней	2026 человек

Эти раненые не пользовались этапными перевязками.

Иногда раненые с повязкой перевязочного отряда попадают в Петроград. Из этого ясно, какая громадная роль в судьбе раненого выпадает на долю перевязочного отряда; кроме того, что уже совершенно недопустимо, этому же учреждению поручаются задачи наблюдения инфекционных больных и функции заразных лазаретов.

В заключение должен указать, что в оперативной деятельности главных перевязочных пунктов так же, как на передовом перевязочном пункте, замечается очень резко отсутствие методологии в лечении ран, и было бы трудно этого требовать и ожидать от того пестрого состава врачей, который по условиям нынешней войны заполнил кадры полковых врачей и дивизионных лечебных учреждений. Если просмотреть личные составы врачей как в военном ведомстве, так и в учреждениях общественных организаций, то мы найдем очень много солидных представителей различных областей медицины, практически не занимавшихся хирургией

вообще и военно-полевой хирургией в частности; наряду с ними имеются значительные кадры врачей ускоренных выпусков последних двух лет. Конечно, трудно было бы требовать от тех и других теоретического и практического знания требований военно-полевой хирургии, которая, при всей своей простоте, с технической стороны требует определенных навыков и, может быть, самого главного – поступать по определенному и испытанному шаблону, в котором достигается определенный темп работы с минимальными погрешностями против основных требований науки лечения ран. В сущности, на фронте, равно как и в тылу, имеется достаточное количество хирургов, которые могли бы быть использованы более продуктивно, и которые могли бы внести определенную методiku в лечение ран и в деятельность учреждений подачи первой помощи, если бы они явились в войсковые части вроде консультирующих хирургов без несения каких бы то ни было административных обязанностей и без причисления к тому или иному учреждению, а к целой части – будь то армия, корпус, как это практикуется, и, по-видимому, с большим успехом, у наших друзей и противников. Красный Крест в этом отношении сделал попытку, которую, однако, не провел последовательно, о чем приходится очень жалеть и выразить пожелание, чтобы этот естественный и возможно более продуктивный способ использования хирургических сил получил общее признание.

Второе, что необходимо сделать, – это создать специально хирургические резервы, способные к быстрой переброске в нужное время в нужное место.

Мы не раз переживали тяжелые моменты и будем переживать их от недостатка этих резервов или, вернее, недостатка организаций: об этом пусть заявят те кадры врачей, которые, сидя в недалеком тылу, ходят во время боев без дела, в зависимости от эвакуационного направления потока раненых, мимо ближайшего тыла в самый отдаленный.

Каковы будут эти резервы – корпусные, армейские, фронтовые или общearмейские – я не берусь сейчас в деталях обсуждать, но эта организация должна быть; все представители организаций в один голос заявляют: «У нас нет хирургов». Совершенно верно: их нет очень часто во время боев на месте, они расплывены, и польза от них ускользает.

К вопросу об устройстве управления в военно-санитарном ведомстве

То, что я буду говорить, не будет исчерпывающим ответом на вопрос, какова должна быть сущность санитарного строительства в армии. Вопрос этот большой, и ставится всеми: учеными, администраторами, равно и теми, кого касается санитарное дело. На него вполне можно ответить только тогда, когда мы учтем опыт мировой войны¹. Лишь сделав полный анализ статистических данных, можно будет говорить о том, каковы были наши ошибки, и в какую сторону должно вылиться военно-санитарное дело, военно-санитарные организации.

Ради ясности нам придется здесь сделать отступление, чтобы охарактеризовать в кратких чертах санитарную часть недавнего прошлого.

Построение нашего Военно-санитарного ведомства покоится на истинах, выработанных опытом прошлого столетия и принятых в армиях как наших друзей, так и врагов. Но у нас они получили странную реализацию благодаря системе искусственного подбора кадров.

Многое принимало уродливые формы, невозможно было выявить свои личные дарования. Наше Военно-санитарное ведомство не могло не разделить общей участи всех учреждений бюрократического строя.

Все это создало чрезвычайно тяжелые условия, и особенно во время войны; у врача вместо творческой работы накапливался целый ряд бумажных дел, часто мешавших ему работать продуктивно. Мы не будем здесь выяснять во всей подробности это обстоятельство и указывать цепь причинных моментов, ограничимся только указанием, что врачебно-санитарная деятельность на фронте должна регулироваться двумя факторами: оперативными заданиями высшего командного состава и его планами и требованиями научно-техническими. Выработать определенную эластичность для исполнения того и другого всегда было, есть и будет искусством врачебно-санитарной администрации. Искусство это трудное, и оно должно предполагать определенные условия, когда исполнительным органам будет предоставлена возможность и точно исполнять, и продуктивно работать, внося в свою деятельность необходимый почин и творчество. Очень часто, к сожалению, мы были свидетелями, что по чисто формальным причинам учреждение и целые кадры людей оставались неиспользованными вследствие именно отсутствия эластичности врачебно-санитарной организации Ведомства. Например, в Русско-японскую войну через главные перевязочные пункты прошло всего только 40 % раненых; остальные 60 % прошли мимо: пункты были расположены в стороне от путей естественного притока раненых. Оставить мертвые точки и перейти на живые линии врачи учреждений не могли без определенных формальных, часто длительных и запоздалых сношений с надлежащими инстанциями. Конечно, никому не придет в голову говорить о самостоятельной тактике и стратегии врача перевязочного пункта, но определенные коррективы в служебном механизме нужно сделать: если каждому солдату надлежит быть сознательным, и если ему дается во время разведок и мелких боев значительная доля личной инициативы, то нужно дать и военному врачу определенные границы самоопределения. Как массового явления в настоящую войну – этого нет, но аналогичных случаев все-таки больше, чем для того, чтобы можно было говорить о них только как об исключениях!

Хуже дело с так называемыми вторыми дивизионными лазаретами.

Крайне неудовлетворительно обстоит дело с работой головных эвакуационных пунктов. Сколько раз они являлись к концу ситуации вместо того, чтобы служить не только для предупредительной подготовки ее, а хотя бы во время ее: я укачу на Лодзь, Скерневицы, Верж-

¹ Автор имеет в виду Первую мировую войну

болово, Кейданы, Радзивилишки, Шавли. Здесь, кроме того, сказывалось и еще одно обстоятельство, которое давало себя тяжело чувствовать во всех учреждениях Военно-санитарного ведомства – это система кредитования. Приходилось видеть у начальников головных эвакуационных пунктов робость использования предоставленных им кредитов, а у главных врачей – отсутствие таковых.

Приведу еще один пример. При начале отступления на одном тыловом этапном пункте, в силу отсутствия приказа об остановке увеличения маршевых рот, начало прибывать пополнение день ото дня, возрастая до пяти тысяч человек. При непрерывной работе кухни этапа можно было накормить 6–8 тысяч человек. Местные власти начинали приходить в отчаяние, справедливо представляя себе длительность бумажной волокиты с интенданством по поводу необходимости увеличить кухни и запасы, на что потребовалась бы не одна неделя. Земский союз через своих агентов в течение нескольких часов мог оборудовать кухню на тысячу человек, а через сутки обслуживал пять тысяч человек, в дальнейшем же отпускал до 20 тысяч обедов в сутки.

И вот, когда говорят о неуспешной работе Военно-санитарного ведомства и приводят назидательный и поучительный пример деятельности Земского и Городского союзов и Красного Креста, то всегда упускают неравенство положений, в которых работают те и другие; забывают, что у Военно-санитарного ведомства не хватает двух жизненных нервов – двух прав: права инициативы и права кредита. В то время как частные организации таковыми правами были награждены в полной мере, Военно-санитарное ведомство таких прав было лишено. И что получилось?

Если взять личный состав Военно-санитарного ведомства, то найдем, что из 20 тысяч врачей 25 % кадровых врачей, остальная масса призвана из запаса: люди, не зараженные духом бюрократии, не связанные чиновничьими традициями. И что же мы видим?

Люди, наделенные идеалами и навыками организаций общественного типа, явившиеся в роли чинов Военно-санитарного ведомства, не сделали ничего. Если некоторые из них вступали в борьбу с рутинной Ведомства, то иногда счастливым единицам удавалось создать то или другое благоприятное положение, выявить начала, к которым тот или другой врач привык в мирное время, например, в проведении целого ряда санитарных мероприятий в условиях примитивной обстановки и широкой импровизации.

Мне теперь представляется понятной борьба представителей Красного Креста с представителями Военно-санитарного ведомства на фронте, с одной стороны, и с представителями высшего чиновничества Военно-санитарного ведомства в центре – с другой.

То же делали Земский и Городской союзы; их представители тоже отстаивали свои права от посягательств, но они шли другим путем сравнительно с Красным Крестом: они располагали громадным кредитом, и в этом было их преимущество. Уже в начале кампании, т. е. в конце 1914 г. и в первой половине 1915 г., Земский союз только по Западному фронту представил свою предварительную смету на 5 миллионов рублей для организации санитарной работы, причем в расходовании этих сумм после принципиальной оценки в центре комитету Западного фронта была предоставлена широкая инициатива. То же самое было и в Красном Кресте. Мне особенно ярко врезалась в память операция под Лодзью, где Красный Крест, располагая правом кредита, мог снабдить приютом, продовольствием, перевязочным материалом и теплым бельем отрезанную армию, и где военно-санитарные армейские учреждения оставили около 3000 человек без ухода, уведя в ночь на 21 ноября 1914 года свои дивизионные лазареты.

Я привожу только резкие примеры, но тяжесть положения – не в этих примерах, а в повседневной мертвой рутине и педантократии.

Пример общественных организаций приводит нас к выводу о необходимости коренным образом пересмотреть вопрос о правах Военно-санитарного ведомства в смысле наделения их правом кредита и инициативы.

Не предвещая пока других вопросов военно-санитарного строительства, я должен сказать, что если Военно-санитарное ведомство получит эти права, то встанет лицом к лицу с одним существенным вопросом, а именно: это повлечет ломку иерархического уклада в смысле выделения ведомства в самостоятельную организацию с нисходящей прямой вместо зигзагообразной подчиненности военного врача через строевое начальство высшим военно-санитарным органам. Мы не будем здесь долго останавливаться на этом вопросе, но укажем только на то, что этот вопрос чрезвычайно важный и требующий к себе большого внимания. Если вы дадите себе труд просмотреть всякого рода резолюции, идущие как от малых, так и больших коллективов, вы найдете одно и то же: поставить этот вопрос на очередь и приступить к его разрешению в смысле создания врачебно-санитарного корпуса. Употребляя этот термин, мы должны оговориться: мы понимаем этот термин в смысле выделения Военно-санитарного ведомства в самостоятельную часть с правами, как я уже выше указал, кредита и инициативы. В настоящее время дивизионные и корпусные врачи подчинены начальникам дивизии и командирам корпусов, а по специальной службе с доклада своим начальникам исполняют указания: первые – корпусных врачей, а последние – начальников санитарных отделов и начальника санитарной части армий фронта. На этой почве возникло много недоразумений с деятельностью головных эвакуационных пунктов, и, к сожалению, не к вящей пользе эвакуации.

Нельзя говорить о какой-либо искусственной изоляции военно-санитарного дела, особенно на войне, но придать ему определенную гибкость и эластичность необходимо. Военно-санитарная деятельность связана с определенными заданиями стековых частей, и в этой области приказ военного начальства является отправной точкой деятельности врачебно-санитарной; в части же преимущественно санитарной врачебно-санитарное ведомство должно само ставить себе цели и разрабатывать планы в порядке инициативы.

Из-за отсутствия у Военно-санитарного ведомства прав кредита и инициативы и недостаточной эластичности его деятельности к нему родилось недоверчивое отношение в обществе. Вследствие этого рядом с Военно-санитарным ведомством из-за недоверия к его силам, из-за недоверия к его творческому порыву начал и сверху и снизу возникать целый ряд организаций. Пошли надстройки, и они шли как сверху и снизу, так и параллельно. Так возникли: управление верховного начальника санитарной и эвакуационной части принца Ольденбургского, целый ряд комитетов высочайших особ, целый ряд особых шефских организаций и т. д. Параллельно с ними возникают мощные общественные организации – общеземские и общегородские. Одновременно с этим снизу началась организация врачебных слоев, создавался ряд совещаний, съездов, которые приобретали права петиций, из петиций рождались директивы и т. д. Я знаю случай, когда представители Военно-санитарного ведомства должны были идти по пути, по которому их вела жизнь: укажу хотя бы только на вопрос о прививках.

Естественно, что возникшие за счет косности Военно-санитарного ведомства, из-за недостатка доверия к его порыву, из-за недостатка доверия к его творческой энергии организации приняли на себя задачу разрешения военно-санитарных заданий; нужно сказать правду, исторически тяжелую правду, что у нас в военно-санитарном деле преобладали любители – военно-санитарное дело вели люди, не имеющие никакого профессионального стажа; они принесли туда очень малый теоретический запас сведений, принесли проблематический запас опыта; принесли, может быть, только одно желание работать в любимом ими деле санитарии. Получился опасный прецедент, был произведен ряд рискованных экспериментов, ближайшим объектом которых являлся индивидуум, а отдаленным – благополучие войска, нации.

Вот те обстоятельства, которые заставили желать коренного пересмотра тех основ, на которых должен строиться весь уклад военно-санитарного дела русской армии. Быть может, назрел вопрос о реформе в смысле организации унитарной системы помощи на театре военных действий. Но, несомненно, назрел этот вопрос в основной организации, именно в самом Военно-санитарном ведомстве.

Перед Военно-санитарным ведомством поставлен целый ряд насущнейших задач, при разрешении которых надо, с одной стороны, уничтожить печальные ненормальности прошлого, с другой – пытаться заложить здоровые начала будущей организации, и с третьей – создать для нашего переходного времени такие формы, которые совпали бы с течением жизни, и которые провели бы корабль санитарного благополучия через это переходное время сколько-нибудь удовлетворительно.

Эти задачи чрезвычайно крупны и ответственны.

Первая задача сложна потому, что слишком много накопилось ненормальных явлений в жизни Военно-санитарного ведомства в прошлом, слишком тесными нитями переплетены они между собой, слишком определенная создалась атмосфера, чтобы можно было сплеча разрубить этот гордиев узел, не внося разрухи при таком образе действий в самую работу ведомства в переживаемую нами минуту. В этом последнем лежит огромная ответственность предстоящей задачи: неосторожно порванная цепь может тяжело ударить и по армии, и по военным врачам.

Сложность и ответственность второй задачи – закладка фундамента для рационального устройства Военно-санитарного ведомства – понятны сами собой; еще не выкристаллизовались общие основы будущего строительства всей России, а только по ним и придется строить в будущем военно-санитарное дело, которое должно быть не чем-то обособленным, а гармоничной частью общего целого. Когда мы примем то или другое решение, тогда мы будем говорить об этом.

Из изложенного ясно, что ко всем тем мероприятиям, которые излагаются ниже, надо относиться со строгим учетом переживаемого момента и трудностей проведения в жизнь многого того, что могло бы удовлетворить с точки зрения наиболее целесообразных мероприятий. Необходимость постепенного введения без вреда для армии новых начал – вот тот угол зрения, с которого мы должны трактовать и решать те или другие мероприятия.

Первая наиболее крупная ненормальность в Военно-санитарном ведомстве, недопустимая по самому существу своему, – это его ведомственный департаментский уклад. Критика была невозможна. Мы знаем, что отчеты о Русско-японской войне, появившиеся в 1914 году, до вчерашнего дня лежали под спудом, и только теперь их удалось извлечь из недр канцелярии и пустить в общий оборот. Многим этот отчет не нравился, а все, благодаря этим немногим, не имели возможности воспользоваться его практическими выводами. Это лишало возможности всю страну принять то или другое критическое отношение. Нужно принять во внимание то, что, находясь в бронированном состоянии, военно-санитарное дело не обладало творческим импульсом, чтобы оно могло широко развернуть громадную работу в недрах своего ведомства по организации медицинской помощи в будущей войне: о войне говорили еще в 1912 году; война почти над нами повисла, а разве со стороны Военно-санитарного ведомства была выработана программа, был подобран персонал, разве внесена была в ученый комитет правильная расценка тех средств и материального блага этого резерва, которыми могло пользоваться Военно-санитарное ведомство? Ничего подобного не было сделано именно вследствие бронировки; не сделано было еще и потому, что Военно-санитарное ведомство отказывалось от помощи; я знаю, когда профессора предлагали свои услуги Военно-санитарному ведомству использовать их в начале войны, оно сказала, что ему профессоров не надо; приходили представители Красного Креста, предлагали организовать транспортное дело, которое было ниже всякой критики, – под Мукденом мы потеряли 25 000 раненых потому, что на всю армию у великого народа было всего 1000 повозок, в которых можно было вывезти 2000 человек, – оно тоже отказало, заявив, что дальше тылового района оно никого не пустит.

Военно-санитарное ведомство увеличивало транспорты, но его расчет был очень скромный, да и эту программу транспортного дела Ведомству разрешить во всем объеме не удалось, и дело застыло в стадии неудовлетворительных попыток. Впоследствии глава Военно-санитар-

ного ведомства осознал свои сшибки и обратился за помощью к общественным организациям, но многое было уже трудно исправить.

Создавалась обстановка, при которой изолированное положение оказывалось угрожающим.

В ответ на вопрос, в какой же форме при условии возможно меньшей потери времени можно было бы это осуществить, мы могли бы раздвинуть рамки, вдвинуть санитарное ведомство в общую жизнь, слить с теми гранями, с которыми оно может соприкоснуться, и провести жизненные нити в страну, чтобы слиться и получить отклик, чтобы чувствовать себя так, как чувствует себя вся страна, чтобы располагать благами как духовных накоплений, так и материального уклада.

Нам представлялось естественным желать создания одного авторитетного центрального органа, который взял бы на себя колоссальную задачу организации общегосударственной санитарии, в особенности в течение настоящей мировой войны (Первой мировой войны. – Ред.), когда России выпадает на долю помогать миллионам бойцов, призывать сотни тысяч инвалидов, лечить сотни тысяч венериков, цинготных из рядов войск и заботиться о благополучии тыла – всей родины. Еще настойчивее желание видеть такой орган, если мы представим себе очередные вопросы предстоящей демобилизации. Мы боимся, что демобилизация будет сложнее мобилизации, и мы должны быть готовы к очень многому: эвакуация, санитарный надзор, организация осадочных госпиталей для заразных больных как нашей армии, так и армии пленных, призрение инвалидов, увечных, организационная работа в прифронтовых губерниях, на которых обрушится центр тяжести демобилизуемой многомиллионной армии. Вот вопросы, которые могут сделать изоляцию Военно-санитарного ведомства трагической для всей страны. Разве мы не стояли перед трагедией в начале войны, когда не оказалось транспортов на полях битв, когда эвакуационный аппарат действовал так, что раненые с полей битвы приезжали в Москву, когда в 40 верстах от Варшавы восемь тысяч человек не могли быть перевезены в Варшаву в течение пяти дней (Гройцы)?

Военно-санитарное ведомство только через такой орган могло бы войти в контакт со всей страной и только через такой орган могло бы опираться на ресурсы всей страны в решении как насущных задач, так и могущих в недалеком будущем возникнуть – я говорю об эвакуации и демобилизации и о ликвидации тяжелых ран народа: увечий и хронических и инфекционных заболеваний военного времени.

Если через этот орган Военно-санитарное ведомство выйдет из опасного положения изолированного департамента, то теперь возникает еще более неотложный вопрос – урегулирование вопроса об объединении или слиянии деятельности организаций, параллельно работающих с Военно-санитарным ведомством как на фронте, так и в тылу, – Красный Крест, Всероссийский Земский и Городской союзы. Мы указали выше на причины возникновения и расцвета деятельности этих организаций и здесь скажем: чем ярче написаны страницы их деятельности, тем бледнее страницы истории деятельности Военно-санитарного ведомства. В отношении этих организаций Военно-санитарное ведомство не только первое время войны становилось в изолированное положение, но, что хуже всего, порой изолированность переходила свои границы, становясь нездоровым недоброжелательством, а между тем, все эти организации в своих центрах несут такую массу однородной работы, что острота вопроса о неорганизации ее теперь дошла до кульминационного пункта, особенно в связи с необходимостью щадить государственный бюджет.

Нам казалось совершенно естественным в этом направлении приступить к созданию ряда объединяющих органов по тем областям, которые выдвигались самой жизнью.

Мы относим сюда организацию целого ряда учреждений, благодаря которым мы надеемся установить выработку общих планов по санитарной работе в связи с переживаемой войной.

Быть может, слишком покажутся нагроможденными те вопросы, о которых мы будем говорить, но их нагромоздила сама жизнь, не удовлетворенная игнорированием своих требований и недавнем прошлом.

Нам казалось необходимым учреждение:

- а) Центрального санитарно-статистического комитета,
- б) Центрального комитета санитарного снабжения,
- в) Центрального эвакуационного совещания,
- г) Центрального комитета по санаторно-курортному лечению.

Раз возникнут такие учреждения, они смогут втянуть в свою работу все параллельно работающие организации в лице как их центральных комитетов, так и местных органов. Последние учреждения, сочетая центральное руководство со своим почином, при условии широкой автономии вызовут к деятельности все творческие силы и используют все материальные ресурсы страны.

Центральный санитарно-статистический комитет

После целого ряда войн прошлого столетия исследователь военно-санитарного дела будет тщетно искать отчетов, исчерпывающих вопросы медицины, санитарии, санитарной статистики, не говоря уже о демографии.

Когда нам пришлось столкнуться с Военно-санитарным ведомством, мы нашли полное отсутствие строго научно обработанных данных; нам не удалось найти статистического материала для научных обоснований строительства: были отчеты, но не было сводок. Если мы и теперь упустим на время войны весь статистический материал, который скопляется по разным учреждениям, который у нас в ведомстве остается недостаточно разработанным, то нам лично казалось, что мы понесем тяжелую и большую историческую ответственность.

Настоящая беспримерная война должна найти себе полное и всестороннее освещение как с точки зрения исторической перспективы, так и с точки зрения тех разнообразных влияний, которые война оказала и еще долгое время будет оказывать на все стороны жизни воюющих народов. Несомненно, при создавшихся новых условиях жизни научными работниками, специалистами, государственными и общественными деятелями будет создан ряд трудов и исследований, которые беспристрастно и всесторонне объяснят основные причины войны политического и экономического порядка, ее дипломатическую и чисто военную историю, а равно и последствия войны во всей широте вопроса. Научно и исчерпывающе должна быть освещена настоящая война с ее последствиями и с точки зрения медицины, санитарии, санитарной статистики и демографии. Задачи эти были чужды прежнему государственному строю, и ни одна из прежних войн не была сколько-нибудь удовлетворительно изучена и освещена в этом отношении.

Вопрос о разработке обширных, накопленных за время войны санитарно-статистических материалов является для Военного ведомства очередным и требующим безотлагательного урегулирования. Наряду с расстройством всех отраслей управления, в наследие от старого режима остались неприспособленными к выполнению своих задач и учреждения, ведающие различными отраслями общегосударственной статистики, в том числе и статистики военно-санитарной, и правильная постановка статистического дела представляется одной из очередных и неотложных задач правительственной деятельности, направленной на усовершенствование различных частей в строе государственного управления.

Имеющаяся в составе главного военно-санитарного управления так называемая санитарно-статистическая часть с ее количественно ничтожным личным составом, бюрократическим устройством, изолированностью не только от общественно-санитарной статистики, но и от военных врачей, являющихся первичной статистической инстанцией, должна быть заменена мощным, построенным на началах общественности и коллегиальности органом.

Для этой цели представлялось бы соответственным учреждение при главном военно-санитарном управлении: 1) постоянного коллегиального органа – центрального санитарно-статистического совета и 2) органа исполнительного – центрального санитарно-статистического бюро или комитета.

Основными заданиями совета должны бы быть вопросы объединения и согласования санитарно-статистических работ, производимых государственными и общественными учреждениями, обслуживающими нужды военного времени, выяснение объема и плана статистических работ, устранение повторений работ, производимых отдельными учреждениями по одним и тем же вопросам, установление соглашений о распределении статистических работ между учреждениями. Совету, далее, надлежало бы регулирование работ исполнительного органа – санитарно-статистического комитета и содействие правильной постановке в нем работ по сводке санитарно-статистических материалов настоящей войны и по текущей санитарной ста-

тистике, причем все распоряжения руководящего значения по санитарно-статистической части Военного ведомства должны бы осуществляться не иначе, как после предварительного обсуждения в совете.

В состав совета должны войти представители всех заинтересованных государственных и общественных учреждений (Военное и Морское ведомства, Красный Крест, Министерство внутренних дел, Всероссийский земский и городской союзы, Пироговская статистическая комиссия и представители статистической науки, причем совету должно быть предоставлено право широкой кооптации). Вместе с тем, в целях более тесного объединения и общения на почве коллегиального направления работ статистическим советом и комитетом должны периодически созываться съезды на основах широкого представительства местных санитарно-статистических организаций и делегатов полковых и госпитальных военно-врачебных коллегий.

Что касается проектируемого исполнительного органа – центрального санитарно-статистического комитета, – то функции его, естественно, должны заключаться: 1) в ведении всей текущей военно-санитарной статистики и 2) в исчерпывающей разработке всех собранных Военным ведомством за время войны санитарно-статистических материалов и составлении отчета по войне. Само собой разумеется, что в тех случаях, когда местные организации военного времени не смогут принять на себя самостоятельную разработку собранных ими материалов, или же такая разработка явится по существу дела излишним повторением аналогичных работ, материалы эти могли бы поступить для разработки или для объединения с другими материалами в центральный комитет на основаниях взаимного соглашения и договора.

Соответственно указанным заданиям и имеющимся статистическим материалам предстоящую работу комитета можно было бы разбить на 4 отдела:

- 1) отдел текущей военно-санитарной статистики,
- 2) отдел по разработке основных статистических карточных материалов об убитых, раненых и больных,
- 3) отдел по разработке специальных материалов (отчетов лечебных заведений, отчетных ведомостей войсковых частей, материалов клинических по предохранительным прививкам, по долечиванию раненых и больных воинов, хозяйственных, по эвакуации и др.),
- 4) отдел для собирания и разработки материалов по санитарному состоянию и демографии населения в военное время и изучения влияния войны на население в демографическом и санитарном отношении. Едва ли нужно долго останавливаться на научной и практической необходимости изучения и освещения этих вопросов: война вызвала в этом отношении такие резкие перемены, которые на долгое время наложат печать на весь уклад жизни населения.

Проектируемое учреждение должно быть компетентно и в достаточной мере обеспечено рабочими силами и средствами. Состав нового учреждения неизбежно будет очень многочислен; понятно, что только для разработки многомиллионного карточного материала о раненых и больных потребуется персонал из многих десятков счетчиков. Вместе с тем, располагая достаточным служебным персоналом и соответствующими средствами, основанное на коллегиальных началах новое учреждение будет в состоянии не только наполнять все намеченные проектом сложные и многочисленные функции, но и стать до известной степени объединяющим органом не только для военно-санитарной статистики, но и для санитарной статистики вообще.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.