

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ • HISTORY OF MEDICINE

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ РАНеным И БОльНЫм В РУССКОЙ АРМИИ
И НА ФЛОТЕ В РУССКО-ЯПОНСКУЮ ВОЙНУ (1904–1905 гг.)Шевченко Ю.Л., Матвеев С.А.,
Сусов Р.П.*ФГБУ «Национальный медико-
хирургический Центр
им. Н.И. Пирогова», г. Москва

DOI: 10.25881/20728255_2021_16_4_148

Резюме. Статья посвящена организации медицинской помощи в русской армии и на флоте на театре военных действий в Русско-японскую войну 1904–1905 гг.

Ключевые слова: русско-японская война, медицинская помощь раненым и больным, санитарные потери.

«Оглядываясь назад нам следует только ради извлечения уроков из прошлых ошибок и пользы из дорого купленного опыта».

Д. Вашингтон.

К концу XIX века завершился раздел мира между ведущими державами. И это привело к резкому обострению военно-политической обстановки из-за неизбежной борьбы за сырьевые источники, людские ресурсы, геополитическое положение. Настоящей прелюдией к чудовищной катастрофе — Первой мировой войне — стала, казалось бы, сугубо региональная, но неимоверно ожесточенная Русско-японская война 1904–1905 гг.

В результате Японо-китайской войны 1894–1895 гг. к Японии отошли острова Тайвань и Пэнхуледао. Кроме того, она получила Ляодунский полуостров, но под давлением России, Франции и Германии вынуждена была от него отказаться. С этого времени началось обострение российско-японских отношений, которое еще более усилилось после того, как Россия решительно активизировала свои действия в Маньчжурии. Япония в свою очередь стремилась лишить Россию выхода к Тихому океану, захватить остров Сахалин и весь Дальний Восток.

6 февраля 1904 г. Япония разорвала дипломатические отношения с Россией, а в ночь на 9 февраля десять японских эсминцев неожиданно, без объявления

MEDICAL CARE FOR THE WOUNDED AND SICK IN THE RUSSIAN ARMY AND NAVY
DURING THE RUSSO-JAPANESE WAR OF 1904–1905

Shevchenko YUL., Matveev S.A., Susov R.P.*

Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. The article is devoted to the organization of medical care in the Russian army and navy in the theater of military operations during the Russo-Japanese War of 1904–1905.

Keywords: Russian-Japanese war, medical aid to the wounded and sick, sanitary losses.

войны, атаковали русскую эскадру на внешнем рейде Порт-Артура и вывели из строя броненосец и крейсер. С наступлением дня в порту Чемульпо произошел морской бой, в результате которого русские моряки вынуждены были затопить крейсер «Варяг» и уничтожить канонерскую лодку «Кореец». Подвиг экипажей навсегда запечатлен не только в культу-

ном наследии русского народа (Рис. 1, 2), но и вызвал заслуженное восхищение в мире (Рис. 3). Лишь на следующий день Япония объявила войну России. Трагические события начала военных действий, мужество и героизм русских воинов и моряков, общественный резонанс и реакция государственного аппарата увековечены отечественным классиком лите-



Рис. 1. Беспримерный бой «Варяга» и «Корейца» под Чемульпо. Лубочная открытка, 1904 г.

* e-mail:susovmd@gmail.com



Рис. 2. Музей командира крейсера «Варяг» В.Ф. Руднева в Тульской области.



Рис. 3. Памятник крейсеру «Варяг» в Шотландии.

ратуры В.В. Вересаевым (по профессии врачом) [1].

Русско-японская война, по мнению многих историков, стала самой неудачной для Российской империи. Поражения на суше и на море следовали одно за другим. Русские солдаты и матросы совершали великие подвиги. Отрезанный от России Порт-Артур защищался около года (Рис. 4). Была сделана попытка спасти положение — на Дальний Восток из Кронштадта направилась новая эскадра. Однако 28 мая 1905 г. она была полностью уничтожена в сражении у острова Цусима. Эту великую трагедию в истории отечественного флота сохранил для потомков А.С. Новиков-Прибой в романе «Цусима». Русское правительство пришло к выводу, что продолжение войны невыгодно и стало стремиться к ее прекращению. К миру стремились и японцы, вести войну на суше у них уже не хватало сил. При посредничестве президента США Теодора Рузвельта стороны вступили в переговоры и 5 сентября 1905 г. в американском городе Портсмуте был заключен мирный договор. Российская империя была вынуждена уступить Японии Ляодунский полуостров, южную половину Сахалина и предоставила ей полную свободу действий в Корее.

Необходимо подчеркнуть, что Россия в этой войне не имела союзников: Германия, Англия и США почти открыто поддерживали Японию, а Франция не оказала никакой помощи. Япония, обладая хорошей разведкой, знала, что ее противник не подготовлен к войне на Дальнем Востоке. Транссибирская магистраль обрывалась тогда у озера Байкал. Забайкальская железная дорога имела небольшую пропускную способность. Путь



Рис. 4. Героическая оборона Порт-Артура.

от Москвы до Маньчжурии занимал до 45 суток. Имея в это время армию, численностью более 1 млн. человек, Россия к началу войны располагала на Дальнем Востоке группировкой войск, состоявшей всего лишь из 124 тыс. человек при 272 орудиях.

Русский стратегический план ведения войны страдал самым губительным пороком — абсолютной недооценкой сил противника, что заранее обрекало его на провал. Все сказанное не могло не отразиться и на медицинском обеспечении боевых действий русских войск в этой войне. Прежде всего следует отметить, что по-прежнему не было должного единства в управлении медицинским обеспечением действующих войск.

Военное министерство, понимая необходимость выделения санитарной части в самостоятельный отдел полевого управления армии, приказом по военно-

му ведомству от 7 марта 1904 г. №79 во главе санитарной части поставило начальника в чине строевого генерал-лейтенанта. Под его руководством находились три отделения (части): медицинская, госпитальная и эвакуационная. В непосредственном подчинении начальника санитарной части армии были полевой военно-медицинский инспектор, полевой инспектор госпиталей (генерал, а не врач) и главноуполномоченный Российского общества Красного Креста (РОКК), каждый со своим управлением. Сам же начальник санитарной части подчинялся непосредственно командующему армией, что заметно улучшало принятие необходимых решений, касающихся различных сторон медико-санитарного дела. В первый год Русско-японской войны возникла необходимость пересмотреть организацию управления военно-медицинским обеспечением и дополнить штаты новы-



Рис. 5. Генерал-лейтенант Трепов Федор Федорович.

ми должностями. В связи с этим к концу 1904 г. непосредственно при главнокомандующем были учреждены должности главного полевого военно-медицинского инспектора, главного начальника санитарной части, а также созданы главная эвакуационная комиссия и санитарно-статистическое бюро.

Главнокомандующим на Дальневосточном театре военных действий до октября 1904 г. был генерал-адъютант Е.И. Алексеев, с 26 октября 1904 г. — генерал-адъютант А.Н. Куропаткин, с 16 марта 1905 г. — генерал-адъютант Н.П. Ливневич. Основным представителем по медико-санитарному делу при главнокомандующем являлся генерал-лейтенант Ф.Ф. Трепов, исполнявший обязанности главного начальника санитарной части (военный и государственный деятель, будущий Киевский губернатор) (Рис. 5).

К сожалению, новая структура радикально не улучшила централизацию управления медицинской службой. Начальники санитарных частей армии, полевые военно-медицинские инспекторы и инспекторы госпиталей не были подчинены лицам, занявшим вновь введенные должности. Различным звеньям военно-медицинской службы пришлось действовать в отрыве одно от другого. Эвакуация, как и прежде, была оторвана от лечения, а войсковые этапы — от армейских. Не было четкой согласованности и преемственности в работе медицинских органов между районами фронта и тыла. Так, в районе действующей армии медицинская служба находилась в ведении полевого управления, а в тылу ею занимались



Рис. 6. И.Е. Репин. Хирург Е.В. Павлов в операционном зале, 1888 г., Государственная Третьяковская галерея.

околожные военно-медицинские управления, околожные инспекторы госпиталей и околожные уполномоченные РОКК.

Участник этой войны известный хирург Е.В. Павлов по свежим впечатлениям писал: «Управление санитарной частью при главнокомандующем, а также и управления начальников санитарных частей армий производят такое впечатление, что лица собственно врачебного персонала находятся все в подчинении у военачальников и не пользуются никакими правами... Ясно проглядывается совершенно незаконный захват власти военными над специально медицинской частью... Главному полевому военно-медицинскому инспектору не подчинено ни одно медицинское лицо, ни одно учреждение, за исключением аптек. Даже полевые военно-медицинские инспекторы, находящиеся при армиях, не подчинены ему, а находятся в непосредственном подчинении у начальников санитарных частей армий... Всматриваясь в эту схему, сразу можно увидеть всю нецелесообразность в организации административного строя санитарной части» [2]. Великий русский художник И.Е. Репин еще в 1888 г. запечатлел его в операционной на своем полотне (Рис. 6).

Тем не менее по сравнению с Положением о военно-врачебных заведениях 1887 г. в ходе Русско-японской войны был реализован ряд заметных улучшений в организации военно-врачебного дела. Прежде всего громоздкие военные временные госпитали, рассчитанные на 630 мест, были заменены более мобильными и легко управляемыми полевыми

подвижными госпиталями на 210 мест. При многих из них с санкции дежурного генерала создавались «слабосильные команды», численностью от 50 до 200 человек каждая. Кроме того, были введены штатные военно-санитарные транспорты и штатные эвакуационные комиссии.

Впрочем, крупные военно-сводные госпитали, большинство которых было сосредоточено в Харбине, были необходимы, но теперь являлись стационарными, хорошо оснащенными и могли принимать на все виды лечения значительно больше раненых и больных. «Нужно отдать полную справедливость, — писал Е.В. Павлов, — что было положено очень много старания и забот об устройстве этих госпиталей, организованных в сравнительно очень короткий промежуток времени и притом в зданиях, предназначенных для казарм, а не для госпиталей... Современные требования хирургии, основанные главным образом на чистоте, служили заветом для труда для всего врачебного персонала» [2].

Снабжение военных госпиталей фармацевтическими, хирургическими и хозяйственными предметами в целом было достаточно хорошим. Кроме того, по своевременно представленным требованиям в госпитали отпускалось все необходимое из склада императрицы Александры Федоровны. Все военно-врачебные заведения, участвовавшие в войне, подразделялись на войсковые и подчиненные органам полевого управления. К первым относились лазареты частей, дивизионные лазареты и полковые госпитали, приданные дивизиям;

ко вторым — самостоятельные полевые подвижные госпитали, а также полевые запасные госпитали, военно-санитарные транспорты, эвакуационные комиссии, полевые аптеки и временные аптечные магазины. Снабжение этих учреждений на протяжении всей войны было вполне надежным и достаточным.

Лечение раненых и больных предполагалось производить, главным образом, в пределах Приамурского военного округа, где и размещались наиболее крупные госпитали. Лечебные заведения, открытые в районе сосредоточения армии и состоявшие при войсках, имели основное назначение осуществлять лишь временный уход за больными и ранеными с последующей быстрой эвакуацией их в тыл. Для этой цели уже к концу марта 1904 г. было сформировано два военно-санитарных поезда на 250 человек каждый.

По штатам мирного времени в войсках, учреждениях и военно-лечебных заведениях бывшего наместничества на Дальнем Востоке состояло 259 врачей, 19 фармацевтов и 816 фельдшеров. К моменту официального объявления Японией войны, 10 февраля 1904 г., налицо было 243 врача, 21 фармацевт и только 602 фельдшера. По мобилизационному плану штаты военного времени были заметно увеличены и составили: врачей — 817, фармацевтов — 87, фельдшеров — 2097 человек. В числе мобилизованных оказался и будущий архиепископ Лука (в миру Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, профессор хирургии) (Рис. 7) [3].

По распоряжению ГВМУ некомплект медицинского состава начал быстро восполняться медицинскими чинами, состоявшими на действительной службе и призванными из запаса. Этому был посвящен именной указ Правительствующему сенату, в котором император повелел призвать на действительную службу медицинских чинов запаса из Петербургского, Виленского, Варшавского, Киевского, Одесского, Московского, Казанского и Кавказского военных округов. Эти меры возымели свое действие, и к моменту ратификации мирного договора в октябре 1905 г. врачей действительной службы в войсках насчитывалось 913, а призванных из запаса — 2194 человек. Фармацевтов числилось 310 и фельдшеров — 8337 человек.

Таким образом, медицинским персоналом русская армия была достаточно обеспечена, что сыграло не последнюю роль в успешной деятельности медицинской службы по сравнению с другими службами русской армии.



Рис. 7. 1-й Киевский отряд РОКК перед отправкой на Дальний Восток. Во 2-м ряду слева: мл. врач В.Ф. Войно-Ясенецкий.

Любопытно отметить, что при первом же распоряжении о необходимости отправки на театр военных действий части врачей из числа прикомандированных к Военно-медицинской академии для научного совершенствования все они выразили желание добровольно поехать на Дальний Восток. Пришлось бросать жребий, и 29 февраля 1904 г. 20 опытных врачей получили назначение в действующую армию на разные должности в качестве хирургов и терапевтов.

Не только врачи, но и много студентов Императорской Военно-медицинской академии, в том числе и младших курсов, отбыли в район военных действий в составе различных врачебно-санитарных отрядов. Это вынудило Военное министерство отменить обычный лагерный сбор для студентов-медиков. Патриотический порыв учащихся и выпускников академии, стремившихся отправиться на фронт, был настолько силен, что профессорам приходилось всячески сдерживать его, призывая студентов к продолжению учебы.

Вместе с тем повсеместно развернулась организация различных краткосрочных курсов по подготовке сестер и братьев милосердия для обучения оказанию первой медицинской помощи раненым и больным. Активное участие в этой работе помимо врачей Общества Красного Креста приняли профессор и преподаватели Военно-медицинской академии. Шестинедельные курсы для сестер были открыты в академии 18 апреля 1904 г. Занятия по анатомии на них проводил К.И. Сулов, по внутренним болезням — Г.М. Малков, по гигиене — В.А. Левашов, по лекарствоведению — Н.И. Бочаров, по хирургии — В.А. Оппель. Подобные курсы организовывались при многих

больницами и госпиталями не только в Санкт-Петербурге и Москве, но и в других российских городах. Частные курсы по уходу за больными и ранеными создавались также в разных частях Петербурга. Так, доктор В.И. Краевский организовал курсы для 200 слушательниц на базе Александровского военного госпиталя, где проводились все практические занятия, другие врачи вели занятия при общинах сестер милосердия. Внешним отличием сестер, прошедших сокращенные курсы (шесть недель), было ношение знака Красного Креста не на груди, а на рукаве.

Вынос раненых с поля боя в Русско-японскую войну и доставка их на перевязочные пункты осуществлялись полковыми (нештатными, выделявшимися перед боем) и дивизионными (рота при дивизионном лазарете) носильщиками, транспортировка на грунтовых путях — полковыми и дивизионными санитарными повозками и конным санитарным транспортом по принципу «от себя». Оставленные раненых в руках неприятеля считалось в русской армии таким же позором, как потеря пушек.

Русско-японская война вошла в историю как первая война так называемого машинного периода, когда с появлением пулеметов резко возросла плотность огня на переднем крае и, соответственно, увеличилось количество огнестрельных ранений.

Следует подчеркнуть, что в ходе войны впервые широкое распространение приобрела само- и взаимопомощь прежде всего потому, что все строевые воинские чины согласно приказу по военному ведомству 1904 г. №76 были обеспечены индивидуальными перевязочными пакетами — ИПП. Снабжение ими войск

Приамурского военного округа началось за несколько лет до начала военных действий. Из центральных складов уже к концу 1900 г. в округ поступило около 30 тыс. таких пакетов, и это впоследствии облегчило снабжение ими действующих войск.

ИПП периода Русско-японской войны, мало отличающийся от современного, состоял из трех частей: внешней оболочки из коленкорового и прорезиненного чехла серого цвета; внутренней бумажной оболочки; содержимого в виде ватно-марлевых подушек с бинтом. Использовались также ИПП чисто бинтового типа. Носились пакеты в особых карманах, нашитых справа под поясом шаровар. Большинство солдат были обучены правилам пользования ИПП и умели накладывать повязки на полученные раны.

Без преувеличения можно сказать, что массовое применение ИПП на поле боя позволило в годы войны предупредить гибель от кровопотери и последующих осложнений не одной тысячи раненых. Вот оценка ИПП, данная главным хирургом Маньчжурской армии Р.Р. Вреденом: «Им прежде всего следует приписать благоприятное течение ран. Вера в них так велика, что ни один офицер, ни один солдат, отправляясь в бой, не забудет захватить пакет... Весьма важно при этом, что материал не асептический, а антисептический... Недостатком индивидуального пакета является его относительно большой объем» (Рис. 8) [4; 5].

Перед медицинскими работниками войскового звена, а также перед носильщиками ставилась задача быстрее выноса раненых с поля боя в укрытие и доставка их в ближайший передовой перевязочный пункт. К сожалению, для выноса раненых каждый пехотный полк располагал всего 128 носильщиками и 32 носилками. Этих сил и средств всегда не хватало. Кроме того, вынос раненых официально считался возможным только во время боевых пауз, а также при благоприятных условиях, то есть при наступлении темноты и в тумане. Конечно, эта установка не всегда соблюдалась. Движимые желанием как можно быстрее помочь раненым, носильщики работали под огнем и, конечно, несли большие потери. Раненых обычно выносили в ближайшее укрытие, защищенное от ружейно-пулеметного огня. В укрытиях спустя некоторое время собирались группы раненых. Впоследствии такие укрытия стали называть «гнездами раненых».



Рис. 8. Главный хирург Маньчжурской армии Вреден Роман Романович.

Самоотверженность и высокое чувство долга заставляли не только санитаров и фельдшеров, но во многих случаях и врачей оказывать помощь раненым на полях сражений, не дожидаясь «боевых пауз». В подтверждение сказанного приведем текст телеграммы, отправленной генерал-лейтенантом В.С. Сахаровым в Главный штаб: «Не могу умолчать о выдающихся заботах врачей, перевязывавших под жестоким огнем раненых и помогавших даже лично выносить раненых из боя».

Популярный в те годы журналист и военный корреспондент Василий Иванович Немирович-Данченко писал: «Не зная отдыха, студенты наших университетов и Медицинской академии не выходят из боевого огня. В цепи во время сражений перевязывают, подбирают, уносят раненых, не щадя себя, оказываясь истинными героями самоотвержения, великодушия, мужества... Сколько тысяч жизней они сохранили и сохраняют!..».

Дже Евгений Сергеевич Боткин — приват-доценту Военно-медицинской академии, почетному лейб-медику, во время пребывания в действующей армии пришлось проявить себя на поле боя в качестве простого фельдшера. Это случилось в июне 1904 г. во время тяжелого боя под Вафангоу. В своем труде «Свет и тени Русско-японской войны 1904–1905 гг.» Е.С. Боткин вспоминал, что, когда был ранен фельдшер, ему пришлось заменить его: «Я взял его санитарную сумку и пошел на гору, где и сел около носилок... Снаряды продолжали свистеть надо мной... За себя я не боялся. Я был совершенно убежден, что как ни велик риск, которому я подвергался, я не буду убит... Когда сверху раздавался зов: «Носилки!», я бежал наверх с сумкой и двумя санитарями, несшими носилки» (Рис. 9).



Рис. 9. Доктор Е.С. Боткин (в центре) на Русско-японской войне 1904–1905 гг.

Нужно отметить, что штатные носильщики были обучены правилам наложения жгута и имели навыки оказания первой помощи. При выходе на поле боя они кроме носилок снабжались сумкой с перевязочным материалом и жгутом. Носилок всегда не хватало. Они ломались, терялись, оставались при отступлении на поле боя, и их часто приходилось заменять ружьями, на которые натягивали шинели. Обычно в роли носильщиков, вынужденных пользоваться подобным средством, выступали строевые солдаты.

Согласно действовавшему тогда Положению для оказания дальнейшей медицинской помощи раненым с поля боя доставлялись на передовой или полковой перевязочный пункт, располагавшийся в зависимости от обстановки в полуверсте (до полутора версты) от линии огня. Выбиралось место, защищенное сопкой или складкой местности, поблизости от проточной воды. Довольно часто под передовой перевязочный пункт использовались китайские фанзы, особенно в осеннее время и в случае дождей. В летнее время перевязочный пункт нередко располагался прямо под открытым небом.

На расстоянии четырех-шести верст от линии огня устраивались главные перевязочные пункты, роль которых во время больших боев исполняли дивизионные лазареты. Отсюда раненые направлялись уже в полевые подвижные госпитали, а чаще — непосредственно в санитарные поезда для дальнейшего следования в тыл. Объем медицинской помощи на передовых перевязочных пунктах заключался в выполнении перевязок, наложении транспортных шин и производстве иногда неотложных операций по жизненным показаниям. Кроме того, раненые регистрировали и получа-

ли кратковременный отдых и питание. Нередко и этот скромный перечень медицинских услуг полностью не выполнялся. Не всегда удавалось даже установить личность тяжелораненого, находившегося в бессознательном состоянии.

Что касается оперативных вмешательств, то выполнение их предполагалось лишь на главном перевязочном пункте. По мнению доктора М.Г. Штейнберга, «единственное назначение перевязочного пункта заключается в подготовке раненых к транспорту. Всякое хирургическое вмешательство на перевязочном пункте не только не показано, а прямо противопоказано. Пределы оперативной деятельности на нем весьма ограничены». Конечно, такие операции, как трахеотомия, ампутация конечности, висящей на кожном лоскуте, или остановка кровотечения перевязкой крупного сосуда, многими врачами выполнялись, но во время переполнения передовых перевязочных пунктов при отступлении не удавалось иногда даже накормить раненых, не то что приступить к операции. Мало того, в боях под Тюренченом и Мукденом некоторые передовые перевязочные пункты вместе с находившимися в них ранеными не смогли покинуть поле боя и оказались в руках противника.

По мнению профессора Р.Р. Вредена, главного хирурга Маньчжурской армии в 1904–1905 гг., ни о каких оперативных вмешательствах без неотложных жизненных показаний на передовых перевязочных пунктах не могло быть и речи. «Задачи современного перевязочного пункта, — писал Р.Р. Вреден, — сводятся к предотвращению инфекции, остановке кровотечения, устранению травматического шока, иммобилизации поврежденных костей и суставов, к сортировке и спешной эвакуации раненых на главный перевязочный пункт, т.е. в дивизионный лазарет или, минуя последний, в ближайший полевой подвижный госпиталь».

Наметившаяся специализация госпиталей в дальнейшем получила широкое распространение и окончательно оправдала себя в годы Первой мировой войны. В войне с Японией госпиталей терапевтического профиля не было, что объяснялось прежде всего сравнительно небольшой заболеваемостью в русской армии. Лишь для инфекционных больных было создано несколько специальных госпиталей.

Русско-японская война по сравнению с предшествовавшими войнами отличалась незначительными заболеваемостью и смертностью от болезней, а

также слабым развитием острозаразных болезней, нигде не давших значительных эпидемий [6]. Сказанное подтверждается и статистическими показателями за период с 9 февраля 1904 г. по 1 января 1906 г. В этот период в армии заболели 13 998 офицеров и 391 912 нижних чинов, умерли из них, соответственно, 229 и 10 233 человека.

По сравнению с реальными возможностями военного ведомства в деле эвакуации больных и раненых, а также оказания им врачебной помощи, снабжения лечебных учреждений личным составом и всем необходимым весьма выгодно отличалось РОКК, призванное всемерно помогать военному ведомству. Созданная вскоре после начала войны Исполнительная комиссия РОКК заявила, что она будет направлять всю деятельность РОКК исключительно на помощь военно-санитарной организации армии, а весь персонал и все материальные склады РОКК послужат в равной степени для пополнения лечебных заведений и операций, как РОКК, так и военного ведомства [7]. По отчетам Главного управления РОКК к 28 июля 1905 г. Красный Крест располагал на Дальнем Востоке 360 врачами (в их числе 11 женщин) и 1487 сестрами милосердия. В помощь врачам было придано 44 студента, а среди санитаров 1433 были наемными и 584 человека — из нижних чинов.

Профессора В.М. Бехтерев и В.Н. Сиротинин взяли на себя подготовку фельдшеров и служителей для работы с душевнобольными на театре войны (Рис. 10). Именно в то время появился термин «военная психиатрия», впервые в специализированную медицинскую помощь была включена психиатрическая помощь душевнобольным воинам [8].

За весь период войны было ранено и контужено 151 944 человека, из них 487 человек (0,3%) скончались на поле боя, 132 322 человека (67,1%) отправлены в лечебные учреждения, 13 710 человек (9%) остались в строю, 5425 человека (3,6%) были взяты в плен. Подавляющее число раненых и убитых приходится на ожесточенные бои второй половины 1904 — первой половины 1905 г. под Ляояном, на реке Шахе, под Сандепу и Мукденом. Только за время этих боев было убито 17 633, ранено и контужено — 106 507 человек.

Представляют немалый интерес также показатели результатов лечения больных, поступивших за время войны в госпитали и лазареты Дальнего Востока [9].

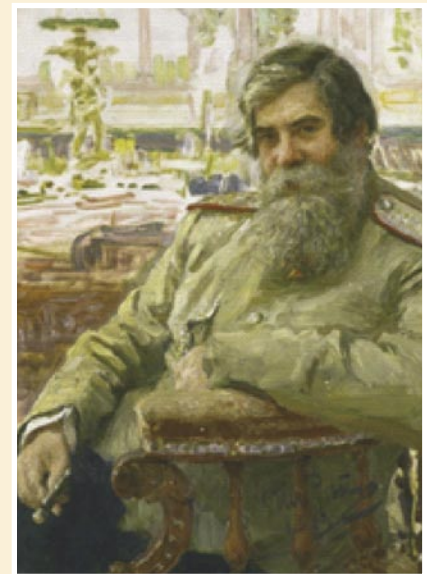


Рис. 10. И.Е. Репин. Портрет Владимира Бехтерева (Русский Музей).

Выздоровело	254 621
Признано инвалидами и уволено	20 108
Умерло в лечебных учреждениях Дальнего Востока	10 462
Эвакуировано в Россию	104 359
Оставались в лечебных учреждениях к 01.01.1906 г.	16 360
Итого:	405 910

Приведенные цифры в сравнении с прошлыми войнами невелики, но они могли бы быть большими, если бы российские медики не проявили высокого профессионализма, чувства долга и ответственности, а порой и героизма, не организовали продуманной системы предупреждения и лечения инфекционных болезней. Следует признать, что в годы Русско-японской войны военные медики и медики РОКК, действуя сообща, в основном справились с поставленной перед ними тяжелой задачей. Вместе с тем в ходе войны был выявлен ряд недостатков, устранение которых позволило в дальнейшем улучшить материальное снабжение лечебных учреждений, серьезно заняться вопросами эвакуации на всех ее этапах, а также значительно повысить роль санитарно-гигиенических и лабораторных исследований в предупреждении и лечении заболеваний военного времени. Организация медицинской помощи в русской армии и на флоте в ту войну стала предтечей к развитию пириоговских идей до теории В.А. Опделя об этапном лечении раненых и больных на театре во-



Рис. 11. Эвакуация раненых на лыжах отрядом Красного Креста во время Русско-японской войны. Постер-гравюра из французского журнала «Le Petit Journal», 1904 г.

енных действий, которая была реализована в двух мировых войнах. Опыт наших предшественников продолжает вызывать интерес не только в Отечестве, но и армиях сравнительно молодых государств [10]. Глубокого уважения и признания потомков заслуживает не только героизм воинов и моряков, но и самоотверженный труд и беззаветная преданность профессиональному долгу тех, кто боролся за жизнь раненых и больных в Русско-японскую войну.

Поражение царской России в этой войне стало следствием глубокого кризиса в системе государственного управления. Пожалуй только медицинское обеспечение русской армии и флота, благодаря беспримерному самопожертвованию всего медицинского состава, оказалось на должной высоте. Критический анализ полученного опыта послужил мощным стимулом к развитию военной медицины. Профессиональный подвиг медиков России вызвал самый широкий резонанс в мировом сообществе. В качестве иллюстрации приводим постер-гравюру, опубликованную в 1904 г. во французском журнале «Le Petit Journal» (из частной коллекции академика Ю.Л. Шевченко) (Рис. 11).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Вересаев В.В. На японской войне. Живая жизнь. Собрание сочинений в 5 томах. — Т.3. — М.: Правда, 1961. — 155 с. [Veresaev V.V. Na yaponskoj vojne. Zhivaya zhizn'. Vol.3. M.: Pravda, 1961. 155 p. (In Russ).]
- Павлов Е.В. На Дальнем Востоке в 1905 году. Из наблюдений во время войны с Японией. — СПб.: Книгопечатня Шмидт, 1907. — 380 с. [Pavlov E.V. Na Dal'nem Vostoke v 1905 godu. Iz nablyudenij vo vremya vojny s Yaponiej. SPb, Knigopечатnya SHmidt, 1907. 380 p. (In Russ).]
- Шевченко Ю.Л., Каганов Б.С. Не от мира сего. — М.: Династия, 2021. — 1104 с. [Shevchenko YU.L., Kaganov B.S. Ne ot mira sego. Moscow: Dinastiya. 2021. 1104 p. (In Russ).]
- Будко А.А., Селиванов Е.Ф. Медицинское обеспечение российских войск во время Русско-японской войны 1904–1905 гг. // Первый госпиталь и военная медицина России: 300 лет служения отечеству. — Т.1. — Кн.2. — М., 2011. — С. 679–698. [Budko AA, Selivanov EF. Medicinskoe obespechenie rossijskih vojsk vo vremya Russko-yaponskoj vojny 1904–1905 gg., Pervyj gospital' i voennaya medicina Rossii: 300 let sluzheniya otechestvu. Moscow. 2011; 2(1): 679–698. (In Russ).]
- Бобрышев Г.О., Бобрышева К.Л. Медицинская помощь раненым и больным военнослужащим русской армии в период Русско-японской войны 1904–1905 гг. // Научные ведомости: Серия История. Политология. — 2016. — №8. — С. 113–118. [Bobryshev GO, Bobrysheva KL. Medicinskaya pomoshch' ranenym i bol'nym voennosluzhashchim russkoj armii v period Russko-yaponskoj vojny 1904–1905 gg. Nauchnye vedomosti: Seriya Istorija. Politologiya. 2016; 8: 113–118. (In Russ).]
- Макичян А.А. Картина заболеваний в русской армии во время Русско-японской войны 1904–1905 гг. // Вестник Московского ун-та. Серия 8. История. — 2015. — №1. — С. 58–65. [Makichyan AA. Range of diseases in the Russian army during the Russo-Japanese War of 1904–1905. Vestn. Moskovskogo unstituta. Seriya 8. Istorija. 2015; 1: 58–65. (In Russ).]
- Рудой Н.А. Деятельность Красного Креста во время Русско-японской войны 1904–1905 гг. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2012. — №6. — С. 59–61. [Rudoiy NA. The activities of the Red Cross society during the Russia Japan War 1904–1905. Problemy social'noj gigieny, zdravooxraneniya i istorii mediciny. 2012; 6: 59–61 (In Russ).]
- Макичян А.А. Организация медицинской помощи душевнобольным воинам во время Русско-японской войны 1904–1905 гг. // Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. — 2014. — №2. — С.23–31. [Makichyan AA. Organization of medical care for the soldiers with mental problems during the Russo-Japanese war, 1904–1905. Gumanitarnye issledovaniya v Vostochnoj Sibiri i na Dal'nem Vostoke. 2014; 2: 23–31. (In Russ).]
- История военной медицины России. XIX — начало XX в. / Под ред. И.Ю. Быкова, В.В. Шаппо. — Т.3. — Изд. 2-е, испр. и доп. — М.: Воениздат, ВММ МО РФ, 2008. — 560 с. [Istoriya voennoj mediciny Rossii. XIX — nachalo XX v. I.YU. Bykov, V.V. SHappo, editors. M.: Voenizdat, VMM MO RF, 2008. 560 p. (In Russ).]
- Болтабаев С.А. Особенности медицинского обеспечения Русско-японской войны 1904–1905 гг. // Медицинский журнал Западного Казахстана. — 2012. — №2. — С.112–114. [Boltabaev SA. Osobennosti medicinskogo obespecheniya Russko-yaponskoj vojny 1904–1905 gg. Medicinskij zhurnal Zapadnogo Kazahstana. 2012; 2: 112–114. (In Russ).]