



© С.В.КУЛЬНЕВ, О.А.КРЮЧКОВ, 2018  
УДК [614.25:355](091)

## Становление военно-госпитальной системы в России в первой трети XIX века

КУЛЬНЕВ С.В., доцент, полковник медицинской службы (otdel.npknir@mail.ru)  
КРЮЧКОВ О.А., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

*Статья посвящена развитию госпитального дела в Русской армии в первой трети XIX в. Отражены основные направления по реформированию военных госпиталей, отмечен качественный переход от системы «лечения раненых на месте» к эвакуационной системе, потребовавший разработки новых типов госпиталей и новых принципов их применения. Указаны предпосылки и рассмотрен процесс появления первых в отечественной истории штатных постоянных военных госпиталей на театре военных действий.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** эвакуационная система обслуживания раненых и больных, временный военный госпиталь, система военных госпиталей, штатный военный госпиталь, реформирование военно-госпитальной системы.

*Kulnev S.V., Kryuchkov O.A. – Formation of the military hospital system in Russia in the first third of the XIX century. The article is devoted to the development of the hospital business in the Russian army in the first third of the XIX century. The main directions for reforming military hospitals are reflected, the qualitative transition from the system of «treating wounded in situ» to the evacuation system was noted, which required the development of new types of hospitals and new principles for their application. The preconditions are indicated and the process of the appearance of permanent military hospitals in the theater of military operations, the first in the history of the nation, is considered.*

**К е у о р д s:** evacuation system for servicing the wounded and sick, temporary military hospital, the system of military hospitals, the state military state hospital, the reform of the military hospital system.

Начало XIX в. для России ознаменовалось рядом коренных преобразований во многих областях государственного и военного устройства, непосредственным образом сказавшихся как на развитии военной медицины в целом, так и на совершенствовании военно-госпитального дела.

К этому времени в стране был накоплен богатый опыт организации и использования военных госпиталей – только за три десятилетия, предшествовавшие девятнадцатому столетию, Россия участвовала в семи войнах<sup>1</sup>. В первой трети XIX в. войны продолжались почти без перерыва: к концу рассматриваемого периода Россия либо закончила, либо

вела девять войн<sup>2</sup> [6]. Вместе с тем одно лишь наличие практического опыта не могло улучшить медицинское обеспечение войск, находившееся и так далеко не в идеальном состоянии. Накопилось множество системных недостатков, прежде всего организационного плана, необходимость проведения реформ стала не только очевидной, но и неизбежной. Остановимся несколько подробнее на предпосылках к ним.

В связи с учреждением министерств (1802) Медицинская коллегия потеряла свою самостоятельность и в качестве структурного подразделения была введе-

<sup>1</sup>В последней трети XVIII в. Россия вела войны с Турцией (1768–1774, 1787–1791), Польшей (1768–1772, 1792, 1794), Швецией (1788–1790) и Францией (1799).

<sup>2</sup>В первой трети XIX в. Россия участвовала в войнах с Францией (1805–1807, 1812–1814), Персией (1803–1813, 1826–1828), Турцией (1806–1812, 1828–1829), Швецией (1808–1809), в походе в Австрию (1809), в Кавказской войне (1817–1869).



Таблица 1

**Обеспеченность врачскими кадрами Русской армии и флота в начале XIX в. [3, 7, 16]**

Год	Численность врачей в Российской империи	Численность врачей, состоящих на службе в армии	Численность армии, тыс.
1803	1627	506	180
1812	2776	850	597

на в Министерство внутренних дел, в рамках которого сосредотачивается управление как военной, так и гражданской медициной. При этом система подчиненности военно-медицинских чинов и военно-медицинских учреждений становилась все более сложной и запутанной.

Весьма наглядно сложившуюся ситуацию охарактеризовал в своем докладе императору Александру I министр внутренних дел граф В.П.Кочубей: «При умножении властей служба терпит ущерб... лечебные средства для пользования военных больных находятся в ведении Министерства внутренних дел... помещения больных в госпиталях и лазаретах, одежда, пища и т. д. в ведении Военного министерства. Управление всеми медицинскими делами по военной части возложено на врачебные управы, а места сии от воинского начальства ни мало не зависят и быв привязаны к гражданской части, принадлежат по всем делам к Министерству внутренних дел... Разделение управляющей власти... есть причина несообразностей в следствиях, повод к вредным несогласиям и неповиновениям, к медленностям и запутанностям» [1].

В 1805 г. военная медицина юридически и организационно была отделена от гражданской, а управление возложено на медицинскую экспедицию Министерства военно-сухопутных сил<sup>3</sup>. Это хотя и не ликвидировало полностью, но все же несколько сократило многовластие в военной медицине. Теперь учреждением, расформированием, снабжением госпиталей и лазаретов по большей части занимались департаменты одного министерства — военного [6]. Главный врач госпиталя не обладал достаточной полнотой власти даже при решении специальных медицинских вопросов.

<sup>3</sup>В 1812 г. Министерство военно-сухопутных сил преобразовано в Военное министерство, а экспедиции в департаменты, среди которых был и медицинский.

Непосредственное управление постоянными госпиталями осуществлялось Комиссариатским департаментом Военного министерства через институт военных инспекторов, предложенный еще в 1755 г. директором Медицинской канцелярии П.З.Кондоиди [6, 15].

Целью привлечения к руководству госпиталями строевых офицеров было прекратить беспорядки и хищения в них. Непродолжительное время так и было, но потом все вернулось «на круги своя». В дальнейшем П.З.Кондоиди сожалел о принятом им решении, но подобная практика руководства госпиталями пережила его более чем на полтора столетия.

Низкая обеспеченность армии врачскими кадрами являлась проблемным вопросом на протяжении XVIII—XIX вв. — комплект иногда достигал 30% [16]. Таким образом, в войнах 1805—1807 гг. в Русской армии один врач приходился на 355 человек личного состава, а к Отечественной войне 1812 г. это соотношение изменилось в худшую сторону — один врач на 702 солдата и офицера (табл. 1).

Другим важным моментом в цепи проводимых реформ стал переход армии к дивизионной системе комплектования. В целях повышения управляемости дивизий в бою было решено объединить составляющие их полки в бригады. К 1812 г. сложилась следующая система: дивизия имела в своем составе 3 бригады двухполкового состава, 2 дивизии составляли корпус. Таким образом, 850 врачей должны были осуществлять медицинское обеспечение армии, состоящей из 14 корпусов [4, 7].

Поэтому, несмотря на положительную динамику роста количества посто-



янных военных госпиталей штатная численность врачебного персонала в них была явно недостаточной.

Например, по штату 1805 г. в одном из самых крупных госпиталей Российской империи – Санкт-Петербургском генеральном сухопутном госпитале, рассчитанном на 1,5 тыс. коек, полагалось иметь 11 врачей (без учета среднего и младшего медицинского персонала) [3, 6, 11].

Следует отметить, что до настоящего времени нет однозначного ответа на вопрос – сколько на рубеже XVIII–XIX вв. в России имелось постоянных госпиталей. В ходе анализа доступных источников удалось выявить несколько цифр (табл. 2). По нашему мнению, более достоверная информация представлена в трудах С.И.Езерского и В.С.Кручек-Голубова [8, 10].

Различия в количестве госпиталей в трудах разных авторов объясняются целым рядом причин. Среди них, в частности, неустоявшаяся терминология, согласно которой госпиталем могло называться не только военно-лечебное учреждение, но и гражданская больница, богадельня, приют для подкидышей и т. п. В заблуждение авторов мог ввести и тот факт, что по официальным документам полагалось иметь определенное количество госпиталей, но в действительности к их постройке к началу XIX в. еще не приступили. Также не исключена возможность, что в источники могла закрасться ошибка при подсчетах, связанная с общим учетом как временных, так и постоянных военных госпиталей. Но каковы бы ни были различия в цифрах, повлиять на тенденцию увеличения количества постоянных военных госпиталей в первой четверти XIX в. они не могут.

Интересен тот факт, что при организации пограничных госпиталей накануне войны с Францией (1805–1807) за основу составления их штатного расписания бралось таковое Санкт-Петербур-

Таблица 2

**Количество постоянных госпиталей в России на рубеже XVIII–XIX вв. (по данным разных авторов)**

Авторы, год	Количество постоянных госпиталей
В.С.Кручек-Голубов, Н.И.Кульбин, 1902 [10]	9
С.И.Езерский, М.А.Козырев, 1902 [8]	12
П.Ф.Гладких, А.Е.Локтев, 2000 [6]	24
П.Розанов, О.Эпштейн, 1947 [15]	30

бургского генерального сухопутного госпиталя [12]. Расчет необходимого количества медицинского персонала производился не столько в зависимости от штатной коечной емкости, сколько от фактического или ожидаемого количества больных. При этом исходили из правила, что больные составят 10% от численного состава действующей армии, а количество раненых рассчитать невозможно. К началу XIX в. возраст этой методики уже приближался к вековому и не соответствовал существовавшим реалиям.

Изменилась и тактика ведения боевых действий. Наравне с численностью армии увеличилась ее мобильность, значительно расширилась территория, на которой действовали войска. Все вышеперечисленное побудило начать переход от системы лечения раненых «на месте», практиковавшейся в XVI–XVIII вв., к эвакуационной системе. Для этого требовались военно-лечебные учреждения совершенно нового типа и новые принципы их применения.

В истории события не случаются самопроизвольно. Путь проб и ошибок нередко предшествует моменту, когда происходит кардинальный скачок, который в дальнейшем считается поворотным моментом. Данный постулат вполне применим и к развитию военно-госпитального дела.

Действительно, после периода некоторой стагнации в теории и практике применения госпиталей на театре военных действий, в начале XIX в. издается ряд документов, носивших прогрессивный



характер. К ним относится «Положение о подвижном корпусном госпитале» (1805), в котором впервые нашли отражение принципы зарождающейся эвакуационной системы медицинского обеспечения армии. В частности, предписывалось в случае войны переформировывать полковые лазареты, которые в мирное время размещались в жилых помещениях (на зимних квартирах) или палатках (в полевых лагерях), в лазаретные обозы. Лазаретный обоз — это медицинское, хозяйственное имущество, медицинский персонал и транспорт, предназначенные для оказания медицинской помощи раненым и больным пехотного или кавалерийского корпуса. При составлении обоза, а фактически импровизированного госпиталя,  $\frac{1}{3}$  имущества и персонала полковых лазаретов оставалась при батальонах, а оставшиеся  $\frac{2}{3}$  выделялись в состав обоза. Таким образом, лазаретный обоз, которому предписывалось следовать «в 2–3 часах пути» позади корпуса (6–12 км), включал в себя почти весь медицинский персонал полков. В случае передвижения корпуса несколькими колоннами лазаретный обоз разделялся по числу колонн. Задачами лазаретного обоза было оказание неотложной медицинской помощи, а также сортировка раненых на две категории: 1-я — легкокораненные (больные) и нетранспортабельные, которые подлежали лечению в самом обозе и 2-я — подлежащие эвакуации в корпусной госпиталь, следовавший на расстоянии 100–200 верст от корпуса. Эвакуация из лазаретного обоза осуществлялась по принципу «от себя» [6, 7].

Если не брать в расчет походного госпиталя, предложенного П.З.Кондоиди в 1738 г., который почти не применялся на практике, создание лазаретных обозов и корпусных подвижных госпиталей можно считать первым реальным шагом на пути к формированию системы эвакуации раненых и больных в ходе ведения боевых действий.

В полной мере такая система в Русской армии была введена «Положением о порядке в учреждении в заграничных армиях госпиталей» (1807). По нему предусматривалось образование временных госпиталей в армиях, действующих на

территории противника, которые в зависимости от удаленности от передовых позиций подразделялись на три типа: перволинейные, второлинейные и третьелинейные. В «Положении...» 1807 г. были четко определены категории раненых и больных для каждого типа госпиталей. Так, в перволинейных оставались легкокораненные и нетранспортабельные. Во второлинейных — раненые и больные, требующие более длительного лечения, но перспективные для возвращения в строй. Третьелинейные госпитали были наиболее удалены от театра военных действий. В них предполагалось лечить контингент, который по выздоровлении либо будет не годен к несению воинской службы, либо годен, но с ограничениями [7, 16]. По сути это было дальнейшее развитие идей П.З.Кондоиди, высказанных еще в середине XVIII в., но творчески переработанных. Впервые в истории отечественной военной медицины появилось четкое разделение военно-полевых госпиталей на виды, определены принципы сортировки и системы эвакуации раненых (больных). Следует сразу оговориться, что в рассматриваемый период понятия «военно-полевой госпиталь» не существовало, хотя по сути все рассмотренные выше временные госпитали являлись таковыми.

Следующим шагом в развитии военно-госпитальной системы стало издание в 1812 г. «Положения для временных военных госпиталей при Большой действующей армии». О важности этого документа свидетельствует тот факт, что он являлся разделом «Учреждения для управления Большой действующей армией», в котором были отражены все аспекты боевой и тыловой деятельности войск. В этом документе типы госпиталей, организация их работы и порядок применения были освещены значительно полнее, чем в «Положении...» 1807 г. Так, в нем устанавливалось наличие в армии развозных, подвижных и главных временных госпиталей. В данном контексте особое внимание следует обратить на развозные госпитали, введение которых являлось новаторским решением. Задача таких госпиталей была проста — следовать за боевыми порядками,



оказывать первую медицинскую помощь и эвакуировать раненых (больных) в подвижные госпитали. В этом они мало отличались от лазаретных обозов 1805 г., новым было другое — организация их работы, позволявшая значительно расширить возможности медицинских начальников по маневру силами и средствами. Например, отделения развозных госпиталей должны были располагаться так, чтобы «по первому приказу соединиться для совокупной помощи какому-либо войску... из сего соединения должны быть готовы разделиться и переходить к центру и крыльям армии таким образом, чтобы всегда могли в случае нужды опять соединиться» [14, 15]. Каждый развозной госпиталь был закреплен за конкретным подвижным госпиталем, и эвакуация велась только в него по принципу «от себя».

Количество подвижных госпиталей зависело от численности войск и определялось главнокомандующим армией. На один пехотный (кавалерийский) корпус полагался один такой госпиталь, его отделения могли располагаться как в одну линию, так и в три. При этом удаленные подвижные госпитали первой линии от развозных не должны были превышать 15 верст. Для размещения таких госпиталей предлагалось использовать стационарные здания и только при их отсутствии палатки. Считалось, что раненый не должен задерживаться в подвижном госпитале более чем на одни сутки. Как и все временные госпитали, установленного штата они не имели и комплектовались, как правило, медицинским персоналом резервных полков. С современной точки зрения это, возможно, выглядит нерациональным, но для того времени, при огромном некомплекте врачебного персонала, решение было наиболее оптимальным.

Главные временные госпитали располагались в тылу армии и предназначались для приема всех раненых и больных, выдержавших цепочку эвакуации с передовой через сеть отделений подвижных госпиталей. Число таких госпиталей определялось военным министром.

Несмотря на прогрессивный характер «Положения...», оно не было

лишено недостатков. Причиной являлся тот факт, что в его составлении не принимали участия медики, а рапорт главного военно-медицинского инспектора Я.В.Виллие с просьбой разрешить внести изменения в данный нормативный акт остался без ответа. Среди недостатков он отмечал такие, как отсутствие указаний об организации работы приемных покоев госпиталей, деление медицинского персонала на медиков и хирургов, отсутствие четко определенных условий для «удобнейшего лечения больных и раненых в госпиталях» и др. Виллие указывал, что емкость госпиталей никогда не должна превышать одной тысячи коек. Впрочем, накануне сражения под Смоленском (июль 1812 г.) было утверждено «Положение о развозных и подвижных госпиталях армии», разработанное главным военно-медицинским инспектором армии, которое отчасти исправляло некоторые упущения в «Положении для временных военных госпиталей при Большой действующей армии» [2, 14, 15].

Стройно изложенная на бумаге, первая в истории лечебно-эвакуационная система Русской армии в полной мере так и не была реализована. Подвижные госпитали учреждались далеко не при каждом корпусе, а только при тех, которые действовали на изолированных направлениях, главные временные госпитали зачастую организовывались хаотично в местах массового скопления раненых и незаблаговременно [5]. В ходе заграничного похода Русской армии 1813–1815 гг. было принято решение отказаться от развозных госпиталей в надежде на развитую европейскую инфраструктуру, что в дальнейшем признали серьезной ошибкой.

Вместе с тем, при всех недостатках в медицинском обеспечении Русской армии в ходе войны 1812–1815 гг., из госпиталей в строй было возвращено в среднем 60% вылеченных раненых и больных, а для отдельных категорий лечебных учреждений этот показатель достигал 77%. Летальность в госпиталях колебалась в пределах от 7% до 17% [6].

Подводя промежуточный итог, можно прийти к выводу, что основным недостатком военно-госпитальной системы



Таблица 3

**Войсковые лечебные учреждения согласно «Положению для военных госпиталей и полковых лазаретов» (1816 г.) [13]**

Воинское соединение (часть, подразделение)		Лечебное учреждение (подразделение)			
		Госпиталь I класса (150 коек)	Госпиталь II класса (300 коек)	Госпиталь III класса (600 коек)	Полковой лазарет
Корпус	Пехотный				
	Кавалерийский				
Дивизия	Пехотная				
	Кавалерийская				
Полк	Пехотный				84 койки
	Кавалерийский				42 койки
Саперный батальон					28 коек
Пионерный батальон					28 коек
Артиллерийская рота					7 коек

Русской армии в начале XIX в. было отсутствие штатных подвижных госпитальных учреждений. Действительно, все типы госпиталей на театре военных действий носили временный характер, учреждались от случая к случаю и не имели штатного медицинского персонала. По воспоминаниям Ф.К.Затлера, «определятельных правил о военно-временных и подвижных госпиталях в военное время еще не существовало и учреждение их, равно как содержание больных, зависело до 1812 г. совершенно от главнокомандующих, которые применялись в этом отношении к утвержденному в 1735 г. генеральному регламенту о госпиталях» [9].

Данный недостаток был устранен в результате принятия в марте 1816 г. «Положения для военных госпиталей и полковых лазаретов». Аргументируя необходимость такой реформы, Я.В.Виллие писал начальнику Генерального штаба: «Госпитальная часть остается донныне в беспорядке, а часть сия весьма важна для армии, ибо она при надлежащем устройстве сохраняет для нее две важные вещи — людей и деньги» [11].

Именно с 1816 г. в Русской армии появляются штатные полевые подвижные госпитали (впрочем, временные госпитали также сохраняются). В дивизии и корпусе предписывалось иметь по штатному

госпиталю, все госпитали в зависимости от коечной емкости делились на три класса (табл. 3)<sup>4</sup>. При этом если в пункте постоянной дислокации дивизии уже имелся непрременный (постоянный) госпиталь, то дивизионный госпиталь не учреждался [13].

Коечная емкость госпиталей, указанная в табл. 3, определялась только на военное время, в мирное время она сокращалась вдвое.

В документе определялись общие показания к переводу раненых (больных) из одного лечебного учреждения в другое. Так, из полкового лазарета в дивизионный госпиталь пациенты переводились в случае увеличения их количества, значительно превышавшего штатные возможности лазарета и при невозможности вылечить конкретное заболевание (ранение, травму) своими силами. Из дивизионного госпиталя в корпусной переводили, если требовался длительный срок лечения или, опять же, если госпиталь был перегружен.

Госпитали были рассчитаны на лечение в первую очередь нижних чинов. Офицер тоже мог лечиться стационарно,

<sup>4</sup>Примечательно, что в тексте самого указа о введении в действие «Положения...» упоминается только три класса госпиталей, а в приложении к указу (штаты и табели) определено шесть классов госпиталей с коечной емкостью от 100 до 2,5 тыс. коек [3, 11].



но по желанию и только если в госпитале были предусмотрены палаты, соответствующие его чину. Во избежание злоупотреблений при лечении в госпитале офицерам запрещалось заменять порционное питание денежной компенсацией [13]. Также чины военного ведомства имели право лечиться в гражданских лечебных учреждениях, для этих целей в 1826 г. в них было зарезервировано 4079 коек [6].

Помимо прикрепленного контингента, в дивизионные и корпусные госпитали принимались заболевшие из следовавших мимо команд, рекрутских партий и личного состава внутренней стражи.

Еще одной прогрессивной чертой «Положения...» 1816 г. являлось то, что впервые юридически закреплялась обязательность создания неприкосновенных запасов для формирования в военное время подвижных госпиталей.

Однако все благие начинания были перечеркнуты в 1823 г. высочайшим повелением, в соответствии с которым под предлогом сокращения вооруженных сил все подвижные дивизионные и корпусные госпитали ликвидировались. Подоплека этого решения заключалась в банальном желании сэкономить денежные средства. К 1826 г. в Русской армии одна госпитальная койка приходилась примерно на 40 военнослужащих, что при высокой заболеваемости было явно недостаточным [16].

В 1828 г. вновь вернулись к вопросу регламентации деятельности постоянных военных госпиталей. В «Уставе о непрменных военных госпиталях» предусматривалось их деление на шесть классов в зависимости от коечной емкости (табл. 4).

Следующим этапом в развитии системы военных госпиталей стало издание «Правил об учреждении подвижных и военно-временных госпиталей» (1829). Ставшие уже архаичными развозные госпитали заменялись подвижными с более простой и вместе с тем подвижной структурой, четко утвержденным штатом персонала. На каждый корпус полагался один подвижный госпиталь, рассчитанный на прием 200 раненых (больных).

При таком госпитале находился резерв перевязочных материалов и медикаментов для довольствия полковых лазаретов «в случаях не терпящих промедления» [11]. Также в состав госпиталя входил санитарный транспорт, состоящий из 50 конных лазаретных линеек, каждая из которых вмещала по 2 носилочных раненых [5, 16]. Транспорт предназначался для эвакуации раненых и больных в полевые временные госпитали, которые по сути и порядку применения ничем не отличались от подвижных госпиталей 1812 года.

Относительным нововведением было и то, что впервые в официальном порядке при главной квартире армии стал содержаться резервный подвижный госпиталь, предназначавшийся для обеспечения корпусов, действующих на изолированных направлениях.

В то же время система управления госпиталями становилась еще более запутанной, что не могло не сказаться на качестве медицинского обеспечения войск. Красивые на бумаге временные полевые госпитали в действительности представляли собой передвижной склад медицинского имущества, за счет которого могли развешиваться госпитали, по штату и оснащению весьма далекие от предписанных в руководящих документах. Ярким примером тому служит провал медицинского обеспечения в ходе Русско-турецкой войны 1828–1829 гг., когда заболеваемость в армии

Таблица 4

**Деление постоянных военных госпиталей на классы в соответствии с «Уставом о непрменных военных госпиталях» 1828 г. [4, 6, 16]**

Класс	Количество		
	штатных мест	запасных мест	офицерских мест
I	100	50	10
II	250	50	10
III	500	100	10
IV	1000	200	20
V	1500	300	40
VI	2000	500	50



достигала 49,3%, а смертность от болезней — 10% [16]. Госпитальная сеть на театре военных действий была обширна, но сильно рассредоточена по территории. Как результат — эвакуация раненых и больных проводилась на огромные расстояния, что потребовало привлечения дополнительных сил и средств для развертывания этапных лазаретов. Одним из немногих положительных моментов в ходе этой войны стало создание первого в отечественной истории подвижного инфекционного госпиталя (подвижного карантинного при одном из госпиталей).

Таким образом, в первой трети XIX в. происходит процесс реформирования военно-госпитальной системы в Русской армии. Основное направление реформ — обеспечение своевременной медицинской помощью раненых (больных) и организация их эвакуации в тыл.

Учитывая изменившийся характер ведения боевых действий, пристальное внимание при формировании госпиталей стало уделяться их мобильности и, гово-

ря современным языком, «модульному построению». Такой подход был особенно характерен при создании развозных госпиталей в 1812 г., он повысил управляемость медицинской службой и расширил возможности медицинских начальников по маневру силами и средствами.

В начале XIX в. предпринимались только первые шаги по совершенствованию госпитальной системы в армии, серьезной проблемой оставалась многоведомственность в управлении госпиталями. Долгое время оставался нерешенным вопрос наличия в войсках штатных медицинских учреждений, при попытках их введения они продолжали существовать параллельно с временными, зачастую постепенно трансформируясь в них. Вместе с тем «Положение для военных госпиталей и полковых лазаретов» 1816 г., заложившее основы формирования штатных полевых медицинских учреждений, явилось значимой вехой в истории отечественного военно-госпитального дела.

## Литература

1. *Алелеков А.Н.* История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России. К 200-летию его юбилею. 1707—1907 гг. — М., 1907. — 720 с.
2. *Будко А.А., Бринюк Н.Ю., Журавлев Д.А.* Военная медицина России перед Отечественной войной 1812 года // Материалы XVII междунар. науч. конф. «Отечественная война 1812 г. Источники. Памятники. Проблемы». — Можайск, 2012. — С. 209—224.
3. *Будко А.А., Быков И.Ю., Селиванов Е.Ф.* и др. История военной медицины России. — Т. 3. — М.: Воен. изд-во., 2008. — 560 с.
4. *Воробей С.В.* Из истории российской военной медицины. — М., 2007. — 120 с.
5. *Георгиевский А.С.* Исторический очерк развития медицинской службы армейских объединений. — Л.: ВМОЛА им. С.М.Кирова, 1955. — 221 с.
6. *Гладких П.Ф., Локтев А.Е.* Военно-госпитальное дело в России. 1608—1917 гг. — Екатеринбург, 2000. — 214 с.
7. *Гладких П.Ф., Крючков О.А.* Очерки истории отечественной военной медицины. Медицинская служба Русской армии. 1689—1852 гг. — СПб: Петрополис, 2009. — 280 с.

8. *Езерский С.И., Козырев М.А.* Столетие военного министерства. 1802—1902. Главный военно-санитарный комитет. Исторический очерк. — СПб, 1902. — 275 с.
9. *Затлер Ф.К.* О госпиталях в военное время. — СПб, 1861. — 522 с.
10. *Кручек-Голубов В.С., Кульбин Н.И.* Столетие военного министерства. 1802—1902. Главное военно-медицинское управление. Исторический очерк. — СПб, 1902. — 306 с.
11. *Кульбин Н.И.* Столетие Военного министерства. 1802—1902. — СПб, 1909. — Т. VIII, Ч. 3. — 161 с.
12. *Маслинковский Т.И.* Медицинское обеспечение Русской армии в войну с Францией 1805 г. — М.: ЦИУВ, 1954. — 92 с.
13. Полное собрание законов Российской империи (1). — Т. 33. — № 26 219.
14. Положение для временных военных госпиталей при Большой действующей армии. — СПб, 1812. — С. 493—566.
15. *Розанов П., Эпштейн О.* Госпиталь военный // Энциклопедический словарь военной медицины. — М.: Госмедиздат, 1947. — Т. 2. — С. 152—175.
16. *Семека С.* Медицина военная // Энциклопедический словарь военной медицины. — М.: Госмедиздат, 1948. — Т. 3. — С. 714—915.