



10. Милковский А.И. Автомобильные перевозки по опыту Западного фронта империалистической войны 1914–1918 гг. – М.: Изд. Воен. акад. механизации и моторизации РККА им. т. Сталина, 1934. – С. 4.

11. Мировая война в цифрах / Ред. Д. Митяев и Р. Разумова. – М.–Л.: Госвоениздат, 1934. – С. 22.

12. Потираловский П.П. Полевой санитарный персонал и полевые санитарные учреждения главнейших европейских армий. Россия, Германия, Австрия, Франция, Италия. – СПб: Типография В.А.Березовского, 1904. – С. 14.

13. Россия в Мировой войне 1914–1918 гг. (в цифрах). – М.: ЦСУ, 1925. – С. 17.

14. Санитарная служба армии Соединенных Штатов Америки в мировую войну / Сост. бригадой преподавателей ВМА РККА им. С.М.Кирова под ред. И.М. Тальмана. – М.: Воениздат, 1939. – С. 66–69.

15. Смоляров И. Санитарная служба английской армии в мировую войну 1914–1918 гг. – М.: Воениздат, 1940. – С. 102–111, 116, 212–239.

16. Солнцева С.А. Военный плен в годы Первой мировой войны (новые факты) // Вопросы истории. – 2000. – № 4–5. – С. 100.

17. Строчков А.А. Вооруженные силы и военное искусство в Первой мировой войне. – М.: Воениздат, 1974. – С. 156.

18. Чигарева Н.Г., Будко А.А. Боевые отравляющие вещества и защита от них в Первую мировую войну // Война и оружие. Новые исследования и материалы: Тр. Второй междунар. науч.-практ. конф. 18–20 мая 2011 г. – СПб: Воен.-истор. музей артиллерии, инженерных войск и войск связи МО РФ, 2011. – С. 521–532.

19. Шейнус В.Н. Хирургическая помощь во французской армии в мировую войну 1914–1918 гг. – М.: Воениздат, 1938. – С. 6, 18, 42, 46–47.

20. Johoson Lucius W., capt. The Military Surgeon. Госпитальные суда в мировой войне, уроки, которые следует извлечь из их опыта: Пер. с англ. В.В.Домбровского // Переводы и рефераты иностранной литературы по вопросам организации и тактики санитарной службы армии и флота. – Л.: Воен.-морская мед. акад., 1945. – С. 13–20.

21. Laparra J.-C., Hesse P. Les chemins de la souffrance Le Service de sante allemand. Saint-Mihiel – Hauts-de-Meuse – Woivre – Metz, 1914–1918. – Louviers: Ysec, 2004. – 110 p.

© В.А.СОКОЛОВ, И.В.ВАРФОЛОМЕЕВ, 2018
УДК [614.888:355](091)

Транспортные средства для эвакуации раненых и больных в войнах XIX века

СОКОЛОВ В.А., доцент, полковник медицинской службы запаса (vsokolov60@mail.ru)
ВАРФОЛОМЕЕВ И.В., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы

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

Скорейшая доставка раненых и больных во время военных кампаний в военно-медицинские организации является одним из важнейших факторов спасения их жизни, возвращения в строй, поддержания боевой мощи армии. На основе анализа официальных отчетов, научных трудов и воспоминаний участников войн XIX в. выполнен критический анализ применения различных технических средств, которые были использованы в то время для решения этой сложной проблемы. Авторами подчеркнута значимость технического прогресса, результаты поиска и использования новых для того времени транспортных средств для повышения эффективности этапного лечения. Приведен разнообразный статистический материал. Дается информация об участии представителей военно-медицинских служб различных армий и Красного Креста в сопровождении санитарных конвоев, обобщен опыт отечественных специалистов в решении возникавших практических задач.

К л ю ч е в ы е с л о в а: войны XIX века, история военной медицины, военно-медицинская служба, раненые и больные, этапное лечение, организация эвакуации, Красный Крест, транспортные средства.

Sokolov V.A., Varfolomeev I.V. – Evacuation vehicles for the wounded and sick in wars of the XIX century. The prompt delivery of the wounded and sick during military companies to military medical organizations is one of the most important factors in saving their lives, returning to service as soon as possible, and maintaining the army's fighting strength. Based on the analysis of official reports, scientific works and memoirs of participants in the wars of the XIX century. a critical analysis of the application of various technical means that were used at that time to solve this complex problem was carried out. The authors underlined the importance of technical progress, the results of the search and use of new vehicles for that time to improve the effectiveness of step-wise treatment. A variety of statistical material is given. Information is provided on the participation of representatives of military medical services of various armies and the Red Cross accompanied by sanitary convoys. Generalized the experience of domestic specialists in solving practical problems that arose in the solution of the topic under consideration.

К е у о р д с: wars of the XIX century, history of military medicine, military medical service, wounded and sick, stage treatment, organization of evacuation, the Red Cross, vehicles.



Опыт проведения крупных военных кампаний, накопленный к середине XIX в., свидетельствовал, что для спасения жизни раненых и больных необходима их скорейшая эвакуация с мест сражений в медицинские учреждения. Это требовалось сделать не только для оказания им необходимой помощи, предотвращения их сосредоточения в одном месте, но и для освобождения тылов действующей армии от большого числа госпиталей, снижавших ее мобильность [1, 8]. Для этих целей использовали транспортные гужевые повозки, телеги, обывательские и интендантские подводы, легкие или тяжелые линейные экипажи, имевшиеся в штате дивизионных госпиталей некоторых армий и т. д. [3]. Были сконструированы специальные «летучие лазареты» — *ambulances volants*, предложенные первоначально Пьером-Франсуа Перси и широко внедренные в армии Наполеона ее главным хирургом Ж.Д.Ларреем. Считалось, что с их помощью можно будет быстро добраться до поля боя, собрать раненых и в полевом госпитале оказать им необходимую помощь. Однако великий русский хирург Н.И.Пирогов не случайно характеризовал применение подобных средств в реальном бою как «лишнее врачебное геройство» [8].

Если для транспортировки с мест сражений на перевязочные пункты, пусть редко, но все же использовались одноконные повозки, то на очередном этапе эвакуации применялись телеги, запряженные уже 2–4 лошадьми [7]. Последующий путь пострадавших на длительные расстояния, по разбитым грунтовыми дорогам, причинял им боль и страдания от сотрясений и ударов в те минуты, когда колеса попадали на неровности проезжей части. Да и сами повозки от тяжелого груза, продолжительного движения, технического износа и т. д. часто ломались [12]. Кроме того, применение даже усовершенствованных конструкций (барона Монди), в которых раненые располагались на специально закрепленных в несколько ярусов носилках, не позволяло перевезти в одной повозке более 2–6–8 человек [7].

Скорость, с которой двигалась санитарная колонна, была медленной. Опи-

сано множество случаев, когда раненые по 7–8 дней, а иногда и значительно дольше, находились в пути, при этом им не оказывалась какая-либо медицинская помощь, включая смену повязки, наложенной еще на поле боя [2].

Для небольшого числа врачей и фельдшеров, сопровождавших многокилометровую вереницу подвод, наблюдение за состоянием эвакуируемых, проведение им каких-либо медицинских манипуляций во время движения становились сложной организационной проблемой [8, 13]. Привлечение в роли возниц большого числа рядового состава, а в качестве движущей силы — лошадей снижало численность и боевую мощь стрелковых и кавалерийских подразделений, мобильность артиллерийских батарей. Не следует забывать, что отдых, питание людей и животных требовали значительного количества продуктов и фуража, продолжительных по времени остановок. В итоге среднесуточная скорость передвижения санитарного обоза была невысокой, а время доставки раненых в лечебное учреждение — весьма продолжительным.

Свою негативную роль играли и неблагоприятные климатические условия. Сильные морозы стали одной из причин массовой гибели раненых армии Наполеона, которые замерзали в телегах и санях во время отступления осенью–зимой из России в 1812 году [20]. Очевидно, что вышеуказанные факторы способствовали высокой летальности пострадавших в бою и больных военнослужащих на этапах эвакуации.

Тем не менее данный вид транспорта оставался в течение многих веков основным для перемещения раненых и больных [16]. Однако шел постоянный процесс модернизации конструкций, а также поиска и внедрения новых технических решений для соответствия существующим в то время требованиям. Например, повозки, создаваемые для военно-санитарных целей должны были быть прочными и нетяжелыми, легко поворачиваться, иметь прочный и вместительный корпус, позволяющий перевозить как сидящих, так и лежащих пациентов, выгружать раненого на тех же носилках, на



которых он лежал первоначально, иметь место для перевозки личных вещей и приспособления для крепления личного оружия [7]. Для плавности хода и снижения силы ударов во время движения, корпус крепили к рессорам, а его боковые поверхности обивали мягкими тканями. В разных странах были разработаны национальные требования, предусматривающие защиту раненых и больных от неблагоприятных климатических факторов (дождь, солнце, ветер и т. д.) или избыточной скученности, затрудняющей погрузку и выгрузку людей.

Более спокойной, но не менее продолжительной была эвакуация по морю или крупным рекам. Так, во время похода Наполеона в Египет и Сирию раненые и больные доставлялись во Францию на парусных судах [19]. После битвы при Ватерлоо (1815) раненых отправляли по рекам Маас и Рейн на лечение в Дюссельдорф. Как писал русский военный врач, участник Германско-французской (1870–1871) и Русско-турецкой (1877–1878) войн О.Ф.Гейфельдер, «счастливы раненые, которые могут быть перевезены до своего окончательного места по реке на лодках или судах. При этом и помещение не затруднительно, и перевозка не причиняет боли, и не требуется многочисленного персонала. Связка соломы, покрытая одеялом или плащом, ранец или свернутый плащ вместо подушки, превращают всякую лодку в хорошее место для больного» [7].

Немецкая армия в 1870–1871 гг. широко использовала эвакуацию раненых на пароходах по Рейну в Бонн, Кёльн, Майнц и т. д. [7, 8]. При этом об отплытии судна заблаговременно по телеграфу извещалась военная администрация места выгрузки. Она, совместно с местными властями, организовывала дежурство носильщиков, представителей местного населения, членов благотворительных организаций для быстрого освобождения помещений судна и последующей доставки пострадавших в развернутые поблизости лазареты или госпитали [6].

В Крымскую войну 1853–1856 гг. эвакуацию морем активно использовали страны, воевавшие против Российской империи. Во многом это было обуслов-

лено отсутствием в регионе ведения боевых действий разветвленной сети грунтовых и железных дорог, а также появлением принципиально нового и более скоростного транспортного средства — парохода [12]. Применяя их вместе с парусными судами, французы отправляли своих раненых из Крыма на родину через Константинополь, а англичане — через турецкий г. Скутари (территория современной Албании). Однако незначительный опыт организации перевозок, неудовлетворительные гигиенические условия, большая скученность раненых и больных в сухопутных госпиталях, а затем на судах, плохая вентиляция внутренних помещений кораблей стали теми негативными факторами, которые приводили к высокой летальности эвакуируемых [4].

В ходе гражданской войны в Америке (1861–1865) американцы использовали уже специально сконструированные санитарные суда водоизмещением 1400 т и длиной около 68 м. Их конструкция включала 3 этажа, на которых размещалось 477 кроватей и позволяла кораблю выходить из прибрежной полосы в океан [5, 7]. Для сокращения времени эвакуации швартовку проводили на максимально близком от поля боя расстоянии, а во время последующей транспортировки раненым по показаниям выполнялись перевязки. Кроме того, месторасположение тыловых госпиталей планировалось вблизи от причалов и железнодорожных станций [4].

Следуя этому примеру, англичане разработали и эффективно апробировали в абиссинскую войну (1895–1896) специальные эвакуационные суда.

Русские военные специалисты приобрели практический опыт эвакуации наших раненых и больных военнослужащих морским путем после завершения войны с Турцией. Сразу после заключения 19 февраля (3 марта) 1878 г. Сан-Стефанского предварительного мирного договора между Российской и Османской империями, в Сан-Стефано был открыт эвакуационный пункт для русских военных чинов на 300 человек [14]. Общество Красного Креста за свои средства зафрахтовало, выполнило дезинфекцию



внутренних помещений, а затем снарядило и снабдило всем необходимым 13 пароходов. Помимо морского экипажа, на судне находилась медицинская команда, включающая 1–2 врачей, 3 сестер милосердия и солдат-санитаров [14]. За короткий срок судами было перевезено в Россию 30 тыс. пострадавших. Еще один эвакуационный пункт был развернут в болгарском городе Бургас. Из него корабли шли в Николаев, Одессу и Севастополь [14]. Средняя загруженность парохода составляла 650 человек, а продолжительность рейса (в зависимости от погоды) до 6 суток [11]. В условиях спокойного моря раненые и больные переносили морскую транспортировку достаточно спокойно, однако их состояние заметно ухудшалось во время шторма [7].

Указанные проблемы отсутствовали при перевозке раненых и больных по Дунаю на специально построенных 4 крупных речных баржах. На их палубах из досок соорудили барачного типа постройки, разделенные поперечными коридорами на 4 отделения. Из них 3 были предназначены для лежачих больных, 1 – для сидячих. Койки имели жесткую конструкцию крепления и располагались в 6 рядов по 2 яруса. За один рейс такая баржа перевозила 174 человека, всего с 5 апреля по 18 октября 1878 г. рассматриваемым видом транспорта было перевезено 22 247 военнослужащих [11]. Личный состав морских и речных транспортов, в отличие от санитарных поездов, состоял в большинстве случаев из представителей российского Красного Креста.

Успешное развитие железнодорожного транспорта по обе стороны Атлантического океана, начиная с первой трети XIX в., не могло не остаться без внимания военных специалистов [9, 18]. Их привлекали возможности оперативной и быстрой доставки войск и грузов к местам ведения боевых действий. Кроме того, появлялась возможность для достаточно быстрой эвакуации раненых в медицинские учреждения. Последний постулат подтверждался накапливаемым опытом эксплуатации гражданских перевозок. Несовершенство техники, сложные метеоусловия, человеческий фактор и т. д. зачастую приводили к авариям пас-

сажирских составов, сопровождавшимся человеческими жертвами, ранениями и травмами. При этом с мест происшествий пострадавших зачастую в короткие сроки вывозили и доставляли в лечебные учреждения на поездах, направляемых руководством дорог к месту катастрофы [17].

В 1857 г. французские военные врачи впервые отправили на лечение в госпиталь железнодорожным транспортом из шалонского военного лагеря группу больных и пострадавших солдат, получивших травмы во время проходивших там военных учений. Этот опыт, но уже в более широких масштабах, был использован во время упомянутой выше гражданской войны в Америке. В короткие сроки северяне разработали проект и организовали производство специальных санитарных поездов. Состав состоял из 40 вагонов, вмещавших до 40 раненых, располагавшихся на носилках, закрепленных на крепких каучуковых кольцах [5]. Их обслуживали врач-ассистент, надзиратель и три прислужника. Полностью оснащенные медицинским имуществом и продовольствием поезд заранее направляли к местам, где предполагалось проведение крупных сражений или войсковых операций.

Накопленный опыт был по достоинству оценен специалистами европейских стран [8, 23]. Например, в годы Германо-французской войны 1870–1871 гг. Германия располагала уже 36 специально оборудованными поездами, которые за период ведения боевых действий перевезли 12% от более чем 40 тыс. раненых и больных немецких солдат, эвакуированных за эту кампанию железнодорожным транспортом [10]. По данным О.Ф.Гейфельдера, типовой состав, как правило, «состоял из 28 вагонов: 20 – для больных и раненых, 1 – для врачей, 1 – для сестер милосердия, 1 – для кухни, 1 – для управления, 1 – провианта, 2 – для расходных материалов, 1 – для дров и угля. Вагоны для кухни, управления и провианта образуют середину поезда, вагон для врачей – начало, вагон для сестер милосердия – конец. Между ними и серединой стоят по 10 вагонов для больных.



Длинный узкий проход, устланный клеенкой, соединяет все вагоны между собой. Вагон управления, кроме канцелярии, вмещал аптеку, хирургический инструментальный кабинет, места для хранения хозяйственных и медицинских расходных материалов. Вагоны для больных имели справа и слева от центрального прохода по шесть постелей, из которых только две прикреплены одна над другой к четырем крепким столбикам» [6]. По данным этого автора, конструкция американских санитарных поездов дополнительно имела телеграф и водопровод, которые шли вдоль всего состава.

Кроме специальных поездов, широко привлекались обычные пассажирские (с вагонами 2–4-го классов) и даже товарные составы. Их делили на санитарные и «для больных». Первые, в свою очередь, делились на лазаретные и вспомогательные. Лазаретные по своему оснащению, составу медицинского персонала, выполняемым целям и задачам являлись по сути подвижными госпиталями. Каждый состоял из 30 вагонов 4-го класса для больных и 11 – для врачебного состава, хозяйственного персонала и представителей технических служб, укомплектованных и оснащенных еще в мирное время. В вагонах раненые размещались на носилках в 2–3 яруса. Для уменьшения резких колебательных движений последние подвешивались к потолку и стенам с помощью эластичных ремней и пружин [8].

Вспомогательные санитарные поезда формировались по отдельной команде, отдаваемой накануне или в самом начале ведения боевых действий. Для этих целей использовался технически пригодный вагонный парк, который оснащали и укомплектовывали в течение короткого промежутка времени.

Для повышения эффективности проводимой работы немецкая военная администрация в зданиях или расположенных близко к ним постройках крупных узловых железнодорожных станций (Берлин, Дюссельдорф, Кёльн, Кобленц, Франкфурт, Бинген и т. д.) построила бараки и развернула специальные перевязочные пункты [8]. Они были предназначены для осмотра поступающих раненых,

выполнения им необходимых медицинских манипуляций, их отдыха и ночлега. Всю текущую работу проводили сотрудники эвакуационной комиссии. В нее входили командир этапной команды, штаб-доктор, 2 врача, 60–80 человек развозного отряда, а также представители благотворительных организаций. Они выполняли по показаниям смену повязок, регистрировали больных, определяли тех, кого необходимо отправить в ближайший местный госпиталь, а кто, по общему состоянию, может быть отправлен дальше, кормили прибывших воинов и т. д. [4, 6, 8].

Накопленный опыт позволил немецкому командованию прийти к выводу, что для быстрой эвакуации в военное время необходимо заблаговременно, в мирные дни разработать положения, предусматривающие детальную проработку использования санитарных поездов, порядка их движения по железным дорогам, иметь полностью укомплектованные составы и сформированные штаты медицинских команд.

Во многом схожие положения были разработаны и приняты в Австро-Венгрии, Франции и других европейских странах. Помимо регламентации медицинских вопросов, в них уделялось пристальное внимание последовательности размещения вагонов различного назначения, форме и размеру мест погрузки-выгрузки раненых и больных, их рациональному размещению, организации питания, хранению продовольствия, водоснабжению, подчеркивалась значимость эффективной вентиляции, отопления и проведения регулярной дезинфекции помещений.

В Российской империи процесс создания и применения аналогичных составов шел более медленно. Так, в начальный период Русско-турецкой войны 1877–1878 гг. раненые и больные с театра боевых действий направлялись бессистемно, а не по эвакуационному назначению в ближайшие к действующей армии тыловые госпитали, как того требовала логика военно-полевой хирургии. Однако в течение короткого срока русское военное командование предприняло решительные меры для наведения порядка в этом вопросе. Например, эвакуа-



ция была ограничена Киевским, Одесским и Харьковским военными округами. С учетом развития транспортных магистралей на театре ведения боевых действий, была внедрена соответствующая им схема движения санитарных обозов и транспортов. На первом этапе раненых и больных с мест ведения боев на наемных телегах доставляли в Фратешти (Румыния). В этом населенном пункте санитары, под присмотром врача и фельдшера, загружали их в вагоны узкоколейной румынской железной дороги [1, 12]. Следующей остановкой были Яссы, где перевозимый контингент перегружали в поезда ширококолейной русской железнодорожной сети.

В начале боевых действий между указанными выше городами курсировало первоначально 2, затем — 7, на завершающем этапе ведения боевых действий — 9 составов [1, 12]. Каждый состоял из 24 вагонов, из которых 12 были предназначены для перевозки одновременно трехсот пострадавших. Суммарная вместимость позволяла перевозить 1164 лежачих и 1256 сидячих больных [13].

По данным П.А.Рихтера, первоначально это были обычные товарные вагоны с прорубленными дверями для продольного хода через весь состав. В штат входили «комендант, заведующий порядком на поезде, чиновник от госпитального ведомства, заведующий хозяйственной частью, один главный и два младших врача, пять человек железнодорожной команды и 25 служителей. От Красного Креста были назначены уполномоченный, 5 сестер милосердия и 10 братьев милосердия» [11]. Врачи в команду состава назначались из числа ординаторов ближайших к станциям временных госпиталей, что приводило к уменьшению контингента госпитальных специалистов и увеличению профессиональной нагрузки на оставшихся коллег [14].

Для организации более массовой эвакуации раненых и больных железнодорожным транспортом требовалось найти дополнительные возможности. Поэтому русское командование использовало обратные порожние воинские и товарные составы. Их помещения не отвечали медицинским и санитарным

требованиям, людей располагали на полках в 2–3 яруса или просто клали на солому. Из медицинского персонала назначались врач (ординатор ближайшего госпиталя) и фельдшер [13]. Для решения бытовых вопросов в каждый вагон назначался служитель из числа лиц, не годных к несению строевой службы. За соблюдение дисциплины отвечал комендант состава, в подчинении которого было 5 человек железнодорожной команды. О какой-либо сортировке или эвакуации по назначению в этих условиях говорить не приходилось. Иногда несколько вагонов с ранеными прицепляли к проходящему пассажирскому составу, или военные власти приказывали гражданским лицам освободить свои места и затем производили погрузку пострадавших военнослужащих [12].

Постепенно ситуация стала меняться, грузовые вагоны заменяли пассажирскими 3-го класса [12]. Для эвакуации военнослужащих вглубь территории Российской империи был даже предоставлен комфортабельный поезд дочери императора Александра II. Кроме того, прибыли частные санитарные поезда, хорошо оснащенные на средства сестры императора — княжны Ольги Николаевны, состоятельных российских меценатов и зарубежных благотворительных организаций. Чаще всего состав состоял из 30 вагонов, из них 10 было предназначено для сидячих больных и столько же для лежачих, число служителей от военного ведомства было увеличено до 30 [7, 11].

Осенью 1877 г. русское командование закупило в Австро-Венгерской империи 138 восьмиколесных пассажирских вагонов разных классов комфортности и 11 товарных фургонов. Это позволило весной 1878 г. сформировать и отправить в распоряжение действующей армии дополнительные составы. Каждый был рассчитан на перевозку 112 тяжело- и 240 легкораненых или больных [11]. С марта по сентябрь 1878 г. они выполнили 65 рейсов и перевезли 268 офицеров и 15 633 нижних чинов. А всего, за всю кампанию, на санитарных поездах в Румынии было вывезено из района боев 79 138 человек [11]. Общее число эвакуированных в ходе Русско-турецкой вой-



ны 1877–1878 гг. (преимущественно усилиями российского Красного Креста) с мест сражений в лечебные учреждения внутренних районов Российской империи составило 116 296 военнослужащих.

В сравнении с гужевым транспортом скорость передвижения у железнодорожных составов была более высокой. Постоянное наличие рядом с больными и ранеными медицинского персонала, регулярное питание и уход не требовали частых остановок и развертывания большого числа этапных полевых учреждений. Тем не менее транспортировка по железной дороге имела ряд существенных недостатков [6, 23]. Например, слишком быстрая езда приводила к сильным колебательным движениям вагона и многих пострадавших, лежащих на подвешенных к потолку носилках она укачивала [6, 14]. Во время поворотов и крена состава возникало неприятное ощущение, что человек сваливается с койки. При резком начале движения или торможении сидячие больные падали с плохо закрепленных скамеек, некоторые получали при этом дополнительные травмы [10]. В грузовых вагонах отсутствовали туалеты и рукомытники [14–15]. Эти факторы, в сочетании с длительным пребыванием в замкнутом пространстве, постоянным грохотом колес, шумом паровоза, запахом гари и дымом, исходящих от паровоза, и т. д., негативно сказывались на психике людей [7]. Кроме того, попытки найти место, где можно было во время остановок помыться или выполнить естественные физиологические отправления, приводили к тому, что многие ходячие раненые или больные отставали от своих эшелонов [14].

Использование обычных пассажирских поездов вынуждало выгружать раненых на станциях пересадки, где они длительное время ожидали нужный состав. Кроме того, их длительное пребывание на перроне или в вокзальном помещении без каких-либо удобств, вид окровавленных бинтов и рассказы о военном быте негативно влияли на гражданских лиц [12]. После освобождения вагона их места нередко занимались гражданскими лицами, без проведения какой-либо санитарной обработки и дезинфекции.

Накопленный во время войны опыт был тщательно изучен не только специалистами военно-медицинской службы, но и конструкторами железнодорожного транспорта. Так, в 1893 г. на первой Всероссийской гигиенической выставке был продемонстрирован санитарный вагон Екатеринбургской железной дороги. По тем временам это была передовая модель, позволяющая выполнять во время движения некоторые виды оперативных вмешательств. Кроме того, он был оснащен аппаратурой для соблюдения чистоты и асептики. Высокой эффективностью отличались системы вентиляции и обогрева, обилие резиновых прокладок надежно предохраняло больных и раненых от тряски и резких толчков.

На той же выставке был представлен стандартный пассажирский вагон 3-го класса, который после переоборудования инженерами Московско-Брестской железной дороги позволял перевозить 8 тяжелораненых.

Когда остатки французской армии в 1870 г. были окружены в Париже, то единственным способом для связи с провинциями остались лишь воздушные шары. С их помощью из окруженного города было эвакуировано около 160 раненых и больных, а также вновь избранный министр внутренних дел Л. Гамбетта, возглавивший в дальнейшем сопротивление немецким войскам [21, 22]. Отсутствие какой-либо навигации и полная зависимость маршрута от природных факторов делали воздушный путь крайне опасным (к примеру, один из воздушных шаров был впоследствии обнаружен на территории Норвегии).

Таким образом, развитие технологий и техники создавало условия для появления новых возможностей для транспортной эвакуации раненых и больных с театров ведения боевых действий и полей сражений. В 1914 г. начался небывалый в истории вооруженный конфликт — Первая мировая война — в которую оказались вовлечены уже миллионы людей, проживающих на всех континентах. Очевидно, что его влияние на развитие военной медицины, в т. ч. на вопросы использования транспортных средств для доставки пострадавших в госпитали — трудно переоценить.



Литература

1. *Абаза Н.* Красный Крест в тылу действующей армии в 1877–1878 гг. Отчет главноуполномоченного Общества попечения о раненых и больных воинах. — СПб: Изд-е Рос. о-ва Кр. Кр-та, 1880. — Т. I. — 239 с.
2. *Абаза Н.* Красный Крест в тылу действующей армии в 1877–1878 гг. Отчет главноуполномоченного Общества попечения о раненых и больных воинах. — СПб: Изд-е Рос. о-ва Кр. Кр-та, 1882. — Т. II. — 424 с.
3. *Байрашевский А. О.* Организация санитарной службы (мирного времени) в главных европейских армиях: автореф. дис. ... д-ра м-ны. — СПб, 1910. — 341 с.
4. *Бертенсон Г. В.* Барачные лазареты в военное и мирное время. — СПб: изд-е О-ва попеч. о ранен. и б-х воинах, 1871. — 178 с.
5. *Гауровиц И.* Военно-санитарные учреждения Северо-Американских Соединенных Штатов во время последней войны, с описанием страны и населения. — СПб: Тип. морск. мин-ва, 1868. — 294 с.
6. *Гейфельдер О. Ф.* Военно-хирургические наблюдения во время немецко-французской войны 1870–1871 годов. — СПб: Изд-е К. Риккера, 1873. — 129 с.
7. *Гейфельдер О. Ф.* Карманная книжка военно-полевой хирургии. — СПб: тип. и литогр. А. Е. Ландау, 1879. — 320 с.
8. *Пурогов Н. И.* Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 году. — СПб: изд-е О-ва попеч. о ранен. и б-х воинах, 1871. — 131 с.
9. *Приселков В. И.* О железных дорогах в военно-санитарном отношении; военно-санитарные поезда во время войны // Воен.-сан. дело (еженед. газета). — 1888. — № 1. — С. 1–7.
10. *Приселков В. И.* О железных дорогах в военно-санитарном отношении; военно-санитарные поезда во время войны (окончание) // Воен.-сан. дело (еженед. газета). — 1888. — № 3. — С. 33–36.
11. *Рихтер П. А.* Красный Крест в Румынии и Северной Болгарии 1877–1878. Отчет главноуполномоченного общества попечения о раненых и больных воинах П. А. Рихтера. — СПб: изд. Рос. о-ва Кр. Креста, 1879. — 301 с.
12. *Родионов П. И.* Несколько слов об эвакуации раненых и больных с театра военных действий вглубь страны // Воен.-сан. дело (еженед. газета). — 1888. — № 26. — С. 321–325.
13. *Родионов П. И.* Несколько слов об эвакуации раненых и больных с театра военных действий вглубь страны (продолжение) // Воен.-сан. дело (еженед. газета). — 1888. — № 27. — С. 333–335.
14. *Родионов П. И.* Несколько слов об эвакуации раненых и больных с театра военных действий вглубь страны (продолжение) // Воен.-сан. дело (еженед. газета). — 1888. — № 28. — С. 345–348.
15. *Родионов П. И.* Несколько слов об эвакуации раненых и больных с театра военных действий вглубь страны (окончание) // Воен.-сан. дело (еженед. газета). — 1888. — № 29. — С. 357–360.
16. *Руст И. Н.* Военная медицина // Воен.-мед. журн. — 1840. — Ч. 36, № 1. — С. 32–84.
17. *Утин Б. И.* Об ответственности железных дорог перед частными лицами. — СПб: Тип. И. И. Глазунова, 1872. — 82 с.
18. *Barnes J. K.* The medical and surgical history of the war of the rebellion 1861–1865. — Washington.: G. P. O., 1875. — Vol. I. — 726 p.
19. *Larrey D. J.* Memoires de Chirurgie Militaire, et Campagnes. — Paris: Chez J. Smith., 1812. — Т. II. — 512 p.
20. *Larrey D. J.* Memoires de Chirurgie Militaire, et Campagnes. — Paris: Chez J. Smith., 1817. — Т. IV. — 499 p.
21. *Ranjan C. K.* Casualty Air Evacuation: Sine quo non of combat casualty // Med. J. Armed. Forces India. — 2017. — Т. 73, № 4. — С. 394–399.
22. *Soreide E.* Prehospital trauma care. — Marcel: Dekker Inc., 2001. — 806 p.
23. *Virchow R.* Der erste Sanitätszug des Berliner Hulf-Vereins für die deutschen Armeen im Felde. — Berlin: Aug. Hirschwald., 1870. — 34 s.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616(092 Яковлев)

Ученый, клиницист, организатор (К 85-летию со дня рождения Г. М. Яковлева)

САЛУХОВ В. В., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
КУРЕНКОВА И. Г., профессор (aref.kurenkova@yandex.ru)
ШУСТОВ С. Б., профессор, полковник медицинской службы запаса

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

Биографическая статья о бывшем начальнике Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (1988–1992), генерал-лейтенанте медицинской службы Германе Михайловиче Яковлеве (1933–2017). Охарактеризована его деятельность как военного врача, ученого, педагога. Говорится о научной школе Г. М. Яковлева. Его ученики работают в различных городах России, ближнего и дальнего зарубежья, в военном и гражданском здравоохранении, заведая кафедрами ряда медицинских вузов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: история военной медицины, научные школы Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, военно-полевая терапия.