

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА И ГОСУДАРСТВЕННОЙ
СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ЗУБАРЕВ Петр Александрович

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ БЕЛОГО ДВИЖЕНИЯ
В 1918–1920 гг.**

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата исторических наук

5.6.1. Отечественная история

Научный руководитель:

Доктор исторических наук, профессор

Чернобаев Анатолий Александрович

Москва 2025

Оглавление

Введение.....	3
ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ БЕЛОГО ДВИЖЕНИЯ	25
1.1. Организация медицины Белого движения на Юге России	30
1.2. Казачья медицинская служба	64
1.3. Организация медицины Белого движения в Сибири	99
ГЛАВА 2. БОРЬБА С ЭПИДЕМИЯМИ.....	134
2.1. Борьба с эпидемиями на Севере и Северо-Западе	139
2.2. Борьба с эпидемиями на Юге России	158
2.3. Борьба с эпидемиями в Сибири.....	192
Заключение	221
Список источников и литературы	229
Приложения	245

Введение

Актуальность работы. История Гражданской войны в России нашла широкое отражение в историографии, вместе с тем, многие проблемы по-прежнему недостаточно изучены. Одной из таких исследовательских лакун является организация медицины Белого движения.

В годы Гражданской войны перед противоборствующими сторонами остро встал вопрос об эффективной организации хирургической помощи, борьбы с эпидемиями, реабилитацией раненых и больных. Стояла необходимость организовать систему эвакуации раненых бойцов, наладить эффективную систему оказания первой медицинской помощи, лечения в лазаретах и госпиталях и, как итог, вернуть солдат в строй.

Следует отметить, что у противоборствующих сторон существовали различные ресурсы (как человеческие, так и материальные) и подходы к организации медико-санитарной службы. От эффективности данной службы, готовности в кратчайшие сроки вернуть максимально возможное количество раненых и больных в строй, возможности предотвращения распространения эпидемий среди армейских частей напрямую зависел ход войны. Учитывая, что интенсивность боевых действий в определенные периоды была высокой, вопрос о пополнении личного состава был одним из ключевых. Важным направлением в указанный период являлась организация медицинской помощи мирному населению, которая осложнялась по причине проведения мобилизации медицинских работников, нехватки врачей и фельдшеров.

Эпидемии в течение всей истории человечества являлись тяжелым испытанием. В период проведения боевых действий заразные болезни преследовали армии и тыловые структуры. Массовые разрушения, перемещения армейских частей и беженцев приводили к усугублению ситуации, выражавшейся в распространении болезней и неспособности

наладить эффективное лечение. Несмотря на явный прогресс в деле противоэпидемической борьбы, в годы Первой мировой войны в воюющих армиях наблюдался всплеск заболеваемости, что требовало выделения дополнительных ресурсов на предотвращение последствий. В 1914–1920 гг. можно отметить взаимосвязанность эпидемии сыпного тифа в Европе и России.

В период Гражданской войны в России остро стояла проблема распространения инфекционных заболеваний: тифа, «испанского гриппа», холеры, оспы, чумы и др. В условиях нехватки персонала и материальных ресурсов врачи Белого движения предпринимали попытки предотвращать и ограничивать очаги эпидемий инфекционных заболеваний путем введения карантинных, проведения массовых вакцинаций и просветительской работой среди населения. Актуальность представляет и анализ появления тех или иных заразных болезней, взаимосвязь эпидемий в Европе и России. В ходе боевых действий болезни проникали в разные части бывшей Российской империи.

Гражданская война в России в эпидемиологическом плане повлияла на ряд стран Европы и Азии. Плохое состояние и практически полное отсутствие медицинской помощи для военнопленных, потоки беженцев приводили к распространению эпидемий в Эстонии, Литве, Латвии, Польше, Финляндии и созданию санитарного кордона на государственных границах. Перемещения китайских рабочих и добровольцев также способствовали распространению заболевания на территорию Китая.

В советской историографии организация медицины Белого движения практически не рассматривалась как по идеологическим причинам, так и в связи с отсутствием достаточного количества документальных источников, многие из которых находятся в зарубежных архивах. В 1990-е гг. интерес к изучению организации медицины Белого движения возрос, но, как правило, исследователи опирались преимущественно на мемуары участников Белого движения, врачей и сестер милосердия.

Актуальность рассматриваемой проблематики носит и прикладной характер. Пандемия COVID-19, эпидемии Эболы и птичьего гриппа продемонстрировали важность эффективной организации противоэпидемических мероприятий на государственном уровне. COVID-19 стал фундаментальным вызовом для современного общества, который за рекордно короткий срок изменил жизнь миллионов людей во всем мире.

Современные военно-политические конфликты демонстрируют важность организации медицинской службы в зоне боевых действий, эвакуации раненых с поля боя, оказания хирургической помощи, реабилитации военнослужащих с целью последующего возвращения в строй.

На сегодняшний день большую роль играют общественные организации, стремящиеся оказать посильную помощь военным медикам, больным, раненым и беженцам. Подобные организации действовали и во время Гражданской войны в России, имея наибольшее распространение среди Белого движения. Учитывая, что современные конфликты не обходятся без больших потоков беженцев, от медицинских служб требуется привлекать новые силы и средства для профилактики и предотвращения инфекционных заболеваний, оказания первой медицинской помощи нуждающимся. В связи с вышеназванными факторами представляется важным изучить исторический опыт организации медицинской службы в период Гражданской войны в России, проанализировать достижения и ошибки, допущенные общественными организациями в то время.

Степень научной разработанности темы исследования.

Историографию по данной теме можно разделить на несколько групп:

1) Исследования региональных систем здравоохранения: А.В. Посадский, В.И. Шаламов, В.М. Рынков, Г.Н. Шапошников, Л.Г. Новикова, Е.В. Халдаев, Г.Н. Боранова, С.О. Вишневецкий, И.В. Нарский, Д.Р. Тимербулатов, Е.В. Мячина. Указанными авторами были рассмотрены процессы становления, развития и кризиса медико-санитарных служб в Белом движении;

2) Обзорные статьи по истории медицины времен Гражданской войны О.М. Морозовой, Т.И. Трошиной, Л.А. Яньшина, Н.А. Мироновой. В своих трудах авторы проводили сравнительный анализ по некоторым аспектам медико-санитарной службы. При этом в работах О.М. Морозовой, Т.И. Трошиной основной упор делается на советское здравоохранение;

3) Работы по деятельности общественных организаций в годы Гражданской войны. Большой вклад в изучение этой темы внес С.С. Ипполитов.

В зарубежной историографии указанную проблему исследовали американский историк Дэвид К. Паттерсон, который изучал ход эпидемий в России в годы Гражданской войны, и канадская исследовательница Дженнифер Энн Полюк, специализировавшаяся на деятельности Американского Красного Креста (далее – АКК) и Ассоциации молодых христиан (далее – ИМКА) в России.

В статье А.В. Посадского «Медицина Белого Юга» раскрыт вопрос об организации медицины в Саратовской губернии и в Вооруженных силах Юга России (далее – ВСЮР) в январе – мае 1919 г.¹ Автор подробно рассматривает деятельность РОКК в регионе, фокусируя внимание на противоэпидемических мерах. Им отмечаются разногласия правительственных и общественных организаций в вопросах распределения зарубежных поставок медикаментов и развертывания медицинских учреждений.

В работах В.А. Шаламова, который привлекал материалы на иностранных языках, рассматривался вопрос деятельности АКК в Сибири в 1918–1920 гг. и его роль в борьбе с эпидемиями². В других его статьях был рассмотрен вопрос о состоянии здравоохранения в Забайкалье в начальный период Гражданской войны и взаимодействие местных врачей с

¹ Посадский А.В. Медицина Белого Юга в Гражданской войне: структуры, решения, повседневность // Новейшая история России. 2020. Т. 10. № 2. С. 315–329.

² Шаламов В.А. Деятельность Американского Красного Креста в Восточной Сибири в годы Гражданской войны (1918–1920) // Новейшая история России. 2021. Т. 11. № 1. С. 56–71.

американскими и японскими коллегами в 1919–1920 гг.³. Автор пришел к выводу, что в 1918 г. земства не смогли наладить полноценную работу медицинских учреждений в этом регионе, централизованная система здравоохранения не была создана, сохранялся острый дефицит медикаментов. В Забайкалье проводилась мобилизация медицинских работников, но в целом ситуация улучшилась незначительно. Отмечается, что в 1919 г. была организована пастеровская станция и при поддержке иностранных общественных организаций ситуация с медикаментами несколько улучшилась. Вопрос о взаимодействии РОКК с правительством А.В. Колчака в работах В.А. Шаламова не рассматривался⁴. В.М. Рынков проводил анализ деятельности и характер проблем медицинской системы в данном регионе. Он рассмотрел деятельность государственных, муниципальных и общественных организаций⁵.

Г.Н. Шапошников проанализировал развитие медицины Белого движения на Урале в тыловых районах. Согласно его мнению, главная проблема медицинской системы в регионе – это эпидемии, с которыми едва справлялись. Автор отмечает, что медицина была доступна не для всех жителей; кредиты, выдаваемые правительством А.В. Колчака на борьбу с эпидемиями, были недостаточными – все это делало позиции Белого движения менее устойчивыми. Вместе с тем, в статье Г.Н. Шапошникова практически не рассмотрено взаимодействие власти с общественными организациями, например, РОКК, которые напрямую занимались поставками медикаментов и организацией медицинских учреждений. Автор делает вывод, что эпидемиологическая ситуация в крае в феврале–марте 1919 г.

³ Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области в начальный период Гражданской войны (весна–лето 1918 г.) // Вестник ИрГТУ. 2015. № 9 (104). [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravooohranenie-v-zabaykalskoy-oblasti-v-nachalnyy-period-grazhdanskoy-voyny-vesna-let-1918-g> (дата обращения: 08.05.2023).

⁴ Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г. М. Семенова (май 1919 – январь 1920 г.) // Вестн. Том. гос. ун-та. История. 2019. № 61. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravooohranenie-v-zabaykalskoy-oblasti-vo-vremya-rezhima-atamana-g-m-semenova-may-1919-yanvar-1920-g> (дата обращения: 08.05.2023).

⁵ Рынков В.М. Санитарно-медицинские службы на востоке России в антибольшевистский период Гражданской войны (вторая половина 1918–1919 гг.) [Электронный ресурс] URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24230097> (дата обращения: 30.04.2024).

усугублялась многими обстоятельствами, в том числе большим потоком беженцев из других губерний⁶.

Л.Г. Новикова в своей монографии, посвященной борьбе Белого движения на Севере России, привела ценные данные о борьбе местных властей с эпидемиями «испанки» и сыпного тифа. Однако предмет исследования не затрагивал вопрос состояния терапевтических лазаретов Северной армии, а также роль иностранных общественных организаций в становлении медицинской системы этого региона⁷.

Краевед Е.В. Халдаев в статье «Новочеркасские военные лазареты Гражданской войны» исследовал состояние казачьих медицинских учреждений в 1917–1919 гг. на основе документов, хранящихся в Государственном архиве Ростовской области и мемуаров участников Белого движения⁸. Им приводятся ценные сведения о числе лазаретов, составе медперсонала и их расположении в городе. Согласно мнению автора, медико-санитарная служба в городе во многом зависела от благотворительности со стороны местного населения.

Тема оказания медицинской помощи на территориях, подконтрольных Белому движению, рассмотрена в работе краеведа Г.Н. Борановой, в которой продемонстрировано халатное отношение комендатуры Азовского лагеря для военнопленных, которое приводило к высокой смертности⁹. Д.Р. Тимербулатов в работе, посвященной содержанию пленных красноармейцев, рассмотрел санитарно-гигиеническое состояние барж в

⁶ Шапошников Г.Н. Медицина на территории белых правительств Западного и Среднего Урала // История и современное мировоззрение. 2020. № 2. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsina-na-territorii-belyh-pravitelstv-zapadnogo-i-srednego-urala> (дата обращения: 08.05.2023).

⁷ Новикова Л.Г. Провинциальная «контрреволюция»: Белое движение и Гражданская война на русском Севере, 1917–1920. М.: Новое литературное обозрение. 2011. – 377 с.

⁸ Халдаев Е.В. Новочеркасские военные лазареты Гражданской войны // Донской временник. Ростов-на-Дону, 2023. № 32. С. 39–70.

⁹ Боранова Г.Н. Лагерь смерти. Азов в годы Гражданской войны. [Электронный ресурс] URL: http://donvrem.dspl.ru/Files/article/m6/0/art.aspx?art_id=422 (дата обращения: 29.10.2024).

Сибири. Они использовались как места заключения и способствовали распространению сыпного тифа среди военнопленных¹⁰.

В целом состояние военной медицины в годы Гражданской войны исследовано в статьях О.М. Морозовой и ее соавторов. Авторы рассматривают состояние медицины Белого движения и Красной армии, фрагментарно анализируют борьбу с испанским гриппом медицинскими учреждениями Белого движения в 1918 г., однако не затрагивают основ организации и системы снабжения¹¹. Отмечается децентрализация организации медицинскими учреждениями в Белом движении. О.М. Морозова, используя воспоминания ряда участников Гражданской войны в России, в статье «Тифозная вошь в солдатской шинели: о влиянии естественно-природных факторов на ход и исход Гражданской войны в России» рассмотрела влияние брюшного и сыпного тифа на ход боевых действий с обеих сторон, причины его возникновения и большого распространения эпидемии, уделив основное внимание ситуации в частях РККА¹².

Н.А. Миронова в своей монографии провела анализ деятельности медико-санитарных служб Белого движения в 1918–1920 гг., преимущественно опираясь на мемуары участников тех событий¹³. Ей рассмотрены причины, ход и последствия эпидемии сыпного тифа, развитие новой системы здравоохранения в период Гражданской войны, при этом основная часть работы посвящена борьбе с эпидемиями в Советской России. Автором практически не раскрывались проблемы и их решение санитарными

¹⁰ Тимербулатов Д.Р. «Баржи смерти» в Сибири в годы Гражданской войны (1918–1919 гг.). // СибСкрипт. 2011. № 4. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/barzhi-smerti-v-sibiri-v-gody-grazhdanskoy-voyny-1918-1919-gg> (дата обращения: 09.11.2024).

¹¹ Морозова О.М., Трошина Т.И., Морозова Е.Н., Морозов А.Н. Пандемия испанки 1918 года в России. Вопросы сто лет спустя // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2021. № 1. С. 113–124.

¹² Морозова О.М. Тифозная вошь в солдатской шинели: о влиянии естественно-природных факторов на ход и исход Гражданской войны в России. [Электронный ресурс] URL: <http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main%3Ftextid%3D3424%26level1%3Dmain%26level2%3Darticles> (дата обращения: 16.04.2023).

¹³ Миронова Н.А. Великая эпидемия: сыпной тиф в России в первые годы советской власти. [Электронный ресурс] URL: <https://www.rulit.me/books/velikaya-epidemiya-sypnoj-tif-v-rossii-v-pervye-gody-sovetskoj-vlasti-read-684197-101.html> (дата обращения: 25.10.2024)

службами антибольшевистских сил, что не позволяет представить полную картину происходивших событий во фронтовых и тыловых районах.

С.С. Ипполитов в кандидатской диссертации рассматривает вопросы организации медицины Белого движения, благотворительной деятельности на территории действий белых армий в годы Гражданской войны, а затем и в эмиграции¹⁴. Особое внимание он уделит роли Российского общества Красного Креста, Всероссийского земского союза (далее – ВЗС) и ряда других институций. С.С. Ипполитов подчеркивал, что в зарубежных архивах хранятся документы, позволяющие оценить масштаб оказанной зарубежными организациями помощи Белому движению. Применительно к настоящему исследованию отметим, что в диссертации С.С. Ипполитова недостаточно подробно раскрыта деятельность медицинской службы Белого движения, представленная, прежде всего, правительственными учреждениями, которые и сотрудничали с общественными организациями.

В статье 2013 г., посвященной деятельности РОКК в Сибири и на Дальнем Востоке, С.С. Ипполитов провел анализ результативности деятельности Российского общества Красного Креста в 1919–1920 гг., отмечая при этом, что, несмотря на все более растущее внимание к исследованию истории Гражданской войны, этот аспект остается малоизученным в историографии¹⁵.

Доктор медицинский наук, полковник в отставке Л.А. Яньшин рассмотрел развитие медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге в 1918–1920 гг. в Добровольческой армии. Особое внимание он уделит организации тыловых лазаретов, эвакогоспиталей, комплексу противоэпидемических мер и системе поэтапной эвакуации¹⁶. В этой работе автор фокусирует внимание на становлении медико-санитарной службы в

¹⁴ Ипполитов С.С. Российская благотворительная деятельность на территории действий белых армий и в эмиграции, 1918–1924 гг.: дисс. канд. истор. наук: 07.00.02. М., 2000. 195 с.

¹⁵ Ипполитов С.С. Российское общество Красного Креста в Сибири и на Дальнем Востоке: организация и помощь армии и населению (1919–1920 гг.) // Новый исторический вестник. 2013. № 35. С. 56–68.

¹⁶ Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Добровольческая армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 75–84.

1918 г. В своей обзорной статье он рассматривает основные этапы становления медицины Белого движения¹⁷.

Е.В. Мячина в своей статье анализировала развитие медико-санитарной службы армии А.В. Колчака¹⁸. Автор рассматривал проблемы здравоохранения в условиях военных действий, сложности снабжения медикаментами и оборудованием, систему оказания медицинской помощи раненым и больным воинам.

Зарубежные ученые, несмотря на наличие в архивах многих стран ценных документов по истории организации медицинской помощи Белому движению в годы Гражданской войны в России, практически не изучали данную проблему. Отметим лишь два исследования по теме. В докторской диссертации канадская исследовательница Дженнифер Энн Польк рассмотрела деятельность АКК и ИМКА в России в 1917–1924 гг.¹⁹. В ее работе были использованы архивные документы, позволившие более подробно раскрыть степень помощи, оказываемой Белому движению в Сибири со стороны АКК и ИМКА. При этом основное внимание автор уделила мемуарам членов этих организаций и непосредственных участников тех событий. В ее работе не была раскрыта деятельность организаций на Юге России, в то время как АКК осуществлял целый ряд поставок Донской армии и ВСЮР.

Американская исследовательница Джулия Ирвин в своей статье рассматривала деятельность АКК в Сибири в 1918–1920 гг., в первую очередь это касалось помощи со стороны данной организации на железных дорогах²⁰. В работе описана помощь со стороны АКК, взаимоотношения ее сотрудников с военнослужащими Белого движения и мирными жителями.

¹⁷ Яньшин Л.А. Об основах организации медицинского обеспечения войск Белого движения (К 90-летию окончания Гражданской войны и иностранной военной интервенции в России) // Военно-медицинский журнал. 2011. Т. 332. № 1. С. 73–83.

¹⁸ Мячина Е.В. Организация медико-санитарного обслуживания армии адмирала А. В. Колчака в 1918-1919 гг. / Е.В. Мячина // Известия Алтайского государственного университета. – 2010. – № 4-2. – С. 171–173.

¹⁹ Polk J.A. Constructive Efforts: The American Red Cross and YMCA in Revolutionary and Civil War Russia, 1917–1924. University of Toronto, 2012. 416 P.

²⁰ Irwin J.F. The Great White Train: typhus, sanitation, and U.S. International Development during the Russian Civil War / J.F. Irwin // Endeavour. – 2012. – Vol. 36. – № 3. – P. 89–96.

Развитие РОКК в годы Гражданской войны стало предметом исследования швейцарского ученого Жан-Франсуа Файе в его научной статье²¹. Благодаря привлечению архивных материалов и работ ряда специалистов по данной теме, автор описал проблемы, с которыми сталкивался РОКК и его отделения, разобщенные после произошедших событий Октябрьской революции. По мнению Ж.-Ф.Файе, в период Гражданской войны Россия стала для всего Международного Красного Креста местом, где впервые в большом масштабе применялись современные методы гуманитарной помощи. Именно там, в условиях войны, Красный Крест учился оказывать помощь и разрабатывал правила, которые потом стали основой для его работы во всем мире.

Канадский исследователь Д. Буркарт в своей статье провел обзор борьбы с тифом в Восточной Европе в 1916–1942 гг²². Отчасти была затронута деятельность медико-санитарной службы Белого движения и помощь со стороны США, Великобритании, Франции и других стран. По мнению автора, эпидемия сыпного сыграла большую роль в поражении армии А.В. Колчака. Однако больше внимания было уделено развитию советской системы здравоохранения в годы Гражданской войны и в последующий период.

Проблему борьбы с эпидемиями в эпоху Гражданской войны в России исследовал американский историк Дэвид К. Паттерсон. В его статье, посвященной борьбе с сыпным тифом в России, речь идет о влиянии эпидемии сыпного тифа на ход боевых действий, как Красной армии, так в армиях Белого движения²³. По мнению автора, эпидемии сыпного тифа напрямую влияли на ход боевых действий, что проявилось во время наступательных операций РККА в Сибири и в ситуации с армией генерала

²¹ Fayet J.-F. The Russian Red Cross in the Civil War / J.-F. Fayet // *Quaestio Rossica*. – 2021. – Vol. 9. – № 1. – P. 188–202.

²² Burkart J. Disease, Vermin, and Anti-Semitism: The Significance of Epidemic Typhus in Eastern Europe, 1916–1942 / J. Burkart // *The Ascendant Historian*. – 2022. – Vol. 2. – P. 12–22.

²³ K. David Patterson. Typhus and its control in Russia, 1870–1940. [Электронный ресурс] URL: <https://clck.ru/3ASKQF> (Дата обращения: 09.05.2023).

П.Н. Врангеля на Северо-Западе России. Д. Паттерсон приводит некоторые статистические материалы, мемуары, в том числе воспоминания британских офицеров, находящихся во ВСЮР в декабре 1919 г., но при этом лишь упоминает о противоэпидемической деятельности медицинских учреждений Белого движения.

Таким образом, несмотря на наличие ряда исследований, данная тема нуждается в дальнейшем изучении. Это касается деятельности правительственных медицинских учреждений, развития научной мысли, организации военно-полевой хирургии. В отечественной и зарубежной историографии вопрос о медицинской службе Белого движения либо носит региональный аспект, либо рассматривается с точки зрения общественных организаций. Комплексный анализ медицинской службы Белого движения ранее не проводился.

Источниковой базой исследования стал комплекс документов, статистических материалов, периодических изданий и источников личного происхождения. В работе используются как опубликованные, так и неопубликованные источники. Последние содержатся в фондах Государственного архива Российской Федерации (далее – ГА РФ), Российского государственного военного архива (далее – РГВА), Государственного архива Ростовского области (далее – ГАРО), часть этих материалов вводится в научный оборот впервые.

К изученным нормативным источникам относятся документы сборника «Дон в годы революции и Гражданской войны 1917–1920²⁴». В данном сборнике изданы документы, хранящиеся в ГАРО, краеведческих музеях Ростовской области и архивах Северного Кавказа. Особую ценность представляют приказы атаманов Всевеликого Войска Донского и мемуары участников тех событий касаясь развития медико-санитарной службы и борьбы с эпидемиями.

²⁴ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Дон в годы революции и Гражданской войны. 1917–1920. Сборник документов. Т. 2: май 1918 – март 1920. Ростов н/Д: Альтаир, 2020. 624 с.

В фондах ГА РФ хранятся журналы заседаний Особого совещания при Главнокомандующем вооруженными силами на Юге России²⁵, Большого Войскового круга Всевеликого войска Донского²⁶, Гражданской канцелярии главнокомандующего вооруженными силами на Северном фронте (Временное правительство Северной области)²⁷, Совете министров Российского правительства в Сибири²⁸ и Совете министров правительства Северо-Западной области России²⁹. Данные фонды позволили рассмотреть вопросы организации обеспечения медико-санитарных служб и недопущения распространения эпидемий, назначения руководящих на те или иные должности. На совещаниях обсуждались крупномасштабные проекты, по которым можно проследить развитие системы здравоохранения, однако в силу ряда причин они не были реализованы. Стоит отметить, что в данных журналах весьма проблематично выявить в какой мере исполнялись те или иные приказы, поэтому задействовались иные фонды и архивы. Интерес с точки зрения темы диссертации представляет фонд дел Отдела народного здоровья МВД, расположенного в Омске³⁰. В нем представлены документы, позволившие определить состояние ряда медицинских учреждений в Сибири, а также статистику по заболеваниям.

Большую ценность представляют документы отечественных и иностранных общественных организации, хранящиеся в ГА РФ и РГВА. К ним относятся документы Российского общества Красного Креста³¹,

²⁵ ГА РФ. Ф. Р439 – Особое совещание при Главнокомандующем вооруженными силами на Юге России. Екатеринодар. Оп. 1. Д. 86–89.

²⁶ ГА РФ. Ф. Р1258 – Большой Войсковой круг Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 1. Д. 245. Оп. 2. Д. 52, 59, 60, 61. Оп. 3. Д. 81.

²⁷ ГА РФ. Ф. Р3695 – Постановления и журналы заседаний Временного правительства Северной области, протоколы заседаний медицинского совета, приказы управляющего отделом внутренних дел по вопросам проведения противоэпидемических мероприятий в Северной области. Оп. 1. Д. 234.

²⁸ ГА РФ. Ф. Р176 – Совет министров Российского правительства. Омск. Оп. 4. Д. 32. Оп. 5. Д. 5, 12, 25, 53, 56, 59, 91, 92, 96, 99, 107, 108в, 375, 1126.

²⁹ ГА РФ. Р6385 – Совет министров правительства Северо-Западной области России. Ревель. Оп. 1. Д. 21, 26, 36, 40.

³⁰ ГА РФ. Ф. Р1702 – Отдел народного здоровья министерства внутренних дел Российского правительства. Омск. Оп. 1. Д. 6, 10, 26, 28, 49, 69; Оп. 2. Д. 1, 8.

³¹ ГА РФ. Ф. Р1845 – Временное Главное управление Российского общества Красного Креста. Оп. 1. Д. 1–5, 12, 21, 35, 37, 39.

Всероссийского земского союза, Донского общества помощи фронту³², Американского Красного Креста и Русского общества Белого Креста³³. В них содержится официальная переписка между управлениями и государственными ведомствами, учетно-статистические и справочно-информационные материалы, планово-отчетная документация, проекты развертывания коечного фонда и т.д. Данные материалы позволяют определить масштабы оказываемой помощи и ее распределения по медицинским учреждениям, уровень взаимодействия с правительственными организациями и армейским командованием.

Документы, хранящиеся в Российском государственном военном архиве, позволили более подробно раскрыть деятельность санитарных поездов³⁴, стационарных и плавучих госпиталей³⁵. Благодаря им была проанализирована организационно-штатная структура санитарных учреждений в подразделениях Белых армий на Юге и Востоке России. В данном архиве были обнаружены фонды по отдельным медицинским учреждениям, что позволило оценить степень работы на местах. Особый интерес представляет фонд коллекции приказов Белой армии, часть которых затрагивала деятельность медико-санитарной службы и в которых имеется информация по мобилизационным планам медицинских работников³⁶.

Полезные сведения по медико-санитарной службе Донского казачества в 1918–1920 гг. находятся в ГА РФ. Благодаря ряду документов удалось проанализировать структуру медико-санитарной службы, систему управления и штаты в разные этапы войны. Большую ценность представляют материалы, хранящиеся в Государственном архиве Ростовской области,

³² ГА РФ. Ф. Р1312 – Донское общество помощи фронту Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 1. Д. 6.

³³ ГА РФ. Ф. Р1313 – Общество Белого креста (Добровольческая армия). Ростов-на-Дону. Оп. 1. Д. 1.

³⁴ Российский государственный военный архив (далее – РГВА) Ф. 40243 – Управление Главноуполномоченного Российского общества Красного Креста Восточного фронта. Российское правительство. Станция Колумзино. Оп. 1. Д. 1.

³⁵ РГВА. Ф. 40176 – 7 этапный лазарет Российского общества Красного креста. Оп. 1. Д. 1–3, 5, 7.

³⁶ РГВА. Ф. 40213 – Коллекция приказов Белой армии. Оп. 1. Д. 22а, 121а, 121б, 124б, 1710, 1720.

позволившие более подробно рассмотреть состояние медико-санитарной службы донского казачества в 1918–1920 гг.³⁷

Таким образом, использованные московские архивы в целом отражают общую историю медицинского обеспечения Белого движения, так как именно в них хранится ряд статистических материалов, писем, приказов и т.д.

В отдельную группу источников вошли материалы периодической печати 1918–1920 гг. Ценная информация о ходе борьбы с эпидемиями содержится в газетах «Донские ведомости»³⁸, «Донская волна»³⁹, «Приазовский край»⁴⁰. Корреспондентов интересовала информация о медико-санитарной деятельности общественных организаций и правительственных учреждений, издавались объявления о карантинах и мерах предосторожности в наиболее острые периоды эпидемий. Указанные периодические издания, безусловно, проходили через военную цензуру и не могли в полной мере публиковать статистические данные.

Следующую группу источников представляют документы личного происхождения участников Белого движения⁴¹, фельдшеров⁴² и сестер милосердия⁴³. Благодаря целому ряду таких источников можно проследить положение медицины на местах и проблемы, имевшиеся в данной сфере. В работе проанализированы мемуары офицеров и генералов Белого движения, дававших свою оценку состояния медико-санитарной службы⁴⁴. В мемуарах командиров РККА также можно обнаружить описание эпидемиологической

³⁷ Государственный архив Ростовской области (далее – ГАРО). Ф. 301. Отчет о работе земско-медицинского отделения Военно-санитарного управления ВВД. Оп. 16. Д. 1522.

³⁸ Донские ведомости: Ежедневная общественно-политическая и литературная газета, Новочеркасск, 1919. [Электронный ресурс] URL: <http://elib.shpl.ru/ru/nodes/68702-donskie-vedomosti-ezhedn-obschestvenno-politicheskaya-i-literaturnaya-gazeta-novocherkassk-1919> (Дата обращения: 02.05.2023 г.)

³⁹ Донская волна: еженедельник истории, литературы и сатиры. Ростов-на-Дону, 1918.

⁴⁰ Приазовский край: ежедневная газета политическая, экономическая и литературная / ред. Ф.С. Каллига. Ростов-на-Дону, Область Войска Донского, 1919 г.

⁴¹ Гуль Р. Ледяной поход (С Корниловым). М.: МП "Либрис", 1991. – 71 с.

⁴² Любовин М.В. (1900 – 1995). Воспоминания донского казака / [подгот. и ред.-комментатор Е.Н. Егорова]. – М: Екатерининский мужской монастырь; Брюссель: Ассоц. Св. Троицы Московского Патриархата, 2014. 210 с.

⁴³ Добровольцы: сборник воспоминаний [сост., вступ. ст., примеч. Т. Есиной]. М.: Русский путь, 2014. 365 с.

⁴⁴ Жигалин Я.П. Партизанские отряды занимали города. — 2-е изд. [Электронный ресурс] URL: <https://litmir.club/br/?b=649171&p=26> (дата обращения: 13.11.2024).

обстановки на оставленных белыми территориях, санитарных поездов и медицинских учреждений Белого движения⁴⁵.

Объектом исследования являются медицинские и санитарные службы армий и гражданских медицинских учреждений Белого движения, а также общественных организаций, оказывающих помощь медицинской системе.

Предметом исследования является организация хирургической помощи, борьбы с эпидемиями, эвакуации и лечения раненых и больных.

Цель исследования: осуществить развернутый анализ развития медицинского и санитарного обеспечения армий Белого движения (Добровольческой, Донской, Северной, Северо-Западной армий, ВСЮР, Русской армии А.В. Колчака и Русской армии П.Н. Врангеля) через основные этапы его становления.

Для достижения поставленной цели в диссертации были поставлены следующие **задачи**:

- Изучить особенности деятельности медико-санитарной службы на Юге, Сибири, Севере и Северо-Западе России;
- Проанализировать роль и место российских и иностранных общественных организаций в развитии медицины Белого движения в этих районах;
- Исследовать деятельность медицинских и общественных организаций в борьбе с эпидемиями тифа, гриппа («испанского гриппа»), чумы, оспы;
- Проанализировать взаимодействие правительств Белого движения с иностранными правительствами касемо оказания развития медицинской службы;
- Изучить проекты Главных военно-санитарных управлений касемо организации эвакуации и проведения лечения раненых в условиях проведения наступательных и оборонительных операций, способах организации санаторного лечения.

⁴⁵ Кучкин А.П. В боях и походах от Волги до Енисея (Записки военного комиссара). [Электронный ресурс] URL: https://militera.lib.ru/memo/russian/kuchkin_ap/05.html (дата обращения: 10.11.2024).

Методологической основой исследования являются принципы историзма и системности. Использовались также общенаучные методы: анализ, синтез, обобщение, дедукция, индукция и сравнительно-исторический, позволившие проводить сравнительный анализ, аналогию, сопоставление в различные хронологические периоды, с учетом количественных и качественных характеристик.

Принцип системности в исторических исследованиях предполагает, что предмет конкретного исторического исследования должен рассматриваться во взаимосвязи всех его элементов и внешних связей. Благодаря применению типологизации удалось выделить отделы, управления в санитарно-медицинских службах Белого движения.

При помощи системно-функционального метода удалось проанализировать эффективность и действие механизма взаимодействия местных органов самоуправления и медицинских учреждений. Структурно-функциональный метод использовался для реконструкции системы здравоохранения правительств Белого движения, как одного из элементов социальной системы. Применение историко-статистического метода позволило проанализировать количественные (цифровые) показатели развития системы здравоохранения.

Историю развития медицины Белого движения можно рассматривать в рамках концепции человеческого капитала Д. Минсера, Т. Шульца и Г. Беккера, так как здоровье является одним из главных компонентов. Эту концепцию развили отечественные ученые О.С. Кузьмич и С.Ю. Рощин, сделавшие в своем исследовании вывод о том, что ухудшение здоровья влечет негативные последствия не только для индивида, но и для экономики в целом. Сохранение человеческого капитала в условиях Гражданской войны (как медицинских работников, так и всего населения) имело большое значение не только для социально-экономической сферы, но и оказывало влияние на ход боевых действий. Впоследствии часть медицинских работников Белого движения перешла на службу в советскую систему

здравоохранения и внесла свой вклад в развитие ряда направлений медицинской науки.

В диссертации применялись подходы микроистории и истории повседневности. Их задействование обусловлено активным использованием в работе материалов публицистики и источников личного происхождения.

Научная новизна исследования состоит в использовании архивных документов, впервые введенных в научный оборот. Исследована роль санитарных управлений, проекты правительств Белого движения, посвященных борьбе с эпидемиями (организация эвакуации беженцев, создание банно-прачечных пунктов, попытки проведения массовой вакцинации и просветительской работы среди армейских частей и мирного населения, взаимодействие с интервентами). Комплексно изучена проблема оказания хирургической помощи (создание санитарных поездов, численность их личного состава, организация эвакуационных пунктов и хирургических лазаретов), налаживание производства и закупок необходимых медикаментов, инструментов, материалов. Рассмотрена финансовая политика правительств Белого движения в области здравоохранения.

Теоретическая значимость работы состоит в детальном исследовании освещении в организации и развития медицины Белого движения, что дает возможность подробно рассмотреть особенности становления медико-санитарных служб и проанализировать их влияние на состояние фронта и тыла. В работе показана преемственность организации медицины Русской императорской и Белой армий, влияние общественных организаций на развитие медико-санитарной службы.

Практическая значимость. Результаты проведенного исследования могут стать основой для дальнейшего изучения истории развития медицинской службы в годы Гражданской войны в России; использоваться для написания учебной литературы по этой или смежной теме.

Хронологические рамки исследования охватывают период с 1918 по 1920 гг. Нижняя граница обусловлена формированием медико-санитарной

службы Белого движения на Юге, Севере, Северо-Западе России, в Сибири и на Дальнем Востоке, началом взаимодействия с иностранными общественными организациями и первыми вспышками крупных эпидемий; верхняя – крушением большинства очагов Белого движения и началом деятельности их медицинских организаций в эмиграции. Таким образом, исследуется основной этап развития медико-санитарной службы в белых армиях и их взаимодействия с общественными организациями в период Гражданской войны в России.

Территориальные рамки исследования охватывают области Юга, Севера, Северо-Запада России и Сибири.

Основные положения, выносимые на защиту:

1) В годы Гражданской войны правительствами Белого движения сохранялись тесные контакты как с Российским обществом Красного Креста и Всероссийским земским союзом, Союзом городов (что было обусловлено опытом Русской императорской армии в годы Первой мировой войны, а в случае с РОКК – с 1867 г.), так и с целым рядом иностранных краснокрестных организаций. Благодаря этому взаимодействию медицинский состав Белого движения получал медикаменты, инструменты, белье, в Россию прибывали врачи и сестры милосердия из других стран, были организованы лазареты. Отечественные организации по мере своих возможностей сумели переформатировать (а в некоторых случаях создать новую) госпитальную сеть, на их средства формировались санитарные поезда, летучки, закупались медикаменты, реализовывались проекты размещения беженцев с учетом недопущения распространения эпидемий.

2) Многочисленные вспышки эпидемий стали одной из ключевых проблем медицины Белого движения. Для их решения предпринимался целый комплекс мер: кредитование медицинских учреждений, расширение кочного фонда, создание банно-прачечных отрядов, дезинфекционных камер и т.д. Однако ввиду отсутствия достаточного количества лабораторий провести массовую вакцинацию, ни одному из правительств Белого

движения так и не удалось провести массовую вакцинацию, как это было в Советской России. Отсутствовало полноценное соблюдение санитарно-гигиенических условий по причине халатности, недостатка финансирования и отсутствия средств дезинфекции и дезинсекции. От медико-санитарной службы Русской императорской армии был унаследован и недостаток, заключавшийся в эвакуации больных вглубь страны, однако сеть распределительных эвакуационных пунктов в армиях Белого движения оказалась хуже развита. Проводилась и просветительская работа, для чего создавались плакаты, брошюры и вагоны-музеи, в которых велась работа с войсками и мирным населением о необходимости соблюдения гигиены и способах предотвращения заразных болезней. Если в годы Первой мировой войны в России в ряде случаев удавалось справляться с эпидемиями благодаря производству и закупке вакцин, просветительской работе, наличию производственных ресурсов и хорошо налаженной работе военно-санитарного ведомства и общественных организаций, то в условиях всеобщего кризиса в годы Гражданской войны армиям Белого движения это не удалось сделать. Крупнейшие лаборатории, занимавшиеся производством вакцин, находились в Москве и Петрограде, а закупка иностранных препаратов не могла быть осуществлена в полной мере ввиду высокого уровня инфляции. Таким образом, отсутствие централизации и безусловного приоритета нужд фронта перед нуждами тыла сыграли свою отрицательную роль в санитарном неблагополучии армий Белого движения.

3) Большой проблемой для медицины Белого движения являлось недостаточное снабжение медикаментами, инструментами и бельем, особенно со второй половины 1919 г. Отсутствие доступа к крупным фармацевтическим предприятиям, расположенным в Центральной России, подрывало возможности обеспечить медицинские учреждения. Фармацевтическая промышленность на подконтрольных Белым движением территориях не могла обеспечить все потребности армии и тыла, а приобретение необходимых медикаментов за рубежом было

проблематичным по причине высокой инфляции рубля. Несмотря на поставки, организованные иностранными организациями Красного Креста, этого объема было недостаточно. Наиболее хорошее обеспечение среди Белых армий наблюдалось на Севере России, что одновременно было связано и с не такой большой численностью подразделений. Несмотря на тяжелое экономическое положение Советской России, хаос и неразбериха в деле организации производства на территориях, подконтрольных Белому движению привели к постепенному ухудшению ситуации в деле снабжения медицинских учреждений.

4) В целях скорейшего возвращения в строй солдат и офицеров в Белом движении было организовано санаторно-курортное лечение. Так, на Юге России при посредничестве главного командования ВСЮР весной 1919 г. в этих целях использовались курорты Кавказа и Черноморского побережья. Казачьи медицинские службы при посредничестве Большого Войскового круга задействовали санатории в Терской области (Барятинский курорт). В области Всевеликого войска Донского были организованы Манычско-Грузская санитарная станция и имение Афинейс. В Сибири было организовано санаторное лечение на курортах в Дарасуне, Шиванде и Ямаровке, имелся санаторий в Харбине. В Архангельской губернии создавались специальные поселения, в которых больные были обеспечены помощью со стороны медицинского персонала и получали специальный паек, обогащенный витаминами. В 1919 г. на территориях, подконтрольных Белому движению, действовало не менее 10 санаториев, что было в два раза больше, чем в Советской России в тот же период. Однако за 2 года и в условиях дефицита ресурсов эффективность данных учреждений нельзя охарактеризовать как высокую.

5) Медицинские работники Белого движения вели научную деятельность в период Гражданской войны. На созываемых конференциях обсуждались вопросы организации эффективной борьбы с эпидемиями, проведения эвакуации раненых и их дальнейшего лечения. Благодаря

деятельности В.А. Барыкина на Юге России была разработана новая методика диагностики сыпного тифа. Проводились эксперименты с созданием новых препаратов, велись исследования в области кардиологии и антисептики, разрабатывались методики оказания первичной медико-санитарной помощи. В Забайкалье доктора И.И. Алексеев и А.Л. Василевский проводили научные конференции, посвященные борьбе с эпидемиями. Однако ввиду небольшой продолжительности времени и острого дефицита ресурсов научная деятельность оказалась скорее эпизодической и не могла значительно повлиять на развитие системы здравоохранения.

б) Состояние медицинской службы Белого движения имело большое значение для исхода Гражданской войны. В частности, тяжелое состояние медико-санитарной службы Северо-Западной армии в ноябре 1919 г. не позволило локализовать эпидемию сыпного тифа, что привело к большому количеству больных. Перераспределение медицинского персонала приводило к дополнительной нагрузке для хирургических лазаретов, из-за чего смертность увеличивалась. Впоследствии слабость медико-санитарной службы Северо-Западной армии сыграла большую роль в ее самоликвидации. Госпитальная сеть на Юге России в мае–августе 1919 г. справлялась с потоком раненых и больных, что позволило своевременно выписывать их и возвращать в строй, продолжать наступление на Москву. Однако кризис медицинской системы с октября 1919 г. не позволил проводить полноценное лечение раненых.

В Сибири лазареты уже с февраля–марта 1919 г. были переполнены сыпнотифозными больными. По этой причине уже спустя три недели после начала весеннего наступления армии А.В. Колчака нарушилась система поэтапной эвакуации, что привело к дополнительной нагрузке на логистику наступающих белых войск. Неспособность организовать эффективную систему противоэпидемической борьбы привела к снижению боеспособности ряда подразделений белых войск. Беспорядок в деле снабжения медицинских

учреждений, учеты выписки раненых и больных замедляли темпы возвращения в строй.

Апробация работы. Основные положения исследования опубликованы в четырех научных статьях в рецензируемых научных журналах, рекомендуемых ВАК Министерства науки и высшего образования РФ для публикации результатов исследований на соискание ученой степени кандидата наук. Часть результатов исследования внедрены в преподавание дисциплины «История России» в Российском университете транспорта.

Содержание работы отображено в следующих основных публикациях:

1) Зубарев П.А. Борьба с эпидемиями в армиях Белого движения в годы Гражданской войны в России // Власть истории – История власти. 2023. Т. 9. Ч. 1. № 43. С. 109–119.

2) Зубарев П.А. Организация военной медицины Белого движения на юге России в январе 1918 – мае 1919 гг. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Гуманитарные науки. 2023. № 2-2. С. 7–10.

3) Зубарев П.А. Борьба с эпидемиями в армии Белого движения и РККА в годы Гражданской войны в России // Вопросы национальных и федеративных отношений. 2023. Выпуск 2 (95). Т. 13. С. 504–511.

4) Зубарев П.А. Военно-санитарные поезда Белого движения на Юге России и в Сибири в 1918–1920 гг. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Гуманитарные науки. 2025. № 6. С. 38–40.

Структура диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения и библиографического списка. В первой главе рассмотрена история организации и развития медицинской системы Белого движения в 1918–1920 гг. на Юге и Севере России.

Вторая глава посвящена изучению истории борьбы с эпидемиями медицинскими учреждениями Белого движения на Юге, Севере, Северо-Западе России, в Сибири. Были рассмотрены проекты борьбы с эпидемиями, ход противоэпидемических работ и статистические материалы.

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ БЕЛОГО ДВИЖЕНИЯ

К началу XX века российская медицина добилась значительных достижений. Её модернизации способствовала научно-исследовательская деятельность таких выдающихся врачей как И.П. Павлов, И.И. Мечников, Н.С. Коротков, В.П. Образцов и Н.Ф. Гамалея.

Однако динамическому развитию медицины препятствовал децентрализованный характер системы здравоохранения Российской империи. Население бессистемно получало помощь со стороны государственных, земских, городских и нередко общественных организаций. В 1913 г. в России насчитывалось 29 098 врачей (из которых 25 433 являлись гражданскими) и 24 038 фельдшеров⁴⁶. До 70% врачей проживало в городах. По приблизительным подсчётам один врач приходился на 7070 чел., что нельзя назвать удовлетворительной статистикой. Значительное преобладание сельского населения над городским безусловно выступало серьезным испытанием для системы здравоохранения страны.

Ситуацию усугубляло то, что в период Первой мировой войны около 60% медков было мобилизовано. При этом на фронте и в госпиталях нехватка врачей составляла 18–30%. На начальных этапах войны число мобилизованных солдат неуклонно росло, а медико-санитарная служба уже была не способна справляться с таким пополнением. Предпринимались попытки отправки на службу зауряд-врачей и врачей-женщин, но такая мера не покрывала острую нехватку медиков.

Проблема заключалась также и в нерациональном распределении медицинских кадров. Практически полностью отсутствовала система учета

⁴⁶ Гладких П.Ф., Максимов И.Б. Очерки истории отечественной военной медицины в 2 кн. (1613–1991). Кн. 1. Медицинская служба Армии Императорской России (1613–1917). СПб. 2020. С. 545.

специальностей врачебного состава. Депутат Государственной думы А.И. Шингарев писал: «... акушеры, психиатры и санитарные врачи оказывались там, где требовались опытные специалисты—хирурги; пожилые врачи работали в передовых пунктах, при полках, а неопытные и молодые — в госпиталях»⁴⁷. Однако с пополнением фельдшерских кадров дела обстояли лучше. На фронтах действовало порядка 26 000 фельдшеров и их нехватка составляла 8–12%.

Значительную роль в деле организации оказания медицинской помощи в Русской императорской армии играли общественные организации. Флагманом выступало Российское общество Красного Креста, члены которого обладали большим опытом оказания медицинской помощи в период войны, голода и эпидемий. В 1914 г. появились Всероссийский земский союз, Союз городов и ряд менее крупных организаций, нацеленных на оказание медицинской помощи военнослужащим, беженцам и военнопленным⁴⁸. Общественные организации занимались подготовкой медицинских кадров, формировали госпитали и лазареты, организовывали производство и закупку медикаментов, на их средства создавались санитарные поезда и т.д. К 1916 г. до 46,5% коечного фонда страны было сформировано за счет общественных организаций⁴⁹.

Современники (а впоследствии советские и российские историки) отмечали, что одной из фундаментальных проблем медико-санитарной службы Русской императорской армии в те годы являлось оттеснение врачей от административных должностей. Руководителями назначались кадровые военные, зачастую не имевшие опыта организации оказания медицинской помощи в условиях крупномасштабных боевых действий. Зачастую это

⁴⁷ Гладких П.Ф. Военная медицина императорской России в Первой мировой войне в 1914–1917 годы / П.Ф. Гладких // Медикобиологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. С. 8.

⁴⁸ Чистяков О.В. Российское общество Красного Креста во время Первой мировой войны / О.В. Чистяков // Военно-исторический журнал. – 2009. – № 12. – С. 68.

⁴⁹ Хабриев Р.У. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / М.В. Поддубный [и др.]; ред. Р.У. Хабриев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 224.

приводило к неверной оценке ситуации с позиций медицины и нерациональному распределению раненых по госпиталям. В 1914–1915 гг. на лечение в глубокий тыл нередко отправляли даже легкораненых, что в свою очередь приводило к перегрузке транспортной системы. Порядка 70–80% раненых проходило лечение в госпиталях Москвы и Петрограда, что создавало избыточную нагрузку на эти города. И в это же время медицинские учреждения в губерниях находились в запустении⁵⁰.

Также негативные последствия имело правило, распространённое в 1910-е гг. в медико-санитарной службе Русской императорской армии, заключавшееся в принципе «эвакуация прежде всего»⁵¹. Подобной концепции на тот период придерживался целый ряд армий мира. Так, британский хирург сэр Уильям Маккормак писал, что «раненый в живот умирает, если его оперируют, и остается жив, если его оставить в покое»⁵². Считалось, что помощь следовало оказывать в тыловых госпиталях даже при огнестрельных ранениях в живот, а на этапах эвакуации ограничиться перевязками. Однако в условиях больших расстояний Российской империи, сложностями в осуществлении транспортировки, при недостатке медицинских кадров и необходимого оборудования, эвакуация приводила к увеличению уровня смертности. Таким образом, ошибочное учение о «первичной стерильности огнестрельной раны» привело к губительному пассивному хирургическому вмешательству в первые часы после ранения⁵³.

Многие русские военные врачи, включая выдающегося профессора Военно-медицинской академии В.А. Оппеля, критиковали данную

⁵⁰ Шапошников Г.Н. Армейская медицина в годы Первой мировой войны / Г.Н. Шапошников, В.В. Запарий // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – № 2. С. 175.

⁵¹ Там же. С. 173.

⁵² Vergani C., Venturi M. The Italian mobile surgical units in the Great War: the modernity of the past.

[Электронный ресурс], URL:

https://www.academia.edu/109394499/The_Italian_mobile_surgical_units_in_the_Great_War_the_modernity_of_the_past (дата обращения: 21.07.2025).

⁵³ Гладких П.Ф. Хирургическая помощь раненым в Первой мировой войне 1914–1918 гг. (к 100-летию начала войны) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 2. С. 95.

концепцию, выдвигая на первое место принцип этапного лечения раненых во время эвакуации. Согласно этой концепции, важную роль играли главные эвакуационные пункты. Но недостаток людских и материальных ресурсов не позволил во время Первой мировой войны создать разветвленную систему оказания этапной помощи.

Однако наблюдались и положительные изменения, к которым можно отнести формирование передвижных рентгеновских кабинетов, организацию врачебно-питательных пунктов на этапах эвакуации, создание передвижных отрядов хирургов-консультантов. Тем не менее полный переход к новым принципам оказания помощи в период Первой мировой войны так и не произошёл.

Организация эвакуации раненых и больных требовала задействования большого количества транспорта. В начале войны медико-санитарная служба имела в распоряжении 51 санитарный поезд. Благодаря стараниям общественных организаций к 1917 г. количество санитарных поездов было увеличено до 255. Несмотря на пятикратное увеличение количества санитарных поездов, подвижного состава всё равно не хватало из-за проблем с распределением по участкам фронтов. Часть больных и раненых приходилось эвакуировать в необорудованных теплушках. Это неизменно приводило к ухудшению состояния больных и приводило к росту смертности.

Также параллельно происходило формирование автомобильных санитарных отрядов. К лету 1917 г. императорской армией было создано 58 автомобильных отрядов и еще 40 отрядов удалось сформировать при помощи общественных организаций⁵⁴.

По итогам работы медико-санитарной службы Русской императорской армии в годы Первой мировой войны в строй удалось вернуть около 50%

⁵⁴ Чиж И.М. Военная медицина в русской армии в годы Первой мировой войны / И.М. Чиж, И.В. Карпенко // История Медицины. – 2017. – Т. 4. – № 2. – С. 219.

раненых. Были спасены жизни более 20% тяжелораненых, впоследствии получивших инвалидность. Смертность в рядах русской армии составила 11,5%. Медико-санитарной службе германской армии удалось вернуть в строй 76% раненых, а французской – 75–82%⁵⁵.

Основными успехами медико-санитарной службы можно считать активизацию оказания хирургической помощи в прифронтовых районах, динамичное развитие автомобильного и железнодорожного санитарного транспорта и увеличение количества санитарно-питательных пунктов на путях следования. В непростых условиях Первой мировой войны отечественные военные медики профессионально и самоотверженно выполняли свои обязанности. К сожалению, до конца войны медико-санитарная служба так и не смогла окончательно отойти от концепции «эвакуации во что бы то ни стало». Впоследствии часть медицинских работников Русской императорской армии и общественных организаций перешла на сторону Белого движения, осуществив преемственность в организации оказания медицинской помощи на фронте и в тылу с рядом ее достоинств и недостатков.

⁵⁵ Шапошников Г.Н. Армейская медицина в годы Первой мировой войны / Г.Н. Шапошников, В.В. Запарий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – № 2. С. 176.

1.1. Организация медицины Белого движения на Юге России

Русские военные врачи, фельдшеры, медбратья и медсестры в большинстве случаев приветствовали начало Февральской революции 1917 г. Вскоре все большее участие в управлении лазаретами стали играть нижние чины, что не могло не нарушить дисциплину и снизить качество оказываемой медицинской помощи. Особую опасность это приобрело на фронте, где избранные в Советы солдатских депутатов фельдшеры и санитары могли не только исполнять роль представителей власти, но и расправиться с неугодными им врачами⁵⁶.

Армии Белого движения на начальном этапе Гражданской войны были лучше укомплектованы врачебным составом. Немалую роль играли гражданский медицинский персонал, Совет городов, РОКК, ряд средних и высших медицинских учебных заведений, лояльных Белому движению. Для эффективной работы медико-санитарной службы следовало организовать централизованное управление, подготовку новых кадров, наладить производство медицинских препаратов, инструментов и перевязочных материалов. Обоим противоборствующим сторонам предстояла большая организационная работа в тяжелых условиях.

Фармацевтическая промышленность в России до революции была развита слабо. Накануне Первой мировой войны на территории Российской империи находилось лишь около 400 фармацевтических предприятий, отечественная промышленность удовлетворяла спрос на медикаменты только на 30%⁵⁷. Проблема для Белого движения состояла и в том, что большая часть медицинских складов, лабораторий, фармацевтических предприятий находились в Центральной России, в первую очередь, в Москве и Петрограде. На Юге потребность в медицинских препаратах по большей

⁵⁶ Морозова О.М., Трошина Т.И. Состояние военной медицины в годы Гражданской войны // Вестник РУДН. История России. 2022. № 1. С. 110.

⁵⁷ Шерстнёва Е.В. Зависимость фармацевтического рынка Российской империи от импорта лекарственных средств в начале XX века // Ремедиум. 2015. № 11. С. 43.

части удовлетворяли провизоры, что в условиях разгоравшейся Гражданской войны было явно недостаточным. Поставки из-за рубежа на тот момент находились в зачаточном состоянии.

В конце 1917 – начале 1918 гг. на Юге России, в Добровольческой армии шло комплектование госпиталей и лазаретов. Одним из важнейших вопросов была организация эвакуации раненых, что потребовало большого количества телег, железнодорожных составов и пароходов. Такие масштабные задачи удалось решить, да и то лишь после создания ВСЮР. В феврале – марте 1918 г. Добровольческой армии остро не хватало живой силы и материальных ресурсов.

Во время Ледяного похода февраля – апреля 1918 г. на 4200 солдат и офицеров Добровольческой армии было лишь 25 фельдшеров и санитаров, 122 сестры милосердия и 21 врач⁵⁸. Стоит отметить, что среди сестер милосердия были как участницы Первой мировой войны, так и неподготовленные, но искренне желающие помочь формирующейся армии. Ледяной поход стал первым серьезным испытанием для медико-санитарной службы Добровольческой армии, особенно, в плане организации военно-полевой хирургии. Бои февраля – марта выявили целый ряд недостатков, требовавших срочного исправления. Такие выводы можно сделать по сохранившимся мемуарам участников тех боев.

Участник Ледяного похода Р.Б. Гуль так описывал те события: «Три сестры не успевают ничего сделать. Старые раны гноятся, перевязки не переменены, серьезные ранения требуют доктора. Докторов почему-то нет, а в лазарете их 8 человек. Кому же жаловаться? Только Корнилову. Я пишу его адъютанту: “Любезный В.И., Я ранен – лежу в училище. Считаю своим долгом просить Вас обратить внимание генерала на хаос, царящий в

⁵⁸ Морозова О.М., Трошина Т.И. Состояние военной медицины в годы Гражданской войны // Вестник РУДН. История России. 2022. № 1. С. 116.

лазарете. Тяжелораненым неделями не меняют перевязок, раненые просят доктора – докторов нет...»⁵⁹.

Согласно мемуарам Р.Б. Гуля, во время Ледяного похода ощущалась нехватка сестер милосердия: «На будке одна сестра. Около нее сидят, лежат, стоят раненые. „Сестрица, перевяжите, пожалуйста“. – „Сейчас, сейчас, подождите, не всем сразу, – спокойно отвечает она. – Вот, видите, я на позиции одна...»⁶⁰.

О плохо организации лазаретов во время этого похода позже писал и генерал А.И. Деникин: «Не было надлежащей санитарной организации и почти не было ни инструментов, ни медикаментов, ни перевязочного материала и антисептических средств. Раненые испытывали невероятные страдания, умирали от заражения крови и от невозможности производить операции – даже легкораненые... Из лазарета шел стон и просьбы о помощи; там создавалась острая атмосфера враждебности»⁶¹.

Анализ многочисленных документальных источников свидетельствует о том, что в Добровольческой армии тогда наблюдался невысокий уровень организации оказания медицинской помощи. К февралю 1918 г. еще не было проведено эффективное распределение личного состава медицинских учреждений, что создавало подобные ситуации. Сказывались и серьезные проблемы с обеспечением медикаментами и перевязочным материалом (что находит подтверждение в мемуарах многих участников похода). Впоследствии медико-санитарная служба пыталась решить этот вопрос разными способами. Например, в качестве перевязочных материалов сестрам милосердия порой приходилось использовать занавески и одежду.

В зимних условиях Ледяного похода серьезной проблемой стала эвакуация раненых. Генерал Л.Г. Корнилов приказал не оставлять их⁶².

⁵⁹ Гуль Р.Б. Ледяной поход (С Корниловым). М.: Воениздат. 1991. С. 25.

⁶⁰ Там же. С. 32.

⁶¹ Деникин А.И. Очерки русской смуты. Т. 2: Борьба генерала Корнилова: август 1917 – апрель 1918. М., Айрис-Пресс, 2017. С. 117.

⁶² Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Добровольческая армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 76.

Однако сказывалось недостаточное количество телег, теплых вещей, пунктов питания и обогрева, что приводило к увеличению случаев обморожений солдат и офицеров и осложнению лечения⁶³. Исполнение приказа Л.Г. Корнилова не могло быть в полной мере выполнено, поэтому часть тяжелораненых, не способных перенести длительный путь, оставляли в станциях⁶⁴.

В тяжелых условиях работали не только врачи, но и медсестры, многие из которых проявляли настоящий героизм. В. Иляхинский, участник Ледяного похода, с уважением вспоминал гимназистку Ростовской женской гимназии Александру Викторовну (согласно его мемуарам, солдаты и офицеры обращались к сестрам милосердия не по фамилии, а по имени и отчеству). Известно лишь, что она добровольно ушла из дома для поддержки войск генерала Л.Г. Корнилова⁶⁵.

В связи с проведением интенсивных боевых действий необходимо было создать органы управления санитарной частью. Большую роль в организации военной медицины Белого движения на Юге России сыграл тайный советник А.Ф. Вейс. С 1914 г. он занимал должность санитарного инспектора Войска Донского, с 1917 г. – стал начальником санитарной части Кавказского фронта, с 1 октября 1918 г. стал заведующим отдельным делопроизводством по санитарной части военного и морского отдела, с 4 января 1919 г. – стал начальником санитарной части Добровольческой армии, а затем и ВСЮР⁶⁶. Имея большой административный опыт в деле организации санитарной службы, А.Ф. Вейс налаживал оказание медицинской помощи на Юге России. При нем началась реформа управления и формирование новых медицинских учреждений.

⁶³ Богаевский А.П. Ледяной поход. Воспоминания 1918 г. Нью-Йорк: Союз первопоходников, 1963. С. 139.

⁶⁴ Там же. С. 142.

⁶⁵ Иляхинский В. «Сестры милосердия в походе» // Первый Кубанский «Ледяной поход». / Под ред. С.В. Волкова. М.: Центрполиграф, 2001. С. 68.

⁶⁶ Яньшин Л.А. Об основах организации медицинского обеспечения войск Белого движения (К 90-летию окончания Гражданской войны и иностранной военной интервенции в России) // Военно-медицинский журнал. 2011. Т. 332. № 1. С. 73.

Как уже отмечалось, бои февраля – апреля 1918 г. выявили недостатки в эвакуации и организации распределения медицинского персонала, дефицит медикаментов и перевязочного материала. Характер боевых действий начального периода Гражданской войны диктовал необходимость создания разнородных, преимущественно мобильных медицинских формирований, отвечающих боевому назначению обеспечиваемых ими частей и соединений, формам ведения вооруженной борьбы и особенностям театра военных действий. Этими обусловлено известное своеобразие структуры и выполняемых функций создававшихся на местах медицинских учреждений. Следует отметить, что подобная ситуация была характерна не только для медико-санитарной службы Белого движения, но и для РККА.

Большое значение приобрели, в частности, железнодорожные летучие отряды. Передовые летучие санитарные отряды выдвигались на головную железнодорожную станцию, оттуда раненые и больные доставлялись в железнодорожный летучий санитарный отряд, выполнявший функции перевязочного отряда и дивизионного лазарета. С его помощью раненые и больные эвакуировались в тыл – в головной эвакопункт для дальнейшего распределения.

Снабжение медико-санитарной службы Белого движения на Юге улучшилось вскоре после завершения Первой мировой войны и создания ВСЮР, что позволило союзникам поставлять больше ресурсов в Россию. Сестра милосердия княгиня В.В. Урусова вспоминала о событиях конца 1918 – начала 1919 г.: «Все загорелось надеждой, а организация нашей медицинской помощи с каждым днем улучшалась. Финансовая комиссия прислала нам много всякого имущества: войлок, одеяла, валенки, разную посуду. Сестра Ирина съездила на склад Красного Креста в Сосыку и привезла целый вагон медикаментов и операционных инструментов,

автоклав, перевязочный материал, белье, полушубки, носилки и все необходимое для полноценного лазарета»⁶⁷.

Вопросами обеспечения снабжения стали заниматься сразу несколько отдельных организаций: РОКК, медико-санитарная служба Донского казачества, Донское общество помощи фронту и другие благотворительные организации. Немалую роль играли и меценаты Юга России, на их денежные средства создавались частные госпитали и лазареты, шла закупка необходимых инструментов и медикаментов⁶⁸. Это позволило содержать медико-санитарные службы ряда подразделений на более высоком уровне.

Степень обеспеченности медицинским персоналом и медикаментами в различных частях была не одинаковой и во многом зависела от степени заботы их командиров. Добровольческая армия перенимала опыт организации медицинского управления и снабжения у Русской императорской армии, что происходило у всех армий Белого движения. В указанный период наблюдалось обособление медико-санитарных служб в Добровольческой, Донской и Кавказской армиях ввиду конфликтов, возникавших на почве распределения медицинского имущества. Подобная ситуация наблюдалась между многими организациями. В отличие от Советской России, в тот период на Юге России не предпринималось попыток объединить деятельность всех медицинских учреждений под руководством единого центрального органа, по всей видимости, рассчитывая справиться своими силами.

Медицинские учреждения ВСЮР оказались оснащены лучше, чем части Добровольческой армии в 1918 г., что объясняется их более тесным сотрудничеством с РОКК и Всероссийским земским союзом, которые предприняли комплекс мер по развитию фармацевтической промышленности на Юге. Налаживая медицинское снабжение армиям Белого движения, РОКК

⁶⁷ Урусова В. Мои воспоминания о войне Великой и войне гражданской // М.: Наше наследие, 1996. № 38. С. 67.

⁶⁸ Зубарев П.А. Организация военной медицины Белого движения на юге России в январе 1918 – мае 1919 г. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Гуманитарные науки. 2023. № 2-2. С. 7.

взаимодействовало с иностранными обществами Красного Креста, что было особенно важно в тяжелых условиях внутреннего рынка.

В этом отношении важную роль сыграли медицинские учреждения, эвакуированные в южную часть Российской империи еще в ходе Первой мировой войны. Прежде всего, медицинский факультет Варшавского университета, эвакуированного в Ростов-на-Дону и поспособствовавшего развитию медицины города. Здесь преподавали такие выдающиеся хирурги как П.И. Бухман, Н.И. Напалков, Н.А. Богораз, В.П. Вознесенский, профессор-ортопед Н.В. Парийский (главврач Николаевской больницы, родоначальник ортопедии на Дону), физиолог Н.А. Рожанский, Ф.А. Соловьев (основатель школы акушеров-гинекологов в городе), К.З. Яцута (один из основоположников ростовской школы анатомов) и др. Позднее предпринимались попытки создания новых медицинских учебных заведений, что являлось особенно актуальным в условиях разгара боев весны – лета 1919 г.

Помимо вышеуказанных учреждений существовал ряд частных лазаретов, аптек, зубных кабинетов и др. Это позволяло частично обеспечить мирное население (в первую очередь крупных городов) необходимой медицинской помощью, что несколько облегчило работу государственных и общественных учреждений. Однако, частные аптеки, не имея прямого доступа к высокоразвитой фармацевтической промышленности, в случае ухудшения обстановки сталкивались с серьезными проблемами, касающимися бесперебойного снабжения даже препаратами первой необходимости. Еще хуже обстояли дела в сельской местности, особенно в прифронтовых районах.

Большую опасность представляла распространявшаяся эпидемия тифа, ввиду чего значительную часть денежных средств выделяли на создание эпидемических лазаретов и расширение сети подвижных и стационарных бань и прачечных. Ряд фронтовых госпиталей столкнулся с острой нехваткой

медицинского персонала, но в условиях эпидемии данный шаг позволил приостановить ее распространение.

С февраля – марта 1919 г. началась планомерная подготовка госпитальной сети в тыловых районах. Создавались новые медицинские учреждения, среди которых можно выделить эвакуационные и врачебно-питательные пункты в Николаевске, Моздоке, Георгиевске, Минеральных Водах и Ставрополе, в станицах Червленной, Петровской и Прохладной⁶⁹. Согласно решению Особого совещания, расширялась госпитальная база в Ростове-на-Дону, Екатеринодаре, Мариуполе, Новороссийске, Ессентуках и Кисловодске. Врачебно-питательным пунктам в годы Гражданской войны стало уделяться большое внимание из-за потока беженцев и нехватки медицинского персонала в тылу. Ответственность за их организацию ложилась на местные организации РОКК и Земского союза, но реализовать это было затруднительно по причине дефицита ресурсов на местах и отсутствия налаженной взаимосвязи между учреждениями.

В рассматриваемый период также происходило развитие военно-полевой хирургии. В состав полевого военно-санитарного управления ВСЮР было включено 15 полевых госпиталей (всего 3600 коек). В их распоряжении имелось 32 рентгеновских кабинета, расположенных в вагонах⁷⁰. К маю 1919 г. было сформировано 19 запасных госпиталей (всего 7040 коек). В состав эвакуационных медицинских учреждений входили головной эвакопункт, эвакоприемник и сводный эвакуационный госпиталь, рассчитанный на 630 коек. Их работу обеспечивали санитарные и врачебно-питательные поезда. Комитет скорой помощи Добровольческой армии в качестве дополнительных мер впоследствии сформировал санитарные поезда № 1 имени генерала М.В. Алексеева и № 2 имени А.Н. Алексеевой⁷¹. Проводилась организация подвижных бань и прачечных. В целях

⁶⁹ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 87. Л. 5.

⁷⁰ Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Добровольческая армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 81.

⁷¹ Приазовский край: ежедневная газета политическая, экономическая и литературная / ред. Ф. С. Каллига. Ростов-на-Дону, Область Войска Донского, 1919 г. № 65. С. 2.

недопущения распространения возможных вспышек эпидемий на крупных железнодорожных, морских и речных станциях создавались врачебно-наблюдательные пункты, контроль за которыми возлагался на начальников местных санитарных частей. Перед отправкой все эшелоны должны были проходить дезинфекцию⁷². Каждой дивизии назначали дезинфекционный отряд. На деле, ввиду дефицита дезинфекционных средств и халатности ряда руководителей, не всегда удавалось воплотить это в жизнь, о чем свидетельствуют изученные документы и мемуары участников тех событий.

Ключевым городом, оказывающим медицинскую помощь, становился Ростов-на-Дону. В марте 1919 г. в нем развернули дополнительный эвакуационный пункт на 200 кроватей, увеличившийся к июню до 500 кроватей. Большая роль отводилась 71-му сводному эвакуационному госпиталю, способному принять до 630 раненых и больных⁷³. В дальнейшем раненых оставляли в городе, либо отправляли для реабилитации в другие тыловые медицинские учреждения. В феврале силами Доно-Кубанского комитета ВЗС в общей сложности были развернуты госпитали на 3000 кроватей. В дальнейшем коечный фонд увеличился до 10000 мест. В Новочеркасске данный показатель достиг 3400 кроватей, в Таганроге – 400 (Доно-Кубанский комитет впоследствии довел их количество до 900). В Александро-Грушевске развернут госпиталь на 200 кроватей⁷⁴. Для реабилитации раненых сформировано 13 команд выздоравливающих и открыты санатории в Кисловодске и Керчи по 60 мест в каждом.

В феврале 1919 г. планировалось организовать разветвленную госпитальную сеть на Донбассе и Азовско-Днепровском направлении. Однако особым совещанием они были признаны полностью неготовыми к предстоящему приему потока раненых (весной – летом 1918 г. там практически отсутствовали какие-либо крупные медицинские учреждения). В Юзовке, Бахмуте и Енакиеве на средства горнопромышленников удалось

⁷² ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 87. Л. 8.

⁷³ Там же. Л. 7.

⁷⁴ Там же.

открыть лазареты и госпитали на 700 кроватей⁷⁵. Уделялось внимание и созданию врачебно-питательных пунктов, они были организованы на станциях Ясиноватая, Харцызск и Никитовка. На базе городских больниц Бердянска и Мелитополя проводилось расширение до 100 мест, в Мариуполе развернут хирургический лазарет⁷⁶. Благодаря данным мерам к маю – июню 1919 г. удалось обеспечить наступавшие части разветвленной медицинской помощью на указанном направлении с эвакуационными пунктами и санитарным транспортом.

Большую роль в организации медицинской помощи на Юге России сыграл Всероссийский земский союз, чьи члены обладали колоссальным опытом в деле организации медицинской помощи со времен Первой мировой войны⁷⁷. Общее число лечебных заведений, состоявших в его ведении в тылу армии, по официальным данным, доходило до 150 с общим количеством коек на 35 тыс. чел. Однако в действительности их было больше. В моменты наиболее интенсивных боев и разгара эпидемий лазареты лишь Доно-Кубанского Комитета (ДКК) в Ростове-на-Дону, вмещали в себя до 23–25 тыс. больных и раненых. С октября 1918 г. по декабрь 1919 г. через лазареты ДКК прошло свыше 120 тыс. чел., общее число прошедших лечение в лазаретах ВЗС Ростовского района больных и раненых воинов превышало 200 тыс. чел. В числе других учреждений создавались лаборатории, санатории, протезные мастерские, ортопедические и физиотерапевтические институты. Учреждения Союза для армии делились на санитарные и питательные⁷⁸.

Перечисленные меры требовали колоссальных людских и материальных ресурсов. Отчасти данная проблема компенсировалась приходом вдов, сестер и жен офицеров ВСЮР, но, разумеется, данной мерой это не ограничивалось. Подготовка будущих врачей шла в Ростове-на-Дону,

⁷⁵ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 87. Л. 7.

⁷⁶ Там же.

⁷⁷ Немова В.В. Организация благотворительной помощи на Дону солдатам в годы Первой мировой войны [Электронный ресурс] URL: <https://moluch.ru/conf/hist/archive/128/6131/> (дата обращения: 25.05.2023).

⁷⁸ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 87. Л. 13.

Екатеринодаре, Симферополе и Ставрополе. При помощи РОКК происходила организация подготовки среднего и младшего медицинского состава. В условиях эпидемии тифа приходилось перебрасывать часть медиков в разные города.

В качестве экстренного решения кадрового вопроса 2 апреля 1919 г. была проведена мобилизация студентов медицинских факультетов, прослушавших 8 семестров. Они становились зауряд-врачами 2-го разряда в полевых и тыловых лазаретах. В условиях растущей нехватки фельдшеров их функции допускалось выполнять сестрам милосердия⁷⁹. Дефицит среднего медицинского персонала свидетельствовал о недостаточно развитой сети подготовки фельдшеров. В этой связи следует отметить, что в Советской России в годы Гражданской войны Народный комиссариат здравоохранения уделял большое внимание процессу обучения среднего и младшего медицинского персонала, это позволяло несколько улучшить кадровую ситуацию на фоне острого дефицита врачей в тылу и на фронте.

Еще одна острая проблема – обеспечение фронтовых и тыловых медицинских учреждений необходимыми инструментами при помощи закупок за границей и организации производства на своей территории. Мастерская хирургических инструментов в Ростове-на-Дону, расширенная впоследствии до завода, изготавливала до 47 различных наименований инструментов, которыми снабжались не только учреждения ВЗС, но и военные госпитали. В Ростове-на-Дону, Екатеринодаре, Новороссийске, Одессе и Киеве открыли аптекарские и продуктовые склады, в которых насчитывалось товаров на 200 млн руб. по заготовительным ценам⁸⁰.

В Ростове-на-Дону Земским союзом была арендована фабрика галеновых препаратов с производительностью до 10 тыс. кг разного рода тинктур, 2 тыс. кг экстрактов и 3 тыс. кг мазей. Происходила организация сбора лекарственных трав и растений с последующей их переработкой в

⁷⁹ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1710. Л. 12.

⁸⁰ ГА РФ. Ф. Р5809. Оп. 1. Д. 1. Л. 11.

медикаменты⁸¹. В числе крупных предприятий имелись: механический завод (дезинфекционные камеры «Гелиос»), химический завод (производство эфира, хлороформа и различных химикалий), 4 лаборатории со специальным оборудованием по изготовлению противотифозных и противохолерных вакцин, бельевая фабрика (производившая до 3 тыс. комплектов белья в месяц), завод по изготовлению гидropультов и шприцов, механическая прачечная, центральная аптека и т.д.⁸² В городе действовало протезно-ортопедическое предприятие. В Пятигорске была арендована механическая мастерская с числом рабочих до 80 чел. для выработки хирургических инструментов, стерилизаторов, автоклавов, дезинсекторов и кипятильников⁸³.

В Одессе ВЗС организовал химико-биологическую лабораторию, производившую анализы всех товаров поступавших на аптекарский склад, здесь формировались лаборатории стационарного и походного типа, изготавливавших титрованные растворы и вакцины. Наличие оборудования инструментально-химической и автомобильной мастерских Земского союза и материалов, обеспечивавших производство автоклавов, стерилизаторов, операционных столов, пинцетов, ножниц, стетоскопов, шприцов, термостатов и т.д., позволила ВЗС приступить к организации санитарно-технической мастерской⁸⁴.

Таким образом, в январе – июне 1919 г. Всероссийский земский союз проделал большую работу по созданию фармацевтической промышленности, производству белья, перевязочного материала, эфира, специальных инструментов и аппаратов. Это было осуществлено как благодаря восстановлению довоенных предприятий, так и образованию новых. Однако за полгода создать полноценную промышленную базу в условиях ведения активных боевых действий и эпидемий без централизации и большего

⁸¹ ГА РФ. Ф. Р5809. Оп. 1. Д. 1. Л. 14.

⁸² РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1710. Л. 16.

⁸³ ГА РФ. Ф. Р5809. Оп. 1. Д. 1. Л. 17.

⁸⁴ Там же.

объема оказания зарубежной помощи было практически невозможно. Необходимо также учитывать, что не все поставки приходили на безвозмездной основе. Стоимость ряда препаратов и инструментов зачастую оказывалась завышенной, но командование ВСЮР еще было способно на закупки. Вероятнее всего стоило вкладывать больше средств на формирование своей фармацевтической промышленности. Отсутствие таких специализированных фармацевтических предприятий на Юге России, как завода военно-врачебных заготовлений⁸⁵, не позволяло массово развернуть производство перевязочных материалов, препаратов и инструментов для нужд армии. К допущенным ошибкам можно отнести и передачу ряда предприятий в руки общественных организаций, что не позволило в нужной степени скоординировать действия по производству.

Создание сети государственных предприятий позволило бы смягчить конфликты между военным ведомством и общественными организациями в деле распределения имущества. В Советской России Народный комиссариат здравоохранения сконцентрировал в своих руках все производство, что позволило постепенно улучшить снабжение медикаментами и прочими необходимыми ресурсами.

Союз городов в вопросах оказания медицинской помощи специализировался на организации противоэпидемических мероприятий. Изученные архивные материалы свидетельствуют о том, что при помощи этого союза были сформированы 41 дезинфекционный отряд, 12 госпиталей, 5 лазаретов, санаторий в Сочи и 2 санитарных поезда⁸⁶. Обществу Белого Креста удалось сформировать 14 питательных пунктов, 4 лазарета, 2 санитарных и 1 сборно-теплушечный поезд⁸⁷. Питательные пункты размещались, как правило, в прифронтовой зоне, что позволяло наладить снабжение близлежащих медицинских учреждений.

⁸⁵ Главное предприятие Российской империи по производству военно-медицинского оборудования. Было расположено в Петрограде.

⁸⁶ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1216. Л. 55.

⁸⁷ Там же.

Санитарные поезда, созданные на средства различных организаций, отличались достатком в медикаментах и личном составе медицинского персонала. Примерами могут послужить санитарные поезда «Единая, Неделимая Россия», «Генерал Покровский», «Красно-крестный поезд имени генерала Алексеева» и т.д. До станций раненых доставляли на санитарных летучках, в случае их отсутствия использовали обывательские подводы⁸⁸. Предпринимались попытки перераспределения личного состава путем укомплектования врачебными кадрами санитарных поездов исключительно женщинами, врачей-мужчин отправляли в строевые части.

Из-за сложностей с взаимодействием с начальниками железнодорожных станций возникали проблемы с проведением своевременной эвакуации раненых и больных в тыл. Согласно приказам, подобные мероприятия предписывалось выполнять вместе с Управлением военных сообщений и железных дорог⁸⁹, но на деле ситуация оказывалась значительно сложнее. Скопления эшелонов, вызванных неспособностью вовремя проводить мероприятия по разгрузке и погрузке, поломки паровозов приводили к нарушениям графика транспортировки санитарных грузов, что, в свою очередь, приводило к проблемам с организацией складов в занятых районах.

Определенную помощь в создании новых медицинских учреждений оказывали иностранные общественные организации. В марте 1919 г. при взаимодействии РОКК и Британского Красного Креста (далее – БКК) в Екатеринодаре был учрежден английский военный госпиталь, чей штат состоял из 10 врачей и 30 медсестер⁹⁰. Согласно воспоминаниям проходившего лечение в госпитале белогвардейца Сергея Вакара, «здесь мы попали в нормальную больничную обстановку, где все было чисто и опрятно, где были уход и лечение и где боролись за жизнь каждого больного во время

⁸⁸ Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Добровольческая армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 81.

⁸⁹ Там же. С. 80.

⁹⁰ Ипполитов С.С. Деятельность Российского общества Красного Креста на территории Украины, Кубани и Крыма в 1918–1920 годах // Новый исторический вестник. 2018. № 2 (56). С. 157.

его тифозного кризиса»⁹¹. Проводились и хирургические операции, в госпитале организовывались курсы обучения сестер милосердия.

Всего в Екатеринодаре по состоянию на январь – май 1919 г. действовали местный военный госпиталь, войсковая больница, заразные городские бараки, лазарет для горцев, 2-й временный эпидемический госпиталь, лазарет городского самоуправления, войсковой лазарет для выздоравливающих. На территории Кубанского казачьего войска было развернуто 30 лазаретов и санаторий «Анапа-берег»⁹². Таким образом, создание сети медицинских учреждений на Кубани позволило несколько распределить поток раненых, идущих с фронта. Географическая специфика региона позволила расширить деятельность реабилитационного лечения.

В ходе работы выявлялись определенные просчеты в деятельности госпиталей Красного Креста, в которых не всегда своевременно выписывали раненых и больных. Это приводило как к увеличению нагрузки медицинской системы, так и ухудшению организации восполнения потерь в армейских частях. Отмечалось умышленное преувеличение запросов РОКК, ввиду чего Особое совещание периодически вынуждено было отклонять их, особенно в условиях ограниченности ресурсов.

Эти проблемы обсуждались на заседании 28 апреля 1919 г. Начальник Санитарной части Военного управления А.Ф. Вейс обратил внимание на сложности взаимодействия Санитарной части с организациями Красного Креста в области обеспечения медикаментами, бельем и инструментами, в которых лазареты и госпитали испытывали острую нужду. Отмечалось, что получаемая зарубежная помощь распределялась неравномерно, что приводило к межведомственным конфликтам. Обсуждалась проблема слишком долгого развертывания лазаретов и госпиталей РОКК. Во время вспышки эпидемии сыпного тифа в Екатеринодаре на формирование лазарета Красного Креста потребовалось более двух месяцев, что в

⁹¹ Русское прошлое. Книга 10. Ист.-док альманах / гл. ред. А.В. Терещук. СПб.: Филологический факультет СПбГУ. 2006. С. 87.

⁹² РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1216. Л. 56.

сложившихся условиях было недопустимо⁹³. Отмечалось и несоответствие количества мест в формируемых лазаретах. Так, с ноября 1918 г. в Армавире должен был действовать хирургический лазарет на 150 кроватей, но на деле их оказалось в 2 раза меньше. Отмечалось запоздалое открытие санатория в Небуге. Решать данную проблему требовалось как можно раньше, учитывая предстоящее наступление частей ВСЮР на Москву. Из-за перечисленных недостатков некоторые военачальники обращались за помощью в снабжении не к РОКК, а к другим общественным организациям.

В условиях планирования крупномасштабной наступательной операции требовалось создание централизованной системы управления, которая не была налажена в январе – апреле 1919 г. Медико-санитарная служба Белого движения на Юге России оставалась в разобщенном состоянии, у Донской, Добровольческой, Кавказской армий в распоряжении находились собственные ресурсы и органы управления, не всегда оказывавшие поддержку друг другу, несмотря на то, что они входили в состав ВСЮР. Их эффективность зависела от целого ряда общественных организаций, но между ними и правительством имелись разногласия, мешавшие ходу работы. Недостаточная степень централизации приводила к тому, что не все приказы выполнялись в полной мере.

По вышеуказанным причинам в мае 1919 г. было образовано Управление санитарной части ВСЮР. В него входили хирурги, консультанты по лечению внутренних болезней, дерматологи и эпидемиологи. Этот орган возглавлял Главный начальник санитарной части, являвшийся руководителем санитарной, эвакуационной службы войск и здравоохранения в населенных пунктах и на путях сообщения.

В составе Управления санитарной части входили Медицинский и Санитарный советы. Медицинский совет являлся высшим органом, в обязанности которого входило давать указания по проведению в жизнь начал научной медицины и заключения по всем вопросам, касавшихся врачебной

⁹³ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 57. Л. 27.

науки и ее практического применения⁹⁴. Он состоял из председателя и не менее трех заслуженных врачей. Первый состав был назначен генералом А.И. Деникиным, затем он менялся путем представления председателя. Туда входили доценты и профессора медицины, что подчеркивало его важный статус.

Санитарный совет был образован для установления связи между главным начальником Санитарной части и различными ведомствами, организациями, обществами и лицами, осуществлявшими санитарные и эвакуационные мероприятия, для взаимодействия и совместной разработки планов деятельности. В него входили председатель Медицинского совета, представители военно-санитарной и врачебно-санитарной частей, РОКК, ВЗС. При возникновении узкоспециализированных вопросов на заседания Медицинского совета приглашались представители науки из различных ведомств⁹⁵. Образование Управления санитарной части позволило более эффективно координировать действия между организациями и лазаретами. Деятельность Медицинского совета позволила унифицировать ряд мероприятий по лечению раненых и больных, решать наиболее сложные вопросы в терапии. На местах сохранялись проблемы с организацией медицинских и вспомогательных учреждений.

Таким образом, к июню 1919 г. была проведена масштабная подготовка сети лазаретов и госпиталей ВСЮР к предстоявшему наступлению. Учитывалось и возможное ухудшение эпидемиологической обстановки. Создавались и пополнялись склады с медикаментами, ускоренными темпами шла подготовка сестер милосердия, фельдшерского и врачебного состава. Большая роль отводилась санитарным поездом, эвакуировавшим раненых в Ростов-на-Дону, Екатеринодар, Ставрополь и др. населенные пункты⁹⁶. Но все эти мероприятия так окончательно и не решили дефицит ряда лекарственных средств, пополнение медицинских кадров шло недостаточно

⁹⁴ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 88. Л. 24.

⁹⁵ Там же. Л. 25.

⁹⁶ Там же. Д. 87. Л. 5.

быстро (что в указанный период характерно и для медицинской системы Советской России). На местах сохранялись проблемы с организацией медицинских и вспомогательных учреждений.

В период наступления в июне 1919 г., согласно приказу № 1134, в районах, занятых войсками ВСЮР, проводилась мобилизация студентов-медиков, прослушавших не менее 8 семестров, врачей запаса возрастом до 50 лет и фельдшеров всех профилей⁹⁷. Это привело к сокращению и без того недостаточного количества медицинского персонала на местах и стало одной из причин ухудшения эпидемиологической обстановки.

Ввиду острого дефицита белья была образована особая Комиссия, состоявшая из представителей РОКК, Всероссийского земского союза, Центрального военно-промышленного комитета. Ее цель заключалась в организации закупок за рубежом⁹⁸. Особое совещание 27 июня 1919 г. приняло решение выделить на это мероприятие 65 млн руб. В нее входила покупка иностранной валюты, сырья и производство одежды. Дефицит данного материала был связан, в том числе и с массовыми хищениями. Тем не менее, ни дисциплинарными мерами, ни закупками за границей не удалось решить эту проблему. Требовалось расширение производства непосредственно на территории подконтрольной ВСЮР.

Внимание уделялось и оказанию помощи раненым, ставших инвалидами. 27 июня 1919 г., согласно решению Особого совещания, заведованием делом помощи военно-увечным занималось Управление внутренних дел⁹⁹. Земские учреждения и городские общественные управления входили в соглашение с учреждениями помощи военно-увечным с РОКК, городскими союзами и другими благотворительными организациями. Комитетом скорой помощи чинам Добровольческой армии 5 июля открыты убежище имени генерала Деникина для увечных воинов в Нахичевани-на-Дону и санаторий в Славянске с бесплатным содержанием

⁹⁷ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1710. Л. 12.

⁹⁸ Там же. Л. 30.

⁹⁹ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 90. Л. 40.

для воинов и их семей, нуждавшихся в курортном лечении¹⁰⁰. Подробного описания результатов деятельности данных учреждений выявить в архивах не удалось.

Определенные проблемы проявились в организации регистрации и выписки раненых. Так, в Пятигорском военном госпитале отмечалось, что поступавшие в офицерское отделение раненые не проходили регистрацию в ежедневных книгах учета¹⁰¹. Из-за этого не представлялось возможным навести какие-либо справки о поступавших на лечение и убывавших офицерах, что негативно влияло на пополнение действующей армии в условиях активной фазы боевых действий. Это являлось одним из проявлений кризиса в глубоком тылу. Принятые меры по укреплению дисциплины на местах позволили установить контроль в учреждениях.

В Минеральных Водах и Пятигорске летом 1919 г. удалось наладить рацион для раненых. Питание в лазаретах отличалось высокой калорийностью и разнообразием, включало в себя говядину, куриное мясо, яйца, сало, сливочное масло, молоко, простоквашу, сухофрукты, хлеб, горох, пшенную и рисовую крупу, свежую капусту, свеклу, перец, огурцы, картофель, желатин, постное масло, лавровый лист, помидоры, алычу, сахар, чай, кофе¹⁰². Это положительно повлияло на ход лечения раненых, в ряде лазаретов количество выздоровевших совпадало и даже превосходило количество поступающих на лечение, о чем свидетельствуют изученные автором данные медицинских учреждений за июнь – август 1919 г.¹⁰³ Благодаря природной специфике медицинские учреждения на Северном Кавказе справлялись с потоком раненых и больных воинов.

Особое внимание уделялось обеспечению всем необходимым лазаретов и госпиталей. Во время боев лета – осени 1919 г. в тылу ВСЮР находились крупные склады в Ростове-на-Дону, Харькове и Киеве. Благодаря действиям

¹⁰⁰ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 22а. Л. 42.

¹⁰¹ РГВА. Ф. 40302. Оп. 1. Д. 1. Л. 1.

¹⁰² Там же. Л. 101.

¹⁰³ Там же. Л. 17.

РОКК, в конце июля 1919 г. под началом командующего Полтавской группой были образованы хирургический лазарет и врачебно-питательный пункт¹⁰⁴. К сентябрю 1919 г. медицинские учреждения РОКК имели 15 тыс. коек¹⁰⁵. Данные мероприятия позволили продлить линию медицинских учреждений на север, обеспечивая наступающие части ВСЮР надлежащей помощью. Благодаря формированию новых складов растягивание коммуникаций практически не повлияло на снабжение, но без дополнительного формирования санитарных поездов ситуация могла ухудшиться. Главными проблемами оказались неспособность быстро наладить снабжение медицинских учреждений и хищения зарубежных поставок¹⁰⁶. Основную часть лазаретов в Ростове-на-Дону не стали отправлять на север, что в свою очередь из-за отдаленности от линии фронта и проблем с железнодорожным транспортом увеличивало общее время на лечение и возвращение в строй.

Вскоре после начала контрнаступления РККА на южном направлении в октябре 1919 г. РОКК вместе с подразделениями ВСЮР были вынуждены вернуться на исходные позиции, оставив в декабре крупные склады в Харькове и Киеве. В период отступления ситуация в оказании медицинской помощи стремительно ухудшалась, особенно после оставления Ростова-на-Дону и Одессы, в которых было сосредоточено фармацевтическое производство.

Зимой 1919–1920 гг. проводилась эвакуация медицинских учреждений ВСЮР на Черноморское побережье. Ситуацию усугубил дефицит угля и тяжелое состояние железнодорожного состава: к январю 1920 г. исправными были только около 52% имевшихся паровозов и 25% вагонов¹⁰⁷.

¹⁰⁴ РГВА. Ф. 40302. Оп. 1. Д. 1. Л. 17.

¹⁰⁵ Ипполитов С. С. Деятельность Российского общества Красного Креста на территории Украины, Кубани и Крыма в 1918–1920 годах // Новый исторический вестник. 2018. № 2 (56). [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/devatelnost-rossiyskogo-obschestva-krasnogo-kresta-na-territorii-ukrainy-kubani-i-kryma-v-1918-1920-godah> (дата обращения: 12.05.2023).

¹⁰⁶ Янышин Л. А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Добровольческая армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 82.

¹⁰⁷ Шилова С. Г., Пивоваров Ю. Ф. Железные дороги Юга России в годы Гражданской войны (1918–1920) // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: История. Политология. Социология. 2020. № 1. С. 87.

Железнодорожные службы к тому моменту не могли полностью удовлетворять ежесуточные потребности фронта, что приводило к дополнительным потерям, в том числе захвату лазаретов частями РККА. В отчетах описывались большие проблемы, связанные с длительной разгрузкой больных и раненых на железнодорожных станциях, из-за чего на крупнейших железнодорожных узлах по несколько дней наблюдались скопления, доходившие до 18 санитарных поездов на станцию¹⁰⁸.

Еще одна острая проблема – организация эвакуации раненых, неспособных в ближайшее время вернуться в строй. Так, по воспоминаниям сестры милосердия П. Варнек, 6 марта 1920 г. из Новороссийска в Пирей удалось отправить госпитальное судно «Херсон», на борту которого находилось 1042 раненых и больных¹⁰⁹. На судне из медицинского персонала было 17 сестер милосердия и один санитар. Врачи остались на берегу¹¹⁰.

С помощью РОКК для эвакуации раненых и больных было задействовано 2 крупных судна «Владимир» и «Тигр», а также боевые корабли Добровольческого флота, имевшие возможность перевозить раненых и больных, такие как миноносцы «Беспокойный», «Дерзкий» и др. Оказывали помощь иностранные суда и корабли. Так, 23 марта 1920 г. британский транспорт «Бургмейстер Шредер» эвакуировал до 5 тыс. беженцев, среди которых находились и тяжелораненые.

Ввиду всеобщей неразберихи происходили и трагические случаи. Так, не доехав до порта, на пути к Новороссийску застрял санитарный поезд, большинство медперсонала которого (за исключением двух сестер милосердия) покинули раненых и больных¹¹¹. Часть медиков переходила на сторону большевиков. В Новороссийске, несмотря на попытки эвакуировать в первую очередь больных и раненых, оставались целые лазареты. Это было связано с транспортным коллапсом, как на суше, так и на море. Проблема

¹⁰⁸ РГВА. Ф. 40308. Оп. 1. Д. 52. Л. 2.

¹⁰⁹ Добровольцы: сборник воспоминаний / М. : Русский путь. 2014. – С. 295.

¹¹⁰ ГА РФ. Ф. Р7002. Оп. 1. Д. 7. Л. 26.

¹¹¹ Добровольцы: сборник воспоминаний / М. : Русский путь. 2014. – С. 297.

заклучалась и в бушевавшей в городе и его окрестностях эпидемии тифа. Это приводило к потерям и среди командного состава белых частей, генерал-лейтенант Н.С. Тимановский¹¹² и полковник А.Н. Блейш¹¹³ скончались от этой болезни.

В столь тяжелых условиях медперсонал мужественно выполнял свой долг до конца. По воспоминаниям белогвардейца Сергея Вакара, в ходе разговора с земским врачом он узнал, что «больница полна больных, требующих забот и ухода. Их надо лечить и кормить. Кроме того, с фронта прибывают все новые и новые раненые, нуждающиеся в перевязках и срочных операциях, их тоже нельзя не принять. Мы, все доктора и прочий медицинский персонал, и служащие до последней поломойки включительно, считаемся отпущенными со службы и жалования больше не получаем, но бросить тяжело больных невозможно, и на последние остатки больничной кассы мы их как-то еще кормим»¹¹⁴.

Урон медико-санитарной службы ВСЮР во время проведения эвакуации из Новороссийска был колоссальным: потеряно или расформировано 64 госпиталя, 65 лазаретов, 5 перевязочных питательных пунктов, 17 дезинфекционных отрядов, 7 передовых дезинфекционных отрядов, 4 эпидемических отряда, 1 дезинфекционный банно-железнодорожный отряд, 3 лаборатории, 6 зубокабинетов, 2 амбулатории, 30 санитарных поездов, 3 больницы, 15 эвакуационных пунктов, 10 передовых перевязочных отрядов, 1 рентгеновский кабинет, 18 питательных пунктов, 2 прививочных отряда, 2 банно-строительных отряда¹¹⁵. На территории, подконтрольной Красной армии, оказалась

¹¹² Шилова С.Г. Живая легенда генерал-лейтенант Н.С. Тимановский // Известия Лаборатории древних технологий. 2017. № 2 (23). С. 120.

¹¹³ Анненков А.В. Марковские части до и после новороссийской эвакуации (март 1920 года): численность, структура, материальное обеспечение // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2012. №4 (24). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/markovskie-chasti-do-i-posle-novorossiyskoy-evakuatsii-mart-1920-goda-chislennost-struktura-materialnoe-obespechenie> (дата обращения: 01.03.2025).

¹¹⁴ Русское прошлое. Книга 10. Ист.-док альманах / гл. ред. А.В. Терещук. СПб.: Филологический факультет СПбГУ, 2006. С. 101.

¹¹⁵ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1216. Л. 55.

практически вся фармацевтическая промышленность ВСЮР, склады и 10 санаториев. Из-за проблем на железных дорогах эшелоны с медикаментами были утеряны. Таким образом, организация эвакуации медицинских учреждений оказалась катастрофической.

Тем не менее, медико-санитарная служба продолжала свою деятельность. В целях создания оборонительных Сивашско-Перекопских позиций Полевому санитарному инспектору 9 апреля 1920 г. было приказано в кратчайшие сроки организовать и выслать на позиции перевязочные отряды и медицинские пункты с достаточным числом врачей. При каждом рабочем батальоне от Сводно-Донского корпуса находились врач и другие лица медицинского персонала. В случае нехватки кадров Полевому санитарному инспектору необходимо было представить проект приказа о мобилизации таковых, с указанием, что неявка врачей в трехдневный срок влекла за собой предание военно-полевому суду.

Одним из ключевых направлений системы здравоохранения Белого движения в Крыму являлось возвращение в строй раненых и больных солдат и офицеров. В связи с нехваткой медицинского персонала и медикаментов лечение затягивалось, что осложняло ситуацию с пополнением армейских подразделений. По состоянию на конец апреля 1920 г. в госпиталях и лазаретах находилось порядка 20 000 чел. Командование требовало их скорейшего возвращения, в качестве одной из мер предлагалось усилить надзор, сформировать дополнительные команды выздоравливающих и вернуть проходивших лечение военнослужащих из-за рубежа¹¹⁶.

В целях восполнения потерь 29 апреля 1920 г. проводилась мобилизация студентов-медиков третьего курса, получивших должности фельдшеров. Данный шаг оказался отчаянной мерой, направленной на исправление ситуации со средним медицинским персоналом в ущерб подготовки врачебных кадров. Это связывалось с некомплектом фельдшеров

¹¹⁶ Гагкуев Р.Г. Белый Крым: попытка военной реформы в 1920 г. // Известия Лаборатории древних технологий. 2014. № 1 (10). С. 88.

в некоторых частях и лазаретах, достигавшим 70%¹¹⁷; но исключительно мобилизационными мерами восполнить потери было практически невозможно. Требовалось в срочном порядке организовать курсы подготовки.

15 июня 1920 г. Главнокомандующим Русской армии было приказано открыть фельдшерскую школу ротных фельдшеров в Симферополе¹¹⁸. Курс обучения новых кадров составлял 3 месяца. Из всех частей корпусов в школу отправляли по одному ученику от каждой роты, эскадрона, сотни, бронепоезда, парка и отдельной команды, с 1 июля началась их подготовка. После сдачи экзамена все ученики возвращались в части для назначения их ротными фельдшерами. По прибытии обученных фельдшерских учеников, всех сестер милосердия, исполнявших должности фельдшеров, откомандировывали для назначения в другие лечебные учреждения. Точных сведений о количестве выпускников обнаружить не удалось, но к 1 октября проблема пополнения фельдшерских кадров не стояла так остро, о чем свидетельствует приказ о возвращении мобилизованных студентов-медиков для продолжения обучения в университете¹¹⁹.

Во вновь занятых областях проводилась мобилизация медицинского и фармацевтического персонала: врачей-мужчин до 50 лет, женщин-врачей, фельдшеров, фельдшериц, провизоров и аптекарских помощников до 43 лет включительно¹²⁰. От мобилизации освобождались женщины-врачи и фельдшерицы в случае беременности, либо имевшие детей, не достигших пятилетнего возраста. Командование Русской армии, стараясь не повторять ошибок ВСЮР, предпринимало попытку сохранить часть медиков на занятых территориях. На местах оставляли строго необходимое число персонала для обслуживания местного населения, остальных командировали в Севастополь в распоряжение Полевого Военно-санитарного инспектора. На

¹¹⁷ РГВА Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1216. Л. 353.

¹¹⁸ Там же. Л. 348.

¹¹⁹ Там же. Д. 1246. Л. 83.

¹²⁰ Там же. Д. 1720. Л. 349.

учет ставились проживавшие в Крыму магистры фармации, провизоры и аптекарские помощники возрастом до 43 лет включительно¹²¹.

Определенную помощь продолжали оказывать общественные организации. Главный комитет ВЗС по прибытии в Крым приступил к той же деятельности, какую он вел на Дону и Кубани. Затруднения, испытываемые Земским союзом, оказались чрезвычайно велики. Лишь незначительная часть запасов ВЗС была вывезена в Крым, приходилось практически заново организовывать систему. Начав работу с 340 тыловых кроватей и 3 небольших фронтовых учреждений, ВЗС развернул свыше 2500 коек, сформировал 3 эпидемических отряда, 2 передовых врачебно-питательных пункта, 1 врачебно-питательный поезд, 2 конно-санитарных транспорта, 1 зубо врачебный кабинет и чайные пункты, открываемые по мере необходимости в местах сосредоточения войск¹²². С 30 апреля действовал сформированный в Севастополе госпиталь № 31, рассчитанный на 210 коек¹²³. На базе бывшего лазарета № 55, расположенного в Ливадии, под руководством главного врача Н.Г. Стойко¹²⁴ действовал военный санаторий РОКК.

В условиях дефицита медикаментов в Крыму ВЗС занялся организацией сбора лекарственных трав и корней и производства медицинских препаратов на их основе. Были оборудованы и начали производство мыловаренный завод в Феодосии, мастерская металлических изделий в Керчи, происходила переработка лекарственных растений в медикаменты, организовано изготовление скипидара и выделка дубильных экстрактов¹²⁵. Но небольшие размеры территории, занимаемой в то время Русской армией, и нехватка фабрично-заводских предприятий едва удовлетворяли потребности даже медицинских учреждений ВЗС.

¹²¹ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1216. Л. 184.

¹²² ГА РФ. Ф. 5809. Оп. 1. Д. 1. Л. 11.

¹²³ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1720. Л. 205.

¹²⁴ Стойко Николай Георгиевич (1881—1951) – советский хирург, один из основоположников фтизио-хирургии в СССР, профессор (1939), лауреат Государственной премии СССР (1950).

¹²⁵ ГА РФ. Ф. 5809. Оп. 1. Д. 1. Л. 12.

В целях улучшения снабжения Главному военно-санитарному и врачебному инспектору придавались права начальника снабжений Русской армии¹²⁶. Для обеспечения госпиталей столовыми приборами происходил сбор в продовольственных магазинах жестяных ящиков, бидонов, коробок и консервных банок¹²⁷. Войсковые части, управления и учреждения поначалу сдавали негодное и не продезинфицированное имущество. Трофейный санитарный инвентарь приказывалось передавать исключительно в распоряжение Военно-санитарного ведомства, откуда оно отпускалось по мере надобности войсковым частям, общественным организациям и медицинским учреждениям¹²⁸. Несмотря на продвижение армии на север, приказ не исполнялся в полной мере ввиду острого дефицита медикаментов на фронте. По этой причине корпусным врачам приказывалось 2 раза в месяц предоставлять сведения Полевому военно-санитарному инспектору о количестве захваченного у противника санитарного имущества. Однако данные заведомо искажались в меньшую сторону¹²⁹.

Снижение дисциплины и халатность потребовали разработки Положения об ответственности лиц медицинского персонала лечебных и санитарных учреждений армии и флота. В этом отношении показательна ситуация в 1-м Сводном Севастопольском госпитале. 4 мая 1920 г. при проверке было установлено, что 279 больных содержались в неприемлемых условиях, большинство одето в грязное белье, некоторые не имели одеял, еда для пациентов оценивалась как скудная¹³⁰. Временно исполняющий обязанности главного врача госпиталя доктор Данилов и начальник хозяйственной части полковник Афанасьев объясняли это отсутствием белья (при осмотре цейхгауза обнаружили 500 комплектов нательного теплого белья, 800 пар носков, 143 легких куртки и шаровары). Дезинфекционная камера не работала по причине отсутствия серы, что приводило к

¹²⁶ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1246. Л. 28.

¹²⁷ Там же. Д. 1216. Л. 119.

¹²⁸ Там же. Д. 1720. Л. 386.

¹²⁹ Там же. Л. 426.

¹³⁰ Там же. Л. 181.

распространению инфекции. Доктор Данилов и полковник Афанасьев после осмотра приказом отстранялись от исполнения обязанностей. Данный случай был подробно описан в статье Л.А. Яньшина в качестве примера халатности медперсонала¹³¹.

В архивных документах автором настоящего исследования выявлено продолжение этой истории. 9 мая 1920 г. комиссия провела повторную проверку, по итогам которой обстановка в госпитале значительно улучшилась: 367 больных были одеты в чистое белье, матрасы набиты соломой. Порции стали равномерными и отличались разнообразием. На территории госпиталя была обустроена мастерская, в которой изготавливали кружки, миски и т.п. из различных банок и жести, имелся свой сапожник и парикмахер. Лечение и уход за больными оказались на должном уровне. Главный врач статский советник Смирнов был в курсе всех дел в госпитале, умело распоряжался и руководил деятельностью подчиненных ему лиц, «со стороны которых также видно внимательное и добросовестное отношение к своим обязанностям, проникнутое сознанием долга»¹³².

Бывшее руководство госпиталя не было отдано под суд по причине предыдущих заслуг. В ряде тыловых лазаретов ситуация улучшалась при помощи наведения порядка, так как таких проблем с имуществом, как на фронте, не наблюдалось. Вероятно, командование ВСЮР таким образом организовало показательную проверку, нацеленную на повышение уровня дисциплины в тыловых медицинских учреждениях.

18 июля 1920 г. произошли организационные изменения медико-санитарной службы Русской армии. Вместо Полевого Военно-санитарного инспектора ВСЮР учреждалась должность Главного Военно-санитарного и врачебного инспектора. Ему подчинялись все медико-санитарные учреждения, ведавшие здравоохранением на территории, занимаемой ВСЮР

¹³¹ Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Добровольческая армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 82.

¹³² РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1720. Л. 257.

(с 19 июня в состав вошли медицинские учреждения Черноморского флота)¹³³.

В связи с этим в штат Управления Главного Военно-санитарного и Врачебного инспектора вводились должности помощника Главного инспектора по гражданской части, на которого возлагалось руководство деятельностью правительственных и земско-городских медико-санитарных учреждений. Был усилен состав Управления Главного Военно-санитарного и врачебного инспектора путём введения дополнительного штата, включавшего в себя врача для поручений, двоих делопроизводителей из чиновников, помощника делопроизводителя, бухгалтера, старшего писаря, двоих младших писарей и солдата для рассылки. Таким образом, в Крыму на официальном уровне произошло окончательное слияние военной и гражданской медицины и подчинение ее одному органу. Если Главный Военно-санитарный и врачебный инспектор занимался в первую очередь развитием военной медицины, то в сферу деятельности его помощника входили медицинские учреждения для гражданского населения. Ожидалось улучшение взаимодействия и распределения ресурсов, что было особенно актуально в условиях острого дефицита.

Согласно приказу № 3472 от 23 июля 1920 г., все армейские военно-лечебные заведения содержались по типу полевых запасных госпиталей по штатам на 300 и 520 коек¹³⁴. Произошло изменение порядковой нумерации учреждений с переименованием в полевые запасные госпитали¹³⁵. Причину унификации штатов госпиталей до 300 и 520 мест можно объяснить попыткой командования Русской армии и Военно-санитарного инспектора сократить дефицит медицинских работников путем их сосредоточения в укрупненных госпиталях. Проведенная реорганизация позволила облегчить их снабжение. До июля наблюдался разброс во вместимости лазаретов (от 50

¹³³ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1720. Л. 359.

¹³⁴ Там же. Л. 438.

¹³⁵ Список армейских военно-лечебных заведений, переименованных в полевые запасные госпитали согласно приказу Главнокомандующего Русской армии № 3472 от 23 июля 1920 г. см. Приложение № 1.

до 630 коек). На 18 июля медико-санитарная служба Русской армии располагала 23 полевыми запасными госпиталями с общей вместимостью 8220 коек. Сюда же стоит добавить оборудованные ВЗС койки, распределявшиеся между фронтовыми учреждениями (500) и тыловыми (2000)¹³⁶.

В число медицинских учреждений Русской армии включались головные эвакупункты № 2 (бывший 2-й корпус) и № 4 (сформированный для передового района армии). Была присвоена нумерация тыловым эвакупунктам: Севастопольскому – № 1, Феодосийскому – № 3. Командам выздоравливающих: Севастопольской – № 2, Керченской – № 3, Феодосийской – № 4, Ялтинской – № 5 и Евпаторийской – № 6¹³⁷. Свою медико-санитарную службу получили и летчики Русской армии. При Военно-авиационной школе и 2-м авиационном парке организовали лазареты по 10 коек каждая¹³⁸.

Тем не менее, ситуация с оказанием медицинской помощи раненым ухудшалась. Курс лечения увеличивался из-за нехватки медикаментов. Срок лечения не должен был превышать 4–6 месяцев; в случае, если в указанные сроки раненые и больные не возвращались в строй, предпринимались попытки отправить их на продолжение терапии за границу.

Местное население оказывало посильную поддержку медицинским учреждениям. 25 августа 1920 г. в Симферополе провели «День больного и раненого воина». Имена раненых и больных записывались на билеты, разыгранные в лотерею. Каждый вынувший билет с адресом и фамилией раненого воина должен был его навестить и заботиться о нем¹³⁹. Многие люди продолжали приносить в госпитали белье, подушки и посуду, что позволяло улучшить обстановку с обеспечением медицинских учреждений в столь сложных условиях.

¹³⁶ ГА РФ. Ф. Р5809. Оп. 1. Д. 1. Л. 11.

¹³⁷ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1246. Л. 45.

¹³⁸ Там же. Л. 14.

¹³⁹ Там же. Л. 47.

17 сентября 1920 г., согласно приказу № 3663, студенты-медики третьего курса, мобилизованные в апреле в качестве фельдшеров, возвращались на продолжение обучения в Таврическом университете. На их место отправляли выпускников Симферопольской фельдшерской школы¹⁴⁰. Однако ситуация на фронте ухудшалась, что внесло серьезные коррективы в работу медицинских учреждений. После начала Перекопско-Чонгарской операции в конце октября 1920 г. и прорыва частями РККА оборонительных линий командование Русской армии, осознавая неспособность удержать полуостров, приняло решение покинуть Крым.

Организованная эвакуация медицинских учреждений проводилась из портов Севастополя, Феодосии, Ялты, Керчи и Евпатории, что позволило избежать ряда ошибок, допущенных в марте 1920 г. в Новороссийске. В ноябре ряд врачей, фельдшеров и сестер милосердия эвакуировались из Крыма и продолжили свою деятельность в эмиграции. Но не все медицинские работники покинули полуостров. Отмечались случаи разграбления лазаретов, складов и санаториев¹⁴¹.

Таким образом, процесс организации медицинской работы в Белом движении Юга России можно разделить на 4 этапа. С января по июль 1918 г. шло ее становление. В этот период происходит формирование медико-санитарной службы Добровольческой армии по образцу Русской императорской армии (с попыткой сделать ее более мобильной при меньших ресурсах); в полной мере создать единое централизованное управление над всеми медицинскими учреждениями не удалось.

Второй этап – с января по май 1919 г. В этот период произошло создание ВСЮР, обладавшей более значительными ресурсами, чем Донская и Добровольческая армии. С января 1919 г. происходило более тесное сотрудничество правительства с общественными организациями, в первую очередь с РОКК и Доно-Кубанским комитетом ВЗС, в результате удалось

¹⁴⁰ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1246. Л. 83.

¹⁴¹ Ипполитов С. С. Деятельность Российского общества Красного Креста на территории Украины, Кубани и Крыма в 1918–1920 годах. // Новый исторический вестник. 2018. № 2 (56). С. 158.

расширить госпитальную сеть в Ростове-на-Дону, Екатеринодаре, Пятигорске и ряде других городов. В январе – марте для медицины Белого движения первоочередной задачей являлась борьба с эпидемией сыпного тифа, из-за чего свыше 50% коек в лазаретах отводились для сыпнотифозных больных, в том числе за счет сокращения коечного фонда хирургических лазаретов. Проводился комплекс мероприятий по борьбе с эпидемиями и их профилактике.

Одновременно медицинская служба ВСЮР готовилась к предстоящему наступлению. Для этого в марте – конце мая 1919 г. была развернута новая сеть хирургических лазаретов в области Всевеликого войска Донского, Кубани, Малороссии, Минеральных Вод. Шло формирование дополнительных санитарных поездов и летучек. В Новочеркасске, Ростове-на-Дону, Екатеринодаре, благодаря деятельности РОКК, ВЗС и иностранных краснокрестных организаций, открывались курсы сестер милосердия, были сформированы 7 крупных медицинских складов. Общий коечный фонд составлял не менее 52 тыс. мест, эвакуацию обеспечивало 30 санитарных поездов.

В этот период происходили острые конфликты Военно-санитарного управления ВСЮР с РОКК из-за распределения медикаментов и длительности пребывания раненых и больных воинов в лазаретах. С целью их устранения в мае 1919 г. было образовано Управление санитарной частью ВСЮР, что стало шагом вперед в деле централизации управления всеми медицинскими учреждениями, организации эвакуации и лечения раненых и больных.

Третий период – с июня 1919 г. по март 1920 г. Он отличается нарастанием кризисных явлений в организации медицины ввиду летнего наступления ВСЮР на Москву, а также новой вспышкой сыпного тифа, медико-санитарная служба оказалась не готова из-за нехватки медицинского персонала, дефицита медикаментов и большого потока беженцев.

В декабре 1919 – марте 1920 гг. происходит крушение всей медицинской системы в связи с отступлением частей ВСЮР, оставлением целого ряда медицинских складов, таких крупных городов, как Ростов-на-Дону и Екатеринодар, где была сосредоточена госпитальная сеть и ряд фармацевтических предприятий. Ввиду всеобщей неразберихи, организация оказания медицинской помощи оказалась в крайне тяжелом положении.

Четвертый период приходится на март – ноябрь 1920 г. Ввиду эвакуации из Новороссийска и потери большей части лазаретов, санитарных поездов и складов предпринимались попытки воссоздать медико-санитарную службу. Несмотря на объединение военной и гражданской медицины, унификации медицинских учреждений, попытки наладить фармацевтическую отрасль, полностью создать такую систему не удалось. Это было связано как с острой нехваткой медицинского персонала и оборудования, так и с ограниченностью занимаемой территории.

Постоянно ощущался дефицит медицинских работников, особенно остро это проявлялось в январе – марте и в сентябре – ноябре 1919 г. Несмотря на организацию подготовки новых кадров, на Юге России, по нашим подсчетам не было достаточного количества медицинских работников, ввиду чего дефицит врачей составлял порядка 35%. Укомплектованность врачами в первой половине 1919 г. оказалась выше, чем у РККА (в марте некомплект врачей на Южном фронте составлял 63%¹⁴²). Однако во второй половине 1919 г. они относительно сравнялись¹⁴³.

Дополнительные сложности заключались в острой нехватке фельдшеров, что было связано с недостаточным количеством фельдшерских школ. По сравнению с Советской Россией, Белое движение уделяло меньше внимания подготовке среднего медицинского персонала, что стало одной из

¹⁴² Гладких П.Ф., Саидов Н.С. Очерки истории отечественной военной медицины.

Кн. 4: Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917–1938. СПб., 2009. С. 58.

¹⁴³ Там же. С. 105.

причин сложностей организации оказания помощи раненым. В итоге получался замкнутый круг: из-за нехватки фельдшерских кадров в строй отправляли студентов-медиков, тем самым не решая в долгосрочной перспективе ни одну из проблем. Предпринимая попытки восполнить дефицит медицинских кадров, ВСЮР проводили мобилизацию их как в тылу, так и в занятых районах. В результате практически не оставалось специалистов, способных оказывать помощь мирному населению. Это не только не решало проблему, но и вело к ухудшению эпидемиологической обстановки и неспособности оказывать полноценную медицинскую помощь местным жителям. В области подготовки сестер милосердия Белое движение на Юге России справилось, если учесть, что в документах отсутствуют сведения об их остром дефиците.

К успехам медицинской системы ВСЮР и Русской армии стоит отметить организацию в короткие сроки более чем 150 лазаретов и госпиталей, 38 санитарных поездов, 10 санаториев, 30 дезинфекционных отрядов и т.д. Было организовано не менее 9 лабораторий, 7 крупных складов медикаментов. Налаживалось производство медикаментов, перевязочных материалов и инструментов в Ростове-на-Дону, Одессе, Пятигорске, Минеральных Водах, Екатеринодаре и других городах. Несмотря на утрату большей части медицинских учреждений, производственных мощностей и складов медико-санитарная служба в Крыму продолжала свою деятельность.

К недостаткам можно отнести слишком долгий процесс организации централизованного управления всей системы здравоохранения. Полное слияние военной и гражданской медицины произошло лишь летом 1920 г., в то время как в Советской России аналогичный процесс по большей части завершился еще в 1918 г. Несмотря на создание ряда фармацевтических предприятий, деятельность медицинской системы ВСЮР и Русской армии напрямую зависела от иностранных поставок. Мероприятия ВЗС в Крыму по производству медикаментов, организованные весной – летом 1920 г.,

следовало провести годом ранее. Ситуация несколько исправилась благодаря самоотверженности и смекалке медицинских работников.

Децентрализация в организации оказания медицинской помощи вела, в том числе, к межведомственным конфликтам, что не могло не сказаться на эффективности работы. Данная ситуация принималась во внимание весной – летом 1920 г. Представляется, что целый ряд позитивных изменений мог произойти при отходе от опоры на медицинскую систему Российской империи, но столь кардинальных шагов сделано не было.

1.2. Казачья медицинская служба

В годы Первой мировой войны в Новочеркасске располагалось порядка 40 лазаретов¹⁴⁴. После Октябрьской революции 1917 г. с формированием антибольшевистских сил на Дону деятельность медицинских учреждений в городе активизировалась. В ходе боев ноября 1917 – февраля 1918 гг. местная медико-санитарная служба оказывала одновременно помощь казакам и формировавшейся Добровольческой армии. Большую роль в увеличении госпитальной сети играло местное население. За счет пожертвований медицинские учреждения обеспечивались бельем, посудой, одеждой и т.д. В феврале – апреле 1918 г. Новочеркасск оказался временно занят красногвардейцами, большая часть лазаретов находилась в тяжелом состоянии из-за перебоев снабжения и разграбления, после возвращения города под контроль Белого движения требовалось срочно восстанавливать всю систему.

Ввиду увеличения численности армии, потерь на фронте, вспышек эпидемий перед медико-санитарной службой встала задача наладить обучение врачей, фельдшеров и сестер милосердия. Вскоре началось создание новых и реорганизация старых образовательных учреждений. Так, 20 июля 1918 г. Донским атаманом генерал-майором П.Н. Красновым был утвержден штат Новочеркасской военно-фельдшерской школы, в состав которой входил начальник школы (врач, он же инспектор классов), 4 воспитателя-преподавателя (с высшим и средним образованием), 2 штатных преподавателя (с высшим и средним образованием). Штат воспитанников изначально состоял из 75 чел. Сверх штатного разрешалось брать еще 25 учеников, значительное место в программе обучения занимали практические занятия. По окончании курса выпускники обязаны были прослужить в войсковых частях или в лечебных учреждениях полтора года за каждый год

¹⁴⁴ Халдаев Е.В. Указ. соч. С. 39.

получаемого от войска пособия¹⁴⁵. Учитывая необходимость массового увеличения кадрового состава, требовалось организовать менее продолжительные программы обучения. В семи больницах действовали курсы подготовки сотенных фельдшеров, что позволяло обеспечивать необходимое количество среднего медицинского персонала.

Большое внимание уделялось как противоэпидемическим мерам, так и проведению комплекса мероприятий, касающихся создания более эффективной системы оказания хирургической и стоматологической помощи. В мае 1918 г. зубной врач Александровского лицея коллежский советник Ковалев возбудил перед Войсковым атаманом вопрос о своевременности и необходимости учреждения в Новочеркасске специального лазарета для лечения челюстных повреждений, вплоть до замены утраченных челюстей вследствие ранения¹⁴⁶. Вскоре начальник Санитарной части Всевеликого войска Донского представил к рассмотрению Донского атамана проект общего положения челюстного лазарета, зубной лечебницы и их штатов. Донской атаман одобрил его и 3 июня лазарет открылся в доме госпожи Култышкиной, временно предоставившей свое помещение в бесплатное пользование¹⁴⁷.

Общее положение не содержало информации о средствах, требуемых на содержание лечебного заведения. Согласно смете расходов, представленной заведующим лазаретом, выяснилось, что ежемесячно содержание персонала стоило 5000 руб., 1000 руб. тратились на первоначальное оборудование и около 15000 руб. на оснащение лазарета инструментарием¹⁴⁸.

В этой связи, при рассмотрении вопросов о содержании больных, приобретении необходимого инвентаря и хозяйственных расходах, было сделано предположение, что указанные мероприятия должны производиться

¹⁴⁵ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 87. Л. 29.

¹⁴⁶ Там же.

¹⁴⁷ Там же.

¹⁴⁸ Там же. Л. 3.

отчасти на средства сочувствующих обществ и организаций, отчасти на средства приема от частных лиц. Однако вскоре выяснилось, что средств частной благотворительности оказалось недостаточно, возникла необходимость обратиться к интендантству. После этого белье для больных, халаты, мыло, хлеб, чай, сахар стали отпускаться из войсковых складов. Расчет на то, что частная благотворительность в силах содержать больных не оправдалась. Было признано целесообразным передать лазарет в ведение Всевеликого войска Донского¹⁴⁹.

В связи с необходимостью существования челюстного лазарета, доктор медицины Ющенков предлагал выделить в областной больнице две палаты на 15 коек для челюстных раненых. Наблюдение за отделением предполагалось возложить на врачей больницы на общих основаниях; специальное лечение челюстных повреждений, протезирование и пр. поручить одному из врачей-специалистов зубной лечебницы. Путем создания в областной больнице специального отделения для зубных и челюстных больных, разрешался вопрос о размещении и содержании больных, а также о назначении врача специалиста-хирурга. В Новочеркасске организовали лечебницу на 300 коек. Данные меры позволили наладить лечение тяжелых ранений, не отправляя пациентов в более крупные города.

Помимо создания челюстного лазарета происходила организация сети хирургических госпиталей и лазаретов. Как правило, на Юге России лазареты размещались на территории станиц и хуторов, средняя вместимость которых составляла 50 койко-мест. На узловых железнодорожных станциях количество коек доходило до 350. В ряде случаев тяжелораненых воинов эвакуировали в Ростов-на-Дону, Новочеркасск и Таганрог. Легкораненые и больные могли проходить лечение в станичных лазаретах, не создавая дополнительную нагрузку на крупные центры. В домах неравнодушных жителей размещали пациентов, что одновременно могло замедлить ход лечения ввиду отсутствия постоянного наблюдения со стороны врачей.

¹⁴⁹ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 87. Л. 3.

Летом 1918 г. в составе медико-санитарной службы Всевеликого войска Донского имелось 3 поезда. Впоследствии, благодаря общественным организациям, их количество увеличилось. В период навигации по р. Аксай раненых и больных воинов доставляли в Новочеркасск на пароходах. Таким образом, медико-санитарная служба не обходила стороной развитие санитарного транспорта. В начальный период Гражданской войны белые и красные уделяли вопросу мобильности большое значение. Но, не имея достаточных промышленных мощностей на территории Всевеликого войска Донского, обслуживать железнодорожный санитарный транспорт казакам было затруднительно.

Список лечебных заведений в Области Всевеликого войска Донского, обслуживающих раненых и больных воинских чинов армии, ведущих борьбу с большевиками летом 1918 г., зафиксирован в таблице, составленной Военно-санитарным управлением¹⁵⁰. К ней прилагалась карта расположения лазаретов. На основе данной карты можно сделать вывод о том, что казачьи медико-санитарная служба предпринимала попытку создания хорошо организованной поэтапной эвакуации раненых с севера на юг. Распределялись лазареты по железнодорожным линиям от головных станций Жутово, Чир и Чертково по направлению к Новочеркасску и Ростову-на-Дону и по линии Дона (в период навигации), что позволяло задействовать речной транспорт¹⁵¹. Летом 1918 г. наличие 71 лазарета на 9710 койко-мест было достаточным для потребностей войск (кочный фонд РККА в мае того же года составлял 20 тыс. мест)¹⁵². Но с увеличением интенсивности боевых действий и вспышек эпидемий кочный фонд пришлось увеличить, что требовало серьезных изменений, как в организации управления, так и в расширении госпитальной сети. К недостаткам можно отнести практически

¹⁵⁰ Список лечебных заведений в Области Всевеликого войска Донского, обслуживающих раненых и больных воинских чинов армии, ведущих борьбу с большевиками летом 1918 г. См. Приложение № 2.

¹⁵¹ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 87. Л. 51.

¹⁵² Гладких П.Ф., Саидов Н.С. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 4: Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917–1938. СПб, 2009. С. 47.

полное отсутствие лазаретов на северо-западе Области, на что обратили пристальное внимание в феврале 1919 г.

Учитывая, что до начала боевых действий на Дону необходимости в большом количестве военно-медицинских учреждений не было, лазареты, как правило, размещали на территории учебных заведений, либо в торговых помещениях¹⁵³. В их организации непосредственное участие принимали казаки из местных станиц. В то же время, создавая столь разветвленную сеть, медико-санитарная служба столкнулась с острым дефицитом врачебных кадров. Указанную проблему можно было отчасти решить при помощи объединения некоторых лазаретов, что также позволяло облегчить логистическую составляющую. В отчетах указанного периода отсутствуют сведения о дефиците фельдшеров, что позволяет сделать вывод о налаженной системе пополнения среднего медицинского персонала.

В указанный период происходили изменения в управлении санитарным делом. В мае 1918 г. штаты Военно-санитарного управления состояли из Военно-санитарного инспектора, его помощника, старшего делопроизводителя и врача, двух делопроизводителей врачей и одного делопроизводителя фармацевта, областного фармацевта, двух земских врачей для командировок, шести классных фельдшеров и восьми канцелярских служащих, т.е. 16 штатных лиц и 8 вольнонаемных. При таком составе Управление уже было перегружено работой в связи с военной обстановкой, наличием большого количества лазаретов и запасных воинских частей в Области Всевеликого войска Донского. Для облегчения работы штаты Управления обычно усиливались прикомандированием одного врача и шести школьных фельдшеров из ростовских эвакуационных госпиталей¹⁵⁴.

При новом формировании Управления возникла потребность в организации специальных отделений¹⁵⁵. Военно-санитарный инспектор

¹⁵³ Янышин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Добровольческая армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 70.

¹⁵⁴ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 48.

¹⁵⁵ Там же.

выполнял три функции: заведовал военно-санитарной частью Области, земской медициной, а также исполнял обязанности гражданского врачебного инспектора. Это обстоятельство учитывали в формирующейся Донской армии, поэтому с началом боевых действий атаманом А.М. Калединым (позднее П.Н. Красновым) приняты решения возложить обязанность санитарного управления фронтов на заведующего военно-санитарной частью Области. Удобнее было создать отдельное управление санитарной частью фронтов, но это требовало новых значительных расходов, поэтому данное предложение отклонили. Для организации и заведования счетно-хозяйственной частью временных военно-лечебных заведений и эвакуацией раненых к штату Военно-санитарного управления добавили новое временное эвакуационное отделение. Основной штат Управления усилили одним врачом, одним фармацевтом, бухгалтером и четырьмя канцелярскими служащими из фельдшеров¹⁵⁶.

Между тем, штат Окружных военно-санитарных управлений самых малых округов включал 29 чел., Военно-санитарное управление состояло из 7 чел.; штат Губернского земско-врачебного бюро состоял из 5 лиц. Ввиду слишком большой нагрузки 2 врача для командировок этого отделения не справлялись¹⁵⁷. Фармацевтическое отделение своими функциями объединило все три ранее указанных основных отделения Управления: оно работало на военно-санитарную, земско-врачебную и гражданско-врачебную части¹⁵⁸. Аналогичные задачи решали общая и счетная части Управления, обслуживавшие все вышеуказанные отделения.

Экономия при такой структуре была, по мнению составителей, очевидной: в случае разделения военно-санитарного, земско-врачебного, гражданско-врачебного отделений требовалось бы иметь свои фармацевтическую, общую и счетную части, что могло дополнительно увеличить штат сотрудников. Таким образом, произошло разветвление

¹⁵⁶ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 48.

¹⁵⁷ Там же.

¹⁵⁸ Там же. Л. 49.

имевшихся органов, не способное эффективно выполнять ряд новых задач. Попытки увеличения кадрового состава управлений практически не решали указанные проблемы.

Функции военно-санитарного отделения включали в себя следующие положения:

1) ведение переписки по заведованию личным составом военных врачей, фельдшеров и сестер милосердия, назначение, увольнение, перемещение, определение пенсий и пособий, наградные представления и аттестация, надзор за санитарно-эпидемиологическим благополучием, учет запасных и льготных военных врачей. Личный состав медицинского персонала состоял из 83 врачей постоянной службы в медицинских учреждениях, 59 врачей в кадровых частях армии, 242 врачей в мобилизованных частях и временных военных лазаретах¹⁵⁹.

Фельдшеров в кадровых частях армии на тот момент было 298 чел., в постоянных учреждениях и заведениях 168, во временных лазаретах и мобилизованных частях войск 310, сестер милосердия 288 чел., итого: 384 врача, 776 фельдшеров, 288 сестер милосердия¹⁶⁰;

2) надзор и заведование медицинской частью постоянных (1830 мест) и временных военно-лечебных заведений (7685 мест), а всего – около 10 тыс. мест;

3) военно-санитарная отчетность по всем военно-лечебным заведениям постоянного и временного типа и по частям армии (ежемесячная и годовая), так и при эпидемиях (вплоть до ежедневных докладов);

4) заведование Новочеркасской военно-фельдшерской школой и курсами подготовки сотенных фельдшеров в 7 больницах;

5) рассмотрение и утверждение свидетельств офицеров и военных чиновников на пенсию, в отставку, причисление к Александровскому

¹⁵⁹ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 49.

¹⁶⁰ Там же.

комитету раненых, отправки в санатории и санитарные станции, причисления к категориям по роду болезни;

б) вся переписка общего военно-санитарного характера и организационные вопросы Военно-санитарного ведомства;

7) снабжение военно-лечебных заведений медицинскими книгами, бланками¹⁶¹.

Функции земско-врачебного отделения включали в себя следующие положения:

1) назначение, перемещение увольнение со службы земско-врачебного персонала, страхование их жизни, переписка о наградах, процентном увеличении содержания и выдача пособий;

2) заведование медицинской частью земских лечебных заведений (кочный фонд составлял 656 единиц)¹⁶²;

3) переписка по снабжению земских лечебных заведений инвентарем и инструментами, книгами и бланками;

4) разработка и проведение мероприятий по борьбе с эпидемиями холеры, тифа, гриппа на территории Области, ведение санитарной отчетности¹⁶³.

Земско-врачебная часть занималась рассмотрением и утверждением требований на медикаменты, поступающих из земских приемных покоев и больниц. Проводилась проверка счетов на медикаменты, приобретаемые Земским комитетом для земских лечебниц. Снабжение медикаментами и дезинфекционными средствами различных отрядов, формируемых во время эпидемий холеры, гриппа или тифа.

Кредиты на содержание земских приемных покоев, больниц, санитарно-дезинфекционных отрядов запрашивались в Областном распорядительном по земским делам комитете. По штату было положено 122 врача и 286 фельдшеров.

¹⁶¹ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 49.

¹⁶² Там же. Л. 51.

¹⁶³ Там же.

Функции Гражданско-врачебного отделения включали в себя:

- 1) переписку по освидетельствованию душевнобольных и отправке на минеральные воды;
- 2) переписку по химическим и биологическим исследованиям, судебно-медицинского и научного характера;
- 3) разрешение на открытие частных лечебниц и кабинетов разных специализаций, учет вольнопрактикующих врачей, фельдшеров, акушеров, повивальных бабок, рудничных и заводских врачей, назначение, перемещение и увольнение городских врачей¹⁶⁴;
- 4) переписку по вопросам открытия фабрик, заводов, бань, разрешение на эксгумацию и перевозку тел, открытие и закрытие кладбищ, ярмарок и базаров;
- 5) врачебно-гражданскую отчетность по лечебным заведениям.

Оказание медицинской помощи мирному населению Области Всевеликого войска Донского оказалось одним из наиболее уязвимых мест медико-санитарной службы. Данная тенденция прослеживается с дореволюционных времен и земские больницы в условиях военного времени с отсутствием достаточного количества ресурсов не могли изменить ее в корне. Расчет на частные медицинские учреждения не оправдался из-за высокой стоимости оказания услуг, ввиду чего среди населения активно практиковалась практика знахарства и лечения на дому. Таким образом, большинство жителей Области практически не имели доступа к квалифицированной медицинской помощи, что могло привести к высокому уровню смертности в условиях эпидемий.

По военно-санитарной части функции фармацевтического отделения включали в себя рассмотрение и утверждение всех требований на медикаменты, врачебные и аптечные предметы, перевязочные средства и хирургические инструменты для всех военно-лечебных заведений, воинских частей и Новочеркасского гарнизонного лазарета. Происходило заведование

¹⁶⁴ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 52.

фармацевтической частью Областной аптеки и неприкосновенными запасами¹⁶⁵.

По гражданско-врачебной части включали в себя открытие городских и сельских аптек (более 130) и регистрация фармацевтов вольных аптек (более 250 чел.), включая всю переписку. Проводился надзор за торговлей ядовитых и сильнодействующих средств, аптекарскими магазинами, ведали открытием химико-фармацевтических лабораторий, фабрик и заводов¹⁶⁶.

В первую очередь, Фармацевтическое отделение занималось обеспечением казачьих частей, в ущерб заботе о мирных жителях. Происходило сокращение производства ряда медицинских препаратов. Ко всему столь малое количество аптек на Область не могло полноценно обеспечить население в условиях боевых действий. Ситуацию усугубляло хищение медикаментов.

Наиболее эффективным оказалось военно-санитарное отделение, но дефицит врачебных кадров прямо влиял на его деятельность, что требовало проведения ряда изменений в организационно-штатной структуре.

Таблица 1 – Временный штат Военно-санитарного управления Всевеликого войска Донского по состоянию на 1918 г.¹⁶⁷

Наименование лиц	Численность	Класс должности
Военно-санитарный инспектор	1	IV
Лично при нем		
Врачей для поручений	2	V
Врачей для командировок	2	VIII
Штаб-офицеров	1	—

¹⁶⁵ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 52.

¹⁶⁶ Там же. Л. 50.

¹⁶⁷ Там же. Л. 20.

Наименование лиц	Численность	Класс должности
Административно-хозяйственный отдел с фармацевтической частью		
Начальник отдела-врач	1	V
Помощник его врач	1	VI
Делопроизводителей-врачей	2	VII
Делопроизводитель	1	VI
Помощников	3	VII
Бухгалтеров	2	VII
Секретарь	1	VI
Журналист	1	VII
Писарей	4 (высший оклад), 2 (средний оклад), 2 (низший)	
Фармацевтическая часть		
Заведующий фармацевт	1	VI
Делопроизводитель фармацевт	1	VIII
Фармацевт для командировок	2	VIII
Отдел врачебно-гигиенический с осведомительной и санитарно- статистической частью		
Начальник отдела-врач	1	V
Делопроизводителей врачей	2	VII
Помощников	1	VII

При выработке штатов Военно-санитарное ведомство было вынуждено учитывать экономию Войсковой казны. В результате упразднялись существовавшие ранее должности врачей в инженерном управлении,

военных сообщений, войскового штаба, управлении Донской артиллерии, комендатурах Ростова-на-Дону и Таганрога. Ввиду нехватки врачей в мобилизованных полках полагалось иметь одного врача вместо двух, в военно-санитарных поездах одного вместо трех, в подвижных перевязочных отрядах одного вместо четырех, в военно-санитарных транспортах вместо врача введен только школьный фельдшер, в дивизиях регулярной армии отсутствовала должность дивизионных врачей. При конструировании временных лазаретов за норму брались эвакуационные и полевые госпитали-учреждения, построенные с большой экономией медицинского персонала, где один врач приходился на 65–70 коек и где одно лицо из разряда фельдшеров и сестер приходилось на 16–17 коек¹⁶⁸.

Отчасти такое сокращение личного состава происходило по причине отсутствия острой необходимости в наличии врача в составе управлений и штабов, особенно учитывая численное увеличение состава армии, принимавшей активное участие в боевых действиях. Одновременно возрастала нагрузка на врачей и фельдшеров в мобилизованных полках и военно-санитарных поездах. Аналогичная ситуация происходила и в Красной армии, но в казачьей медико-санитарной службе не наблюдалось дефицита в гужевом транспорте, что позволяло не сокращать количества повозок в подразделениях.

В тыловых лазаретах кадровая ситуация оказалась несколько лучше: один врач приходился на 40–45 коек; в хирургическом лазарете № 1 и в острозаразном лазарете № 10 медицинский персонал в связи с большим количеством пациентов был усилен, а цифры соотношения для врачей составили 1 на 24–25 коек, для фельдшеров и сестер 1:10, в гарнизонном и лазаретах №№ 2 и 9, где количество мест свыше 300 и в лазарете № 1, где имелаась тяжелая и ответственная работа – старшим врачам платили повышенный оклад (700–800 руб. в месяц), в то время как в остальных лазаретах по 600 руб.

¹⁶⁸ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 51.

Массовое развертывание новых медицинских учреждений столкнулось не только с дефицитом кадров, но и с проблемами их обеспечения. Принимались меры к широкому использованию общественной благотворительности, многие лазареты целиком содержались на полученные суммы, затем переводились на казенное довольствие. В теории это позволяло сэкономить часть средств на создание и обеспечение новых медицинских учреждений, но на практике создавало угрозу для обеспечения деятельности медицинских работников. Без развитой сети фармацевтических предприятий в Области необходимо было развивать систему централизованного распределения средств из казны, что предотвращало бы перебои в снабжении медицинских учреждений.

В распоряжении Военно-санитарного инспектора имелись врачи резерва в количестве 10% общего штатного числа. Они становились внештатными сотрудниками в ряде ведомств (например, в Офицерской комиссии и комиссии по освидетельствованию призываемых на службу), прикомандировывались для помощи персоналу лазаретов, проводили консультации, выполняли ежедневно срочные наряды по требованию местных властей и т. п.

В целях скорейшего пополнения медицинских кадров, Большим Войсковым Кругом 3 сентября 1918 г. принимается решение о проведении мобилизации врачей и фельдшеров, находящихся на территории Всевеликого войска Донского¹⁶⁹. Верхняя возрастная планка доходила до 45 лет.

При увеличении штатов армии остро встал вопрос об обеспечении медикаментами. Существовавшая в Новочеркасске Областная аптека войска Донского к началу XX в. снабжала предметами медицинского довольствия Областную и 5 окружных больниц, бывшие местные команды, военно-ремесленные школы, рыболовную команду, Войсковой конский завод и некоторые другие войсковые учреждения по каталожным (годовым и дефектным) требованиям, и главным образом – служащих многочисленных

¹⁶⁹ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 49.

войсковых учреждений по рецептам врачей. В конце 1917 г. добавилось снабжение Новочеркасского гарнизонного лазарета¹⁷⁰.

Все Донские строевые части, полки, батареи, отдельные сотни и другие снабжались предметами санитарного имущества (медицинского заготовления) из военно-аптечных магазинов тех округов, в пределах которых подразделения имели пункты постоянной или временной дислокации¹⁷¹.

Учитывая, что после революционных событий 1917 г. сначала наблюдались перебои, а затем и вовсе прекратились поставки с завода военно-врачебных заготовлений (расположенного в Петрограде), произошло сокращение поставок медицинского оборудования. Это привело к дефициту даже перевязочных материалов. К началу 1919 г., в силу сложившихся обстоятельств, Областная аптека должна была снабжать медикаментами, перевязочными средствами, хирургическими инструментами и другими предметами санитарного имущества медицинского заготовления, кроме названных выше постоянных и временных военно-лечебных заведений (число которых доходило уже до 75¹⁷²), все части войск Донской армии, поэтому ее задачи стали несравненно шире. Фактически Областная аптека стала не столько аптекой, сколько большим аптечным складом, наподобие существовавших в Российской империи военно-аптечных магазинов.

Если в 1917 г. аптекой были выполнены наряды по 132 требованиям, то за 8 месяцев 1918 г. этот показатель приближался к 3000. Непрерывно поступавшие в аптеку запросы с фронта требовали быстрого и точного исполнения по ним, работа отличалась крайней напряженностью, так как кроме обеспечения частей по-прежнему производился отпуск лекарств по рецептам для военнослужащих (их доходило до 200 в день). Таким образом,

¹⁷⁰ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 49.

¹⁷¹ Там же. Л. 99.

¹⁷² Там же. Л. 100.

штат аптеки оказался перегружен работой, из-за чего требования с фронта не всегда выполнялись своевременно¹⁷³.

Для увеличения производства аптеки по распоряжению Военно-санитарного инспектора в сентябре 1918 г. была образована особая комиссия из военных фармацевтов. Она признала необходимым в интересах своевременного и достаточного снабжения частей армии и флотилии предметами санитарного имущества преобразовать Областную войска Донского аптеку в «Военно-аптечный склад Всевеликого войска Донского» по типу военно-аптечных магазинов, а отчасти и завода военно-врачебных заготовлений, с сохранением за будущим складом функций обыкновенной аптеки (с рецептурным отпуском военным). Таким образом, предлагалось создать дополнительную лабораторию для приготовления лекарственных средств, наладить производство ряда медицинских инструментов и индивидуальных перевязочных пакетов.

Главный начальник военных снабжений 11 октября 1918 г. посетил Областную аптеку и приказал ее управляющему немедленно донести Военно-санитарному инспектору обо всех замеченных им недостатках и необходимости увеличить ее штаты. На основании вышеизложенного 6 ноября Военно-санитарный инспектор ходатайствовал перед Главным начальником военных снабжений о преобразовании Областной войска Донского аптеки в Военно-аптечный склад Всевеликого войска Донского и об утверждении представленного вместе с ним проекта штатов этого склада¹⁷⁴.

Принятое решение о преобразовании аптеки в склад и увеличении ее кадрового состава, как минимум вдвое, позволило облегчить ситуацию с производством медикаментов. Это стало особенно важно через два месяца, когда началась крупная вспышка эпидемии сыпного тифа. Вместе с тем ситуация улучшилась после начала поставок со стороны ряда иностранных

¹⁷³ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 52.

¹⁷⁴ Там же. Л. 101.

общественных и правительственных организаций, а также расширения производства медикаментов на Юге России. Но полностью заменить завод военно-аптечных заготовлений Военно-аптечный склад Всевеликого войска Донского был не в состоянии ввиду нехватки мощностей и организационного опыта, что делало его уязвимым в случае перебоев зарубежных поставок. Альтернативных способов расширения производства путем создания дополнительных лабораторий или предприятий (как при помощи правительства, так и общественных организаций) фактически не прорабатывалось, тем самым не наблюдалось перехода на более высокий уровень производства. Проблема заключалась и в отсутствии на территории, подконтрольной донским казакам, военно-аптечных магазинов бывшей Русской императорской армии, что могло несколько улучшить их положение.

Ввиду участвовавших случаев хищения медицинских препаратов или инструментов ужесточалось законодательство. За кражу казенных медикаментов виновные приговаривались к смертной казни с последствиями, указанными в статье 10 Воинского устава о наказаниях Всевеликого Войска Донского и 22–25, 28 статей Уложения о наказаниях¹⁷⁵. Устанавливались твердые цены на ректифицированный и денатурированный спирт из казенных винных складов для изготовления лекарств, аптекам, лечебным заведениям, лабораториям и фабрикам, изготавливавшим фармацевтические препараты, в размере 5 руб. за градус¹⁷⁶.

Происходили изменения и в организации оказания медицинской помощи. В Новочеркасске, где не имелось должности городского врача (при этом требования на медико-полицейские освидетельствования и судебно-медицинские вскрытия существовали постоянно), были учреждены должности городского врача и фельдшера при нем с 1 сентября 1918 г.¹⁷⁷ В других городах данная должность не вводилась, что говорит о

¹⁷⁵ Журналы заседаний Войскового круга Всевеликого войска Донского созыва 1918 г. II-й сессии 1919. С. 44.

¹⁷⁶ Там же. С. 111.

¹⁷⁷ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 30.

половинчатости меры. Вероятнее всего, это не делалось по причине острой нехватки врачей.

В целях финансирования организации оказания помощи раненым и больным Управляющий отделом финансов Всевеликого войска Донского начал организацию сбора денежных средств. Им были разосланы воззвания о пожертвованиях на нужды раненых и больных воинов и открыт счет в Новочеркасском отделении Государственного банка за № 210279¹⁷⁸. Служащие и учреждения ведомства финансов отнеслись с редким сочувствием и готовностью прийти на помощь. Пожертвования стали поступать в виде единовременных взносов, ежемесячных процентных отчислений служащими из своего содержания, а также по организованному ими сбору пожертвований по подписным листам. К 1 декабря 1918 г. на счет поступило 133768 руб. 54 коп.¹⁷⁹ Указанную сумму потратили на нужды общежития для выздоравливающих и на обеспечение лазаретов №№ 1–9 Новочеркасска, в которых находились на излечении раненые и больные защитники Дона в распоряжении попечительниц этих лазаретов¹⁸⁰.

Для повышения эффективности местных медицинских учреждений была образована специальная комиссия, рассмотревшая состояние лазаретов в городах и систему эвакуации больных и раненых в области Всевеликого Войска Донского. 12 марта 1919 г. ее члены постановили провести следующие изменения:

1) усилить военно-санитарное ведомство транспортными средствами путем проведения следующих мер:

а) передать военно-санитарному инспектору все негодные к отправке на фронт, но подходящие для езды по городу легковые автомобили членов правительства, управлений, учреждений, заведений и частных лиц, в целях образования из них колонн для перевозки больных и легкораненых с вокзалов к лазаретам;

¹⁷⁸ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 102.

¹⁷⁹ ГА РФ. Ф. Р1268. Оп. 1. Д. 6. Л. 11.

¹⁸⁰ Там же.

б) выдать в распоряжение военно-санитарного инспектора части грузовых автомобилей, приспособив их к перевозке тяжелораненых;

в) поставить на учет в городах рессорные повозки с лошадьми и использовать для транспортировки тяжелораненых по требованию военно-санитарного инспектора;

г) создать санитарные транспорты при корпусах и летучек при дивизиях¹⁸¹;

2) подчинить комендантов лазаретов и врачей в положение военнообязанных;

3) требовать от заведующих лазаретами строгого отношения к находящимся на амбулаторном лечении воинским чинам, имея в виду, что многие из этой категории лиц уклонялись от службы на фронте¹⁸².

Вышеуказанные меры позволили повысить мобильность в тылу. В Новочеркасске удалось сформировать колонну, в которую входило не менее 20 повозок и автомобилей¹⁸³. Рессорные повозки, отличавшиеся плавностью хода, были особенно важны для перевозок тяжелораненых в лазареты. Формирование новых санитарных летучек сокращало время эвакуации раненых и больных к санитарным поездом (что особенно важно при проведении наступательных операций), после чего их отправляли в тыловые районы.

В условиях увеличения интенсивности боевых действий началась организация 20 дивизионных лазаретов, 20 подвижных перевязочных отрядов, 20 дезинфекционных отрядов, 26 военно-санитарных транспортов, 6 санитарно-гигиенических отрядов, 6 сводных полевых запасных госпиталей на 420 мест, 9 полевых подвижных госпиталей на 210 мест, 10 банно-строительных отрядов, 6 прививочных отрядов¹⁸⁴. Кроме того, 32 тыс. коек в тылу нуждались в помощи. Личный состав лазаретов включал в себя свыше

¹⁸¹ ГА РФ. Ф. Р1268. Оп. 1. Д. 6. Л. 12.

¹⁸² Там же.

¹⁸³ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 1 Д. 245. Л. 22.

¹⁸⁴ Там же. Л. 55.

600 врачей, 1300 фельдшеров, 800 сестер милосердия. Всего в лазаретах и госпиталях Донской армии на начало 1919 г. состояло на службе 133 старших и 127 младших врачей, 386 старших фельдшеров, 16 младших, 48 сотенных и ротных, 507 сестер милосердия и 7 фармацевтов на 10835 коек¹⁸⁵. Большое внимание уделялось мобильности медицинских учреждений и проведению противоэпидемических мер на фронте.

К 22 апреля 1919 г. переданы в Военно-санитарное управление все кредиты на санитарные учреждения; всё снабжение, как хозяйственное, так и медицинское; кредитование и контроль общественных санитарных организаций, обслуживавших Донскую армию. За два месяца через Управление прошло ассигновок на 25 млн руб. Из этого краткого перечня видна огромная организационная работа, проделанная Военно-санитарным управлением. Наиболее слабым местом оставалось снабжение медикаментами, в том числе тетравакцинами.

В результате Первой мировой и Гражданской войн в стране появилось большое количество воинов-инвалидов, тяжелораненых, пациентов с ревматическими заболеваниями, перенесших тиф, нуждавшихся в специальном по роду болезни курортном лечении. Предоставить его являлось актом справедливости к защитникам Родины и Дона и соображениями военного характера: оправившиеся и окрепшие после перенесенных болезней воины могли снова возвратиться в ряды армии.

До конца мая 1919 г. полностью удовлетворить нужды в лечении не представлялось возможным, так как курорты Кавказа и Черноморского побережья были взяты на учет и в распоряжение Главного командования Вооруженных сил Юга России. Благодаря деятельности командования и общественных организаций, возобновил работу Кумагорский курорт. В районе Небуга удалось открыть санаторий имени генерала М.В. Алексеева, рассчитанный на 300 чел.¹⁸⁶ Он специализировался на реабилитации

¹⁸⁵ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 57.

¹⁸⁶ Приазовский край. 1919. № 49. С. 2.

тяжелораненых, перенесших контузию, с поражениями нервной системы и душевнобольных. С марта в Пятигорске для выписываемых из лечебных заведений кавказских курортов учреждалась команда выздоравливающих. На Черноморском побережье силами общественных организаций было развернуто 1000 мест в санаториях, однако для Донской армии весной выделялось лишь 12. Таким образом, возникли противоречия между командованием Донской армии и ВСЮР, в том числе их санитарных управлений. Столь малое количество мест потребовало активизации действий в деле создания собственных санаториев.

По инициативе Большого Войскового Круга поднимался вопрос об учреждении собственной здравницы на Черном море, куда отправились лица из Военно-санитарного управления и Санитарной комиссии Круга¹⁸⁷. Поездка выявила полную невозможность открыть санаторий на побережье, однако было обнаружено подходящее для целей лечения место в Терской области – Барятинский курорт. В пределах Донской области к местам, годным для курортно-грязевого и санаторно-климатического лечения, отнесли Манычско-Грузскую санитарную станцию и имение Афинейс на берегу Азовского моря. Перечисленные места оказались подходящими и приспособленными для лечебных целей, но так как до этого находились в руках большевиков и были частично разрушены, то требовали особых расходов и времени для восстановления¹⁸⁸. В Новочеркасске действовал санаторий, в котором проходили лечение больные туберкулезом и другими болезнями легких¹⁸⁹.

В ходе переговоров членов Санитарной комиссии Большого Войскового Круга с Терским атаманом и председателем Терского Круга было установлено, что организация Барятинского (Горячеводского) курорта не требовала больших расходов при вводе в эксплуатацию в кратчайшие сроки. Подобная ситуация складывалась с Вагнеровской Манычско-Грузской

¹⁸⁷ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 97.

¹⁸⁸ Там же.

¹⁸⁹ Донские ведомости. 1919. № 51. С. 1.

станцией и с именем Афинейс¹⁹⁰. Представляя смету на необходимый ремонт, оборудование и довольствие больных, Управляющий военным и морским отделами генерал-лейтенант Ф.Г. Чернозубов и военно-санитарный инспектор С.К. Каклюгин ходатайствовали о срочном ассигновании просимых сумм, которые были одобрены¹⁹¹.

Таким образом, казачья медико-санитарная служба, не получив должной поддержки со стороны ВСЮР, самостоятельно организовала ряд собственных санаториев, которые функционировали порядка полугода. Учитывая, что состояние ряда лазаретов оценивалось как тяжелое, средств на полноценное развитие санаторно-курортного лечения в 1919 г. у Белого движения не было, а 1500 мест в санаториях на Черноморском побережье и Северном Кавказе практически не могли оказать серьезную помощь раненым и больным. Ситуацию усугубляло отсутствие единой системы управления санитарно-медицинских служб, что приводило к межведомственной борьбе и распылению ресурсов.

В Советской России вопрос организации санаторно-курортного лечения поднимался с конца марта 1919 г. Удалось наладить работу 5 курортов; в это же время для обслуживания в Белом движении на Юге России действовало не менее 10 санаториев. Но уже в 1920 г. Главному военно-санитарному управлению РККА удалось организовать работу 22 подобных учреждений¹⁹². Полностью удовлетворить потребности в санаторно-курортном лечении ни одна из сторон не смогла – ни в количественном, ни в качественном отношении, зачастую используя довоенные ресурсы.

По причине сложной ситуации на фронте и серьезных экономических проблем на Юге России в 1919 г. наблюдались перебои с обеспечением бельем медицинских учреждений, особенно сильно это ощущалось в

¹⁹⁰ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 98.

¹⁹¹ Там же.

¹⁹² Гладких П.Ф., Саидов Н.С. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 4: Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917–1938. СПб, 2009. С. 80.

периоды вспышек эпидемий холеры и сыпного тифа. Благодаря поставкам со стороны ряда общественных организаций и проводимым реквизициям отчасти ее удалось решить. Тем не менее, осенью, ввиду потери ряда складов и сокращения объемов помощи со стороны иностранных общественных организаций, необходимо было срочно обеспечить снабжение учреждений. Из-за наступления холодов требовалось обратить больше внимания на данную проблему. Этот вопрос поднимался на заседании Войскового Круга Всевеликого Войска Донского 16 октября 1919 г. Ввиду поступления в Комиссию сведений о выписке из лазаретов воинских чинов зачастую босыми и раздетыми Управляющему военным и морским отделом предлагалось отдать распоряжение больше не выписывать из лечебных заведений воинских чинов без формы, а для сбережения казенного обмундирования завести личные книжки с перечислением предметов одежды¹⁹³. Однако это были только меры административного характера, предложений об увеличении производства формы (в особенности зимней) члены Комиссии не рассматривали.

Отчасти данные недочеты происходили из-за нерационального распределения обмундирования. В Ростове-на-Дону в ноябре 1919 г. сложилась парадоксальная ситуация: несмотря на наличие большого запаса летней и зимней формы, хранившейся на интендантском складе, в лазаретах выписывавшимся чинам выдавали одежду умерших от тифа¹⁹⁴. Ввиду дефицита белья в подразделениях и недостаточных мощностей дезинфекционных камер войска покрывались вшами, что усугубляло эпидемиологическую обстановку. Проводились дополнительные реквизиции у мирного населения, однако при грамотном распределении обмундирования данные меры не имели бы столь острой необходимости¹⁹⁵.

¹⁹³ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 2. Д. 60. Л. 3.

¹⁹⁴ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Дон в годы революции и Гражданской войны. 1917–1920. Сборник документов. Т. 2: май 1918 – март 1920. Ростов н/Д: Альтаир, 2020. С. 407.

¹⁹⁵ Халдаев Е.В. Указ. соч. С. 65.

Летом–осенью 1919 г. предпринимались меры по оказанию поддержки больницам Области. При помощи АКК лазареты станицы Каменской¹⁹⁶, Донецкая окружная больница¹⁹⁷ и Сальский округ¹⁹⁸ получили ряд медикаментов, инструментов, провизию и белье. При фактически остаточном принципе снабжения больниц для мирного населения, в условиях активной фазы боевых действий такие поставки позволили несколько стабилизировать ситуацию. Но данная помощь не была систематической (после ее сокращения обстановка в больницах усугубилась).

В связи с отступлением и перебоями поставок требовалось рационализировать систему распределения медикаментов. Доклад военно-санитарного инспектора по вопросу об учреждении «Народных аптек» от 8 ноября 1919 г. позволяет понять, как в медико-санитарной службе пытались решить указанную проблему¹⁹⁹.

Во исполнение пожелания Большого войскового Круга относительно учреждения «Народных аптек» инспектор в целях выяснения вопроса о необходимых мерах и способах их осуществления образовал особую комиссию. В ее состав вошли статский советник Дьяков (председатель), начальник Фармацевтического отделения Военно-санитарного управления, Надворный советник Лебедев, помощник неперменного члена областного Распорядительного комитета по земским делам Щекатурин, делопроизводитель Харченков, представитель отдела торговли и промышленности Всевеликого войска Донского инженер Лапшин, заведующий отделом медицинского снабжения Доно-Кубанского комитета ВЗС доктор Марциновский, член Новочеркасской городской управы доктор Сударкин, представитель Общества Донских врачей доктор Стефанов и

¹⁹⁶ ГА РФ. Ф. Р1260. Оп. 4. Д. 5. Л. 2.

¹⁹⁷ Там же. Л. 5.

¹⁹⁸ Там же. Оп. 1. Д. 4. Л. 41.

¹⁹⁹ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 2. Д. 59. Л. 1.

представитель Донского фармацевтического общества в Ростове-на-Дону провизор Закржевский²⁰⁰.

Комиссия провела два заседания и пришла к выводу, что действовавшие частные аптеки практически не удовлетворяли нужды населения не только из-за резкого роста цен на медикаменты по сравнению с довоенным временем (стоимость увеличилась на 1500–2000%), но и ввиду полного отсутствия ряда препаратов первой необходимости: глицерина, перекиси водорода, хинина, салициловых препаратов и др.²⁰¹

К числу других причин, по мнению комиссии, следовало отнести:

а) малочисленность аптек (на всю Область, в которой проживало свыше 3,5 млн чел., имелось только 52 городских и 111 сельских аптек);

б) концентрацию аптек преимущественно в городах и наиболее крупных станицах, что почти полностью лишало население многочисленных малых станиц и хуторов доступа к лекарствам²⁰².

Переходя к вопросу о ближайших перспективах, комиссия констатировала неспособность для владельцев частных аптек урегулировать снабжение данных учреждений по следующим причинам:

1) отсутствие на рынке достаточного количества медицинских препаратов, обусловленное не только закрытием для России германского рынка, бывшего главным источником снабжения, но и отказом иностранных фирм совершать сделки по продаже препаратов при условии оплаты ассигнациями;

2) невозможность для частновладельческого фармацевтического аппарата получить медикаменты за границей ввиду запрета, как Донским правительством, так и Главным командованием вывоза сырья, которое являлось на тот момент единственной валютой, за которую их можно было приобрести;

²⁰⁰ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 2. Д. 59. Л. 1.

²⁰¹ Там же.

²⁰² Там же.

3) отечественная фармацевтическая промышленность, бывшая до Первой мировой войны в зачаточном состоянии, в период Гражданской войны оказалась фактически разрушена. Уцелевшие небольшие фабрики и заводы не могли удовлетворить потребность фронта и тыла в медикаментах²⁰³.

Признавая неудовлетворительное качество оказания лекарственной помощи населению через частновладельческий фармацевтический аппарат, принимавший к тому моменту угрожающие размеры и безотрадные перспективы, комиссия полагала, что правительству придется самому, либо через общественные организации приступить к разрешению проблемы. Единственным выходом из сложившейся ситуации комиссия считала организацию по всей Области войска Донского сети «Народных аптек».

Постановлением Круга и Войскового правительства в распоряжение Военно-санитарного управления отпускались кредиты для закупки сырья и вывоза за границу. По получении товаров и медикаментов предполагалось организовать особый Центральный склад, который должен был стать главным центром аптечной сети²⁰⁴. Правительство имело преимущество в транспортных средствах перед частными лицами, что побуждало к организации снабжения «Народных аптек» именно его силами.

«Народные аптеки» создавались по специально составленному плану и преимущественно при земских приемных покоях и больницах. В отношении порядка открытия, устройства, оборудования и управления народные аптеки должны были руководствоваться законами для частных городских и сельских аптек. По мнению комиссии, в случае принятия правительством на себя задачи организации «Народных аптек» многие сельские аптеки не смогли бы конкурировать с ними и были бы вынуждены «влачить жалкое существование, или же совсем закрыться»²⁰⁵. Поэтому в правительстве

²⁰³ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 2. Д. 59. Л. 1.

²⁰⁴ Там же. Л. 2.

²⁰⁵ Там же.

считали, что можно провести выкуп аптечных привилегий принудительным порядком, либо в форме добровольных соглашений.

Для проведения в жизнь указанной меры требовалось провести закупку медикаментов за рубежом и положить начало будущему Центральному складу. Только при таком условии и предварительном обеспечении будущих «Народных аптек» достаточным запасом медикаментов было бы возможно их функционирование²⁰⁶. Но реализовать данный план не удалось из-за наступления РККА и дефицита денежных средств. Организация подобной сети, как и в ряде других случаев, оказалась несвоевременной, запоздалой и имела определенные недостатки, к которым можно отнести открытие аптек преимущественно при земских покаях, что не решало проблему малочисленности подобных учреждений. Упор на закупку медикаментов за границей в условиях растущего дефицита бюджета и транспортного кризиса не позволял организовать надежные поставки. Альтернативой могло стать дальнейшее расширение Военно-аптечного склада Всевеликого войска Донского, но для этого требовалось формировать новые лаборатории, что было решено не проводить. Поэтому медико-санитарная служба продолжала пользоваться оставшимися медикаментами в условиях отступления и потери складов.

В подобной ситуации большую роль играло рациональное распределение лекарственных средств. По этой причине 19 ноября 1919 г. донской атаман генерал-лейтенант А.П. Богаевский подписал правила пользования медикаментами и перевязочными средствами из войсковой аптеки Всевеликого Войска Донского. Они отпускались из Войсковой аптеки безвозмездно или с платой по заготовительной стоимости, но без начисления расходов на укупорку и пересылку, без взимания денежных средств за приготовления лекарств²⁰⁷.

²⁰⁶ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 2. Д. 59. Л. 2.

²⁰⁷ Там же. Л. 3.

Таким образом, медико-санитарная служба Области Всевеликого войска Донского планировала обеспечить тыл рядом необходимых медикаментов и сетью аптек. Ввиду нехватки препаратов вводились ограничения на выдачу. Проблема заключалась в сокращении объемов помощи со стороны иностранных общественных организаций. Создать свою фармацевтическую базу было практически невозможно (ввиду отсутствия достаточного количества ресурсов, специалистов и острого кризиса на фронте), из-за чего Область Всевеликого войска Донского продолжала оставаться зависимой от закупок за рубежом. Помощь со стороны РОКК и ВЗС не последовала из-за оставления складов, особенно с декабря 1919 г. Как показали дальнейшие события, ввиду ряда факторов, в первую очередь, из-за наступления РККА, стабилизировать ситуацию с дефицитом медикаментов не удалось.

В ноябре 1919 г. произошли изменения в штатах Военно-санитарного управления Всевеликого войска Донского. В ведении военно-санитарного отделения была сосредоточена обширная работа, разделяющаяся на три самостоятельные части:

1) заведование всем личным составом Донской армии и тыла, то есть вся переписка по назначению, увольнению, перемещению, об отпусках, наградах и пенсиях всего медицинского персонала Всевеликого войска Донского, насчитывавшего к тому моменту 4,5 тыс. чел.;

2) врачебно-санитарная часть – вся организационная работа по борьбе с эпидемиями в армии, обеспечению ее санитарными средствами: эпидемическими, дезинфекционными, банными и прачечными отрядами, банями, прививочными, бактериологическими лабораториями, снабжению армии листовками, брошюрами, плакатами, инструкциями и руководящими приказами²⁰⁸;

3) организация штатов и переформирование всех санитарных учреждений и лечебных заведений Донской армии, которых на тот момент

²⁰⁸ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 87. Л. 7.

было свыше 150 различного характера. В их число входили войсковые, дивизионные, эпидемические, челюстные, ортопедические и пр. лазареты; полевые, подвижные, запасные и эвакуационные госпитали, перевязочные отряды. В военно-санитарном отделении сосредоточивалась почти вся работа Окружного Военно-санитарного управления с добавлением к ней, в силу автономии Дона, существенной части функций Главного Военно-санитарного управления и Управления начальника санитарной части армий фронта²⁰⁹.

Военно-санитарное отделение состояло из 7 чел. и со своими заданиями справлялось только благодаря прикомандированным чинам резерва; вследствие переменного состава не представлялось возможным создать кадры специалистов знакомых с делом, отчего снижалась эффективность работы. Принималось решение о необходимости увеличения штатов Военно-санитарного отделения пятью лицами, создав в нем 3 отдельных делопроизводства: инспекторское – по заведованию личным составом, врачебно-санитарное по вопросам эпидемий, организационное и общее были переименованы в силу объединения в нем ответственных самостоятельных частей Военно-санитарного Управления в Военно-санитарный отдел. Это не создавало особых расходов для казны, так как указанные лица введены за счет резервных чинов.

Эпидемии на территории Донской области увеличили текущую работу земско-медицинского отделения Военно-санитарного управления. Необходимо было обеспечивать мероприятия по санитарному благоустройству городов и горнозаводских районов, восстановлению разрушенных больниц, что создало большое количество организационной работы, с которой земско-медицинское отделение с тем количеством штатных служащих при увеличившемся объеме работы не справлялось²¹⁰.

²⁰⁹ ГА РФ. Ф. Р439. Оп. 1. Д. 87. Л. 7.

²¹⁰ Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Добровольческая армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 77.

Штат земско-медицинского отделения Военно-санитарного управления был увеличен путем добавления помощника Начальника отделения из врачей и одного канцелярского служащего. Учитывая масштаб проводимых мероприятий, данная мера не являлась достаточной даже для осуществления контроля на местах.

Существовавший на тот момент штат Врачебно-гражданского отделения, состоявший из начальника отделения, делопроизводителя, канцелярского служащего и вольнонаемной машинистки в связи с возрастающим объемом работы отделения не справлялся с ним. С передачей в отделение разработки всего статистического материала по гражданскому населению Области (земская, городская, фабрично-заводская отчетность) и вопросов по организации курортного лечения для воинских чинов и населения требовалось прикомандировать к отделению дополнительный штат работников. Постоянная смена негативно отражалась на качестве работы по вышеупомянутым вопросам, поэтому необходимо было добавить в штат врачебно-гражданского отделения таких постоянных служащих как: помощника начальника отделения (врача) и помощника делопроизводителя.

Благодаря вышеуказанным изменениям Окружное Военно-санитарное управление стало больше уделять внимания вставшим перед ним проблемам, однако это не имело практической ценности, так как разработанные проекты не воплощались в жизнь. Эпидемии и попытки налаживания системы здравоохранения в тылу послужили причиной увеличения земско-медицинского отделения, нуждавшегося в серьезном реформировании, но в сложившихся условиях оказалось поздно что-либо менять. Отделение по большей части не справлялось из-за нехватки людей на местах, а не в управлении, большое значение играла дисциплина, подготовка кадров, материальное обеспечение и количество больниц. В процессе проведения массовой эвакуации медицинских учреждений или их оставления с декабря 1919 г., казачья медико-санитарная служба стала фактически не способной выполнять поставленные перед ней задачи. Лазареты не справлялись с

потоком раненых, а тыловые медицинские учреждения не могли оказать беженцам надлежащую помощь. Отсутствие стройной системы управления медицинскими учреждениями только увеличивало неразбериху, а небольшое увеличение кадрового состава в управлениях практически не влияло на систему оказания медицинской помощи.

Согласно выработанному Войсковым правительством маршруту следования на юг беженцев, требовалось обеспечить отступавшее население надлежащей медицинской помощью, имевшейся в распоряжении окружного врача Донецкого округа земского и эпидемического персонала²¹¹. Всего членами правительства оказалось разработано два маршрута.

Первый маршрут выглядел следующим образом:

1-й пункт (начальный) – станица Екатерининская, 1-й Донской округ, где имелся приемный покой и было дано задание открыть инфекционную больницу;

2-й пункт – станица Усть-Быстринская, 1-й Донской округ, имелся приемный покой;

3-й пункт – Кочетовская, Черкасский округ. Медицинских организаций не имелось;

4-й пункт – Семикаракорская, 1-й Донской округ. Имелась окружная земская и инфекционная больницы;

5-й пункт – хутор Мало-Западенский, Черкасский округ. Медицинских организаций не имелось;

6-й пункт – станица Кагальницкая, Черкасский округ. Имелся приемный покой²¹².

По второму маршруту:

1-й пункт (начальный) – хутор Гуково, Черкасский округ. Медицинских организаций не имелось;

²¹¹ ГА РФ. Ф. Р1260. Оп. 4. Д. 7. Л. 17.

²¹² Там же.

2-й пункт – хутор Дарьевский, Черкасский округ. Медицинских организаций не имелось;

3-й пункт – слобода Аграфеновка, Таганрогский округ. Медицинских организаций не имелось.

Согласно проекту, в Кочетовской, Малой Западенке, Гуково, Дарьевской, Аграфеновке окружному врачу Донецкого округа надлежало своевременно озаботиться обеспечением отступающих беженцев медицинской помощью. Для этого требовалось командировать эпидемические отряды, либо достаточное количество, по усмотрению окружного врача, свободного земского персонала, снабдив их медикаментами, перевязочными и дезинфекционными средствами, а также соответствующими моменту и обстановке инструкциями²¹³.

Обо всех принимаемых окружным врачом в этом направлении мерах и обо всех нуждах необходимо было сообщать военно-санитарному инспектору; в случаях, связанных со спешной эвакуацией лечебных учреждений, разрешалось обращаться по телеграфу. Окружной врач на местах действовал в полном контакте с Управлением окружного атамана²¹⁴. Это приводило к еще большим затруднениям и скоплению беженцев.

Но организовать эвакуацию удалось лишь отчасти. В первую очередь указанные меры реализовывались в населенных пунктах, где уже имелись медицинские учреждения. Преимуществом первого маршрута было его четкое следование на юг, проходя через ряд станиц. К недостаткам можно отнести большие расстояния между третьим и четвертым, а также пятым и шестым пунктами. Согласно этому маршруту, в ноябре 1919 г. беженцы должны были пройти порядка 38–40 км по степи, рассчитывая на присутствие эпидемических отрядов или свободного земского персонала. Второй маршрут оказался короче, но изначальное отсутствие медицинских учреждений делало его еще более зависимым от помощи санитарных летучих

²¹³ ГА РФ. Ф. Р1260. Оп. 4. Д. 7. Л. 18.

²¹⁴ Там же.

отрядов. Однако степень организации эвакуации медицинских учреждений из Новочеркасска в декабре 1919 г. была выше по сравнению с событиями февраля 1918 г. Это можно объяснить тем, что еще летом 1919 г. командование Донской армии разработало план эвакуации учреждений Новочеркасска²¹⁵.

К январю 1920 г. казачья медико-санитарная служба уже была не способна выполнять поставленные перед ней задачи. К главным причинам можно отнести успешные наступательные действия РККА и острый дефицит медикаментов, что приводило к низкой эффективности работы оставшихся лазаретов. Несмотря на своевременную эвакуацию раненых из Новочеркасска, санитарные поезда до Ростова-на-Дону могли стоять на станции по несколько дней из-за перегруженного состояния железнодорожных путей²¹⁶. Вагоны зачастую не были приспособлены для перевозки раненых и больных; отсутствие печей и стоянки в заснеженной степи умерщвляли целые эшелоны, состоявшие из 20–25 вагонов²¹⁷. Система эвакуации и заботы о раненых оказалась в критическом положении не только из-за недостатка медикаментов, но и из-за преступной халатности комендантов станции, откупавшихся от начальников санитарных поездов²¹⁸. Вследствие этого сотням раненых в зимних условиях не гарантировалось получение горячей пищи и чая, подобные ситуации фиксировались даже в тылу, на железнодорожном участке между Екатеринодаром и Новороссийском. Проводилось срочное развертывание лазаретов Донской армии на Черноморском побережье для проведения дальнейшей эвакуации в Крым.

Уже находясь на территории Крымского полуострова, в Донских дивизиях в целях пополнения медицинских кадров действовали

²¹⁵ Донские ведомости. 1919. № 140. С. 2.

²¹⁶ Любовин М.В. Воспоминания донского казака. М.: Екатерининский мужской монастырь; Брюссель: Ассоц. Св. Троицы Московского Патриархата. 2014. С. 40.

²¹⁷ Там же. С. 42.

²¹⁸ Там же.

трехмесячные фельдшерские курсы²¹⁹. На каждом из них проходило обучение по 20 учеников, что позволяло подразделениям самостоятельно подготовить новые штаты среднего медицинского персонала. С 19 июня 1920 г. для координации распоряжений по санитарной части армии в целях наилучшей постановки организации медицинской помощи, медико-санитарную часть Донского корпуса по соглашению с Донским атаманом подчиняли Полевому военно-санитарному инспектору через Военно-санитарного инспектора Всевеликого Войска Донского, которому присваивались права и обязанности Начальника Санитарного отдела штаба армии²²⁰.

Казачья медико-санитарная служба во время Гражданской войны столкнулась с рядом серьезных испытаний, часть из которых преодолевалась путем напряжения всех общественных сил. Базой для ее формирования послужили медицинские учреждения Новочеркасска, расположенные там еще со времен Первой мировой войны. К успехам медицинской системы Области войска Донского можно отнести создание сети лазаретов, активное привлечение гужевого, железнодорожного и речного транспорта, что позволяло проводить поэтапную эвакуацию. Развитие лечебных учреждений на начальном этапе зачастую зависело от инициативы врачей и казаков. Благодаря специфике региона не отмечалось больших проблем с гужевым транспортом для санитарных летучек, проведенная реквизиция автомобилей и повозок в целом позволили наладить транспортировку раненых в тыловом районе.

Военно-санитарное управление Всевеликого войска Донского координировало действия учреждений, вело учет раненых и больных и занималось подготовкой новых кадров. В целом, казачья медико-санитарная служба отличалась высокой степенью мобильности благодаря активному формированию подвижных лазаретов и перевязочных отрядов, где ключевую

²¹⁹ Янышин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Донская армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 66–73. С. 71.

²²⁰ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1720. Л. 360.

роль сыграл средний медицинский персонал. Проводившаяся подготовка фельдшерских кадров в школе, больницах и дивизиях в целом оказалась успешной, так как острого дефицита фельдшеров не наблюдалось (но уровень подготовки выпускников отличался из-за разницы в сроках обучения). Формирование лазаретов и госпиталей разных профилей свидетельствует о высоком профессионализме и самоотверженности медицинских работников, попытке медико-санитарной службы обособиться от аналогичных структур ВСЮР, так как последние не способны были оказать необходимую помощь. В Новочеркасске и ряде других населенных пунктов имелись лазареты разного профиля, развивалось санаторно-курортное дело.

К недостаткам стоит отнести слабую фармацевтическую базу, характерную для всех медицинских систем Белого движения. До начала Гражданской войны казачья медико-санитарная служба практически полностью зависела от поставок завода военно-врачебных заготовлений и уже в 1918 г. пришлось оперативно решать проблему производства медикаментов и оборудования. Несмотря на успешные попытки реорганизации Военно-аптечного склада, этих мер было недостаточно ввиду дефицита производственных мощностей, требовался качественно иной способ решения данной проблемы. На территории Области наблюдался дефицит аптек, что свидетельствовало о недостаточно эффективной работе Фармацевтического отделения. Без иностранной помощи в период отступления осенью 1919 г. ситуация еще более усугубилась, что привело к глубокому кризису медицинского снабжения на фронте и в тылу. Наблюдались перебои и в снабжении бельем и теплой одеждой, что отчасти компенсировалось пожертвованиями и реквизициями, но не налаживанием массового производства. Попытки правительства разделить финансирование формируемых с общественной помощью медицинских учреждений ввиду дефицита ресурсов и опоры на довоенный опыт на начальном этапе не принесли большого успеха, хоть и способствовали открытию новых

учреждений на начальном этапе. Несмотря на то, что материальные возможности населения в годы Гражданской войны стали скромнее, люди всячески пытались оказать поддержку медицинским учреждениям. Создание широкой сети лазаретов со штатом до 50 коек приводило к распылению врачебного состава, что особенно проявлялось в июне 1918 – феврале 1919 г.

В достаточной степени не было организовано взаимодействие с общественными и правительственными организациями. Стремление к обособленности в условиях практически полного отсутствия фармацевтической базы привело к еще большему обострению ситуации со снабжением. Военно-санитарному управлению так и не удалось создать эффективную систему управления ввиду дефицита кадров. Халатность руководства и воровство не были искоренены даже путем ужесточения законодательства в указанных сферах.

В целом, казачьей медико-санитарной службе изначально пришлось решать ряд давних проблем Области, к которым можно отнести плохо налаженную земскую медицинскую систему, недостаточное количество койко-мест для местных жителей, практически полное отсутствие фармацевтической промышленности, что усложнило ход ее деятельности. В столь тяжелых условиях большинство медицинских работников самоотверженно выполняли свой долг, но ввиду ряда ошибок, совершенных Военно-санитарным управлением и всеобъемлющего кризиса ВСЮР во второй половине 1919 г., ряд проектов не удалось воплотить в жизнь.

1.3. Организация медицины Белого движения в Сибири

До начала Первой мировой войны здравоохранение в Сибири было слабо развито. Наблюдалась острая нехватка врачей даже в Омске, Иркутске, Новониколаевске, в небольших населенных пунктах ситуация оказывалась еще хуже²²¹.

Несмотря на это, сибирские медики с 1914 по 1920 гг. продолжали борьбу с эпидемиями, а развитием местного здравоохранения и оказанием помощи беженцам активно занимались такие общественные организации как Всероссийский союз городов, ВЗС и РОКК²²². Единственной кузницей врачебных кадров в Сибири оставался Томский университет²²³. С 1915 г. в Барнауле при содействии РОКК были организованы двухмесячные курсы подготовки сестер милосердия²²⁴. На территории Забайкалья не находилось ни одного образовательного медицинского учреждения²²⁵. После Февральской революции 1917 г. обстановка в Сибири ухудшилась. Недостаточное финансирование приводило к закрытию ряда медицинских учреждений и приостановке деятельности лабораторий.

Благодаря активной работе общественных организаций, с января 1918 г. наметилась тенденция к улучшению. Большую роль играли представители РОКК, чьи окружные управления находились в Омске, Иркутске и Хабаровске, а также 15 больниц в других населенных пунктах. В Сибирь прибывали представители Американского Красного Креста и Ассоциации молодых христиан (далее – ИМКА).

²²¹ Шумилова Э.Е. Первая мировая война и уровень медицинского обслуживания населения в крупных городах Западной Сибири (1914–1917 гг.) // Вестн. Том. гос. ун-та. История. 2016. № 2 (40). С. 26.

²²² Чудаков О.В. Медико-санитарная деятельность органов городского самоуправления в Сибири в годы Первой мировой войны и период социальных катаклизмов (1914 – начало 1918 гг.) // ОНВ. 2012. № 2 (106). С. 17.

²²³ Николаева И.И., Баннова Е.С. Этапы развития высшего медицинского образования в Сибири // Journal of Siberian Medical Sciences. 2007. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/etapy-razvitiya-vysshego-meditsinskogo-obrazovaniya-v-sibiri> (дата обращения: 25.03.2023).

²²⁴ Гусева О.В. Формы и методы работы организаций Российского общества Красного Креста Томской губернии в период Первой мировой войны // Известия Лаборатории древних технологий. 2015. № 2 (15). С. 81.

²²⁵ Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г.М. Семенова (осень 1918 – весна 1919 гг.) // Вестн. Том. гос. ун-та. 2017. № 414. С. 157.

Первые лазареты АКК в Сибири появились в сентябре 1918 г. Изначально глава АКК в Сибири доктор Фрэнк Манже сообщал, что руководимая им организация не связана с политикой и оказывает помощь русскому народу исключительно из побуждений совести и человеколюбия. Вместе с тем Красный Крест оказывал поддержку в деле формирования военно-медицинских учреждений и обеспечивал солдат Чехословацкого корпуса²²⁶.

ИМКА по сравнению с АКК была менее известна в России. Тем не менее, к концу сентября 1918 г. «одна только деятельность Ассоциации приняла такие масштабы, что можно было бы подумать, что это оптовые экспортеры, торговцы-перевозчики, правительственные чиновники и Красный Крест вместе взятые», – отмечал глава ИМКА Дж. Фелпс²²⁷. Следует отметить, что ИМКА подвергалась критике со стороны местной прессы на протяжении всего своего пребывания в России. Этой организации было сложнее, чем Красному Кресту убедить высшее руководство Сибири и общественное мнение в том, что они могут принести пользу Белому движению. Многие военачальники, в том числе и сам А.В. Колчак поддерживали ассоциацию, но, в конечном счете, политические проблемы и военные нужды не позволяли членам ИМКА делать столько, сколько они могли бы. По мнению американского генерала У. Грейвса, в Белом движении хотели от Ассоциации расширения поставок для развертывания военных госпиталей, а не только оказания помощи беженцам²²⁸. Тем не менее, с декабря ИМКА оказывала множество услуг военнослужащим российских вооруженных сил, в том числе на фронте. Ассоциация занималась работой для русских солдат, как до этого для Русской императорской армии во время Первой мировой войны.

²²⁶ Грейвс У. Американская интервенция в Сибири. 1918–1920: воспоминания командующего экспедиционным корпусом – М.: Центрполиграф, 2018. С. 227.

²²⁷ Polk J. A. Op. Cit. P. 184.

²²⁸ Грейвс У. Указ. соч. С. 182.

Атаман А.И. Дутов запросил ИМКА оказывать помощь казакам на фронте и в тылу, в том числе 100 тыс. чел. на Оренбургском и Уральском фронтах, и еще 25 тыс. чел. в районе Семипалатинска. Не все нужды были удовлетворены, но в течение зимы и весны 1919 г. организация расширяла перечень услуг и предоставляла недорогие или бесплатные товары и принадлежности военнослужащим Сибирской армии²²⁹. Сфера деятельности ассоциации простиралась от Перми и Екатеринбурга до Владивостока. Еще одним камнем преткновения между Белым движением в Сибири и ИМКА стало оказание поддержки мирному населению без согласования с властями, что не позволило расширить их деятельность.

“Как показатель соотношения сил за нас и тех, кто против нас в правительстве Колчака, – писал Дж. Фелпс, – интересно наблюдать, что командиры, на которых лежала ответственность за моральный дух войск, были искренне за нас, в то время как те, кто был связан с политическим кругом в Омске, почти неизменно был против»²³⁰. Отношения с А.В. Колчаком, его министрами и некоторыми генералами оказывались напряженными. Дж. Фелпс полагал, что «естественным отношением А.В. Колчака было сочувствие и желание сотрудничества со стороны американского учреждения, такого как наше собственное, но он неизбежно в значительной степени руководствовался рекомендациями своих советников. Среди них были как сторонники, так и противники»²³¹.

В Забайкалье активно действовали японские медики: гражданские врачи, платно оказывали свою помощь²³²; военные врачи на безвозмездной основе основали в Чите больницу для беднейших слоев населения. Во Владивостоке Японский Красный Крест (далее – ЯКК) открыл свой госпиталь. АКК развернули лазареты во Владивостоке, Омске, Чите и

²²⁹ Polk J.A. Op. Cit. P. 178.

²³⁰ Грейвс У. Указ. соч. С. 101.

²³¹ Polk J.A. Op. Cit. P. 316.

²³² Шаламов В.А. Здоровоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г. М. Семенова (осень 1918 – весна 1919 гг.) // Вестн. Том. гос. ун-та. 2017. № 414. С. 158.

Верхнеудинске²³³. Контакты РОКК с иностранными общественными организациями были шире, однако часть информации содержится в иностранных архивах²³⁴.

Небольшое количество докторов, фельдшеров и санитаров в Сибири было распределено неравномерно. Так, в Забайкалье находился 181 медицинский работник²³⁵, таким образом, на 50 тыс. чел. в среднем приходился один врач и два фельдшера²³⁶. Гражданская медицина развивалась за счет земств, но их ресурсы были крайне ограничены. Правительство выдавало кредиты, как правило, только в тех случаях, когда земства могли их вернуть. В результате слаборазвитые районы оставались в тяжелом положении.

В декабре 1918 г. было образовано Временное главное управление (далее – ВГУ) РОКК из членов Главного управления Красного Креста, представителей ведомств, земств, городов и других лиц Западной Сибири и Поволжья. Председателем стал бывший самарский губернский предводитель дворянства и член Государственного Совета по выборам А.Н. Шалашников. Непосредственное руководство в Сибири всем делом оказания помощи раненым и больным, военнопленным, беженцам и местному населению ВГУ РОКК возлагалось на назначенного Особоуполномоченным РОКК, бывшего самарского губернатора князя Л.Л. Голицына.

Многие больницы и лазареты были созданы, оборудованы или иным образом поддержаны Красным Крестом. Благодаря деятельности его членов медицинские учреждения во Владивостоке, Никольске, Петропавловске, Тюмени и Екатеринбурге получили поддержку в той или иной степени²³⁷. Оказывали помощь сформированные лазареты в Бухэду и Харбине. Специализация учреждений имела разные профили. Во Владивостоке

²³³ Polk J. A. Op. Cit. P. 280.

²³⁴ Ипполитов С.С.: «Я видел мертвых...»: Российское общество Красного Креста и Американский Красный Крест в Сибири и на Дальнем Востоке в 1918–1920 гг. // Россия и современный мир. 2018 № 1 (98). С. 106.

²³⁵ Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г.М. Семенова (осень 1918 – весна 1919 гг.) // Вестн. Том. гос. ун-та. 2017. № 414. С. 159.

²³⁶ Там же. С. 163.

²³⁷ Polk J.A. Op. Cit. P. 191.

располагался госпиталь для беженцев, а в Бухэду на короткое время разместились туберкулезная больница.

Важной вехой в развитии системы здравоохранения Белого движения в Сибири стало начало слияния организаций ВЗС с РОКК в январе 1919 г.²³⁸ Объединение позволило упростить процесс финансирования со стороны Омского правительства, являвшегося их главным источником. Благотворительные сборы, пожертвования и членские взносы не превышали 0,2% от общего капитала ВГУ РОКК²³⁹. Это привело к прямой зависимости общественных организаций от правительственных ассигнований.

Силами общественных организаций проводилось открытие новых медицинских учреждений. Омская больница стала принимать пациентов в январе 1919 г., к маю она расширилась с 400 до 1000 коек²⁴⁰. В это же время в Новониколаевске АКК построил больницу на 250 коек²⁴¹; в апреле организация взяла под свой контроль университетскую клинику в Томске. Она управлялась как военный и гражданский госпиталь, прежний штат сотрудников был сохранен. В мае в Челябинске удалось развернуть крупный военный госпиталь для обслуживания нужд Западной отдельной армии, доведя их общее количество до трех в городе. В Томске был расположен 171-й сводный эвакуационный госпиталь, насчитывавший 630 коек. В Екатеринбурге находилось 4 больницы, англо-русский госпиталь²⁴², бани и другие сооружения для солдат и гражданских лиц. На средства АКК была открыта стоматологическая клиника²⁴³. Иркутск обзавелся собственным крупным госпиталем на 252 койки в начале июня. Раненые проходили курс лечения в больнице Р. Тьюслера в Японии (Международная больница святого Луки в Токио), солдаты в Сибири могли посетить стоматологические

²³⁸ Ипполитов С.С. Российская благотворительная деятельность на территории действий белых армий и в эмиграции, 1918 – 1924 гг.: дисс ... канд, истор. наук: 07.00.02. М.: 2000. С. 60.

²³⁹ Там же. С. 57.

²⁴⁰ Polk J.A. Op. Cit. P. 191.

²⁴¹ Вишневский С.О. Здравоохранение города Новониколаевска летом 1918–осенью 1919 годов / С.О. Вишневский // Научный диалог. – 2021. С. 322.

²⁴² ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 12. Л. 117.

²⁴³ Polk J.A. Op. Cit. P. 182.

вагоны АКК²⁴⁴. Благодаря активной деятельности ряда общественных организаций формировались санитарные поезда.

В качестве стандарта использовался штат по приказу военного ведомства 1912 г.²⁴⁵ Санитарные поезда делились на полевые и тыловые, разница состояла в меньшем штате вторых. Не все они оказались полностью укомплектованы личным составом. Всего удалось сформировать около 40 санитарных поездов, что было явно недостаточно в масштабах Сибири.

Создавались новые передвижные лазареты и плавучие госпитали, что позволяло несколько разгрузить железные дороги от потока больных и раненых. С апреля по октябрь 1919 г. действовал плавучий госпиталь «Александр», рассчитанный на 400 коек²⁴⁶. На его борту находились старший врач, 4 ординатора, 4 фельдшера, 12 сестер милосердия и 35 санитаров²⁴⁷ (из-за нехватки кадров среди них было 14 пленных красноармейцев²⁴⁸). До июля 1919 г. действовал плавучий госпиталь «Уфа» с общей вместимостью в 150 коек²⁴⁹. Но особого развития данный вид эвакуации в Сибири не получил как ввиду географических причин, так и из-за развала пароходного сообщения в указанный период.

В связи с переполненностью многих лечебных заведений больными в марте 1919 г. воинским начальникам Омска, Томска, Новониколаевска, Тобольска и Барнаула предписывалось незамедлительно сформировать при своих управлениях гарнизонные команды выздоравливающих, причем в Омске, Томске и Новониколаевске располагались батальоны двухротной организации, а в Тобольске и Барнауле одноротной. Врачам лечебных заведений приказывалось всех легкораненых и легкобольных, нуждавшихся лишь в амбулаторном лечении, перевести в команды выздоравливающих²⁵⁰.

²⁴⁴ Polk J.A. Op. Cit. P. 280.

²⁴⁵ РГВА. Ф. 40173. Оп. 1. Д. 2. Л. 1.

²⁴⁶ Там же. Ф. 40176. Оп. 1. Д. 3. Л. 3.

²⁴⁷ Там же.

²⁴⁸ Там же. Оп. 1. Д. 5. Л. 11.

²⁴⁹ ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 98. Л. 1.

²⁵⁰ РГВА. Ф. 39504. Оп. 1. Д. 103. Л. 93.

Эти меры позволили несколько разгрузить медицинские учреждения для дальнейшей подготовки к приему раненых в ходе наступательной операции.

Весеннее наступление Русской армии А.В. Колчака надлежало обеспечить надежной и мобильной медицинской системой. Организация военно-полевой медицины была аналогична системе, принятой Русской императорской армией в период Первой мировой войны. Стрелковая дивизия по штату имела лазарет, передовой перевязочный отряд и гужевой транспорт. В состав кавалерийской дивизии входили перевязочный и дезинфекционный отряды. На армейском и корпусном уровнях были включены лазареты, сводные госпитали и эвакогоспитали. Медицинский состав зависел от подразделения. Так, штат штурмового батальона 1-го Средне-Сибирского армейского корпуса состоял из старшего и младшего врачей, старшего и младшего фельдшеров, 4 ротных фельдшеров²⁵¹. В стрелковый полк входили старший врач и 3 младших, старший фельдшер, 3 младших фельдшера, аптечный фельдшер и 12 ротных фельдшеров²⁵². Штат летучего санитарного отряда состоял из старшего врача, старшего и младшего фельдшеров, аптечного фельдшера, заведующего хозяйством, писаря, 2 старших санитаров и 18 младших, старшей сестры милосердия и 2 младших, мастерского (кузнец, шорник, столяр), 2 поваров, 12 солдат для несения караульной службы²⁵³. В летучий перевязочный отряд входили старший и младший врач, старший фельдшер и 2 младших, аптечный и ветеринарный фельдшер, начальник хозяйственной части, 2 старших санитаров и 15 младших, старшая сестра милосердия и 2 младших, писарь младшего разряда, 3 мастерских, 2 повара, 3 обозных унтер-офицера и 70 рядовых. Обоз состоял из аптечной двуколки, 50 санитарных двуколок для больных и раненых, 6 выучных приспособлений, 3 двуколки для личного состава, 10 хозяйственных и 2 походные кухни. Придавалось 93 лошади²⁵⁴. Таким образом, обеспечивалась

²⁵¹ РГВА. Ф. 39504. Оп. 1. Д. 103. Л. 77.

²⁵² Там же. Л. 76.

²⁵³ Там же. Л. 66.

²⁵⁴ Там же. Л. 67.

высокая мобильность, позволявшая несколько компенсировать нехватку медицинских кадров в частях.

Как правило, раненых эвакуировали в тыл при помощи летучек. В первые недели наступления (март 1919 г.) медикаментов было достаточно, но наблюдались проблемы, связанные с нехваткой личного состава, так как часть медицинских работников оказалась задействована в борьбе с эпидемиями. 8 апреля Совет министров издал приказ о призыве на военную службу врачей (в том числе и женщин) до 50 лет. Данное решение было принято с опозданием, в условиях перегруженной инфраструктуры прибытие медицинских работников на места службы затягивалось, одновременно отягощая положение в тылу. В целях использования врачебного персонала, назначаемого в лечебные заведения, приданные дивизиям на время формирования, их состав временно прикомандировывался для несения службы к военным госпиталям, после отправки подразделения на фронт приказывалось оставлять по одному врачу²⁵⁵.

18 апреля 1919 г. было издано распоряжение Санитарного инспектора об открытии фельдшерских курсов в Томске. Собрание высказало пожелание о приеме на курсы студентов-медиков I и II курсов, чтобы в кратчайший срок (4 месяца) подготовить фельдшеров²⁵⁶. Данное пожелание свидетельствует об остром кадровом кризисе (как среднего, так и старшего медицинского персонала), вызванного и наступлением эпидемией одновременно. Однако, учитывая, что времени на подготовку фельдшеров затрачивается меньше, чем на врачей, упор делался именно на первых.

В организации оказания медицинской помощи на фронте и в тылу в период наступления большую роль сыграл ВГУ РОКК. Административно районы делились на ряд передовых и тыловых территориальных единиц, (получивших название районных полномочий), во главе стояли уполномоченные РОКК. Их сфера деятельности определялась с расчетом,

²⁵⁵ РГВА. Ф. 39504. Оп. 1. Д. 103. Л. 353.

²⁵⁶ Там же. Л. 238.

чтобы каждая из дорог проходила по возможности целиком вдоль одного направления. При передвижении линии фронта на запад каждое полномочие расширялось и никаким конструкционным изменениям не подвергалось, продолжая работу на занятых территориях. Тыловые районные полномочия служили резервами для первых и вместе с тем их продолжением. Здесь сосредоточивались склады, пошивочные, кузнечные, шорные и др. мастерские, снабжавшие учреждения передовых районов²⁵⁷. В передовых полномочиях образован ряд амбулаторий, больниц, особых врачебных, фельдшерских и оспопрививальных пунктов и аптек, в особо опасных местах строились заразные бараки²⁵⁸.

Первое – Златоустовское районное полномочие, как и большая часть соседнего с ним полномочия, проходило по линии железнодорожной магистрали ст. Сулея–Уфа. Оно характеризовалось особо интенсивной деятельностью по обслуживанию всех нужд армии. Центром его деятельности с весны 1919 г. являлся населенный пункт Златоуст. Медицинские учреждения отличались обеспеченностью, предпринимались попытки оказывать помощь всем населенным пунктам вплоть до отступления армий Белого движения от линии Уральских гор. Должность уполномоченного РОКК занимал бывший самарский уездный предводитель дворянства С.Н. Постников, являвшийся врачом и владельцем кумысных лечебных заведений в Самарской губернии²⁵⁹.

Второе передовое районное полномочие проходило по железнодорожной магистрали: по ст. Сулея–Аксаково, после взятия Уфы: ст. Сулея–Уфа–Раевка–Аксаково. По типу своей деятельности оно схоже с деятельностью предыдущего полномочия. Характеризовалось особой интенсивностью движения санитарных поездов для дальнейшей эвакуации

²⁵⁷ ГА РФ. Ф. 1845. Оп. 1. Д. 177. Л. 7.

²⁵⁸ Там же. Л. 9.

²⁵⁹ Там же. Л. 10.

раненых в тыловые районы. Во главе стоял Уполномоченный РОКК М.П. Харкевич²⁶⁰.

Третье передовое районное полномочие пролегал по линии грунтовых дорог Сулея–Месягутово–Тастуба–Бирск. Оно было охарактеризовано, прежде всего, усиленной деятельностью по обслуживанию нужд армии. Отличалось высокой мобильностью, формировались особые летучие санитарно-эпидемические и банные отряды. Во главе стоял Уполномоченный РОКК Я.С. Кржисецкий²⁶¹.

Отмечалась деятельность районного полномочия при Уральском корпусе генерала В.В. Голицына, им руководила Уполномоченный РОКК бывшая фрейлина Их Величества графиня Е.Н. Толстая. На долю этого корпуса выпало выполнение всей операции наступления в марте – апреле 1919 г. армий Верховного правителя к Волге²⁶².

Наиболее интенсивное движение наблюдалось на железнодорожной магистрали Уфа–Златоуст–Челябинск. Там находились в спешном порядке оборудованные РОКК санитарные поезда и санитарные летучки.

В тылу располагались Челябинское, Курганское, Петропавловское и Куломзинское полномочия, специализировавшиеся на оказании врачебно-санитарной помощи и организации производства. В целях повышения эффективности работы приглашались известные врачи: самарский эпидемиолог Е.Л. Кавецкий, профессор Казанского университета психиатр Н.А. Вырубов, хирурги Ф.В. Яблонский и А.А. Смородинцев, терапевты М.А. Мизеров и А.А. Каменецкий, магистры фармации А.А. Вильде, Ф.Х. Грахе, К.С. Масловский и др.

Таким образом, деятельность РОКК в период наступления имела широкий размах, затрагивавшая все аспекты военно-полевой медицины. Разделив районы, удалось четко распределить функции медико-санитарной службы. Организованная поэтапная система эвакуации позволила

²⁶⁰ ГА РФ. Ф. 1845. Оп. 1. Д. 177. Л. 11.

²⁶¹ Там же.

²⁶² Там же. Л. 14.

транспортировать больных и раненых в тыловые полномочия, где проводилось последующее лечение. Активно использовался железнодорожный и гужевой транспорт, но необходимо учитывать, что спешно формируемые санитарные поезда в ряде случаев не всегда подходили для перевозки раненых из-за недостаточно эффективного проведения дезинфекции вагонов и отсутствия печей и прочего оборудования. Располагавшиеся в тылу мастерские позволяли несколько исправлять ситуацию с нехваткой инструментов. Большую роль играла самоотверженность, профессионализм и опыт медицинских работников, способных компенсировать ряд недостатков.

В связи с расширением сети лазаретов требовалось увеличить поставку медикаментов. Учитывая, что фармацевтическая база в Сибири и на Дальнем Востоке была слаборазвита, приходилось производить массовую закупку лекарственных средств, инструментов, белья и пр. в Японии, США и в Китае, при этом цены нередко завышались. При посредничестве РОКК и АКК удалось наладить поставки в порт Владивостока ряда необходимых медицинских препаратов²⁶³. В Сибири РОКК в начале 1919 г. столкнулось с проблемой закупок медикаментов и оборудования из-за низкой покупательской способности рубля²⁶⁴.

В марте 1919 г. было принято решение создать специальную комиссию, которая могла бы сразу закупить все необходимое, либо найти фабрики на Дальнем Востоке, способные выполнить заказы в кратчайшие сроки. 11 марта постановлением Исполнительной комиссии № 56 начальник отдела снабжения Е.А. Жданов и член ВГУ В.В. Чернавин отправились во Владивосток в целях производства закупок для РОКК²⁶⁵. Оттуда

²⁶³ Шаламов В.А. Деятельность Американского Красного Креста в Восточной Сибири в годы Гражданской войны (1918–1920) // Новейшая история России. 2021. Т. 11. № 1. С. 59.

²⁶⁴ Ипполитов С.С. Российская гуманитарная деятельность в годы Гражданской войны и в эмиграции как средство сохранения национально-культурной идентичности в условиях гуманитарной катастрофы: 1917 – 1930-е гг.: дисс ... доктора истор. наук. М., 2020. С. 160.

²⁶⁵ ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 12. Л. 108.

В.В. Чернавину пришлось выехать в Японию. Командировка длилась 4 месяца.

Комиссия прибыла во Владивосток 8 апреля 1919 г., затем отправилась на изучение рынка в Харбине и Японии²⁶⁶. В городе бельевая ткань имелась в незначительном количестве и была неподходящего качества. Специальных материалов для обмундирования солдат и снабжения госпиталей на складах не имелось. Самые крупные фирмы (Чурина, Кунст и Альберст) не могли предложить даже 10 метров кусковой бязи или дрели²⁶⁷. Причину такого обеднения рынка объясняли резким падением курса рубля и невозможностью закупать сырье.

Единственным местом, где можно было получить ткань до поездки за границу, являлась Контора Особоуполномоченного министерства снабжения, контактирующая с предприятиями из Японии и Шанхая, но вскоре выяснилось о нехватке сырья. Из заказанных 200 тыс. аршин бельевой ткани из числа заготовленной для армии, в итоге получено всего 125 тыс.

До 13 июня 1919 г. комиссия закупила и отправила до 155 тыс. аршин разной ткани из общего количества 250 тыс. аршин. В Японии было приобретено 170 тыс. аршин данного материала²⁶⁸. Удалось заключить контракт на поставку шприцов «Рекорд» ассортиментом до 100 шт., зубных щипцов, хирургических зажимов, больших хирургических наборов, спиртовых ламп и пр.²⁶⁹ Руководство ЯКК договорилось с фирмой W. Shinoda в Токио об изготовлении необходимых наборов, отдельных инструментов и предметов ухода за больными. Срок изготовления аптечных принадлежностей составлял 6–9 месяцев.

В связи с дальнейшей потерей складов и роста числа раненых, и без того небольшие поставки не позволили полностью обеспечить потребности фронта и тыла. Цены, сроки изготовления и дальнейшая транспортировка

²⁶⁶ ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 12. Л. 138.

²⁶⁷ Там же.

²⁶⁸ Там же. Л. 140.

²⁶⁹ Там же. Л. 141.

ставили медико-санитарную службу в тупик. Внутренний рынок на Дальнем Востоке не позволял ускорить получение всего необходимого. При поддержке иностранных общественных организаций ситуацию удавалось отчасти стабилизировать (в первую очередь благодаря АКК, поставлявшей крупные партии белья Сибирской армии²⁷⁰). Развитие собственной фармацевтической промышленности шло крайне медленно ввиду нехватки специалистов и отсутствия подходящей базы. Наибольших успехов достигли в выпуске тетравакцин, но и их было недостаточно. Наблюдались и проблемы с халатностью личного состава, не имевшего представления о наличии материальной части в своем распоряжении. Пока в ряде частей предпринимались попытки строгой экономии и поиска получения новых ресурсов, в других имелось все необходимое, но не наблюдалось их использования. Ярким примером может послужить ситуация в Сибирской армии в июне 1919 г. В подразделениях отмечалась нехватка лекарственных средств, но проверка обнаружила 16 вагонов с медицинскими грузами и перевязочным материалом, располагавшихся неподалеку от полевой аптеки, о существовании которых по каким-то причинам забыли, несмотря на извещения штаба армии²⁷¹.

Регулярно возникали проблемы и с доставкой медикаментов. Скорость и безопасность транспортировки грузов Красного Креста при помощи военно-санитарных поездов зачастую зависели от решения старших врачей, редко соглашавшихся на загрузку ящиками теплушек, приспособленных для перевозки раненых²⁷². Усугубляло ситуацию и нерегулярное сообщение составов и потому, что военно-санитарное ведомство само пользовалось поездами для собственных целей. В большинстве случаев старшие врачи требовали загрузить часть грузов для снабжения поездов медикаментами, бельем и пр. Таким образом, вышеперечисленные меры являлись

²⁷⁰ Грейвс У. Указ. соч. С. 227.

²⁷¹ Будберг А.П. Дневник белогвардейца. [Электронный ресурс] URL: <https://militera.lib.ru/db/budberg/03.html> (дата обращения: 24.09.2024).

²⁷² ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 12. Л. 142

половинчатыми, потребности медико-санитарной службы не удовлетворялись как из-за небольших размеров поставок, так и из-за транспортного кризиса, выразившегося, в том числе, и в неспособности выделить дополнительные товарные вагоны для перевозки медицинских грузов.

Для улучшения положения врачебно-санитарного дела на фронте и в тылу Совет министров Российского правительства принял решение о проведении мер по улучшению управления санитарными учреждениями. 22 июля 1919 г. Совет министров постановил упразднить управление главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел, отдел народного здоровья и общественного призрения Главного управления по делам местного хозяйства, а также особое присутствие по делам о народном здравии и общественном призрении Совета по делам местного хозяйства²⁷³. Вместо этого принято решение учредить в составе МВД для выполнения задач по центральному управлению гражданской врачебно-санитарной частью Главное врачебно-санитарное управление²⁷⁴.

В ведение Главного врачебно-санитарного управления входило:

- а) руководство и контроль деятельности местных врачебно-санитарных установлений Министерства внутренних дел;
- б) заведование лечебными заведениями и другими медико-санитарными учреждениями, находившимися в ведении министерства;
- в) общее руководство делом предупреждения и борьбы с заразными болезнями и заведование санитарной охраной морских и сухопутных границ государства;
- г) разработка законопроектов и правил санитарной, эпидемической, врачебной, фармацевтической и судебно-медицинской частей,

²⁷³ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 5. Д. 91. Л. 286.

²⁷⁴ Там же. Д. 108в. Л. 174.

усовершенствованию подготовки к практической деятельности медицинского и фармацевтического персонала²⁷⁵;

д) содействие развитию курортного дела и заведование принадлежавшими Министерству внутренних дел лечебными местностями общего пользования;

е) сбор и публикация статистических сведений о рождаемости, заболеваемости и смертности населения, регистрационных и других научных материалов, относящихся к врачебно-санитарному делу, к мероприятиям по оздоровлению страны и борьбе с инфекционными заболеваниями²⁷⁶.

Главное врачебно-санитарное управление состояло из:

а) начальника Главного врачебно-санитарного управления и двух помощников;

б) совета Главного врачебно-санитарного управления;

в) санитарного, эпидемического, курортного, врачебно-административного, судебно-медицинского, фармацевтического и больничного отделов управления. В их состав включались санитарно-техническая и статистическая части²⁷⁷;

г) редакции журнала «Вестник судебно-практической медицины»;

е) канцелярии начальника Главного врачебно-санитарного управления, библиотеки управления, чиновников особых поручений (врачей, техников, фармацевтов) и других чинов по штату.

На начальника Главного врачебно-санитарного управления возлагалось заведование управлением и высшее руководство деятельностью состоявшего в нем служебного персонала. Он должен был разрешать дела ведомства и участвовать по ним в высших государственных установлениях.

Совет Главного врачебно-санитарного управления состоял из председателя-начальника Главного врачебно-санитарного управления, его помощников, двух членов Медицинского совета (двух представителей от

²⁷⁵ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 5. Д. 375. Л. 1.

²⁷⁶ Там же. Д. 108в. Л. 175.

²⁷⁷ Там же. Л. 176.

Главного управления по делам местного хозяйства от отделов земского и городского хозяйств). Помимо вышеуказанных лиц, в Совет входили представитель от Департамента призрения, управляющие отделами и заведующие отдельными частями Главного врачебно-санитарного управления и управляющего канцелярией начальника Управления²⁷⁸.

В отношении предметов ведомства, делопроизводства и полномочий, совет Главного врачебно-санитарного управления подчинялся общим постановлениям Совета министров²⁷⁹. В случае возникновения узкоспециализированных вопросов, для предварительного рассмотрения предоставлялось право образовывать временные комиссии из членов совета и консультантов²⁸⁰. Такие комиссии, впоследствии, создавались в целях организации строительства лазаретов и барачных для заразных больных.

Создание Главного врачебно-санитарного управления (далее – ГВСУ) являлось шагом вперед в деле организации оказания медицинской помощи в тылу. Была проведена попытка четкого распределения обязанностей между отделами, особое внимание уделялось развитию госпитальной сети и борьбе с эпидемиями. Учитывалась необходимость особого контроля подготовки новых медицинских кадров, ведение более тщательной статистики санитарных потерь и перемещений беженцев.

В этот период особое внимание стало уделяться эпидемическому состоянию в соседних с Сибирью регионах. Расширялась и просветительская деятельность. К недостаткам можно отнести отсутствие хорошо проработанной координации действий с общественными организациями, что не устранило конфликты между ведомствами. Несмотря на официальное распределение должностей в ГВСУ путаница в распределении сфер полномочий продолжалась. Определенные проблемы наблюдались и с деятельностью Санитарно-технической части. Разработки систем водоснабжения, канализации, сети бань, прачечных и вошебоек, несмотря на

²⁷⁸ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 5. Д. 108в. Л. 176.

²⁷⁹ Там же. Л. 173.

²⁸⁰ Там же. Л. 175.

степень их важности, напрямую зависели от ресурсов правительства и военно-инженерного ведомства. Более того, указанная часть была перегружена организацией построек острозаразных лазаретов, что вело к снижению их качества и количественных показателей. В августе – сентябре 1919 г. это явление начало проявляться на фронте и в тылу.

Громоздкость и назначение на ключевые должности лиц, слабо представляющих себе как организовано военно-санитарное дело, приводили к усугублению обстановки в армии. Так, был принят указ Верховного правителя о назначении главноначальствующим санитарно-эвакуационной частью контр-адмирала О.О. Рихтера²⁸¹. Согласно документу, на управляющего санитарно-эвакуационной части возлагалось объединение, согласование и координация деятельности санитарно-эвакуационной части армии и тыла²⁸².

Командующий военно-санитарной части отчитывался непосредственно перед начальником штаба и имел право выступать с личным докладом у Верховного правителя. О.О. Рихтеру подчинялся начальник санитарно-эвакуационной части штаба Верховного главнокомандующего²⁸³. Назначение на эту должность адмирала, не являвшегося врачом и не имевшего до этого опыта управления в области военной медицины, представляется не совсем логичным шагом в столь тяжелых условиях. Вполне вероятно, что А.В. Колчак предполагал данным назначением навести порядок в деле организации санитарно-эвакуационной части при помощи человека, способного работать в сложных условиях. Генерал-лейтенант А.П. Будберг в своем дневнике писал, что О.О. Рихтер на деле оказался не способен предотвратить распространение хаоса, в котором находился ряд тыловых медицинских учреждений, как из-за отсутствия понимания их устройства, так и из-за его нетребовательности и доверчивости²⁸⁴.

²⁸¹ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 14. Д. 109. Л. 77.

²⁸² Там же. Оп. 5. Д. 1126. Л. 22.

²⁸³ Там же.

²⁸⁴ Будберг А.П. Дневник белогвардейца. [Электронный ресурс] URL: <https://militera.lib.ru/db/budberg/03.html> (дата обращения: 24.09.2024).

Летом 1919 г. Русская армия А.В. Колчака вынуждена была отступать, что приводило к оставлению ряда лазаретов, складов, увеличился поток раненых. Инфраструктура (в первую очередь железные дороги) не справлялась с нагрузкой. В целях улучшения ситуации помощь оказали краснокрестные организации, при содействии которых было сформировано 18 санитарных поездов, но ввиду сложностей с сортировкой и общего кризиса на железных дорогах, данная мера не оказала значительного влияния. Постепенно лазареты стали эвакуировать в Забайкалье²⁸⁵. Средний срок эвакуации раненых составлял 28 дней, периодически он увеличивался до 1,5 месяцев²⁸⁶. Это приводило к высокой смертности, ухудшению эпидемиологической обстановки и осложнению хода лечения.

Рассматривать пути эвакуации руководство АКК в Восточной Сибири начало уже в июле 1919 г. В первую очередь было принято решение о немедленной эвакуации женского медперсонала в Иркутск и Верхнеудинск, во второй половине августа отход стал всеобщим. В итоге началось сворачивание ряда лазаретов АКК и сокращение объема оказываемой помощи.

Процесс эвакуации лечебных учреждений в условиях наступления РККА не был налажен. Проблема заключалась в отправке хирургических лазаретов из прифронтовых городов, что, с одной стороны, позволяло их сохранить, но с другой – ухудшало положение на фронте, раненые не получали достаточный объем помощи. Подобная ситуация наблюдалась в ходе Челябинской операции в июле 1919 г. Ряд медицинских учреждений из этого города заранее эвакуировали в Иркутск. Такая удаленность от линии фронта была связана с плохой степенью организации тыловых служб армии, не способных принять и обеспечить работу учреждений на крупных железнодорожных узлах, не так далеко расположенных от линии фронта. Это

²⁸⁵ Зубарев П.А. Военно-санитарные поезда Белого движения на Юге России и в Сибири в 1918–1920 гг. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Гуманитарные науки. 2025. № 6. С. 40.

²⁸⁶ Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г. М. Семенова (май 1919 – январь 1920 г.) // Вестн. Том. гос. ун-та. История. 2019. № 61. С. 70.

приводило к большим сбоям в деле оказания хирургической помощи и дальнейшего лечения, из-за чего случаи оставления раненых стали только учащаться.

Одним из примеров послужило оставление 300 раненых и больных воинов в Екатеринбурге в июле 1919 г. Вину за это деяние представитель Ставки полковник Тюнегов возложил на учреждения РОКК, чей эвакуационный госпиталь покинул Екатеринбург задолго до отхода других медицинских учреждений²⁸⁷. ВГУ РОКК, в свою очередь, обвиняло военно-санитарное управление в потере медицинского имущества, которое по мере возможности спасал медперсонал краснокрестных лазаретов. Подобные конфликтные ситуации между военным ведомством и ВГУ РОКК не являлись редкостью, что еще больше мешало их деятельности.

В связи с отступлением принималось решение о создании новых складов с медикаментами и инвентарем. В августе 1919 г. председатель ВГУ РОКК поручил доктору М.Г. Кушнiru заняться строительством Центрального склада в Иркутске, развернуть новые лазареты, разместить служащих и подыскать помещения для Главкреста и его членов²⁸⁸. Благодаря эвакуации медицинских учреждений из Челябинска это поручение по большей части удалось выполнить. В более тяжелом положении оказались лазареты РОКК, расположенные ближе к линии фронта. 12 августа на совещании ВГУ РОКК председатель М.Л. Киндяков выступил с докладом о посещении им совместно с Главноуполномоченным князем И.А. Куракиным станции Куломзино. Был проведен осмотр учреждений РОКК как по обслуживанию медико-санитарных нужд, так и по оказанию питательной и медицинской помощи беженцам.

Они сообщили Главноуполномоченному князю Л.Л. Голицыну, что при успешности и удовлетворительном ходе работ отдельных учреждений Красного Креста замечено отсутствие единого руководящего и

²⁸⁷ ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 12. Л. 81.

²⁸⁸ Там же. Л. 93.

объединяющего начала. По итогу принято решение усилить надзор за прибывающими на станцию санитарными поездами и летучками РОКК для оказания своевременной питательной и медицинской помощи, провести ремонт протекавшей крыши в госпитале, находящемся в Куломзино в пакгаузе и принять меры к получению вагона-ледника для питательного отряда № 5. В данном районе развертывание новых лазаретов шло ускоренными темпами ввиду уже действующего тылового полномочия РОКК.

В Сибири, как и на Юге России, предпринимались попытки создания санаторного лечения раненых и больных воинов. Так, в целях проведения реабилитационного курса использовались курорты Дарасун, Шиванда и Ямаровка²⁸⁹. В Дарасуне и Ямаровке управление взяла военная администрация, в то время как в Шиванде руководило РОКК. В Харбине действовал санаторий Красного Креста, куда отправляли раненых и больных из Сибири²⁹⁰. Это нельзя назвать достаточным для организации массового санаторного лечения, но в условиях непродолжительной деятельности, острой нехватки медицинских работников и медикаментов подобные меры оказались относительно успешными в деле проведения реабилитационного курса.

В июле – августе 1919 г. при посредничестве РОКК разрешается беспошлинный провоз медицинских грузов в Сибири. 19 июля МИД запросил разрешения бесплатной отправки грузов Американского и Британского Красных Крестов²⁹¹. Эта просьба была удовлетворена 21 июля. Аналогичное разрешение получил ЯКК²⁹². Вместе с тем миссия просила предоставить ей возможность войти в непосредственные сношения с РОКК для рассмотрения вопросов распределения транспортируемых материалов. В

²⁸⁹ Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г.М. Семенова (май 1919 – январь 1920 г.) // Вестн. Том. гос. ун-та. История. 2019. № 61. С. 71.

²⁹⁰ Ипполитов С.С. Российская благотворительная деятельность на территории действий белых армий и в эмиграции, 1918 – 1924 гг.: дисс ... канд. истор. наук. М., 2000. С. 75.

²⁹¹ ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 12. Л. 57.

²⁹² ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 12. Л. 92.

первую очередь грузы шли в Забайкалье, где уже находились японские лазареты. Разрешение о беспоплатном провозе медицинских грузов в августе было запоздалой мерой, особенно учитывая, что объем помощи стал постепенно сокращаться.

Верховному правительству регулярно поступали сведения о неудовлетворительной постановке санитарной помощи на фронте и в тылу, об отсутствии должной заботы и призрения в деле эвакуации и распределении раненых и больных. В связи с этим 20 августа 1919 г. произошли изменения, призванные устранить подобные ситуации.

Вся территория от линии фронта до Приамурского округа включительно разделялась на зону армии, фронта и тыла государства. Последняя делилась на 3 части: внутренний район (от Байкала и Дальневосточного района Забайкалья), Приамурский военный округ и полосу отчуждения КВЖД. Граница между зонами армии и тыла фронта определялась приказами Главнокомандующего фронтом или командующего отдельной армией. Руководителем санитарно-эвакуационной работой в зоне армии являлись начальники санитарной части фронта, в помощь которым шли уполномоченные ВГУ РОКК. В зоне тыла фронта ответственным исполнителем общей санитарно-эвакуационной работы являлся Главноначальствующий санитарной части, осуществлявший управление через помощников Главноуполномоченного РОКК при штабе Верховного главнокомандующего и полевого санитарного инспектора. В тылу государства во внутреннем районе до Байкала оказывали помощь преимущественно общественные организации²⁹³.

Для обеспечения Главноуполномоченным РОКК наибольшего успеха в управлении сосредотачивались данные от всех ведомств о количестве санитарных учреждений и наличии свободных мест. Начальник штаба Верховного главнокомандующего и военный министр принимали решение о формировании медицинских учреждений для предстоящей кампании, исходя

²⁹³ РГВА. Ф. 39504. Оп. 1. Д. 103. Л. 411.

из получаемой информации от Главноначальствующего санитарной части. ВГУ РОКК занималось их организацией, укомплектованием и дальнейшим распределением между участками фронта и тыла. Учитывая тесное взаимодействие транспортных ведомств с эвакуационными, и степени выявленных проблем в этой области, начальнику военных сообщений при ВГК приказывалось оказывать поддержку медико-санитарной службе²⁹⁴. Только спустя год после начала активных боевых действий была организована координация между рядом ведомств и общественных организаций на всех уровнях со стройной системой управления. Это позволило несколько облегчить выполнение возложенных на них задач. Как и прежде, основная часть работы возлагалась на ВГУ РОКК, что особенно проявлялось в тылу.

Как уже отмечалось, большой проблемой для организации санитарно-эвакуационного дела являлось неэффективное верховное руководство в лице контр-адмирала О.О. Рихтера, ряда представителей его окружения и начальников на местах. Тяжелое положение, в котором находился ряд медицинских учреждений, вызвано не только дефицитом препаратов, отступлением и проблемам взаимодействия ведомств, но и халатностью, некомпетентностью, нежеланием вникать в особенности организации помощи раненым и больным. В ряде лазаретов наблюдались грубые нарушения в соблюдении стерильных условий, в то время как в других была налажена организация регулярной уборки помещений; пока одни врачи добросовестно выполняли свой долг в деле лечения пациентов, другие занимались частной практикой и отличались недобросовестностью. Аналогичная ситуация наблюдалась в санитарных поездах, в некоторых из них процветала торговля, контрабанда и спекуляция. Организация ухода за больными и ранеными, лечения и приема пищи по большей части зависели от отношения руководства, но должного наведения дисциплины и контроля

²⁹⁴ Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Востоке России (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2014. Т. 335. № 7. С. 59.

так и не произошло. Признавая тяжелую ситуацию в обеспечении, начальники тыловых служб произносили патриотические речи и высказывались о желании помочь фронту, но на этом, как правило, все заканчивалось²⁹⁵.

Имелись недостатки и в организации снабжения подразделений: фиксировались случаи, когда вместо требуемых медикаментов, теплой одежды и дезинфекционных средств командование отправляло боеприпасы для единичных артиллерийских орудий, вероятность оставления которых в ходе отступления была высокой²⁹⁶. Таким образом, проведение реформ в области руководящих органов не имело должного эффекта в условиях отсутствия строгой дисциплины и порядка в ряде медицинских учреждений фронтового и тылового уровня.

В связи с большим потоком беженцев в тыловых районах и смещением центра оказания медицинской помощи на восток, 26 сентября 1919 г. на заседании Совета министров министр внутренних дел В.Н. Пепеляев выступил с докладом о дополнительном призыве медицинских работников. Обсуждался вопрос о способах увеличения врачебного корпуса; уже к сентябрю призывали на службу женщин-врачей и фельдшеров, чьи дети не достигли шестнадцатилетнего возраста, а также всех медицинских работников, имевших детей старше двухлетнего возраста, по месту их жительства²⁹⁷.

30 сентября 1919 г. был утвержден выработанный Министерством внутренних дел проект постановления об отбывании гражданской трудовой повинности²⁹⁸. Совет министров постановил призвать по ведомству МВД:

а) получивших высшее медицинское образование (в том числе за рубежом) мужчин и женщин;

²⁹⁵ Будберг А.П. Дневник белогвардейца. [Электронный ресурс] URL: <https://militera.lib.ru/db/budberg/03.html> (дата обращения: 24.09.2024).

²⁹⁶ Там же.

²⁹⁷ ГА РФ Ф. Р176. Оп. 5. Д. 96. Л. 64.

²⁹⁸ ГА РФ Ф. Р176. Оп. 5. Д. 96. Л. 117.

б) студентов, студенток, слушательниц высших медицинских курсов, отучившихся шесть и более семестров;

в) фельдшеров, фельдшериц-акушеров, фельдшерских учеников и учениц, перешедших на последний курс;

г) фармацевтов-магистров обоего пола, провизоров и аптекарских помощников, на основаниях, установленных Законом от 6 мая 1919 г.²⁹⁹

Призыву подлежали лица от 18 до 60 лет. Конечный срок обязательной службы определялся 1 июля 1920 г. для всех призываемых, за исключением студентов-медиков и слушательниц женских медицинских курсов, учеников и учениц фельдшерских школ, призванных только на время прекращения занятий в учебных заведениях³⁰⁰.

Производство учета призываемых возлагалось: в уездах – на уездные управления, в губернских (областных) городах на врачебно-санитарные отделы губернских (областных) управлений. После медики переходили в распоряжение Главного врачебно-санитарного управления. Лица, подлежавшие призыву на основании данного постановления, отбывавшие гражданскую трудовую повинность не по штатной медицинской или фармацевтической должности, могли быть отозваны Главным врачебно-санитарным управлением для назначения на службу по специальности.

Таким образом, к концу сентября 1919 г. Совет министров пытался восполнить дефицит врачебных кадров. Большой поток беженцев и резкое увеличение медицинских учреждений вдоль железных дорог требовали обращения особого внимания к проблемам тыла. Правительство готовилось к сезонным заболеваниям и новым вспышкам эпидемий в ряде регионов, вынужденно повышая верхнюю возрастную границу для медицинских работников еще на 10 лет. Учитывая, что в Сибири изначально ощущалась нехватка медицинских работников, эти шаги должны были позволить набрать по максимуму тех, кто еще мог помочь действующей армии и

²⁹⁹ Там же. Д. 108а. Л. 126.

³⁰⁰ Там же. Л. 127.

тыловым учреждениям. Генерал-лейтенант А.П. Будберг дал любопытное описание кадрового дефицита, согласно которому в тылу находилось большое количество женщин, произносивших высокопарные речи и «наряжавшихся в костюмы сестер милосердия», но не шедших на работу в госпитали даже в роли сиделок³⁰¹. Аналогичная ситуация касалась и мужчин, не желавших записываться в санитары, но критиковавших власти за кадровый дефицит в медицинских учреждениях³⁰².

В связи с тем, что приоритет отдавался оказанию помощи армии, происходило ухудшение положения в области гражданского здравоохранения, особенно после начала постепенного свертывания госпиталей АКК и ИМКА. Несколько лучше дела обстояли в Забайкалье, где японцы продолжали заниматься развитием местного здравоохранения, но и этого было недостаточно. Санитарная обстановка осложнялась слаборазвитой канализационной системой.

Необходимо было решать вопрос о взаимодействии ВГУ РОКК и Военного ведомства. На протяжении всего 1919 г. происходили конфликты, мешавшие полноценной работе. Ситуация стала улучшаться после назначения в сентябре Главного полевым Военно-санитарным инспектором Восточного фронта доктора Савинского. При начальнике санитарной части 3-й армии докторе А.Э. Рауэре началась общая совместная работа РОКК и военно-санитарных учреждений, что позволило координировать усилия ведомств.

К 5 октября 1919 г. силами РОКК было развернуто:

1) В зоне фронта 1-й армии: 10 госпиталей и лазаретов (всего 1450 коек), 2 транспортно-перевязочных отряда на 40 повозок, 3 санитарные летучки на 550 мест, 2 зубо врачебных кабинета, подвижной материальный склад, полевая аптека и распределительный эвакуационный пункт.

³⁰¹ Будберг А.П. Дневник белогвардейца. [Электронный ресурс] URL: <https://militera.lib.ru/db/budberg/03.html> (дата обращения: 24.09.2024).

³⁰² Там же.

2) В районе 2-й армии: полевой дивизионный лазарет, 2 транспортно-перевязочных отряда, 8 питательных пунктов и полевая аптека.

3) В зоне фронта 3-й армии: 6 госпиталей и лазаретов (всего 1900 коек), 2 санитарные летучки на 600 мест, 5 врачебно-питательных пунктов с приемниками на 425 коек, 5 питательных пунктов, 4 транспортно-перевязочных отряда, 3 фронтовых материальных склада, 6 санитарных поездов (всего 3600 мест), баня-прачечная и банный отряд, полевая аптека и химико-бактериологическая лаборатория.

4) Для Южной армии в стадии формирования и готовности находились: 14 госпиталей и лазаретов (всего 1560 коек), 4 зубо врачебных кабинета, 14 транспортно-перевязочных отрядов (всего 364 повозки), 5 врачебно-питательных пунктов с приемниками на 250 коек, 2 питательных пункта, 4 бани-прачечной, 4 дезинфекционных камеры, санитарная летучка с приемником на 300 мест.

5) При Уральской отдельной армии формировался смешанный госпиталь на 300 коек.

6) На Семиреченском фронте были развернуты: лазарет на 50 коек, изоляционно-эпидемический отряд с приемником на 25 мест, транспортно-перевязочный отряд на 50 мест, врачебно-питательный пункт с приемником на 50 коек, транспортом и складом белья для 600 чел.

7) В зоне тыла государства развернуто 33 госпиталя и лазарета (всего 8120 коек), 1 городской транспорт на 12 повозок, 4 санитарных поезда на 1240 мест, 1 санитарная летучка, центральные склады в Омске и станции Иннокентьевской-2 с пошивочными и кузнечно-обозными мастерскими и ряд других санитарно-лечебных учреждений³⁰³.

Ряд учреждений находились на стадии формирования (в первую очередь это касалось передвижных лазаретов и транспортно-перевязочных отрядов), но значительная часть функционировала в различных зонах фронта и тыла. Ввиду дефицита медицинских работников и большой протяженности

³⁰³ ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 98. Л. 183.

линии фронта упор делался на мобильность лазаретов и защиту от набравшей обороты эпидемии тифа. Наблюдалась неравномерность распределения медицинских учреждений: наиболее укомплектованными оказались 1-я, 2-я и 3-я армии, чьи части принимали активное участие в Тобольской наступательной операции и несли большие санитарные потери. Половина краснокрестных госпиталей и лазаретов располагались в тыловых районах государства, что несколько увеличивало время эвакуации раненых и больных.

Вследствие отступления войск, в спешном порядке эвакуировались лазареты, больницы и склады. Адмирал О.О. Рихтер не сумел в полной мере организовать этот процесс. С октября 1919 г. центром госпитальной сети стала станция Куломзино, расположенная в трех километрах восточнее Омска. Там происходила сортировка раненых, находились тыловые санитарные поезда. Ввиду возникшей угрозы оставления города, 3 ноября началась эвакуация членов РОКК в Иркутск³⁰⁴. Процесс оказался длительным и тяжелым по причине низкой пропускной способности железных дорог, нехватки топлива, несвоевременного приказа об эвакуации и из-за действий польских и чехословацких комендантов станций, отнимавших паровозы, обрекая раненых и больных на смерть³⁰⁵. Ситуация осложнялась скоплением беженцев, чья численность в районе станции к осени достигла около 100 тыс. чел³⁰⁶.

Во время Сибирского Ледяного похода войска генерала В.О. Капеля сопровождали отряды Красного Креста, но ввиду отсутствия у них медикаментов и перевязочных материалов, помочь раненым они практически ничем не могли. В конечном итоге организация оказания медицинской

³⁰⁴ Ипполитов С.С. Российская благотворительная деятельность на территории действий белых армий и в эмиграции, 1918 – 1924 гг.: дисс. канд. истор. наук. М. 2000. С. 102.

³⁰⁵ Там же. С. 103.

³⁰⁶ Рынков В.М. «Сибирский бег»: вынужденные миграции на востоке России в годы Гражданской войны (1918–1922 гг.) // Известия Иркутского государственного университета. Серия: История. 2014. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sibirskiy-beg-vynuzhdennye-migratsii-na-vostoke-rossii-v-gody-grazhdanskoy-voyny-1918-1922-gg> (дата обращения: 29.01.2025).

помощи к декабрю 1919 г. фактически развалилась, только в глубоком тылу еще действовали отдельные лазареты. Оставшиеся медицинские учреждения перестали получать даже минимальную помощь, ввиду чего они либо расформировывались, либо переходили под контроль РККА.

Заместителем председателя Совета Министров С.Н. Третьяковым 14 декабря 1919 г. поднимался вопрос о повышении качества работы РОКК в условиях отступления. К основным недостаткам были отнесены: острая нехватка теплой одежды, плохое оборудование санитарных поездов, их неплановый график движения, отсутствие правильно организованных эвакуационных пунктов. Даже при достаточном отпуске денежных средств не хватало работников вследствие их крайне затрудненного перевода Военным ведомством (это касалось санитаров, служащих и рабочих). Данная проблема становилась препятствием для формирования фронтовых медицинских учреждений, так как невоеннообязанные туда не шли, приходилось нанимать совершенно негодный рабочий состав за высокую плату.

Стоит отметить, что устранение ряда недостатков находилось вне сферы права ВГУ РОКК; движение санитарных поездов осложнялось всеобщей тяжелой ситуацией на железной дороге, а речные пути оказались парализованы. Отмечалось плохое оборудование составов, ряд которых состоял из необшитых теплушек с испорченными печами (зачастую без кухонь, нар и каких-либо санитарных приспособлений), их подготовка требовала невероятных усилий. Транспортный кризис мог служить оправданием только до определенной степени, но, по мнению членов Красного Креста, больше наблюдалось игнорирование интересов больных и раненых воинов со стороны органов власти³⁰⁷. Снабжение эвакуируемых воинов теплой одеждой не входило в сферу деятельности ВГУ РОКК, за это отвечало интендантство³⁰⁸. При этом организация головных эвакуационных пунктов входила в обязанности ВГУ РОКК, поэтому полное перекалывание вины на

³⁰⁷ ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 98. Л. 183.

³⁰⁸ Там же.

Военное ведомство и местные власти не совсем справедливо. Таким образом, межведомственные споры не утихали даже в критических условиях декабря 1919 г.

При распределении помещений для лазаретов и госпиталей наблюдалось, что просторные помещения отводились для учреждений других ведомств. Так, госпитали РОКК разместили в Иркутске в бывших ресторанах и магазинах (совершенно непригодных для приема больных и раненых), между тем как Базановский дом, в котором мог быть размещен госпиталь на 300 коек с ваннами и всеми удобствами медицинским учреждениям, не был передан Красному Кресту.

25 декабря 1919 г. Исполнительная комиссия ВГУ РОКК постановила расформировать госпиталь для нервных больных № 15, пациентов разместили по госпиталям в Иркутске или в городской больнице. Имущество передано на склад Красного Креста на ст. Иннокентьевской, должность уполномоченного и заведующего нервно-психиатрической помощью при Главкресте (на тот момент ее занимал профессор Н.А. Вырубов) была упразднена 1 января 1920 г.³⁰⁹ Персоналом психиатрических больниц укомплектовывали хирургические и терапевтические лазареты.

В ходе отступления было принято решение развернуть находящийся на ст. Зима трехэтапный госпиталь Красного Креста. Учитывая некомплект сестер милосердия в этом госпитале, ВГУ РОКК командировало из Мариинской общины 5 сестер милосердия. Но в связи с закрытием проезда на ст. Зима командированные сестры милосердия не смогли выехать по назначению³¹⁰. Амбулаторный пункт на вокзале Иркутска был закрыт 5 февраля 1920 г.³¹¹ К этому времени медико-санитарная служба практически перестала существовать, ее остатки ушли на Дальний Восток. ВГУ РОКК прекратил свою деятельность к концу 1920 г.

³⁰⁹ Там же. Д. 21. Л. 60.

³¹⁰ ГА РФ. Ф. Р1845. Оп. 1. Д. 21. Л. 119.

³¹¹ Там же. Л. 123.

В 1918–1920 гг. в Сибири проводился масштабный комплекс мер по созданию развитой медико-санитарной службы, одновременно наблюдался острый дефицит в медицинских работниках (особенно во врачах). Это обуславливалось слабой развитостью системы здравоохранения в Сибири и практически полным отсутствием медицинских образовательных учреждений. В связи с тяжелыми боями на фронте и крупными вспышками эпидемий и без того небольшой штат медицинских работников приходилось распределять особо тщательно. Данную проблему пытались решить в течение всего 1919 г. мобилизациями и расширением перечня тех, кто мог служить на фронте и в тылу, вследствие чего в небольших населенных пунктах приходилось закрывать амбулатории.

Большинство врачей, фельдшеров, санитаров и сестер милосердия честно и мужественно выполняли свой долг, но при проведении мобилизации и всеобщем дефиците кадров в медицинские учреждения попадали люди, не имевшие достаточного опыта, подготовки или стремления оказать помощь в условиях военного времени. В первую очередь, это касалось управления госпиталями и лазаретами, где не всегда удавалось грамотно организовать лечение и обеспечить подходящие условия пациентам и персоналу, что приводило к увеличению сроков лечения и повышению смертности.

В медицинской системе Белого движения недостаточное внимание уделялось исправлению недостатков в дисциплине и организации лечения, в то время как существовал ряд проектов реформирования управления системы, не способных оказать влияние на указанную проблему. Ее решение могло повысить уровень оказания помощи на этапах эвакуации и при проведении терапии. В ряде случаев обстановка в медицинских учреждениях зависела от проведения регулярной уборки помещений, организации питания и отношения к раненым. Халатность, некомпетентность, воровство, наблюдавшиеся в тех или иных лазаретах и санитарных поездах, могли привести к снижению морального духа раненых и их дальнейшему дезертирству, особенно в условиях отступления.

Организация военно-полевой медицины Белого движения в целом была схожа по организационно-штатной структуре с Русской императорской армией. Большое место уделялось мобильности санитарных летучих отрядов; аналогичная ситуация прослеживалась и в РККА. Но до первой половины 1919 г. включительно в документах медико-санитарных служб Белого движения, в отличие от Наркомздрава практически не отмечалось острого дефицита гужевого транспорта, как для формирования летучек, так и для аптечных двуколок. В феврале 1919 г. РККА не хватало 93% аптечных двуколок, 80,5% пароконных санитарных двуколок³¹². В Красной армии данную проблему отчасти компенсировали большим количеством и налаженной системой работы санитарных поездов.

Одной из ключевых проблем для медико-санитарной службы Белого движения в Сибири стал дефицит инструментов, лекарственных средств и перевязочного материала. Медикаменты приходилось закупать за рубежом, большую помощь в этом деле оказывали РОКК, АКК и ИМКА. Однако высокая стоимость и внутренние конфликты приводили к попыткам создания отечественных фармацевтических предприятий, в первую очередь, лабораторий. Не справлялся и транспорт, из-за чего скорость передвижения железнодорожных составов значительно снижалась, состояние передаваемых вагонов оставляло желать лучшего. Данная проблема являлась весьма актуальной в связи с большими расстояниями региона.

После начала контрнаступления Красной армии с лета 1919 г. госпитальная сеть начала эвакуацию на восток, в районы Читы, Иркутска и Верхнеудинска. Происходили перебои со снабжением лазаретов, не хватало перевязочных материалов, хирургических инструментов и термометров. В связи с боевыми действиями, большим потоком беженцев и эпидемиями, стояла необходимость расширять коечный фонд. Омское правительство занялось этим вопросом несвоевременно, перекладывая работу на местные

³¹² Гладких П.Ф., Саидов Н.С. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 4: Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917–1938. СПб, 2009. С. 48.

общественные организации, зачастую не имевшие для этого достаточного количества ресурсов.

На Юге России и в Сибири санитарное дело Белого движения встречалось с похожими проблемами. Отсутствие централизации и четкого разделения полномочий приводили к невыполнению ряда приказов и конфликтам между правительственными и общественными организациями. Если в Советской России главным управляющим органом стал Народный комиссариат здравоохранения, координировавший деятельность военных и гражданских медицинских учреждений, то в Белом движении к подобной системе стали приходить лишь в момент глубокого кризиса второй половины 1919 – первой половины 1920 г., что не позволяло в полной мере реализовать координационные возможности. Наиболее острая борьба развернулась между РОКК и Военным ведомством, обе стороны обвиняли друг друга в неудачах.

Важным отличием в оказании помощи была степень вовлеченности общественных организаций в деле организации военно-полевой медицины: если в РККА опирались по большей части на силы Народного комиссариата здравоохранения (РОКК было перестроено, а ВЗС упразднен), то в Белом движении тыл отдавался под контроль РОКК, ВЗС, Союза городов и др. организаций. В Сибири ВГУ РОКК налаживал работу медицинских учреждений прифронтового уровня. Это позволяло облегчить работу армейских военно-полевых учреждений на фронте и обеспечить сетью лазаретов общественных организаций с относительно достаточным количеством личного состава и медикаментов, но между ними зачастую происходили конфликты в вопросе снабжения.

На Юге России весной 1919 г. прослеживалось разделение сфер деятельности общественных организаций в вопросе оказания медицинской помощи, что позволило в короткие сроки сформировать новую госпитальную сеть. В области унификации медико-санитарные службы Белого движения довольно долго не могли прийти к единым штатам, в то время как в РККА

данный процесс успешно шел с осени 1918 г.³¹³; это приводило к дополнительным проблемам в области снабжения медицинских учреждений и пополнения кадров.

К недостаткам медицины Белого движения можно отнести отсутствие единой системы эвакуации, что приводило к путанице, увеличению времени в пути больных и раненых к тыловым медицинским учреждениям. В НКЗ к этому вопросу отнеслись более серьезно, о чем свидетельствует издание ряда документов (таких как «Временная инструкция учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией», «Инструкция по эвакуации от линии боя до головного эвакуопункта», «Инструкция начальника эвакуопунктов» и др.³¹⁴), определявших последовательность развертывания и предназначения этапов медицинской эвакуации, организуемых медицинской службой для обеспечения проведения боевых действий. Отчасти в Белом движении этот недостаток компенсировался опытом медицинских работников, участвовавших в Первой мировой войне, но он не получил должного развития в виде единой доктрины, что могло позволить унифицировать действия мобилизованных кадров.

Медико-санитарная служба Белого движения, несмотря на небольшой период деятельности, острый кризис в промышленности, транспорте и кадрах, предпринимала попытки организации эвакуации и лечения раненых и больных. В практически таких же условиях находилась и медицина Советской России, но высокий уровень централизации, строгая дисциплина в медицинских учреждениях, наличие ряда крупных фармацевтических предприятий, упор на подготовку среднего и младшего медицинского персонала сделали ее более эффективной.

³¹³ Гладких П.Ф., Саидов Н.С. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 4: Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917–1938. СПб, 2009. С. 25.

³¹⁴ Постановление Народного Комиссариата по Военным Дела и Народного Комиссариата Здравоохранения. О реорганизации эвакуационных учреждений. Статья № 741. [Электронный ресурс] URL: <https://istmat.org/node/31503> (дата обращения: 15.08.2024).

В годы Первой мировой войны медико-санитарные службы обрели колоссальный опыт в деле организации оказания помощи раненым. В армиях стран Антанты наблюдались изменения в организации оказания хирургической помощи. Учитывая высокий рост потерь при эвакуации в тыловые районы, Парижское хирургическое общество предложило военно-санитарным органам оказывать тяжелораненым раннюю хирургическую помощь. Госпитали фронтового уровня получили усиление в лице дополнительных хирургических команд со всем необходимым оборудованием. С конца 1915 г. медико-санитарная служба французской армии стала отказываться от довоенной концепции лечения огнестрельных ранений. Уже к концу Первой мировой войны раннее оказание хирургической помощи тяжелораненым принималось как единственно верное решение. Активное хирургическое вмешательство стало наиболее распространенным среди медико-санитарных служб стран Антанты³¹⁵. Итальянская медико-санитарная служба перенимала опыт французской армии в деле оказания хирургической помощи и делала упор на развитие передвижных хирургических пунктов, активно используя грузовые автомобили³¹⁶. Таким образом, удавалось усиливать медицинские учреждения на разных участках фронта.

Медико-санитарная служба германской армии с конца 1914 г. организовывала оказание хирургической помощи в 15 км от линии фронта. В дальнейшем происходила сортировка и отправка в тыл. Огромное количество раненых требовало поэтапного лечения после сортировки на разных эшелонах с созданием быстрой и надежной транспортной системы.

³¹⁵ Шапошников Г.Н. Армейская медицина в годы Первой мировой войны / Г.Н. Шапошников, В.В. Запарий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – № 2. С. 176.

³¹⁶ Vergani C., Venturi M. The Italian mobile surgical units in the Great War: the modernity of the past.

[Электронный ресурс], URL:

https://www.academia.edu/109394499/The_Italian_mobile_surgical_units_in_the_Great_War_the_modernity_of_the_past (дата обращения: 21.07.2025).

Благодаря ей стало возможным оказать медицинскую помощь наибольшему числу раненых и вернуть многих из них в строй³¹⁷.

С началом окопной войны немецкие полевые лазареты были вынуждены реагировать на инфекционные заболевания (дизентерию, тиф), создавая специальные госпитали. Транспортировка больных в тыл строго запрещалась, а сама отправка больных в госпиталь организовывалась при помощи специальных автомобилей.

Опыт, накопленный в годы Первой мировой войны, был частично применен и медицинскими работниками Белого движения. Однако, ввиду проблем с оснащением и сложностями в унификации методов оказания медицинской помощи, данный опыт не смог принести максимально возможную пользу в сложившихся условиях. Организация летучих санитарных отрядов была аналогом автомобильных хирургических лазаретов Франции и Италии. Полностью перенимать опыт армий Первой мировой было практически невозможно ввиду более активных действий противоборствующих сторон и менее налаженного снабжения.

³¹⁷ Engelhardt M. Organization of the German Army Medical Service 1914-1918 and the role of academic surgeons. [Электронный ресурс], URL: https://www.researchgate.net/publication/326783021_Organization_of_the_German_Army_Medical_Service_1914-1918_and_the_role_of_academic_surgeons (дата обращения: 19.07.2025).

ГЛАВА 2. БОРЬБА С ЭПИДЕМИЯМИ

На протяжении долгого времени войны неизбежно порождали возникновение эпидемий. Вплоть до конца XIX в. боевые действия зачастую уносили меньше жизней, чем эпидемии холеры, тифа, оспы, чумы и цинги.

В период Гражданской войны в России произошла крупнейшая вспышка сыпного, брюшного и возвратного тифа. В своём исследовании мы сконцентрировались на рассмотрении и анализе влияния этих видов тифа на ход Гражданской войны. Следует отметить, что до середины XIX в. тиф целенаправленно не изучался и, соответственно, его не разделяли на отдельные виды. Однако когда проблема распространения этой инфекции приобрела масштабный размах — выяснилось, что у каждого из видов тифа разный возбудитель и клиническая картина течения болезни.

Безусловно, эпидемия является не только биологическим явлением. По большей мере это явление социальное, затрагивающее все сферы общества. В дореволюционной России сыпной тиф был наиболее распространен в местах лишения свободы и в период проведения военных действий, поэтому в первую очередь был известен как «голодный», «тюремный» или «военный». Вспышкам тифа, как правило, предшествовали проблемы с обеспечением населения полноценным питанием и доступом к необходимой медицинской помощи.

Также к началу XX в. благодаря открытиям в медицине стало известно, что бактерии, вызывающие сыпной тиф, передаются чаще всего платяными вшами. Еще в первой половине XIX в. было установлено, что интенсивность распространения тифа среди войск коррелирует со степенью их заражения вшами. Поэтому в рамках профилактики сыпного типа важное значение

имели организация бань, прачечных и формирование дезинфекционных отрядов.

Риск заразиться брюшным тифом, относящимся к острым кишечным инфекциям, был высок даже в мирное время. Поэтому более надежной профилактикой тифа представлялась вакцинация. В 1896 г. ученые Р. Пфайфер и В. Колле разработали первую в мире вакцину от брюшного тифа. В 1898 г. российский бактериолог В.К. Высокович успешно апробировал «гретую» вакцину, содержащую инактивированные путём нагревания бактериальные клетки, в одном из полков Русской императорской армии³¹⁸. Однако несмотря на научные достижения, из-за организационных просчетов и слабости фармацевтической отрасли медико-санитарная служба не смогла осуществить проведение массового вакцинирования.

В целом, санитарно-эпидемиологическая обстановка в Российской империи в начале XX в. характеризуется как неблагоприятная. По официальной статистике к 1913 г. заболеваемость населения инфекционными болезнями в расчёте на 10 000 человек достигала следующих показателей. За год было зафиксировано 222 случая заражения гриппом, 32,9 корью, 31,4 дизентерией, 28,3 скарлатиной, 26,6 брюшным тифом и паратифом, 7,3 сыпным тифом, 4,4 натуральной оспой, 1,9 возвратным тифом³¹⁹. На Юге России грозным противником для местного населения продолжала оставаться холера. В 1910 г. из 212 000 человек заболевших умерло 100 000 человек и уровень смертности от этого заболевания составил 47%³²⁰.

Для эффективной борьбы с эпидемиями необходим многосторонний подход, охватывающий улучшение санитарных условий (включая строительство канализации и регулярную уборку общественных мест),

³¹⁸ Абрамцева М. В., Неманова Е. О., Алехина Н. С., Немировская Т. И. Брюшнотифозные вакцины. История создания и современные вакцинные препараты // БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. 2021. № 2. С. 87.

³¹⁹ Гладких П.Ф., Максимов И.Б. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 19: На стыке двух эпох. 1914–1923 гг. СПб., 2018. С. 25.

³²⁰ Там же.

повышение гигиенической грамотности населения и создание развитой системы здравоохранения, ориентированной на профилактику заболеваний. К 1914 г. на территории Российской империи насчитывалось 373 санитарных врача, 12 микробиологических институтов, 20 санитарно-бактериологических и 60 гигиенических лабораторий, 56 дезинфекционных пункта³²¹. Состояние целого ряда городов и сел с позиций санитарно-эпидемиологических требований не являлось удовлетворительным.

Сложности вносил децентрализованный характер системы здравоохранения Российской империи. Земская, городская и государственная медицина не обладали достаточными ресурсами, их весьма ограниченные силы и средства оказались нерационально распределены. Ключевая проблема медицины заключалась в том, что профилактические мероприятия не носили регулярный характер. Из-за этого уровень заболеваемости населения практически не снижался.

Начало Первой мировой войны, массовые перемещения войск, беженцев и военнопленных привели к вспышке заболеваемости всеми видами тифа среди военнослужащих и мирного населения. Перед войной издавались тщательно продуманные программные документы по профилактике и предотвращению развития инфекционных заболеваний. Однако, несмотря на запреты, происходила эвакуация больных в глубокий тыл, что в свою очередь приводило к неминуемому ухудшению эпидемиологической обстановки³²². Так, уже в конце 1914 г. фиксировались вспышки эпидемий дизентерии, тифа и холеры среди мирного населения³²³.

К тому же эвакуацией руководили строевые офицеры, не имевшие медицинского образования. В Русской императорской армии была

³²¹ Гладких П.Ф., Максимов И.Б. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 19: На стыке двух эпох. 1914–1923 гг. СПб., 2018. С. 25.

³²² Гладких П.Ф. Военная медицина императорской России в Первой мировой войне в 1914–1917 годы / П.Ф. Гладких // Медикобиологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. – № 2. – С. 18.

³²³ Шапошников Г.Н. Армейская медицина в годы Первой мировой войны / Г.Н. Шапошников, В.В. Запарий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – № 2. С. 175.

децентрализована система управления противоэпидемическими учреждениями. Эти упущения также требовали изменений.

В 1915 г. началась массовая вакцинация военнослужащих брюшнотифозной вакциной. По причине передислокации войск и нарушений температурного режима при транспортировке и хранении вакцины, в первые месяцы проведения вакцинации обеспечить эпидемиологическую безопасность так и не удалось³²⁴. Однако уже в 1916 г. уровень заболеваемости значительно упал (с 16,7 до 3,13)³²⁵. Для этого потребовался массовый выпуск вакцины. В 1916 г. удалось произвести 11 529 л. брюшнотифозной вакцины³²⁶.

Вдобавок в Русской императорской армии до Первой мировой войны не существовало мобильных механизированных прачечных. Благодаря усилиям общественных организаций в армейских частях начали создаваться прачечные. Всего было сформировано 1126 бань и банно-прачечных отрядов, 229 механических и ручных прачечных и 13 банно-прачечных поездов³²⁷.

Таким образом, в годы Первой мировой войны произошло увеличение числа санитарно-гигиенических и противоэпидемических учреждений. Одновременно происходило ухудшение положения в тылу, опасные инфекции проникали вглубь страны, что в случае продолжавшегося ухудшения социально-экономической обстановки грозило вылиться в крупные эпидемии. После развала фронта в 1917 г. солдаты стали возвращаться в свои населенные пункты, но в условиях глубокого кризиса расселить заражённых и здоровых было крайне затруднительно. Все перечисленные проблемы послужили основой для эпидемий, охвативших всю страну. К лету 1918 г. ухудшение эпидемиологической обстановки

³²⁴ Гладких П.Ф., Саидов Н.С. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 4: Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917–1938. СПб, 2009. С. 36.

³²⁵ Горелова Л.Е. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение Русской армии в Первой мировой войне 1914–1918 гг. / Л.Е. Горелова, А.Е. Локтев // Военно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 335. – № 2. – С. 77.

³²⁶ Там же.

³²⁷ Там же. С. 78.

достигло критичного уровня и спустя несколько месяцев в России началась крупнейшая эпидемия тифа в мировой истории.

2.1. Борьба с эпидемиями на Севере и Северо-Западе

В период Гражданской войны на Севере и Северо-Западе России существовало два района Белого движения, один из которых является примером успешного сдерживания эпидемий, а другой оказался фактически ликвидирован сыпным тифом. И в том, и в другом регионе медико-санитарные службы столкнулось с эпидемическими заболеваниями с весьма ограниченными силами. Однако методы борьбы с ними и их ресурсы отличались.

В марте – августе 1918 г. в Мурманск и Архангельск стали прибывать британские, французские и американские части, что привело к распространению испанского гриппа³²⁸. В условиях начавшихся боевых действий и нехватки врачей эпидемия быстро охватила весь регион. В Архангельске штат врачей был сформирован более чем наполовину, однако в уездах наблюдалась более тяжелая ситуация. В связи со вспышкой заболеваемости и нехваткой медицинских кадров Северное правительство приняло решение создать летучие эпидемические отряды, в состав которых входили врач и несколько фельдшеров³²⁹. Учитывая, что эпидемия испанского гриппа являлась новой и крайне опасной, на нее обратили внимание в первую очередь.

Пандемия испанского гриппа стала серьезным испытанием для медико-санитарных служб в конце Первой мировой войны. Европейские армии оказались напрямую затронуты этой болезнью и являлись ее основным источником³³⁰. Из-за вспышки испанского гриппа койки для раненых были заняты больными солдатами. В связи с высоким уровнем смертности от пневмонии (35–40%), медики предпринимали попытки изолировать больных

³²⁸ Морозова О.М., Трошина Т.И., Морозова Е.Н., Морозов А.Н. Пандемия испанки 1918 года в России. Вопросы сто лет спустя // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2021. № 1. С. 117.

³²⁹ Новикова Л.Г. Указ. соч. С. 59.

³³⁰ Большакова О.В. Испанка (1918–1920) : Невыученные уроки // Труды по русистике. 2021. № 8. С. 89.

и проводить максимально эффективную терапию³³¹. В городах фиксировалось резкое увеличение летальных случаев. Были приняты меры по сдерживанию распространения инфекции, массово освещались вопросы гигиены рук, физического дистанцирования и ношения масок (однако хирургические маски не соответствовали требованиям³³²). Театры, кинотеатры и массовые мероприятия были закрыты. Религиозные мероприятия были ограничены, а похоронные процессии запрещены³³³. Именно эпидемия испанского гриппа послужила толчком к организации централизованной государственной системы здравоохранения в ряде стран мира³³⁴.

На Севере, в армии генерала Е.К. Миллера, недостаточно развитая инфраструктура, скудный рацион, расквартирование частей в домах местных жителей ухудшали обстановку. Медико-санитарная служба не успевала справляться с последствиями; в армию мобилизовали большинство земских врачей, включая женщин, что привело к острому недостатку медицинских работников в ряде районов. Так, из семи земских врачей в Архангельском уезде шестеро были мобилизованы, в Холмогорском уезде из пяти врачей остался один³³⁵. Медицинскую помощь населению по мере возможности оказывали военные врачи. Более половины фельдшерских пунктов были задействованы для обеспечения нужд армии³³⁶. Таким образом, указанные действия оказали негативную роль на проведение противоэпидемических мер для мирного населения в пользу сохранения боеспособности военных частей. Подобные меры могли привести к недостаточно подробному учету

³³¹ Большакова О.В. Испанка (1918–1920) : Невыученные уроки // Труды по русистике. 2021. № 8. С. 94.

³³² Зобнина М.И. Испанка в начале XX в.: Масштабы, смертность, методы лечения / М. И. Зобнина, Г.Н. Шапошников, Ю.Б. Хаманова // Вестник Уральского государственного медицинского университета. – Екатеринбург: УГМУ, 2022. вып. 2. С. 45.

³³³ Vergani C., Venturi M. The Italian mobile surgical units in the Great War: the modernity of the past. [Электронный ресурс], URL:

https://www.academia.edu/109394499/The_Italian_mobile_surgical_units_in_the_Great_War_the_modernity_of_the_past (дата обращения: 21.07.2025).

³³⁴ Большакова О.В. Испанка (1918–1920) : Невыученные уроки // Труды по русистике. 2021. № 8. С. 100.

³³⁵ Новикова Л.Г. Указ. соч. С. 57.

³³⁶ Там же.

заболевших и неспособности полноценно организовать лечение в небольших населенных пунктах, что особенно было опасно в труднодоступной местности.

22 октября 1918 г. генерал-губернатору Северной области Б.А. Дурову пришло ходатайство об отпуске в распоряжение Архангельской губернской Земской управы 200 тыс. руб. на расходы по борьбе с эпидемией гриппа (в первую очередь это касалось Онежского, Пинежского и Холмогорского уездов, как наиболее пострадавших от инфекционных болезней). Губернская земская управа была лишена возможности прийти на помощь населению в деле прекращения столь тяжелой, заразной и смертельной болезни из-за отсутствия в ее распоряжении необходимых средств; они оказались не в состоянии даже выдать жалование служащим и доставить продукты³³⁷.

Сложившаяся ситуация способствовала скорейшему отпуску денежных средств. 25 октября начался призыв фельдшеров до 35 лет включительно³³⁸. Было решено сформировать несколько эпидемических отрядов, чья задача состояла в перемещении в районы для оказания помощи местным жителям³³⁹. Эта распространенная мера в условиях Гражданской войны в России позволила компенсировать дефицит медицинских работников в населенных пунктах. Пик заболеваемости в конце октября – начале ноября наблюдался в Архангельске, земская больница едва могла вместить в себя поступающих на лечение³⁴⁰.

Большую роль играла организация размещения больных, это требовало создания изоляционных барачков. Для указанных целей использовался ряд зданий в Архангельске (способных вместить до 100 больных в каждом), в том числе изолятор тюрьмы на Кегострове; путь к нему лежал через улицы

³³⁷ ГА РФ. Ф. Р4448. Оп. 1. Д. 30. Л. 3.

³³⁸ Собрание узаконений и распоряжений Верховного Управления и Временного Правительства Северной области, издаваемое Консультацией при управляющем Отделом Юстиции. № 1. Архангельск. 1919 г. [Электронный ресурс] URL: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.booksite.ru/fulltext/123022/text.pdf> (дата обращения: 20.10.2024).

³³⁹ ГА РФ. Ф. Р4448. Оп. 1. Д. 30. Л. 2.

³⁴⁰ Там же.

города, что повышало риск распространения эпидемии, но иного способа предложить власти не могли. В других районах инициаторами создания небольших изоляторов до 10 коек включительно выступали земства. Подобные меры позволили несколько снизить заражаемость и смертность в населенных пунктах, из около 30 тыс. заболевших скончались 2500 чел.³⁴¹

Ключевую роль в борьбе с эпидемией «испанки» на Севере России сыграл санитарный врач Архангельска В.А. Белиловский. Учитывая его большой опыт в проведении противочумных мероприятий в Одессе и Астраханской губернии, он был назначен главноуполномоченным по борьбе с эпидемиями³⁴².

К декабрю 1918 г. «испанка» пошла на спад, однако ее место заняла эпидемия сыпного тифа. По мнению В.А. Белиловского, болезнь получила распространение в губернской тюрьме Архангельска, что обуславливалось неудовлетворительным содержанием заключенных³⁴³. Секретарь Городской Думы О.И. Антушевич полагал, что «эпидемии болезни предшествовала эпидемия арестов», что привело к резкому ухудшению положения арестантов³⁴⁴. По состоянию на 8 февраля 1919 г. в Архангельской губернии было зафиксировано 46 случаев заболевания тифом, практически ежедневно их количество увеличивалось. Всем правительственным и общественным учреждениям приказывалось немедленно сообщать санитарному инспектору о новых случаях заболевания, наделенному чрезвычайными полномочиями³⁴⁵. В целях повышения мобильности медперсонала автомобильную роту переформировали в дивизион и содержали по временному штату³⁴⁶.

³⁴¹ Новикова Л.Г. Указ. соч. С. 77.

³⁴² Яковенко В.А. В.А. Белиловский: биография медика в контексте эпохи. Новое прошлое. 2020. № 4. С. 148.

³⁴³ Там же. С. 151.

³⁴⁴ Голдин В.И. Интервенция и антибольшевистское движение на русском Севере, 1918–1920. М. : Изд-во МГУ, 1993. С. 130.

³⁴⁵ Yakovenko V.A. Non-Bolshevik Healthcare in Russia: Organization of the Medical Care in the Northern Region (August 1918 – October 1919) URL: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://wp.hse.ru/data/2019/05/27/1494805762/176HUM2019.pdf> (дата обращения: 10.02.2025).

³⁴⁶ ГА РФ. Ф. Р3695. Оп. 1. Д. 234. Л. 8.

Для стабилизации ситуации Северное правительство выделило до полумиллиона рублей на борьбу с новой эпидемией. Сумма была потрачена на проведение комплекса мер, включавших строительство бань, прачечных, закупки медикаментов и т.д., вследствие чего к апрелю 1919 г. наблюдался спад заболеваемости. Все правительственные и общественные учреждения Северной области согласовывали свои действия с Главноуполномоченным по борьбе с эпидемиями, что, как свидетельствуют изученные документы, повышало эффективность проводимых мероприятий³⁴⁷. Врачи, применяя опыт земской медицины, вели учет заболевших при помощи карточной системы, регистрируя тех, кто обращался в городские и сельские медицинские учреждения, после чего данные еженедельно отправлялись в Архангельск. Указанные меры позволили организовать системный контроль, не допуская распространения эпидемии, а также наладить обеспечение медикаментами и дополнительным штатом медработников в наиболее нуждающихся уездах.

По состоянию на 7 мая 1919 г., заболеваемость продолжала снижаться, в целях профилактики и распространения среди населения всем волостям были разосланы брошюры «Что такое сыпной тиф и как предохранить себя от него»³⁴⁸. В обязанность волостных санитарных комиссий входил поиск подходящих помещений для изоляционных барачков и найма особых лиц для поддержания их в хорошем состоянии. В случае выявления подозрительных заболеваний требовалось немедленно сообщать в ближайшие фельдшерские пункты. Участковым врачам предоставлялись бутылки с креозолом в целях борьбы со вшами. Формировались летучие больницы (до 10 коек), что позволяло при появлении вспышки эпидемии иметь готовый медицинский медперсонал и оборудование³⁴⁹.

Практически все волостные управы выполнили вышеперечисленные мероприятия. В Нименьгской, Нижмозерской, Тамицкой, Вонгудо-

³⁴⁷ ГА РФ. Ф. Р3695. Оп. 1. Д. 234. Л. 11.

³⁴⁸ Там же. Л. 40.

³⁴⁹ Там же. Л. 52.

Андозерской и Кокоринской волостях заболевших сыпным тифом не было зафиксировано³⁵⁰. По получении информации о подозрительных заболеваниях в населенный пункт отправляли врача или фельдшера, помимо лечения проводились просветительские лекции, что дало ощутимый результат.

Согласно анализу архивных данных ведомостей об эпидемических заболеваниях в Архангельской губернии, в феврале – апреле 1919 г. смертность от сыпного тифа достигла 16%³⁵¹, что было выше, чем на Юге России и в Сибири (где данный показатель в среднем достигал 6–15%). Учитывая, что не все заболевшие обращались в медицинские пункты, количество летальных случаев могло быть выше. Такой уровень смертности обусловлен недостаточной укомплектованностью медицинскими кадрами даже в Архангельске, однако до Первой мировой войны штат врачей соответствовал средней норме по городам Российской империи. Отсутствие в ряде деревень фельдшерских пунктов не позволяло своевременно реагировать на возникавшие очаги заболеваемости. Играла роль и недостаточная доступность населенных пунктов для санитарных летучек, но столь острой нехватки медицинских работников по сравнению с другими регионами не было из-за низкой плотности населения. Запросы в Медицинский совет больше касались получения медикаментов, чем командирования сотрудников³⁵².

В.А. Белиловский требовал организовать ремонт ряда медицинских учреждений, начать строительство дополнительного заразного барака, дезинфекционной камеры и мусоросжигательной печи³⁵³. В Архангельске, численность населения которого на тот момент составляла около 48 тыс. чел., благодаря проведенным мерам не наблюдалось резкого скачка заболеваемости.

³⁵⁰ ГА РФ. Ф. Р3695. Оп. 1. Д. 234. Л. 52.

³⁵¹ Статистика заболеваемости сыпным тифом с 8 февраля по 7 апреля 1919 г. См. Приложение № 4.

³⁵² ГА РФ. Ф. Р3695. Оп. 1. Д. 234. Л. 23.

³⁵³ Яковенко В.А. В/А. Белиловский: биография медика в контексте эпохи. Новое прошлое. 2020. № 4. С. 152.

На смену сыпному тифу из-за продовольственного дефицита пришла цинга, что отражено автором в прикрепленных таблицах из ведомостей об эпидемических заболеваниях в Архангельской губернии. Несмотря на то, что указанная болезнь не является инфекционной, она оказалась серьезной угрозой, создавая благоприятную почву для возникновения новых эпидемий в условиях голода и дефицита витаминов. В целях борьбы с цингой Северное правительство организовало специальные поселения, в которых размещенные больные обеспечивались помощью со стороны медицинского персонала и получали паек, обогащенный витаминами. Для облегчения работы Архангельского местного военного лазарета предлагалось открыть больницу на Кегострове. Британское командование оказывало поддержку, что частично облегчило ситуацию с обеспечением медицинского учреждения³⁵⁴.

Сложная ситуация наблюдалась в тюрьме на Кегострове, из 370 заключенных 207 чел. были больны тяжелой формой цинги, 45 находились в критическом состоянии³⁵⁵. Это обуславливалось скудным рационом, состоящим только из рисовой каши, что связано с недостаточным финансированием исправительного учреждения. Данная проблема могла в дальнейшем перерасти в новую вспышку сыпного тифа (именно тюрьма стала источником эпидемии в Архангельске в январе 1919 г.), что требовало принятия превентивных мер. В этой связи 120 заключенных перевели в больницу, Управляющий Отдела внутренних дел выделил дополнительный кредит, что позволило организовать на территории тюрьмы баню-прачечную с дезинфекционной камерой, снабдить местную больницу медикаментами и перевязочным материалом, а также улучшить питание³⁵⁶.

При рассмотрении хода борьбы с эпидемиями важно учитывать географические особенности: регион был в значительной мере изолирован от остальных частей России, что не приводило к массовой миграции; кроме

³⁵⁴ ГА РФ. Ф. Р3695. Оп. 1. Д. 234. Л. 48.

³⁵⁵ Там же. Л. 58.

³⁵⁶ Там же. Л. 60.

того, многие ресурсы Северное правительство получало благодаря иностранной помощи. Медицинский совет Северной области собирал сведения о потребностях уездов, после чего делал запрос через правительственные органы. Проведенный анализ архивных документов позволяет сделать вывод о том, что острого дефицита в медикаментах не было, соответственно запросы зачастую удовлетворялись. Несмотря на обширность территории, ее нельзя назвать густонаселенной, распространение эпидемии можно было ограничить изоляцией населения.

Временное правительство Северной области полностью не решило проблемы со вспышками эпидемии и перебоями в снабжении, но предпринятые им шаги снизили потери среди войск и мирных жителей Архангельской губернии. В регионе вопросами здравоохранения занималось Министерство внутренних дел, на местах ключевую роль играли органы самоуправления; учет заболевших оказался наиболее систематизированным в Белом движении. По мнению автора, в связи с лучшей постановкой контроля в отчетах появлялись более высокие показатели смертности, но это были более объективные цифры. При помощи интервентов медицинские учреждения получали медикаменты и необходимое оборудование. Благодаря проведенному комплексу противоэпидемических мероприятий, резкого роста заболеваемости в Архангельской губернии не наблюдалось. Это контрастировало по отношению к населению Центральной России, где тиф имел широкий размах.

Белое движение на Севере наиболее внимательно подошло к проведению санитарно-просветительской деятельности (по сравнению с другими антибольшевистскими регионами), благодаря чему эпидемии не приняли катастрофический характер.

Особое место в истории борьбы с эпидемиями в годы Гражданской войны в России занимает Северо-Западная армия Белого движения. С момента своего возникновения ее подразделения испытывали большие сложности в снабжении и в организации эпидемических лазаретов, медико-

санитарная служба столкнулась с острой нехваткой медицинского персонала. После неудачного наступления осенью 1919 г. на Петроград в частях Северо-Западной армии началась эпидемия сыпного тифа. Это происходило по ряду причин, к которым можно отнести недостаточную степень укомплектования личного состава в условиях зимы теплым обмундированием, сокращение продовольственного пайка, контактов солдат с пленными красноармейцами. Ухудшало обстановку слабое снабжение со стороны британского правительства, недостаточная поддержка со стороны РОКК и других общественных организаций.

В составе Северо-Западной армии к осени 1919 г. находилось 10 госпиталей (6 учреждений санитарной части, 4 госпиталя РОКК), 2 сводных лазарета, лазаретный отдел Ивангородской крепости. В ряде медицинских учреждений имелись распределительные эвакуационные пункты и хирургические отделения (что связано с активными боевыми действиями), однако отсутствовали эпидемические отделения, что оказалось уязвимым местом в организации медико-санитарной службы. По состоянию на 4 октября в 1-м армейском госпитале проходило службу 396 чел. медицинского персонала, в армейском госпитале №3 – 252, в сводном госпитале Красного Креста – 371³⁵⁷. Ввиду разраставшихся масштабов эпидемии, этого было явно недостаточно для эффективной организации оказания хирургической помощи и борьбы с сыпным тифом. Ситуацию усугубляли контакты солдат и офицеров с беженцами, санитарно-пропускные пункты не были налажены должным образом.

В декабре 1919 г. отступившие в Эстонию войска генерала Н.Н. Юденича не получали достаточного количества еды, дров, горячей воды, лекарств, мыла и белья, что способствовало ослаблению иммунитета и повышению риска возникновения эпидемии. Положение ухудшилось в связи с решением эстонского правительства выделить местность для дислокации в районе Черной речки (Мустайыги), отличавшейся болотистостью. Вместе с

³⁵⁷ ГА РФ. Ф. Р6385. Оп. 1. Д. 36. Л. 2.

частями Северо-Западной армии в район Нарвы отступили тысячи беженцев из Петроградской губернии, эпидемиологическую обстановку в которой нельзя назвать благополучной³⁵⁸.

В то время на фронте свирепствовали сыпной и возвратный тиф, что свидетельствовало, в частности, о недостаточно развитой системе банно-прачечного дела. Так как ничего не было сделано для предупреждения и локализации тифа, уровень заболеваемости рос в ужасающей прогрессии. На основе изученных архивных документов можно сделать следующие выводы: в отделениях Ямбургского сводного госпиталя в Нарве на 22 декабря 1919 г. состояло 296 больных, из них 230 чел. с сыпным тифом; на следующий день их количество увеличилось до 193 больных возвратным тифом и 322 сыпным соответственно; на 24 декабря – 347 больных³⁵⁹. Всего в городе в то время находилось около 2 тыс. чел., чье положение вследствие недостатка лечебных учреждений и средств оценивалось как крайне тяжелое, не все могли получить медицинскую помощь³⁶⁰.

Общее впечатление о сложившейся ситуации характеризуют записки штабс-капитана А.И. Протопопова, который писал, что положение Северо-Западной армии становилось катастрофическим. Заболеваемость в частях была настолько велика, что убыль не восполнялась никакими резервами. А.И. Протопопов предположил, «что через 4–6 недель остатки Северо-Западной армии будут расформированы вшами³⁶¹», и его прогноз оказался верным.

Штабс-капитан полагал, что санитарное состояние армии могло в ближайшем будущем измениться к лучшему, поэтому предложил Красному Кресту принять меры, способные создать в лечебных учреждениях обстановку, обеспечивающую действенную борьбу с заразными болезнями. Это необходимо было еще и потому, что медицинский персонал заражался и

³⁵⁸ ГА РФ. Ф. Р6385. Оп. 1. Д. 36. Л. 2.

³⁵⁹ Там же. Д. 21. Л. 1.

³⁶⁰ Там же.

³⁶¹ Там же. Д. 36. Л. 1.

выбывал из строя. В Ямбургском сводном госпитале из пяти врачей заболели трое, 347 больных обслуживались только двумя врачами³⁶². А.И. Протопопов утверждал, что терапевтическое отделение сводного госпиталя в Нарве превратилось в заразное, возникла необходимость перевода учреждения на другой режим. Персонал работал в условиях эпидемии, требовалось срочное принятие мер, способных обезопасить медиков от заражения: еженедельное посещение бани, снабжение бельем, мылом, высокой обувью, дезинфекцией и стиркой белья и т.п. Медицинские учреждения фактически оказались не готовы к приему и лечению заразных больных; без инфекционных барачков тиф переходил на раненых. Несмотря на то, что РОКК в ноябре – декабре 1919 г. запрашивало у правительства Северо-Западной области 500 тыс. руб., этого не было достаточно³⁶³, данных о получении и этой суммы не обнаружено.

При формировании противэпидемической системы требовались компетентные специалисты в данной отрасли, однако в столь опасный период во главе медико-санитарной службы Северо-Западной армии находился А.Н. Никифораки, человек, не имевший до этого опыта в организации оказания медицинской помощи. В годы Первой мировой войны он был опытным военно-морским офицером и командовал дивизионами подводных лодок Балтийского флота, однако никогда не занимался медицинским обеспечением³⁶⁴. Подобная ситуация являлась весьма парадоксальной, учитывая, что в составе медико-санитарной части имелись такие опытные врачи, как А.Н. Молодовский, Г.Д. Эдельман, В.Г. Дементьев и др. В таких условиях медико-санитарная служба не сумела вовремя принять меры, способные улучшить эпидемиологическое состояние армии.

Немногочисленный медицинский персонал Северо-Западной армии пытался организовать лечение больных в заброшенных зданиях фабрик и в

³⁶² ГА РФ. Ф. Р6385. Оп. 1. Д. 36. Л. 1.

³⁶³ Там же. Д. 7. Л. 32.

³⁶⁴ Бойков В. Краткий биографический словарь офицеров, чиновников и служащих белой Северо-Западной армии (1918–1920 гг.), Таллинн, 2009. С. 235.

Ивангородской крепости. Обстановка в госпиталях не подходила для проведения терапии, отсутствовало отопление и электричество³⁶⁵. По воспоминаниям очевидцев, люди умирали на грязных полах заброшенных заводских помещений и в теплушках, практически не имея доступа к врачебной помощи (летальные случаи фиксировались и среди медицинских работников³⁶⁶). Несмотря на попытки организации массовых захоронений, их проведение оказывалось половинчатым, тела не закапывали, либо оставляли на улице, что никак не способствовало улучшению эпидемиологической обстановки и создавало риск возникновения чумы.

Ярким примером могут послужить воспоминания командира 1-й батареи 5-й Ливенской дивизии фон Зауэра, «Ввиду преступного отношения эстонцев, эпидемия приняла грозные размеры, и эти месяцы в Нарве – сплошной кошмар. На некоторых дворах и в некоторых помещениях трупы валялись неделями. Мертвых вывозили на санях, сложенных как дрова и бросали часто без всякого погребения за город. Каждый день многочисленные похоронные процессии. Санитарные условия были ужасны. Отсутствие белья. Эстонцы запретили русских пускать в бани»³⁶⁷.

Несмотря на опасность распространения эпидемии, первоначально эстонские власти не оказывали никакой помощи в борьбе с сыпным тифом и даже препятствовали указанным мероприятиям. Отчасти это связывалось с неудачными переговорами со стороны представителей Северо-Западной армии. Так, адмирал В.К. Пилкин 6 января 1920 г. записал в дневнике впечатления от совещания с участием представителей эстонского правительства о планах дальнейшей борьбы на Северо-Западе: «[П.Н.] Краснов не очень удачно изложил обстоятельства дела. Вместо того чтобы указать на то, что армия вымирает от сыпного тифа, что необходимо сейчас же вывезти здоровых, чтобы спасти их, он подчеркивал опасность

³⁶⁵ ГА РФ. Ф. Р6385. Оп. 1. Д. 21. Л. 9.

³⁶⁶ Там же. Л. 11.

³⁶⁷ Зауэр, фон. Наступление на Петроград // Белая борьба на Северо-Западе России / сост. С. В. Волков. – М. Центрполиграф, 2003. С. 559.

большевизма, от которого нельзя предохранить армию в Нарве»³⁶⁸. Отсутствие своевременных запросов о помощи и бездействие сыграло негативную роль, для обеих сторон это привело к серьезным последствиям. Болезнь затронула местные населенные пункты, что потребовало от эстонских властей проведения более активных мероприятий.

В январе 1920 г. главнокомандующий эстонской армии генерал Й. Лайдонер вместе с новым командующим Северо-Западной армии генералом П.В. Глазенапом посетили госпитали с тифозными больными. Увиденное поразило эстонского командующего, распорядившегося помочь и остановить распространение эпидемии. Но для этого необходимо было иметь большие финансовые и материальные ресурсы, которых на тот момент у Северо-Западной армии практически не было. Ввиду этого встал вопрос о ее роспуске и передаче имущества в лечебные заведения санитарных организаций Эстонской республики, которые, в свою очередь, должны приступить к борьбе с тифом.

Возникал вопрос об имуществе РОКК, находившемся в Северо-Западной армии. 10 февраля 1920 г. Совет при Главноуполномоченном РОКК заслушал доклад заведующего медицинской части доктора П.А. Болдина, в котором говорилось следующее: «В местной печати появилось сообщение о постановлении правительства республики, что военно-санитарное ведомство бывшей Северо-Западной армии и РОКК должно прекратить свою деятельность на территории Эстонии, передав имущество и лечебные заведения санитарным организациям республики»³⁶⁹.

Не касаясь вопроса о военно-санитарном ведомстве армии и высказываясь лишь относительно учреждений РОКК, было необходимо принять во внимание, что:

1) Красный Крест автономен, экстерриториален, аполитичен, не являлся военной организацией;

³⁶⁸ Пилкин В.К. В Белой борьбе на Северо-Западе: Дневник 1918–1920. — М.: Русский путь. 2005. С. 279.

³⁶⁹ ГА РФ. Ф. Р6385. Оп. 1. Д. 26. Л. 1.

2) Красный Крест обслуживал больных и раненых без различия национальности, принадлежности к той или иной армии, политических взглядов воюющих сторон;

3) По положению военного времени учреждения, обслуживающие армию, подчинялись только общим распоряжениям высшей военно-санитарной власти в оперативном отношении;

4) Врачебный и иной краснокрестный персонал формировался не по призыву, а из добровольцев и по возможности из невоеннообязанных;

5) Согласно Женевской конвенции, они не могли быть объявлены военнопленными, имущество Красного Креста даже во враждебно настроенной стране не подлежало реквизиции³⁷⁰;

6) Ввиду того, что значительную часть своих денежных средств и снабжения Управление образовало путем поступивших в его распоряжение ассигнований от представителей РОКК за границей, пожертвований местного общества, снаряжения, сформированного Земским союзом и уступленного Красному Кресту лазарета, это имущество должно было быть объявлено не военным, а общественным, тем самым неотчуждаемым³⁷¹.

Для ясности финансовых отношений РОКК с белой армией нельзя не указать, что полученные им от бывшего правительства Северо-Западной области не являлись даром или пособием, а возмещением за содержание раненых и больных военнослужащих. Обеспечение краснокрестных лечебных заведений и лечение производилось за счет Северо-Западной армии. Ввиду того, что полученная сумма не погашала понесенных на этот предмет расходов, за Военным ведомством числились долговые обязательства³⁷².

Работа Красного Креста под руководством начальника медико-санитарной части армии Эстонии, в которой развернулась деятельность Управления РОКК при обслуживании чинов бывшей Северо-Западной армии

³⁷⁰ ГА РФ. Ф. Р6385. Оп. 1. Д. 26. Л. 1.

³⁷¹ Там же.

³⁷² Там же. Д. 40. Л. 2.

и под руководством Главного гражданского санитарного управления республики по обслуживанию гражданского русского населения, не вызывала возражений с точки зрения ее устава. Полностью прекратить его деятельность было нельзя в связи с тяжелым положением русских больных, для которых, при посредничестве РОКК, возможно получение пожертвований из-за рубежа³⁷³.

Если по сложившимся неблагоприятным обстоятельствам представлялось желательным поставить учреждения РОКК вместе с их персоналом под защиту Эстонского Общества Красного Креста (далее – ЭОКК), то такая передача, считал П.А. Болдин, могла бы последовать временно по особому акту. Реквизиция или отчуждение ее явились бы нарушением основных прав. Предлагалась совместная и параллельная деятельность РОКК с ЭОКК, под общим руководством медико-санитарной службы Эстонской республики.

Рассматривался вопрос о правовом положении персонала РОКК и военных врачей Северо-Западной армии в условиях борьбы с эпидемией сыпного тифа. Их труд мог быть использован только по соглашению представителей Красного Креста с правительством. Разделяя все приведенные в докладе выводы, Совет постановил довести их до сведения председателя ЭОКК и выражал надежду, что они встретят с его стороны и властей поддержку³⁷⁴.

23 февраля 1920 г. командование Северо-Западной армии заключило договор с британской военной миссией, согласно которому эстонское правительство полностью возложило на себя ответственность за оказание медицинской помощи за счет средств имущества Северо-Западной армии, к тому моменту уже практически полностью ликвидированной³⁷⁵.

Согласно договору, правительство Эстонии брало на себя заботу о больничном лечении больных и раненых бывшей Северо-Западной армии и о

³⁷³ ГА РФ. Ф. Р6385. Оп. 1. Д. 40. Л. 2.

³⁷⁴ Там же.

³⁷⁵ Там же.

содержании персонала, необходимого для лечения³⁷⁶. Продолжительность и размер помощи больным и раненым определялись размером денежных средств, припасов и разного снаряжения, предоставленных для намеченной цели в распоряжение эстонского правительства представителями Великобритании, США, Красного Креста, и численностью имевшегося медицинского персонала бывшей Северо-Западной армии³⁷⁷. Эстонское правительство приступило к выполнению своих обязательств после получения от представителей союзных держав 50 тыс. фунтов стерлингов, прибавляя сумму от реализации всего имущества бывшей Северо-Западной армии, припасов и т. д.

Врачебному персоналу расформированной армии гарантировалось то же содержание, какое соответствовало степеням медицинского персонала Эстонской республики. Представителям союзных держав предоставлялась возможность всестороннего ознакомления с положением дела, что облегчалось существованием отдельного учета по лечению больных и раненых. Врачебный персонал освобождался от службы по уменьшению количества нуждавшихся в лечении и хода эпидемии среди русских беженцев, оказавшихся в Эстонии³⁷⁸.

В действительности ситуация оказалась тяжелее. Основная часть бывших военнослужащих Северо-Западной армии располагалась в уезде Ида-Вирумаа, отличавшемся своей лесистостью и малонаселенностью, что позволило предотвратить дальнейшее распространение эпидемии. Однако возникал вопрос осуществления обеспечения и размещения новых медицинских учреждений. Районы, в которых находились госпитали с больными сыпным тифом, были обнесены колючей проволокой, эстонские власти выделили под охрану 1-ю и 3-ю пехотные дивизии, чья задача состояла в недопущении распространения эпидемии. Людей не перевезли в больницы, оставив в холодных бараках. Из солдат и офицеров бывшей

³⁷⁶ ГА РФ. Ф. Р6385. Оп. 1. Д. 40. Л. 3.

³⁷⁷ Там же.

³⁷⁸ Там же.

Северо-Западной армии формировались санитарные команды, которые расчищали госпитальные помещения и копали братские могилы, так как эстонские медики практически не оказывали поддержку в данном деле.

В марте 1920 г. Военно-санитарное управление эстонской армии организовало 11 госпиталей (общий фонд 6450 коек) и 6 лазаретов РОКК (общий фонд 1500 коек) для бывших военнослужащих Северо-Западной армии и русских эмигрантов, находившихся в Нарве, Ревеле и Вируском уезде³⁷⁹. Данные учреждения создавались на базе армейских лазаретов, большую помощь оказывали православные священники³⁸⁰.

5-й и 6-й военные госпитали в Нарве являлись крупнейшими медицинскими учреждениями расформированной армии; последний создан на базе сводного лазарета 2-й пехотной дивизии, вместимость которого доходила до 1500 коек³⁸¹. В бараках в среднем располагалось по 185 больных (численность в некоторых достигала 310), на весь госпиталь было четыре врача (всего 172 работника). В связи с тяжелыми условиями труда, большим количеством больных, высоким риском заражения, дефицитом лекарств фиксировались случаи отказа работы некоторых представителей медперсонала, часть людей уезжала в Советскую Россию.

По политическим мотивам Эстония была заинтересована в отъезде с территории республики бывших военнослужащих Северо-Западной армии, что заодно позволяло снизить распространение тифа в регионе. Несмотря на подписанный договор, помощь от властей в борьбе с эпидемией оказалась минимальной и нацеленной, прежде всего, на нераспространение заболевания по всей Эстонии, хотя в районе Нарвы случаи заражения среди местных жителей уже неоднократно фиксировались. Обязательства о

³⁷⁹ Копытин И. Деятельность 5-го и 6-го русского госпиталя в борьбе с эпидемией тифа в Нарве в 1920 г. // Сборник Нарвского музея. 2021. № 22. С. 162.

³⁸⁰ Монахиня Даниила (Полякова). Лечебное дело в Пюхтице 1913 – 1940. // Духовно-нравственное воспитание человека: традиции и современность. Материалы международной научно-практической конференции (11 – 12 декабря 2018 г. Пюхтицкий Успенский монастырь). – Куремая, Эстония. С. 263.

³⁸¹ Мальцев Ю.П. Православное духовенство в эпидемию тифа 1919 – 1920 гг. в Эстонии // Мир Православия. 2006. № 7 (100) URL: <http://www.baltwillinfo.com/mp07-06/mp-11.htm> (дата обращения: 15.12.2022).

помощи со стороны эстонского правительства не всегда выполнялись, организация медицинских учреждений и противоэпидемических мероприятий происходила за счет имущества бывшей Северо-Западной армии, происходили поставки со стороны АКК. Исключение составляли поставки белья и периодическое финансирование, однако наблюдались проблемы в получении гужевого транспорта.

Весной 1920 г. эпидемия пошла на спад и ряд госпиталей были закрыты, либо перепрофилированы. Это стало возможным благодаря переводу имевшихся медицинских учреждений в эпидемические и созданием новых, что привело к снижению заболеваемости и смертности. Вполне вероятно, что положительное влияние оказала и смена времени года, что позволило более успешно проводить дезинфекционные мероприятия.

По разным данным, с ноября 1919 г. по апрель 1920 г. погибло 8–12 тыс. беженцев, солдат и офицеров Северо-Западной армии. Из 153 военных врачей заразилось тифом 132, умерло 26. Жертвы были и среди местного населения: заразилось 4028 чел., 346 скончалось.

Слабо развитая эпидемиологическая служба Северо-Западной армии стала одной из причин ее поражения. Предотвратить столь крупный размах эпидемии в условиях недостаточно налаженной санитарно-пропускной системы и практически полного отсутствия эпидемических отделений оказалось практически невозможно; военнопленные и беженцы из Петроградской губернии заходили вглубь территории, подконтрольной Северо-Западной армии и распространяли болезнь.

Это было связано и с недостаточной поддержкой со стороны стран Антанты, особенно если сравнивать со снабжением ВСЮР или Русской армии в Сибири. Несвоевременное оказание помощи со стороны эстонского правительства и нехватка медицинских работников усугубили ситуацию. В тех условиях медико-санитарная служба Северо-Западной армии практически ничего не могла сделать без серьезной помощи извне. Эпидемия тифа буквально добила Белое движение на Северо-Западе. Даже после

ликвидации армии бывшим военным пришлось вести неравную борьбу в практически изолированном состоянии, лишь благодаря самоотверженной работе медиков и персонала удалось постепенно локализовать и ликвидировать очаг эпидемии. Установленная в договоре поддержка со стороны США, Великобритании и краснокрестных организаций оказалась не столь существенной, получение ресурсов происходило по большей части за счет бывшего имущества Северо-Западной армии. Вместе с тем следует отметить, что данная тема нуждается в дальнейшем исследовании, так как часть документов хранится в Национальном архиве Эстонии.

Как уже отмечалось, медико-санитарные службы на Севере и Северо-Западе России имели крайне ограниченные человеческие и материальные ресурсы. Северное правительство, в отличие от Северо-Западной армии, сумело справиться с эпидемией «испанки» и успешно сдерживать распространение сыпного тифа. На основе проанализированных архивных и мемуарных материалов можно сделать вывод о том, что в самый сложный момент на Севере сдерживание эпидемий удалось осуществить при помощи компетентных лиц во главе медико-санитарной службы. Упор на земскую медицину, систематический учет больных, создание заразных барачных формирований позволило при недостатке медицинских работников проводить лечение в столь трудных условиях.

Важную роль играло своевременное реагирование на вспышки заболеваемости. У Северо-Западной армии условия изначально оказались хуже по причине нахождения на территории иностранного государства, без опоры на земства и городскую медицинскую инфраструктуру. Ко всему объем иностранной помощи был неодинаков, Северному правительству было легче запрашивать и получать необходимые ресурсы от Великобритании. В Северо-Западной армии из-за перебоев со снабжением и практически полном отсутствии эпидемических отделений в лазаретах, ситуация оказалась катастрофической, что послужило одной из причин самороспуска армии.

2.2. Борьба с эпидемиями на Юге России

На Юге России в годы Гражданской войны эпидемиологическая ситуация была не менее напряженной, чем в других районах страны. Из-за миграции населения центральных губерний на Дон прибывали гражданские врачи и личный состав целых лазаретов, включая санитарные железнодорожные составы. В Ростове-на-Дону имелся ряд крупных медицинских учреждений: на территории Николаевской больницы в годы Первой мировой войны был развернут госпиталь и налажена транспортировка раненых, действовал Бактериологический институт³⁸². Вели научную деятельность и оказывали помощь ряд таких выдающихся врачей, как В.А. Барыкин, А.А. Колосов, И.Ф. Пожариский и др.³⁸³

Несмотря на наличие медицинских кадров, складов и больниц, необходимо было организовать эффективную систему оказания медицинской помощи и предотвращать возникновение эпидемий в регионе в условиях увеличения численного состава армии и потока беженцев. Впоследствии, мобилизации медицинских работников и реквизиции имущества происходили спешно, в период эпидемических вспышек.

Летом 1918 г. на территории Всевеликого войска Донского фиксировались первые случаи массовых заболеваний холерой. В июле военно-санитарным инспектором Всевеликого войска Донского был назначен доктор медицины Ющенков, не имевший опыта организации борьбы с эпидемиями, о чем председатель Войскового Круга В.А. Харламов предупредил атамана П.Н. Краснова³⁸⁴. Но, учитывая высокий профессионализм доктора Ющенкова, атаман не принял во внимание данные

³⁸² Филонов Л.Г. К 100-летию РостГМУ: страницы летописи Николаевской больницы Красного Креста г. Ростова-на-Дону. /Л.Г. Филонов, А.И. Маслов, В.Д. Сикилинда, А.В. Алабут // Журнал фундаментальной медицины и биологии, 2014. № 4. С. 51.

³⁸³ Маслов А.И. Высшему медицинскому образованию на Дону – 100 лет. /А.И. Маслов, Л.Г. Филонов, И.Л. Филонов // Успенские чтения. Вып. 8. Матер. науч.-практич. конф. врачей России с международным участием, посвящ. 60-летию кафедры общей хирургии Тверского ГМУ. – Тверь, 2015. С. 142.

³⁸⁴ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 152.

опасения. Из-за появления холеры работа Ростовского Бактериологического института (в первую очередь Отдела по изготовлению вакцины для предохранительных прививок) была особенно интенсивной, с 28 июля он усиливался набором дополнительного персонала в лице студентов, фельдшеров и служителей. Предпринимались меры защиты сотрудников института путем проведения вакцинации. В целях ее максимального охвата отказавшихся лишали права страхования. Семье врача в случае смерти от холеры выплачивали 10 тыс. руб. единовременно, лаборанта и фельдшера – 5 тыс. руб., служителя – 3 тыс. руб.³⁸⁵

В войсковую санитарно-исполнительную комиссию поступили ходатайства от окружных и городских санитарно-исполнительных комиссий об отпуске средств на борьбу с холерой: по Усть-Медведицкому округу на лазареты и борьбу с холерой 500 тыс. руб., 1-му Донскому – 200 тыс. руб., Сальскому – 50 тыс. руб., Донецкому – 10 тыс. руб., 2-му Донскому – 10 тыс. руб., Ростовскому 6 тыс. руб., Ростовскому бактериологическому институту 10 тыс. руб., по Александровску-Грушевскому 60 тыс. руб.³⁸⁶

По Новочеркаску была представлена смета на 251 300 руб., из которых войсковая санитарно-исполнительная комиссия после детального рассмотрения предоставила только 185 922 руб.³⁸⁷ Таким образом, на эпидемиологическое благополучие столицы Донского казачества выделили больше ресурсов, чем на ряд округов, однако следует учитывать формирование дополнительных медицинских учреждений в городе. Денежных средств на удовлетворение всех запросов не хватало, требовались новые подходы к организации санитарного дела.

С первых дней появления холерных заболеваний Военно-санитарное управление приступило к формированию отрядов специального назначения. Удалось подготовить 5 эпидемических (по 20 коек каждый), 3 прививочных, 1 санитарно-дезинфекционный, 3 летучих отряда (один из которых

³⁸⁵ ГА РФ. Ф. Р1260. Оп. 4. Д. 3. Л. 1.

³⁸⁶ Там же. Л. 2

³⁸⁷ Там же.

действовал в районе от хутора Веселого до станицы Старочеркасской, второй от хутора Веселого до станицы Великокняжеской и третий – от станицы Великокняжеской до станицы Торговой)³⁸⁸. Создание подобных учреждений являлось логичным шагом в условиях нехватки медицинского состава и дефицита бюджета, но этого было недостаточно ввиду больших расстояний.

В борьбе с эпидемией холеры принимало участие не только Всевеликое войско Донское, но и части германской армии, находившиеся с апреля 1918 г. на его территории. 13 июля им выделили 8 барачков в Ростове-на-Дону для организации карантинной станции³⁸⁹.

По мнению германского командования, эпидемия была занесена из Приволжья; в целях предотвращения ее дальнейшего распространения предлагалось объявить карантин и организовать массовую вакцинацию. Железнодорожная охрана в Аксае была обязана осматривать совместно с казаками всех пассажиров, следовавших в Ростов-на-Дону и отправлять их в организованный карантинный лагерь³⁹⁰. Эти меры распространялись на суда, шедшие из портов Азова и Аксая. Ситуация осложнялась бесконтрольным прибытием беженцев в Ростов-на-Дону, в связи с чем на берегу Дона стали возникать поселения с практически полным отсутствием санитарно-гигиенических норм, где фиксировались случаи заболевания холерой.

Беженцы были обязаны вакцинироваться и пройти девятидневный карантин, после чего могли отправляться дальше. Однако в действительности происходили перебои в организации данного процесса; так, первую партию задержали на три недели³⁹¹. Такая задержка создавала замкнутый круг путем нарушения графика движения составов и одновременного повышения уровня заболеваемости в городе и его окрестностях. Германские подданные, возвращавшиеся домой, проходили пятидневный карантин для

³⁸⁸ ГА РФ. Ф. Р1260. Оп. 4. Д. 3. Л. 2.

³⁸⁹ Там же. Ф. Р1261. Оп. 1. Д. 22. Л. 21.

³⁹⁰ Там же. Д. 28. Л. 3.

³⁹¹ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 396.

освидетельствования и по его истечении направлялись в сборный лагерь, где проходили вакцинацию³⁹². Всем находившимся в Ростове и Нахичевани войскам повторную прививку проводили полковые врачи³⁹³. Купание в Дону и его притоках, употребление сырых фруктов строжайше запрещалось. Немецкое командование, взаимодействуя с Донским правительством, старалось не допустить распространения эпидемии холеры в Области Всевеликого войска Донского, в первую очередь, среди своих войск. Ситуацию усугубила слаборазвитая канализационная сеть, времени и средств на ее модернизацию не было.

23 августа 1918 г. командующий Донской армией Генерального штаба генерал-майор С.В. Денисов издал приказ о массовой вакцинации личного состава Донской армии тетравакциной от ряда заразных болезней (в том числе от брюшного тифа и холеры)³⁹⁴. Однако найти данные о ее ходе не удалось; по всей видимости, наблюдался острый дефицит препаратов данного типа.

31 августа Войсковая санитарно-исполнительная комиссия постановила возбудить ходатайство перед Советом управляющих отделами правительства об открытии кредита на борьбу с холерой в размере 420 тыс. руб. в распоряжение Военно-санитарного инспектора с условием, чтобы в каждом частном случае требовал предоставления подробной сметы расходов со стороны санитарно-исполнительных комиссий. Данная сумма направлялась на оснащение эпидемических отрядов и местных медицинских учреждений, что положительно повлияло на динамику снижения заболеваемости. Однако часть населения скептически относилась к вакцинации, особенно это касалось женщин, до последнего не желавших пройти данную процедуру, несмотря на заявления о ее безопасности для здоровья³⁹⁵. Вероятнее всего, среди людей ходил слух о возможном бесплодии после прививки; как

³⁹² ГА РФ. Ф. Р1261. Оп. 1. Д. 28. Л. 3.

³⁹³ Там же.

³⁹⁴ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 64.

³⁹⁵ Там же. С. 393.

правило, после дополнительных разъяснений и требований медицинские работники получали согласие на введение вакцины.

6 сентября 1918 г. атаману Всевеликого Войска Донского, генерал-майору П.Н. Краснову германское командование сообщило, что вследствие спада холерной эпидемии (очаг ограничивался лагерем беженцев), штаб корпуса принял решение смягчить меры. Это было достигнуто благодаря введению строгого карантина местной медико-санитарной службой совместно с германскими частями. Успешная борьба связана с большим опытом и хорошо организованными летучими отрядами, что позволяло своевременно организовывать противоэпидемические мероприятия. Но, по мнению германского командования, Донское правительство не в полной мере соблюдало изоляционные меры барачного лагеря беженцев, что создавало опасность нового распространения болезни³⁹⁶.

Учитывая острый дефицит помещений (для лагеря использовалось расположение бывшей 39-й пехотной запасной бригады, но в связи с нехваткой строительного материала все 48 барачных пошло под снос, несмотря на просьбы уполномоченного Большого Круга Д.Н. Черноярова оставить не менее трех зданий³⁹⁷) и большой наплыв беженцев, располагавшихся на берегу и железнодорожном вокзале, это было вполне ожидаемо. Однако после перевода людей в бараки бывшего 252-го запасного полка, эпидемиологическая обстановка улучшилась. Не удалось обнаружить сведений о попытках со стороны правительства Всевеликого Войска Донского приобрести партию вакцин в Германии, но из-за перебоев в проведении вакцинации подданных Германской империи можно сделать вывод, что немецкое командование едва могло обеспечить своих военнослужащих, не говоря уже об иностранном государстве с населением в

³⁹⁶ ГА РФ. Ф. Р1261. Оп. 1. Д. 28. Л. 18.

³⁹⁷ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 395.

3,5 млн чел. Другой причиной мог послужить дефицит денежных средств у Донского правительства.

В ноябре 1918 г. в области Всевеликого войска Донского была зафиксирована вспышка эпидемии брюшного и сыпного тифа. По мнению начальника Земско-медицинского отделения Богородского и Военно-санитарного управления Всевеликого войска Донского, заболевания появились из-за пленных красноармейцев и заключенных Новочеркасской, Александро-Грушевской и Таганрогской тюрем³⁹⁸. В данный период в Центральной России наблюдался рост эпидемии, нельзя исключать проникновение сыпного тифа из Астраханской губернии и Поволжья. Фиксирование массовых случаев заболеваний в тюрьмах и лагерях для военнопленных говорит о недостаточной степени дезинфекции помещений и осмотра заключенных, что еще больше усугубило ситуацию и создало сразу несколько очагов болезни в области Всевеликого войска Донского, особенно после их перевода в другие районы в период отступления зимой 1918–1919 гг.

Появление тифа в армии стало результатом крайнего недостатка санитарного снабжения, бань и прачечных. Вскоре стали проводиться первичные меры по недопущению распространения эпидемии. Началось формирование 5 эпидемических, 3 летучих и 4 прививочных отрядов³⁹⁹. Ситуацию ухудшала эпидемия гриппа (вероятнее всего, испанского, так как в документах отмечается тяжелая форма заболевания), для борьбы с которой сформировали 4 летучих отряда (в состав каждого входил врач, фельдшер и 2 сестры милосердия)⁴⁰⁰. Благодаря приглашениям в донских и кубанских газетах удалось сформировать еще 13 отрядов, 7 из которых отправили на фронт⁴⁰¹. Они обеспечивались специальной литературой, в которой были

³⁹⁸ ГАРО. Ф. 301. Оп. 16. Д. 1522. Л. 1.

³⁹⁹ Там же.

⁴⁰⁰ Там же.

⁴⁰¹ Там же.

написаны правила для нераспространения эпидемии и лечения больных⁴⁰². Таким образом, предпринимались попытки просвещения населения станиц и казаков. В ноябре – декабре 1918 г. отмечался подъем добровольческого движения, но этого оказалось недостаточно, вскоре Донскому правительству пришлось прибегнуть к мобилизации медицинских работников.

Для помощи мирному населению принимается решение развернуть штаты эпидемических стационарных отрядов на 1000 коек, выделить 40 врачей, 40 фельдшеров и 50 сестер милосердия⁴⁰³. По состоянию на начало января 1919 г. в области Всевеликого войска Донского на земской службе состояло 59 врачей, 109 фельдшеров и 50 фельдшеров-акушеров. Для работы медицинских служб в условиях эпидемии сыпного тифа, по мнению начальника Земско-медицинского отделения Богородского, необходимо было иметь не менее 98 врачей, 119 фельдшеров и 87 фельдшеров-акушеров, то есть в 1,5 раза больше сотрудников⁴⁰⁴.

Нехватка младшего медицинского персонала компенсировалась привлечением на службу в эпидемических лазаретах осужденных казаков, перенесших сыпной тиф, возложив на них уход за больными. Активное участие принимали переболевшие пленные красноармейцы, выполнявшие преимущественно черновую работу⁴⁰⁵. Острый дефицит врачей требовалось решить проведением мобилизации. Развертывание столь небольшого штата медицинских работников могло происходить по двум причинам: растущая нехватка личного состава и недооценка масштабов эпидемии тифа. Учитывая недостаточно развитую степень земской медицины в станицах, 1000 коек изначально не могли позволить обеспечить надлежащий уход за населением, из-за чего местные жители занимались самолечением, без эпидемических барачных происходило дальнейшее распространение тифа. Войсковые и

⁴⁰² ГАРО. Ф. 301. Оп. 16. Д. 1522. Л. 1.

⁴⁰³ Там же. Л. 2.

⁴⁰⁴ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 125.

⁴⁰⁵ Там же. Л. 14.

окружные медицинские учреждения не могли помочь мирному населению ввиду большого потока раненых и больных, шедших с фронта.

12 января 1919 г. Донскому атаману П.Н. Краснову был направлен доклад членов Большого войскового Круга от Хопёрского округа, согласно которому отмечался дефицит повозок для эвакуации раненых. Главная проблема заключалась в острой нехватке медикаментов в полках, госпиталях, лазаретах, частных аптеках⁴⁰⁶. В Округе свирепствовал сыпной тиф, затрагивавший все станицы и хутора, отмечалось отсутствие дезинфекционных средств, белья, бань, скученность населения способствовала распространению эпидемии. В условиях боевых действий люди жили в грязи, паразиты кишели в хатах и разносили болезни⁴⁰⁷.

Вши являлись большой проблемой для Хопёрского округа, борьба с ними не велась, так как войска и население не были обеспечены нормальными условиями жизни. В первую очередь требовалось белье, создание бань и организация регулярных поставок медикаментов. Отмечалось отсутствие жаропонижающих препаратов и лекарств для лечения сердечно-сосудистых заболеваний⁴⁰⁸. Ситуацию усугубляло ухудшение питания населения и казачьих частей, отсутствие керосина, который использовался, в том числе, как дезинфекционное средство. Обстановка в Хопёрском округе приобретала угрожающий характер для других частей Области, что требовало оказания срочной помощи и организации карантинной службы.

Но отчаянное положение дел наблюдалось не только в прифронтовых районах. Казаки отказывались отправляться на лечение в медицинские учреждения Новочеркасска из-за их переполненности, высокой смертности от недостатка ухода и медикаментов. Согласно воспоминаниям современников, места казачьих стоянок напоминали лазареты, но в случае наличия зауряд-врачей и фельдшеров в подразделениях лечение

⁴⁰⁶ ГАРО. Ф. 301. Оп. 16. Д. 1522. Л. 14.

⁴⁰⁷ ГА РФ. Ф. Р110. Оп. 1. Д. 8. Л. 1.

⁴⁰⁸ Там же. Л. 2.

представлялось возможным даже в таких условиях⁴⁰⁹. Все это свидетельствовало о кризисе в организации снабжения донских строевых частей, которое необходимо было преодолевать при помощи изменений на всех уровнях медико-санитарной службы.

8 февраля 1919 г. военно-санитарный инспектор доктор Ющенков выступил с докладом, в котором отмечал ряд проблем медицинских учреждений Всевеликого войска Донского. Рост числа больных и раненых значительно превосходил количество койко-мест в лазаретах. Ввиду острой нехватки белья, бань, прачечных, врачей, фельдшеров и сестер милосердия не было возможности развернуть новую госпитальную сеть. Свыше 30% личного состава медицинских учреждений заразились сыпным тифом и временно не могли исполнять свои обязанности⁴¹⁰.

Для стабилизации обстановки военно-санитарный инспектор предложил предоставить под лазареты помещения кадетского корпуса, епархиального училища и женского института со всем инвентарем и провести призыв студентов-медиков старших курсов. Данные меры могли решить проблему лишь частично, так как вопросы с пополнением младшего и среднего состава лазаретов и организацию производства медикаментов не только не были сняты, но даже не затрагивались. Первоначальная организация большого количества небольших лазаретов привела к распылению сил. Члены Войскового Круга критиковали деятельность военно-санитарного инспектора за недостаточно налаженное взаимодействие с Доно-Кубанским комитетом Всероссийского Земского союза в Ростове-на-Дону, где к тому моменту разворачивалась крупная госпитальная сеть, тем самым полагаясь только на силы Военно-санитарного управления.

Борьба с эпидемиями была поручена Л.И. Панченко, обладавшего богатым опытом работы в Доно-Кубанском комитете ВЗС. С первых дней своей деятельности Л.И. Панченко приказал организовать поэтапную

⁴⁰⁹ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 430.

⁴¹⁰ ГА РФ. Ф. Р110. Оп. 1. Д. 8. Л. 1.

эвакуацию раненых и больных, а также сотрудничать с созданным к тому моменту распределительным лазаретом в Ростове-на-Дону. Однако вскоре он заразился тифом и скончался⁴¹¹.

Поддержку в организации эпидемических лазаретов в Новочеркасске оказало Донское общество помощи фронту под председательством А.Я. Васильева. При его содействии с 4 февраля по 6 марта 1919 г. было оборудовано и открыто 8 лазаретов в Новочеркасске, в которых проходило лечение свыше 1500 больных (в том числе около 200 чел. медицинского персонала); однако более 1400 больных лежали на кроватях или топчанах⁴¹². Лазареты открывались в спешном порядке, за сутки могло прибыть свыше сотни больных, на всех пациентов не хватало даже кроватей, на полу расстилали солому, кишевшую вшами.

Отмечался острый дефицит медицинских работников; по словам князя П.Д. Долгорукого, в одном из лазаретов штат должен был состоять из 62 врачей, на деле оказалось 20, вместо 75 сестер милосердия – 40, вместо 75 фельдшеров – 14⁴¹³. Аналогичная ситуация наблюдалась в других медицинских учреждениях города. Часть медиков приходилось командировать из Ростова-на-Дону⁴¹⁴. Данная проблема связывалась с высоким уровнем заболеваемости медицинских работников, вынужденных практически круглосуточно тесно взаимодействовать с больными и нехваткой дезинфекционных средств.

При создании приемлемых условий для размещения пациентов требовалось получение дополнительных материальных ресурсов при помощи благотворительной деятельности. 7 февраля 1919 г. Совет Донского общества помощи фронту обратился к владельцу Зимнего театра В.И. Бабенко для финансирования санитарных мероприятий⁴¹⁵. Было предложено устроить благотворительный спектакль и установить процентную надбавку за билеты

⁴¹¹ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 398.

⁴¹² ГА РФ. Ф. Р1312. Оп. 1. Д. 6. Л. 133.

⁴¹³ Донские ведомости. 1919. № 101. С. 3.

⁴¹⁴ Там же.

⁴¹⁵ ГА РФ. Ф. Р1312. Оп. 1. Д. 6. Л. 25.

с тем, чтобы собранные суммы поступали в лазареты Общества. Одновременно проводилось устройство аукционов. К благотворительности, как и в годы Первой мировой войны, привлекались другие учреждения в городе для получения финансовых средств и размещения в зданиях лазаретов. Большую помощь оказывала Русская Православная Церковь, организовавшая сбор вещей для больных и раненых, за что Донское общество помощи фронту лично благодарило отца Владимира⁴¹⁶.

В феврале 1919 г. Донской атаман генерал-лейтенант А.П. Богаевский, ввиду роста заболеваемости в учебных заведениях, издал указ о запрете посещения кинотеатров, театров, балов и других мест увеселительного характера обучающимся средних и высших учебных заведений. Школьным врачам предписывалось проводить лекции о заразных болезнях и способах их предотвращения, производить опросы и следить за состоянием здоровья детей⁴¹⁷. Но так как закрытия на карантин образовательных учреждений не происходило, мера оказалась половинчатой. Школы становились одним из источников распространения эпидемий, особенно учитывая менее крепкий иммунитет обучающихся.

С середины марта 1919 г. эпидемия сыпного тифа в Области войска Донского постепенно пошла на спад, но обстановка оставалась напряженной по причине ряда просчетов со стороны коммунальных служб. Состояние ассенизационного дела оставалось неудовлетворительным даже в стратегически важных населенных пунктах. 12 апреля 1919 г. действительным статским советником С.К. Коклюгиным было возбуждено ходатайство о созыве инженерной комиссии для выработки плана устройства частичной системы канализации Новочеркасска и подключения к ней городских организаций⁴¹⁸. Однако данные проекты не были реализованы, что создавало риск возникновения новых эпидемий, в первую очередь – холеры и

⁴¹⁶ ГА РФ. Ф. Р1312. Оп. 1. Д. 6. Л. 26.

⁴¹⁷ Приазовский край. 1919. № 18. С. 1.

⁴¹⁷ Там же. № 33. С. 1.

⁴¹⁸ ГА РФ. Р1258. Оп. 1 Д. 245. Л. 24.

дизентерии. Так, в телеграмме № 2496 от 18 апреля 1919 г. есаул Пасутский сообщал городской управе, что, несмотря на просьбы выслать в Платовскую гимназию ассенизаторский обоз, городское самоуправление не занялось решением этой проблемы. Нечистоты из выгребных ям, вследствие переполненности, заливали Ермаковский проспект в Новочеркасске, создавая зловоние чуть ли не по всему городу⁴¹⁹. В других населенных пунктах Области наблюдалась подобная ситуация⁴²⁰. Таким образом, проведение профилактических мер нельзя было назвать удовлетворительным.

В командовании Донской армии прекрасно осознавали степень важности массовой вакцинации. 25 апреля 1919 г. Донской атаман генерал-лейтенант А.П. Богаевский издал приказ об организации производства тетравакцин и сети прививочных пунктов⁴²¹. Но его не удалось выполнить ввиду острого дефицита производственных мощностей лабораторий в Новочеркасске.

Все больше внимания стали уделять просветительской работе среди войск и населения. Войсковым Кругом 23 мая 1919 г. было издано 5 тыс. экземпляров плакатов «Что нужно знать о холере»⁴²². В дальнейшем проводились лекции на тему соблюдения гигиены и профилактики эпидемических болезней. В тылу просветительской деятельностью занимались школьные врачи и фельдшеры. Предлагалось организовать институт санитарных попечителей, однако процесс затянулся. По сравнению с деятельностью Наркомата здравоохранения, столь активного распространения просветительской работы в области борьбы с эпидемиями на Юге России не наблюдалось, что только усугубляло обстановку. Около 5 тыс. плакатов на область с населением в 3,5 млн чел. может говорить о недостаточном внимании на распространение санитарно-гигиенической

⁴¹⁹ ГА РФ. Р1258. Оп. 1 Д. 245. Л. 22.

⁴²⁰ Там же.

⁴²¹ ГАРО. Ф. 858. Оп. 1. Д. 65. Л. 231.

⁴²² Там же.

грамотности, учитывая, что сведения о других мерах в документах не фиксировались.

Для успешного завершения проведенного лечения от сыпного тифа казаки направлялись в команды выздоравливающих, но состояние помещений и рацион оказывались на низком уровне. 12 мая 1919 г. члены Санитарной комиссии, Комиссии по обороне и Войскового Круга Всевеликого войска Донского осмотрели бараки Новочеркасска, в которых разместили 1640 выздоравливающих, выписанных из лазаретов. Проверяющие пришли к неутешительным выводам: в зданиях не проводился ремонт, больные содержались в тяжелых условиях, полы не мылись из-за отсутствия швабр, не было даже веников. Особенно тяжело приходилось раненым после стерильных хирургических лазаретов⁴²³.

Выздоровливающие лежали на койках без подушек в своей одежде (фиксировались случаи отсутствия обуви), помещения не были продезинфицированы⁴²⁴. В бараках всю весну 1919 г. ежедневно умирало 3–10 чел., что нельзя назвать допустимым для данных команд⁴²⁵. Отхожие места располагались в 200 метрах от зданий и не все могли дойти до них самостоятельно, что приводило к еще большему загрязнению территории. Всем больным без различия давалась грубая пища, люди жаловались на проблемы с желудком. Подобная ситуация не способствовала полноценной реабилитации и возвращению больных и раненых в строй, не говоря уже об их моральном состоянии. Члены комиссии предлагали поставить выздоравливающих на режим лазаретов, в качестве примеров приводились медицинские учреждения графини Келлер в Новочеркасске и мадам Плисне в Таганроге, где качество оказываемой медицинской помощи было на порядок выше⁴²⁶. После осмотра положение барачников было решено улучшить.

⁴²³ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 2. Д. 61. Л. 2.

⁴²⁴ Там же.

⁴²⁵ Там же. Л. 3.

⁴²⁶ Там же.

Как показывала практика, в подобном состоянии находился целый ряд медицинских учреждений. Это объяснялось недостатком денежных средств и халатностью некоторых руководителей. Зачастую во главе лазаретов ставили не врачей, а строевых офицеров, слабо представлявших особенности организации медико-санитарной службы. Если отсутствие ряда медикаментов можно объяснить всеобщим дефицитом и нехваткой производственных мощностей лабораторий и фармацевтических предприятий, то неспособность обеспечить медицинские учреждения элементарными средствами для уборки, плохо налаженная организация питания и непродуманное расположение барачных корпусов свидетельствуют о полном равнодушии среди некоторых представителей руководства. Массовые случаи заражения раненых приводили к дополнительной нагрузке лазаретов и продлению лечения, что напрямую влияло на восполнение потерь и ход боевых действий.

В мае 1919 г. в Области Всевеликого войска Донского были зафиксированы первые вспышки холеры, но благодаря своевременно проведенным карантинным мерам к концу июня их удалось локализовать. Организованное дежурство медиков и противохолерные прививки позволили минимизировать количество заражений и летальных случаев. В теплое время года резко сократилось количество заболеваний сыпным тифом, однако осенью в условиях масштабного наступления и максимального напряжения коечного фонда для нужд действующей армии постепенно происходило ухудшение эпидемиологической обстановки⁴²⁷.

После начала отступления частей ВСЮР, 16 ноября 1919 г. в Области Всевеликого войска Донского провели очередную мобилизацию врачей и фельдшеров в возрасте до 56 лет включительно⁴²⁸. Их отправляли на службу в тыловые лазареты, важным условием было наличие иммунитета к сыпному тифу. Смертность личного состава лазаретов и госпиталей от эпидемии

⁴²⁷ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 406.

⁴²⁸ Донские ведомости. 1919. № 264. С. 1.

оставалась высокой, что требовало принятия более решительных мер. Обеспечить массовую вакцинацию даже среди личного состава лазаретов на тот момент не представлялось возможным.

Несмотря на отмеченные обстоятельства, в Области войска Донского предпринималась попытка провести частичную вакцинацию среди мирного населения. 30 ноября 1919 г. был утвержден проект об обязательном проведении вакцинации против холеры и брюшного тифа для работников предприятий и их семей. Управляющему Отделом внутренних дел было предложено внести на рассмотрение вопросы о расширении действия проекта на служащих правительственных учреждений и учащихся⁴²⁹. Но, ввиду отсутствия достаточного количества лабораторий и денег на закупку иностранных вакцин, это выполнить было практически невозможно. Данный проект, как и многие другие, остались лишь на бумаге. Успешное наступление РККА в декабре 1919 – январе 1920 г. привело к краху деятельности казачьей медико-санитарной службы, в том числе из-за отсутствия налаженной централизованной противоэпидемической борьбы. Недостаточно развитая система санитарно-пропускных пунктов для беженцев, дефицит медикаментов и дезинфицирующих средств, просчеты в организации не позволили медикам Области Всевеликого войска Донского справиться с эпидемией.

Подобная ситуация была характерной для ряда населенных пунктов Юга России в конце 1919 г., где располагались лазареты с острозаразными больными⁴³⁰. Ввиду нехватки квалифицированного медицинского персонала, недостаточно полной проработки организации оказания медицинской помощи, дефицита денежных средств и целого ряда материальных ресурсов, в тяжелом положении оказывались небольшие лазареты, располагавшиеся на всей территории Всевеликого войска Донского.

⁴²⁹ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 2. Д. 60. Л. 3.

⁴³⁰ Там же. Д. 52. Л. 1.

Помимо Новочеркасска и казачьих станиц Дона ряд городов Юга России оказался охвачен эпидемией сыпного тифа. В ноябре 1918 г. в Екатеринодаре было зафиксировано порядка 200 заболевших⁴³¹. Однако вскоре начался резкий рост заболеваемости: если в январе насчитывалось порядка 1,5 тыс. сыпнотифозных больных, то в феврале еженедельно заболело до 800 чел. Резкий рост эпидемии обеспокоил краевое правительство, городское управление и санитарные учреждения Добровольческой армии. Усугубил эпидемиологическую обстановку поток беженцев (чья численность составляла не менее 7 тыс. при населении Екатеринодара в 140 тыс. чел.) и неподходящие условия для их размещения: как правило, это были амбары, складские помещения, подвалы и т.д., из-за чего возникала угроза вспышки возвратного тифа.

По постановлению правительства в Екатеринодаре была организована чрезвычайная комиссия, которую возглавил врач-профессор В.А. Юревич; ее члены пришли к выводу о недостаточном количестве бань и отсутствии на тот момент сколько-нибудь серьезного учета беженцев⁴³². Ситуацию усугубляла острая нехватка белья. Для борьбы с эпидемией комиссия запросила у правительства кредит в размере 1,5 млн руб.⁴³³ Была организована широкая общественная помощь, установлен более строгий контроль учета беженцев, открыты бесплатные бани, лазареты, госпитали, изоляторы, столовые, прачечные и т.д.⁴³⁴

В целях обеспечения снабжения бельем медицинских учреждений проводилась реквизиция комплектов одежды, уплачивался единовременный санитарный налог в размере 1% от дохода за 1918 г. В городе отмечалась нехватка медицинского персонала, заражались, в том числе, и врачи⁴³⁵.

⁴³¹ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 2. Д. 61. Л. 2.

⁴³² Хмель А.А., Дедова Н.Г., Кочеткова И.О., Лобанова Е.Е. Эпидемия тифа в России (1918–1921): итоги и уроки // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2021. № 4. С. 113.

⁴³³ Приазовский край. 1919. № 1. С. 2.

⁴³⁴ Турбин Е.В., Якимчук А.А. Эпидемия тифа в годы Гражданской войны // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2022. Т. 41, № 2. С. 434.

⁴³⁵ Приазовский край. 1919. № 1. С. 2.

Помимо лечения с помощью доказательной медицины, предлагались и другие способы защиты и лечения от сыпного тифа. Так, в городе находилась аптека провизора Б. Бореля, в которой продавались гомеопатические лекарства в каплях и порошках, степень эффективности которых не была доказана⁴³⁶.

Комплекс мероприятий, реализованных чрезвычайной комиссией к апрелю 1919 г. постепенно привел к снижению уровня заболеваемости среди населения. В целом, на Кубани отмечалась положительная динамика развития медико-санитарной службы⁴³⁷. По нашему мнению, это было связано и с личностью профессора-бактериолога Военно-медицинской академии В.А. Юревича, обладавшего колоссальным опытом в деле борьбы с эпидемиями. Однако, по сравнению с Областью Всевеликого войска Донского, Кубань не принимала столь большой поток беженцев и больных в указанный период, что позволяло реализовывать противоэпидемические мероприятия в более полной мере.

В Таганроге фиксировались случаи нежелания сыпнотифозных больных обращаться за помощью в лазареты, в городе ходили слухи о высокой смертности и риске повторного заражения. Это обстоятельство затрудняло борьбу с эпидемией, так как отсутствовало принудительное лечение. При обращении в медицинское учреждение проводился стандартный комплекс мер, включавший прием бани, стрижку, дезинфекцию белья, размещение в палате. Смертность от сыпного тифа в Таганроге в январе 1919 г. не превышала 5,3%⁴³⁸, но ее уровень мог быть еще ниже в случае большей степени доверия населения к местным медицинским учреждениям. В связи с ростом заболеваемости требовалось расширить коечный фонд и в этом деле помощь оказали жители города. 23 февраля в помещении Мариинской женской гимназии по инициативе родительского

⁴³⁶ Донская волна: еженедельник истории, литературы и сатиры: Выпуски за 1919 год. Ростов-на-Дону, 1919. № 13. С. 20.

⁴³⁷ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 402.

⁴³⁸ Приазовский край. 1919. № 17. С. 4.

комитета был открыт лазарет на 1000 коек; большую помощь в открытии лазарета оказали ученицы гимназии⁴³⁹. В марте, в целях повышения эффективности лечения больных, Городская санитарно-исполнительная комиссия разработала проект института городских участковых врачей для оказания врачебной помощи на дому: город разделили на 3 участка, каждый из которых обслуживался врачом, фельдшером и акушеркой⁴⁴⁰. Учитывая, что в 1919 г. в Таганроге проживало порядка 68 тыс. чел., для полноценного оказания медицинской помощи выделенных сил не хватало и требовало проведения дополнительных мер.

Тяжелая ситуация наблюдалась и в Ростове-на-Дону. Именно в этот город прибывала большая часть раненых и больных воинов, что требовало концентрации ряда медицинских учреждений. Большую роль в борьбе с эпидемиями сыграли профессора и студенты медицинского факультета Донского университета, а также преподаватели и студентки Женского медицинского института, не щадившие свое здоровье и жизни. В начале января 1919 г. был сформирован санитарный отряд студенческого научно-трудового общества для оказания помощи больным и раненым воинам на железнодорожном вокзале Ростова-на-Дону (в снабжении им оказывало поддержку общество Белого Креста)⁴⁴¹. Но из-за непрерывного потока раненых и больных сил одного отряда оказалось недостаточно, требовалось увеличение состава, что удалось сделать позже.

В городской Николаевской больнице по состоянию на 4 января количество сыпнотифозных больных достигло 1500 чел.⁴⁴² Главный врач просил увеличить штат служащих аптеки, так как требовалось изготовление большего количества препаратов, предлагалось создавать новые медицинские учреждения. По распоряжению ростовского градоначальника полковника К.М. Грекова, управляющие народным домом освобождали его

⁴³⁹ Приазовский край. 1919. № 17. С. 3.

⁴⁴⁰ Там же. № 54. С. 2.

⁴⁴¹ Там же. № 3. С. 1.

⁴⁴² Там же. С. 2.

от беженцев, помещение в спешном порядке приспособлялось для размещения сыпнотифозных больных.

Многочисленные ночлежные дома, постоянные дворы, бараки для беженцев ежедневно посещались фельдшерами и санитарными участковыми врачами. Комнаты и вещи требовалось регулярно дезинфицировать. Затруднение к приведению заведений в благоприятное в эпидемиологическом отношении состояние заключалось в том, что в ночлежных домах днем и ночью помещения не были свободны от людей, поэтому проводить полноценный комплекс дезинфекционных мероприятий не удавалось. Для истребления насекомых жители могли обращаться в городскую дезинфекционную камеру, но она не справлялась своевременно с таким количеством запросов.

По причине того, что здание Николаевской больницы к началу января 1919 г. было занято клиниками Донского университета, городская управа приняла решение об устройстве бараков для острозаразных больных. Денежных средств для организации строительства на тот момент не имелось, поэтому управе пришлось обратиться к населению Ростова-на-Дону с просьбой о помощи. Решено было открыть прием пожертвований в фонд на сооружение подобного типа зданий. Открыли сбор представители первого общества взаимного кредита, ассигновавшие 50 тыс. руб.⁴⁴³ Впоследствии фонд пополнялся взносами простых горожан и ряда организаций.

На базе театров и консерваторий в городе открывались временные сыпнотифозные госпитали; происходила реквизиция помещений кинотеатров, кафе и летних зданий ростовских клубов, не подходящих для приема больных, особенно в условиях зимы. Усиливался медицинский надзор за военнопленными, находящимися на работах в подведомственных отделу путей сообщения учреждениях. Ввиду того, что часть городского населения не всегда проходила курс лечения в инфекционных госпиталях, расширялась практика ухода за тифозными больными на дому.

⁴⁴³ Приазовский край. 1919. № 45. С. 1.

С 7 января 1919 г. на железнодорожный вокзал Ростова-на-Дону стали прибывать эшелоны с сыпнотифозными больными из Добровольческой армии⁴⁴⁴. По данной причине Доно-Кубанским Комитетом Всероссийского земского союза был выработан план создания дополнительных госпиталей в Ростове-на-Дону, начавших функционировать с 12 февраля⁴⁴⁵.

Из-за разгара эпидемии 55% койко-мест было распределено для больных сыпным тифом, ряд хирургических лазаретов временно перепрофилированы в острозаразные. Новые медицинские учреждения разворачивались, как правило, на базе школ и гимназий. В связи с большим потоком больных и раненых 250 мест в распределительном эвакуационном пункте на территории железнодорожного вокзала было недостаточно. Это приводило к новым случаям заражения, переполненности и нахождению в распределительном эвакуационном пункте более суток, что повышало количество летальных случаев. В первую очередь требовалась ускоренная система отправки больных в лазареты, но, как уже говорилось ранее, не все из них были подготовлены для приема пациентов.

Обстановку ухудшало расположение лечебных заведений, развернутых в густонаселенных кварталах центральной части города. При недостаточно проработанной системе транспортировки больных и проблемах с очисткой улиц, медицинские учреждения становились рассадниками эпидемий среди местного населения. Таким образом, размещение острозаразных лазаретов в центре фактически сводило на нет попытки ежедневной дезинфекции жилых помещений, отличавшихся своей уплотненностью.

Альтернативным решением являлось предложение уполномоченного Большого Войскового круга Д.Н. Чернорова перенести ряд медицинских учреждений в 79 каменных бараков (в которых можно было разместить до 8 тыс. больных) бывшего 252-го запасного полка, отличавшихся своей изолированностью, доступом к канализации, наличием бань и отхожих

⁴⁴⁴ ГА РФ. Ф. Р5881. Оп. 2. Д. 731. Л. 81.

⁴⁴⁵ План создания дополнительной госпитальной сети ДКК ВЗС в Ростове-на-Дону в январе – феврале 1919 г. См. Приложение № 7.

мест⁴⁴⁶. Использование данных объектов летом 1918 г. позволило снизить заболеваемость холерой в городе, аналогичная ситуация могла наблюдаться с сыпным тифом; их вместимость позволяла перенести все проектируемые эпидемические лазареты в одно место, разгрузив центральные больницы и лазареты для приема раненых и мирных жителей. Однако предложение было отклонено по причине большой удаленности от города, хотя расстояние между бараками и Таганрогским проспектом (одним из центральных в Ростове-на-Дону) составляло не более километра. Но, перечисляя преимущества, Д.Н. Чернойаров умалчивал о ситуации с отоплением помещений, что тоже могло повлиять на отказ.

При резком увеличении количества медицинских учреждений требовалось наладить их обеспечение не только медицинскими кадрами, инструментами и медицинскими препаратами, но еще бельем и одеждой. 17 января 1919 г. военно-санитарный инспектор Ющенков, в целях пополнения кадрового состава отдал приказ о мобилизации зауряд-врачей I разряда (студентов пятого курса)⁴⁴⁷. С 22 февраля студенты-медики (с первого по третий курс включительно) были активно задействованы в борьбе с эпидемией сыпного тифа. 18 января ростовский градоначальник полковник К.М. Греков издал приказ № 17, согласно которому проводилась реквизиция белья среди горожан и предприятий⁴⁴⁸. Жители горячо откликнулись на призыв, благодаря чему удалось собрать тысячи комплектов одежды⁴⁴⁹. 16 февраля была проведена повторная реквизиция для оборудования временных лазаретов, благодаря чему медико-санитарная служба получила дополнительное белье, посуду, кровати, подушки и т.д.⁴⁵⁰

22 февраля 1919 г. объединенный президиум научного медицинского общества и союза врачей пригласил на экстренное заседание врачебного инспектора и старших врачей Николаевской, Мариинской и Еврейской

⁴⁴⁶ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 399.

⁴⁴⁷ Приазовский край. 1919. № 15. С. 2.

⁴⁴⁸ Там же. № 17. С. 1.

⁴⁴⁹ Там же. № 19. С. 2.

⁴⁵⁰ ГА РФ. Р1258. Оп. 1 Д. 245. Л. 30.

больниц, старшего врача госпиталя № 71, железнодорожных врачей и профессоров. Участники заседания пришли к выводу о недостаточной эффективности проводимых противоэпидемических мер, требовалось разработать соответствующий требованиям комплекс мероприятий⁴⁵¹.

Согласно новому плану, эвакуация больных и раненых с фронта и дальнейшее их перемещение по тыловым районам должно производиться исключительно в санитарных поездах, либо в отдельных вагонах, транспортировка в других составах строго запрещалась. Начальник санитарного поезда должен был предупреждать по телеграфу о количестве пациентов и их состоянии для заблаговременной подготовки лазаретов. Распределитель на территории ростовского железнодорожного вокзала требовалось расширить с 250 до 400 коек и ни в коем случае не использовать как стационарный лазарет, так как в январе – феврале 1919 г. фиксировались подобные случаи.

Для гражданского населения принято решение построить изоляционно-пропускной пункт на 200 чел. с баней и дезинфекционной камерой. Дезинфекция и дезинсекция вагонов должна была проводиться на конечных станциях. После прибытия на вокзал и распределения в лазареты больных доставляли в специальных вагонах трамвая, грузовых автомобилях или на рессорных каретах. Санитарный транспорт запрещалось передавать в общее пользование. Для перевозки гражданских больных предлагалось использовать 5–10 рессорных карет, расположенных на санитарном дворе. Обычные двуколки для перевозки пациентов ввиду недостаточной плавности хода были признаны неподходящими. В целях разгрузки медицинских учреждений предлагалось построить изолятор для военных и гражданских больных, открыть больницу на 1000 коек для мирного населения и устроить при приемном покое больниц сортировочные отделения.

По сведениям санитарного бюро, по состоянию на 22 февраля 1919 г. в Ростове-на-Дону находилось порядка 800 сыпнотифозных больных,

⁴⁵¹ Приазовский край. 1919. № 44. С. 3.

проходивших лечение дома. В целях улучшения проведения терапии было предложено учредить институт городских участковых эпидемических врачей в достаточном количестве, повысить эффективность дезинфекционных камер путем увеличения штата и обеспечения ежедневной работы, установить вошебойки во всех банях⁴⁵². Для реализации указанных мер требовалось увеличить производство предметов больничного оборудования, дезинфекционных средств и аппаратов, проводить лекции о сыпном тифе, издавать плакаты и т. д.⁴⁵³ Учитывая, что жители города и беженцы зачастую не оповещали медицинские учреждения о случаях заражения, указанное санитарным бюро число больных, проходивших лечение дома, могло быть в разы выше.

Предложенные меры были приняты Донским атаманом. Проведенный анализ ошибок предыдущих действий заострил внимание медико-санитарной службы на транспортировке больных и дезинфекционных мероприятиях. Учреждение института городских участковых эпидемических врачей позволяло более эффективно проводить осмотры больных, до этого их функции перекладывались на фельдшеров, так как обеспечить штаты в тех условиях было крайне затруднительно. Организованная просветительская работа дала результат к концу марта 1919 г. Сведения об открытии в городе новой больницы на 1000 коек отсутствуют, вполне вероятно, что требуемые на ее открытие средства перенаправили на снабжение действовавших медицинских учреждений.

Однако указанные меры не искореняли тяжелый изъян организационной работы: после получения сообщения о количестве больных, начальник эвакуационного пункта связывался с Доно-Кубанским комитетом ВЗС, занимавшимся реквизицией помещений и отправкой медицинского персонала, и передавал всю имеющуюся информацию о прибывающей партии. Однако, как говорилось выше, ряд зданий не имел отопления,

⁴⁵² Приазовский край. 1919. № 44. С. 3.

⁴⁵³ Там же.

отсутствовали отхожие места и водопровод, что делало их неподходящими для развертывания лазаретов, особенно в зимнее время года. Больные могли по несколько суток ждать прибытия медицинских работников и соломы (не говоря уже о койках, чистом белье и одежде), способ распределения пациентов скорее напоминал «свалку» в новообразованных лазаретах⁴⁵⁴. Данный недостаток разлагающе действовал на моральный дух местных жителей и солдат, наблюдавших за безобразным отношением властей к нуждавшимся в лечении воинам. Фиксировались случаи одновременного нахождения в палатах больных и раненых при недостаточной степени оказания медицинской помощи, из-за чего некоторые военнослужащие предпринимали попытки перейти на амбулаторное лечение⁴⁵⁵.

Несмотря на ряд допущенных ошибок, ситуация стала улучшаться. Благодаря помощи общественных организаций, самоотверженной работе медиков, студентов и жителей, с середины марта 1919 г. эпидемия стала постепенно идти на спад.росло количество переболевших сыпным тифом врачей, фельдшеров и сестер милосердия, открывались специальные лазареты для персонала медицинских учреждений. Так, в начале марта К.В. Вейсбрём и А.С. Альперин открыли лазарет для заболевших тифом мобилизованных студентов, условия в котором были лучше, чем в обычных.

Пленных сыпнотифозных больных отправляли на лечение в Азов, но уже с марта 1919 г. в целях недопущения скученности на железнодорожных станциях и предотвращения распространения эпидемии в тылу было принято решение оставлять их на местах. Для этой цели в городах, станицах и селах отводились особые помещения по распоряжению городских самоуправлений, станичных, сельских и других административных органов⁴⁵⁶. Таким образом, был парализован один из главных факторов распространения эпидемии, так как она шла с фронта. Вполне вероятно, что тиф проник в Приазовье с перевезенными из Александрo-Грушевской тюрьмы пленными

⁴⁵⁴ Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Указ. соч. С. 399.

⁴⁵⁵ Там же. С. 157.

⁴⁵⁶ ГА РФ. Р1258. Оп. 1. Д. 245. Л. 20.

красноармейцами. Учитывая, в каких тяжелых условиях проходило лечение больных военнослужащих ВСЮР, качество оказания медицинской помощи военнопленным, несмотря на приказы, оказывалось на еще более низком уровне. Отмечалось тяжелое состояние лагеря в Азове, где бушевавшая эпидемия ежедневно уносила жизни ряда людей и грозила перекинуться в город через медицинских работников и охрану⁴⁵⁷.

В течение 1919 г. помимо тифа происходили вспышки дизентерии и холеры. На врачебных съездах прорабатывались меры по снижению темпов распространения эпидемий путем увеличения количества пунктов выдачи кипяченой воды, организации надлежащей уборки улиц, вокзалов и прочих мест скопления людей. В борьбе с эпидемией большую роль сыграл врач-профессор В.А. Барыкин, руководитель Ростовского Бактериологического института⁴⁵⁸. Он занимался разработкой препаратов для диагностики сыпного тифа, позволившего в 75% случаев обнаруживать наличие тифа в организме еще до появления сыпи⁴⁵⁹. В.А. Барыкиным велись исследования лечения сыпного тифа цианистой ртутью путем внутримышечных или внутривенных инъекций (разработка не принята в лечебную практику). Для введения единой тактики лечения и профилактики был написан курс лекций по эпидемиологии и бактериологии для врачей и студентов⁴⁶⁰. Таким образом, научная жизнь в городе получила активное развитие, часть разработок впоследствии применялась в Советской России.

Ввиду многочисленных жалоб на обстановку в медицинских учреждениях, 16 апреля 1919 г. военно-санитарным инспектором Войцеховичем вместе с А.Ф. Вейсом проводился осмотр лазаретов Ростова-на-Дону, что позволило выявить ряд серьезных проблем. Так, в лазарете, расположенном в здании Петровского реального училища, на 600 больных

⁴⁵⁷ Боранова Г.Н. Лагерь смерти. Азов в годы Гражданской войны. [Электронный ресурс] URL: http://donvrem.dspl.ru/Files/article/m6/0/art.aspx?art_id=422(дата обращения: 29.10.2024).

⁴⁵⁸ Горшенин А.В. Начальный этап научной деятельности микробиолога и эпидемиолога Владимира Александровича Барыкина: к 150-летию со дня рождения // Жизнь Земли. 2024. № 4. С. 550.

⁴⁵⁹ Приазовский край. 1919. № 54. С. 2.

⁴⁶⁰ Барыкин В.А. Лекции по эпидемиологии и бактериологии сыпного тифа для врачей и студентов / Ростов н/Д: Студенческое науч. - трудовое о-во медиков и медичек, 1919. 52 с.

был только один врач, а внутри, согласно отчету, стояла страшная вонь, грязь и мусор. В здании Екатерининской женской гимназии находилось на лечении порядка 1000 больных, что на 20% превышало его вместимость. Ввиду этого, часть пациентов из-за отсутствия коек располагались на полу. В переполненном учреждении не хватало медицинских работников⁴⁶¹.

В 134-м хирургическом госпитале, временно перепрофилированном в эпидемический, на 800 больных приходился один врач, ситуация с гигиеной оказалась схожа с лазаретом внутри здания Петровского реального училища. В лазарете, расположенном в здании Торговой школы, изначально рассчитанном на прием 800 больных, на деле находилось свыше 1500 чел. Главный врач старался максимально сократить время на обход, из-за чего не был полностью осведомлен о точном количестве больных и их состоянии, именно там зафиксировали самый высокий уровень смертности⁴⁶².

После осмотра было проведено совещание, на котором доктор А.Ф. Вейс признал наихудшее состояние лазаретов, которое он когда-либо видел⁴⁶³. На совещании присутствовали доктора С.К. Коклюгин, Войцехович, Моноцков, особоуполномоченные генералы П.И. Залесский и Д.Н. Чернояров, члены Доно-Кубанского комитета ВЗС В.А. Асмолов, В.Х. Генне, В.Ф. Зеелер⁴⁶⁴. Генерал П.И. Залесский, ежедневно находившийся на вокзале Ростова-на-Дону, подверг критике работу членов Доно-Кубанского комитета ВЗС и работников эвакуопункта в деле сортировки и эвакуации сыпнотифозных больных. Вместо принятия конкретных решений, происходили словесные перепалки, не способствовавшие развитию дела. Об увеличении штата сотрудников лазаретов, повышении ответственности за соблюдение стерильности помещений, состоянием больных или их транспортировку в другие медицинские учреждения решение принято не было.

⁴⁶¹ ГА РФ. Ф. Р5881. Оп. 1. Д. 731. Л. 82.

⁴⁶² Там же.

⁴⁶³ Там же.

⁴⁶⁴ Там же.

28 апреля 1919 г. на Особом совещании по санитарному вопросу обсуждались следующие проблемы: а) медленное пополнение действующих частей из-за длительных отпусков и нахождения в госпиталях; б) смешение солдат и офицеров Добровольческой и Донской армии приводило к сложностям проведения учета; в) необходимость разгрузки вокзала Ростова-на-Дону⁴⁶⁵.

Были приняты решения об увеличении числа комиссий и о создании по две дополнительные команды выздоравливающих для Донской и Добровольческой армии. Таким образом, пациенты переводились в вышеуказанные подразделения, либо отправлялись в кратковременные отпуска, облегчая работу госпитальной сети и ускоряя возвращение в строй. В целях разгрузки железнодорожного вокзала Ростова-на-Дону, Особое совещание приняло решение образовать на станции Нахичевань распределительный пункт. Железнодорожное полотно протянули до каменных барачных бивуаков бывшего 252-го пехотного полка (планируя расположить эпидемические лазареты)⁴⁶⁶. Увеличенное количество комиссий позволило облегчить вопрос распределения сыпнотифозных больных, вследствие чего хроническая проблема переполненности вокзала оказалась решена.

В период наступления ВСЮР на Москву летом 1919 г., основная часть коечного фонда была задействована для лечения раненых, прибывающих с фронта, из-за чего порядка 60% сыпнотифозных больных в августе не были помещены в заразные лазареты, а отправлялись домой, распространяя эпидемию⁴⁶⁷. Ввиду большого значения железных дорог для фронта требовалось обеспечить близлежащие районы медицинскими учреждениями и комплексной противэпидемической защитой. По этой причине 1 октября начальник врачебно-санитарной части Южных железных дорог А.Г. Орлов выступил с докладом на совещании начальников военно-санитарной части

⁴⁶⁵ ГА РФ. Ф. Р5881. Оп. 1. Д. 731. Л. 76.

⁴⁶⁶ Там же.

⁴⁶⁷ ГАРО. Ф. 577. Оп. 1. Д. 842. Л. 59.

дорог Юга России в Ростове-на-Дону⁴⁶⁸. Было предложено создать Санитарный совет на железной дороге, под руководством которого бы имелись вагоны-лаборатории, вагоны-бани и дезинфицирующие средства. В каждом санитарном районе предлагалось учредить санитарную комиссию из представителей местных медицинских организаций.

Ключевая роль отводилась заведующему санитарно-гигиеническим просвещением, занимавшимся проведением лекций, собеседований, распространением соответствующей литературы, плакатов, листов, установлением тесной связи со школьным персоналом, медицинскими работниками и т.д.⁴⁶⁹ В его распоряжении должен был находиться вагон-музей для проведения лекций⁴⁷⁰. В пределах своего района санитарный врач всесторонне изучал санитарные условия жизни и труда местного населения и перевозки пассажиров⁴⁷¹. Он разрабатывал мероприятия для осуществления вышеуказанных мер в соответствии с требованиями научной санитарии⁴⁷².

Для контроля эпидемиологической обстановки было принято Положение о санитарных попечителях, в задачу которых входило содействие местным медицинским учреждениям. Санитарные попечители избирались железнодорожным населением, служащими и членами их семейств, живших в районе станций. Необходимо было иметь представителя для каждого жилого дома с несколькими квартирами и служебного здания, депо, мастерских вокзала, конторы, школы, больницы, приемного покоя и т.д.⁴⁷³ А.Г. Орлов предполагал вовлечь наиболее активных жителей в борьбу с эпидемией с целью разгрузить систему здравоохранения. Эта мера позволяла выявлять возможные очаги при ограниченном количестве медицинских работников на участках.

⁴⁶⁸ ГА РФ. Ф. Р1266. Оп. 1. Д. 5. Л. 1.

⁴⁶⁹ Там же.

⁴⁷⁰ Там же. Л. 5.

⁴⁷¹ Там же.

⁴⁷² Там же. Л. 6.

⁴⁷³ Там же.

Санитарный попечитель в пределах своего района вел надзор за его состоянием, выполнением обязательных санитарных постановлений и выявлением эпидемических заболеваний, оказывая помощь местному санитарному врачу. В частности: а) следил за своевременной и достаточной очисткой служебных помещений, жилых домов, дворов, мусорных и выгребных ям; б) обеспечивал сохранность и чистоту искусственных источников питьевой воды; в) следил за качеством продуктов, съестных припасов и напитков в буфетах, продовольственных лавках, на лотках и пр.⁴⁷⁴

Данный проект был одобрен, но реализовать в полной мере его не удалось. Не хватало медицинских работников и оборудования. Отчасти компенсировать это должно было местное население, в первую очередь заинтересованное в санитарно-гигиеническом благополучии. Подобная идея возникла из опыта деятельности института санитарных попечителей в Российской империи, но даже в мирное время они не всегда справлялись с поставленными задачами. Нерегулярный характер не позволял многим попечительствам систематически удовлетворять потребности врачебно-санитарной службы, требовался большой срок работы, но ухудшавшаяся обстановка на фронте вносила свои коррективы. Ситуацию усугубил и большой поток беженцев, необходимо было проводить более масштабные противоэпидемические мероприятия. Особое внимание уделялось очистке улиц и выгребных ям, однако решать данные проблемы санитарный попечитель мог только при помощи убеждения, что ставило под сомнение эффективность указанных мероприятий.

В связи с отступлением, ухудшением снабжения медикаментов, оставлением крупных складов медикаментов и инвентаря, лазареты РОКК и ВЗС не могли оказывать эффективную помощь действующим частям. Происходила и политизация медицинского состава, часть медиков стала переходить на сторону РККА. В январе 1920 г. был оставлен Ростов-на-Дону, вследствие чего ВСЮР и следовавшие за ними медицинские учреждения

⁴⁷⁴ ГА РФ. Ф. Р1266. Оп. 1. Д. 5. Л. 6.

отошли к Черноморскому побережью, охваченному эпидемией сыпного тифа. В марте в Новороссийске находилось порядка 300 тыс. чел., при этом население города составляло порядка 46–47 тыс.⁴⁷⁵ Это привело к значительной нагрузке на местные медицинские учреждения, канализацию и жилой фонд. Ситуация усугублялась и неспособностью комендантов станций хоронить умерших от ран и болезней, из-за чего в санитарных поездах выделялись вагоны для хранения тел⁴⁷⁶. Все чаще фиксировались случаи отсутствия какого-либо лечения, тем самым больные обрекались на верную смерть⁴⁷⁷. Перебои с поставками продовольствия приводили к голоду и ослаблению иммунитета, в городе ежедневно проходили похороны сыпнотифозных больных. К концу марта часть оставшихся учреждений ВСЮР эвакуировали на Крымский полуостров.

В Крыму в указанный период свирепствовала эпидемия холеры. В связи с отсутствием на рынках жиров и каустической соды возникли проблемы с изготовлением мыла для армии (поставки сократились до ½ фунта в месяц на человека)⁴⁷⁸. Ввиду потери ряда складов с медикаментами и инвентарем в ходе отступления ВСЮР в октябре 1919 – марте 1920 г. наладить систему здравоохранения в Крыму было крайне затруднительно. Еще больше ситуацию усугубляла растущая нехватка медицинского состава.

В конце марта – начале апреля 1920 г. на территории полуострова вводился карантин. Все суда, пришедшие с Кавказского побережья, заходили в Феодосию для проведения санитарного осмотра; на дорогах стояли роты карантинного кордона. В целях укрепления взаимодействия все санитарные мероприятия (военного и гражданского ведомств) объединялись под контролем Военно-санитарного инспектора, для координации была образована главная санитарная комиссия. Тяжелая ситуация наблюдалась в

⁴⁷⁵ Миронова Н.А. Великая эпидемия: сыпной тиф в России в первые годы советской власти. [Электронный ресурс] URL: <https://www.rulit.me/books/velikaya-epidemiya-sypnoj-tif-v-rossii-v-pervye-gody-sovetskoj-vlasti-read-684197-101.html> (дата обращения: 25.10.2024)

⁴⁷⁶ Любовин М.В. Указ. соч. С. 50.

⁴⁷⁷ Ветлугин А. Записки мерзавца. "Литература русского зарубежья от А до Я". М., "Лаком", 2000. С. 65.

⁴⁷⁸ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1720. Л. 117.

сельской местности (особенно в поселениях крымских татар), так как жители продолжали употреблять в пищу сырую воду и фрукты⁴⁷⁹. Поэтому большое внимание уделялось очистке воды, соблюдению правил гигиены и питания, просветительской работе с личным составом и населением⁴⁸⁰. Проводилась вакцинация, что вскоре дало положительный результат.

С апреля 1920 г. в частях Русской армии проводились обязательные противохолерные прививки, благодаря которым заболеваний холерой среди войск летом практически не наблюдалось⁴⁸¹. Весь комплекс мероприятий позволил успешно побороть эпидемию. Но с конца августа наблюдался рост заболеваемости брюшным тифом. В целях недопущения его распространения был издан приказ № 3539, согласно которому проводились обязательные противотифозные прививки всем воинским чинам: в тылу – немедленно, на фронте при первой возможности, в зависимости от боевой обстановки и по усмотрению командующих дивизий⁴⁸². Для более тщательного контроля корпусным и гарнизонным врачам приказано регулярно телеграфировать Главному военно-санитарному и врачебному инспектору.

В первую очередь в августе были проведены трехкратные прививки всем воинским чинам отдела штаба и состоящих при нем частей. В остальных подразделениях произвести массовую вакцинацию не удавалось из-за нехватки противотифозных вакцин. В целях предотвращения распространения эпидемии необходимо было иметь достаточное количество белья; требовалось произвести полную дезинфекцию старого обмундирования Севастопольского и Феодосийского вещевого складов, Симферопольского продовольственного магазина и других интендантских учреждений⁴⁸³. Запрещалось выдавать бывшие в употреблении белье и одежду без дезинфекции, ответственность возлагалась на интенданта Русской армии. Главный Военно-санитарный и врачебный инспектор со своей

⁴⁷⁹ Любовин М.В. Указ. соч. С. 68.

⁴⁸⁰ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1216. Л. 61.

⁴⁸¹ Там же. Д. 1246. Л. 29.

⁴⁸² Там же.

⁴⁸³ Там же.

стороны был обязан распорядиться предоставлением необходимых средств, однако сведений о результатах работы автором не было найдено. Учитывая дальнейшее ухудшение эпидемиологической обстановки, можно предположить, что общий объем реализованных мер оказался недостаточен для обеспечения эпидемиологического благополучия в армейских частях в указанный период.

В шести наиболее крупных населенных пунктах территории, занимаемой Русской армией, распоряжением Главного Военно-санитарного и врачебного инспектора сформированы гарнизонные химико-бактериологические лаборатории, по одной в каждом пункте⁴⁸⁴. Они подчинялись заведующему Центральной бактериологической лабораторией, который в отношении их пользовался правами Начальника отдельной части.

В число санитарных учреждений Русской армии были включены дезинфекционные отряды 6-й пехотной и Сводной дивизии⁴⁸⁵. Помощь оказывали 21-й эпидемический госпиталь РОКК, 39-й и 40-й дезинфекционные отряды Союза городов. Указанные меры позволяли вовремя выявлять и проводить лечение больных, предполагалось постепенное увеличение производства тетравакцин. В менее крупных населенных пунктах эпидемиологическая ситуация оставалась напряженной ввиду дефицита фельдшеров. Однако в августе – сентябре 1920 г. рост заболеваемости был незначительным, из-за чего могло сложиться впечатление, что у медико-санитарной службы было время на недопущение распространения эпидемии. Но к концу октября ситуация стала ухудшаться, особенно после начала Перекопско-Сивашской операции. В период эвакуации медицинские учреждения подвергались разграблению и о какой-либо противоэпидемической организации речи уже не шло. В ноябре произошла вспышка сыпного тифа в Крыму, однако данной проблемой уже занималась советская система здравоохранения.

⁴⁸⁴ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1216. Л. 44.

⁴⁸⁵ Там же. Д. 1246. Л. 45.

На Юге России Белое движение имело наиболее выгодные условия для предотвращения эпидемий, однако ряд проблем не позволил воспользоваться ими в полной мере. Наиболее вероятными причинами возникновения сыпного тифа в данном регионе являлись антисанитарные условия в лагерях для военнопленных, их транспортировка без строгого соблюдения мер предосторожности, а также неразвитая система санитарно-пропускных пунктов между фронтовыми и тыловыми районами. Дальнейшее ухудшение эпидемиологической обстановки в городской и сельской местности являлись следствием этого. В условиях Гражданской войны ни одна из сторон не могла полностью обезопасить населенные пункты без надежно работавшей санитарно-пропускной системы.

В области Всевеликого войска Донского в конце 1918 – начале 1919 гг. была неудачно организована борьба с тифом, ей руководили врачи, не имевшие опыта в этом деле, из-за чего большое количество сил и средств оказались распылены. Большую роль в организации противоэпидемических мер сыграли РОКК и ВЗС, наладившие сеть лазаретов в Ростове-на-Дону, Екатеринодаре, Минеральных Водах и на побережье Черного моря⁴⁸⁶. Благодаря резкому увеличению коечного фонда, мобилизации медицинских работников, деятельности ученых, укреплению дисциплины, благотворительности и проведению реквизиций, на Юге России к марту – апрелю 1919 г. эпидемия сыпного тифа пошла на спад. Благодаря медикам Белого Юга, смертность от сыпного тифа в среднем не превышала 6–7%, что являлось большим успехом. Однако допускались серьезные просчеты в деле расположения лазаретов и способов транспортировки больных, что приводило к росту заболеваемости в населенных пунктах. Несмотря на контроль ряда крупных городов, Белое движение на Юге России не сумело максимально организовать производство медикаментов, что

⁴⁸⁶ Зубарев П.А. Борьба с эпидемиями в армии Белого движения и РККА в годы Гражданской войны в России // Вопросы национальных и федеративных отношений. 2023. Выпуск 2 (95). Т. 13. С. 506.

впоследствии привело к катастрофе медико-санитарной службы зимой 1919–1920 гг.

Командование ВСЮР не смогло эффективно организовать централизацию управления, происходили конфликты с РОКК и ВЗС, а также столкновение интересов медико-санитарных служб Донской и Добровольческой армий. Данный процесс удалось наладить только весной – осенью 1920 г. в Русской армии по большей части из-за меньшего размера занимаемой территории и сильно поредевшего медицинского состава. Отсутствие четкой централизации и жесткой дисциплины стали одними из главных недостатков медико-санитарной службы на Юге России. Несмотря на определенное преимущество в численности врачей на начальном этапе Гражданской войны, командованию ВСЮР не удалось развить успех и полностью наладить организацию противоэпидемической защиты армии и мирных жителей. Проекты массовой вакцинации армейских частей и населения реализовывались лишь отчасти (наибольшие успехи достигнуты в отношении профилактики холеры), хотя именно они являлись залогом успешной борьбы с эпидемиями. Просветительская работа среди армейских частей и населения не была столь массовой по сравнению с Советской Россией.

2.3. Борьба с эпидемиями в Сибири

В годы Гражданской войны Сибирь так же, как и другие регионы оказалась охвачена эпидемиями сыпного и возвратного тифа. К 1914 г. проблемы, связанные с антисанитарией, отсутствием в ряде городов канализации и недостаточно осведомленным населением правилами гигиены, не были решены.

Первая мировая война и революционные события 1917 г. негативно повлияли на благоустройство. Плохо развитая ассенизационная система и отсутствие сточных канав приводили к загрязнению и распространению болезней, недостаточное количество медицинских работников едва справлялось со своими обязанностями в условиях наплыва беженцев и регулярно проходивших военных эшелонов. Еще одним источником распространения эпидемии стали русские военнопленные, возвращавшиеся из Германии и Австро-Венгрии. Таким образом, эпидемиологическое состояние Сибири в 1918 г. можно оценивать как тяжелое, сразу несколько факторов послужили благоприятной почвой для распространения инфекционных заболеваний. Помимо вышеуказанных болезней, в регионе фиксировались корь, коклюш, дизентерия, скарлатина и брюшной тиф⁴⁸⁷.

Одним из крупнейших очагов эпидемий стал Омск, куда стекались потоки беженцев. Вокзалы, станции, жилые помещения были переполнены, в условиях нехватки бань это способствовало ухудшению эпидемиологической обстановки⁴⁸⁸. Для борьбы с эпидемиями Омское правительство предоставляло денежные средства, однако этого оказывалось недостаточно для локализации заболеваний. Осенью 1918 г. было выделено на эти нужды 2 млн руб., особое внимание уделялось мерам по ограничению распространения тифа в местах заключения (выделено до 250 тыс. руб., что

⁴⁸⁷ Зиновьев В.П., Суляк С.Г. Тифозная эпидемия в Сибири в период Гражданской войны // Русин. 2023. Т. 73. С. 242.

⁴⁸⁸ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 5. Д. 5. Л. 192.

было лишь $\frac{1}{4}$ от требуемой суммы, позднее выделено еще 500 тыс.⁴⁸⁹). Ситуация в тюрьмах и лагерях для военнопленных в Сибири в условиях Первой мировой войны оказалась напряженной, наблюдался острый дефицит медикаментов, средств дезинфекции, чистого белья, отмечался скудный рацион у заключенных. Ввиду указанных факторов и практически полного отсутствия врачебного контроля наблюдалась высокая заражаемость и смертность⁴⁹⁰. Эти проблемы не могли решиться за короткий срок, тем более что выделялось недостаточное количество денежных средств. В дальнейшем заболевания перекинулись на охрану и распространились на населенные пункты. Однако это не являлось единственной причиной появления сыпного тифа в регионе; болезнь возникала и в местах, находящихся на большом расстоянии от тюрем или лагерей для военнопленных.

В целях недопущения распространения эпидемии в ряде городов Западной Сибири в декабре 1918 г. было выделено 5 млн руб.⁴⁹¹ Главное Управление РОКК призывало весь личный состав к участию в общем деле⁴⁹². Учитывая огромные масштабы Сибири, эпидемиологическая обстановка в ней стала серьезным испытанием для Красного Креста и других общественных организаций, сыгравших ключевую роль в борьбе с эпидемиями. Требовалось наладить организацию поставок медикаментов, сети бань и прачечных, врачебно-питательных пунктов, эффективно взаимодействовать с местными органами власти. По мнению членов Министерства народного здоровья, большое внимание должно было быть уделено поддержке органов местного самоуправления⁴⁹³.

Железнодорожный транспорт являлся главным распространителем эпидемии, ввиду нарушения целостности окон и дверей составы не

⁴⁸⁹ ГА РФ. Ф. 1845. Оп. 1. Д. 3. Л. 22.

⁴⁹⁰ Шапкин Ю.Г., Дмитриченко А.А., Пономарева Г.О. Жизнь и быт военнопленных в лагерях восточной Сибири в годы Первой мировой войны // Известия Лаборатории древних технологий. 2014. №2 (11). С. 52.

⁴⁹¹ Сизов С.Г. Эпидемическая ситуация в белом Омске в 1918–1919 гг. и её влияние на повседневную жизнь горожан // Кубанские исторические чтения. VIII Международная научно-практическая конференция. 2017. С. 49.

⁴⁹² ГА РФ. Ф. 1845. Оп. 1. Д. 3. Л. 24.

⁴⁹³ ГА РФ. Ф. Р1702. Оп. 1. Д. 6. Л. 27.

проходили должную дезинфекцию; сокращение количества поездов приводило к их переполненности. Волны беженцев меняли облик станций, создавая в них долговременные жилища на базе товарных вагонов⁴⁹⁴; скученность и отсутствие организованных уборных, нерегулярная очистка территории вокзалов приводили к ухудшению санитарно-эпидемиологической ситуации.

Расселение людей не производилось, так как отсутствовало достаточное количество барачных. Затрагивался вопрос строительства бань для беднейших слоев населения и беженцев, что являлось весьма актуальным в условиях низкой пропускной способности действовавших на тот момент (только 25% от требуемого количества⁴⁹⁵). Но данная мера была уже запоздалой и недостаточной; предпринятые попытки разгрузить сеть не дали ощутимого результата ввиду отсутствия централизованного учета беженцев⁴⁹⁶. С резким увеличением количества бань возник вопрос снабжения городов топливом, так как происходившие перебои напрямую влияли на функционирование данных учреждений. Городским властям пришлось идти на принудительные меры, согласно которым крестьяне, живущие на расстоянии до 10 верст от городов, принимали участие в доставке дров⁴⁹⁷.

Для проведения более эффективной борьбы с эпидемиями на местах 28 декабря 1918 г. Омский Совет министров издал постановление «Об утверждении Временного положения об изъятиях, отсрочках и льготах по отправлению воинской повинности». Был составлен список должностей в правительственных и общественных учреждениях, чье исполнение обязанностей освобождало офицеров, чиновников и солдат от призыва из

⁴⁹⁴ Чугунов Е.В. Сибирская железная дорога в годы лихолетья Гражданской войны в России // Творчество и современность. 2018. №1 (5). [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sibirsкая-zhelezная-doroga-v-gody-liholetya-grazhdanskoy-voyny-v-rossii> (дата обращения: 12.11.2024).

⁴⁹⁵ Рынков В.М. Санитарно-медицинские службы на востоке России в антибольшевистский период Гражданской войны (вторая половина 1918 – 1919 гг.) // Чтения памяти профессора Е.П. Сычевского: Сб. докл. Благовещенск: изд-во БГПУ, 2007. Вып. 7. С. 236.

⁴⁹⁶ Зубарев П.А. Борьба с эпидемиями в армиях Белого движения в годы Гражданской войны в России // Власть истории – История власти. 2023. Т. 9. Ч. 1. № 43. С. 116.

⁴⁹⁷ ГА РФ. Ф. Р1702. Оп. 1. Д. 6. Л. 29.

запаса в армию и на флот, а также от службы в государственном ополчении⁴⁹⁸. В него входили заведующие медико-санитарным делом или санитарными бюро городских и земских самоуправлений, врачи-эпидемиологи, поступившие до призыва на военную службу на должности по борьбе с чумой, холерой и тифом в противоэпидемические отряды и больницы. Они освобождались от несения воинской службы до окончания эпидемии⁴⁹⁹, но уже 7 февраля 1919 г. постановление были пересмотрено ввиду нехватки врачей в армейских подразделениях⁵⁰⁰.

2 февраля 1919 г. в Омске состоялось собрание гласных городской думы, санитарных и эпидемических врачей, представителей различных организаций в связи со стремительным распространением сыпного тифа⁵⁰¹. Было принято решение соотнести и упорядочить санитарные и противоэпидемические мероприятия всех учреждений, организаций и ведомств путем выработки общего плана их реализации под наблюдением, руководством и при содействии компетентных руководителей. Однако это был один из единичных призывов к объединению и только на уровне города. Учитывая острую нехватку медицинского персонала, требовалось образовать санитарные попечительства в целях привлечения населения к противоэпидемическим мероприятиям.

Поднимался вопрос о надлежащей уборке улиц. Очистная система Омска из-за наплыва беженцев не справлялась с нагрузкой, что требовало увеличения существующих и создания новых ассенизационных обозов. В связи с тем, что прибывающие в город люди не имели жилья, железнодорожный вокзал превращался в источник распространения эпидемии. В целях стабилизации ситуации органы самоуправления должны были предоставить необходимое количество зданий для размещения больниц и ночлежных домов. В зимних условиях (в первую неделю февраля 1919 г.

⁴⁹⁸ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 5. Д. 5. Л. 192.

⁴⁹⁹ Там же.

⁵⁰⁰ Там же. Оп. 4. Д. 32. Л. 112.

⁵⁰¹ РГВА. Ф. 39504. Оп. 1. Д. 103. Л. 60.

температура воздуха в Омске не поднималась выше –20 градусов по Цельсию⁵⁰²) требовалось обеспечить население, бани и медицинские учреждения топливом. Ряд решений носили декларативный характер и не могли удовлетворить потребности охваченного эпидемией города. В первую очередь не хватало медицинских работников, дров и подходящих зданий; ситуация в Омске оказалась схожа с положением в ряде других российских городов в годы Гражданской войны. Переполненность медицинских учреждений вынуждала больных лечиться дома, что приводило к распространению заражения и высокой смертности.

Учитывая, что часть населения была недостаточно осведомлена о санитарно-гигиенических правилах, в целях развития просвещения организовывались лекции и чтения по санитарии⁵⁰³. Однако дефицит дезинфекционных средств и скученность людей не позволяли соблюдать требования врачей в деле нераспространения эпидемии. Омск и его пригород делились на участки с возложением ответственности за санитарное благополучие на врачей и всего медицинского персонала. Гласные городской думы планировали сохранить санитарный и эпидемический штат в городе, запретив призывать его членов на военную службу; в том числе требовалось передать в ведение городского самоуправления военную прачечную бывшего 20-го запасного полка, что приводило к межведомственному конфликту⁵⁰⁴.

На правительственном уровне ситуация обострялась еще сложнее. В феврале 1919 г. начались серьезные разногласия между товарищем министра внутренних дел А.А. Грациановым и военным министром Н.А. Степановым. Ведомства не могли достигнуть соглашения в отношении призыва врачей, заведующих санитарными бюро и врачей-эпидемиологов. Военное министерство не согласилось с предложением МВД не призывать на военную службу уездных и эпидемических врачей. Это создавало ряд

⁵⁰² Погода в Омске. Температура воздуха и осадки. Февраль 1919 г. [Электронный ресурс] URL: <http://www.pogodaiklimat.ru/monitor.php?id=28698&month=2&year=1919> (дата обращения: 15.11.2024).

⁵⁰³ РГВА. Ф. 39504. Оп. 1. Д. 103. Л. 60.

⁵⁰⁴ Там же.

проблем для мирного населения, так как исключало связующее звено всей санитарной деятельности с Военным ведомством и ведомством путей сообщения. Благодаря им был установлен надзор за санитарными постановлениями, главным образом в отношении борьбы с эпидемиями⁵⁰⁵.

Предложение Военного ведомства заменить сотрудников санитарного бюро женщинами-врачами и врачами, признанными не годными для прохождения военной службы, не встретило одобрения у МВД. Разногласие заключалось в том, что подобных кадров было крайне мало, от них требовались инициатива и опыт административной работы. На совещании отмечалась тяжелая эпидемиологическая обстановка в подразделениях и учреждениях Военного ведомства, в тюрьмах и среди населения. Для пополнения кадров предлагалось увеличить призывной возраст с 43 до 50 лет (ссылаясь на опыт Первой мировой войны) и брать на тыловую службу женщин-медиков⁵⁰⁶. Данное предложение оказалось в тех условиях весьма рациональным, подобные шаги имели место как в медико-санитарной службе ВСЮР, так и в Наркомздраве РСФСР.

В попытках удовлетворить запрос Военного ведомства, МВД обратилось к Министерству народного просвещения с просьбой досрочного выпуска студентов медицинских факультетов, благодаря чему мог получиться кадровый запас гораздо больший, чем запрашиваемый Военным ведомством. В ведении МВД заведующих санитарным бюро, уездных, земских и эпидемических врачей было не более 100 чел.⁵⁰⁷ Военное ведомство не задействовало всех медиков, состоящих в РОКК и освобожденных от призыва. Это объяснялось отсутствием у них опыта в борьбе с эпидемиями и незнанием специфики местных условий.

Отмечалось, что если на 100 больных военнослужащих приходилось 2–3 врача, то в городах 2–3 врача – на 1000 пациентов. Из-за широкого распространения тифа среди населения ситуация с кадрами представлялась

⁵⁰⁵ ГАРФ. Ф. Р176. Оп. 5. Д. 53. Л. 74.

⁵⁰⁶ Там же. Л. 75.

⁵⁰⁷ Там же.

наиболее опасной; врачей-эпидемиологов в Акмолинском уезде и Алтайской губернии было по 3 чел., в то время как в Томской губернии, Иркутске и Семипалатинске находилось только по 2 подобных специалиста⁵⁰⁸. Весной 1919 г. А.А. Грацианов опасался угрозы возникновения эпидемии холеры и чумы ввиду скученности населения, острой нехватки докторов и недостаточной степени квалификации некоторых из них⁵⁰⁹. Так, не более 2–3% врачей умели эксплуатировать дезинфекционные камеры и прачечные⁵¹⁰, данными аппаратами зачастую управляли технические специалисты, не имевшие высшего медицинского образования, поэтому целесообразнее было наладить подготовку именно этих кадров. Таким образом, МВД, даже без проведения мобилизации медицинских работников в армию, оказывалось в тяжелом положении.

По мнению членов Военного ведомства, резкое изменение решения по приказу могло привести к путанице и возникновению недоверия к распоряжениям властей. Ввиду того, что армейские части находились в движении и условия постоянно менялись, требовалось большее количество врачей⁵¹¹. Принималось во внимание на тяжелое положение в лазаретах, выразившееся в дефиците коечного фонда и медикаментов среди формировавшихся частей. Отмечалось большое количество зафиксированных случаев заболевания среди солдат и гибели медицинских работников от тифа⁵¹². Столь серьезная настойчивость представителей Военного ведомства могла объясняться подготовкой к весеннему наступлению. В конечном итоге большинством голосов предложение МВД было отклонено, что послужило одной из причин разрастания эпидемии в тылу и неспособности противостоять ей из-за нехватки врачей.

Ввиду приближения весны и риска появления новых эпидемических заболеваний, развитию которых благоприятствует теплое время года и

⁵⁰⁸ ГА РФ. Ф. Р1702. Оп. 1. Д. 10. Л. 16.

⁵⁰⁹ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 5. Д. 59. Л. 120.

⁵¹⁰ Там же. Л. 122.

⁵¹¹ Там же.

⁵¹² Там же.

антисанитарное состояние войсковых помещений и дворов, было приказано образовать во всех гарнизонах Омского военного округа санитарные комиссии⁵¹³. В их состав входил гарнизонный врач, врачи от военно-лечебного заведения гарнизона и строевых частей, офицер от Управления начальника гарнизона, представители Городского общественного управления, Земского управления и Железнодорожного ведомства⁵¹⁴. От санитарных комиссий требовалось не менее одного раза в месяц производить осмотр помещений, занятых воинскими частями и устранять выявленные дефекты. Несмотря на то, что такую периодичность в условиях эпидемии сложно назвать достаточной, это позволило несколько снизить уровень заболеваемости. Подобные меры были эффективны в первую очередь в тылу. Впоследствии, подобная организация наблюдалась в Томском гарнизоне. Собрание гарнизонных врачей постановило обратиться с ходатайством к начальнику гарнизона о немедленной вакцинации в частях. Вакцина могла быть получена из местного Бактериологического института по требованию старших врачей⁵¹⁵.

Ухудшение эпидемиологической обстановки пришлось на весну 1919 г. Это было связано с весенним наступлением Русской армии А.В. Колчака, в ходе которого белые части занимали ряд населенных пунктов, охваченных тифом; контакты с пленными красноармейцами приводили к распространению тифа среди солдат и офицеров Русской армии; потоки беженцев шли на восток, распространяя болезнь. Проблемы, не решенные советской властью, стали проблемами Белого движения, которое тоже оказалось не в состоянии их преодолеть. Из-за нехватки изоляционно-пропускных пунктов, банно-прачечных отрядов, дезинфекционных камер не всегда удавалось отделять заразившихся и проводить остальные мероприятия в полном объеме.

⁵¹³ РГВА. Ф. 39504. Оп. 1. Д. 103. Л. 51.

⁵¹⁴ Там же.

⁵¹⁵ Там же. Л. 287.

В указанный период силами РОКК создавалась система изоляционно-пропускных пунктов, задачей которых было недопущение распространения сыпного тифа в тылу. В войсках развертывались эпидемические лазареты, в госпиталях вводилось обязательное создание эпидемиологических отделений⁵¹⁶. Медико-санитарная служба эвакуировала сыпнотифозных больных в тыловые районы, что из-за недостаточно развитой пропускной системы привело к еще большему распространению болезни. Необходимо было наладить поставки медикаментов и организовать систему дезинфекции белья, но для решения этой задачи не хватало медицинского персонала на всех уровнях⁵¹⁷. Ужесточалась дисциплина в лечебных учреждениях: в случае отказа оказания помощи тифозным больным сестры милосердия исключались из РОКК.

Из-за высокой стоимости дезинфекционных камер "Гелиос", обусловленной использованием дорогостоящих деталей, велась разработка более доступных моделей. Так, профессор П.Н. Лащенко разработал аппарат «Гигиена»⁵¹⁸. Для решения проблемы в войсках использовали самодельные камеры, однако данная мера не приносила желаемого результата. Местная промышленность не могла обеспечить их массовое производство, а те образцы, что удавалось собрать, были малоэффективны.

В Омске больных и раненых принимали военные госпитали №№ 1 и 2, сводные эвакуационные госпитали №№ 94, 148, 171⁵¹⁹. Большое внимание уделялось вакцинации солдат и офицеров. Согласно архивным документам, в Омском гарнизоне по состоянию на 4 апреля 1919 г. имелся необходимый для производства вакцинации инструментарий, и врачи сумели организовать вакцинацию в частях⁵²⁰. Несмотря на то, что медики должны были разъяснять важность и безопасность прививок, недостаточное обеспечение всех тыловых частей вакцинами создавало дополнительные трудности для местных

⁵¹⁶ ГА РФ. Ф. Р1702. Оп. 2. Д. 1. Л. 10.

⁵¹⁷ Там же.

⁵¹⁸ РГВА. Ф. 39504. Оп. 1. Д. 103. Л. 175.

⁵¹⁹ Там же. Л. 57.

⁵²⁰ Там же. Л. 217.

санитарных служб. Наиболее серьёзной проблемой оставалась невозможность проведения вакцинации на фронте, что делало войска уязвимыми для тифа.

Если в армейских частях предпринимались попытки контролировать эпидемиологическую обстановку, то в населенных пунктах ситуация оказалась значительно хуже. Как уже отмечалось, до 1919 г. в ряде регионов Сибири был большой дефицит медицинских работников, а после проведения мобилизаций на местах их стало еще меньше. Серьезную опасность представляла недостаточно налаженная система санитарных пропускных пунктов, бань на железных дорогах и речных путях, что способствовало распространению эпидемии. Скученность людей на вокзалах приводила к дополнительным заражениям. Если до 1918 г. население Омска составляло 100 тыс. чел., то уже в 1919 г. оно выросло в 5 раз, создавая огромную нагрузку на систему канализации и очистку улиц⁵²¹. Подобная ситуация наблюдалась в Новониколаевске, Томске и ряде других городов. Ввиду нехватки жилья, проводилось уплотнение в квартирах и на дачах горожан, что не способствовало улучшению эпидемиологической обстановки⁵²².

В небольших населенных пунктах жители оставались один на один с сыпным тифом практически без каких-либо средств дезинфекции, просветительской деятельности в целях профилактики заболеваний. Учитывая низкий уровень санитарно-гигиенической грамотности сельского населения, тиф проникал в деревни вместе с беженцами и военными, что приводило к возникновению конфликтов с местными жителями⁵²³. Отсутствие острозаразных барачных пунктов не позволяло проводить изоляцию больных, что приводило к распространению заболеваемости на всех членов семей. В связи со значительным увеличением раненых летом 1919 г. в таких

⁵²¹ Зиновьев В.П., Суляк С.Г. Указ. соч. С. 245.

⁵²² Рынков В. М. Эвакуационные мероприятия антибольшевистских сил на Востоке России // История Сибири, 1583–2006: Проблемы и перспективы : сб. материалов науч. конф. / В. М. Рынков. – Новосибирск, 2006. – С. 185.

⁵²³ Конев К.А. Образ беженцев в периодической печати Сибири периода Гражданской войны (на материалах Томской губернии 1918–1920 гг.) // Вестн. Том. гос. ун-та. 2023. № 497. С. 100.

городах, как Томск, не было возможности увеличивать коечный фонд для пациентов с сыпным тифом⁵²⁴.

Тяжелая ситуация наблюдалась и в лагерях для военнопленных красноармейцев. Руководство Белого движения в Сибири активно использовало плавучие тюрьмы, что в эпидемиологическом отношении имело негативные последствия. Так, на барже «Вера», где находились 1263 пленных красноармейца, отмечался высокий уровень смертности от тифа⁵²⁵. На шести баржах («Белая», № 5, № 8, № 628, двух барж Богословского акционерного общества) был организован тюремный госпиталь, однако голод, неприемлемые условия содержания и практически полное отсутствие оказания медицинской помощи не способствовали выздоровлению пленных⁵²⁶. Передача трупов на сушу зачастую приводила к попаданию тел в реки, что увеличивало риск распространения эпидемии на близлежащие прибрежные деревни. Учитывая, что беженцы нередко устраивали стихийно возникшие поселения на берегах рек, это приводило к еще большему ухудшению санитарно-эпидемиологической ситуации. Только после вмешательства ВГУ РОКК положение несколько улучшилось⁵²⁷.

В лагерях, расположенных на суше ситуация была не лучше, в 1-м и 2-м лазаретах при Томском концентрационном лагере для военнопленных находилось всего два врача и четыре фельдшера; такое количество медицинского персонала не позволяло оказывать качественную помощь всем нуждающимся⁵²⁸. Подобное положение наблюдалось и в других учреждениях. В условиях проведения эвакуации на восток военнопленные становились распространителями эпидемий на железной дороге и в населенных пунктах.

⁵²⁴ Дмитриенко Н. М. Американский Красный Крест в Томске // Сибирская старина краеведческий альманах / под ред. Н. М. Дмитриенко. Томск. 2010. С. 19.

⁵²⁵ Тимербулатов Д.Р. «Баржи смерти» в Сибири в годы Гражданской войны (1918–1919 гг.). // СибСкрипт. 2011. № 4. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/barzhi-smerti-v-sibiri-v-gody-grazhdanskoy-voyny-1918-1919-gg> (дата обращения: 09.11.2024).

⁵²⁶ Зиновьев В.П., Суляк С.Г. Указ. соч. С. 245.

⁵²⁷ Там же.

⁵²⁸ РГВА. Ф. 39504. Оп. 1. Д. 103. Л. 306.

С февраля по вторую половину июля 1919 г. в тылу армий Белого движения в Сибири медико-санитарной службе удавалось оценивать ситуацию и планировать свою работу ввиду приблизительного определения линии фронта. Это позволяло проводить разгрузку районов, в которых скопление пострадавших от военных действий принимало угрожающие размеры, как с точки зрения санитарных условий, так и удобства питания и снабжения предметами первой необходимости⁵²⁹. После начала отступления ситуация стала постепенно ухудшаться.

В июле 1919 г. комиссия Государственного экономического совещания рассматривала вопрос о санитарных мероприятиях, выявились серьезные разногласия в работе ведомств. В частности, не была согласована работа Министерства снабжения и продовольствия с интендантством. Центральная организация недостаточно взаимодействовала с другими; это усугубляло работу медико-санитарной службы, которая на тот момент была серьезно загружена и оказалась не в состоянии своевременно реагировать на изменение обстановки, которая начала принимать угрожающие обороты. С начала июня до второй половины августа было выявлено 28 тыс. новых случаев заражения сыпным тифом. Ситуацию усугубляло то, что на всю Сибирь было порядка 1800 врачей, большинство из которых несли службу в армейских частях⁵³⁰.

Всего с июля 1918 г. по июль 1919 г. было официально зарегистрировано 131 866 случаев заболевания сыпным тифом⁵³¹. Представляется, что указанные данные не соответствуют реальной картине происходящего, учитывая, что в ряде областей из-за мобилизаций практически не осталось медицинских работников. Подробный учет на местах всех заболевших мог просто не производиться и, вероятно, ситуация была значительно хуже. Эвакуация лазаретов в Забайкалье и поток беженцев

⁵²⁹ ГА РФ. Ф. 1845. Оп. 1. Д. 177. Л. 5.

⁵³⁰ Там же.

⁵³¹ Рынков В.М. Санитарно-медицинские службы на востоке России в антибольшевистский период Гражданской войны (вторая половина 1918 – 1919 гг.) / В.М. Рынков // Чтения памяти профессора Е.П. Сычевского: Сб. докл. Благовещенск: изд-во БГПУ, 2007. Вып. 7. С. 242.

негативно влияли на ход борьбы с эпидемиями. Требовались реорганизация структуры управления медико-санитарной службы, строительство новых лазаретов и барачных корпусов для беженцев, поиск способов увеличения количества врачей путем досрочного выпуска их из учебных учреждений и более активного привлечения общественных организаций⁵³².

20 августа 1919 г. прошло очередное заседание Совета министров под председательством П.В. Вологодского, на котором был заслушан доклад начальника отдела народного здоровья МВД А.А. Корчагина. Сообщалось о дефектах в постановке санитарного дела в армии и о росте заболеваемости на фронте при остром недостатке госпиталей и коек⁵³³. Государственное экономическое совещание предложило разработать проект для улучшения санитарного состояния. Предлагалось провести масштабные преобразования, включавшие в себя постройку медицинских учреждений, беженских и заразных барачных корпусов, дезинфекционных камер, бань-прачечных и т.д. Для этого необходимо было получить сумму в размере 100 млн руб., однако представители Министерства путей сообщений, Военного министерства и МВД долго не могли прийти к общему решению в распределении суммы и ответственности за строительство.

В итоге был создан межведомственный орган с широкими полномочиями и правом выдавать кредиты всем ведомствам и организациям, готовым реализовать постройку объектов⁵³⁴. Однако многочисленные споры о целесообразности строительства барачных корпусов и попытки некоторых членов правительства перенести ответственность за борьбу с эпидемиями на земства приводили к сложностям в принятии решений. Предлагались рациональные предложения переселить беженцев и городских жителей в сельскую местность для разгрузки госпитальной сети городов, но тут же вставал вопрос о том, кто будет заниматься строительством барачных корпусов и бань.

⁵³² ГА РФ. Ф. Р1702. Оп.1. Д. 28. Л. 3.

⁵³³ Там же. Д. 49. Л. 18.

⁵³⁴ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 6. Д. 295. Л. 14.

Советом министров было решено предоставить Высшему строительному распорядительному комитету следующие права:

а) утверждать общий план строительства; б) распределять кредиты по центральным ведомствам и общественным организациям (земскому и городскому самоуправлению); в) осуществлять общий надзор за деятельностью всех ведомств, учреждений и организаций, задействованных в строительстве; г) организовать межведомственную комиссию в составе заинтересованных ведомств и общественных организаций, а также сметные строительно-распорядительные комиссии; д) производить организационные расходы на оплату работ комиссий, управления делами Комитета и специалистов в пределах 2% с отпускаемого кредита; е) распределять между ведомствами строительные материалы; ж) устанавливать порядок реквизиции стройматериалов и перевозочных средств⁵³⁵.

Таким образом, Высшему строительному распорядительному комитету были даны широкие полномочия, направленные на централизацию его деятельности. В Совете министров возникла дискуссия на тему реквизиции транспорта и медицинских препаратов. Считалось, что можно обойтись без указанной меры, хотя в данный период все больше ощущался дефицит медикаментов. Однако отмечалось, что судовладельцы зафрахтованных судов могли потребовать чрезмерно высокую цену за оказываемые перевозки. 20 августа 1919 г. Совет министров не принял пункт, в котором предлагалось дать право проводить реквизицию строительных материалов и перевозочных средств, так как они могли быть не использованы⁵³⁶. Обуславливалось это и приближением окончания строительного сезона, что создавало большую опасность для медико-санитарной службы, которая могла остаться без ряда зданий. Нежелание вводить чрезвычайные меры приводило к еще более тяжелым последствиям, проявившимся в ноябре.

⁵³⁵ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 6. Д. 295. Л. 14.

⁵³⁶ Там же. Л. 104.

Включение представителей земств и городов в дело создания новых медицинских учреждений позволяло эффективнее проводить строительство и оснащать больницы, однако строительный сезон подходил к концу, что не позволяло вовремя закончить организацию ряда лазаретов. В тех условиях, в которых находилась медико-санитарная служба в Сибири и столь оживленном потоке беженцев, строительство санитарно-пропускных пунктов, барачных и острозаразных лазаретов могло значительно улучшить ситуацию еще летом 1919 г. Попытки организации предпринимались еще в апреле, однако в силу дефицита выделенных средств они носили половинчатый характер. Меры, принятые в августе – сентябре, оказались запоздалыми.

Эпидемиологическая ситуация в ряде населенных пунктов оставалась напряженной не только из-за притока беженцев и сыпнотифозных больных. Так, в Семипалатинске отмечались трудности с организацией уборки нечистот; загрязнение улиц и площадей города вело к ухудшению санитарно-гигиенических условий и способствовало росту заболеваемости⁵³⁷. Возникла опасность появления дизентерии и брюшного тифа, местные власти не имели достаточного количества ресурсов для решения данной проблемы. Ввиду отсутствия в городе частных предпринимателей, Семипалатинское городское управление обратилось в МВД с ходатайством об ассигновании 285 тыс. руб. на устройство ассенизационного обоза⁵³⁸. Отмечалось, что в городе на тот момент было расквартировано значительное количество войск, поэтому в кратчайшие сроки требовалось обеспечить хорошие санитарно-гигиенические условия.

Особое совещание по финансированию отклонило просьбу, объясняя, что городское самоуправление могло бы найти источники путем использования городских финансов, а также при помощи мобилизации средств частных предпринимателей региона, управляющего губернией и

⁵³⁷ ГА РФ. Ф. Р1702. Оп. 1. Д. 26. Л. 14.

⁵³⁸ Там же.

командующего Семипалатинской области. С данным решением не были согласны члены Комиссии по борьбе с эпидемиями и представители МВД. Начальник Главного военно-санитарного управления МВД К.М. Гречищев отмечал, что оказание ссуд на содержание и устройство ассенизационного обоза – дело в высшей степени серьезной государственной помощи и улучшения санитарного положения в населенных пунктах⁵³⁹. При этом особо отмечалось тяжелое экономическое положение Семипалатинска. Впоследствии правительство отпустило городскому управлению запрашиваемую ссуду на оборудование ассенизационного обоза из 7% годовых сроком на 4 года⁵⁴⁰. Ввиду скопления войск в городе, эпидемия могла перекинуться на подразделения, поэтому требовалось в срочном порядке организовать данную службу. Но наладить уборку нечистот до прихода советской власти так и не удалось.

В условиях отступления осенью 1919 г. были предложены санитарные сооружения для нужд Министерства путей сообщения и МВД по департаменту государственного призрения и врачебно-санитарного управления. Проект разрабатывался в июле – сентябре, согласно ему планировалось разместить 100 тыс. беженцев с расчетом для дальнейшего использования бараков как построек в полосе отчуждения железных дорог, а в городах для нужд Государственного призрения и общественных надобностей.

Проект считался с недочетами в санитарном отношении, какие давали о себе знать в 1918–1919 г. при организации противоэпидемических мероприятий, то есть с дефицитом больничных помещений для заразных больных, отсутствием бань, прачечных, дезинфекционных камер, а на железных дорогах с отсутствием изоляционно-пропускных пунктов. Однако численность беженцев превышала 100 тыс. чел. (осенью 1919 г. только на

⁵³⁹ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 5. Д. 96. Л. 71.

⁵⁴⁰ Там же. Л. 72.

Транссибирской магистрали насчитывалось не менее 800 тыс. беженцев⁵⁴¹), что не позволяло в полной мере оказать помощь остальным людям. Предлагалось организовать учреждения в ряде населенных пунктов и железнодорожных станций⁵⁴².

Проект должен был обеспечить надежную систему эвакуации беженцев с учетом эпидемии на всем протяжении Транссибирской магистрали, подконтрольной Белому движению. Общая вместимость новых барачных бараков для беженцев составляла 80 тыс. чел., хотя предполагалось разместить на 20 тыс. больше. Вполне вероятно, что имелись построенные здания с необходимой вместимостью, но нельзя исключать нехватку строительных материалов и сжатые сроки. Предпринималась попытка рассредоточить новые бараки в городской черте, поэтому порядка 40% мест располагались в менее крупных населенных пунктах и железнодорожных станциях. Бани, прачечные и дезинфекционные камеры в зависимости от размеров станции могли обслуживать 50, 100, 200 и 400 чел. в час. В случае выявления случаев заражения, беженцев отправляли в больничные бараки, что позволило бы ограничить распространение болезни в поездах.

Формирование пунктов врачебно-санитарной помощи отчасти позволяло контролировать ситуацию с больными. Требовалось создание гибкой системы, способной действовать на протяженных участках. Организация происходила с большим опозданием, расселение беженцев в вышеперечисленных губерниях и областях без фактического создания сети санитарно-пропускных пунктов приводило к переносу эпидемии на восток. Даже в случае полной реализации проекта нагрузка на медицинские учреждения оказалась бы слишком велика.

⁵⁴¹ Рынков В.М. «Сибирский бег»: вынужденные миграции на востоке России в годы Гражданской войны (1918–1922 гг.) // Известия Иркутского государственного университета. Серия: История. 2014. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sibirskiy-beg-vynuzhdennye-migratsii-na-vostoke-rossii-v-gody-grazhdanskoy-voyny-1918-1922-gg> (дата обращения: 29.01.2025).

⁵⁴² Схема расположения санитарных сооружений для нужд Министерства путей сообщения и МВД по департаменту Государственного призрения и врачебно-санитарного управления. См. Приложение № 8.

Довольно поздно (в октябре 1919 г., в период наступления РККА) была разработана схема организации санитарно-эпидемических пунктов МВД для населения по линии железной дороги Омск–Чита⁵⁴³.

Планировалось организовать:

1) Постоянные санитарно-эпидемические пункты на станциях Татарской, Каинске, Новониколаевске, Тайге, Мариинске, Ачинске, Красноярске, Канске, Нижнеудинске, Черемхово, Иркутске, Верхнеудинске и Чите.

Подвижной состав постоянных санитарных пунктов должен был включать в себя два вагона-теплушки (для персонала и дезинфекционной камеры). Прием больных предполагалось производить в железнодорожных приемных покоех, а для оказания медицинской помощи и изоляции отправлять пациентов в городские и земские больницы. Медикаменты и перевязочные средства, белье и теплую одежду ожидали получить в рамках поставок АКК⁵⁴⁴.

2) Три подвижных санитарно-эпидемических пункта для обслуживания районов Омск–Тайга, Тайга–Красноярск, Нижнеудинск–Иркутск. Предполагался и четвертый санитарный пункт для участка Красноярск–Нижнеудинск, но, в связи с наличием в районе пунктов АКК – МВД не сочло нужным создавать дополнительный⁵⁴⁵. Личный состав каждого учреждения состоял из одного врача, двух фельдшеров, трех сестер милосердия, шести санитаров и обслуживающего персонала в необходимом количестве.

По прибытии на место формирования санитарно-эпидемического пункта в обязанности врача-заведующего входило: а) поспособствовать скорейшему приспособлению предоставленных для пункта вагонов, обеспечением производства дезинфекции во время их работы паром из паровоза; б) войти в состав местной объединенной санитарно-

⁵⁴³ ГА РФ Ф. Р1702. Оп. 2. Д. 8. Л. 5.

⁵⁴⁴ Там же. Л. 7.

⁵⁴⁵ Там же.

исполнительной комиссии и работать с ней в полном контакте; если в районе расположения подобного органа не существовало – заведующий пунктом принимал меры к его формированию; в) привлечение к сотрудничеству по выполнению задач пункта местного населения путем организации соответствующего комитета (городского, дамского и пр.), который должен был работать по общим указаниям санитарно-исполнительной комиссии⁵⁴⁶.

Все указанные меры были призваны облегчить положение, но из-за отступления войск и срочной эвакуации реализовать все пункты не удалось. К недостаткам проекта можно отнести сравнительно небольшой коечный фонд для заразных больных в условиях крупной эпидемии; вероятно, составители отталкивались от тех возможностей, которые были у них на тот момент. Главной проблемой являлось крушение очагов Белого движения и медико-санитарной службы в частности. Для реализации мер требовалось иметь большой штат медицинских работников на железных дорогах. Трудовая повинность при дефиците кадров осенью 1919 г., не могла обеспечить бесперебойную работу системы, а прикомандирование врачей в разгар эпидемии повлекло бы ослабление других медицинских учреждений. Ожидание оказания материальной помощи со стороны АКК делало бы вышеуказанные проекты еще более уязвимыми, учитывая постепенное свертывание зарубежных поставок. Следует также отметить, что создание трех подвижных санитарно-эпидемических пунктов для трех маршрутов было недостаточной мерой, особенно это касалось участка дороги Омск–Тайга, протяженность которого составляла 1000 км, в условиях большого потока беженцев требовало формирования новых учреждений. Проект являлся лишь частью системы и не мог эффективно работать в условиях отсутствия реализации других разработок. События зимы 1919–1920 гг. продемонстрировали важность изоляционно-пропускных пунктов с изоляторами, банями и прачечными, расположенными вдоль

⁵⁴⁶ ГА РФ Ф. Р1702. Оп. 2. Д. 8. Л. 7.

транспортных артерий, в деле предотвращения распространения тифа и других инфекционных заболеваний⁵⁴⁷.

Для борьбы с эпидемиями необходимо было наладить организацию канализации, очистки улиц, вокзалов, барачных и прочих мест скопления людей. Положение осложнялось тем, что при обращении городских властей в МВД с просьбой о расширении ассенизационного обзора из так называемого противоэпидемического кредита, комиссия направляла ходатайства в Особое совещание по финансированию, в котором их отклоняли по причине нехватки денежных и иных средств, вследствие чего вопрос об улучшении очистной системы не решался⁵⁴⁸. Представители МВД предпринимали попытки перенести ответственность за уборку улиц от нечистот на местные власти, однако по той же причине они не справлялись с указанной проблемой.

После потери Омска и станции Куломзино в ноябре 1919 г., являвшейся центром оказания медицинской помощи, эпидемиологическая обстановка ухудшилась. Медико-санитарная служба лишилась ряда учреждений, складов с медикаментами, войска и беженцы шли на восток без надлежащей медицинской помощи. По данным В.П. Зиновьева и С.Г. Суляка, в указанный период сыпным тифом болело порядка 150 тыс. солдат и офицеров, в подобных условиях успешно проводить лечение было крайне проблематично⁵⁴⁹. В занятом Красной армией Омске было обнаружено около 15 тыс. больных на квартирах, так как мест в больницах и лазаретах не хватало. В городе отмечался коллапс медико-санитарной службы, очистка улиц и захоронение трупов практически не производились, советской власти потребовалось время и серьезные усилия на ликвидацию последствий. 5-я армия РККА, войдя в Омск, оказалась охвачена эпидемией и это привело к

⁵⁴⁷ Шаламов В.А. История развития здравоохранения в Восточной Сибири в конце XIX – первой трети XX веков : диссертация ... доктора исторических наук : 5.6.1. / Шаламов Владимир Александрович; [Место защиты: ФГБОУ ВО «Иркутский государственный университет»]; Диссовет 24.2.306.02 (Д 212.074.05)]. Иркутск, 2022. С. 26.

⁵⁴⁸ ГА РФ Ф. Р1702. Оп. 2. Д. 8. Л. 8.

⁵⁴⁹ Зиновьев В.П., Суляк С.Г. Указ. соч. С. 245.

более серьезным потерям, чем от действий противника⁵⁵⁰. Вдоль железнодорожных путей в период отступления белых появлялись штабеля трупов, ряд поездов использовались как санитарные летучки, однако смертность продолжала быть высокой⁵⁵¹. Неспособность вовремя проводить захоронения стала одной из причин нового витка эпидемии тифа, возникала угроза появления чумы⁵⁵².

В ноябре 1919 г. в Новониколаевске произошел резкий скачок заболеваемости сыпным тифом, что связано с эвакуацией войск, населения, арестантов и военнопленных из Омска. Только в городе официально зарегистрировано 1973 случая заболевания, что в 8 раз превышало показатели ноября 1918 г.⁵⁵³ При этом количество заболевших могло быть выше, так как полноценный учет не производился. Учитывая, что Новониколаевск не являлся конечным пунктом для отступающей Белой армии, в городе в декабре 1919 г. наблюдался спад заболеваемости из-за дальнейшего отхода войск на восток. Во время Великого Сибирского Ледяного похода войска генерала В.О. Каппеля входили в населенные пункты Забайкалья, оставляя больных в деревнях и селах. Учитывая острый дефицит медицинских работников, ситуация становилась катастрофической.

В указанный период наблюдалось практически полное прекращение оказания помощи со стороны АКК и других иностранных краснокрестных организаций. Заккрытие лазаретов и сокращение поставок медикаментов привели к острому дефициту на фронте и в тылу. К февралю 1920 г. вопросами борьбы с эпидемией тифа и других эпидемических болезней занималась советская система здравоохранения, взаимодействуя с предложившими помощь лазаретами РОКК.

⁵⁵⁰ Кучкин А.П. В боях и походах от Волги до Енисея (Записки военного комиссара). [Электронный ресурс] URL: https://militera.lib.ru/memo/russian/kuchkin_ap/05.html (дата обращения: 10.11.2024).

⁵⁵¹ Жигалин Я.П. Партизанские отряды занимали города. — 2-е изд. [Электронный ресурс] URL: <https://litmir.club/br/?b=649171&p=26> (дата обращения: 13.11.2024).

⁵⁵² Исупов В. А. Население Сибири в условиях Гражданской войны (1918–1920) // Революционная Сибирь: истоки, процессы, наследие: сб. ст. Всерос. науч. конф. (Сургут, 24–25 ноября 2017 г.). Сургут: Печатный мир г. Сургут, 2017. С. 195.

⁵⁵³ Вишневецкий С.О. Тифозная эпидемия в Новониколаевске летом 1918 – осенью 1919 г. Вестник Томского государственного университета. История. 2022. № 75. С. 26.

Первая мировая война, революционные события 1917 г., перебои в финансировании, проведение крупномасштабных боевых действий в условиях голода и общей истощенности людей, усугубили обстановку. Опасная ситуация была в сельской местности до 1914 г., где всего около 30% населения имело доступ к получению медицинской помощи⁵⁵⁴, в годы Гражданской войны данный показатель стал еще ниже. Таким образом, система здравоохранения Белого движения в Сибири изначально оказалась в тяжелом положении. Отсутствие развитой медицинской инфраструктуры, системы подготовки кадров вместе с антисанитарией и невысоким уровнем гигиенической грамотности населения делали регион уязвимым для эпидемических болезней. Отдельно стоит отметить, что если в ряде регионов, подконтрольных советской власти имелись земства с большим опытом работы, то в Сибири подобные организации возникли только в 1917 г. Таким образом, у медико-санитарной службы Белого движения в Сибири не было надежной поддержки, многое требовалось формировать с самого начала.

С 1918 г. медико-санитарная служба Белого движения столкнулась с эпидемией сыпного тифа, которая из-за низкого уровня системы дезинфекции и скоплений беженцев быстро распространялась в Сибири по железным дорогам и речным путям. В борьбу с ней включились Военно-санитарное управление, МВД, ВГУ РОКК, ВЗС, АКК, ИМКА и др. Большое количество организаций необходимо было централизовать, однако долгое время этого не происходило, что вело к несогласованности действий и межведомственным конфликтам. В обстановке острого дефицита врачей и увеличения интенсивности боевых действий это приводило к ухудшению эпидемиологической ситуации.

Весной 1919 г. мобилизация медицинских работников в армию привела к тому, что в ряде населенных пунктов не осталось даже фельдшеров. Тем не менее, ситуация в городах стала постепенно улучшаться благодаря созданию

⁵⁵⁴ Шаламов В.А. Некоторые причины возникновения и пути распространения эпидемии сыпного тифа в Сибири в годы Гражданской войны (1918–1920) // Исторический курьер. 2024. № 3 (35) С. 185.

ряда бань, прачечных и дезинфекционных пунктов, досрочному выпуску студентов медицинских факультетов и реквизиции белья для армии. Проводились меры по повышению статуса медицинских работников, вводилось страхование на случай смерти от сыпного тифа при исполнении служебного долга. Однако так и не была решена проблема создания налаженной системы дезинфекции железнодорожного транспорта, отступающие войска и беженцы оставались одним из главных источников распространения тифа.

Недостаточное внимание уделялось очистке улиц и ассенизационным обоям, что приводило к росту заболеваемости брюшным тифом и др. болезням; захоронения умерших не проводились вовремя. Подобные ситуации наглядно демонстрируют, что не только дефицит медицинских работников и медикаментов являлись серьезной проблемой в преодолении эпидемии, но значение имела и недостаточно развитая степень организации профилактических мер и поддержания порядка. С подобными ситуациями сталкивалось как Белое движение, так и Советская Россия, однако большевики постепенно наладили благоустройство населенных пунктов и железнодорожных вокзалов.

В Томске и Чите с конца 1919 г. начался выпуск тетравакцин, но производственных мощностей лабораторий двух городов было недостаточно, чтобы обеспечить население Сибири надежной защитой от эпидемий. Несмотря на определенные успехи, это был слишком малый срок для создания фармацевтической базы, учитывая крайне ограниченные ресурсы и проходившие боевые действия.

Учитывая, что распространение эпидемии напрямую зависело от потока беженцев, Совет министров принял решение о разработке проектов массовой организации банно-прачечных отрядов и созданию новых санитарных поездов для обеспечения эпидемической безопасности на всей протяженности железных дорог. Однако завершить их разработку удалось к концу октября 1919 г., в период отступления и срочной эвакуации ряда

учреждений. Данные проекты можно было реализовать при помощи больших ассигнований и координации действий ряда министерств.

При рассмотрении географии распространения эпидемии можно сделать вывод, что она шла с запада на восток, вместе с ранеными, больными воинами и беженцами. Это происходило, в том числе, из-за недостаточного количества изоляционно-пропускных пунктов. Таким образом, больные сыпным тифом попадали в крупные населенные пункты, что приводило к увеличению заражаемости. Ситуация отступления на Юге России и в Сибири в конце 1919 – начале 1920 г. оказалась схожей: эвакуация медицинских учреждений, сопровождавшаяся высокой смертностью из-за перебоев на железных дорогах и практически полным отсутствием лечения; дефицит санитарно-питательных пунктов, плохо организованная система захоронения, острый недостаток медикаментов⁵⁵⁵. Из 8 млн чел. в Сибири переболело тифом около 1,5 млн чел., смертность в декабре 1919 г. составила порядка 20%.

Значительное место в борьбе с эпидемиями занимает санитарно-просветительская деятельность. Здесь также наблюдаются различные подходы у противоборствующих сторон. В Белом движении основная роль возлагалась на гарнизонных, школьных и городских врачей, объяснявших армейским частям и населению меры профилактики от эпидемических болезней, проводились беседы, печатались плакаты и брошюры. До сегодняшнего дня дошло мало информации об их тиражах, однако в некоторых регионах сохранилась данная информация. Учитывая дефицит врачей и большой поток пациентов, не всегда можно было эффективно заниматься просветительской деятельностью.

Таким образом, это не являлось одним из ключевых направлений политики Белого движения. В Советской России же хорошо осознавали степень важности просвещения всего населения страны, поэтому только в

⁵⁵⁵ Цветков В.Ж. "...Паровозы замерзнут, надвигается голод, появился сыпняк...": железные дороги Великого Сибирского похода: 1919–1920 гг. // История и архивы. 2021. № 1. С. 131.

РККА в 1919–1920 гг. было издано около 10 млн экземпляров листовок, плакатов, журналов, санитарных газет, лозунгов; организована работа 34 санитарных музеев и выставок, в том числе 14 вагонов-выставок, которые посетили сотни тысяч красноармейцев⁵⁵⁶. Для помощи военным врачам при Главном военно-санитарном управлении РККА открывались трехмесячные курсы подготовки санитарных агитаторов из среды рабочих, крестьян и красноармейцев с переменным составом в 50 чел. С февраля 1920 г. Главное военно-санитарное управление РККА ввело в практику еженедельных «санитарных митингов», налаживалось взаимодействие между медико-санитарной частью фронтов и культурно-просветительскими отделениями политотделов и местных политпросветов. Советские плакаты позволяли максимально простым и доходчивым языком донести до населения основы санитарно-гигиенического просвещения. Таким образом, имея схожую проблему дефицита медикаментов, в Советской России удавалось проводить более эффективные просветительные мероприятия, постепенно стабилизируя эпидемиологическую обстановку.

В историографии существуют различные точки зрения на причины возникновения столь серьезных вспышек сыпного тифа в Сибири. По мнению В.С. Познанского, главным источником эпидемии являлись антисанитарные условия в сибирских тюрьмах⁵⁵⁷. В.М. Рынков высказывал аналогичную точку зрения, добавив, что проблемы тесного проживания беженцев и местного населения негативно влияли на санитарно-гигиенические условия⁵⁵⁸.

В.А. Шаламов придерживается точки зрения о переносе тифа из европейской части страны, что вкупе с развалом медико-санитарной службы и неспособностью администрации А.В. Колчака организовать поток

⁵⁵⁶ Гладких П.Ф., Саидов Н.С. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 4: Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917–1938. СПб, 2009. С. 95.

⁵⁵⁷ Познанский В.С. Социальные катаклизмы в Сибири: голод и эпидемии в 20 – 30-е годы XX в. Новосибирск. 2007. С. 12 – 19.

⁵⁵⁸ Рынков В.М. Социальная политика антибольшевистских режимов на востоке России (вторая половина 1918 – 1919 г.) Новосибирск. 2008. С. 344.

беженцев ухудшило положение⁵⁵⁹. К этому стоит добавить отсутствие более тесной координации гражданского и военного здравоохранения, что послужило катастрофой для тыла поздней осенью 1919 г. Проблемы с антисанитарией в тюрьмах в конце 1918 – начале 1919 г. вряд ли могли стать главной причиной вспышки эпидемии (за исключением небольших населенных пунктов). Летом 1919 г. эвакуация заключенных в восточные районы усугубила эпидемиологическую обстановку на железных дорогах.

Одним из дискуссионных вопросов является определение методов борьбы с эпидемиями среди противоборствующих сторон. Н.А. Миронова, анализируя действия Белого движения и Советской власти в деле борьбе с эпидемиями, сделала вывод, что сыпной тиф ослаблял обе армии, но РККА «подпитывалась напряжением всех резервов, доводя народ до людоедства»⁵⁶⁰.

Руководство Белого движения, по мнению Н.А. Новиковой, пыталось обеспечить жильем даже беженцев и не стало проводить радикальных мер, чтобы спасти армию путем ухудшения уровня жизни мирного населения. Однако стоит учитывать, что попытки обеспечения жильем и надлежащей медицинской помощью со стороны Белого движения не увенчались успехом и в ряде случаев остались лишь в проектах. Сложно согласиться с Н.А. Новиковой и в отношении действий большевиков в деле преследования врачей и неумении организовать систему здравоохранения: Белое движение, проводя массовые реквизиции и мобилизации медицинских работников, обрекало местное население на гибель. Входя в оставленные белыми населенные пункты, представители советской системы здравоохранения проводили полную реорганизацию медицинских учреждений и подходов к лечению больных. Таким образом, медико-санитарная служба Белого

⁵⁵⁹ Шаламов В.А. Некоторые причины возникновения и пути распространения эпидемии сыпного тифа в Сибири в годы Гражданской войны (1918–1920) // Исторический курьер. 2024. № 3 (35) С. 190.

⁵⁶⁰ Миронова Н.А. Великая эпидемия: сыпной тиф в России в первые годы советской власти. [Электронный ресурс] URL: <https://www.rulit.me/books/velikaya-epidemiya-sypnoj-tif-v-rossii-v-pervye-gody-sovetskoj-vlasti-read-684197-101.html> (дата обращения: 25.10.2024).

движения в деле борьбы с эпидемиями оказалась менее подготовленной по сравнению с советской.

В медико-санитарных службах Белого движения допускались схожие ошибки. Отдельно стоит отметить неспособность найти общий подход к решению проблемы в правительствах, многочисленные разногласия редко приводили к рациональным действиям, о чем свидетельствуют различные проекты и воспоминания очевидцев о реальном положении дел. Наиболее успешно в борьбе с эпидемиями проявила себя медико-санитарная служба на Севере России. Несмотря на то, что в рядах Белого движения состояло большое количество выдающихся ученых и врачей, отсутствие единого аппарата управления и жесткой дисциплины привело к расстройству всей системы. Несмотря на зарубежную помощь, неспособность создать свою фармацевтическую промышленность привела сначала к дефициту, а затем и острому кризису в конце 1919 – начале 1920 г. Данная проблема обуславливалась отсутствием развитой инфраструктуры в регионах, занятых Белым движением, недостатком ресурсов и межведомственной борьбой.

Эпидемии поставили под сомнение стабильность антибольшевистских правительств. Наиболее тяжелая ситуация оказалась на Северо-Западе, где собрались воедино плохое снабжение, отсутствие собственной фармацевтической базы, ошибки в организации эпидемических лазаретов и отсутствие опытного руководства медико-санитарной службой в самый ответственный момент.

На Юге России, несмотря на многочисленные приказы, ужесточавшие контроль над проведением противоэпидемических мер, вокзалы, железнодорожные составы, бараки становились очагами распространения заразных болезней. Отчасти это было связано с дефицитом целого ряда медицинских препаратов и дезинфицирующих средств, однако немалую роль играла неспособность наладить своевременную уборку улиц, помещений, очистку выгребных ям и т.д.

В марте – мае 1920 г. медико-санитарная служба ВСЮР успешно боролась с эпидемией холеры путем проведения массовой вакцинации и строгого соблюдения противоэпидемических мер. Однако в борьбе с брюшным тифом летом – осенью 1920 г. массовая вакцинация не проводилась по причине отсутствия достаточного количества вакцин и недостаточной степени организации введения прививок в кадровых частях.

В Советской России аналогично наблюдался дефицит медицинских работников, препаратов и вакцин; в тяжелом состоянии находились железнодорожные вокзалы и поезда, но внимание очистке улиц и поддержанию хорошего санитарного состояния жилых зданий уделялось значительно больше⁵⁶¹.

Медицина тесно взаимодействует с социальными аспектами. Так, декрет «О санитарной охране жилищ» был принят 18 июня 1919 г. и его действие распространялось на всю территории РСФСР. Его суть заключалась в формировании санитарно-жилищной инспекции и возложения обязанности каждого жильца соблюдать чистоту и порядок в жилых помещениях⁵⁶². На Юге России аналогичный закон появился в виде проекта только в конце сентября и не был реализован, что еще раз говорит о половинчатости принимаемых мер и неспособности вовремя принять жизненно важные для государства решения, на Северо-Западе и в Сибири подобных законов не обнаружено. В РСФСР борьба с сыпным тифом носила тяжелый характер, был допущен ряд просчетов (в том числе уплотнения жильцов), но постепенно эпидемиологическая обстановка стабилизировалась.

Таким образом, Народный комиссариат здравоохранения благодаря подобным декретам, широкой просветительской работе и вакцинации сумел постепенно повернуть ход борьбы с эпидемиями и ограничить очаги их распространения. Закупки медикаментов и реквизиции имущества имели не

⁵⁶¹ Сысин А.Н. Н.А. Семашко и организация санитарно-противоэпидемического дела в СССР // Гигиена и санитария. 1949. № 10. С. 13.

⁵⁶² Декрет СНК «О санитарной охране жилищ». Статья № 299. [Электронный ресурс], URL: <https://istmat.org/node/38092> (дата обращения: 28.01.2024).

столь высокий эффект в деле борьбы с эпидемиями без массовой санитарно-просветительской работы, привлечения населения к поддержанию чистоты в зданиях и на улицах, централизации медицинских учреждений, мобилизации медицинских работников. В отличие от Белого движения, в Советской России при формировании новой системы здравоохранения пошли иным, новым путем развития, опираясь на государственный характер медицинских учреждений, участие широких масс, профилактическую направленность и т.д. Система здравоохранения Российской империи едва справлялась со вспышками эпидемий, ей требовалась полномасштабная перестройка, однако медико-санитарные службы Белого движения, переняв прежнюю модель, не стали подвергать ее значительным изменениям, что стало одной из причин их неудач в организации противоэпидемических мероприятий.

Борьба с эпидемическими заболеваниями представляет собой важную часть всемирной истории медицины. Эпидемии, возникшие в России в годы Гражданской войны, были не изолированным явлением, а частью глобальной истории борьбы с инфекциями. Они подчеркивают, что для защиты здоровья общества необходимо оперативное реагирование властей на возникающие угрозы, развитие эффективной системы здравоохранения и широкое распространение знаний о профилактике заболеваний среди населения. Параллельно схожую проблему решали в ряде стран мира. Учитывая, что именно в указанный период в ряде государств возникли министерства здравоохранения и централизованная система управления, то путь, выбранный Советской Россией, оказался верным. Разрозненность и хаос в организации оказания медицинской помощи в Белом движении привел к ухудшению его положения.

Заключение

Гражданская война в России оказалась тяжелым испытанием для всей страны и медико-санитарных служб противоборствующих сторон. В указанный период противостояние проходило не только в идеологическом, военном, классовом направлении, но и в медицинском деле. Медицина Белого движения практически полностью опиралась на опыт Российской империи, в то время как в Советской России с 1918 г. началось формирование принципиально новой модели системы здравоохранения.

Ведущую роль в организации и постановке медицинской службы играют кадры, их численность и уровень подготовки. На начальном этапе, в конце 1917 – первой половине 1918 г. ряд врачей и студентов медицинских факультетов по идеологическим соображениям уходили на территории, подконтрольные Белому движению, что способствовало укомплектованию гражданских и военных лечебных учреждений. Крупные вузы, расположенные на Юге, Урале и в Сибири позволили организовать ускоренные выпуски зауряд-врачей. Большое влияние на развитие системы подготовки среднего и младшего медицинского персонала оказали общественные организации, в первую очередь РОКК и ВЗС, обладавшие колоссальным опытом в этом деле, что позволило в 1918 – первой половине 1919 г. иметь более эффективную систему оказания медицинской помощи. Однако рост численности армий, проведение серии мобилизаций медицинских работников и студентов вузов привело к ухудшению обстановки в тылу, при этом в военных лазаретах отмечался дефицит врачей, фельдшеров и сестер милосердия, из чего следует вывод о невозможности решить данную проблему половинчатыми мерами. Неразбериха в организации системы здравоохранения приводила к подобным проблемам, что подталкивало медицинских работников на переход к советской власти.

Со второй половины 1919 г. благодаря массовой подготовке санитаров и фельдшеров, Народному комиссариату здравоохранения удалось наладить лечение больных и раненых даже в условиях нехватки врачебного состава. Белое движение же не смогло достичь подобных показателей. Отдельно стоит отметить социальный аспект. Советская власть помимо мобилизации привлекала медиков к службе получением пайка и льгот. Белые правительства, будучи менее организованными и испытывая финансовые трудности из-за зависимости от иностранной помощи, в целом не могли предложить аналогичных условий.

Чтобы обеспечить армию и население лекарствами, бинтами, инструментами и вакцинами, белогвардейским правительствам необходимо было наладить производство фармацевтической продукции. Эту задачу они поручили РОКК и ВЗС, которые пытались возобновить работу старых заводов и строить новые. Опыт, накопленный этими организациями в годы Первой мировой войны, делал такое решение логичным. Однако отсутствие централизованного управления приводило к конфликтам и задержкам в работе. Наибольших успехов в создании новых предприятий достигли Доно-Кубанский комитет ВЗС и РОКК на Юге России. Благодаря их усилиям удалось частично обеспечить медикаментами госпитали на фронте и в тылу. Но неспособность организовать учет и рациональное распределение имущества, медикаменты, инструменты и белье в ряде случаев либо оставались на складах, либо расхищались тыловыми службами. Таким образом, реализация продуктивных мер не могла привести к желаемому результату без систематизированного контроля.

Сложнее ситуация с созданием собственных фармацевтических предприятий обстоит в Сибири и других очагах Белого движения, особенно в Северо-Западной армии. Как говорилось ранее, проблема заключалась в том, что заводы и основная часть складов с медикаментами располагались в Центральной России. На подконтрольной белыми территории отсутствовали такие крупные предприятия, как завод военно-врачебных заготовлений.

Выходом из данного положения было укрупнение лабораторий, но такой шаг, все равно не позволял стабилизировать ситуацию с выпуском медикаментов.

Благодаря сотрудничеству с иностранными государствами и общественными организациями, медицинский состав Белого движения получал лекарственные средства, инструменты, белье. В Россию прибывали врачи и медсестры-добровольцы из других стран, организовывались дополнительные госпитали и лазареты. Однако после первых крупных поражений белых армий, объем оказываемой поддержки стал сокращаться, что особенно стало заметно с осени 1919 г. Все это ускорило развитие катастрофы медико-санитарных служб.

Несмотря на попытки, санитарным службам Белого движения в целом не удалось провести централизацию управления, что осложняло ход работы. Санитарные управления не всегда возглавляли компетентные люди, а в случае с Сибирью летом – осенью 1919 г. и Северо-Западной армией в декабре 1919 – январе 1920 г., руководители даже не имели медицинского образования и опыта организации системы медицинской службы. Проблема заключалась и в многочисленных дискуссиях на правительственных совещаниях, которые редко приводили к принятию своевременного и правильного решения в тех условиях. В свою очередь исполнение мер осложнялось несоблюдением целого ряда требований, что влекло к халатности на местах и дополнительным жертвам среди раненых и больных. Подобная ситуация была особенно характерна в тыловых районах. Причиной этому являлись неудачная кадровая политика (назначение на руководящие должности в медицинских учреждениях строевых офицеров, не имевших ясного представления о функционировании медико-санитарной службы, было унаследовано от Русской императорской армии) и недостаточно строгое законодательство. Это особенно проявлялось при проведении противоэпидемических мероприятий, из-за чего казармы, бараки, транспорт, железнодорожные и речные вокзалы становились очагами эпидемий.

Большой проблемой стали потоки беженцев, для которых необходимо было создавать бани, прачечные, обеспечивать их чистым бельем и организовывать оказание медицинской помощи. В условиях острого дефицита реализовать указанные пункты оказалось практически невозможно.

В диссертационной работе рассмотрена организация оказания хирургической помощи, занимавшая одно из ключевых мест в условиях Гражданской войны. Медико-санитарная служба Белого движения на Юге России сумела организовать к маю–июню 1919 г. крупную госпитальную сеть в Области Всевеликого войска Донского, Кубани и Минеральных Вод, предприняла попытку организации поэтапной эвакуации раненых в Ростов-на-Дону, Таганрог, Екатеринодар и другие города, происходило развитие челюстно-лицевой хирургии в Новочеркасске. Подобная ситуация наблюдалась и в Сибири, где общественные организации сумели наладить поэтапную эвакуацию раненых и больных в тыловые районы, создали крупную госпитальную сеть в Омске, Куломзино и Иркутске. Большая роль отводилась санитарным поездом для организации эвакуации раненых из прифронтовых территорий. Санитарные поезда, как правило, формировались при помощи общественных организаций. Был реквизирован ряд грузовиков, легковых автомобилей и повозок для перевозки раненых в тыловых районах.

Санитарным службам Белого движения в 1918–1920 гг. удалось развернуть госпитали и лазареты свыше, чем на 100 тыс. коек. Наркомат здравоохранения и ГВСУ РККА к 1920 г. организовали коечный фонд на 397 416 мест⁵⁶³. Однако необходимо учитывать численность личного состава армий противоборствующих сторон. Так, по состоянию на лето 1919 г. общее число белогвардейских войск составляло порядка 1 млн чел., в то время как в РККА к 1920 г. служило порядка 5 млн чел. Только на Юге России в 1918–1919 гг. прошли курс лечения порядка 200 тыс. чел.

⁵⁶³ Гладких П.Ф., Саидов Н.С. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 4: Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917–1938. СПб, 2009. С. 80.

Тяжелым испытанием для медико-санитарных служб того периода стали эпидемии. Как правило, тиф переносился с фронта больными воинами и беженцами. В целях борьбы с эпидемическими заболеваниями предпринимался комплекс мер, включавший в себя кредитование медицинских учреждений, расширение коечного фонда, создание банно-прачечных отрядов, дезинфекционных камер и т.д.

В правительствах Белого движения неоднократно поднимался вопрос о попытке массовой вакцинации армейских частей и мирного населения, однако успехов удалось достичь только в борьбе с холерой. Проводилась и просветительская работа, создавались плакаты, брошюры и вагоны-музеи, благодаря чему войска и мирное население узнавало о необходимости соблюдения гигиены и способах защиты от заразных болезней. В Советской России к санитарно-просветительской работе подошли системно, что вкупе с массовой вакцинацией позволило вести более эффективную борьбу с эпидемиями. Уровень смертности от сыпного тифа на Юге России в феврале–марте 1919 г. не превышал 6–7%, что было ниже, чем в регионах, занятых большевиками. Этот показатель был достигнут благодаря самоотверженности медицинских работников и помощи местных жителей, разворачиванию большого количества временных острозаразных лазаретов, реквизиций одежды, белья, посуды и т.д. Однако, согласно проанализированным архивным документам, при отступлении войск происходил резкий рост заболеваемости, что позволяет автору диссертационной работы сделать вывод о недостаточно развитой системе изоляционно-пропускных пунктов и банно-прачечного дела на территориях, подконтрольных Белому движению. В деле организации борьбы с холерой медико-санитарные службы достигли значительных успехов и локализовали вспышки эпидемий, однако в случае с тифом этого не удалось осуществить.

Санитарные управления Белого движения осознавали степень важности организации санаторно-курортного лечения в условиях реабилитации после полученных ранений и восстановления после сыпного и брюшного тифа. В

качестве подтверждения в диссертационной работе было проанализировано развитие курортов Кавказа и Черноморского побережья. Казачья медико-санитарная служба при посредничестве Большого Войскового круга использовала санатории в Терской области и на Дону. В Сибири санаторная деятельность концентрировалась на курортах в Дарасуне, Шиванде и Ямаровке, имелся санаторий в Харбине. В Архангельской губернии создавались специальные поселения, в которых размещенные больные получали помощь со стороны медицинского персонала и специальный паек, обогащенный витаминами. В 1919 г. на территориях, подконтрольных Белому движению, действовало не менее 10 санаториев, что было в два раза больше, чем в Советской России в тот же период. Развивать успех в деле организации новых учреждений на Черноморском побережье мешала тяжелая эпидемиологическая обстановка в данном районе. Из-за заболоченности местности требовалось проведение нефтевания, создание противомаларийных станций, посадка эвкалиптовых деревьев и прочие меры. Реализация указанных проектов была бы невозможна без значительных финансовых вложений и времени, в противном случае санатории могли превратиться в эпидемические лазареты. Однако подобные меры были проведены уже советской властью после победы в Гражданской войне.

В указанный период медицинские работники Белого движения проводили научную работу. На созываемых конференциях обсуждались вопросы организации эффективной борьбы с эпидемиями, проведения эвакуации раненых и их дальнейшего лечения. Благодаря деятельности В.А. Барыкина на Юге России была разработана новая методика диагностики сыпного тифа, проводились эксперименты с созданием новых медицинских препаратов, издавались специальные брошюры. Велось исследование в кардиологии и создании новых антисептических средств, разрабатывались новые методики оказания первичной медико-санитарной помощи. Научную деятельность вели выдающиеся хирурги П.И. Бухман, Н.И. Напалков,

Н.А. Богораз, В.П. Вознесенский, профессор-ортопед Н.В. Парийский, физиолог Н.А. Рожанский, Ф.А. Соловьев, К.З. Яцута. В Забайкалье доктора И.И. Алексеев и А.Л. Василевский организовывали научные конференции, посвященные борьбе с эпидемиями. Однако эту деятельность нельзя назвать систематической ввиду короткого срока существования и крайне ограниченных ресурсах.

Состояние медицинской службы Белого движения имело большое значение для исхода Гражданской войны. Медико-санитарная служба Северо-Западной армии в ноябре 1919 г. не справлялась с распространением эпидемии сыпного тифа и потоком больных. Перераспределение медицинского персонала приводило к большой нагрузке на хирургические лазареты, из-за чего смертность увеличилась. Впоследствии слабость медико-санитарной службы Северо-Западной армии сыграла большую роль в ее самоликвидации.

В мае – июле 1919 г. госпитальная сеть на Юге России в целом обеспечивала достаточное медицинское обслуживание, позволяя быстро возвращать солдат в строй и поддерживать наступление на Москву. Однако с октября ухудшение ситуации в здравоохранении привело к неполноценному лечению раненых, что стало дополнительным бременем для отступающих частей. В Сибири, переполненные тифозными больными лазареты уже в феврале–марте нарушили систему эвакуации, что негативно сказалось на логистике Весеннего наступления армии А. В. Колчака.

Гражданская война в России продемонстрировала важность развития медико-санитарной службы в деле организации оказания медицинской помощи военным и мирному населению. Белое движение не смогло в сжатые сроки и в тяжелых условиях наладить эффективную систему, полагаясь, в большей степени на общественные организации. Недостаточная степень централизации управления, дисциплины и организации обучения привела к острому кризису и краху медико-санитарных служб на

большинстве территорий, подконтрольных антибольшевистским правительствам.

Список источников и литературы

Неопубликованные источники

1. ГА РФ. Ф. Р104 – Комиссия законодательных предложений Войскового круга Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 1. Д. 36.
2. ГА РФ. Ф. Р110 – Окружное совещание Хоперского округа при Войсковом круге Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 1. Д. 8.
3. ГА РФ. Ф. Р176 – Совет министров Российского правительства. Омск. Оп. 4. Д. 32, Оп. 5. Д. 5, 12, 25, 53, 56, 59, 91, 92, 96, 99, 107, 108в, 375, 1126.
4. ГА РФ. Ф. Р439 – Особое совещание при главнокомандующем вооруженными силами на Юге России. Екатеринодар. Оп. 1. Д. 86, 87, 88, 89.
5. ГА РФ. Ф. Р1257 – Временное Донское правительство Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 1. Д. 8.
6. ГА РФ. Ф. Р1258 – Большой войсковой круг Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 1. Д. 245, Оп. 2. Д. 52, 59, 60, 61. Оп. 3. Д. 81.
7. ГА РФ. Ф. Р1260 – Отдел внутренних дел правительства Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 4. Д. 2, 3, 7.
8. ГА РФ. Ф. Р1261 – Отдел иностранных дел правительства Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 1. Д. 22, 28.
9. ГА РФ. Ф. Р1266 – Отдел путей сообщений правительства Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 1. Д. 5.
10. ГА РФ. Ф. Р1268 – Отдел финансов правительства Всевеликого войска Донского. Оп. 1. Д. 6.
11. ГА РФ. Ф. Р1312 – Донское общество помощи фронту Всевеликого войска Донского. Новочеркасск. Оп. 1. Д. 6.
12. ГА РФ. Ф. Р1702 – Отдел народного здравия министерства внутренних дел Российского правительства. Омск. Оп. 1. Д. 6, 10, 26, 28, 49, 69. Оп. 2, Д. 1, 8.

13. ГА РФ. Ф. Р1845 – Временное Главное управление Российского общества Красного Креста. Оп. 1. Д. 1–5, 12, 21, 35, 37, 39.
14. ГА РФ. Ф. Р3695 – Постановления и журналы заседаний Временного правительства Северной области, протоколы заседаний медицинского совета, приказы управляющего отделом внутренних дел по вопросам проведения противоэпидемических мероприятий в Северной области. Оп. 1. Д. 234.
15. ГА РФ. Ф. Р4448 – Гражданская канцелярия главнокомандующего вооруженными силами на Северном фронте (Временное правительство Северной области). Архангельск. Оп. 1. Д. 30, 54.
16. ГА РФ. Ф. Р5809 – Временный главный комитет Всероссийского союза городов. Константинополь, Прага. Оп. 1. Д. 1.
17. ГА РФ. Ф. Р5881 – Коллекция отдельных документов и мемуаров эмигрантов. Оп. 1. Д. 117. Оп. 2. Д. 614, 731.
18. ГА РФ. Р6385 – Совет министров правительства Северо-Западной области России. Ревель. Оп. 1. Д. 21, 26, 36, 40.
19. ГА РФ. Ф. Р7002 – Представитель Особого отделения Генерального штаба Временного управления при Черноморском военном губернаторе и начальник новороссийского паспортного пропускного пункта отдела Генерального штаба (Русинов). Новороссийск. Оп. 1. Д. 7.
20. ГАРО. Ф. 577 – Таганрогская городская управа. Оп. 1. Д. 842.
21. ГАРО. Ф. 301 – Отчет о работе земско-медицинского отделения Военно-санитарного управления ВВД. Оп. 16. Д. 1522.
22. ГАРО. Ф. 858 – Из приказа А.П. Богаевского об обязательных прививках против холеры и брюшного тифа в Донской армии. Оп. 1. Д. 65.
23. ГАРО. Ф. 861 – Канцелярия председателя совета управляющих ВВД. Оп. 1. Д. 92.
24. РГВА. Ф. 40213 – Коллекция приказов Белой армии. Оп. 1. Д. 22а, 121а, 121б, 124б, 1710, 1720.

25. РГВА. Ф. 40243 – Управление Главноуполномоченного Российского общества Красного Креста Восточного фронта. Российское правительство. Станция Колумзино. Оп. 1. Д. 1.
26. РГВА. Ф. 40302 – Пятигорский военный госпиталь Управления полевого военного санитарного инспектора Добровольческой армии. Оп. 1. Д. 1.
27. РГВА. Ф. 40308 – Коллекция документов белогвардейских объединений, соединений, частей и учреждений. Оп. 1. Д. 52.
28. РГВА. Ф. 40176 – 7-й этапный лазарет Российского общества Красного креста. Оп. 1. Д. 1–3, 5, 7.
29. РГВА. Ф. 40173 – Полевой санитарный поезд № 153 Российского общества Красного креста. Российское правительство. Оп. 1. Д. 2.
30. РГВА. Ф. 39504 – Управление Омского военного округа. Оп. 1. Д. 103.

Опубликованные источники

1. Богаевский А.П. Ледяной поход. Воспоминания 1918 г. Нью-Йорк: Союз первопоходников, 1963. 175 с.
2. Будберг А.П. Дневник белогвардейца. [Электронный ресурс] URL: <https://militera.lib.ru/db/budberg/03.html> (дата обращения: 24.09.2024).
3. Вакар С.В. Наша генерация, рожденная в конце прошлого столетия. М. 2000. 197 с.
4. Великая разруха / Кн. Долгоруков П.Д. Мадрид, 1964. 459 с.
5. Ветлугин А. Записки мерзавца. "Литература русского зарубежья от А до Я". М., "Лаком", 2000. 462 с.
6. Грейвс У. Американская интервенция в Сибири. 1918–1920: воспоминания командующего экспедиционным корпусом. – М.: Центрполиграф, 2018. 287 с.
7. Гуль Р. Ледяной поход (С Корниловым). М.: МП "Либрис", 1991. 71 с.

8. Декрет СНК «О санитарной охране жилищ». Статья № 299. [Электронный ресурс], URL: <https://istmat.org/node/38092> (дата обращения: 28.01.2024)
9. Деникин А.И. Очерки русской смуты. Т. 2: Борьба генерала Корнилова: август 1917 – апрель 1918. М., Айрис-Пресс, 2017. 576 с.
10. Добровольцы: сборник воспоминаний / [сост., вступ. ст., примеч. Т. Есиной]. – М.: Русский путь, 2014. 365 с.
11. Донская армия в борьбе с большевиками. - М.: Центрполиграф, 2004. – 654 с.
12. Донская волна: еженедельник истории, литературы и сатиры: Выпуски за 1918 год. Ростов-на-Дону, 1918 г. № 13.
13. Донские ведомости: Ежедневная общественно-политическая и литературная газета, Новочеркасск, 1919. [Электронный ресурс] URL: <http://elib.shpl.ru/ru/nodes/68702-donskie-vedomosti-ezhedn-obschestvenno-politicheskaya-i-literaturnaya-gazeta-novocherkassk-1919> (дата обращения: 02.05.2023 г.)
14. Жигалин Я.П. Партизанские отряды занимали города. — 2-е изд. [Электронный ресурс] URL: <https://litmir.club/br/?b=649171&p=26> (дата обращения: 13.11.2024).
15. Журналы заседаний Войскового круга Всевеликого войска Донского созыва 1918 г. II-й сессии. 1919. 146 с.
16. Зауэр, фон. Наступление на Петроград. Белая борьба на Северо-Западе России /сост. С.В. Волков. – М. Центрполиграф, 2003.
17. Иляхинский В. «Сестры милосердия в походе» // Первый Кубанский «Ледяной поход». Под ред. С. В. Волкова. М.: Центрполиграф. 2001.
18. Кучкин А.П. В боях и походах от Волги до Енисея (Записки военного комиссара) [Электронный ресурс] URL: https://militera.lib.ru/memo/russian/kuchkin_ap/05.html (дата обращения: 10.11.2024).

19. Лукьяшко Е.П., Валуйскова О.В., Енина И.А., Кононыхина С.Д. и др. (сост.) Дон в годы революции и Гражданской войны. 1917–1920. Сборник документов. Т. 2: май 1918 – март 1920. Ростов н/Д: Альтаир, 2020. 624 с.
20. Любовин М.В. (1900 – 1995). Воспоминания донского казака / [подгот. и ред.-комментатор Е.Н. Егорова]. – М: Екатерининский мужской монастырь; Брюссель: Ассоц. Св. Троицы Московского Патриархата, 2014. 210 с.
21. Пилкин В.К. В Белой борьбе на Северо-Западе: Дневник 1918–1920. М.: Русский путь, 2005. 640 с.
22. Постановление Народного Комиссариата по Военным Дела и Народного Комиссариата Здравоохранения. О реорганизации эвакуационных учреждений. Статья № 741. [Электронный ресурс] URL: <https://istmat.org/node/31503> (дата обращения: 15.08.2024).
23. Приазовский край: ежедневная газета политическая, экономическая и литературная / ред. Ф. С. Каллига. Ростов-на-Дону, Область Войска Донского, 1919 г. №№ 1, 3, 15 17, 18, 44, 45, 49, 54, 65.
24. Русское прошлое. Книга 10. Ист.-док альманах / гл. ред. А.В. Терещук. СПб.: Филологический факультет СПбГУ, 2006. 368 с.
25. Собрание узаконений и распоряжений Верховного Управления и Временного Правительства Северной области, издаваемое Консультацией при управляющем Отделом Юстиции. № 1. Архангельск. 1919 г. [Электронный ресурс] URL: chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://www.booksite.ru/fulltext/123022/text.pdf (дата обращения: 20.10.2024).
26. Урусова В. Мои воспоминания о войне Великой и войне гражданской // Наше наследие. М.: № 38. 1996. С. 67.

Исследовательские работы

1. Абрамцева М. В., Неманова Е. О., Алехина Н. С., Немировская Т. И. Брюшнотифозные вакцины. История создания и современные вакцинные

- препараты // БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. 2021. № 2. С. 85–96.
2. Анненков А.В. Марковские части до и после новороссийской эвакуации (март 1920 года): численность, структура, материальное обеспечение // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2012. № 4 (24). [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/markovskie-chasti-do-i-posle-novorossiyskoy-evakuatsii-mart-1920-goda-chislennost-struktura-materialnoe-obespechenie> (дата обращения: 01.03.2025).
3. Бойков В. Краткий биографический словарь офицеров, чиновников и служащих белой Северо-Западной армии (1918–1920 гг.), Таллинн, 2009. 375 с.
4. Большакова О.В. Испанка (1918–1920) : Невыученные уроки // Труды по руссиеведению. 2021. № 8. С. 82–105.
5. Боранова Г. Н. Лагерь смерти. Азов в годы Гражданской войны. URL: http://donvrem.dspl.ru/Files/article/m6/0/art.aspx?art_id=422 (дата обращения: 29.10.2024).
6. Вишневский С.О. Здравоохранение города Новониколаевска летом 1918 – осенью 1919 годов // Научный диалог. 2021. С. 315–331.
7. Вишневский С.О. Тифозная эпидемия в Новониколаевске летом 1918 – осенью 1919 г. Вестник Томского государственного университета. История. 2022. № 75. С. 20–29.
8. Гагкуев Р.Г. Белый Крым: попытка военной реформы в 1920 г. // Известия Лаборатории древних технологий. 2014. № 1 (10). С. 85–99.
9. Гладких П.Ф. Военная медицина императорской России в Первой мировой войне в 1914–1917 годы / П.Ф. Гладких // Медикобиологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. – № 2. – С. 5–24.

10. Гладких П.Ф., Максимов И.Б. Очерки истории отечественной военной медицины в 2 кн. (1613–1991). Кн. 1. Медицинская служба Армии Императорской России (1613–1917). Спецлит. СПб. 2020. 806 с.
11. Гладких П.Ф., Саидов Н.С. Очерки истории отечественной военной медицины. Кн. 4: Медицинская служба Красной Армии накануне и во время Гражданской войны, военной иностранной интервенции и в межвоенный период. 1917–1938. СПб, 2009. 359 с.
12. Гладких П.Ф. Хирургическая помощь раненым в Первой мировой войне 1914–1918 гг. (к 100-летию начала войны) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 2. С. 95–99.
13. Голдин В.И. Интервенция и антибольшевистское движение на русском Севере, 1918–1920. М.: Изд-во МГУ, 1993. 200 с.
14. Горелова Л.Е. Санитарно-эпидемиологическое обеспечение Русской армии в Первой мировой войне 1914–1918 гг. / Л.Е. Горелова, А.Е. Локтев // Военно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 335. – № 2. – С. 74–78.
15. Горшенин А.В. Начальный этап научной деятельности микробиолога и эпидемиолога Владимира Александровича Барыкина: к 150-летию со дня рождения// Жизнь Земли. 2024. № 4.С. 541–552.
16. Гусева О.В. Формы и методы работы организаций Российского общества Красного Креста Томской губернии в период Первой мировой войны // Известия Лаборатории древних технологий. 2015. № 2 (15). С. 79–84
17. Дмитриенко Н.М. Американский Красный Крест в Томске // Сибирская старина краеведческий альманах / под ред. Н.М. Дмитриенко. Томск, 2010. С. 17–19.
18. Егорышева И.В., Чалова В.В. Организация и деятельность Главного управления государственного здравоохранения в России (сентябрь 1916 г. – февраль 1917 г.) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. № 6. С. 1107–1110.

19. Зиновьев В.П., Суляк С.Г. Тифозная эпидемия в Сибири в период Гражданской войны // Русин. 2023. Т. 73. С. 239–252.
20. Зобнина М.И. Испанка в начале XX в.: Масштабы, смертность, методы лечения / М. И. Зобнина, Г.Н. Шапошников, Ю.Б. Хаманова // Вестник Уральского государственного медицинского университета. – Екатеринбург: УГМУ, 2022. вып. 2. С. 34–47.
21. Зубарев П.А. Борьба с эпидемиями в армиях Белого движения в годы Гражданской войны в России // Власть истории – История власти. 2023. Т. 9. Ч. 1. № 43. С. 109–119.
22. Зубарев П.А. Борьба с эпидемиями в армии Белого движения и РККА в годы Гражданской войны в России // Вопросы национальных и федеративных отношений. 2023. Выпуск 2 (95). Т. 13. С. 504–511.
23. Зубарев П.А. Военно-санитарные поезда Белого движения на Юге России и в Сибири в 1918–1920 гг. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Гуманитарные науки. 2025. № 6. С. 38–40.
24. Зубарев П.А. Организация военной медицины Белого движения на юге России в январе 1918 – мае 1919 г. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Гуманитарные науки. 2023. № 2-2. С. 7–10.
25. Конев К.А. Образ беженцев в периодической печати Сибири периода Гражданской войны (на материалах Томской губернии 1918–1920 гг.) // Вестн. Том.гос. ун-та. 2023. № 497. С. 98–107.
26. Копытин И. Деятельность 5-го и 6-го русского госпиталя в борьбе с эпидемией тифа в Нарве в 1920 г. // Сборник Нарвского музея. 2021. № 22. С. 159–192.
27. Ипполитов С.С. Деятельность Российского общества Красного Креста на территории Украины, Кубани и Крыма в 1918–1920 годах // Новый исторический вестник. 2018. № 2 (56). С. 155–168.
28. Ипполитов С.С. Российская благотворительная деятельность на территории действий белых армий и в эмиграции, 1918–1924 гг. :дисс. ...

канд. истор. наук : 07.00.02. / Ипполитов Сергей Сергеевич. – М., 2000. – 195 с.

29. Ипполитов С.С. Российская гуманитарная деятельность в годы Гражданской войны и в эмиграции как средство сохранения национально-культурной идентичности в условиях гуманитарной катастрофы: 1917–1930-е гг. : дисс. ... док.истор. наук : 07.00.02. / Ипполитов Сергей Сергеевич. – М., 2020. – 448 с. :

30. Ипполитов С.С. Российское общество Красного Креста в Сибири и на Дальнем Востоке: организация и помощь армии и населению (1919–1920 гг.) // Новый исторический вестник. 2013. № 35.

31. Ипполитов С.С.: «Я видел мертвых...»: Российское общество Красного Креста и Американский Красный Крест в Сибири и на Дальнем Востоке в 1918–1920 гг. // Россия и современный мир. 2018 № 1 (98). С. 100–112.

32. Исупов В.А. Население Сибири в условиях Гражданской войны (1918–1920) // Революционная Сибирь: истоки, процессы, наследие: сб. ст. Всерос. науч. конф. (Сургут, 24–25 ноября 2017 г.). Сургут: Печатный мир г. Сургут, 2017. С. 191–202.

33. Мальцев Ю.П. Православное духовенство в эпидемию тифа 1919 – 1920 гг. в Эстонии // Мир Православия. 2006. № 7 (100) [Электронный ресурс] URL: <http://www.baltwillinfo.com/mp07-06/mp-11.htm>(дата обращения: 15.12.2022).

34. Маслов А.И. Высшему медицинскому образованию на Дону – 100 лет. /А.И. Маслов, Л.Г. Филонов, И.Л. Филонов // Успенские чтения. Вып. 8. Матер. науч-практич. конф. врачей России с международным участием, посвящ. 60-летию кафедры общей хирургии Тверского ГМУ. – Тверь, 2015. С. 142–143.

35. Маслов А.И., Филонов Л.Г., Филонов И.Л. Из истории Ростовского медицинского университета // Донской временник. Вып. 28-й. [Электронный ресурс] URL:http://www.donvrem.dspl.ru/Files/article/m13/0/art.aspx?art_id=1783 (дата обращения: 22.02.2025).

36. Миронова Н.А. Великая эпидемия: сыпной тиф в России в первые годы советской власти. [Электронный ресурс] URL: <https://www.rulit.me/books/velikaya-epidemiya-sypnoj-tif-v-rossii-v-pervye-gody-sovetskoj-vlasti-read-684197-101.html> (дата обращения: 25.10.2024).
37. Монахиня Даниила (Полякова). Лечебное дело в Пюхтице 1913–1940. // Духовно-нравственное воспитание человека: традиции и современность. Материалы международной научно-практической конференции (11 – 12 декабря 2018 г. Пюхтицкий Успенский монастырь). – Куремаэ, Эстония. С. 257–275.
38. Морозова О.М., Трошина Т.И., Морозова Е.Н., Морозов А.Н. Пандемия испанки 1918 года в России. Вопросы сто лет спустя // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2021. № 1. С. 113–124.
39. Морозова О.М., Трошина Т.И. Состояние военной медицины в годы Гражданской войны // Вестник РУДН. История России. 2022. № 1. С. 109 – 119.
40. Морозова О.М. Тифозная вошь в солдатской шинели: о влиянии естественно-природных факторов на ход и исход Гражданской войны в России. // Научно-культурологический журнал Релга. 2013. № 3424. [Электронный ресурс] URL: <https://clck.ru/3GvDet> (дата обращения: 05.04.2023 г.).
41. Мячина Е.В. Организация медико-санитарного обслуживания армии адмирала А. В. Колчака в 1918-1919 гг. / Е.В. Мячина // Известия Алтайского государственного университета. – 2010. – № 4-2. – С. 171–173.
42. Николаева И.И., Баннова Е.С. Этапы развития высшего медицинского образования в Сибири // Journal of Siberian Medical Sciences. 2007. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/etapy-razvitiya-vysshego-meditsinskogo-obrazovaniya-v-sibiri> (дата обращения: 25.03.2023).
43. Немова В.В. Организация благотворительной помощи на Дону солдатам в годы Первой мировой войны [Электронный ресурс] URL: <https://moluch.ru/conf/hist/archive/128/6131/> (дата обращения: 25.05.2023)

44. Новикова Л.Г. Провинциальная «контрреволюция»: белое движение и гражданская война на русском Севере, 1917–1920 / М.: Новое литературное обозрение, 2011. 377 с.
45. Познанский В.С. Социальные катаклизмы в Сибири: голод и эпидемии в 20–30-е годы XX в. Новосибирск. 2007. С. 12 – 19.
46. Посадский А.В. Медицина Белого Юга в Гражданской войне: структуры, решения, повседневность // Новейшая история России. 2020. Т. 10. № 2. С. 315 – 329.
47. Рынков В.М. Санитарно-медицинские службы на востоке России в антибольшевистский период Гражданской войны (вторая половина 1918 – 1919 гг.) [Электронный ресурс] URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24230097> (дата обращения: 30.04.2024).
48. Рынков В.М. «Сибирский бег»: вынужденные миграции на востоке России в годы гражданской войны (1918–1922 гг.) // Известия Иркутского государственного университета. Серия: История. 2014. Т. 9. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sibirskiy-beg-vynuzhdennye-migratsii-na-vostoke-rossii-v-gody-grazhdanskoy-voyny-1918-1922-gg> (дата обращения: 29.01.2025).
49. Рынков В.М. Эвакуационные мероприятия антибольшевистских сил на Востоке России // История Сибири, 1583–2006: Проблемы и перспективы: сб. материалов науч. конф. / В. М. Рынков. – Новосибирск, 2006. – С. 180–188.
50. Сизов С.Г. Эпидемическая ситуация в белом Омске в 1918 – 1919 гг. и её влияние на повседневную жизнь горожан // Кубанские исторические чтения. VIII Международная научно-практическая конференция. 2017.
51. Сысин А.Н. Н.А. Семашко и организация санитарно-противоэпидемического дела в СССР // Гигиена и санитария. 1949. № 10. С. 12–16.
52. Татарникова А.И. Противоэпидемические мероприятия органов городского самоуправления в Западной Сибири в конце XIX – начале XX веков // Научный диалог. 2021. № 3. С. 452–468.

53. Тимербулатов Д.Р. «Баржи смерти» в Сибири в годы Гражданской войны (1918–1919 гг.). // СибСкрипт. 2011. № 4. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/barzhi-smerti-v-sibiri-v-gody-grazhdanskoy-voyny-1918-1919-gg> (дата обращения: 09.11.2024).
54. Турбин Е.В., Якимчук А.А. Эпидемия тифа в годы Гражданской войны // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2022. Т. 41, № 2. С. 431–436.
55. Филонов Л.Г. К 100-летию РостГМУ: страницы летописи Николаевской больницы Красного Креста г. Ростова-на-Дону. / Л.Г. Филонов, А.И. Маслов, В.Д. Сикилинда, А.В. Алабут // Журнал фундаментальной медицины и биологии, 2014. № 4. С. 48–51.
56. Хабриев Р.У. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / М.В. Поддубный [и др.]; ред. Р.У. Хабриев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 248 с.
57. Халдаев Е. В. Новочеркасские военные лазареты Гражданской войны // Донской временник. Ростов-на-Дону, 2023. № 32. С. 39–70.
58. Хмель А.А., Дедова Н.Г., Кочеткова И.О., Лобанова Е.Е. Эпидемия тифа в России (1918–1921): итоги и уроки // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2021. № 4. С. 110–115.
59. Цветков В.Ж. "...Паровозы замерзнут, надвигается голод, появился сыпняк...": железные дороги Великого Сибирского похода: 1919–1920 гг. // История и архивы. 2021. № 1. С.121–138.
60. Чиж И.М. Военная медицина в русской армии в годы Первой мировой войны / И.М. Чиж, И.В. Карпенко // История Медицины. – 2017. – Т. 4. – № 2. – С. 216–224.
61. Чистяков, О.В. Российское общество Красного Креста во время Первой мировой войны / О.В Чистяков // Военно-исторический журнал. – 2009. – № 12. – С. 67–69.

62. Чудаков О.В. Медико-санитарная деятельность органов городского самоуправления в Сибири в годы Первой мировой войны и период социальных катаклизмов (1914 – начало 1918 гг.) // ОНВ. 2012. № 2 (106). С. 17–20.
63. Шаламов В.А. Деятельность Американского Красного Креста в Восточной Сибири в годы Гражданской войны (1918–1920) // Новейшая история России. 2021. Т. 11, № 1. С. 56–71.
64. Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г. М. Семенова (осень 1918 – весна 1919 гг.) // Вестн. Том. гос. ун-та. 2017. № 414. С. 156–166.
65. Шаламов В.А. История развития здравоохранения в Восточной Сибири в конце XIX – первой трети XX веков : диссертация ... доктора исторических наук : 5.6.1.- Иркутск, 2022. – 767 с.
66. Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области в начальный период Гражданской войны (весна – лето 1918 г.) // Вестник ИрГТУ. 2015. № 9 (104). [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-v-zabaykalskoy-oblasti-v-nahalnyy-period-grazhdanskoy-voyny-vesna-leto-1918-g> (дата обращения: 08.05.2023).
67. Шаламов В.А. Здравоохранение в Забайкальской области во время режима атамана Г. М. Семенова (май 1919 – январь 1920 г.) // Вестн. Том. гос. ун-та. История. 2019. № 61. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-v-zabaykalskoy-oblasti-vo-vremya-rezhima-atamana-g-m-semenova-may-1919-yanvar-1920-g> (дата обращения: 08.05.2023).
68. Шаламов В.А. Некоторые причины возникновения и пути распространения эпидемии сыпного тифа в Сибири в годы Гражданской войны (1918–1920) // Исторический курьер. 2024. № 3 (35) С. 182–193.
69. Шапкин Ю.Г., Дмитриченко А.А., Пономарева Г.О. Жизнь и быт военнопленных в лагерях восточной Сибири в годы Первой мировой войны // Известия Лаборатории древних технологий. 2014. №2 (11). С. 50–53.

70. Шапошников Г.Н. Армейская медицина в годы Первой мировой войны / Г.Н. Шапошников, В.В. Запарий // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – № 2. С. 172–178.
71. Шапошников Г.Н. Медицина на территории белых правительств Западного и Среднего Урала // История и современное мировоззрение. 2020. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsina-na-territorii-belyh-pravitelstv-zapadnogo-i-srednego-urala> (дата обращения: 08.05.2023).
72. Шерстнёва Е.В. Зависимость фармацевтического рынка Российской империи от импорта лекарственных средств в начале XX века // Ремедиум. 2015. № 11. С. 43–45.
73. Шилова С.Г., Пивоваров Ю.Ф. Железные дороги Юга России в годы Гражданской войны (1918–1920) // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: История. Политология. Социология. 2020. № 1. С. 85–90.
74. Шилова С.Г. Живая легенда генерал-лейтенант Н.С. Тимановский // Известия Лаборатории древних технологий. 2017. № 2 (23). С. 109–121.
75. Шумилова Э.Е. Первая мировая война и уровень медицинского обслуживания населения в крупных городах Западной Сибири (1914–1917 гг.) // Вестн. Том. гос. ун-та. История. 2016. № 2 (40). С. 24–30.
76. Яковенко В.А. В.А. Белиловский: биография медика в контексте эпохи. Новое прошлое. 2020. № 4. С. 152.
77. Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Востоке России (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2014. Т. 335. № 7. С. 59.
78. Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России: Добровольческая армия (1918–1920 гг.) // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 3. С. 75–84.
79. Яньшин Л.А. К истории медицинского обеспечения войск Белого движения на Юге России (1918–1920 гг.): Донская армия. // Военно-медицинский журнал. 2016. Т. 337. № 11. С. 66–73.

80. Яньшин Л.А. Об основах организации медицинского обеспечения войск Белого движения (К 90-летию окончания Гражданской войны и иностранной военной интервенции в России). // Военно-медицинский журнал. 2011. Т. 332. № 1. С. 73–83
81. Burkart J. Disease, Vermin, and Anti-Semitism: The Significance of Epidemic Typhus in Eastern Europe, 1916-1942 / J. Burkart // The Ascendant Historian. – 2022. – Vol. 2. – P. 12–22.
82. Engelhardt M. Organization of the German Army Medical Service 1914-1918 and the role of academic surgeons. [Электронный ресурс], URL: https://www.researchgate.net/publication/326783021_Organization_of_the_German_Army_Medical_Service_1914-1918_and_the_role_of_academic_surgeons (дата обращения: 19.07.2025).
83. Fayet J.-F. The Russian Red Cross in the Civil War / J.-F. Fayet // Quaestio Rossica. – 2021. – Vol. 9. – № 1. – P. 188–202.
84. Irwin J.F. The Great White Train: typhus, sanitation, and U.S. International Development during the Russian Civil War / J.F. Irwin // Endeavour. – 2012. – Vol. 36. – № 3. – P. 89–96.
85. K. David Patterson. Typhus and its control in Russia, 1870–1940. [Электронный ресурс] URL: <https://clck.ru/3ASKQF> (дата обращения: 09.05.2023).
86. Polk J.A. Constructive Efforts: The American Red Cross and YMCA in Revolutionary and Civil War Russia, 1917–1924. PhD. Dissertation. University of Toronto. 2012. 416 P.
87. Vergani C., Venturi M. The Italian mobile surgical units in the Great War: the modernity of the past. [Электронный ресурс], URL: https://www.academia.edu/109394499/The_Italian_mobile_surgical_units_in_the_Great_War_the_modernity_of_the_past (дата обращения: 21.07.2025).
88. Yakovenko V.A. Non-Bolshevik Healthcare in Russia: Organization of the Medical Care in the Northern Region (August 1918 – October 1919) [Электронный ресурс] URL: <https://wp.hse.ru/data/2019/05/27/>

1494805762/176HUM2019.pdf

(дата

обращения:

10.02.2025).

Приложения

Приложение № 1

Список армейских военно-лечебных заведений, переименованных в полевые запасные госпитали согласно приказу Главнокомандующего Русской армии № 3472 от 23 июля 1920 г.⁵⁶⁴.

Существующая нумерация и наименование	Штат коек	Вновь установленная нумерация и наименование
1-й полевой запасный госпиталь	300	Без изменения
26-й полевой запасный госпиталь	300	2-й полевой запасный госпиталь
29-й полевой запасный госпиталь	300	3-й полевой запасный госпиталь
30-й полевой запасный госпиталь	300	4-й полевой запасный госпиталь
35-й полевой запасный госпиталь	300	5-й полевой запасный госпиталь
36-й полевой запасный госпиталь	300	6-й полевой запасный госпиталь
37-й полевой запасный госпиталь	520	7-й полевой запасный госпиталь
40-й полевой запасный госпиталь	300	8-й полевой запасный госпиталь
48-й полевой запасный госпиталь	300	9-й полевой запасный госпиталь

⁵⁶⁴ РГВА. Ф. 40213. Оп. 1. Д. 1720. Л. 439.

Существующая нумерация и наименование	Штат коек	Вновь установленная нумерация и наименование
64-й полевой запасный госпиталь	300	10-й полевой запасный госпиталь
1-й Симферопольский временный госпиталь	300	11-й полевой запасный госпиталь
2-й полевой запасный госпиталь	300	12-й полевой запасный госпиталь
77-й Сводно-эвакуационный госпиталь	300	13-й полевой запасный госпиталь
Керченский временный госпиталь	300	14-й полевой запасный госпиталь
Балаклавский местный лазарет	300	15-й полевой запасный госпиталь
16-й полевой запасный госпиталь	300	Без изменения
Феодосийский армейский лазарет	300	17-й полевой запасный госпиталь
3-й временный военный госпиталь	520	18-й полевой запасный госпиталь
4-й временный военный госпиталь	520	19-й полевой запасный госпиталь
20-й полевой запасный госпиталь	300	Без изменения
1-й Севастопольский сводный госпиталь	520	21-й полевой запасный госпиталь
Евпаторийский местный лазарет	520	22-й полевой запасный госпиталь
Керченский местный лазарет	520	23-й полевой запасный госпиталь

Существующая нумерация и наименование	Штат коек	Вновь установленная нумерация и наименование
Всего	8220	

Список лечебных заведений в Области Всевеликого войска Донского, обслуживающих раненых и больных воинских чинов армии, ведущих борьбу с большевиками летом 1918 г.⁵⁶⁵.

Месторасположение лазаретов.	Число штатных мест.
Станицы	
Урюпинская	100
Аржановская	100
Алексеевская	50
Проваторовская	50
Зотовская	50
Ярыженская	50
Подвижной лазарет № 1	50
Подвижной лазарет № 2	50
Вешенская	200
Казанская	100
Усть-Медведицкая	350
Фролов хутор (станция Арчада)	200
Михайловская слобода	100
Станица Скуришенская	50
Усть-Хоперская	50
Кременская	50
Клетская	50
Хутор Большой	50
Перелазовский	50
Подвижной лазарет № 1	50
Подвижной лазарет № 2	50

⁵⁶⁵ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 27.

Месторасположение лазаретов.	Число штатных мест.
Нижне-Чирская лазарет № 1	200
Нижне-Чирская лазарет № 2	200
Станции	
Филоново (хутор Самсоновский)	200
Суровикино (в Обливках)	200
Обливы	200
Тацинская	100
Морозовская	50
Чернышково	40
Станица Усть-Белокалитвенская	50
Хутор Калач	100
Подвижной лазарет № 1 Новогригорьевский	50
Подвижной лазарет № 2 Качалинский	50
Подвижной лазарет № 3 Трех- Островянский	50
Подвижной лазарет № 4 Сиротинский	50
Подвижной лазарет № 5 Голубкинский	50
Подвижной лазарет № 6 Есауловский	50
Эвакуационный пункт на станции Чире	10
Подвижной лазарет Восточного фронта	200
Обливский общественный лазарет	200
По Дону	

Месторасположение лазаретов.	Число штатных мест.
Потемкинская станица	50
Цымлянская	100
Романовская	100
Камышевская	50
Мариинская	50
Константиновская	150
Семикаракорская	50
Раздорская	50
Багаевская	100
Манычская	50
Великокняжеская	200
Станция Котельниково	100
Эвакуационный лазарет (Гашун)	150
Подвижный лазарет № 1	50
Подвижный лазарет № 2	50
Станица Кагальницкая	50
Елизаветинская	50
Егорлыкская	50
71-й сводный эвакуационный госпиталь в Ростове-на-Дону	630
Лазареты Новочеркаска	
№ 1 при Обществе Донских врачей	180
№ 2 Мариинский приют	700
№ 3 Духовное училище	250
№ 4 Больница беженцев	50
№ 5 Дом Сидорова	180
№ 6 Дешевая столовая	80
№ 7 Пансион Чертковой	120

Месторасположение лазаретов.	Число штатных мест.
№ 8 Приют глухонемых	175
№ 9 Большая Московская	350
№ 10 Заразный (Кирпичный завод)	210
№ 11 Гарнизонный лазарет	300
№ 12 Лечебница зубных болезней	300
Поезда летучки	
№ 1	370
№ 2	405
№ 3	350
Всего	9710

Временный штат Военно-санитарного управления Всевеликого войска
Донского по состоянию на 1918 г.⁵⁶⁶

Наименование лиц	Численность	Класс должности
Военно-санитарный инспектор	1	IV
Лично при нем		
Врачей для поручений	2	V
Врачей для командировок	2	VIII
Штаб-офицеров	1	
Административно-хозяйственный отдел с фармацевтической частью		
Начальник отдела-врач	1	V
Помощник его врач	1	VI
Делопроизводителей-врачей	2	VII
Делопроизводитель	1	VI
Помощников	3	VII
Бухгалтеров	2	VII
Секретарь	1	VI
Журналист	1	VII
Писарей	4 (высший оклад), 2 (средний оклад), 2 (низший)	
Фармацевтическая часть		
Заведующий фармацевт	1	VI

⁵⁶⁶ ГА РФ. Ф. Р104. Оп. 1. Д. 36. Л. 20.

Наименование лиц	Численность	Класс должности
Делопроизводитель фармацевт	1	VIII
Фармацевт для командировок	2	VIII
Отдел врачебно-гигиенический с осведомительной и санитарно- статистической частью		
Начальник отдела-врач	1	V
Делопроизводителей врачей	2	VII
Помощников	1	VII

Статистика заболеваемости сыпным тифом с 8 февраля по 7 апреля 1919 г.⁵⁶⁷

Дата	Оставалось	Поступило	Выздоровело	Умерло	Всего
8 февраля	41	5	—	—	46
9 февраля	46	—	1	—	45
10 февраля	45	10	3	1	51
11 февраля	51	15	3	—	63
12 февраля	63	3	—	—	66
13 февраля	66	—	—	—	66
14 февраля	66	21	—	2	85
15 февраля	85	13	—	1	97
16 февраля	97	2	—	1	98
17 февраля	98	4	9	1	92
18 февраля	92	26	2	2	114
19 февраля	114	2	1	3	112
20 февраля	112	4	3	2	111
21 февраля	111	6	4	3	110
22 февраля	110	2	2	2	108
23 февраля	108	22	—	—	129
24 февраля	129	5	—	3	131
25 февраля	128	—	3	3	122
3 апреля	37	1	13	1	24
4 апреля	24	—	1	—	23
5–7 апреля	23	—	1	1	21

⁵⁶⁷ ГА РФ. Ф. Р4448. Оп. 1. Д. 54. Л. 6–35.

Сведения о ходе заразных заболеваний с 15 марта по 1 апреля 1919 г.⁵⁶⁸

	Состояло к 15 марта	Заболело с 15 марта по 1 апреля	Выздоровело с 15 марта по 1 апреля	Умерло с 15 марта по 1 апреля	Осталось к 1 апреля
Архангельск					
Брюшной тиф	6	5	4	1	6
Сыпной тиф	57	14	21	9	41
Скарлатина	1	—	1	—	1
Дифтерия	1	—	1	—	—
Рожа	—	1	—	—	1
Цинга	39	6	—	—	45
Архангельский уезд					
Скарлатина	7	3	—	—	10
Дифтерия	6	27	29	3	1
Цинга	1	7	6	—	2
Онежский уезд					
Сыпной тиф	3	—	—	—	3
Александровский уезд					
Скарлатина	—	2	—	—	2
Печорский уезд					
Сыпной тиф	—	26	11	2	13
Оспа	—	61	35	3	18

⁵⁶⁸ ГА РФ. Ф. Р4448. Оп. 1. Д. 54. Л. 41.

Сведения о ходе заразных заболеваний с 1 по 15 апреля 1919 г.⁵⁶⁹

	Состояло к 1 апреля	Заболело с 1 по 15 апреля	Выздоровело с 1 по 15 апреля	Умерло с 1 по 15 апреля	Осталось к 15 апреля
Архангельск					
Брюшной тиф	6	2	4	1	3
Сыпной тиф	41	1	26	2	17
Скарлатина	1	—	1	—	—
Дифтерия	—	1	—	1	—
Рожа	1	3	2	1	—
Цинга	45	9	24	1	29
Архангельский уезд					
Скарлатина	10	—	1	—	9
Дифтерия	1	—	1	—	—
Цинга	2	11	5	—	8
Онежский уезд					
Сыпной тиф	3	2	—	—	1
Александровский уезд					
Скарлатина	2		2	—	—
Печорский уезд					
Сыпной тиф	13	26	24	2	13
Оспа	18	50	42	8	18

⁵⁶⁹ ГА РФ. Ф. Р4448. Оп. 1. Д. 54. Л. 46.

План создания дополнительной госпитальной сети ДКК ВЗС в Ростове-на-Дону в январе – феврале 1919 г.⁵⁷⁰.

Место	Распределительный пункт	Венерический лазарет	Хирургические	Терапевтический	Эпидемические	Общие. Для. Выздоровляющих.
Пушкинская, ул. № 196, д. Парамонова			250			
Б. Садовая – Крепостной, летнее помещение коммерческого клуба					400	
Таганрогский пр-кт. Зимнее помещение коммерческого клуба				250		
Вокзал	250					
Б.Садовая – Крепостной				250		
Никольская, № 105	200 (изолятор)					

⁵⁷⁰ ГА РФ. Ф. Р1258. Оп. 2. Д. 60. Л. 6.

Ольгинский лазарет. Б. Садовая						250
Сенная, помещение женской гимназии Берберовой			400			
Гимназия Филиппьевой, ул. Сенная			400			
Ул. М. Садовая и Мал. Пр. д. Биржевого О-ва		250				
Таганрогский пр-кт. Зимнее помещение коммерческого клуба	1000					
Сенная, гимназия Степанова				400		
Итого Донокуб к-та	1450	250	1050	900	400	250
РОКК			100			
Военный госпиталь № 71					400	
Земский городок					1000	
Баракы Романовского госпиталя					500	
Муж. Гимназия, Таганрогский пр-кт.,					800 (време	

62					нно)	
Торговая школа, Сенная, 100					800 (време нно)	
Екатерининская женская гимназия					800 (време нно)	
					4550	
Итого:	1450	250	1150	900	4950	250

Схема расположения санитарных сооружений для нужд Министерства путей сообщения и МВД по департаменту Государственного призрения и врачебно-санитарного управления⁵⁷¹.

Населенный пункт/Железнодорожная станция	Тип строения
Курган, Петропавловск	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничный барак на 100 коек
Куломзино	Изоляционно-пропускной пункт I разряда, больница на 200 коек, баня с прачечной и дезинфекционной камерой, бараки на 5000 чел.
Ишим, Ялуторовск	Изоляционно-пропускной пункт III разряда, больничный барак на 50 коек.
Семипалатинск	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больница на 100 коек
Барнаул	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничные бараки на 100 коек
Бийск	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничные бараки на 100 коек, дезинфекционная камера
Славгород	Больничные бараки на 25 коек.
Клинск	Изоляционно-пропускной пункт III

⁵⁷¹ ГА РФ. Ф. Р176. Оп. 5. Д. 96. Л. 72.

Населенный пункт/Железнодорожная станция	Тип строения
	разряда, бараки на 3000 чел.
Новониколаевск	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничные бараки на 200 чел., баня с прачечной, бараки на 7000 чел.
Юрга	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничные бараки на 25 чел.
Тайга	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничные бараки на 50 чел.
Томск	Бараки на 8000 чел., бани
Мариинск	Больничные бараки на 50 коек, дезинфекционная камера
Ачинск	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничные бараки на 50 чел., баня с прачечной, бараки на 5000 чел.
Красноярск	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничные бараки на 100 коек, баня с прачечной, бараки для 8000 чел.
Минусинск	Изоляционно-пропускной пункт III разряда, больничные бараки на 25 коек, бараки на 2000 чел.
Тулун	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, бараки на 2000 чел.

Населенный пункт/Железнодорожная станция	Тип строения
Нижеудинск	Баракы на 2000 чел.
Зима	Изоляционно-пропускной пункт III разряда
Черемхово	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничные баракы на 50 коек, баня с прачечной, баракы на 2000 чел.
Иннокентьевская	Изоляционно-пропускной пункт I разряда
Иркутск	Баня с прачечной, дезинфекционная камера, больничные баракы на 100 коек, баракы на 8000 чел.
Верхнеудинск	Больничные баракы на 25 коек, баракы на 3000 чел.
Чита	Больничные баракы на 100 коек, баня с прачечной, баракы на 5000 чел.
Нарымская, Маньчжурия, Томская	Изоляционно-пропускной пункт II разряда
Благовещенск, Хабаровск	Больничные баракы на 50 коек, баня с прачечной, дезинфекционная камера, баракы на 7000 чел.
Никольск-Уссурийский	Больничные баракы на 25 коек, баня с прачечной, баракы на 6000 чел.
Владивосток	Изоляционно-пропускной пункт II разряда, больничные баракы на 50 коек.