

С.А. СУШКОВ, Ю.С. НЕБЫЛИЦИН, Е.Н. РЕУТСКАЯ, А.Н. РАК

ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ РАНЕНИЕ ПЕТРА ИВАНОВИЧА БАГРАТИОНА. ЧАСТЬ 2

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Во второй части статьи представлены данные о врачах, принимавших участие в лечении П.И. Багратиона, Я.В. Виллие, И.И. Гангарте, Ф.А. Гильтебрандте, Я.И. Говорове. Изучение их профессиональной деятельности показало, что все они были квалифицированными врачами, имеющими большой личный опыт оказания помощи при боевых ранениях.

Освещены также вопросы организации помощи раненым во время войны. Описана структура и функции дренажной эвакуационной системы, введенной в русской армии в тот период. Основными принципами этой системы были следующие положения: оказание заранее определенного объема помощи на каждом этапе; разделение раненых по тяжести и определение места их лечения; определение путей эвакуации раненых. Многие подходы, апробированные впервые во время войны 1812 года, оказались очень прогрессивными и применялись в военно-полевой хирургии длительное время.

В статье рассмотрены вопросы лечения огнестрельных ран во французской и русской армиях. Массивное применение артиллерии противоборствующими сторонами обусловило появление большого количества раненых с обширными, сопровождающимися повреждениями крупных сосудов, нервов и костей, массивным размождением тканей, ранами. Характер ранений предопределял хирургическую тактику и основную операцию, в первую очередь у французских врачей, была ампутация. В русской военной медицине во время войны 1812 г. единой доктрины не было. В то же время многие русские хирурги стремились следовать берегательному методу лечения: не просто ампутировать конечность, а сохранить ее, хотя бы с ограниченной функцией. Опыт войны 1812 г. показал оправданность берегательного подхода и в последующем именно в этом направлении продолжала развиваться военно-полевая хирургия.

Ключевые слова: история военно-полевой хирургии, огнестрельное ранение, Петр Иванович Багратион, оказание медицинской помощи

The data about such doctors as Ya.V. Wylie, I.I. Gangart, F.A. Giltebrandt, Ya.I. Govorov, who took part in treatment of P.I. Bagration, are presented in the second part of the article. Studying of their professional activity has shown that they all were qualified physicians with a great personal experience of medical aid rendering in case of combat wounds.

The matters of medical aid organization to the wounded during the war period are also highlighted. The structure and functions of the drainage evacuation system introduced by the Russian army at that period are described. The main principles of this system were considered to be the following statements: rendering the definite prior established volume of medical aid at each stage; differentiation the wounded according to wound severity and determining the place of their treatment; identifying ways of evacuation of the wounded. Many approaches approved firstly during the War of 1812 appeared to be rather progressive and applied in the military field surgery for a long time.

The article concerns the problem of the gunshot wounds treatment in the French and Russian armies. Massive use of artillery by the warring parties resulted in a large number of the wounded with extensive wounds accompanied by the lesions of large vessels, nerves, bones, massive crush of tissues. The wound character predetermined a surgical tactics and an amputation was considered to be primarily a main operation for the French physicians. There wasn't a single doctrine in the Russian military medicine during the War of 1812. At the same time many Russian surgeons tended to follow a saving treatment technique and try to avoid amputation and performed extremity-saving operations even with a restricted function. The experience of the War of 1812 proved the justification of extremity-saving approach and further the military field medicine continued its development in this direction.

Keywords: history of military field surgery, gunshot wound, Pyotr Ivanovich Bagration, medical aid rendering

Novosti Khirurgii. 2013 Jan-Feb; Vol 21 (1): 3-14
Difficult patient. Wound of Pyotr Ivanovich Bagration. Part II
S.A. Sushkou, Yu.S. Nebylitsin, E.N. Reutskaya, A.N. Rak

Введение

7 сентября 1812 г. во время Бородинского сражения командующий 2-й Западной армией князь Петр Иванович Багратион получает ранение левой голени осколком ядра. Сразу

после оказания первой помощи его увозят с поля битвы в Можайск, а затем в Москву. Быстрое отступление русской армии и угроза занятия Москвы Наполеоном вынудило перевести П.И. Багратиона в село Симы Владимирской губернии. Несмотря на проводимое

лечение через 17 дней полководец умирает.

Некоторые авторы возлагают ответственность за смерть П.И. Багратиона на врачей, лечивших полководца [1, 2, 3]. Насколько данная точка зрения обоснована? Возможно ли было излечение? Вины ли врачи? Если ими были совершены ошибки, то насколько они оказались роковыми и как повлияли на течение патологического процесса, а также на выбор тактики лечения?

По нашему мнению, прежде чем приступить к анализу произошедших в то время событий, необходимо, в первую очередь, рассмотреть несколько важных вопросов. Во-первых, познакомиться с врачами, которые оказывали помощь П.И. Багратиону. Во-вторых, изучить принципы организации помощи раненым в русской армии в тот период. В-третьих, понять, как лечились аналогичные ранения в начале XIX века.

Врачи П.И. Багратиона

В лечении полководца после ранения принимали участие четыре врача: Яков Васильевич Виллие, Иван Иванович Гангарт, Федор Андреевич Гильтебрандт, Яков Иванович Горов.



Яков Васильевич Виллие

Яков Васильевич Виллие — фигура очень значимая в истории российской хирургии. Это не только известный российский хирург, но и выдающийся организатор военно-медицинской службы. В русской армии он прошел все ступени военно-медицинской службы: от полкового лекаря до главного военно-медицин-

ского инспектора. В течение 30 лет с 1808 по 1838 год он был президентом Петербургской медико-хирургической академии [4].

По происхождению Яков Васильевич Виллие — шотландец, обучался в Эдинбурге, где проявил особую склонность к хирургии. В 1790 году по приглашению русского правительства он переехал в Россию, начал службу военным врачом Елецкого полка в присоединенных литовских и польских землях. Довольно быстро он приобрел славу искусного хирурга. И, в первую очередь, обратил на себя внимание после того как выполнил сложную операцию адъютанту А.В. Суворова — извлек пулю, засевшую в поясничном позвонке [4]. Дальнейший его карьерный рост был головокружительным. В 1798 он становится придворным оператором Павла I, а в 1799 лейб-хирургом. И в последующем он остается при царском дворе, являясь лейб-хирургом Александра I, а позднее и Николая I. После назначения придворным оператором он одновременно работает в Петербургском сухопутном госпитале, где не только оперирует, но и занимается преподаванием. В 1800 г. Медицинская коллегия присвоила ему звание доктора медицины.

В 1803 г. он возвращается на военную службу и в 1806 г. становится главным военно-медицинским инспектором русской армии. Это самая высокая медицинская должность в то время в русской армии, которую он занимает почти 50 лет [4]. Яков Васильевич Виллие принимал участие в более чем 50 сражениях, во время наполеоновских войн и русско-турецкой войны. Обладая огромным опытом оказания помощи раненым, он внес существенный вклад в развитие военно-полевой медицины. Именно при нем начала внедряться новая система оказания медицинской помощи в действующей армии. Им были написаны инструкции, регламентировавшие работу полковых лазаретов, полковых и батальонных лекарей, определены функции подвижных и временных госпиталей [4]. При его непосредственном участии были сформированы новые военные хирургические наборы: батальонные, полковые, корпусные, фельдшерские, госпитальные. Я.В. Виллие являлся также автором полевой фармакопеи, выдержавшей четыре переиздания. Она содержала сведения об известных врачебных средствах и болезнях, при которых они применяются.

Его профессиональные интересы были довольно широкими. Это и фармакология, и гигиена, и инфекционные заболевания, но все они были, в первую очередь, направлены на развитие военной медицины. Однако Я.В.

Виллие был, прежде всего, хирургом. Он лично сам много оперировал, в том числе «делал хирургические операции на самом поле битвы под выстрелами неприятельскими» [4]. Только во время Бородинской битвы выполнил более 200 операций [4]. Личный хирургический опыт позволил ему написать книгу, которая считается его главным научным трудом — «Краткое наставление о важнейших хирургических операциях» (1806 г.) [5]. О своей работе Я.В. Виллие писал: «Исправив образцы употребительнейших и самых нужных инструментов, и назначив, какие именно из них должны впредь составлять корпусные, полковые и батальонные ящики, а равно и карманные наборы, кои должен иметь при себе всякий лекарь, я признал нужным вместе издать и краткое наставление о производстве важнейших хирургических операций, основанное не только на советах славных медико-хирургов, но и на собственных опытах» [5]. И хотя в книге описывались вмешательства при широком круге заболеваний, особое внимание было уделено огнестрельным ранениям и ранам, полученным холодным оружием. По сути, это было первое русское руководство по военно-полевой хирургии, в котором рекомендовались вполне рациональные способы лечения ранений. Неудивительно, что данные наставления, в первую очередь, и получили распространение в армии. Издаваемая карманным форматом книга стала практическим руководством для военных хирургов. Для полноты характеристики Я.В. Виллие следует отметить еще одно значимое дело, которое он реализовал. По его указанию в 1823 году начал издаваться «Военно-медицинский журнал», который продолжает выходить и в XXI веке. Нам представляется, что перечисленные факты прекрасно демонстрируют масштаб личности Я.В. Виллие, его значимость в военно-полевой хирургии в начале XIX века и профессиональные качества.

Иван Иванович Гангарт во время Бородинского сражения занимал должность главного медика 2-й Западной армии [6]. Восстановить его послужной список нам не удалось, но учитывая, что он руководил всей медицинской службой армии, вряд ли следует сомневаться в его квалификации. П.И. Багратион не стал бы держать в своем штабе на такой важной должности посредственность, а власти у него хватало для того, чтобы решать, кто будет возглавлять ту или иную службу в армии. Кроме того, известно, что П.И. Багратион очень хорошо относился к И.И. Гангарту. Когда во время Бородинской битвы ядро попало в грудь лошади Гангарта, полководец, опасаясь за вра-

ча, крикнул адъютантам: «Спасайте Гангарта!» [1]. Да и после того как сам получил ранение, Багратион забрал его с собой в Москву, доверив ему лечение.



Федор Андреевич Гильтебрандт

Федор Андреевич Гильтебрандт, уроженец г. Вормса (Германия), в 16-летнем возрасте переехал в Россию [4]. По рекомендации своего дяди профессора И.Д. Гильтебрандта в 1789 г. поступил в Московское медико-хирургическое училище, после окончания которого в 1792 г. был произведен в лекари. Известный русский хирург Ф.И. Иноземцев о периоде обучения Ф.А. Гильтебрандта в училище пишет следующее: «Во время курса учения он ревностно занимался анатомией практически, и постоянными упражнениями в препаратах приобрел ясное и основательное познание строения тела человека и ту ловкость в производстве операций, которой он отличался впоследствии» [7]. В 1792-1795 гг. занимал должность лекаря в пехотных батальонах в Москве. С 1799 г. начал производить операции в Московском военном госпитале, а в 1800 г. был назначен адъюнктом анатомии и физиологии медико-хирургической академии, в 1801 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины. Параллельно он продолжал оперировать в Московском военном госпитале, а в костоправной школе при госпитале в 1802-1804 гг. преподавал науку о переломах и вывихах. В 1804 г. он был определен экстраординарным (с 1808 г. — ординарным) профессором практической хирургии в Московском университете. Первым начал преподавать хирургию как отдельный предмет [4]. Кроме преподавательской деятельности в университете и медико-хирургической академии

заведовал клиникой хирургических и глазных болезней в университете, оперировал в Московском военном госпитале и в больнице для бедных (позже — Мариинская). Он успешно производил сложные по тем временам вмешательства: литотомию, ампутации конечностей, удаление молочной железы, операции по поводу зоба и др. [4]. Как видно, Ф.А. Гильтебрандт был не профессором-теоретиком, а хирургом-практиком. Для полной характеристики его как специалиста можно привести мнение известного историка медицины Я.А. Чистовича, который писал, что он был «знаменитый профессор и хирург, который пользовался огромной популярностью в Москве в начале нынешнего столетия» [8].

Самым молодым среди лечащих врачей Багратиона был старший врач лейб-гвардии Литовского полка Яков Иванович Говоров, ему к этому времени исполнилось 33 года. Известно, что в армию на должности полковых врачей во время Отечественной войны было привлечено много гражданских врачей. Но Говоров был истинно военным врачом. В 1807 г. он окончил Санкт-Петербургскую Медико-хирургическую академию, служил военным лекарем уже во время войны с Наполеоном в 1807 г., затем работал ординатором Военно-супружеского госпиталя в Петербурге. В 1809 г. защитил диссертацию и стал доктором меди-

цины. Служил врачом Кексгольмского пехотного полка, а с 1811 г. старшим врачом лейб-гвардии Литовского полка [1, 6].

Как видно, все принимавшие в процессе лечения врачи были практикующими хирургами: Я.В. Виллие, И.И. Гангарт, Я.И. Говоров имели достаточный личный опыт оказания помощи при боевых ранениях, а Ф.А. Гильтебрандт был очень известным и успешным хирургом. Поэтому следует признать, что П.И. Багратиона на всех этапах лечили квалифицированные специалисты.

Организация помощи раненым в русской армии

Уже к началу XIX века войны начали приобретать масштабный характер. Боевые действия разворачивались на большом пространстве, в них вовлекались огромные массы людей. Это потребовало организовать систему оказания помощи большому количеству раненых. Именно в войну 1812 г. в русской армии отказались от порядка оказания медицинской помощи на месте, и было введено в практику поэтапное лечение, впоследствии такая эвакуационная система была названа дренажной [9, 10]. Она подразумевала разделение медицинской помощи на этапы, причем четко были определены функции каждого (таблица).

Таблица

Структура и функции дренажной эвакуационной системы [9]

Структурные элементы	Функции
Полковые перевязки	– первичная перевязка всех раненых – остановка угрожающего кровотечения – эвакуация в развозные госпитали
Развозные госпитали	– обработка ран, перевязки – иммобилизация, операции – питание раненых – эвакуация всех раненых в подвижную госпиталь 1-й линии
Подвижной госпиталь 1-й линии	– регистрация раненых, их размещение и питание – выборочные перевязки – хирургическая обработка и операции пострадавшим, не подвергавшимся таковым в развозных госпиталях – госпитализация легкораненых – временная госпитализация нетранспортабельных – эвакуация остальных в подвижную госпиталь 2-й линии
Подвижной госпиталь 2-й линии	– размещение и питание раненых – перевязки – лечение раненых со сроками излечения до 40 дней – эвакуация в главные временные госпитали или подвижные 3-й линии всех «долговременных болезнями одержимых, коих излечение в 40 дней не предвидится», и тех, «которые и по излечении не в состоянии будут продолжать службу»
Подвижные госпитали 3-й линии; главные временные госпитали	– лечение всех присылаемых раненых и больных

Основными принципами, на которых строилась данная система, были следующие: 1) оказание заранее определенного объема помощи на каждом этапе; 2) разделение раненых по тяжести и определение места их лечения; 3) определение путей эвакуации раненых. Следует отметить, что многие подходы, апробированные впервые во время войны 1812 года, оказались очень прогрессивными и сохранились в военно-полевой хирургии до настоящего времени. Особенно новаторским было внедрение четкого порядка медицинской эвакуации. Раненым после оказания помощи на определенном этапе выдавался на руки эвакуационный документ с обозначением маршрута следования и конечного пункта, определенно-го госпиталя.

Если в первый месяц войны в связи с быстрым отступлением обеих западных русских армий единого плана оказания медицинской помощи не было и ее организация возлагалась на командующих, то уже перед сражением за Смоленск (13 августа по новому стилю) Я.В. Виллие составил, а начальник штаба А.П. Ермолов утвердил эвакуационный план. Он был следующим.

«Главный пункт, куда больные и раненые отсылаются теперь из обеих армий, есть Смоленск, где доктору Гейроту поручено прием и отправление оных во второлинейные и третьелинейные госпитали. Второлинейные госпитали для 1-й армии учреждаются в Гжатске и Вязьме: в них лечимы будут больные, кои могут выздороветь в продолжение двух или четырех недель и, следовательно, возвратятся к армии до окончания летней кампании. Третьелинейные госпитали для той же армии назначаются в Твери и Москве ... что принадлежит до госпиталей по правую сторону Двины, то назначение мест для них зависит от генераллейтенанта графа Витгенштейна и главного врача вверенного ему корпуса».

Предложение заканчивалось следующим: «Распределение 1-й Западной армии Смоленск. Пункт, из которого развозятся больные. 2-я линия — Гжатск, Вязьма — в две недели до месяца должны возвратиться к войскам. 3-я линия — Тверь, Москва — неспособных и продолжительных болезней, неизлечимых.

2-й Западной армии — Ельна, поспешнее Мосальск, Сернейск — в месяц выздоравливают. Лучше Рязань, нежели Калуга неспособные.

Места по правую сторону Двины, удобные для военных госпиталей, представляются выбору генерала графа Витгенштейна по обстоятельствам. Предложено: Яков Виллие 31 июля 1812 года.

Утверждено: Ермолов.

Утверждение вышесказанного генералом Ермоловым должно почтять его ответом. Яков Виллие» [10, 11, 12].

Как видно из представленного материала, во время войны 1812 г. командование русской армии стремилось придать организации медицинской помощи системный характер. Разумеется, в реальной боевой обстановке не все было так, как предписано, но все же в последующем после отхода от Смоленска, медицинская служба пыталась четко планировать, организовывать свою работу.

Так, после Смоленского сражения во второлинейные и третьелинейные госпитали в Гжатск и Волоколамск было отправлено около 11 000 раненых. Я.В. Виллие в своем рапорте сообщает, что «раненые везде были перевязаны, призрены и тотчас после сражения препровождены в подвижные госпитали, позади действующей армии учрежденные, исключая небольшого числа оставленных под Витебском, Смоленском и на месте сражения, бывшего 7 августа по Дорогобужской дороге. Раненые, отправляемые в Москву, получили на каждой станции перевязку, теплую пищу, вино и прочее, и если некоторые из них пособием сим не воспользовались, то сие произошло единственно от скорого движения армий к Москве» [11].

Бородинское сражение стало не только главным сражением в войне 1812 года, но и сражением, в котором прошла серьезную апробацию новая система оказания медицинской помощи.

Готовясь к Бородинскому сражению, русское командование предвидело, что потери будут большими, и соответственно, предпринимало определенные меры. При планировании организации медицинского обеспечения исходили из следующего предполагаемого количества потерь: убитыми — 5 тыс. человек; ранеными — 20 тыс. Из них 4 тыс. тяжелораненых, нуждающихся в эвакуации на подводах, 16 тыс. чел. легкораненых, которые будут способны передвигаться пешком [9, 13].

Медицинская помощь во время Бородинского сражения осуществлялась следующим образом.

Основная роль по выносу раненых непосредственно с поля боя была возложена на ополченцев. Перед Бородино по приказанию М.И. Кутузова «Московское ополчение было назначено для отвода раненых с поля сражения и в прикрытие обозов» [10]. Именно тысячи москвичей, никогда не участвовавших в боевых действиях, под градом пуль и ядер вы-

несли и вывели на перевязочные пункты и в развозные госпитали большую часть раненых рядовых и офицеров.

Первая помощь оказывалась на полковых и дивизионных перевязочных пунктах. «В лощинах, закрытых от ядер и пуль, назначаются места для перевязки, где все готово для совершения ампутации, для вырезывания пуль, для соединения переломленных членов, для вправления вывихов и для простых перевязок» [14]. В принципе, в соответствии с дренажной эвакуационной системой перевязочные пункты должны были осуществлять только перевязку всех раненых, остановку угрожающего кровотечения и эвакуацию в развозные госпитали. В реальной боевой обстановке Бородинского сражения объем помощи существенно расширился. Обусловлено это было, в первую очередь, следующим обстоятельством. В начале войны было мобилизовано большое количество гражданских врачей, но в основном их направляли на службу в постоянные военные и военно-временные госпитали, а непосредственно в полках и дивизиях на перевязочных пунктах работали опытные, квалифицированные врачи и фельдшеры, неоднократно участвовавшие и ранее в боевых действиях. Привыкшие оказывать помощь непосредственно на месте и не перестроившиеся к требованиям новой медицинской доктрины, они во время Бородинского сражения в непосредственной близости от поля боя, стремились оказать максимально возможный объем помощи раненым. В этом, наверно, был их подвиг. Было признано, что именно благодаря им удалось спасти жизнь тысячам русских солдат и офицеров, и многих впоследствии вернуть в действующую армию.

В соответствии с принятой системой оказания медицинской помощи предполагалось, что основные оперативные вмешательства вблизи места сражения должны выполняться в развозных госпиталях. «Дабы медики имели скорые способы к подаванию помощи раненым» они имели в своем составе четырехконную палубу (фуру), в которой находились «готовые аппараты к перевязке переломов и после операции, разного рода повязки, кроме бандажей, головные, грудные, брюшные, плечевые, а равно хирургические инструменты, пластыри, нужные мази, примочки, лубки, шелк и т.д.» [11]. Развозные госпитали располагались в районе деревень Псаревое, Князьково, двор Михайловское, расположенных рядом с новой московской дорогой приблизительно в 2-3 км от передовой линии (рис.) [15]. Отсюда в раненые поэтапно эвакуировались в подвиж-

ные госпитали 1, 2 и 3 линии, а затем, в военно-временные госпитали [16]. Подвижные 1 линии во время Бородинского сражения были развернуты в Можайске, главные военно-временные госпитали в Москве и Рязанской губернии (Рязани, Касимове, Елатье, Меленках), а также в соседних с театром боевых действий внутренних губерниях.

Одним из обстоятельств, затрудняющим работу медицинской службы, была трудность эвакуации. Следует отметить, что русская армия, постоянно отступая и ведя арьергардные бои, максимально забирала раненых и они потоком вместе с ней двигались к Москве. В то же время, плохие дороги, недостаток обозного транспорта и медицинского персонала вынуждал оставлять часть раненых в госпиталях и у населения соседних губерний, которые находились вне зоны боевых действий. Необходимо указать, что эвакуация для части раненых была запрещена. Так в «Положении для военно-временных госпиталей» прямо записано: «не должны перевозиться лица, коих перемещение сопряжено с опасностью» (§ 84, 85) [11]. Нередко таких раненых оставляли на попечение противника. Это не являлось для оставляемых раненых катастрофой, т.к. в то время сохранялись принципы благородства и наступающий противник считал своим долгом проявить заботу о солдатах противостоящей стороны. Вот как главный хирург армии Наполеона, Жан-Доминик Ларрей в своих мемуарах писал об оказании помощи раненым после битвы под Витебском.

«В Витебске мы нашли много помещений, годных для госпиталей, в которых чувствовалась большая нужда. Их немедленно приготовили для приема раненых в сражениях 27, 28 и 29 июля. Со стороны французов раненых было 750 чел. И почти столько же было их со стороны русских. Я много усилий прилагал к тому, чтобы все раненые могли получать первую помощь на самом поле сражения, причем приходилось употреблять в дело не только солдатское белье, но и наши собственные рубашки. В городе в домах разбежавшихся жителей было забыто или брошено до 350 наиболее тяжело раненых русских. Несмотря на все мои розыски я нашел их лишь на 4-й день. Трудно описать, какой ужасный вид имели эти несчастные; почти все изуродованные артиллерийскими орудиями, они не могли выйти из своих убежищ, чтобы попросить о помощи. Они лежали на грязной соломе вповалку, друг на друге, среди нечистот и, можно сказать, гнили в этом смраде. У большей части их раны были поражены гангреной или страшно загрязнены.

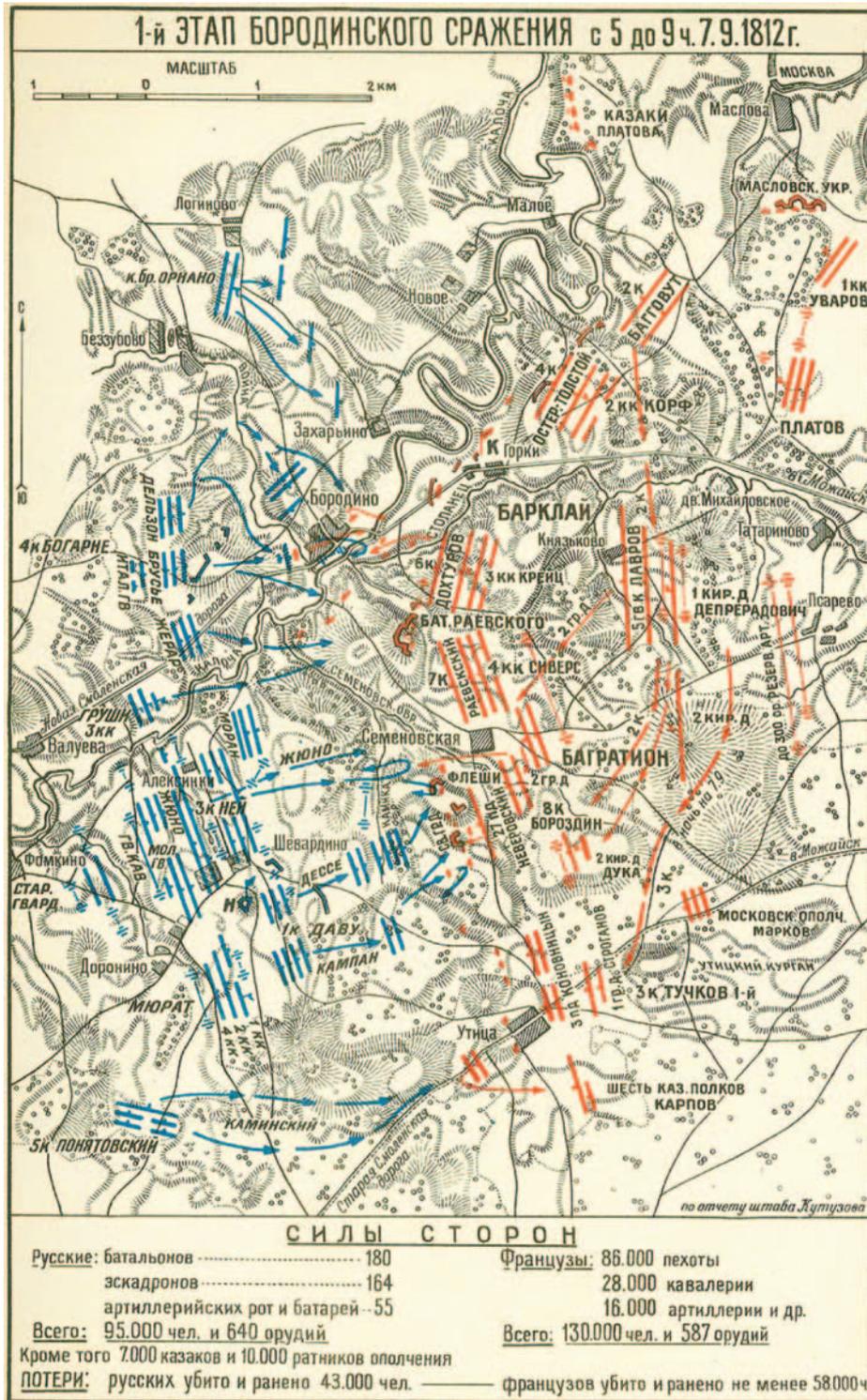


Рис. Карта Бородинского сражения [15]

Все они умирали с голоду. Прежде всего, я позаботился об их продовольствии. Затем я всем им перевязал раны и многим сделал серьезные операции. Наконец я велел перенести их вместе с нашими ранеными в приготовленные госпитали, где их лечили и выхаживали совершенно одинаково с нашими» [17].

И все же руководство армии, ориентиру-

ясь на предполагаемое количество потерь, готовилось к организации эвакуации. По приказу М.И. Кутузова, с лазаретных фур были сброшены громоздкие кузова и сделаны на дорогах помосты для лежания 5-6 раненых. Для эвакуации раненых было сосредоточено более 12 000 подвод, причем для увеличения их количества войскам было специально вы-

дано продуктов больше нормы [15, 18]. Между Можайском и Москвой на расстоянии 22-27 верст (суточный переход конного транспорта) были созданы три станции для раненых. Они располагались в Шелковке, Кубинском и Перхушкине. Основная роль таких станций — организация отдыха, питания раненых, а при необходимости, оказание медицинской помощи [16]. Для этого на каждой станции находились по два лекаря и по два фельдшера.

Несмотря на всю подготовку, действительность оказалась гораздо хуже планов. Реальные потери существенно превысили те, которые предполагались. Только по приблизительным данным, во время Бородинской битвы из русской армии выбыли из строя 43 тыс., из французской — 58 тыс. человек [9]. Поэтому медицинской службе русской армии пришлось работать с существенной перегрузкой. Несмотря на это, все же удалось эвакуировать большинство раненых сначала в Москву, а затем во временные и постоянные госпитали, во внутренние губернии, и тем спасти тысячам солдат и офицеров жизнь. В целом внедряемая поэтапная эвакуационная система оказалась эффективной и в последующем ее применяли в военно-полевой хирургии длительное время.

Принципы лечения ран в русской армии

Война 1812 года — это уже война артиллерии. Именно превосходство одной из противоборствующих сторон в количестве орудий, умение полководцев своевременно маневрировать артиллерийскими батареями чаще всего и определяли исход сражения. Бородинское сражение в этом плане наиболее показательно, основные задачи как наполеоновской армией, так и русской решались, в первую очередь, применением артиллерии.

Соответственно, основные потери армий были от артиллерии. Поэтому и врачам приходилось наиболее часто сталкиваться, по современной терминологии с минно-взрывными ранениями, для которых характерно массивное повреждение тканей. Раны были обширными, чаще всего с повреждением крупных сосудов, нервов и костей, нередко встречались раненые с отрывом конечностей или с их массивным размозжением. Такой характер ранений предопределял тактику врачей, и основной операцией в те времена была ампутация.

В начале XIX в Европе ведущим специалистом по ампутациям считался Жан-Доминик Ларрей, который во время похода в Россию был личным врачом Наполеона. В 1803 г. Д. Ларрей защитил докторскую диссертацию

«Об ампутациях конечностей при огнестрельных ранениях их» [4]. Он как военный врач участвовал во всех наполеоновских походах, трижды был ранен. Обладая большим опытом, Ларрей внес существенный вклад в развитие военно-полевой хирургии, и сам был прекрасным оператором. Во время Бородинской битвы он за сутки выполнил 200 ампутаций, на каждую из которых ему требовалось не более 4-5 минут и большинство прооперированных выжило. Именно Д. Ларрей разработал концепцию ранних ампутаций (в течение 24 часов) при огнестрельных ранениях конечностей. «Говорят, что ампутация конечности — операция жестокая, опасная по своим последствиям, — писал Ларрей, — ...но я полагаю, она возвращает жизнь таким больным, которые при других способах лечения, наверное, погибли бы. Мы имеем полное право сказать к тому же, что в настоящее время шансов на благоприятный исход ампутации несравненно больше» [4]. Французские хирурги строго следовали этому принципу, широко выполняя различные ампутации. Их производили на поле битвы нередко даже при простых ранениях без учета показаний. При этом солдатам верхние и нижние конечности ампутировали, не спрашивая их согласия, офицеров приходилось уговаривать.

В русской военной медицине во время войны 1812 г. единой доктрины, определяющей принципы и методы лечения раненых, не было. Многие врачи широко применяли ампутации. Известно, что главный медицинский инспектор русской армии Я.В. Вилие во время Бородинского сражения выполнил сопоставимое с Д. Ларреем количество ампутаций [9]. В то же время многие русские врачи уже в то время стремились следовать сберегательному методу лечения, который окончательно утвердился при Н.И. Пирогове.

Отсутствие единой доктрины не означает, что каждый хирург действовал на свое усмотрение. Определенные правила должны были соблюдаться. Для того, чтобы понять подходы, применяемые русскими военными хирургами, можно обратиться к книге нашего земляка, уроженца г. Могилева, штаб-лекаря, доктора медицины Льва-Казимира Яковлевича Нагумовича — «Руководство к лечению огнестрельных ран» [19]. Следует указать, что в основу данной работы был положен его большой опыт работы в качестве военного врача. В 1812 г. он служил младшим лекарем Фанагорийского гренадерского полка, участвовал в сражениях при Бородине, Малом Ярославце, в заграничном походе, дошел до Парижа. После войны

длительное время работал в военных госпиталях в Витебске и Могилеве. В знак признания его заслуг в военной медицине был избран почетным членом Военно-медицинского ученого комитета Медицинского департамента Военного министерства, почетным членом Виленской медико-хирургической академии [20].

Вот некоторые рекомендации по оказанию помощи при ранениях. При выполнении первой перевязки ран требовалось обязательно производить ее расширение «для того, дабы переменить свойство оной и дать ей вид свежей и кровавой раны» [11, 19]. Особенно подчеркивалась значимость расширения при ранах конечностей, в зонах с большим количеством мышечной ткани. «Раны членов, из многих мускулов состоящих и крепкою сухожильною перепонкою обложенной, непременно должны быть расширены, что разумеется о пострелинах ляжки, икры и плеча. Разрезы вовсе не нужны и бесполезны в местах, по большей части из костей состоящих и в коих весьма мало имеется мышечного существа. Под сими местами разуметь должно голову, грудь, руку (исключая ладонь), ногу, нижнюю часть икры и сочленные составы» [11, 19]. Т.е. видно, что врачам предписывалось не просто провести перевязку, а в современном понимании выполнить один из элементов первичной хирургической обработки. Вместе с тем при небольших ранениях обычно не производили удаление пуль и осколков, ожидали пока наступит нагноение раны и осколок или пуля выйдет сам при очищении раны.

В определенной степени были регламентированы показания к первичной ампутации. К ним относились «обширнейшие раны икры и ляжки, в коих мягкие части совершенно разрушены и расстроены, кости сокрушены, сухие жилы и нервы поражены» [11, 19]. В более поздние сроки, показанием к ампутации являлись изменения гноя к худшему, наличие сильного «зловония при повреждении кости» [11, 19].

Но при этом не допускался формальный подход. Должно было оцениваться общее состояние раненого. «Сложение больного много имеет влияния на ход и добропорядочное состояние раны: в здоровом теле раны заживают скоро и благополучно» [11, 19]. «Душевные страсти, как-то: боязнь смерти, тоска по родине (Nostalgia) и прочее ухудшают предсказание при наилучшем состоянии раны» [11, 19].

Таким образом, в отличие от французской, в русской военно-полевой хирургии отмечалось стремление врачей не просто ампутировать конечность, а сохранить, во что бы то ни стало, хотя бы с ограниченной функ-

цией. Признано, что в то время это было передовым новаторским направлением. И применение сберегательного метода русскими военными хирургами во многих случаях оказалось эффективным. Для демонстрации этого целесообразно привести ряд примеров, причем они оказались во многом схожими с ранением П.И. Багратиона, а поэтому и важными для нас.

Вот как один из офицеров вспоминает свое ранение. «Раздвинули толпу, и меня мои провожатые представили врачу, который с засученными по локоть рукавами стоял у доски, обогреной кровью... На спрос лекаря, где моя рана, я указал, и сподвижники его, фельдшера, посадив на доску меня, чтобы не беспокоить раненой ноги, размахнули ножом рейтузы и сапог и, обнажив мою ногу, пробовали рану, говоря доктору, что рана моя странная: отверстие одно, а пули не ошупали. Я просил самого доктора внимательнее осмотреть и объяснить мне откровенно, останусь ли я с моей ногою или должен с нею проститься. Он также зондом пробовал и сказал: «Что-то задевает», и просил дозволения испытать; пальцем он всунул в рану, боль была нестерпимая, но я мужался, не показав при всем этом ни малейшей слабости. Обшарив, лекарь, по кости моей сказал, что пуля ущемлена в кости, и вынуть оттуда трудно, и нелегко переносить операцию, «но уверяю вас благородным словом, возразил доктор, что рана неопасна, ибо кость не перешиблена; позвольте, я сам вам перевяжу рану, и вы можете отправиться куда угодно». Не прошло минуты, рана перевязана, причем объявил мне доктор, что до 3 суток не касаться моей раны и перевязки» [21].

А вот как врач И. Е. Дядьковский в свидетельстве, выданном поручику Мирковичу, получившему ранение во время Бородинского сражения, описывает проведенное лечение. «По получении им 26-го августа ядром раны в заднюю часть правого бедра так, что большая часть сгибающих колена мышц были, начиная от подколенной чашки до седалища, вырваны, лечим был мною в Рязани по 10-го января, по окончании коего лечения оказалось, что нога хотя и действовала при хождении, однако столько еще слабо, что он никак не может вступить в службу, разве только по прошествии довольного времени, в которое ослабленные мышцы могут более укрепиться» [22]. Примечательно в этом случае то, что простой поручик заканчивал лечение в Рязани, городе, где были развернуты госпитали третьей линии. Т.е. после Бородинского сражения с таким ранением он был успешно эвакуирован на такое

большое расстояние, причем в ужасных условиях массовой эвакуации без персональных врачей.

После окончания войны в течение пяти шести лет во многих частях служили солдаты, перенесшие тяжелые огнестрельные ранения конечностей. Они имели серьезные функциональные нарушения, но не стали глубокими инвалидами и продолжали служить в нестроевых частях, госпиталях, инвалидных командах. В этом отношении интересен список солдат лейб-гвардии Литовского полка за подписью полкового штаб-лекаря, уволенных в 1818 г. по неспособности продолжать службу.

«Рядовой Семен Шевчук, 35 лет, ранен в правую ногу ниже колена с повреждением костей и жил, отчего худо владеет оною; также ранен в колено левой ноги. В гвардейский служащий инвалид.

Рядовой Семен Андреев, лет от роду 34. Ранен в бедро левой ноги навывлет с повреждением жил, отчего худо владеет оною. В гвардейский гарнизон.

Рядовой Дементий Клумба, 35 лет. Ранен в правую руку у плеча, а также в левую ногу, отчего худо владеет как рукою, так и ногой. В гвардейский гарнизон.

Рядовой Федор Моисеев, 39 лет. Ранен в левую руку с раздроблением костей, отчего худо владеет оною; также и в правой от нарыва повреждены жилы, отчего сведен указательный палец. В гвардейский служащий инвалид.

Рядовой Семен Мануйлов, 50 лет. Ранен пулею в поясницу с раздроблением костей. В гвардейский гарнизон.

Рядовой Василий Логинов, 50 лет. Ранен картечью в плюсну левой ноги с раздроблением костей. В гвардейский служащий инвалид.

Рядовой Франц Рябчик, 51 год. Ранен пулею в правую ногу ниже колена и в левую ногу в бедро с повреждением костей. В гарнизон» [23].

Всего в списке 93 человека, но даже эти примеры показательны. Очевидно, что берегательная тактика в этих случаях полностью оправдала себя.

Стоит привести еще два примера, важных для рассматриваемой темы. В январе 1807 г. в сражении под Прейсиш-Эйлау тяжелое ранение получил М.Б. Барклай-де-Толли. Он был ранен в правую руку с раздроблением плечевой кости. Его лечащим врачом был генерал-штаб-доктор Матвей Андреевич Баталин. Лечение продолжалось 15 месяцев, из раны за этот период было извлечено свыше сорока обломков различной величины. «Жестокие припадки, сильное нагноение, значительная потеря кости и расстройство мускулезных частей хотя

явственно показывали, что рана не скоро залечена быть может, а член, и по совершенном заживлении, сделается короче: но не взирая на все сие, медик твердо решился сохранить правую руку... и старания его увенчались счастливым успехом: ибо, со временем, фельдмаршал свободно мог владеть оною» [11, 19].

21 ноября (9 ноября по старому стилю) 1812 года в боях под Борисовом командующий корпусом 3-й Западной армии генерал граф Карл Осипович де Ламберт был тяжело ранен пулей в колено [24]. Лечение ранения протекало тяжело и потребовало полтора года. Но в начале марта 1814 г. К.О. де Ламберт вернулся на службу и за взятие Парижа был награжден орденом св. Александра Невского [25].

Все приведенные примеры свидетельствуют о том, что русские военные врачи в то время уже умели успешно лечить сложные огнестрельные и минно-взрывные ранения, не прибегая к ампутациям. Это было практически началом развития нового направления в военно-полевой хирургии, которое окончательно было оформлено Н.И. Пироговым. И примечательно, что такого уровня в лечении ран русские хирурги добились в доантисептическую эпоху, еще ничего не зная про наркоз. Раны промывали тогда простой водой, иногда с добавлением извести или соли. Используемые инструменты не стерилизовали, а лишь смывали с них кровь. Йод был открыт в 1814 году, а для обработки ран его стали применять намного позже только через 40-50 лет. Весь набор оказания помощи того времени представлял: хинин, настойка купоросного эфира, опий, повязки. В качестве перевязочного материала использовали батистовые платки (для генералов и офицеров) и подручные «тряпки» (для нижних чинов).

К сожалению, русские хирурги из-за неудачного стечения обстоятельств не смогли получить в свой арсенал еще один важный метод. Успех лечения тяжелых ранений зависит от качества иммобилизации. В то время использовали лубки, «аппараты к перевязке переломов». Другие методы лечения переломов на тот момент времени не применялись. Хотя еще до войны оператор Минской, а в последующем Витебской врачебной управы Карл Иванович Гибенталь впервые в Европе применил гипсовую повязку для лечения переломов. О применении гипсовой повязки Карл Иванович в феврале 1812 г. написал рапорт в Санкт-Петербургскую медико-хирургическую академию. К сожалению, И.Ф. Буш дал отрицательный отзыв, написав в своем заключении: «Способ лечения перелома костей без

обыкновенной перевязки, испытанный г-ном Гибенталем in fractura ossium metacarpi работника одного, стоит в прикладывании мягкого гипса вокруг всего члена, после порядочного выравнивания переломленных костей, от чего такая часть по высушивании гипса плотно и ровно сжимается, и кость своего состояния переменить не может. Сие было бы хорошо для простых переломов, где еще нет опухоли, но в сложных и сопряженных он пользы иметь не может, конечно, может, в таком случае способ китайцев быть подражаем, которые кладут вдоль по члену тросточки, выполняя их между гипсом и так далее. Но все сие сопряжено с гораздо большими неудобствами как заведенный способ лечения» [4]. К.И. Гибенталь принимал участие в Бородинском сражении и оказывал помощь раненым воинам 1-й Западной армии под командованием М.Б. Барклая-де-Толли, но из-за отрицательной рецензии профессора И.Ф. Буша он не смог в полевых условиях попытаться использовать гипсовую повязку. Еще длительное время врачи продолжали лечить переломы костей общепринятыми методами, и только Н.И. Пирогов спустя сорок лет применил гипсовую повязку для лечения раненых в боевых условиях [4, 26].

Заключение

Завершая изложение рассматриваемых в статье вопросов, следует констатировать несколько важных для последующего анализа лечения П.И. Багратиона положений.

Все принимавшие участие в процессе лечения врачи были квалифицированными хирургами, имеющими достаточный личный опыт оказания помощи при боевых ранениях.

В русской армии во время войны 1812 г. внедрялась прогрессивная система оказания медицинской помощи раненым. Вместо порядка оказания медицинской помощи на месте, было введено в практику поэтапное лечение. В целом новая поэтапная эвакуационная система оказалась эффективной. Благодаря последней после Бородинского сражения, удалось эвакуировать большинство раненых, сначала в Москву, а затем во временные и постоянные госпитали, во внутренние губернии, и тем спасти жизнь тысячам солдат и офицеров.

Уровень русской военно-полевой хирургии в период войны 1812 г. был довольно высок. В отличие от французских, русские хирурги начали применять сберегательные методы, позволяющие лечить сложные огнестрельные ранения, не прибегая к ампутациям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ларинский Н. «Рана была хороша и обещала спасение» / Н. Ларинский // История ранения П.И. Багратиона война [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://webcache.googleusercontent.com>. – Дата доступа : 21.08.2012.
2. Давыдов М. Была ли рана смертельной / М. Давыдов // Наука и жизнь. – 2012. – № 9. – С. 26–33.
3. Будко А. Легкое ранение со смертельным исходом / А. Будко // Мед. газета. – 20 июля 2012. – № 52.
4. Мирский М. Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории / М. Б. Мирский. – М. : Наука, 2000. – 798 с.
5. Виллие Я. В. Краткое наставление о важнейших хирургических операциях / Я. В. Виллие. – СПб., 1806. – С. III. – 167 с.
6. «Офицеры 1812 г.». Информационный ресурс по офицерам Российской Императорской армии Эпохи Отечественной войны 1812 года // [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://officers.wardoc.ru/index.php>. – Дата доступа : 23 12 2012.
7. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского московского университета: За истекающее столетие, со дня учреждения января 12-го 1755 года, по день столетнего юбилея января 12-го 1855 г. – Ч. 1. – М. : Ун-т тип., 1855. – 513 с.
8. Чистович Я. История первых медицинских школ в России / Я. Чистович. – СПб. : Тип. Я. Трея, 1883. – 1040 с.
9. Кузьмин А. А. Некоторый опыт лечения раненых во время Отечественной войны 1812 г. / А. А. Кузьмин // Вестн. воен. ун-та. – 2011. – № 1. – С. 156–60.
10. Богданович М. И. История Отечественной войны 1812 года по достоверным источникам СПб / М. И. Богданович. – СПб. : С.-Петербург. Типография Торг. дома С. Струговщикова, 1859. – Т. II. – 651 с.
11. Медицинская энциклопедия. Медицинская служба в отечественную войну 1812 года Эвакуация и лечение раненых и больных // [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.medical-enc.ru>. – Дата доступа : 11.11.2012.
12. Чтения в Императорском Обществе Истории и Древностей Российских за 1865 год. – М. : Ун-т тип., 1865. – Кн. 3. – 938 с.
13. История тыла и снабжения русской армии. – Калинин : ВАТС, 1955. – 328 с.
14. Энегольм И. Карманная книга военной гигиены или замечания о сохранении здоровья русских солдат / И. Энегольм. – СПб. : Император. тип., 1813. – 239 с.
15. 1812 год. События 7 сентября. Бородинское сражение. Ход битвы до полудня // Военный обозреватель [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://waronline.info>. – Дата доступа : 10.09.2012.
16. Будко А. А. Роль военной медицины в победе русской армии в Отечественной войне 1812 г. / А. А. Будко, Д. А. Журавлев // Вестн. С.-Петерб. Гос. ун-та культуры и искусств. – 2012 Дек. – № 4. – С. 49–58.
17. Французы в России. 1812 г. По воспоминаниям

современников-иностранцев / сост. : А. М. Васютинский, А. К. Дживелегов, С. П. Мельгунов. – М., 1912. – 200 с.

18. Глинка Ф. Н. Очерки Бородинского сражения (воспоминания о 1812 годе) / Ф. Н. Глинка ; сост. : И. Н. Лышковская. – Смоленск : Свиток, 2008. – 96 с.

19. Нагумович Л. Я. Руководство к лечению огнестрельных ран / Л. Я. Нагумович. – 1822.

20. Кульпанович О. А. Врачи Беларуси в российской армии в войне 1812 г. (к 200-летия Отечественной войны 1812 г.) / О. А. Кульпанович // Вопр. информатизации и организации здравоохранения. – 2012. – № 2. – С. 68–72.

21. Харкевич В. И. 1812 год в дневниках, записках и воспоминаниях современников : материалы Военно-ученого арх. Гл. штаба / Харкевич В. И. – Кн. II, вып. 4. – СПб. : Альфарет, 2012 – 324 с.

22. Лушников А. Г. И. Е. Дядьковский и клиника внутренних болезней [Московского университета] первой половины XIX в. / А. Г. Лушников. – М. : Медгиз, 1953. – 284 с.

23. Маркграфский А. История лейб-гвардии Литовского полка / А. Маркграфский. – Варшава :

тип. Варшав. жандарм. окр., 1887. – 612 с.

24. 1812 год. События 21 ноября. Корпус генерала Ламберта разбил поляков у Борисова // [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://warsonline.info>. – Дата доступа : 02.12.2012.

25. Ламберт Карл Осипович. Википедия – свободная энциклопедия // [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://ru.wikipedia.org/wiki>. – Дата доступа : 21.12.2012.

26. Мазепова Д. В. Врач новатор – Карл Иванович Гибенталь / Д. В. Мазепова, Ю. С. Небылицин // Новости хирургии. – 2008. – № 4, Т.16. – С. 2–8.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, д. 27,
УО «Витебский государственный
медицинский университет»,
кафедра общей хирургии,
тел. раб. +375 212 37-80-82,
e-mail: nebylicin.uravgm@mail.ru,
Небылицин Юрий Станиславович

Сведения об авторах

Сушков С.А., к.м.н., доцент, проректор по научно-исследовательской работе УО «Витебский государственный медицинский университет».

Небылицин Ю.С., к.м.н., доцент кафедры общей хирургии УО «Витебский государственный медицинский университет».

Реутская Е.Н., студентка 6-го курса лечебного факультета УО «Витебский государственный медицинский университет».

Рак А.Н., студентка 6-го курса лечебного факультета УО «Витебский государственный медицинский университет».

Поступила 25.12.2012 г.
