

Война и госпитали *Почему менялась архитектура последние 300 лет*

Мария Федорова

Oxford Russia Fellow, кандидат архитектуры, доцент кафедры «Архитектура»,
Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина
Адрес: ул. Мира, д. 19, г. Екатеринбург, Российская Федерация 620002
E-mail: m.s.fedorova@yandex.ru

В статье представлены взаимосвязи между архитектурой военных госпиталей и изменениями, которые происходили в организации военных действий, отношением к армии и солдату, а также развитием медицинских технологий. На примере военных госпиталей демонстрируется то, как в архитектуре отражаются многие представления о значимости и ценности каждого функционального элемента в планировочной схеме и фасадных решениях. Среди наиболее важных детерминант, определяющих изменения в архитектуре военных госпиталей, были выделены изменение идеологии войны и роли солдата, изменение представлений о медицине и гигиене, развитие военной техники и оружия. В силу своей специфики военный госпиталь имеет ряд свойственных только ему характеристик, которые включают закрытость системы, неравномерный характер поступающего потока, особое сообщество. Военный госпиталь, — это прежде всего машина для возвращения комбатантов в строй. Через изменение архитектуры военных госпиталей можно увидеть развитие медицины, изменения роли солдата, врача, разделение на ранги «солдаты» и «офицеры», военные и гражданские, отношение к дисциплине и организации лечения, развитие военных технологий и совершенствование способов транспортировки. Хронологические рамки исследования охватывают период в 313 лет, а архитектура госпиталей представлена сменой 5 основных этапов. Материалами для исследования послужили полевые дневники и записки, исторические справки, архивные материалы, книги и статьи по истории России, военной истории, медицине, а также интервью с военными врачами, историками, оружейниками.

Ключевые слова: социология архитектуры, военный госпиталь, архитектура, медицинские технологии, армия, война

Анализ влияния социальных факторов на архитектуру различных типов зданий, их облик и объемно-планировочные решения не раз становился предметом исследования социологов. Вальтер Беньямин в своих работах показывает, каким образом в устройствах пассажей конца XIX века (просторные помещения, легкие конструкции и использование стекла) отразились новые торговые привычки буржуазии, он доказывает, что такие черты торговых пассажей, как роскошная отделка, комфортность пребывания и комплексность представляемых товаров, объяснялись не только развитием торговли и строительных материалов, но и переходом

повседневной жизни к коммодификации, эстетизации мира товаров (Беньямин, 2000: 153–167). В. Гепхарт в своей статье рассматривает судебные здания Германии и описывает взаимосвязи между правовой системой и ее визуальным отражением в архитектуре, он показывает, что, после того как суды стали пониматься как функциональное место для бюрократической работы, происходит переход к новой, утратившей парадность архитектуре (Гепхарт, 2007). Влияние политики на архитектуру рассматривается Эльвирой Ибрагимовой на примере истории правительственного здания Народной скупщины в Белграде. Она показала, как смена политических режимов связана с разгромом и захватом здания (Ибрагимова, 2014). Влияние устройства общества на архитектуру продемонстрировано в статье А. Желниной (Желнина, 2011), где показано, как менялись устанавливаемые нормы поведения и городские пространства потребления (размещение входов, копирование пространства улиц), создавались пространства ограниченной публичности. Общие вопросы и проблематика социологии архитектуры описаны в статье Хайке Делитц (Делитц, 2008), в которой она определяет архитектуру как средство отражения социальных процессов. Делитц демонстрирует, как изменившаяся картина мира повлияла на архитектуру, и описывает стиль деконструктивизм, направленный на усиление коммуникативности, гибкости и креативности.

Подобный подход к архитектуре как к изменяемому под воздействием других факторов в случае с военными госпиталями обещает быть состоятельным, богатая история (более 300 лет с момента появления первого госпиталя), а также большое количество военных действий, в которых участвовала Россия за эти три века, позволят оценить и продемонстрировать, какое влияние оказывала и продолжает оказывать война на госпитальное строительство.

Военный госпиталь: определение и характерные особенности

Проект современного госпиталя, как и проект любого гражданского медицинского учреждения, в первую очередь должен соответствовать Своду правил 158.13330.2014 «Здания и помещения медицинских организаций». Специфика с точки зрения существующих правил заключается в высоком, глухом заборе по периметру, КПП на въезде и ряде специализированных отделений, но есть и несколько ключевых характеристик, которые позволяют объяснить, чем является военный госпиталь.

Первое, на что необходимо обратить внимание, это причина, по которой появились постоянные госпитали в России. Система военных госпиталей была необходима для возвращения раненых и травмированных комбатантов обратно в строй, и эта цель за последующие годы не изменилась: «Цель военных госпиталей есть временное призрение больных военных чинов...» (из письма управляющего военным министерством графа Чернышева, август 1830) (Алелеков, 1907: 616). Сегодняшним предназначением военного госпиталя остается возвращение солдат и офицеров обратно на передовую, лечение есть способ достижения этой

цели. Ключевым показателем работы госпиталя являются «безвозвратные потери», к ним относятся не только убитые и умершие, к этой категории отнесут и тех, кто не вернется в строй из-за серьезных травм: «в некоторых случаях безвозвратные потери характеризуются общим числом выбывших из строя, когда к числу убитых, умерших и попавших в плен прибавляются еще уволенные из армии солдаты и офицеры после ранения и болезней» (Урланис, 1994: 15). Они безвозвратно потеряны для военной системы, даже если живы.

Во-вторых, современное здание госпиталя это не просто система отделений, по типу организации и приоритету функции над формой, это скорее машина, которая в период пиковых нагрузок может дать сбой в слабых местах. Госпиталь — это объект с неравномерной нагрузкой, в войну госпитали экстренно расширяются в разы и эти возможности должны быть в них заложены изначально. То есть меняющимся потребностям должно отвечать одно и то же здание. Изначально самым слабым элементом было приемное отделение, «бутылочное горло», которое не справлялось с непрекращающимся потоком, с введением сортировки слабым местом могло стать любое из отделений, если в нем не происходило оттока. Сортировка становится постоянной задачей госпиталя. Входящий поток, умело распределенный по палатам, отсекам, измам, кроватям, не должен останавливаться надолго ни на одном из этапов, госпиталь, даже постоянный, — это временное место пребывания, логистический хаб, который перераспределяет все входящие в него потоки по новым векторам. Больница, санаторий или клиника рассчитываются исходя из коечной мощности и сменяемости, определяющей динамику этой системы, пропускную способность, количество человек, которым могут оказать помощь. В ситуации с госпиталем при такой же заданной заранее коечной мощности, входящий поток может возрастать в разы, и «предустановленная» функциональная схема не имеет права на сбой.

И, в-третьих, при перегрузке, то есть слишком большом потоке раненых, пребывание в госпитале из лечебного легко могло стать губительным: при размещении большого количества людей в одном помещении инфекционные заболевания легко передавались от одного солдата к другому. Подобная перегрузка возникает при ошибках в планировании и подготовке войн. Как будет показано далее, мы всегда готовимся к войнам прошедшим, а не будущим. Вплоть до Второй мировой войны предполагаемые потери, то есть то, к чему готовились госпитали, были несравнимо меньше реальных.

Здесь я определяю военный госпиталь как закрытую многоэтапную технологизированную логистическую площадку, используемую определенным сообществом и позволяющую наиболее эффективно решать вопросы обеспечения квалифицированной медицинской помощью членов этого сообщества для выполнения ими прямых должностных обязанностей.

Военный госпиталь — это первое государственное медицинское учреждение в России, задавшее развитие всего медицинского направления. Его военные истоки во многом определили статус гражданской медицины, беспрекословный ав-

торитет врачей и места, где «людей как субъектов воли и действия почти нет, все они превращены в объекты воздействия чужой воли» (Степун, 1917). Чтобы отразить в комплексе все те изменения, которые влияют и влияли на формирование архитектуры военных госпиталей, в качестве основного ориентира были выбраны самые крупные войны, в которых участвовала Россия с момента появления госпитальной структуры. Опираясь на хронологическую последовательность, я хочу проследить, как менялось отношение к солдату и офицеру, боли и страданиям, долгу и чести, как эти понятия отражались в архитектуре госпиталей, чем являлся госпиталь в тот или иной отрезок времени (см. рис. 1).

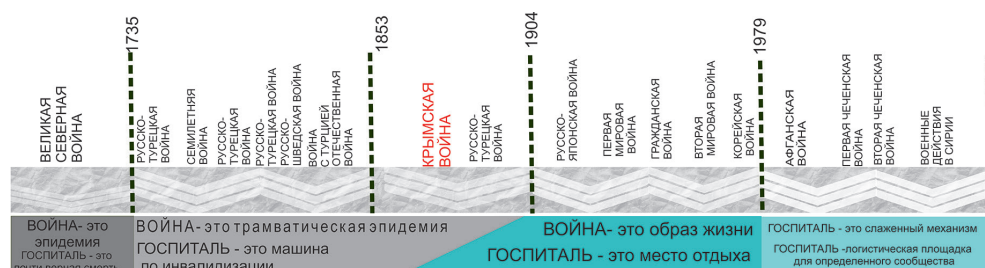


Рис. 1. Схема изменения отношения к госпиталю начиная с 1707 года

Рассматривая войну как процесс, я хочу показать, какое влияние она оказывала на здание госпиталей, как менялась архитектура со сменой типов оружия и развитием медицины.

1700–1735. Северная война: постоянный госпиталь для регулярной армии

Затяжная Северная война, начавшаяся в 1700 году, выявила слабые места в организации русской армии, к которым относилось не только большое количество иноземцев, не оправдывающих надежд на поле боя, но и неразвитая система оказания медицинской помощи, в которой опять же отсутствовали русские врачи, а иностранцы не всегда обладали должным уровнем знаний, и отличалась примитивными методами лечения (Федорова, 2017: 14). В России не было собственной госпитальной школы и в первой половине XVII в. в армии почти не было врачей: «В то время от больных и раненых даже откупались, выдавая на руки на «лечьбу» деньги, а где и как лечиться — предоставлялось на усмотрение каждого» (Ураланис, 1994: 73).

Работа по каждому из этих двух направлений, создание постоянной и профессиональной армии и инструмента ее возобновления была необходима Петру I для достижения поставленных целей: «Для Петра I государство — институт, механизм, который должен слаженно работать. Он прекрасно понимал, что и армия — важнейший механизм, и, конечно же, она должна быть возобновляема. Отсюда он заимствует из-за рубежа те способы возобновления армии, которые уже были там.

Сама война им рассматривается как инструмент деятельности государства, улучшения положения государства» (Полевые материалы автора: историк).

Изменения в организации военных действий касались не только изменения состава и подготовленности участников, в первую очередь историки отмечают тот факт, что с каждым годом совершенствуется оружие и «меняется характер травм, их массовость, появление в XIV веке огнестрельного оружия и его применение в войнах качественно изменило характер боевой травмы» (Гуманенко, 2008: 25). При этом увеличивается количество раненых и полковой лекарь, и монахи больше не могли справляться с увеличивающимся потоком: «До XVII века военной медицины как таковой не было: после битвы раненых развозили по ближайшим монастырям, где ими занимались монахи. Полковые лекари появились, когда вдобавок к ополчению стали создаваться регулярные полки, полностью состоявшие на обеспечении государства» (Кипнис, 2012). Переход к медицинской помощи, оказываемой государством, является необходимым шагом, при этом параллельно решалась и другая важная задача — подготовка русских лекарей одновременно с созданием госпитальной системы на имеющейся базе создается первая медицинская школа.

В 1707 году в Лефортово по приказу Петра I был открыт первый в России военный госпиталь, первое государственное лечебное учреждение в России и «еще при жизни Петра I создается система из 10 крупных госпиталей и около 500 лазаретов» (Будко, 2007: 113). Многие первые госпитали функционируют до сегодняшнего дня.

Простейшие операции и манипуляции, весьма скромные требования к гигиене — это то, что отличает медицину начала XVIII века. Поэтому и требования к планировочным решениям госпиталя были самые минимальные: возвышенное место, наличие воды, свежего воздуха и достаточного места для обустройства всех вспомогательных помещений (кухня, конюшня, баня, квасоварня, ботанический сад и т. п.). Например, в госпитале Лефортово «двухэтажное деревянное здание, состоящее из нескольких срубов, поделили на светелки (палаты), в которых и размещались солдаты, в середине размещалась церковь, анатомический театр примыкал к общему зданию госпиталя» (Алелеков, 1907: 76; Бруин, 1873: 249).

Поскольку чертежей первого здания не сохранилось, а восстановление после пожара происходило по старому проекту, то можно предположить, что госпиталь имел примерно следующую планировочную схему (см. рис. 2).

Планы первых проектов госпиталей состоят всего из нескольких помещений, нет разделения на отделения, на заразных и незаразных больных, внутреннего деления инфекционных палат по заболеваниям. Предполагалось, что просторные палаты с хорошим воздухообменом являются достаточной мерой для пресечения передачи инфекции. Только в 1789 году выходит новое положение о строительстве госпиталей, где во избежание распространения инфекционных болезней предусматривается разделение: «для наружных; лихорадочных и горячками одержимых; венерических; честных; выздоравливающих» (Государственный архив Свердловской области, Ф 24. 1Т2,2779).

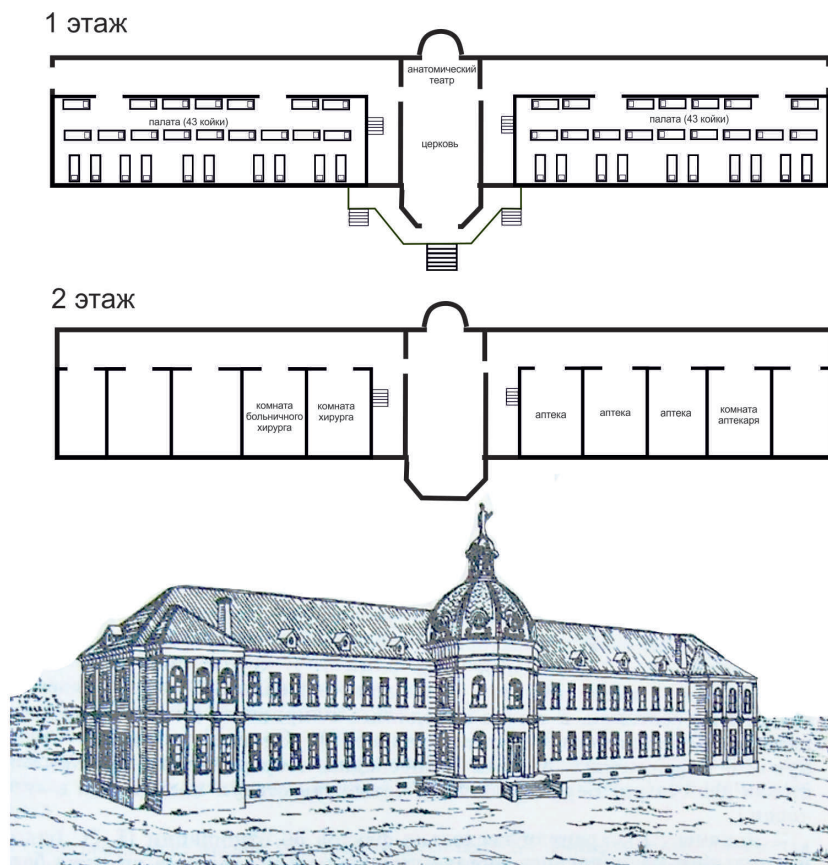


Рис. 2. Сверху — схема плана первого военного госпиталя в Лефортово (предположительно на основании описания и рисунка).
Снизу — рисунок, выполненный Н. Бидлоо в 1723–1725 года (архив музея ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н. Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации, далее — архив музея госпиталя им. Н. Н. Бурденко)

Если обратиться к вопросу функционального зонирования территории госпиталя, то помимо собственно медицинского корпуса и вспомогательных служб в госпитале Лефортово, а позднее и в остальных госпиталях в непосредственной близости к главному корпусу размещали покои главного врача (см. рис. 3). Дом врача и в дальнейшем останется на плане госпиталя изолированной и уединенной территорией, максимально приближенный к эпицентру событий, но в то же время создающей личное неприкосновенное пространство среди общественного и обезличенного.

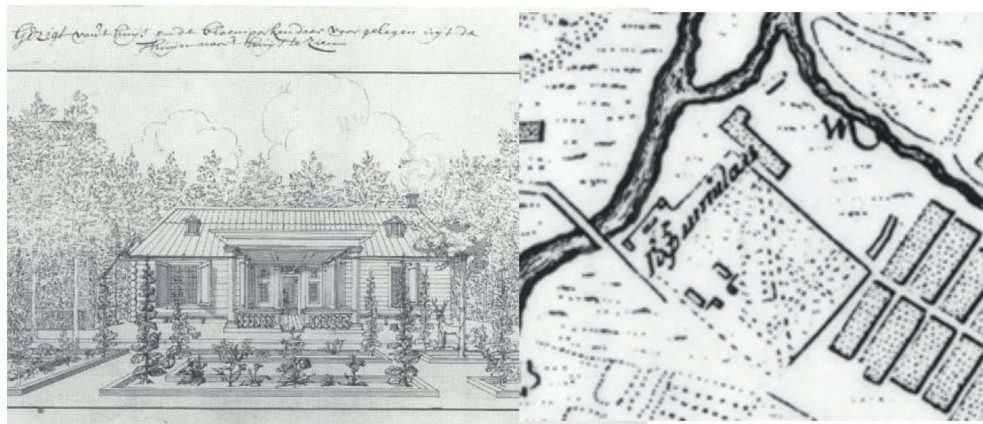


Рис. 3. Общий вид усадьбы Бидлоо и схема генерального плана госпиталя
(архив музея госпиталя им. Н. Н. Бурденко)

Для дальнейшего развития системы госпиталей по всей России Петр I издает ряд указов, которые предусматривают продолжение строительства медицинских учреждений в Петербурге (1716), Кронштадте (1720), Ревеле (1720), Казани (1722), Астрахани (1725) и других городах страны: «Указом Петра I (1721) магистраты обязывались строить госпитали в губерниях, так создается система заводских госпиталей, основанных на принципах, заимствованных из военной сферы» (Шестова, 2004: 4). Таким образом, в России появляется система военных госпиталей, функционирующая и сегодня.

За время Северной войны меняется не только отношение к армии (от временной к регулярной), к солдату (от временного наемника к более ценному рекруту), но и отношение к офицерству. Вводятся постоянные рекрутские наборы и создаются специализированные военные учреждения, образование становится обязательным для получения чина офицера. Армия реорганизовывается в жестко структурированную по чину (солдаты и офицеры). Отголоски этих изменений отразятся и в архитектуре, когда мы увидим на плане разделение палат на солдатские и офицерские: «...в ту госпиталь и сумасшедшие присылаться имеют, иногда офицеры, и для них надлежит иметь особые покои» (Алелеков, 1907: 362). Разделение госпиталя на классы было закреплено положением, в котором каждому классу соответствовала своя коечная мощность для офицеров и солдат.

Развитие системы медицинской помощи в госпиталях неразрывно связано с организацией медицинской или первой помощи непосредственно рядом с театром военных действий. В 1735 году по инициативе Павла Захаровича Кондоиди в русской армии впервые был организован полевой лазарет на 6 тысяч мест — теперь раненых не отправляли в тыл, а старались лечить на месте, чтобы потом вернуть в строй (Кипнис, 2012). Это нововведение значительно влияет на характер поступающего потока раненых и эффективность госпиталя, знаменуя переход ко второму этапу развития военных госпиталей.

Госпитали первого этапа с точки зрения развития медицины и архитектуры представляют собой весьма простые объекты, но их появление, рост и совершенствование находились под особым вниманием царя. Все элементы и их изменения в этой системе находятся во взаимосвязи: с одной стороны, совершенствование армии, обучение военному делу русских солдат и офицеров повышают ценность жизни каждого солдата. С другой стороны, наблюдается стремительное увеличение количества огнестрельного оружия на поле боя, которое определило новый характер ранений и травм. Требовались особый уход, покой, манипуляции, и все это могли дать только постоянные военные госпитали. Вслед за этими запросами следует и архитектура, отвечая на новые требования к помещениям. Раненого во время боя солдата впереди ждало непростое испытание: выжить после ранения, выжить во время транспортировки до госпиталя и найти в себе силы, чтобы выжить после всех манипуляций в самом госпитале без анестезии и обезболивающих. Поэтому, по оценкам экспертов, солдат, выживший после ранения в то время, считался практически святым (Полевые материалы автора: военный историк).

1735–1834. Русско-турецкая война, Семилетняя война, Русско-шведская война и парадная архитектура госпиталей

На втором этапе развития системы оказания помощи в военных госпиталях продолжается постепенное развитие медицины, Россия участвует в нескольких кровопролитных войнах, госпитали нужны и крайне необходимы, но «широкому внедрению активной хирургической тактики в лечении огнестрельных ран до XIX в. мешало отсутствие методов обезболивания при оперативных вмешательствах и средств профилактики инфекционных осложнений. Для предупреждения смертельных септических осложнений при огнестрельных переломах конечностей хирурги широко применяли первичные ампутации» (Гуманенко, 2008: 27). Эта цитата ярко демонстрирует то, чем являлся госпиталь второй половины XVIII века, это место инвалидизации. Место, куда поступают еще вчера здоровые и сильные солдаты, а выписываются инвалиды. Госпиталь — это место боли, в качестве обезболивающих использовались слабые эфиры, лишь немного притупляющие боль.

Эти важные и определяющие госпиталь XVIII века противоречия, возрастающее количество раненых, подчеркнутое уважение к воинскому делу и мало-развитость консервативных методов лечения, гигиены не могли не найти своего отражения в архитектуре. Именно на этом этапе строятся самые внушительные и монументальные здания госпиталей, которые позже попадут во все своды памятников архитектуры с формулировкой «в их величественной архитектуре отражалась мощь и боевой дух русской армии» (см. рис. 4, 5).



Рис. 4. Главный корпус госпиталя Лефортово, 1799–1802, арх. И. Егоров
(архив музея госпиталя им. Н. Н. Бурденко)



Рис. 5. Николаевский военный госпиталь,
Санкт-Петербург, 1835, арх. А. Е. Штауберт

Ранения напрямую связаны с оружием, которым они наносятся, оружие заставляет медицину развиваться: «Были луки и стрелы, всякая рана была резаной, и ее лечить научились. Огнестрельная рана появилась, когда изобрели мушкеты, аркебузы и т. п. И выяснилось, что огнестрельная рана совсем по-другому выглядит и совсем по-другому протекает, просто так взять и зашить ее не получается, солдаты все равно погибали» (Полевые материалы автора: военный врач (нейрохирург)). Были необходимы новые подходы к лечению, старые методы на фоне возрастающего количества раненых и тяжести их ранений все более серьезным оружием показывали свою неэффективность.

В 1759 году, через два года после начала Семилетней войны, русская армия впервые использует короткоствольное полевое орудие «Единорог», снабженное прицелом. Новый тип оружия, его мощь изменили расстановку сил на поле сражения и определили рост количества пострадавших, в этот момент в архитектуре госпиталей появляется и закрепляется новый тип корпусов — бараки. Барак — универсальное решение для размещения большого количества людей в условиях отсутствия финансирования, использовались они в основном как летние помещения, с добавлением каминов они становятся всесезонными: «...еще выстроено из городской суммы пять деревянных лазаретных балаганов с каминами, удобных к помещению в каждом не менее 100 человек больных» (1826 год) (Алелеков, 1907) (см. рис. 6). Существующие госпитали начинают расширяться за счет устройства бараков, чтобы вместить всех нуждающихся.



Рис. 6. Заразные бараки в госпитале в Лефортово, карта расположения летних бараков госпиталя (архив музея госпиталя им. Н. Н. Бурденко)

В это время формируется патриотическое сознание солдата, война становится символом восстановления справедливости и участие в войне уважаемо. Госпитали этой эпохи в Лефортово, Николаевский, Кронштадтский — одни из самых высоких зданий в городе, они богато декорированы и демонстрируют уважение к ра-

боте врача и долгу солдата. Как пишет в своем исследовании Золотарев о войнах второй половины XVIII века: «Солдатская масса не столько умом, сколько сердцем ощущала историческую справедливость собственного участия в этих событиях. Она не могла относиться к войнам, которые вела Россия, как к безразличным для нее „барским“ делам... Высокий моральный дух русского войска превратился в один из основных факторов боеспособности армии» (Золотарев, 2001: 39).

Из воспоминаний прапорщика-пехотинца, участвовавшего в кампании 1821: «Не перестану до конца дней моих ставить себе щастием величайшим, что судьба удостоила меня быть в рядах защитников Отечества, сей чести ничем заменить не допускаю; всякий раз, когда вспоминаю о том, внезапная радостная гордость, подобная чудному восторгу, озаряет дух и сердце, не забываящее тех славных событий, в коих и я, право имею сказать, участвовал, — как капля в бурном океане» (Ивченко и др., 1985: 2). При серьезном ранении шансы выжить, сохранить здоровье были минимальны, госпиталь представлял собой не место для отдыха, а скорее еще одно испытание за жизнь. К примеру, хирургию, которая была одним из основных отделений, старались размещать как можно дальше от палат: «дабы крику и жалости другие больные не слышали и не видели» (Алелеков, 1907: 362).

Дневники полевых и военных врачей в один голос говорят о нехватке мест, персонала, помещений, сноровки, времени, знаний: «Спертый воздух рождал болезни, больные лежали на полу, не имея ни соломы для подстилки, ни одеял, ни лекарств. Скоро и медиков стало недостаточно, и госпитали вместо того, чтобы служить для пользования и отдохновения для больных, способствовали сами распространению заразительных болезней» (Затлер, 1861: 35). Об отношении к госпиталям можно судить и по высказываниям Суворова: как в своих обращениях к солдатам, так и в организованной им строевой дисциплине, он предпринимал все усилия, чтобы его подчиненные никогда не оказались на госпитальной койке. Причина его негативного отношения крылась не только в методах лечения, но также в бюрократизации и хищениях, совершаемых администрациями госпиталей. В «Науке побеждать» он формулирует основную опасность, таящуюся в госпиталях того времени: «Один умирает, а десять товарищей хлеблют его смертельный дух». Его понимание необходимости чистоты очень тонко отражало требование к гигиене, которая должна быть в госпиталях (Суворов, 2019).

Принципиально другим становится внешний облик госпиталей, доказавших свою важность и значимость. Из деревянных, временных, малоэтажных и недолговечных оболочек они перерождаются в каменные исполинские здания с богатым декором. Деревянными остаются лишь те постройки, которые можно быстро восстановить. Архитектуре свойственна «величественная приподнятость образа, соответствующая общественному назначению старейшего лечебного заведения России» (Виноград, 1951), как, например, у госпиталя в Лефортово. Архитектура нового военного госпиталя в Риге, построенного 1808–1810 годах по проекту Ф. И. Демерцова (уже имевшего опыт проектирования и строительства госпиталя в Санкт-Петербурге, см. рис. 7, 8), «впитала в себя характерные направления клас-

сицизма рубежа третьего и четвертого десятилетий XIX века: строгая симметрия всех элементов, геометрическая ясность объемов, простота внешнего убранства, четкие архитектурные формы, неизменным атрибутом которых был колонный портик с треугольным или ступенчатым фронтоном. Здание стало передовым для своего времени, полностью отвечавшим новейшим требованиям тогдашней медицины» (Сурин, 2010).

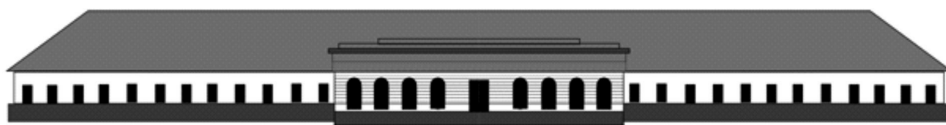


Рис. 7. Госпиталь в Риге, архитектор Ф. И. Демерцов, 1808–1810 (Сурин, 2010)

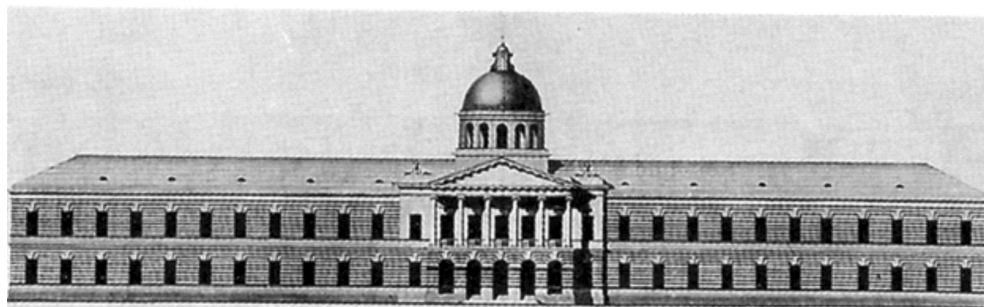


Рис. 8. Госпиталь Лейб-гвардии Семеновского полка в Санкт-Петербурге, архитектор Ф. И. Демерцов, 1797 (Карцов, 2008)

Госпитали второго этапа, здания которых занимали целые улицы и кварталы, своей мощью и незыблемостью демонстрировали силу не только русской армии, готовой на столь значительные расходы, но и дань уважения к боли и испытаниям, которые ожидают попавших в них солдат.

Очередной кризис медицина переживает в Крымскую войну, которую я выделяю в отдельный этап. Изменения, заложенные в этот период, полностью изменили структуру госпиталя и сделали его таким, каким мы знаем его сегодня, изменили его образ в сознании солдат.

1853–1903. Крымская война, переход к утилитарной архитектуре

К моменту начала Крымской войны в 1853 году противоречия, обозначенные еще в прошлом этапе: увеличение потока раненых и больных и отсутствие возможностей для оказания медицинской помощи, позволяющей сохранить здоровье, обострились до предела. При этом патриотический дух солдат, столь важный для боя,

падал, как пишет Н. И. Пирогов: «За кого же считают солдата? Кто будет хорошо драться, когда он убежден, что раненого его бросят, как собаку?» (Пирогов, 1950). Пожалуй, одним из самых шокирующих итогов войны 1853–1856 гг. стало число умерших в госпиталях и лазаретах от болезней, несопоставимо превосходившее количество погибших от оружейного огня неприятеля (Наумова, 2012: 354). До Крымской войны основной хирургической тактикой была ампутация. Отсутствие гигиены, асептики приводило к тому, что даже при удалении пуль или осколков из раны, она все равно начинала гноиться. Процентное отношение числа умерших от ран к числу убитых колебалось в довольно широких пределах в зависимости от степени летальности при ранениях. В большинстве войн XIX века число умерших от ран составляло половину и даже три четверти числа убитых (Урланис, 1994: 126).

В этот период были приняты на вооружение нарезные артиллерийские орудия, которые обладали значительно большей огневой мощностью и отличались повышенной кучностью при стрельбе. После 1860 года меняется и расстановка сил на поле боя: артиллерия уступила первенство пехоте по плотности и точности огня.

Два главных открытия этого этапа кардинально меняют план военного госпиталя. Первое это анестезия, которая позволила проводить операции под наркозом, без спешки и не отвлекаясь на крики пациента. Анестезия дала возможность хирургам заниматься лечением ран, исключив самого человека из операционной, где остается только тело, но и эти изменения внедрялись постепенно и были доступны не всем, в зависимости от чина велась и разная статистика потерь (Урланис, 1994).

Вторым открытием, навсегда изменившим как военный госпиталь, так и любое другое медицинское учреждение, стало развитие бактериологии. Понятие чистой раны изучается с новых точек зрения, исследуются причины заражений, появляется асептика, развивается гигиена, и все помещения госпиталя делятся на белые и черные, то есть на чистые и грязные. В одном здании появляется особый, новый, невидимый подуровень, попасть на который можно только с особых точек входа, выполнив ряд правил. Чистые потоки никогда не будут пересекаться с грязными, сначала помещения, затем воздух (через вентиляционные трубы) — все будет поделено: «Гигиена, прежде вовсе не существовавшая, будучи сама молодая, старается обнять собою почти всю медицину. Не лечить она ставит своею задачею, но предупредить заболевания, не человек в отдельности является объектом ее попечений, но человеческие общества и целые массы людей» (Алелеков, 1907: 668).

Появилась необходимость создания предоперационной, «где хирург готовит свои руки (были способы обработки рук, стерилизации), где одевали халаты, маски, то есть чистую одежду» (Полевые материалы автора: военный врач (анестезиолог)) (см. рис. 9).

На фоне роста огневой мощи оружия, увеличения его точности, медицина не могла не совершить грандиозный скачок в тактике оказания помощи раненым. Эти революционные по характеру изменения отразились в архитектуре, в планировочных решениях. В то же время, этот этап знаменует начало упрощения фасадных решений, госпиталь перестал быть местом боли, местом, где солдатам

и офицерам все еще приходилось сражаться за собственную жизнь, проявлять мужество и стойкость.

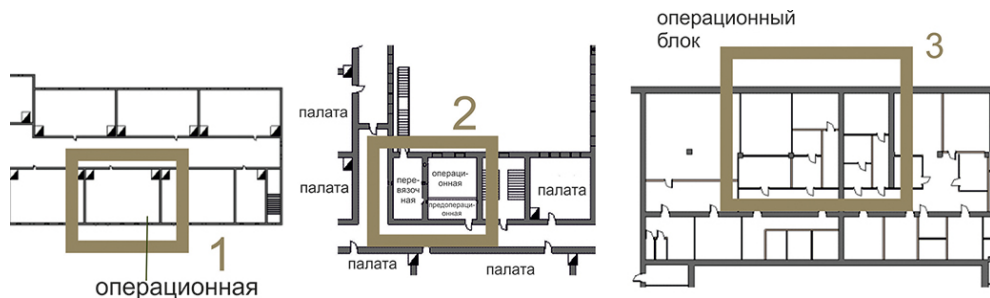


Рис. 9. Схема трансформации операционного блока от палаты к современному состоянию (1809, 1910, 1994).

1904–1989. Войны начала и середины XX века: госпитали массовых войн

Войны XX века представляют собой отдельный этап, который включает в себя Русско-японскую войну, Гражданскую войну, Первую и Вторую мировую войны. Интенсивность военных действий и недостаточное финансирование стали причиной того, что все чаще госпитали устраиваются в пустующих общественных зданиях вместо строительства новых. С другой стороны, большой объем практики для военных врачей и отдача от нововведений, описанных на прошлом этапе, позволили значительно повысить эффективность госпиталя, несмотря на медленно снижающийся показатель смертности. Также на этом этапе происходит переход от госпиталя, в котором солдата ждали боль и страдания, к госпиталю, который ассоциировался с укрытием и местом отдыха.

Соотношение боевых и санитарных потерь «в первой половине XX века — в Русско-японской... число умерших от ран было в 4 раза меньше числа убитых. Это было результатом широкого применения принципов, разработанных Пироговым, Листером и Пастером (Урланис, 1994: 131). И, если во второй половине XVIII и начале XIX века на войне умирали по большей части не от ран, а от концентрации больших масс людей в одном месте, то именно в эпоху массовых войн, когда подобные скопления могли иметь самые тяжелые последствия, ситуация менялась. Однако показатели смертности остаются примерно на том же уровне, несмотря на кардинальные изменения в работе госпиталя: наравне с изменениям, которые происходят внутри госпиталя, совершенствуется и система эвакуации раненых с поля боя, «прогресс в организации военно-санитарного дела способствовал более быстрой и полной госпитализации раненых, что означало увеличение количества тяжело раненых» (Золотарев, 2015: 74), а следовательно, большее количество тяжелораненых в госпиталях требовали новых мер по оптимизации, сортировке и выбора метода лечения, этот замкнутый круг — адаптация госпиталя

под поток, увеличения потока, новая адаптация стал причиной того, что, несмотря на все те качественные изменения, которые уже произошли, показатели смертности остались прежними. Следующая война, Первая мировая, принесла с собой еще большие потери, убитыми насчитывается более 2 млн человек, санитарные потери ранеными около 3 млн человек. Летальность среди раненых составляла 13,5%, в строй вернулось только 40% военнослужащих. Оперируемость продолжала постепенно расти, но господствовала консервативная тактика в лечении раненых (Гуманенко, 2008: 33). С развитием технологий меняется и характер войны, во Вторую мировую войну «зарождаются новые рода войск — авиация и танки, а также резкий рост нарезной и гладкоствольной артиллерии», война становится маневренной (Смирнов, 1976: 58). Маневренному характеру боевых операций присуще преобладание боевых санитарных потерь над небоевыми. Использование механического транспорта также сделало возможным эвакуацию больных в тыл и быструю ликвидацию скоплений больших масс раненых, среди которых обычно возникали эпидемиологические заболевания (Уралнис, 1994: 296).

В дневниках солдат и офицеров, участников боевых действий, прослеживается новое отношение к госпиталю, из места боли он превращается в укрытие, безопасное место: «Я знаю несколько офицеров, которые были тяжело ранены и даже ампутированы, но, несмотря на это, считали себя счастливыми, что, наконец, могли, хоть в госпиталях, отдохнуть от перенесенных ужасов и треволнений. <...> Но и в госпиталях не приходилось им долго отдыхать, так как мало-мальски оправившихся офицеров немедленно опять отправляли на позицию» (Лилье, 2002).

Описания участников Великой Отечественной войны представлены наиболее широко, возможно, поэтому они настолько сильно разнятся. Н. Н. Никулин в своих дневниках представляет ранение как спасение, а возможность попасть в госпиталь как способ избежать смерти на поле боя: «Те, кто на передовой, — не жильцы. Они обречены. Спасение им — лишь ранение. Те, кто в тылу, останутся живы, если их не переведут вперед, когда иссякнут ряды наступающих» (Никулин, 2017: 177). Он также описывает и свое ранение, которое оперировалось без наркоза: «сел я под елку, дали мне водочки, и врач ножницами, без наркоза, раз, два, три, четыре, — взрезал мне спину. Так, наверное, лечили еще в легионах Юлия Цезаря. Можете вы представить, что это такое? Не можете! И не дай бог вам это испытать... В общем, через несколько минут я потерял сознание от боли» (Никулин, 2017: 177). Но, как мы ранее уже говорили, так лечили не только в легионах Юлия Цезаря, но и всего за каких-нибудь 100 лет до описываемых событий. Образ госпиталя как места боли очень быстро стерся из памяти солдата. В результате работы санитарно-медицинской службы во время Великой Отечественной войны к службе было возвращено 72,3% раненых и 90,6% больных (Иванов и др., 1985: 272).

Госпитали XX века во многих случаях размещались в непригодных под их нужды зданиях, в школах, производственных помещениях, общественных зданиях. Архитектура как таковая была отодвинута на второй план и уступила место стандартизации (см. рис. 10). У госпиталя появляются все признаки военного объ-

екта, контрольно-пропускной пункт и забор, «на определенном этапе в госпитале появляется секретный отдел, а его работа должна охраняться особо тщательно и строго, вот вам и первый забор» (Полевые материалы автора: руководитель отделения военного госпиталя). Найти имя архитектора или автора таких проектов становится все сложнее, типовые серии, адаптированные и готовые к строительству, требуют лишь небольшого проекта привязки.

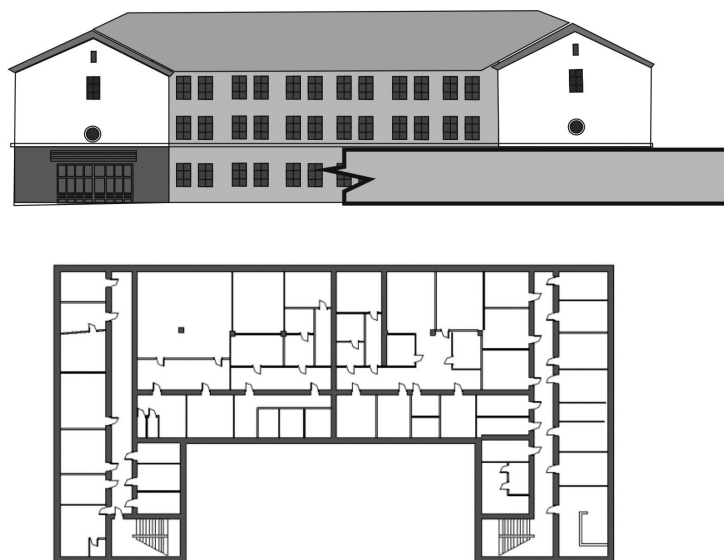


Рис. 10. Военный госпиталь в Шадринске, не действующий
(ОАО «Военпроект11», Архив)

Смена тактики, использование нового вида оружия (химического), рост количества маневренных орудий определили траекторию развития военной медицины. Войны XX века — это период, когда война становится образом жизни (Сенявская, 1999), необходимость в госпиталях была стабильно высокой и для размещения раненых используют любые здания, основной упор в развитии определяется эффективностью лечения, а не условиями оказания помощи. Ушедшая эпоха массовых войн изменила отношение к солдату, что отмечают и военные врачи, сегодня «солдат — это всего лишь один из видов оружия, его можно применить удачно, а можно неудачно. Поэтому армия — это не демократия» (Полевые материалы автора: военный врач (нейрохирург)). Изменились и правила игры: от слов о долге, чести к «на войне правил нет. Хороши те средства, которые приносят результат, а уж какие они там с точки зрения морали, на войне это солдат беспокоит в последнюю очередь» (Полевые материалы автора: оружейник). И изменилось отношение к потерям: «Всё, что не измеряется тысячами, это ерунда. Цинично, но правда» (Полевые материалы автора: оружейник).

1989–2019. Госпитали локальных войн, размытие границ и обезличенность

Локальные войны выделены в отдельный этап, поскольку принцип ведения боевых действий, количество и контингент пострадавших не позволяют объединить их с предыдущим этапом. Локальные войны и вооруженные конфликты второй половины XX — начала XXI в. унесли сотни тысяч человеческих жизней, но наиболее крупные из них одновременно послужили очередным импульсом в развитии военно-полевой хирургии (Гуманенко, 2008: 43). В новых войнах прослеживается тенденция к размытию границы между военным и гражданским сектором, о чем, к примеру, пишет Мэри Калдор: «Различие между войной и миром провести настолько же трудно, насколько трудно провести различие между политическим и экономическим, публичным и частным, военным и гражданским» (Калдор, 2016: 234). Потери среди гражданского населения в новых войнах значительно превышают потери среди комбатантов, что ставит вопрос о назначении военного госпиталя в условиях новых войн. После 1945 года история насчитывает несколько сотен локальных войн: «современные войны фактически не признают различия между фронтом и тылом, между солдатом, сражающимся на поле боя, и тружеником глубокого тыла, между мужчиной и женщиной, стариками и детьми» (Тюшкевич, 2018).

Характерное для локальных войн размытие границ между гражданским и военным находит свое отражение и в госпиталях, в мирное время «любое лицо может заключить договор и прийти в госпиталь и платно получить помощь» (Полевые материалы автора: руководитель отделения военного госпиталя), а в период ведения военных действий, как подчеркивают сами врачи, они оказывают помощь всем, даже боевикам (Полевые материалы автора: военный врач (анестезиолог)). Это размытие отражается в универсальных требованиях архитектуры к проектам военных госпиталей и гражданских больниц. Но при этом никто из опрошенных мной экспертов не видит возможности объединения двух структур и создания единого центра помощи пострадавшим в войне, связывая это с тем, что «соображение секретности не позволит слить их в одно, потому что люди, которые участвовали в боевых действиях и выполняли различные задачи, все равно будут изолироваться, они могут являться носителями каких-то секретов» (Полевые материалы автора: военный историк).

Обязательным элементом любого госпиталя этого этапа является высокий глухой забор, причины его появления и установки называются самые разные. Те, кто находится вне госпитальной системы, видят в этом заборе способ защиты и сокрытия как информации, так и происходящих внутри процессов. Те же, кто находится внутри, видят в нем возможности изолировать раненых и больных, не допустить побега, защитить их так же, как они защищали свою страну на поле боя, поскольку военный госпиталь является объектом повышенного внимания: «во втором или третьем году был взорван Моздокский госпиталь, мне кажется это

ключевой момент, после которого все госпитали стали строить в глубине, далеко за забором, они перестали быть доступными взгляду» (Полевые материалы автора: военный врач (нейрохирург)).

Обезличенность как прием в современном госпитале используется повсеместно, так, в одном из интервью врач говорит о том, что даже российские военные в госпитале в Сирии «носили форму без всяких опознавательных знаков и на тему войны не общались» (Ридус, 2017). В условиях современных войн госпиталь вновь перестал быть безопасным: «поэтому не носят погоны, чтоб не узнали солдат или офицеров. Вот поэтому обезличивание происходит для того, чтобы всех уравнивать» (Полевые материалы автора: военный врач (анестезиолог)). А скромные архитектурные решения «отражают в этом случае не изыск мастера, а простую экономию на всем, на чем можно. Хочет того государство или нет, оно показывает, что, с его точки зрения, самое главное для государства с пациентами и пользователями этих зданий случилось где-то в другом месте» (Полевые материалы автора: социолог архитектуры) (см. рис. 11).



Рис. 11. Фасад военного госпиталя, проект 2007 г. (ОАО «Военпроект 11», Архив)

В интервью один из сотрудников госпиталя, когда мы затронули тему внешнего вида, сказал: «посмотрите на новый проект, он безликий, у госпиталя нет лица. Скоро у нас юбилей и что мы можем напечатать на памятных открытках?» (Полевые материалы автора: руководитель отделения военного госпиталя). Что отличает военный госпиталь сегодня и позволяет проходящему мимо человеку идентифицировать этот объект правильно? Никаких маркеров медицинского учреждения у этого объекта нет, он воспринимается только как военный. Госпитали локальных войн характеризует безликость, это безликие здания, скрытые за высоким забором, которые, с одной стороны, своими скромными фасадами сливаются с окружающей застройкой, а с другой — скрывают реальных солдат, ужасы войны и обманчивость ее гуманизации.

Как пишет В. А. Золотарев в середине столетия, когда закончилась Вторая мировая война, научная мысль рассматривала мир иначе, чем сейчас. Особенность традиционного мышления состояла в том, что оно было силовым. Военная сила считалась ключевым средством решения политических вопросов (Золотарев, 2001: 582), возможно, это и послужило одним из факторов ввода войск в Афганистан. Цифры, показывающие эффективность работы госпиталя, разительно отличаются от войн первой половины XX века. Если в прошлом периоде отмечалось, что совершенствование системы эвакуации увеличило нагрузку на госпитали за счет

солдат и офицеров с тяжелыми ранениями, которые при быстрой эвакуации успевали попасть в госпиталь вовремя, то на этапе локальных войн развитие медицинских технологий и оптимизация работы госпиталя (сортировка, размещение, дисциплина) позволили существенно снизить и смертность, и увеличить количество возвращенных в строй солдат, так, в Афганистане были возвращены в строй 82% (Гуманенко, Самохвалова, 2011: 44), а в первой Чеченской кампании (1994–1996 гг.) — 87% солдат и офицеров (Гуманенко, Самохвалова, 2011: 46). Госпиталь стал логистической площадкой, на которой все поступающие потоки раненных перераспределяются в нужных векторах для получения профессиональной, необходимой для каждого случая помощи, архитектура подстроилась под нужды этой системы, и теперь все ее элементы работают как единый слаженный механизм.

Как пишет Урланис: «Изучение соотношения между числом раненых и числом убитых важно для различных целей <...> оно свидетельствует о степени смертности оружия, ожесточенности сражений и т. п.» (Урланис, 1994: 130). Показатель «количество боевых потерь» отражает интенсивность огня, используемый тип оружия, санитарные потери отражают общую заболеваемость и количество раненых, эти значения во многом определяются войной, которая ведется, и тактикой. Но ключевым показателем эффективности работы госпиталя является процент вернувшихся к службе солдат (см. рис. 12).

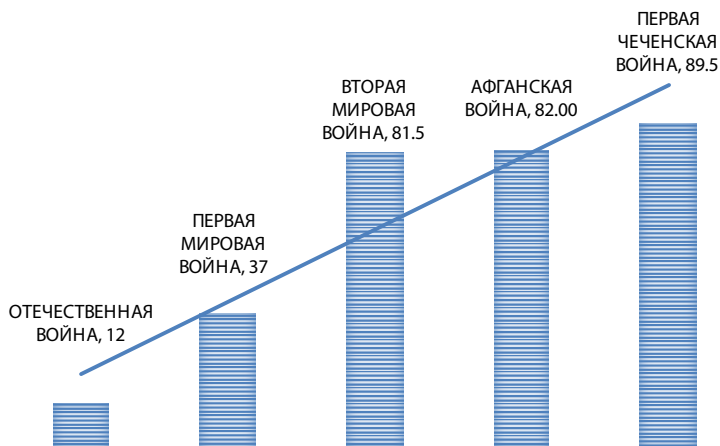


Рис. 12. Изменение процента вернувшихся в строй после ранения или болезни солдат и офицеров

График по нескольким крупным войнам был составлен на основе материалов из различных источников (Урланис, 1994; Кривошеев, 2001; Богданович, 1860; Золотарев, 2001; Гуманенко, Самохвалова, 2011; Затлер, 1861), во многом данные в этих источниках отличаются (иногда в разы), и процент вернувшихся в строй приводится только для войн начиная со Второй мировой, но складывающийся тренд вполне очевиден.

В данном графике я не привожу показатель летальности, поскольку он не может в полной мере отразить цель работы самого военного госпиталя, направленного на возвращение в строй, на поддержание армии. Кроме того, точных данных зачастую нет, в войнах XVIII века этот показатель приравнивают к 9–15%, что кажется неоправданно заниженным.

Потери России в XVIII, XIX и XX веках (сведения о более ранних периодах не сохранились (Затлер, 1861: 73)) относительно других стран поражают. Опыт, накопленный военной медициной за эти три столетия, был приобретен путем колоссальных жертв и потерь.

Грядущие войны, архитектура военных госпиталей ближайшего будущего

Любое здание имеет планируемые показатели морального и физического износа, они подразумевают, что объект, который мы проектируем и создаем сегодня, должен быть безопасным и пригодным для эксплуатации на протяжении 125–175 (для госпиталей) ближайших лет, при этом его планировочные решения и внешний облик также должны отвечать требованиям современного и последующих поколений.

Те госпитали, которые строятся сегодня, будут работать и в следующем веке, при этом история изменений их планировочных решений за прошедшие 300 лет, описанная выше, наглядно демонстрирует, насколько сильно меняется представление о структуре и внешнем облике этого военного лечебного учреждения.

Самым современным госпиталем сегодня можно назвать Филиал № 4 ФГКУ «419 ВГ» Минобороны Российской Федерации в Анапе. Компановка, объем и отделка фасадов отсылают нас к американским hospitals, которые имеют совершенно другой смысл и действительно направлены на оказание помощи всем желающим, отсюда и обширное втягивающее пространство, и прозрачный и приветливый холл.

Из обычной стилистики военного госпиталя в этом фасаде лишь строгость, незыблемая параллельность линий и голые колонны у входа (см. рис. 13).



Рис. 13. Филиал № 4 ФГКУ «419 ВГ» Минобороны Российской Федерации, Анапа, открыт в 2018 г. (источник: anaparegion.ru)

Как многократно подчеркивалось ранее, оружие определяет направление работы госпиталя. В Первую мировую войну впервые использовалось химическое оружие, ядерное — при бомбардировке Хиросимы, какими технологиями будет вестись война в будущем и кто будет ее вести — вопрос дискуссионный: «в эпоху ядерного вооружения мы не можем позволить военным машинам себя разрушить, поскольку они неминуемо заберут нас собой» (Деланда, 2014: 124). Эксперты в этом вопросе дают разные оценки: «еще сильнее уменьшится воздействие личного оружия, стрелкового, то есть пулевого поражения, осколочное останется примерно таким же, то есть на уровне 85%, а вот ожоговое, температурное, термобарическое оружие, оно начнет активно развиваться (Полевые материалы автора: оружейник). Или же другое мнение: «Тенденции определяются тем, к какой войне мы готовимся. Одни считают, что в возможной грядущей войне мы сможем сохранить господство в воздухе, а значит, целой останется инфраструктура, дороги, не будет проблем со снабжением. Вторые считают, что господство в воздухе мы можем потерять, а значит, необходимы бомбоубежища, дополнительные источники питания и многое другое» (Полевые материалы автора: руководитель отделения военного госпиталя).

Заключение

Разобранный мной пример взаимосвязи архитектуры и сообщества, медицины и технологий, показывает, что все эти процессы развиваются одновременно, и изучение зданий в отрыве от их социального контекста дает лишь усеченную, недостаточную картину. Военный госпиталь — это лишь пример, на котором эти изменения отражались особенно ярко, но тот же подход мы можем применить и к другим зданиям.

За годы изменений госпиталь как особый тип здания утратил свое «лицо», его сложно идентифицировать и отличить от любого другого военного объекта. Однако связывать эту трансформацию исключительно с финансированием было бы слишком поверхностно, ведь кардинально изменилось отношение к солдату: от скрупулезного формирования лица армии (постоянная служба, обучение, рекруты) в начале XVIII века к современной безликости солдатской массы. Каждая война обозначала и бросала новые вызовы врачам, диктуя не только поток раненых, но и характер травм и ранений, медицина следовала за изменением типа войны и оружия, подстраиваясь под новые реалии. За три столетия система оказания медицинской помощи усовершенствовалась настолько, что показатели вернувшихся в строй приближаются к максимально возможной отметке, это отражается и в архитектуре, в сложной разветвленной планировочной структуре, где каждому кабинету или палате было найдено определенное место, и на фоне этой развитой планировочной структуры очень контрастно выглядят фасады, лишь терявшие за прошедшие годы былую значимость.

Литература

- Аалто А. (1978). Архитектура и гуманизм. М.: Прогресс.
- Алелеков А. Н. (1907). История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летию его юбилею 1707–1907 гг. М.: Типография Штаба Военного округа.
- Амосов Н. М. (1974). ППГ-2266, или Записки полевого хирурга. Симферополь: Салта.
- Басов Н. Ф. (2012). Социальная работа с инвалидами. М.: КНОРУС.
- Беньямин В. (2000). Париж, столица XIX столетия // Беньямин В. Озарения. М.: Мартис. С. 153–167.
- Богданович М. И. (1860). История Отечественной войны 1812 года, по достоверным источникам. СПб: Типография Торгового дома С. Струговщикова.
- Боткин Е. С. (1908). Свет и тени Русско-японской войны: 1904–1905 гг. СПб.: Типография М. М. Стасюлевича.
- Бруин К. де (1873). Путешествие через Московию Корнелия де Бруина / Пер. с франц. П. П. Барсова под ред. О. М. Бодянского. М.: ИОИ и ДРМУ.
- Будко А. А. (2001). Полевая военно-медицинская организация Красной Армии так и не была создана в предвоенный период // Военно-исторический журнал. № 1. С. 91–96.
- Будко А. А. (2007). Основные этапы истории военной медицины в России // Вопросы истории. № 7. С. 113–120.
- Вилле Я. (1806). Краткое наставление о важнейших хирургических операциях. СПб.: Медицинская типография.
- Виноград В. А. (1951). История русской архитектуры. М.: Стройиздат.
- Генхарт В. (2007). Места правосудия: судебная архитектура между сакральными и профанными строениями / Пер. с нем. В. Гиряевой под ред. А. Ф. Филиппова // Социологическое обозрение. Т. 6. № 3. С. 21–32.
- Гуманенко Е. К. (2008). Военно-полевая хирургия. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
- Гуманенко Е. К., Самохвалова И. М. (2011). Военно-полевая хирургия локальных войн. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
- Деланда М. (2014). Война в эпоху разумных машин / Пер. с англ. Д. Кралечкиина. М.: Институт общегуманитарных исследований.
- Делитц Х. (2008). Архитектура в социальном измерении / Пер. с нем. М. Б. Вильковского и А. Г. Воробьевой // Социологические исследования. № 10. С. 113–121.
- Дельвиг В. С. (2013). Место и роль Московского госпиталя в истории реформирования российской медицины в 1707–1735 гг. // Общество. Среда. Развитие (Terra Humana). № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mesto-i-rol-moskovskogo-gospitalya-v-istorii-reformirovaniya-rossiyskoy-meditsiny-v-1707-1735-gg> (дата доступа: 03.09.2019).
- Желнина А. (2011). «Здесь как музей»: торговый центр как общественное пространство // Laboratorium. № 2. С. 48–69.

- Затлер Ф. К. (1861). О госпиталях в военное время. Санкт-Петербург: Типография т-ва «Общественная польза».
- Золотарев А. В. (2015). Суворов: русское военное искусство второй половины XVIII века и становление новых форм ведения войны // Военный академический журнал. Т. 7. № 3. С. 35–48.
- Золотарев В. А. (2001). Военная история России. М.: Кучково поле.
- Ибрагимова Э. (2014). Воплощенная власть: здание Народной скупщины в Белграде и политические тренды в Королевстве Сербия — Королевстве Югославия // Социология власти. № 2. С. 123–141.
- Иванов Н. Г., Георгиевский А. С., Лобастов О. С. (1985). Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941–1945. Л.: Медицина.
- Ивченко Л. (2008). Повседневная жизнь русского офицера эпохи 1812 года. М.: Молодая гвардия.
- Исаковский М. (1976). Стихотворения. М.: Советская Россия.
- Калдор М. (2016). Новые и старые войны: организованное насилие в глобальную эпоху / Пер. с англ. А. Апполонова и М. Дондуковского. М.: Изд-во Ин-та Гайдара.
- Карпенко И. В. (2008). Становление организации и тактики медицинской службы в России в 1620–1918 гг. Автореф. дисс ... канд. мед. наук: 07.00.10. Москва.
- Карцов П. П. (2008). История лейб-гвардии Семеновского полка, 1683–1854. URL: <http://polki.mirpeterburga.ru/semion/topo/new3361/new3375> (дата доступа: 03.09.2019).
- Кипнис Б. Г. (2012). Первый шаг Великой войны // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета культуры и искусств. Т. 13. № 4. С. 12–20.
- Кияненко К. (2012). Социология и социальная теория архитектуры: проблемы междисциплинарности // IV Всероссийский социологический конгресс. Секция 40. Социология архитектуры. URL: http://www.ssa-rss.ru/index.php?page_id=339 (дата обращения: 03.09.2019).
- Красных В. И. (2003). Военный или воинский? // Культура речи. URL: <http://rus.1september.ru/article.php?ID=200303503> (дата доступа: 02.11.2019).
- Кривошеев Г. Ф. (2001). Россия и СССР в войнах XX века: потери Вооруженных сил. М.: ОЛМА-ПРЕСС.
- Кутепов В. А. (2017). Военная история. Омск: Изд-во ОмГТУ.
- Лилъе М. И. (2002). Дневник осады Порт-Артура. М.: Центрполиграф.
- Милашева Н. В., Самойлов В. О. (2013). Петр Великий, Северная война и госпитали на Выборгской стороне // Вестник Российской военно-медицинской академии. Т. 42. № 2. С. 211–219.
- Никулин Н. Н. (2017). Воспоминания о войне: фронтовой дневник. М.: Директ-Медиа.
- Пасько Г. В. (2016). Афганские уроки военной медицины: чему научились врачи в боевых условиях. URL: <https://mediarepost.ru/channel/war/48014-afganskie->

- uroki-voennoy-mediciny-chemu-nauchilis-vrachi-v-boevykh-usloviyah.html (дата доступа: 02.11.2019)
- Печникова О. Г. (2013). Устав воинский Петра I и его роль в организации медицины // Черные дыры в Российском законодательстве. № 1. С. 32–36.
- Пирогов Н. И. (1950). Севастопольские письма и воспоминания. М.: Изд-во АН СССР.
- Проект «1905» (2019). Николаевский военный госпиталь. URL: <http://1905.rpg.ru/game/regions/13/> (дата обращения: 03.09.2019).
- Ридус (2017). Военный врач из Петербурга: мои 23 дня в Сирии. URL: <https://www.ridus.ru/news/244060> (дата обращения: 03.09.2019).
- Сегал М. (2007). Рижский военный госпиталь — больница с богатой историей и туманным будущим. URL: <http://www.myriga.info/rigacv/node/68> (дата обращения: 03.09.2019).
- Сенявская Е. С. (1999). Психология войны в XX веке: исторический опыт России. М.: РОССПЭН.
- Скориченко Г. Г. (1910). Столетие Военного Министерства, 1802–1902. Т. 9.: Императорская военно-медицинская (медико-хирургическая) академия. Санкт-Петербург: Типография М. О. Вольф.
- Смирнов Е. И. (1976). Война и военная медицина, 1939–1945 годы (мысли и воспоминания). М.: Медицина.
- Степун Ф. А. (1917). Из писем прапорщика-артиллериста. URL: https://dom-knig.com/view_459464 (дата обращения: 03.09.2019).
- Суворов А. В. (2019). Наука побеждать. М.: АСТ.
- Сурин Н. (2010). Рижский военно-сухопутный госпиталь. URL: <https://www.russkije.lv/ru/lib/read/riga-military-hospital.html> (дата обращения: 03.09.2019).
- Титков А. С. (2017). Социология архитектуры: кирпичи для сборки (рец. на книгу: Вильковский М. Б. (2010) Социология архитектуры. М.: Фонд «Русский авангард») // Социология власти. Т. 29. № 1. С. 233–257.
- Тюшкевич Ю. И. (2018). О законах войны: вопросы военной теории и методологии. М.: Проспект.
- Урланис Б. Ц. (1994). История военных потерь. СПб: Полигон.
- Федорова М. С. (2017). История эволюции объемно-планировочных решений военных госпиталей в России. Дисс. ... канд. арх. 05.23.20. Нижний Новгород.
- Чеканов В. Е. (2007). Организационно-правовые проблемы реализации некоторых социальных гарантий военнослужащих и граждан, уволенных с военной службы и членов их семей // Право в вооруженных силах. Вып. 3. С. 14–19.
- Шестова Т. Ю. (2004). Становление и развитие здравоохранения Урала в XVIII — начале XX в. Дисс. ... докт. ист. наук. 07.00.02. Пермь.

War and Hospitals: Why Their Architecture has Changed during the Last Three Centuries

Mariia Fedorova

Oxford Russia Fellow, Candidate of Architecture, Associate Professor, Department of Architecture, Ural Federal University

Address: Mira str., 19, Ekaterinburg, Russian Federation 620002

E-mail: m.s.fedorova@yandex.ru

The article presents the relationships between the architecture of military hospitals and the changes that have taken place in the organization of hostilities, the attitude towards the army and the soldier, as well as the development of medical technologies. The case of military hospitals highlights the way architecture reflects many insights about the importance and value of each functional element in architectural design and facade solutions. Several of the crucial factors determining the change in the architecture of military hospitals were the shift in the ideology of war and the role of the soldier, the transformation of dominant views concerning medicine and hygiene, and the development of military equipment and weapons. A military hospital has several characteristics specific to this type, which include the closure of the system, the uneven nature of the incoming flow of casualties, and the specific community which makes a military hospital a machine for returning combatants to service. Through the changes in the architecture of military hospitals, it is possible to see the development of medicine, the change in the role of the soldier, the doctor, the division into the classes of "soldiers" and "officers," military and civil, the attitude to discipline and the organization of treatment, and the development of military technologies. The timeline of the study covers a period of 313 years, during which the architecture of the hospitals has undergone five major changes corresponding to five temporal stages explicated by this paper. Materials for the study include field diaries and notes, historical references, archival materials, books and articles on Russian history, military history and medicine, as well as interviews with military doctors, historians, and gunsmiths.

Keywords: architecture, sociology, military hospital, medicine, army, history, war

References

- Aalto A. (1978) *Arhitektura i gumanizm* [Architecture and Humanism], Moscow: Progress.
- Alelekov A. (1907) *Istorija Moskovskogo voennogo gospiatalja v svjazi s istoriej mediciny v Rossii k 200-letnemu ego jubileju 1707–1907 gg.* [History of the Moscow Military Hospital in Connection with the History of Medicine in Russia for its 200th Anniversary of 1707–1907], Moscow: Shtab voennogo okruga.
- Amosov N. (1974) *PPG-2266, ili Zapiski polevogo hirurgu* [PPG-2266; or, Field Surgeon's Notes], Simferopol: Salta.
- Basov N. (2012) *Social'naja rabota s invalidami* [Social Work with Invalids], Moscow: KNORUS.
- Bogdanovich M. (1860) *Istorija Otechestvennoj vojny 1812 goda, po dostovernym istochnikam* [History of the Patriotic War of 1812, According to Reliable Sources], Sainkt Petersburg: S. Strugovtshikov.
- Botkin E. (1908) *Svet i teni russko-japonskoj vojny 1904–1905 gg.* [Light and Shadows of the Russian-Japanese War 1904–1905], Saint Petersburg: M. M. Stasjulevich.
- Budko A. (2001) *Polevaja voenno-medicinskaja organizacija Krasnoj Armii tak i ne byla sozdana v predvoennyj period* [The Field Military Medical Organization of the Red Army was not Created during the Pre-War Period]. *Voенно-istoricheskij zhurnal*, no 1, pp. 91–96.
- Budko A. (2007) *Osnovnye jetapy istorii voennoj mediciny v Rossii* [The Main Stages of History of Military Medicine in Russia]. *Voprosy istorii*, no 7, pp. 113–120.
- Chekanov V. (2007) *Organizacionno-pravovye problemy realizacii nekotoryh social'nyh garantij voennosluzhashhih, grazhdan uvolennyh s voennoj sluzhby i chlenov ih semej* [Organizational and Legal Problems of Implementation of Some Social Guarantees for Military Personnel,

- Citizens Dismissed from Military Service, and Members of Their Families]. *Pravo v vooruzhennyh silah*, vol. 3, pp. 14–19.
- Delanda M. (1991) *Vojna v jepohu razumnyh mashin* [War in the Age of Intelligent Machines], Moscow: Institute of General Humanities.
- Delitz H. (2008) Arhitektura v social'nom izmerenii [Architecture in the Social Dimension]. *Sociological Studies*, no 10, pp. 113–121.
- Delvig V. (2013) Mesto i rol' Moskovskogo gosptalja v istorii reformirovaniya rossijskoj mediciny v 1707–1735 gg [Place and Role of the Moscow Hospital in the History of Reforming the Russian Medicine in 1707–1735]. *Obshchestvo. Sreda. Razvitie* (Terra Humana), vol. 26, no 1. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/mesto-i-rol-moskovskogo-gospitalya-v-istorii-reformirovaniya-rossiyskoj-meditsiny-v-1707-1735-gg> (accessed 3 September 2019).
- Fedorova M. (2017) *Istoriya evolyucii ob'emno-planirovochnykh reshenij voennykh gosptalej v Rossii* [History of Evolution of Space-Planning Decisions of Military Hospitals in Russia]. Candidate of Architecture Dissertation), Nizhny Novgorod.
- Gephart V. (2007) Mesta pravosudija: sudebnaja arhitektura mezhdru sakral'nymi i profannymi stroenijami [Places of Justice: Judicial Architecture between Sacred and Profaned Buildings]. *Russian Sociological Review*, vol. 6, no 3, pp. 21–32.
- Gumanenko E. (2008) *Voenno-polevaya hirurgiya* [Field Surgery], Moscow: GEOTAR-Media.
- Gumanenko E., Samohvalova I. (2011) *Voenno-polevaya hirurgiya lokal'nykh vojn* [Field Surgery in Local Wars], Moscow: GEOTAR-Media.
- Ibragimova E. (2014) Voploshhennaja vlast': zdanie Narodnoj skupshhiny v Belgrade [Embodied Power: The Building of the Assembly in Belgrade]. *Sociology of Power*, no 2, pp. 123–141.
- Isakovskiy M. (1976) *Stihotvorenija* [Poems], Moscow: Soviet Russia.
- Ivanov N., Georgievskiy A., Lobastov O. (1985) *Sovetskoe zdavoohranenie i voennaja medicina v Velikoj otechestvennoj vojne 1941–1945* [The Soviet Health Care and Military Medicine in the Great Patriotic War of 1941–1945], Leningrad: Meditsina.
- Ivchenko L. (2008) *Povsednevnyaya zhizn' russkogo oficera jepohi 1812 goda* [Everyday Life of the Russian Officer of an 1812 Age], Moscow: Molodaja gvardija.
- Kaldor M. (2016) *Novye i starye vojny: organizovannoe nasilie v global'nuju jepohu* [New and Old Wars: Organised Violence in a Global Era], Moscow: Gaidar Institute Press.
- Karpenko I. (2008) *Stanovlenie organizacii i taktiki medicinskoj sluzhby v Rossii v 1620–1918 gg.* [Formation of the Organization and Tactics of Health Service in Russia in 1620–1918] (Candidate of Medical Sciences Dissertation), Moscow.
- Kartsov P. (2008) *Istoriya lejbgvardii Semenovskogo polka, 1683–1854* [History of Leyb-Guard of the Semenovskiy Regiment, 1683–1854]. Available at: <http://polki.mirpeterburga.ru/semion/top/new3361/new3375> (accessed 3 September 2019).
- Kijanenko K. (2012) Sociologija i social'naja teorija arhitektury: problemy mezhdisciplinarnosti [Sociology and Social Theory of Architecture: Interdisciplinary Problems]. Available at: http://www.ssa-rss.ru/index.php?page_id=339 (accessed 3 September 2019).
- Kipnis B. (2012) Pervyj shag Velikoj vojny [First Step of Great War]. *Bulletin of Saint Petersburg State University of Culture*, vol. 13, no 4, pp. 12–20.
- Krasnykh V. (2003) Voennyj ili voinskij? [Military or War?]. *Kul'tura rechi*. Available at: <http://rus.1september.ru/article.php?ID=200303503> (accessed 3 September 2019).
- Krivoshchev G. (2001) *Rossija i SSSR vojnax XX veka: poteri Vooruzhennyh sil* [Russia and USSR in the Wars of the 20th Century: Losses of Armed Forces], Moscow: OLMA-PRESS.
- Kutepov V. (2017) *Voennaja istorija* [Military History], Omsk: OmGTU.
- Lilie M. (2002) *Dnevnik osady Port-Artura* [Diary of a Siege of Port Arthur], Moscow: Centrpoligraf.
- Milasheva N., Samoilov V. (2013) Petr Velikij, Severnaja Vojna i gosptali na Vyborgskoj storone [Peter the Great, Northern War and Hospitals on the Vyborg Side]. *Herald of the Russian Academy of Military Medicine*, vol. 42, no 2, pp. 211–219.
- Nikulin N. (2017) *Vospominanija o vojne: frontovoj dnevnik* [Reminiscence of War: Front Diary], Moscow: Direkt-Media.
- Pasko G. (2016) *Afganskije uroki voennoj mediciny: chemu nauchilis' vrachi v boevykh uslovijah, interv'ju.* [Afghan Lessons of Military Medicine: What Doctors in Combat Conditions]. Available at: <https://>

- mediarepost.ru/channel/war/48014-afganskije-uroki-voennoy-mediciny-chemu-nauchilis-vrachi-v-boevyh-usloviyah.html (accessed 3 September 2019).
- Pechnikova O. (2013) Ustav voinskij Petra I i ego rol' v organizacii mediciny [Army Regulations of Peter the Great and Its Role in the Organization of Medicine]. *Black Holes in Russian Legislation*, no 1, pp. 32–36.
- Pirogov N. (1950) *Sevastopol'skie pis'ma i vospominaniya* [Sevastopol Letters and Memories], Moscow: AN SSSR.
- Ridus (2017) Voennyj vrach iz Peterburga: moi 23 dnja v Sirii [The Medical Officer from St. Petersburg: My 23 Days in Syria]. Available at: <https://www.ridus.ru/news/244060> (accessed 3 September 2019).
- Segal M. (2007) Rizhskij voennyj gospiťal' — bol'nica s bogatoj istoriej i tumannym budushhim [The Riga Military Hospital — A Hospital with Rich History and Foggy Future]. Available at: <http://www.myriga.info/rigacv/node/68> (accessed 3 September 2019).
- Shestova T. (2004) *Stanovlenie i razvitie zdravooohranenija Urala v XVIII — nachale XX v.* [Formation and Development of Health Care of the Ural in 18th — Early 20th Century] (Doctor of Historical Sciences Dissertation), Perm.
- Skorichenko G. (1910) Stoletie Voennogo Ministerstva. 1802–1902. T. 9 [Century of the Ministry of Defense, 1802–1902, Vol. 9], Saint Petersburg: M. O. Wolfe.
- Smirnov E. (1976) *Vojna i voennaja medicina, 1939–1945 gody* [War and Military Medicine, 1939–1945], Moscow: Meditsina.
- Stepun F. (1917) *Iz pisem praporshhika-artillerista* [From Letters of the Ensign-Gunner]. Available at: https://dom-knig.com/view_459464 (accessed 3 September 2019).
- Surin N. (2010) *Rizhskij voenno-suhoputnyj gospiťal'* [Riga Military and Overland Hospital]. Available at: <https://www.russkije.lv/ru/lib/read/riga-military-hospital.html> (accessed 3 September 2019).
- Suvorov A. (2019) *Nauka pobezhdat'* [Science of Winning], Moscow: AST.
- Titkov A. (2017) Sociologija arhitektury: kirpichi dlja sborki [Sociology of Architecture: Bricks to Construct From]. *Sociology of Power*, vol. 29, no 1, pp. 233–257.
- Tushkevich Y. (2018) *O zakonah vojny: voprosy voennoj teorii i metodologii* [About Laws of War: Questions of the Military Theory and Methodology], Moscow: Prospekt.
- Urlanis B. (1994) *Istorija voennyh poter'* [History of Military Losses], Saint Petersburg: Poligon.
- Ville Y. (1806) *Kratkoe nastavlenie o vazhnejshih hirurgicheskikh operacijah* [Short Manual on the Major Surgeries], Saint Petersburg: Meditsinskaya tipografija.
- Vinograd V. (1951) *Istorija russkoj arhitektury* [History of the Russian Architecture], Moscow: Stroyizdat.
- Zatler F. (1861) *O gospiťaljah v voennoe vremja* [On Hospitals in Wartime], Saint Petersburg: Obschestvennaya polza.
- Zhel'nina A. (2011) "Zdes' kak muzej": torgovyj centr kak obshhestvennoe prostranstvo ["It's Like a Museum Here": The Shopping Mall as Public Space]. *Laboratorium*, no 2, pp. 48–69.
- Zolotarev A. (2015) Suvorov: russkoe voennoe iskusstvo vtoroj poloviny XVIII veka i stanovlenie novyh form vedenija vojny [Suvorov: Russian Military Art of the Second Half of the 18th Century and Development of New Forms of Warfare]. *Voennyj akademicheskij zhurnal*, vol. 7, no 3, pp. 35–48.
- Zolotarev V. (2001) *Voennaja istorija Rossii* [Military History of Russia], Moscow: Kuchkovo pole.