

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Глубокоуважаемые коллеги и читатели!



Сквозная тема нового выпуска журнала — милосердие и медицина. Этой теме был посвящен, проходивший в ноябре 2014 г. в Санкт-Петербурге, Первый международный форум «Милосердие», который стал важным событием для православной медицинской общественности. В работе форума участвовали врачи, сестры милосердия, педагоги, студенты, волонтеры. Отдельные материалы медицинской секции форума опубликованы в настоящем номере.

Впервые в этом выпуске появилась новая рубрика — «Студенческая трибуна». В ней будут размещаться публикации, подготовленные будущими врачами. С наиболее интересными статьями, составленными по докладам студентов на прошедших в течение года медицинских православных конференциях, можно познакомиться на страницах журнала.

Студенческая жизнь, рассматриваемая с точки зрения медико-социальных характеристик, нашла отражение в публикациях еще одной новой рубрики, которая так и называется: «Медико-социальные проблемы».

С темой милосердного служения в медицине перекликается также ряд статей, посвященных важным историческим датам ушедшего 2014 года — 150-летию преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны и 100-летию Первой мировой войны. Этической тематике также посвящена статья о врачебных грехах и ошибках.

В этом выпуске журнала помещен также ряд материалов медицинской направленности, важных не только для амбулаторно-поликлинической практики, но и осведомленности пастырей о возможных заболеваниях их прихожан.

*С глубоким уважением,
главный редактор журнала «Церковь и медицина»,
профессор, доктор медицинских наук,
кандидат богословских наук,
протоиерей Сергей Филимонов*



По благословению
епископа
Орехово-Зуевского
Пантелеимона,
председателя Отдела
по церковной
благотворительности
и социальному служению,
председателя ОПВР

Главный редактор:
протоиерей Сергей Филимонов,
кандидат богословия, доктор
медицинских наук, профессор

Зам. главного редактора:
В. Я. Плоткин, доктор медицинских
наук, профессор

Ответственный редактор:
С. В. Лободина

Редактор:
И. Л. Яновская

Редакционная коллегия:
Т. В. Виноградова, кандидат
медицинских наук, доцент
Н. Ф. Жарков, врач
Д. Э. Коржевский,
доктор медицинских наук

Верстка, дизайн:
Е. А. Калашникова

Редакционный совет:
Епископ Орехово-Зуевский
Пантелеимон, председатель Отдела
по церковной благотворительности
и социальному служению, председа-
тель ОПВР

Архимандрит Филипп (Филиппов),
врач (Сыктывкар)

Протоиерей Алексей Бабурин, врач
(Москва)

Протоиерей Николай Брындин,
председатель отдела по церковной
благотворительности и социально-
му служению Санкт-Петербургской
епархии РПЦ (Санкт-Петербург)



МИЛОСЕРДИЕ И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА	9
Великая княгиня Елизавета Федоровна. Служение, тронувшее сердца	11
Празднование 150-летия преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны	20
Конференция в Екатеринбурге «Этика и духовно-нравственная культура в медицине»	24
Первый международный форум «Милосердие» в Санкт-Петербурге	27
ВОПРОСЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ.....	31
Протоиерей Сергей Филимонов, Г. Л. Микиртичан Врачебные ошибки и врачебные грехи	33
ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ	49
Г. К. Баркун, О. Н. Мацук, Т. Ж. Бахтина Поражение плода и новорожденного, обусловленное потреблением матерью никотина.....	51
К. С. Мешкова, В. В. Гудкова, Л. В. Стаховская Факторы риска и профилактика инсульта	57
ИСТОРИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	63
Н. Ф. Жарков, Т. В. Жаркова Подвиг врачей и священников в годы Первой мировой войны.....	65
Г. Л. Микиртичан Императрица Мария Федоровна: милосердное служение и вклад в благотворительность. Часть 2	77
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ	85
Г. Л. Микиртичан, С. Л. Акимова, А. З. Лихштангофа Будущие педиатры: состояние здоровья и образ жизни	87
Л. Г. Токарева, В. И. Торшин, Н. В. Стуров, В. И. Кузнецов, Т. В. Ляпунова Изучение адаптационного процесса у студентов из разных регионов мира. Особенности нарушений функции ЦНС и органов ЖКТ	95
СТУДЕНЧЕСКАЯ ТРИБУНА.....	99
Е. Козырев Благотворительность Царской семьи в годы Первой мировой войны.....	101

А. Аникина Дети Первой мировой войны	105	А. Г. Чучалин, президент Российского респираторного общества, главный терапевт России, директор НИИ пульмо- нологии ФМБА России, академик РАМН, профессор (Москва)
М. Васильченко, С. Трухина Проблемы современной семьи	111	
Е. Хорева Студенческое волонтерское движение «Айболит»	115	
ПО СТРАНИЦАМ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДАНИЙ	119	
А. Л. Верткин, Н. О. Ховасова, Е. Д. Ларюшкина, К. И. Шамасова Пациент с анемией в поликлинике: больше вопросов, чем ответов	121	А. В. Недоступ, профессор кафедры факультетской терапии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)
Т. В. Русова, Г. А. Ратманова Показатели клинического анализа крови при физиологических и патологических процессах у детей	124	Н. А. Геппе, заведующая кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, профессор (Москва)
ДУХОВНОЕ НАСЛЕДИЕ	133	
И. А. Ильин О призвании врача	135	И. В. Силуянова, заведующая кафедрой биомедицинской этики РНИМУ им. Н. И. Пирогова, профессор, доктор философских наук (Москва)
СОБЫТИЯ, ФАКТЫ, КОММЕНТАРИИ	141	
Конференция в Туле «Духовные, социальные и медицинские основы сохранения здоровья населения»	143	Г. Л. Микиртичан, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики Санкт- Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, профессор (Санкт- Петербург)
V Подмосковный форум «Медицина и Православие»	145	
Конференция ко Дню Матери в Барнауле	148	
ВНИМАНИЮ АВТОРОВ	151	
ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ «ЦЕРКОВЬ И МЕДИЦИНА»	152	Н. Г. Машукова, кандидат меди- цинских наук, ассистент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)
		Инок Спиридон (Пустограев), кандидат медицинских наук, дет- ский диетолог, Институт питания РАМН (Москва)

Тираж 500 экз.
ISSN 2225–9546

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБЩЕСТВЕ ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ

Общероссийская общественная организация «Общество православных врачей России имени святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского» было образовано по решению представителей 49 епархий Русской Православной Церкви, участвовавших в I Всероссийском съезде православных врачей, который проходил в Белгороде 29–30 сентября 2007 г.

12 октября 2007 г. Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексий благословил деятельность Общества православных врачей России, присвоив ему имя святителя Луки, архиепископа Симферопольского, — исповедника и врача.

Председателем ОПВР является епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон, председатель отдела по церковной благотворительности и социальному служению РПЦ, председателем исполкома ОПВР — Александр Викторович Недоступ, профессор кафедры факультетской терапии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва).

Целью Общества православных врачей России является объединение существующих и вновь возникающих региональных обществ православных врачей в единую организацию, главным направлением деятельности которой будет являться привнесение христианских ценностей в российскую медицину и улучшение качества здоровья граждан Российской Федерации.

Основной задачей Общества является улучшение медицинской помощи населению России, основанное как на духовном врачевании, осуществляемом священнослужителями Русской Православной Церкви, так и на оказании членами региональных обществ посильной безвозмездной профессиональной медицинской помощи, понимаемой православными врачами как служение страдающему человеку.

Адрес ОПВР: 109004, Москва, ул. Николоямская, 57/7, ОПВР.

Телефон: (495) 912-91-37

сайт: www.opvr.ru

e-mail: info@opvr.ru.



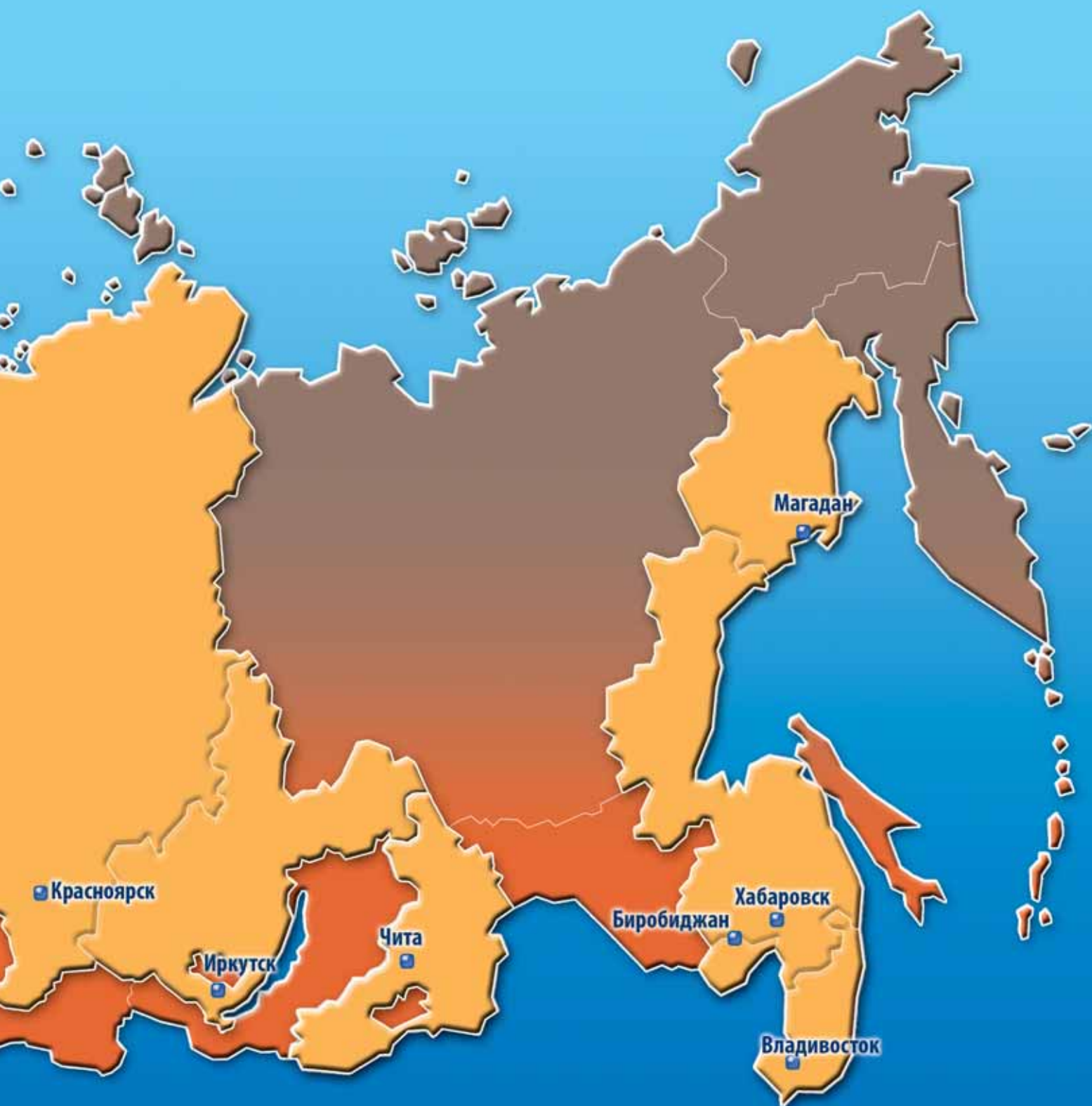
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ



 — регионы, где зарегистрированы Общества православных врачей

Примечание: 1 — Московское областное ОПВ; 2 — Ленинградское областное ОПВ

ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ РОССИИ



Подробную информацию о региональных отделениях ОПВР можно найти на сайте Общества православных врачей России — <http://www.opvr.ru/>





*к 150-летию приимц. вел. кн.
Елизаветы Федоровны Романовой*

**МИЛОСЕРДИЕ И
СОВРЕМЕННАЯ
МЕДИЦИНА**



СЧАСТЬЯ

ОУЩЕВАНІЯ

ВЕЛИКАЯ КНЯГИНЯ ЕЛИЗАВЕТА ФЕДОРОВНА. СЛУЖЕНИЕ, ТРОНУВШЕЕ СЕРДЦА

Ее пример свидетельствует о том, какой великой силой является доброта.

Патриарх Московский и всея Руси Кирилл

Имя святой преподобномученицы великой княгини Елизаветы в нашем сознании неразрывно связано с христианским милосердием и личной благотворительностью.



Выйдя замуж за великого князя Сергея Александровича, она все силы своей души посвятила служению ближним. Спустя всего два года после переезда в Россию она возглавила Первый Санкт-Петербургский дамский комитет Российского общества Красного креста. Она была председателем Петровского благотворительного общества, убежища для слабосильных и

выздоровливающих детей, Царскосельского благотворительного общества, Санкт-Петербургского дамского благотворительного тюремного комитета; занималась созданием приютов, больниц, училищ, организацией рабочих мест, дешевых и бесплатных квартир, выдачей провианта, вещей, топлива, назначением денежных пособий. Со временем появились Елизаветинские гимназии, ясли, Елизаветинские очаги, бравшие на дневное содержание детей нуждающейся интеллигенции, и многое другое.

Елизавета Федоровна была самой заметной фигурой в кругу российских благотворителей и меценатов. Ее нравственная чуткость увлекала своим примером. К чему бы она ни приступала, за какое бы дело ни бралась — все согревалось теплом ее души. Созданные ею благотворительные учреждения были примером христианского милосердия. Ей подражали, ее обожали, в ней видели идеал православной жизни, к которому хотелось стремиться.

Детство и юность в Дармштадте

Великая княгиня Елизавета Федоровна родилась 20 октября (1 ноября) 1864 г. в Германии, в Дармштадте. Она была вторым ребенком в семье великого герцога Гессен-Дармштадтского Людвиг IV и принцессы Алисы, дочери английской королевы Виктории. Еще одна дочь этой четы — как и мать, названная Алисой, — стала позже российской императрицей Александрой Федоровной.



*Семья великого герцога Гессен-Дармштадтского
Людвига IV. 1876 г.*

Дети воспитывались в строгих традициях старой Англии. Им прививались простота и скромность в еде и одежде. Старшие дочери сами выполняли домашнюю работу: убирали комнаты, стелили постели, топили камин. Мать старалась вложить в сердца детей любовь к ближним, особенно к страждущим. Дети постоянно ездили с матерью в госпитали, приюты, дома для инвалидов, привозили букеты цветов, которые сами же и разносили по палатам. Все, знавшие Елизавету с детства, отмечали ее религиозность и любовь к ближним. На нее еще в самой ранней юности оказали огромное влияние жизнь и подвиги святой Елизаветы Тюрингенской, в честь которой ее назвали.

Детство и юность Елизаветы не были безоблачными. В 1873 г. упал с балкона и разбился насмерть ее любимый трехлетний брат Фридрих, страдавший гемофилией. Обладая уже тогда удивительным мужеством девочка первая спустилась вниз, взяла окровавленного ребенка на руки и внесла в дом. Смерть маленького брата произвела сильнейшее впечатление на Елизавету, оставив неизгладимый след на всю жизнь. Позже, в 1876 г., во время эпидемии дифтерита в Дарм-

штадте, в семье заболели все дети, кроме Елизаветы. Умерла четырехлетняя Мария, а вслед за ней, в возрасте 35 лет умерла и ухаживавшая за детьми мать, великая герцогиня Алиса. Воспитанием осиротевших детей занялась бабушка — английская королева Виктория.

Петербургский период. Переход в Православие

На двадцатом году жизни принцесса Елизавета стала женой великого князя Сергея Александровича, родного брата императора Александра III. Она познакомилась с ним в детстве, когда он приезжал в Германию с матерью, императрицей Марией Александровной, также происходившей из Гессенского дома. До этого все претенденты на ее руку и сердце неизменно получали отказ.



Великая княгиня Елизавета Федоровна и великий князь Сергей Александрович

Великий князь приобрел для молодой супруги дворец Белосельских-Белозерских на Невском проспекте. Великая княгиня напряженно занималась русским языком, изучала русскую культуру. Под влиянием

своего глубоко верующего мужа Елизавета Федоровна начала все глубже проникаться Православием.



Сергиевский дворец в Санкт-Петербурге у Анничкова моста

В 1888 г. Александр III поручил Сергею Александровичу быть его представителем на освящении храма Святой Марии Магdalины на Святой Земле — в Гефсимании, у подножия Елеонской горы. Великий князь был к этому времени председателем Православного палестинского общества. Пораженная красотой храма, великая княгиня произнесла, как оказалось, пророческие слова: «Как я хотела бы быть похороненной здесь».

После посещения Святой Земли Елизавета Федоровна твердо решила перейти в Православие. В январе 1891 г. она написала отцу о своем решении. В апреле накануне Пасхи, в Лазареву субботу, в домовом храме великокняжеского дворца было совершено Таинство Миропомазания великой княгини Елизаветы Федоровны с оставлением ей прежнего имени, но уже в честь святой праведной Елизаветы — матери святого Иоанна Предтечи, память которой Православная Церковь отмечает 5 (18) сентября.

Супруга генерал-губернатора Москвы

В 1891 г. император Александр III назначил великого князя Сергея Александровича московским генерал-губернатором. Великокняжеская чета перебралась в Москву. Семья жила в доме генерал-губернатора на Тверской улице, в Александринском дворце в Нескучном и двух загородных резиденциях на Москва-реке: Ильинском и Усове.

Супруга генерал-губернатора должна была исполнять множество общественных обязанностей: организовывать приемы, устраивать концерты и балы, участвовать в них.

Жители Москвы скоро оценили ее милосердное сердце. Она ходила по больницам для бедных, посещала богадельни, приюты для беспризорных детей и везде старалась облегчить страдания людей: раздавала еду, одежду, деньги, улучшала условия жизни несчастных.

Это было время ее духовного роста. Почти сразу после переезда в Москву Елизавета Федоровна пережила потерю близких людей: отца и снохи — великой княгини Александры Георгиевны (супруги великого князя Павла Александровича), после смерти которой на попечение Сергею Александровичу и Елизавете Федоровне были переданы ее двое детей — Дмитрий и Мария.



Елизавета Федоровна с Сергеем Александровичем, Павлом Александровичем, племянниками Марией и Дмитрием. 1892 г.

Благотворительность. Русско-японская война

В Москве в полной мере расцвело благотворительное служение святой Елизаветы.

Дни ее были расписаны по часам. Она старалась не упускать из виду несчастных и обездоленных, всех нуждающихся в помощи. Она была не только замечательным организатором, но и многое делала своими руками. Такова была потребность ее души.

Когда в 1904 г. началась Русско-японская война, Елизавета Федоровна занялась организацией помощи фронту. Одним из ее замечательных начинаний стало устройство мастерских для помощи солдатам — под них были заняты все залы Кремлевского дворца, кроме Тронного. Отсюда шли на фронт тюки с продовольствием, обмундированием, медикаментами и подарками для солдат. Великая княгиня отправляла на фронт походные церкви со всем необходимым для совершения богослужения, на собственные средства сформировала несколько санитарных поездов. В Москве устроила госпиталь для раненых, создала специальные комитеты по обеспечению вдов и сирот воинов, погибших на фронте.



Кремлевский дворец. Мастерские для помощи фронту. В центре — великая княгиня Елизавета Федоровна

Но русские войска терпели одно поражение за другим. Надвигалась первая русская революция. Великий князь Сергей Александрович был непримирим к бунтовщикам и революционерам. Правительство не поддерживало мер великого князя, и Сергей Александрович подал в отставку. За ним сохра-

нился лишь пост командующего Московским военным округом. 1 января 1905 г. государь принял его отставку. После событий 9 января оппозиция объявила Сергея Александровича и его брата Владимира Александровича главными виновниками кровопролития. Боевая организация эсеров вынесла великому князю Сергею Александровичу смертный приговор.

Гибель мужа

Елизавета Федоровна знала из анонимных писем, что супругу угрожает опасность и старалась не оставлять его одного. Сергей Александрович, напротив, заботясь о жизни других людей, даже перестал брать с собой адъютанта и велел жандармам держаться на отдалении. 5 (18) февраля 1905 г. он был убит бомбой, брошенной террористом И. П. Каляевым. Елизавета Федоровна была во дворце и слышала взрыв. Она своими руками собрала на носилки разбросанные взрывом куски тела мужа. Поразительны ее самообладание и забота: чтобы не огорчить умирающего кучера, Елизавета Федоровна поехала к нему в больницу, сняв траур. Кучер Андрей Алексеевич Рудинкин скончался в ту же ночь, думая, что Сергей Александрович жив.



Елизавета Федоровна в трауре. 1907 г.



Место гибели великого князя Сергея Александровича

Адъютант великого князя В. Ф. Джунковский вспоминает, что на второй или третий день после кончины великого князя Елизавета, движимая христианским чувством всепрощения, решила навестить в тюрьме убийцу своего мужа. Многие в то время осуждали ее, «но кто знает великую княгиню, тот отлично поймет, что иначе великая княгиня поступить не могла, — пишет В. Ф. Джунковский. — Она, по своему характеру всепрощающая, чувствовала потребность сказать слово утешения и Каляеву, столь бесчеловечно отнявшему у нее мужа и друга». Елизавета Федоровна оставила в камере Евангелие и маленькую иконку, надеясь на то, что убийца покается.

Из великих князей на погребении присутствовали Константин Константинович и Павел Александрович. Погребли Сергея Александровича в церкви Чудова монастыря, где в то время находились мощи святителя Алексея, митрополита Московского. Здесь Елизавета Федоровна почувствовала благодатную помощь от святых мощей. Она считала впоследствии, что именно святитель Алексей вложил в ее сердце желание посвятить Богу всю оставшуюся жизнь.

Создание Марфо-Мариинской обители

В положенное время после кончины супруга Елизавета Федоровна не стала снимать траур, держала строгий пост, много молилась, на светских приемах не появлялась. Через некоторое время она приняла решение основать в Москве Марфо-Мариинскую обитель милосердия. На Большой Ордынке приобрела усадьбу с четырьмя домами и садом. В самом

большом, двухэтажном доме расположились столовая для сестер, кухня и другие хозяйственные помещения, во втором — церковь и больница, рядом — аптека и амбулатория для приходящих больных. В четвертом доме находилась квартира для священника — духовника обители, школьные классы для приютских девочек и библиотека.

Знаменательно посвящение созданной обители святым евангельским женам-мироносицам Марфе и Марии. Эти сестры являются образом одна деятельного, другая — молитвенного, созерцательного пути приближения к Богу. Основанная Елизаветой Федоровной обитель коренным образом отличалась от общин сестер Красного Креста, куда принимались женщины любого вероисповедания. Не была она и монастырем в классическом смысле. Это была обитель, в которой социальное служение (как мы бы сейчас сказали) было глубоко укоренено в православной вере.



Настоятельница Марфо-Мариинской обители в своем кабинете за шитьем

Елизавета Федоровна пыталась узаконить новую форму христианского общежития. В истории был аналог такого служения — диакониссы. Великая княгиня ходатайствовала перед священноначалием

о восстановлении чина диаконисс I–VIII веков. Этот вопрос обсуждался на Поместном соборе Российской Православной Церкви в 1917–1918 гг., но революция и последовавшая гражданская война не дали этим планам осуществиться.

Жизнь Марфо-Мариинской обители

9 (22) апреля 1910 г. в церкви святых Марфы и Марии епископ Трифон (Туркестанов) посвятил в звание крестовых сестер любви и милосердия 17 сестер обители во главе с великой княгиней Елизаветой Федоровной, которая сказала: «Я оставляю блестящий мир, где я занимала блестящее положение, но вместе со всеми вами я восхожу в более великий мир — в мир бедных и страдающих». Во время торжественной службы епископ, обращаясь к уже облаченной в сестринское одеяние великой княгине, сказал: «Эта одежда скроет вас от мира, и мир будет скрыт от вас, но она в то же время будет свидетельницей вашей благотворной деятельности, которая воссияет пред Господом во славу Его». Слова владыки сбылись.



Духовником Марфо-Мариинской обители, помощником и наставником настоятельницы стал протоирей Митрофан Сребрянский, будущий преподобноисповедник Сергей (1870–1948). Им был предложен проект устава общины, который был во многом близок взглядам великой княгини.

Сестры обители учились не только медицине, но и умению духовно наставлять опустившихся, заблудших и отчаявшихся людей. Каждое воскресенье после вечерней службы в соборе Покрова Божией Матери устраивались беседы для народа. Сюда приходили совершать богослужения и проповедовать лучшие пастыри и проповедники не только Москвы, но и многих отдаленных мест России.



Марфо-Мариинская обитель

В Марфо-Мариинской обители великая княгиня вела жизнь подвижницы. Утром вставала на молитву, распределяла послушания сестрам, потом работала в клинике, принимала посетителей, разбирала прошения и письма. Вечером совершала обход больных, заканчивавшийся за полночь. Ночью молилась в своей молельне или в церкви, ее сон редко продолжался более трех часов.

В больнице Елизавета Федоровна ассистировала при операциях, делала перевязки, утешала, облегчала страдания больных. От великой княгини исходила сила, которая помогала им переносить боль и соглашаться на тяжелые операции.

Главной задачей сестер было посещать больных, бедных, брошенных детей, подавать им медицинскую, материальную и моральную помощь. В больнице обители работали лучшие специалисты Москвы, оперировали всех бесплатно. При обители существовала воскресная школа для фабричных работниц. Действовали библиотека, бесплатная столовая для бедных.

Обитель получала до 12 000 прошений в год. Одним из главных мест, которому великая княгиня уделяла особое внимание, был Хитров рынок. Елизавета Федоровна, в сопровождении своей келейницы Варвары Яковлевой или сестры обители княжны Марии Оболенской, переходя от одного притона к другому, собирала сирот, уговаривала родителей отдать ей на воспитание детей. Все население Хитрова уважало ее, называя «сестрой Елизаветой» или «матушкой».

Первая мировая война и две русские революции

В годы Первой мировой войны трудов у великой княгини прибавилось: необходимо было ухаживать за ранеными в лазаретах. Часть сестер обители были отпущены для работы в полевом госпитале. Первое время Елизавета Федоровна навещала и пленных немцев, но клевета о тайной поддержке противника заставила ее отказаться от этого.



Елизавета Федоровна в обители с ранеными

Настоятельница обители несколько раз оказывалась на волосок от гибели, когда к воротам подступали, подстрекаемые провокаторами, «революционные» толпы, однако Господь не допустил тогда погибнуть Елизавете Федоровне.

Весной 1917 г. по поручению кайзера Вильгельма к великой княгине приезжал шведский министр и предлагал ей помощь в выезде за границу. Она ответила, что решила разделить судьбу страны и не может покинуть сестер обители в это трудное время.

Первое время после октябрьского переворота Марфо-Мариинскую обитель не

трогали. Два раза в неделю к обители подъезжал грузовик с продовольствием. Выдавали и перевязочный материал, и лекарства первой необходимости. Но все вокруг были напуганы, покровители и состоятельные дарители боялись оказывать помощь обители. Великая княгиня и сестры во избежание провокаций не выходили за ворота. Духовник обители протоирей Митрофан Сребрянский каждый день служил Божественную литургию в переполненной церкви.



Келейница великой княгини, преподобномученица Варвара (Яковлева)

После заключения Брест-Литовского мира германское правительство добилось согласия советской власти на выезд великой княгини Елизаветы Федоровны за границу. Посол Германии граф Мирбах дважды пытался увидеться с великой княгиней, но она не приняла его, категорически отказавшись уезжать из России. Она говорила: «Я никому ничего дурного не сделала. Буди воля Господня!»

Затем в обитель были присланы анкеты — опросные листы для тех, кто там проживал или находился на лечении. Были арестованы несколько человек из больницы. Вскоре объявили, что сирот переведут в детский дом. В апреле 1918 г., на третий день Пасхи, Святейший Патриарх Тихон служил в обители Божественную литургию и молебен. Это было последнее благословение Патриарха великой княгине перед ее крестным путем на Голгофу.

Почти сразу после его отъезда в обитель прибыли комиссар и красноармейцы-латыши. Елизавету Федоровну арестовали. На сборы дали полчаса. Настоятельница успела лишь собрать сестер в церкви святых Марфы и Марии и дать им последнее благословение. С великой княгиней поехали две сестры — Варвара Яковлева и Екатерина Янышева. С дороги она написала каждой оставшейся в обители сестре.

Арест и кончина

Елизавету Федоровну и ее спутниц первоначально направили в Пермь. Последние месяцы своей жизни великая княгиня провела в заключении на окраине города Алапаевска в Напольной школе вместе с великим князем Сергеем Михайловичем, его секретарем Федором Михайловичем Ремезом, тремя сыновьями великого князя Константина Константиновича — Иоанном, Константином, Игорем — и сыном великого князя Павла Александровича князем Владимиром Палеем.

Сестрам, сопровождавшим настоятельницу, было предложено освобождение. Обе умоляли вернуть их к великой княгине. Варвара Яковлева заявила: она готова подписаться собственной кровью, что желает разделить судьбу великой княгини. Так крестовая сестра Марфо-Мариинской обители Варвара Яковлева сделала свой выбор и присоединилась к узникам.

Великую княгиню Елизавету Федоровну вместе с другими членами Императорского Дома глубокой ночью 5 (18) июля 1918 г. сбросили в шахту старого Нижне-Селимского рудника. Когда палачи сталкивали великую княгиню, она произносила молитву, сказанную на Кресте Спасителем: «Отче, отпусти им: не ведают бо, что творят» (Лк. 23:34). Один крестьянин, случайный свидетель убийства, говорил, что из глубины шахты слышалось пение Херувимской. Чекисты начали бросать в шахту ручные гранаты. Скончались мученики в страшных страданиях, от жажды, голода и ран.

Когда в Алапаевск вошли белые войска, были предприняты усилия по расследованию

этого преступления. Место расправы было обнаружено, тела подняты на поверхность. Оказалось, что великая княгиня упала не на дно шахты, а на выступ, который находился на глубине пятнадцати метров. Рядом с ней нашли тело великого князя Иоанна Константиновича. Его голова была перевязана разорванным апостольником великой княгини. Она и здесь постаралась облегчить страдания ближнего.



Последний снимок. Рождество 1917 г.

Преподобномученица Елизавета в своей жизни смогла соединить святость благоверной княгини, преподобной праведницы и мученицы за Христа и оставила нам пример жизни по Евангелию. Ее жертвенное служение бедным, больным, сиротам, ее искренняя любовь к Богу и к Православной Церкви способны и сегодня пробудить души многих наших соотечественников от греховного забвения, напомнить о необходимости служения бедным и обездоленным.

Патриарх Московский и всея Руси Алексий II

Прославление и почитание святой Елизаветы

Останки мучеников были погребены в склепе Троицкого собора в Алапаевске,

потом вывезены в Читту, где находились 6 месяцев, затем в Китай, в Пекин. Оттуда в 1921 г. останки настоятельницы Марфо-Мариинской обители и ее келейницы Варвары были перевезены в Иерусалим и положены в усыпальнице храма Святой равноапостольной Марии Магдалины в Гефсимании.

В 1981 г., накануне канонизации новомучеников российских Русской Православной Церковью за границей, их гробницы решили вскрыть. Тела новомучениц оказались частично нетленными. Они были положены в храме Марии Магдалины, где пребывают и поныне.

В 1992 г. Архиерейский Собор Русской Православной Церкви причислил к лику святых новомучеников российских преподобномученицу великую княгиню Елизавету и инокиню Варвару, установив им празднование в день кончины — 5 (18) июля.

В Алапаевске ныне существуют два монастыря — женский, рядом с сохранившейся Напольной школой (местом заточения мучеников), и мужской, близ села Нижняя Синячиха, рядом с шахтой, куда были сброшены узники. Множество общин сестер милосердия в разных уголках России — от Калининграда до Владивостока — названы именем великой княгини Елизаветы Федоровны. В нашей стране и ближнем зарубежье есть несколько крупных монастырей, посвященных преподобномученице Елизавете. Действует Марфо-Мариинская обитель в Москве. Святая Елизавета стала покровительницей милосердного служения, возродившегося в современной России.

Литература

1. Вдали от мирской суеты. Нижний Новгород, 1996.

2. Великая Княгиня Елизавета Федоровна: фотоальбом. М.: Марфо-Мариинская обитель милосердия, 2009.

3. Великая княгиня Елизавета Федоровна и император Николай II: документы и материалы (1884–1909 гг.) / Православ. Св.-Тихоновский гуманитар. ун-т, миссионер. фак. [авт.-сост. А. Б. Ефимов, Е. Ю. Коваль-

ская; ред. Г. Б. Кремнев и др.; рук. проекта прот. Николай Соколов; коммент. Е. Ю. Ковальская]. СПб.: Алетея. Историческая книга, 2009.

4. Волошун П. В. Блаженны милостивые: благотворительная деятельность Великой княгини Елизаветы Федоровны. М.: Даръ, 2010.

5. Вяткин В. В. Христовой Церкви цвет благоуханный. Жизнеописание великой Княгини Елизаветы Федоровны. М.: Свято-Тихоновский богословский институт, 2001.

6. Кучмаева И. К. Жизнь и подвиг великой княгини Елизаветы Федоровны М.: Москвоведение, 2004.

7. Кучмаева И. К. Когда жизнь истинствует... Культура благотворения великой княгини Елизаветы Федоровны. М.: Индрик, 2008.

8. Летопись жизни и деятельности Благоверной Великой Княгини Елизаветы Федоровны, основательницы Марфо-Мариинской обители милосердия, в хронике событий / авт.-сост. Л. В. Куликова. М., 2011.

9. Маерова В. Елизавета Федоровна. 2-е изд., испр. и доп. М.: Захаров, 2003.

10. Материалы к житию преподобномученицы великой княгини Елизаветы: Письма, дневники, воспоминания, документы. 2-е изд. М., 1996.

11. Миллер Л. П. Святая мученица Российская великая княгиня Елизавета Федоровна. 5-е изд. М.: Паломник, 2013.

12. Письма преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны к императрице Марии Федоровне, императору Николаю II, великой княжне Ольге Николаевне, великому князю Сергею Александровичу, великому князю Павлу Александровичу, княгине Зинаиде Николаевне Юсуповой, князю Феликсу Феликсовичу Юсупову-младшему / сост. Т. В. Коршунова и др.; коммент. О. С. Трофимова. М.: Православное сестричество во имя преподобномученицы Елизаветы, 2011.

13. Шаргунов Александр, протоиерей. Подвижники Марфо-Мариинской обители милосердия. М.: Хронос-Пресс, 2001.

Составитель — сестра милосердия
Сестричества во имя прмц. Елизаветы
в Лахте Н. В. Слепкова

ПРАЗДНОВАНИЕ 150-ЛЕТИЯ ПРЕПОДОБНОМУЧЕНИЦЫ ВЕЛИКОЙ КНЯГИНИ ЕЛИЗАВЕТЫ ФЕДОРОВНЫ



Торжества в честь 150-летия со дня рождения преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны (урожденной принцессы Гессен-Дармштадтской) прошли 1 ноября 2014 г. в Москве, Санкт-Петербурге в Кургане и других городах России и зарубежья. Такой масштаб празднования не случаен: по словам Предстоятеля Русской Православной Церкви, возглавившего торжество в Москве, жизненный путь Елизаветы Федоровны, ее самоотверженное служение ближним являются примером для каждого христианина.

В Москве празднование началось с **Божественной литургии**, которую возглавил Патриарх Московский и всея Руси Кирилл. Богослужение состоялось в Марфо-Мариинской обители, основанной великой княгиней. Затем участники торжеств посетили выставку «**Милосердие в истории. Русский вклад. От Крымской войны до Великой**», специально организованную к юбилейной дате.



Божественная литургия в Марфо-Мариинской обители милосердия

«Образ преподобномученицы Елизаветы Федоровны, сияющий необыкновенной человеческой и духовной красотой, — удивительное явление в истории России», — сказал

Святейший Патриарх Кирилл на торжественном приеме после Божественной литургии.

Образ преподобномученицы Елизаветы Федоровны, сияющий необыкновенной человеческой и духовной красотой, — удивительное явление в истории России.

Современники должны знать и помнить о жизненном подвиге святой великой княгини. Сегодня о ней знают гораздо больше, чем 10 или 20 лет тому назад, но нужно, чтобы она стала национальным героем, чтобы она стала примером для подражания. А поэтому история ее жизни должна войти в нашу литературу, в изобразительное искусство, в кинематограф, в театральные постановки.

Если достойным образом осветить образ Елизаветы Федоровны, то никакой конкуренции не выдержат те, кого всеми силами старается сделать героем и предметом для подражания современное информационное общество. Кто из них, как святая Елизавета Федоровна, оставил дворцы и переехал в монастырскую келью, а все свои умения, свои связи, свое обаяние, свои дипломатические способности направил на то, чтобы помочь самым отверженным и нуждающимся?!

Сестры милосердия нашего времени должны теплом и любовью воздействовать на души людей, чтобы в них прорастали ростки того служения, тех идеалов, которые несла преподобномученица Елизавета. Ваш пример должен быть заразительным, убедительным и свидетельствовать о красоте образа святой преподобной мученицы.

Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл

Патриарх напомнил об удивительном сочетании кротости, смирения и в то же время решимости в принципиальных вопросах, которые проявляла в своей жизни Елизавета Федоровна: сообщив своему отцу-протестанту, что собирается перейти в Православие,

она просила его «лишь одно слово телеграммой послать. Отец не послал телеграмму, а написал письмо, в котором не разрешал переход в Православие. И вот тогда, движимая, как она и сказала отцу, своей волей, а не чьим-то давлением, не стечением обстоятельств и не красотой внешнего обряда Православия, в чем упрекал ее отец, а ясным осознанием того, что через Церковь Божию сильнее и легче будет осуществляться и плодоносить ее религиозное чувство, она принимает Православие без согласия отца», — сказал Святейший Патриарх.

Предстоятель Русской Церкви призвал не забывать о мученическом подвиге Елизаветы Федоровны и многих других наших соотечественников, отдавших жизнь за веру Христову.

«Великая княгиня Елизавета Федоровна — один из самых светлых образов в истории нашей Церкви, истории нашей страны», — сказал председатель отдела внешних церковных связей Московского Патриархата митрополит Волоколамский Иларион на открытии торжественного вечера. Архипастырь свидетельствовал, что по человеческим меркам судьба Елизаветы Федоровны была глубоко трагической, но Божественный промысел распорядился ее судьбой особым образом: «Вряд ли она могла представить, когда ехала в Россию, как закончится ее жизнь. Когда же заканчивалась жизнь Елизаветы Федоровны, вряд ли она могла представить себе, что сегодня, спустя 150 лет после ее рождения, мы будем вспоминать и прославлять ее как преподобномученицу и нашу небесную покровительницу».

Сегодня мы вспоминаем Елизавету Федоровну как «выдающийся образец христианского смирения, христианского добродетельства, христианской доброты», отметил митрополит Иларион. «В наше время, — когда нам порой так не хватает доброго и ласкового слова, когда оскудела в людях любовь, когда нам просто не хватает доброты и человеческого тепла, образ преподобномученицы Елизаветы Федоровны согревает наши сердца и служит путеводной звездой для всех, кто хочет сегодня повторять ее подвиг и продолжать ее служение», — сказал он в конце выступления.



Святейший Патриарх и руководитель Международного центра по изучению гражданского общества Института всеобщей истории А. В. Громова на выставке «Милосердие в истории. Русский вклад. От Крымской войны до Великой»

Вечером 1 ноября в Московском международном доме музыки прошел **благотворительный концерт Большого симфонического оркестра имени П. И. Чайковского** под управлением В. И. Федосеева «Великая княгиня Елизавета. 150 лет со дня рождения».

В фойе Дома музыки была открыта фото-выставка, посвященная жизни и делам милосердия великой княгини Елизаветы, а также современной жизни обители и социальным проектам службы помощи «Милосердие».

Все собранные на концерте средства будут направлены на развитие детской выездной паллиативной службы — одного из социальных проектов православной службы помощи «Милосердие», который действует в Марфо-Мариинской обители.



Митрополит Волоколамский Иларион открывает благотворительный концерт в Московском международном доме музыки

Конференции, крестные ходы, выставки, концерты в честь преподобномученицы Елизаветы Федоровны повсеместно проходили в течение всего 2014 г. III Елисаветинский крестный ход состоялся в Подмоскowie 14 сентября 2014 г. Он был организован по инициативе фонда «Елисаветинско-Сергиевское просветительское общество» и объединил около 1200 почитателей великой княгини из Москвы, Московской Епархии и ближнего Зарубежья.

В течение юбилейного года прошел ряд конференций, посвященных памяти великой княгини. В Храме Христа Спасителя 26 мая состоялся Межрегиональный общественный форум «Елисаветинское наследие сегодня. Россия и Ближнее Зарубежье». С 29 октября по 1 ноября в Москве в храме святой преподобномученицы Елизаветы Федоровны в Щербинке на конференции «Елисаветинские вечера» с докладами выступили богословы, преподаватели православных учебных заведений, знатоки отечественной истории, священнослужители. В Екатеринбурге с 30 октября по 1 ноября прошла Всероссийская научно-практическая конференция «Этика и духовно-нравственная культура в медицине». Первый Международный форум «Милосердие» собрал участников 1 ноября в Санкт-Петербурге.

Торжественно открылся 1 ноября в Кургане при храме в честь Порт-Артурской иконы Божией Матери музей «История милосердия». Музей был создан благодаря стараниям Сестричества милосердия в честь великой княгини Елизаветы при епархиальном социальном отделе.

В честь 150-летия со дня рождения святой праздничные литургии, благодарственные молебны святой преподобномученице Елизавете Федоровне состоялись во многих русских храмах в разных странах мира.

Елисаветинские дни в Дармштадте

По благословению Патриарха Московского и всея Руси Кирилла при поддержке государственных и общественных организаций России и Германии на родине великой княгини Елизаветы Федоровны, урожденной принцессы Дармштадской, прошли Елисаветин-

ские дни. Одним из организаторов выступил фонд «Елисаветинско-Сергиевское просветительское общество».

Представители фонда посетили места, связанные с памятью великой княгини. Они возложили цветы в усыпальнице ее родителей — герцога Людвига IV и герцогини Алисы, которая находится в парке «Розенхеэ». Состоялось всенощное бдение в храме святой равноапостольной Марии Магдалины.

На следующий день 2 ноября состоялось праздничная Божественная литургия в этом же храме, которую возглавил архиепископ Берлинско-Германский и Великобританский Марк. Сослужили ему архиепископ Егорьевский Марк, греческий митрополит Августин, архиепископ Феофан Берлинский и Германский, епископ Иоанн Пальмирский (Антиохийский Патриархат).



Божественная литургия в храме святой равноапостольной Марии Магдалины

После богослужения в здании музея дармштадтских герцогов начала свою работу двухдневная научно-общественная конференция «Елисаветинское наследие сегодня». Отечественные и зарубежные исследователи собрались обсудить роль великой княгини Елизаветы Федоровны в истории.

Святейший Патриарх Кирилл прислал приветственное слово к участникам конференции, в котором, в частности, говорится: «На протяжении XX в. в России и за ее пределами росло почитание великой княгини Елизаветы Федоровны, прославленной в лике святых. Церковная канонизация — это призыв следовать тем идеалам, которые воплотил в своей жизни тот или иной угодник Божий. Великая княгиня, посвятившая себя

молитве и посту, жертвенной заботе о нуждающихся, стала примером для многих благочестивых мирян, монахинь, сестер православных сестричеств. Пусть Милостивый Господь ниспошлет всем, собравшимся в эти дни в Германии, дабы почтить память преподобномученицы Елизаветы, Свою обильную помощь на пути возрастания в христианских добродетелях любви и милосердия».

Приветствие председателя Госдумы России С. Е. Нарышкина было оглашено председателем наблюдательного совета Елисаветинско-Сергиевского просветительского общества, членом совета Императорского православного палестинского общества (ИППО) А. В. Громовой. Она преподнесла в дар Дармштадту портрет преподобномученицы Елизаветы Федоровны и предложила сделать традицией проведение дней ее памяти в ее родном городе.



Портрет русской святой в дар Дармштадту

Участников конференции приветствовали также обер-бургомистр Дармштадта Й. Партч, архиепископ Берлинско-Германский и Великобританский Марк, ландграф Гессенский Г. Донатус и др.

Председатель ИППО С. В. Степашин рассказал о масштабной деятельности великой княгини Елизаветы Федоровны как благотворительницы, которая может служить достойным примером для подражания и сегодня. «Она нас учит тому, что сегодня очень важно для людей: мир, благополучие, уважение друг к другу», — сказал С. В. Степашин.

Член ИППО доктор исторических наук П. В. Стегний рассказал о роли Гессенских принцесс в истории России. Профессор

Франц выступил с докладом «Государственный архив Дармштадта. Документальные свидетельства о великой княгине Елизавете Федоровне». Директор Государственного архива РФ, доктор исторических наук С. В. Мироненко осветил тему «Материалы о Великой Княгине Елизавете Федоровне в собрании ГАРФ». Руководитель международного центра по изучению гражданского общества Института всеобщей истории РАН, кандидат исторических наук А. В. Громова рассказала о раскрытии личности великой княгини в российской и зарубежной историографии.



Дармштадт: возложение цветов на могилу родителей прпмц. Елизаветы

Вечером 2 ноября состоялась мировая премьера концерта «Путь ко Христу» в исполнении Московского синодального хора. Концерт старинной духовной музыки включал песнопения дня памяти преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны по образцу распевов Супрасльской лавры XVI в. и партесное пятиголосие праздничного чина неизвестного автора первой половины XVII в.

Завершились юбилейные мероприятия экскурсией и концертом-беседой в замке Кранихштейн, где родилась великая княгиня Елизавета Федоровна.

По материалам www.diaconia.ru; monarhist.info; www.pravmir.ru; pstgu.ru

При подготовке использованы фото пресс-службы Патриарха Московского и всея Руси: www.diaconia.ru и А. Гальпериной: www.diaconia.ru; darmstadt.russian-church.de

КОНФЕРЕНЦИЯ В ЕКАТЕРИНБУРГЕ «ЭТИКА И ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННАЯ КУЛЬТУРА В МЕДИЦИНЕ»



Уникальным событием стала Всероссийская научно-практическая конференция «Этика и духовно-нравственная культура в медицине», проходившая с 30 октября по 1 ноября 2014 г. в столице Урала. Девиз конференции, посвященной 150-летию со дня рождения преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны, — «С традициями милосердия — в век инноваций».

Обмен опытом в сфере милосердия был главной целью представительной встречи, на которую собрались 750 человек из 52 регионов Российской Федерации — педагогические работники, врачи, психологи, ученые, священнослужители, сестры милосердия, члены общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест», студенты.

Конференция была организована Министерством здравоохранения РФ по инициативе и при активном участии министерства здравоохранения Свердловской области, Свердловского областного медицинского колледжа совместно с Екатеринбургской митрополией Русской Православной Церкви и отделом социального служения Екатеринбургской епархии.

Со словами приветствия к участникам обратились заместитель Министра здравоохранения РФ И. Н. Каграманян, председатель организации «Российский Красный Крест» Р. Т. Лукутцова и заместитель председателя правительства Свердловской области В. А. Власов.

В первый день работы конференции обсуждались различные темы по семи секциям: исторической, практикующих специалистов сестринского дела и ассоциации средних медицинских работников, общин сестер милосердия, региональных организаций Красного Креста, образовательной, психолого-педагогической и студенческой. Прозвучали доклады об истории милосердного движения и

сестринского дела, практике волонтерской деятельности, паллиативной помощи и многие другие.

Тематика секций конференции:

- Медицина, милосердие и духовность в историческом и современном аспектах.
- Традиции сестринского милосердия в современном здравоохранении.
- Роль сестринского персонала в обеспечении пациентоориентированности современного здравоохранения.
- Непрерывное развитие личности специалиста как фактор гуманизации медицинской помощи.
- Студенческие стратегии в формировании любви и преданности профессии.
- Российский Красный Крест в истории и современности.
- Концептуально-методический подход к управлению рисками при реализации программ подготовки специалистов среднего уровня квалификации в сфере здравоохранения.

В работе секции сестер милосердия «Традиции сестринского милосердия в современном здравоохранении», организованной епархиальным отделом социального служения, приняли участие священники, сестры милосердия, соцработники из Костромы, Глазова, Кумертау (Башкирия), Новосибирска, Тюмени, Челябинска, Кургана, Нижнего Тагила, Первоуральска, Новоуральска, Ревды, Екатеринбурга, Сухого Лога, Верхней Пышмы.

Окончанием работы секции стала выставка, посвященная памяти преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны в Патриаршем подворье.

Участникам конференции была представлена возможность познакомиться с работой сестринских постов милосердия в государственных учреждениях, с деятельностью

научно-практического центра «Бонум» по оказанию комплексной помощи детям и дома-интерната для престарелых и инвалидов. Желаящие совершили паломническую поездку по храмам и святыням Екатеринбургской епархии.

Во второй день конференции медики, сестры милосердия, студенты собрались на пленарном заседании в зале Уральского государственного театра эстрады. «Значение российских традиций для современного медицинского образования и гуманизации медицинской деятельности» — так была обозначена тема заседания.



Участники пленарного заседания: протоиерей Евгений Попиченко, И. А. Левина, И. А. Купеева, митрополит Кирилл, С. И. Двойников, протоиерей Сергей Вогулкин

Перед участниками выступили заместитель директора департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении министерства здравоохранения России И. А. Купеева; главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью министерства здравоохранения России, директор института сестринского образования Самарского государственного медицинского университета С. И. Двойников; министр здравоохранения области А. Р. Белявский; главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью министерства здравоохранения Свердловской области И. А. Левина.

Со словом о милосердии обратился к собравшимся митрополит Екатеринбургский и Верхотурский Кирилл. Также выступили протоиерей Евгений Попиченко — руководитель отдела социального служения Екатеринбургской епархии, духовник сестричества во имя вмч. и целителя Пантелеимона и протоиерей Сергей Вогулкин, профессор, доктор мед. наук.



Слово митрополита Екатеринбургского и Верхотурского Кирилла:

Инновации, безусловно, дело серьезное, требующее огромных вложений интеллектуального и материального капитала. Но в то же время мы видим, что век научно-технического прогресса и инноваций в этой жизни создал множество вещей, которые противоречат человеческой жизни вообще. Одна из инноваций, которая существует в нашей жизни — это убийство детей во чреве. Разве мы можем это воспринимать в своей жизни как нечто нормальное, достойное и правильное?

Поэтому любая наука, любое движение вперед должно быть основано на одном настоящем и прочном фундаменте — милости сердца. Сердечная милость — это самое главное, что должно входить в нашу жизнь и должно воспитываться в тех, кто сегодня избирает для себя профессию врача или медицинской сестры.

Будем совершать милосердие и будем относиться к ближним так, как это делали святая Елизавета Федоровна, царские дети, сестры милосердия, трудящиеся в военных госпиталях во времена Первой мировой войны. И сестры милосердия, которые сегодня трудятся, утешая больных, и входя в жизнь больного человека, возвращают его к жизни не только здоровым, но и добрым, правильным, милосердным.

Я хотел бы сказать слова благодарности сестрам милосердия, которых, слава Богу, у нас в каждой больнице много и они несут свой подвиг помощи ближним, поблагодарить всех вас за гигантский подвижнический труд, который вы совершаете. Дай Бог всем нам и милосердия, и помощи Божией в нашей жизни, и покровительства святой Елизаветы Федоровны, день рождения которой мы благочестиво отметим и в своем сердце, и в нашей жизни. Храни Вас Господь!

Финалом пленарного заседания стала торжественная церемония награждения лучших медицинских колледжей страны, руководителей, педагогов и практикующих медсестер. За многолетний труд в сфере медицины, милосердные труды в социальном служении митрополит Кирилл вручил 10 архиерейских наград представителям госучреждений и сестрам милосердия Екатеринбургa.

Передвижная выставка на площадке Театра эстрады объединила темы традиций милосердия от Крымской до Первой мировой войны и служение сестер милосердия в наши дни на примере деятельности Екатеринбургского Сестричества во имя вмч. и целителя Пантелеимона.

Самые значимые и исторические события состоялись 1 ноября 2014 г. — в день празднования 150-летия великой княгини Елизаветы Федоровны, основательницы Марфо-Мариинской обители милосердия в Москве. В этот день в Екатеринбургском Храме-на-Крови прошла архиерейская Божественная литургия, на которой впервые на соборную молитву собрались представители 10 епархиальных сестриществ и отделов милосердия, сестры из других епархий, приехавшие на конференцию.



Божественная Литургия в Храме-на-Крови в Екатеринбурге

Во время богослужения митрополит Кирилл благословил двух братьев на служение в Успенском братстве, а также посвятил 14 сестер милосердия (Сестричество Православной Службы Милосердия, Сестричество свт. Луки Войно-Ясенецкого при больнице № 23, отдел милосердия «Надежда» при храме Преображения Господня, отдел милосердия при храме Казанской Божией Матери на Химмаше).

Владыка вручил благословенные грамоты за труды на ниве милосердия девяти представителям сестриществ и отделов милосердия и благословил новую группу из 22 человек на начало 9-месячного обучения по специальности «младшая медицинская сестра по уходу» в областном медицинском колледже (обучение организует Отдел социального служения епархии).

После литургии митрополит Кирилл совершил чин освящения камня и креста на месте строительства новой церкви. Храм-памятник российским сестрам милосердия во имя святой преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны Романовой будет расположен на территории областного медицинского колледжа на Сиреневом бульваре, д. 6. С появлением еще одной церкви в таком большом микрорайоне не только у студентов и преподавателей, но и у жителей появится возможность укрепления в вере, развития духовно-нравственных ценностей. Участникам торжественного мероприятия были подарены памятные благословенные иконки с изображением преподобномученицы Елизаветы, подготовленные отделом социального служения.

Важной составляющей конференции стала эстафета добрых дел «Возрождение традиций российских общин милосердия» — студенты областного медицинского колледжа выступили добровольцами и приняли участие в фасовке благотворительных «Народных обедов». Проект организовала православная служба милосердия Екатеринбургской епархии. Из 6240 готовых порций значительная часть завтраков будет передана студентам из малоимущих семей в Екатеринбурге и Алапаевске. Часть завтраков будет направлена в Алапаевский женский монастырь.

Событиях Всероссийской конференции в Екатеринбурге широко освещались в СМИ — и светских, и православных. Все мероприятия в режиме реального времени транслировались через портал med.obr-info, за время работы конференции было зарегистрировано 3527 подключений.

По материалам krasgmi.ru и отдела социального служения Екатеринбургской епархии: ekbmiloserdie.ru

ПЕРВЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ «МИЛОСЕРДИЕ» В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ



1 ноября 2014 г. в Санкт-Петербурге в Российском государственном педагогическом университете (РГПУ) им. А. И. Герцена состоялся первый международный форум «Милосердие», приуроченный к 150-летию со дня рождения преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны.



Форум был организован по благословению митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Варсонофия и при поддержке Санкт-Петербургской епархии. В оргкомитет мероприятия вошли представители комитета по молодежной политике и взаимодействию с общественными организациями Санкт-Петербурга, отдела по церковной благотворительности и социальному служению Санкт-Петербургской епархии, региональной общественной организации «Центр милосердия», Сестричества преподобномученицы Елизаветы, Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого).

Цель форума — показать особую значимость милосердного служения в обществе и дать новый импульс развитию добровольческого движения и служения милосердия среди молодежи, студенчества и специалистов помогающих профессий; обозначить пути взаимодействия государственных, общественных и религиозных организаций в созидании нашего общества и служения ему. В программе форума приняли участие более 500 человек: студенты, сестры милосердия, врачи, добровольцы, работающие в сфере милосердного служения, представители федеральных исполнительных и законодательных органов государственной власти, а также гости из регионов России, стран Европы и ближнего зарубежья.

Перед началом мероприятия в Казанском соборе состоялся молебен, который возглавил епископ Царскосельский Маркелл в со-

служении духовенства собора и участников форума в священном сане.



Затем участники мероприятия проследовали в клуб РГПУ им. А. И. Герцена, в котором в дореволюционное время размещалась церковь во имя Покрова Пресвятой Богородицы.

В фойе рядом с залом заседаний разместились две фотовыставки: «Сестры милосердия дома Романовых» и «Жизнь святой преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны Романовой». Интересные и поучительные страницы прошлого открылись посетителям выставок в репродукциях старинных фотографий.

Владыка Маркелл зачитал приветствие митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Варсонофия, в котором был подчеркнут неслучайный выбор места проведения форума: до 1917 г. здесь находился воспитательный дом. «В его стенах, — говорится в приветствии, — воплощались заветы Господа о милосердии, сострадании, любви к ближнему».

По мысли митрополита Варсонофия, премство милосердного служения — залог нормального развития общества. У движения милосердия и благотворительности в России тысячелетний опыт, а нынешнее служение церковных и светских организаций на ниве милосердия — «опыт небольшой по времени, но важный».

Епископ Царскосельский Маркелл также напомнил слушателям, что среди мучеников было немало людей знатных и богатых — у них было все, но они выбирали смерть за Христа. Такой же подвиг совершила и великая княгиня Елизавета Федоровна.

«Ученики три года ходили за Спасителем, слушали Его, но когда Спасителя схватили и распяли, они разбежались, остались одни женщины. А когда по Воскресении Он явился перед учениками, они Его не узнали. Узнала только женщина — Мария Магдалина. И сейчас я смотрю в зал и вижу: практически все присутствующие — женщины. Спасибо вам, женщины! Когда трудно, вы рядом», — приветствовал сестер милосердия, участниц форума, епископ Маркелл.

Обращаясь к собравшимся, владыка Маркелл пожелал им «нести добро, подлинное добро. Спаситель, будь Его воля, давно бы Сам исправил окружающий мир, но Он предоставил это нам. Желаю всем нам укрепляющей благодати Духа Святого в деле служения Церкви, ближним».

С приветственным словом выступил исполняющий обязанности председателя комитета по молодежной политике Санкт-Петербурга В. А. Соколов. Он отметил, что милосердное служение «не запятнано ни политикой, ни деньгами».

С. А. Гончаров, исполняющий обязанности ректора РГПУ им. А. И. Герцена, напомнил, что милосердие, помощь ближнему в нашей стране всегда были в чести. Он рассказал об истории возникновения воспитательного дома в Петербурге, о многочисленных благотворительных организациях под высочайшим покровительством, которые приобрели во второй половине XIX в. огромное влияние в обществе.

На пленарном заседании выступили также директор комплексной целевой программы «Духовно-нравственная культура подраста-

ющего поколения России», заведующий педагогическим кабинетом Московской православной духовной академии (МПДА) игумен Киприан (Яценко), главный терапевт России, член Исполкома Общества православных врачей России, академик РАМН А. Г. Чучалин, депутат законодательного собрания Ленинградской области В. С. Каторгина, музыкант, заслуженная артистка РФ, генеральный директор Международного музыкального фестиваля «Дворцы Санкт-Петербурга» М. С. Сафарьянц, сестра милосердия Сестричества во имя преподобномученицы Елизаветы Н. В. Слепкова.



Иерей Роман Манилов, директор благотворительного фонда имени сестры милосердия Екатерины Бакуниной в Твери наградил особо отличившихся петербургских сестер милосердия медалью Екатерины Бакуниной, учрежденной фондом.

Дальнейшая работа форума разделилась на четыре секции:

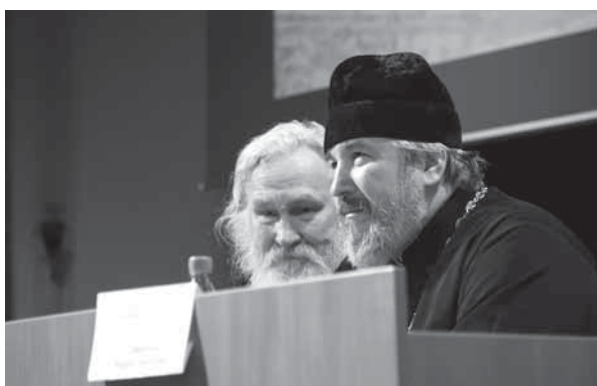
1. **Духовные основы милосердия** — председатель игумен Киприан (Яценко), канд. пед. наук, заведующий педагогическим кабинетом МПДА; сопредседатели: протоиерей Григорий Антипенко, духовник отделения милосердного педагогического служения «Синий Крест» Сестричества милосердия св. мц. Татианы; Ю. Т. Антипенко, старшая сестра милосердия отделения «Синий Крест».

2. **Добровольчество и милосердное служение студенчества и молодежи** — председатель В. Т. Лободин, доцент Ленинградского областного института развития образования, член ОПВ Санкт-Петербурга; сопредседатели: В. А. Павлова, канд. пед. наук, методист Региональной общественной организации «Центр Милосердия»; Н. В. Скурская, старший пре-

подаватель кафедры социальной педагогики РГПУ им. А. И. Герцена.

В работе секции приняла участие уполномоченная по правам ребенка в Санкт-Петербурге С. Ю. Агапитова.

3. Современная практика сестрического медико-социального служения: проблемы и перспективы — председатель протоиерей Николай Брындин, председатель отдела по церковной благотворительности и социальному служению Санкт-Петербургской епархии; сопредседатель иерей Алексей Лебедев, духовник Сестричества во имя преподобномученицы Елизаветы (Санкт-Петербург, Лахта), врач хосписа.



4. Милосердное служение врача и других специалистов помогающих профессий — председатель академик РАМН, профессор А. Г. Чучалин, главный терапевт России директор НИИ пульмонологии ФБМА России; сопредседатели: протоиерей Сергей Филимонов, председатель ОПВ Санкт-Петербурга, доктор мед. наук, профессор СПбГПМУ, доцент ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова; профессор Г. Л. Микиртичан, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики СПбГПМУ.

Медицинская секция форума

Секции «Милосердное служение врача и других специалистов помогающих профессий» была организована Обществом православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого). Ее работу открыл доклад академика РАМН А. Г. Чучалина «Подвиг лейб-медика царской семьи Евгения Сергеевича Боткина». В период сбора материалов для выступления А. Г. Чучалин много работал в архивах, посетил Тобольск, где

находилась в ссылке царская семья вместе с доктором Евгением Боткиным. Александр Григорьевич рассказал о кропотливой работе, которая ведется по подготовке к прославлению в России врача, добровольно принявшего смерть вместе со своими святыми пациентами.

Протоиерей Сергей Филимонов выступил с докладом «Духовный облик врача и врачебные ошибки». «Милосердные основы биомедицинской этики» осветила в своем выступлении профессор СПбГПМУ Г. Л. Микиртичан, действительный член ОПВ Санкт-Петербурга. «О жизненном выборе святителя Луки (Войно-Ясенецкого)» ярко рассказал протоиерей Евгений Горянчик (врач по первому образованию).

На секции выступили также коллеги ОПВ Санкт-Петербурга из Архангельска: А. В. Андреева, директор музейного комплекса Архангельского СГМУ; Г. Н. Чумакова, председатель научно-медицинского совета общественного факультета ментального здоровья им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого).

Были представлены студенческие доклады: В. В. Даниеляна, студента 3-го курса педиатрического факультета СПбГПМУ — о взглядах митрополита Антония Сурожского на проблемы биомедицинской этики; Е. Б. Лочехиной, студентки 2-го курса педиатрического факультета СГМУ, о статистических данных опроса об отношении к проблеме абортов среди студентов-медиков Архангельска; Е. А. Хоревой, студентки 2-го курса лечебного факультета СГМУ, о студенческом волонтерском движении «Айболит».

В завершение встречи член правления ОПВ Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) врач Н. Ф. Жарков доложил «О самоотверженном служении выдающихся врачей-участников Первой мировой войны».

Резолюция секции «Милосердное служение врача и других специалистов помогающих профессий»

Работа секции показала, что к настоящему времени накоплен богатейший опыт осмысления духовного служения людям через искусство врачевания.

Исторические доклады, прозвучавшие в ходе работы секции, призывают задуматься о глубоких духовно-нравственных основах врачевания, заложенных еще во времена Гиппократов и столь ярко проявившихся в подвигах врачей XX в.

В современном студенческом мире распространяется тенденция приобретения профессии как средства достижения материального благополучия и карьерного роста. В этой связи представляется чрезвычайно актуальным изучение в вузах в рамках истории медицины подвигов врачей русской императорской армии во время Первой мировой войны, жертвенного подвига последнего лейб-медика Царской семьи Евгения Сергеевича Боткина в годы «красного террора», самоотверженного служения людям известного хирурга, ученого и священнослужителя святителя Луки (Войно-Ясенецкого) и многих других врачей...

Многие имена и подвиги медиков прошлых поколений остаются еще не известными, изучение их роли в становлении и развитии Российской медицины может стать темой научно-исследовательских работ студентов и молодых ученых. Поэтому крайне важен опыт создания и работы Музейного комплекса СГМУ Архангельска.

Вопросы нравственного облика современного врача, а также возможности его совершенствования также были освещены в докладах секции.

Православный врач должен подходить к лечению болезни через призму трехчастного строения человека, состоящего из духа, души и тела, и принимать каждого пациента как посланника Божия, испрашивая в сердце Божие благословение на помощь данному конкретному человеку. Руководством могут служить слова святителя Луки, архиепископа Крымского: «Всегда ли молимся за наших пациентов? Ведь как врачи мы призваны к этому Богом. Всегда ли мы говорим: «Господи, помилуй моего больного, которого Ты вручил мне»? «Помилуй всех, которых лечу и лечил». Такое понимание своего служения, а также совестливое и правдивое отношение к пациенту помогает избежать многих врачебных ошибок. Врач не должен искушаться соблазном назначить препараты или операцию

сверх надобности, руководствуясь корыстными, сребролюбивыми мотивами, что особенно характерно для коммерческих медицинских фирм.

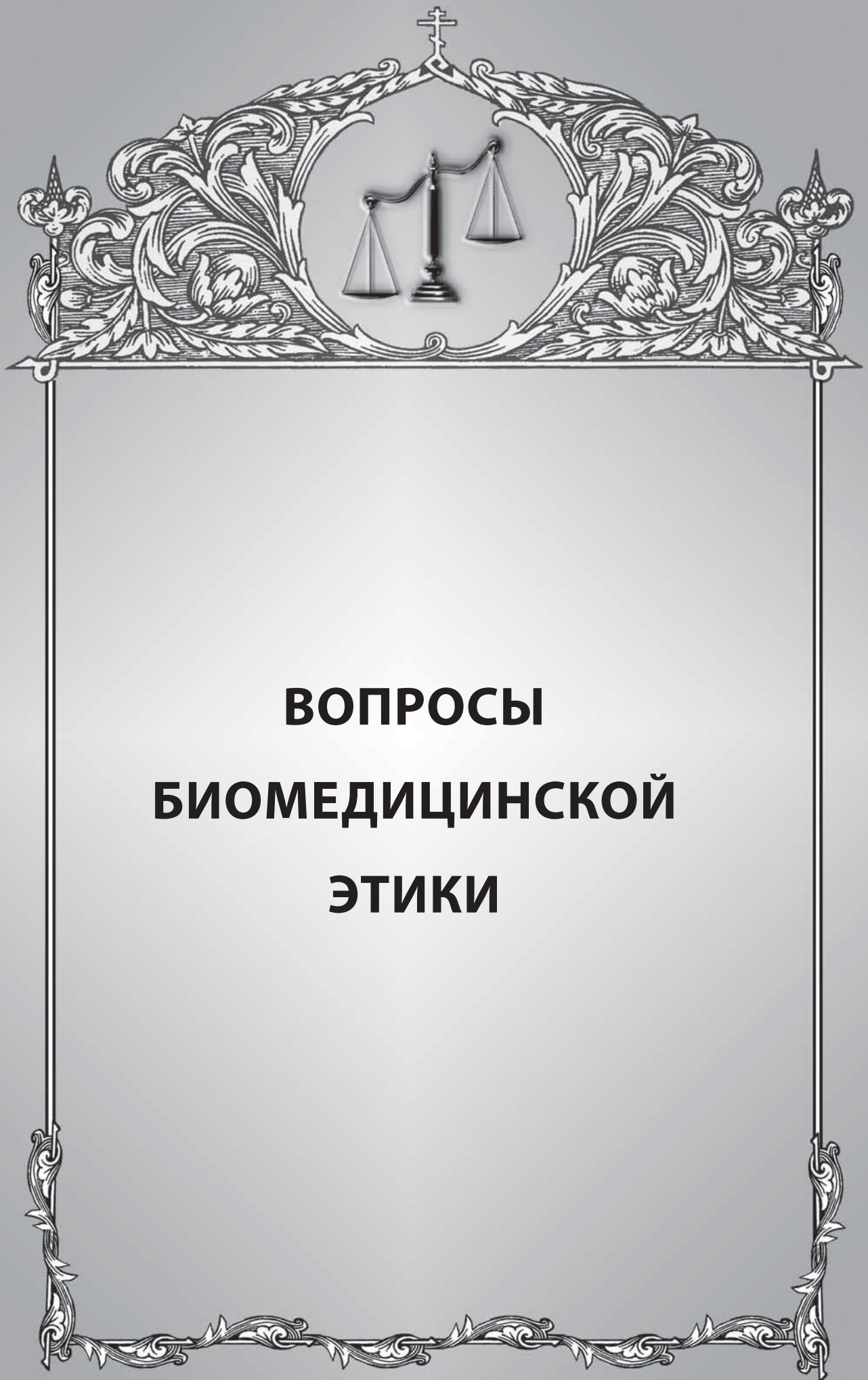
Постоянная внутренняя духовная работа, направленная на воспитание в себе милосердия и сострадания должна стать тем фундаментом, на котором основывалось бы принятие современным врачом ответственных решений, связанных со здоровьем и жизнью больного.

Появление биоэтики стало своеобразным ответом на бурное развитие биомедицинских технологий и спорные нравственные вопросы медицины последних десятилетий. Цель науки биоэтики — этическое и нравственное осмысление таких современных проблем, как принцип уважения, достоинства и автономии пациента, некоторые вопросы трансплантации органов и тканей, применение в терапии стволовых и фетоплацентарных клеток, искусственное оплодотворение, определение границы жизни и смерти человека при проведении реанимационных мероприятий и многое другое.

Как для студентов, так и для специалистов «со стажем» огромное значение имеет изучение основ биомедицинской этики и деонтологии, духовных причин заболеваний, формирование чувства сострадания к окружающим, умение признавать свои ошибки, а также стремление к постоянному совершенствованию своих профессиональных знаний.

Подводя итог работы I Международного форума «Милосердие», необходимо отметить, что есть такие профессии, в которых изначально заложено само понятие милосердия и служения ближнему. Это, прежде всего, священники, врачи, учителя, сестры милосердия, а также представители «помогающих» профессий: психологи, медицинские сестры, воспитатели, социальные работники, волонтеры, добровольные помощники. В основе их служения людям должно лежать не только профессиональное мастерство, но и жертвенная любовь, искреннее желание помочь ближнему, изначально присущее православному человеку.

Подготовлено по материалам сайтов: mitropolia.spb.ru; patriarchia.ru; opvs.spb.ru



**ВОПРОСЫ
БИОМЕДИЦИНСКОЙ
ЭТИКИ**



ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ВРАЧЕБНЫЕ ГРЕХИ

Данная статья является совместным трудом председателя Общества православных врачей Санкт-Петербурга, профессора СПбГПМУ, доктора медицинских наук, протоиерея Сергия ФИЛИМОНОВА и зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики СПбГПМУ, профессора, доктора медицинских наук Галины Львовны МИКИРТИЧАН.



Отношение к врачебным ошибкам исторически менялось от сокрытия до полной огласки. В России пристальное внимание к ошибкам врача, их публичному признанию и анализу связано с именем Н. И. Пирогова, который считал, что каждый добросовестный человек должен уметь признать и обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них менее сведущих людей.

Статья раскрывает причины врачебных ошибок, дает их классификацию, рассказывает о мерах профилактики и о должном поведении врача во избежание или при совершении врачебных ошибок. При всей драматичности этой темы рассматривать ее необходимо: анализ врачебных ошибок позволяет не совершать их в будущем.



Все действия врачей, вызвавшие неблагоприятные последствия для больного, большинство судебных медиков и юристов делят на три группы: несчастные случаи, врачебные ошибки и профессиональные преступления. Рассмотрение профессиональных преступлений выходит за рамки данной публикации. Темой настоящей статьи являются в основном врачебные ошибки, и лишь отчасти будет затронута понятие о несчастных случаях.

Несчастные случаи

Под несчастным случаем в медицинской практике принято понимать неблагопри-

ятный исход врачебного вмешательства, связанный со случайными обстоятельствами, которые нельзя предусмотреть при самом добросовестном отношении медицинского персонала к своим служебным обязанностям.

К несчастным случаям относят неожиданные смертельные исходы вследствие, например:

- индивидуальной непереносимости вводимого препарата;
- активизирования дремлющей инфекции;
- послеоперационных осложнений (воздушная эмболия, перитонит и кровотечение);
- асфиксии или остановки сердца во время наркоза;

- использования некачественного официального продукта¹ для медицинской технологии;
- проведения диагностических процедур: ангиографии, пиелографии, гастроброскопии, спинномозговой пункции, катетеризации сердца и др., сюда же относят рефлекторную остановку сердца во время эзофагоскопии.

Для доказательства несчастного случая необходимо исключить профессиональную неграмотность и небрежность врача, а также врачебную ошибку.

Особенно часто с несчастными случаями сталкиваются хирурги, когда в процессе оперативного вмешательства у больного выявляется какая-либо неожиданная патология. Иногда это происходит и в ходе самых обычных, рутинных операций.

Главный судебно-медицинский эксперт Москвы профессор В. В. Жаров приводит пример несчастного случая при тонзилэктомии у 17-летней девушки. Были соблюдены все пункты инструкции, определена группа и время свертывания крови, подготовлены кровь и кровезаменители. При удалении второй миндалины неожиданно фонтаном ударила кровь, кровотечение остановить не удалось, больная погибла. Оказалось, что у нее была редчайшая патология — дуга сонной артерии проходила сквозь миндалину. («Совершенно секретно», 1999, № 7).

Понятие врачебной ошибки

Многообразие врачебных ошибок, их причин и условий возникновения привело к тому, что до настоящего времени нет единого понятия врачебной ошибки, что естественно затрудняет медицинскую и юридическую оценку действий медицинских работников. Сложность усугубляется тем, что в законодательстве отсутствует термин «врачебная ошибка», поэтому юристы его обычно не применяют. Этот термин получил распространение преимущественно в медицинской

¹ Официальный лекарственный препарат [official formula] — лекарственный препарат, изготовленный в аптечной организации малыми партиями по стандартной прописи (например, согласно предписания Национальной Фармакопеи).

литературе, хотя и здесь нет по поводу него единой точки зрения.

В нашей стране многие придерживаются мнения известного патолога И. В. Давыдовского: главным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и ее методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности и профессиональной неграмотности.

Следовательно, врачебные ошибки связаны с объективными условиями и обстоятельствами, смягчающими вину врача. Это либо несовершенство метода исследования или лечения, либо чрезмерное волнение и растерянность врача, либо отсутствие соответствующих условий для оказания помощи (мало времени для обследования при несвоевременной госпитализации, нет необходимой аппаратуры и др.). Таким образом, отличительной чертой врачебной ошибки являются добросовестные действия врача, его стремление оказать помощь больному, хотя эти действия и являются ошибочными.



Ипполит Васильевич Давыдовский
(1887–1968)

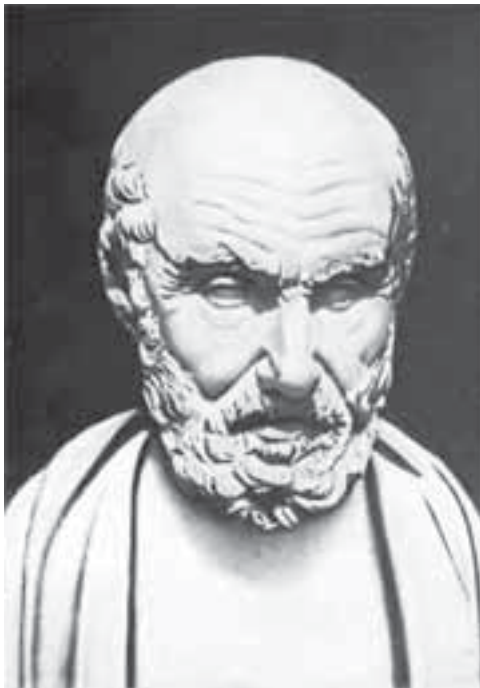
На основе понятия, введенного И. В. Давыдовским, дано определение данного термина в Большой Медицинской Энциклопедии.

дии (т. 4, стр. 422): «Под врачебной ошибкой понимаются ошибки врача при исполнении им своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступка».

История вопроса

О возможном нанесении врачом вольного или невольного вреда больному говорилось с древнейших времен. Отношение к врачебным ошибкам исторически менялось от сокрытия до полной огласки.

Многие выдающиеся врачи придавали большое значение откровенному признанию своих ошибок. Гиппократ определил так нравственное поведение врача в подобных ситуациях:



Гиппократ (V век до н. э.)

«Хороший врач тот, кто редко ошибается, но еще лучший — кто не скрывает своих ошибок. ... Если мы будем требовательны к себе, то не только успехи, но и ошибки станут источником знаний».

Он считал, что при незначительной ошибке врач должен признать свой промах перед больным. Если же ошибка серьезная, угрожающая жизни, врач не должен признавать ее в присутствии больного, так как это может нарушить его покой. Но должен отметить

ошибку в своих записях в назидание врачам следующих поколений.

Вслед за Гиппократом виднейший ученый I в. н. э. Цельс писал:



Авл Корнелий Цельс (53 г. до н. э. — 7 г.)

«Только мелкий ум старается избежать неприятностей, глубокому же уму подобает признаваться в содеянных ошибках».

Врачи средних веков чаще скрывали свои ошибки. Это было связано с укреплением корпоративных отношений и схоластическим подходом к методам познания и лечения болезней. Но во все времена оставались врачи, которые подобно французскому хирургу XVIII столетия Ж. Л. Пти могли сказать:

«Ошибки — это только ошибки, когда ты имеешь мужество их обнародовать, но они становятся преступлением, когда гордыня побуждает тебя скрывать их».

В России пристальное внимание к ошибкам врача, их публичному признанию и анализу связано с именем Н. И. Пирогова.

Н. И. Пирогов считал, что каждый добросовестный человек должен уметь признать и обнародовать свои ошибки, чтобы предосте-

речь от них людей менее сведущих. В «Анналах хирургического отделения клиники императорского Дерпского университета» (1837, 1839), почти полностью посвященных разбору хирургических ошибок, Н. И. Пирогов писал:



Николай Иванович Пирогов (1810–1881)

«Мы должны считать себя трижды счастливыми, если нам удастся в известной мере преодолеть ту или иную трудность при пользовании правилом врачебного искусства, постигнуть и преодолеть вкоренившийся предрассудок, расширить для наших соотечественников узкую тропу, ведущую к истине. Но этого можно достигнуть, по моему мнению, только в том случае, если тщательно изучить ошибки, допущенные нами при занятиях практической медицины, более того, возвести их познание в особый раздел науки.

...С самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач. И я доказал это, обнаруживая все мои ошибки и неудачи, и, чистый перед судом моей совести, я смело вызываю каждого мне показать: когда и где я утаил хотя бы одну мою ошибку, хотя бы одну мою неудачу».

Современник Н. И. Пирогова, австрийский хирург Т. Бильрот был первопроходцем в разных областях хирургии, и многие операции он либо впервые рассмотрел в своих работах, либо впервые выполнил сам: обширные резекции языка при раке, удаление щитовидной железы и женских половых орга-

нов, операции на печени, крупных суставах, артериальных сосудах при аневризмах. Он по праву считается королем абдоминальной хирургии. Ему первому удалась резекция желудка по поводу рака, и классические способы резекции желудка носят сегодня имя Бильрота. И этот всеми уважаемый хирург отмечал:



Теодор Бильрот (1829–1894)

«Только слабые духом, хвастливые болтуны боятся открыто высказываться о совершенных ошибках. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не испытывает страха перед сознанием своей ошибки».

Случалось, что врачи считали себя полностью ответственными за смерть больного в результате врачебной ошибки. Известный московский хирург-уролог Ф. И. Синицын даже устраивал специальные «покаянные» субботы, где разбирали ошибки, случившиеся в его клинике.

В 1920–30-е гг. многие хирургические журналы как отечественные, так и зарубежные ввели разделы, освещающие ошибки в хирургии («Новый хирургический журнал», «Вестник хирургии им. И. И. Грекова» и др.).

В 1936 г. под редакцией Э. Р. Гессе, С. С. Гиргола и В. А. Шаака вышел первый том 4-томного руководства для врачей «Ошибки, опасности и непредвиденные осложнения при лечении хирургических заболеваний». В нем

приняли участие около 50 виднейших хирургов СССР.

Врачебные ошибки: актуальность проблемы

Врачебные ошибки неизбежны. Согласно статистике чаще всего врачебные ошибки совершают хирурги, акушеры-гинекологи, стоматологи и косметологи.

И. А. Кассирский, известный терапевт и гематолог, академик АМН СССР, заслуженный деятель науки, писал об этом так:



Иосиф Абрамович Кассирский (1898–1971)

«Ошибки — неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, ошибки — это всегда плохо, и единственное оптимальное, что вытекает из трагедии врачебных ошибок, — это то, что они по диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было.

...Надо признать, как бы ни было хорошо поставлено медицинское дело, нельзя представить себе врача, уже имеющего за плечами большой научно-практический стаж, с прекрасной практической школой, очень внимательного и серьезного, который в своей деятельности мог бы безошибочно определить любое заболевание и столь же безошибочно лечить его, делать идеально операции»

Проблема врачебных ошибок глобальна. По данным Чарльза Скетчарда, вице-президента отдела здравоохранения по странам

Европы, Ближнего Востока и Африки информационной корпорации *Oracle*, крупнейшего после *Microsoft* разработчика программного обеспечения, более 100 тысяч американцев ежегодно погибают вследствие медицинских ошибок, которые можно было бы предотвратить.

При этом в США размеры компенсаций, выплачиваемых по искам к медикам, подчас достигают сотен тысяч, а то и миллионов долларов. Их выплату, как правило, берут на себя страховые компании. Обычно американский врач тратит на страховые взносы до 10% своего годового заработка, а врачебная ошибка по решению суда «стоит» в среднем около 140 тысяч долларов.

В Нидерландах, по неофициальным данным, неправильные действия медиков приводят к смерти от 1,5 до 6 тысяч пациентов в год.

В Великобритании медицинские ошибки — третья по частоте причина смерти после онкологии и сердечно-сосудистых заболеваний.

Во Франции расходы на устранение последствий неправильного применения медикаментов составляют более 5 млрд евро в год.

В России официальной общероссийской статистики врачебных ошибок не существует. При этом в российском медицинском сообществе распространена точка зрения, что каждый третий диагноз в нашей стране ставится неверно.

Управляющий Центра медицинского права А. В. Панов считает:

«По данным Минздрава России смерть от врачебных ошибок в России наступает в 45–50 тыс. случаях ежегодно. Учитывая свойство властей, и не только российских, приукрашивать статистику, можно смело вводить поправочный коэффициент. Речь идет как минимум о 100 000 человеческих жизнях в год».



Причины врачебных ошибок

Из существующих многочисленных классификаций врачебных ошибок наиболее удобной в практической работе нам кажется принадлежащая хирургам Н. И. Краковскому и Ю. Я. Грицману, позволяющая разграничивать ошибки по этапам хирургической работы: 1) диагностические; 2) тактические; 3) технические; 4) организационные; 5) ошибки в ведении документации; 6) ошибки в поведении медицинского персонала, (т. е. деонтологические).

Диагностические ошибки зависят: от невнимания к жалобам больного, не полностью собранного анамнеза (по некоторым данным, ошибки в сборе анамнеза занимают главное место в постановке ошибочного диагноза — до 25%); невнимательного или неполного осмотра пациента; недооценки или переоценки данных лабораторного и инструментального обследования; неиспользования консультаций различных специалистов; недооценки сопутствующих заболеваний и осложнений. Пациент, страдающий только одним заболеванием, встречается редко, особенно в настоящее время на фоне старения населения и хронизации многих заболеваний.

Ошибки в диагностике могут быть связаны с атипичным течением заболевания. По данным профессора А. Н. Орлова (1997) у 12% больных с гнойным перитонитом наблюдались нормальные показатели «белой крови» и других тестов хирургической инфекции.

Неполнота обследования не всегда зависит от врача, т. к. в ряде медицинских учреждений отсутствует или неисправна необходимая аппаратура, инструментарий. Однако даже в лечебных учреждениях, оснащенных новейшим медицинским оборудованием, может возникнуть как будто парадоксальная ситуация: избыточность «медицинского вооружения» не улучшает результаты обследования и лечения, а иногда приносит прямой или косвенный вред. Иногда диагноз совершенно ясен без сложных исследований, они оттягивают начало лечения и мучительны для больных. Именно поэтому классические методы обследования по-прежнему имеют очень важное значение.



*Лев Владимирович
Кактурский*

«Процесс расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, то есть прижизненного и посмертного, по результатам вскрытия, всегда стабилен и колеблется во всем мире в интервале от 10 до 20%. И это в самых современных клиниках, оснащенных новейшим оборудованием и приборами. Т.е. каждый десятый, или даже пятый умерший лечился не от того заболевания. Раз у него было основное заболевание не распознано, то и лечили его не от того».

Л. В. Кактурский, член-корреспондент РАМН, д. м. н., профессор, директор НИИ морфологии человека РАМН, с 1996 г. зав. патологоанатомическим отделением Центральной клинической больницы Московской Патриархии

«Вскрытие трупов больных четырех крупных больниц Москвы показало, что в 21,6% случаев диагноз, установленный при жизни, был неправильным, причем в каждом из пяти случаев не было установлено воспаление легких. А ошибки при диагностике злокачественных новообразований составляли 30–40%.



Вил Иванович Акопов

... Никакие знания и опыт не в состоянии гарантировать безошибочность действий врача, так как уникальность и многочисленные сочетания тех или иных признаков различных болезней столь разнообразны, что предусмотреть это трудно при самом добросовестном отношении».

В.И. Акопов, д. м. н., профессор, зав. организационно-методическим отделом Бюро судебно-медицинской экспертизы Ростовской области

Больной 23-х лет при обследовании был поставлен диагноз гемосидерома среднего уха и назначены различные методы лучевого и лабораторного исследования. Она готовилась к радикальной операции на ухе. Однако больной ранее не было проведено банальной отомикроскопии. Во время данного исследования была обнаружена покрытая серными массами голубая бусинка, в 5-летнем возрасте застрявшая в наружном слуховом проходе на барабанной перепонке. Она-то и создала эффект «голубого уха». Бусинка была удалена, и операцию отменили.

При подозрении на злокачественную опухоль порой не совпадают результаты клинического обследования и заключения гистолога. Недооценка заключения гистолога о наличии опухоли может привести к промедлению с лечением и прогрессированию болезни, переоценка же опасна непоказанным оперативным вмешательством или облучением. Тот и другой случаи требуют дополнительного исследования и высококвалифицированной консультации.

Беременной больной был поставлен диагноз рака груди, подтвержденный гистологическим исследованием. Было предложено прерывание беременности, ампутация груди, химио- и лучевая терапия. Пациентка отказалась от ампутации груди и аборта. Исповедовалась, причащалась, молилась. Мультидисциплинарная бригада из 2 священников, онколога, гинеколога и участкового врача наблюдала пациентку до самых родов. Опухоль не прогрессировала. Беременность протекала благополучно. После родов сделана повторная биопсия опухоли. Атипичных клеток нет, признаки хронического гнойного мастита. Выполнена секторальная резекция груди в области гнойного очага. Женщине сохранена грудь, ребенку — жизнь. Удалось избежать трагедии, которая могла бы стать результатом скоропалительного решения онколога.

Многие диагностические ошибки возникают при обобщении результатов обследования больных. Неправильная оценка полученных клинических данных может быть вызвана неспособностью врача к концептуальному мышлению. Переоценка и неверная интерпретация ведущего симптома может привести к трагическим последствиям. Так,

острые боли в животе при недиагностированной абдоминальной форме инфаркта миокарда заставили хирурга пойти на оперативное вмешательство, во время которого больной погиб.

Причиной диагностических ошибок может быть также слишком узкая специализация врача, рассматривающего больного только с позиций своей специальности.

И. А. Кассирский описал случай, когда у мальчика, страдающего хроническим отитом, появились подъем температуры до 40°, головные боли, небольшие выделения из уха. Приглашенный врач-отоларинголог поставил диагноз «острый отит» и высказал подозрение на мастоидит и менингит. Повторные анализы крови показали лимфоцитоз и лейкопению. При детальном осмотре терапевтом у ребенка была обнаружена увеличенная болезненная селезенка, и при тщательном сборе анамнеза установлено, что летом, когда он жил на даче, там была вспышка малярии. При исследовании крови диагноз малярии был подтвержден, и соответствующее лечение привело к выздоровлению ребенка.

Тактические ошибки (ошибочное лечение). Следующая группа причин — ошибки в лечении больных. Они связаны в первую очередь с неправильной диагностикой, когда больному назначается лечение, не соответствующее его заболеванию.

К ошибкам в лечении относятся:

- неполноценное обследование больного как результат отсутствия необходимых специалистов, лекарственных препаратов, специальной лечебной аппаратуры;
- ошибочная диагностика вследствие неверного выбора методов исследования для установления диагноза;
- неправильная оценка результатов исследования, вследствие чего больному устанавливается диагноз и назначается лечение, не соответствующие его заболеванию;
- ошибки в установлении показаний и противопоказаний к тому или иному методу лечения;
- непонимание динамики болезненного процесса, что обуславливает длительное однотипное лечение без учета его эффективности;

- невнимание к индивидуальным особенностям больного, в частности, к переносимости им различных лекарственных препаратов;
- игнорирование совместимости лекарств, их побочных действий;
- полипрагмазия (назначение одновременно большого числа лекарственных препаратов);
- неправильное выполнение лечебных манипуляций;
- неоправданно выжидательная тактика хирурга, особенно при ургентной патологии, когда слишком позднее хирургическое вмешательство уже не спасает больного;
- пренебрежение исследованием общего состояния организма — отдельные хирурги при наличии показаний к оперативному вмешательству вообще не учитывают общего состояния пациента, и терапевта на консультацию зачастую приглашают уже после операции, когда больной, например, с сахарным диабетом, сердечной или легочной недостаточностью находится в тяжелейшем состоянии, несмотря на технически безупречно выполненную операцию и правильные действия анестезиологов и реаниматологов;
- избыточные, слишком решительные действия, особенно свойственные хирургам, за что они и получили название «хирургической агрессии», когда врач производит серьезное оперативное вмешательство при недостаточной его обоснованности и в отсутствие необходимых условий.

Больной была предложена сложная дорогостоящая ушная операция, вместо которой в амбулаторных условиях достаточно было проведение мирингопластики биопленкой, и положительный результат был бы достигнут в течение 10 дней.

По сообщению профессора А. В. Гуляева на заре развития сердечной хирургии в журнал «Грудная хирургия» поступали статьи об операциях на сердце, выполненных врачами районных больниц, без элементарных условий для хирургического вмешательства.

В медицине не может быть стандартного подхода к больным, стандартного выбора метода диагностики и способов лечения даже при одних и тех же заболеваниях, поскольку врач лечит больного, а не болезнь. Врач дол-

жен всегда помнить, что он лишь исполнитель воли Божией относительно пациента. Архиепископ Лука обычно перед операцией спрашивал больного, верует ли тот в Бога, так как не профессор возвратит ему здоровье и саму жизнь, а Бог его руками. Перед операцией он ставил йодом крест на теле больного. В операционной у владыки Луки стояла на тумбочке икона, а возле нее зажженная лампада.



В земской больнице операцию проводит хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий (слева)

Организационные ошибки. На всех этапах обращения больного за медицинской помощью возможны организационные ошибки, к которым относятся некачественное проведение профилактических осмотров отдельных групп населения или отсутствие их; поздняя госпитализация; помещение больных в непрофильные лечебные учреждения; необоснованные переводы тяжелых больных с неясным диагнозом из одного стационара в другой; непроведение необходимых консультаций и консилиумов; дефекты в наблюдении за больными с хроническими заболеваниями.

Ю. Г. Бойко и Н. Ф. Силяева приводят пример, когда у больной, страдавшей гипертонической болезнью с атеросклеротическим нефросклерозом за 7 лет ни разу не был взят анализ мочи.

Грубую организационную и одновременно деонтологическую ошибку совершили врачи центральной районной больницы, направив на консультацию к кардиологу областной больницы 56-летнего больного с постинфарктным кардиосклерозом, не учтя тяжесть состояния больного, не предоставив санитарного транспорта и без сопровождения медицинского работника. Больному пришлось самостоятельно преодолеть путь в 175 км, что утяжелило его состояние и, прибыв в больницу, он умер от сердечной недостаточности прямо в приемном покое.

При анализе летальных исходов, когда изучалась не только клиническая история болезни, но и амбулаторная карта, выяснялось, что некоторым больным с хроническими заболеваниями, находящимся под наблюдением врача поликлиники, ни разу за многие годы не проводились анализы крови и мочи.

Ошибки ведения документации. Ошибки в диагностике и лечении могут быть связаны с небрежно и неполно оформленной медицинской документацией, затрудняющей связь между различными медучреждениями и врачами разных специальностей. Иногда неразборчивый почерк врача ведет к трагическим последствиям.

Малопонятный почерк врача привел 42-летнего пациента к смерти в результате того, что в аптеке неправильно поняли выписанный рецепт и выдали не то лекарство, которое вызвало инфаркт миокарда. («Медицинская газета» № 57 от 28.07.2000).

Ошибки заполнения медицинских карт и историй болезни:

- небрежно и неполно оформленная медицинская документация, ошибки в ней;
- отсутствие результатов обследований,
- отсутствие записей консультаций специалистов: не зафиксированы даты, часы и содержание консультаций;
- отсутствие записей о назначениях или их изменении, о лечебных процедурах и дозировках введенных или данных внутрь лекарственных средств;
- расхождения в записях в истории болезни и листе назначений для медсестры;
- отсутствие подписей пациентов под информированным согласием на обследование, лечение, операцию;
- запись диагноза в сокращенном виде: «язва голени», вместо «варикозная язва средней трети левой голени»;
- отсутствие сведений от лиц, доставивших больного в лечебное учреждение в тяжелом состоянии и др.

В настоящее время изучение всей медицинской документации больного затруднительно, так как он может обращаться в различные частные медицинские учреждения. В этой ситуации повышается ответственность

врача за тщательный сбор анамнеза, установление доверительных отношений с пациентом.

Деонтологические ошибки, связанные с неисполнением врачами принципов деонтологии, могут возникнуть между врачом и пациентом в любой момент: при обследовании, лечении, и особенно при информировании больного о его состоянии. По сути дела и все вышеизложенные причины ошибок, так или иначе, связаны с нарушением принципов медицинской этики. По мнению А. Г. Чучалина, «больше половины врачебных ошибок в России совершаются по этическим причинам». Внимание или невнимание к жалобам больного — чисто этическая категория, но от него зависит полнота анамнеза, необходимого для диагностики. Формальное отношение к больному часто ведет к ошибкам, ухудшению его состояния. Все диагностические и лечебные вмешательства должны быть обоснованы не только клинически, но и деонтологически. Неумение вести беседу с больным может привести к ятрогениям психогенного или информационного характера, что будет изложено далее.

«Даже самая современная техника не заменит плодотворного взаимодействия врача и больного. По-настоящему хороший результат в медицине даст сочетание доверительных человеческих отношений с чудесами научно-технического прогресса. Поэтому технически оснащенный врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с больным».

Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующего врача. Пер. с англ. М.: Практика, 1994.

В деонтологии особенно важен характер хирурга. Самоуверенный врач не желает прислушиваться к советам своих коллег. Неуверенный в себе врач, наоборот, некритически воспринимает мнение окружающих, особенно авторитетных для него лиц, быстро меняет мнение о состоянии больного. Молодые хирурги чрезмерно доверяют мнению консультанта. Несомненно, его мнение надо учитывать, но консультант видит больного один раз, в то время как лечащий врач, на-

блюдая больного постоянно, может подойти к нему более индивидуально. Преклонение перед научно-техническими достижениями ведет к небрежному осмотру больного. От чрезмерного увлечения техникой в медицине предостерегали многие врачи. Так, И. А. Кассирский отмечал: «Никогда инструментальное исследование не должно быть опаснее болезни».

Консервативность мышления, часто связанная с возрастом, иногда препятствует пополнению знаний и мешает врачу применять новые методы диагностики и лечения. При неблагоприятном исходе лечения именно деонтологические ошибки, в первую очередь, учитываются больными или их родственниками, порождая многочисленные жалобы и настойчивые требования о привлечении врача к уголовной ответственности. Напротив, известны случаи, когда при неблагоприятном исходе лечения, но соблюдении врачом правил медицинской деонтологии, родственники умершего становились защитниками врача, поскольку они видели, что врач сделал все, что было в его силах, и сам тяжело переживал происшедшее.

Субъективный фактор

Анализируя причины врачебных ошибок, многие авторы, и прежде всего И. В. Давыдовский, применяют более простую классификацию, чем приведенная выше, и подразделяют их просто на объективные и субъективные.

При этом к объективным причинам относят позднюю госпитализацию больного; тяжесть состояния, не позволяющую провести необходимое обследование; редкие атипичные формы болезни; характерологические, возрастные, интеллектуальные особенности больного, которые, в частности, затрудняют сбор анамнеза; отсутствие возможности провести необходимые исследования и консультации. К субъективным — недостаточную квалификацию врача; незнание или нежелание выполнять принципы деонтологии, что ведет к формальному отношению к больному, его обследованию и лечению; переоценку или недооценку специальных исследований и др.

Роль субъективного фактора очень значительна. По данным Н. Э. Эльштейна на его

долю приходится до 60–70% всех причин диагностических ошибок.

Значительная часть ошибок связана с обыкновенной усталостью медицинских работников, обусловленной неудовлетворительной зарплатой, перегруженностью, неукомплектованностью штатов, бумажной волокитой. Поэтому в ряде европейских стран предлагается жесткое ограничение врачебной нагрузки.

Казалось бы, чем моложе врач, тем чаще он ошибается, однако практика показывает, что как раз опытные врачи ошибаются очень часто. И. В. Давыдовский объяснял это так:

«Дело в том, что эти врачи полны творческих дерзаний и риска. Они не бегут от трудностей, то есть трудных для диагноза случаев, а смело идут им навстречу.

...Надо называть вещи своими именами. Я много думал и передумывал снова и снова. Тысячи сложных и сложнейших операций и... довольно много смертей. Среди них много таких, в которых я прямо виноват. Нет, нет, это не убийства! Все во мне содрогается и протестует. Ведь я сознательно шел на риск для спасения жизни».

В одной из ведущих хирургических клиник Военно-медицинской академии, которой руководил Ю. Ю. Джанелидзе, проанализировали врачебные ошибки и выяснили, что почти половина из них совершена известными профессорами. О том же свидетельствуют и признания знаменитейших хирургов.



Николай Михайлович Амосов (1913–2002)

Н. М. Амосов, советский хирург-кардиолог, ученый-медик, литератор, автор новаторских методик в кардиологии и торакальной хирургии, академик АН УССР (1969), Герой Социалистического Труда вспоминал:

«В тридцатые годы — резекция желудка, удаление почки казались нам, аспирантам, вершиной хирургии. Наши светила лишь очень робко пытались сделать что-либо в грудной полости и почти всегда — неудачно. Потом надолго бросали. А теперь у меня ординаторы оперируют митральные пороки сердца, и больные не умирают. Да, конечно это дорого стоило людям. И хирургам. Но теперь есть отдача.

...Идет прибыль.... Смотришь — умирает все меньше и меньше. Уже думаешь — достиг! Начинаешь оперировать больных потяжелее — и тут тебя — раз! раз! Лежишь потом мордой в грязи: «Ах, зачем я взялся? Почему не остановился тут?» А потом отойдешь и снова что-то ищешь. И так многие хирурги, во всем мире».

Деструктивное отношение врача к своим ошибкам

Как же ведут себя врачи, оказавшись лицом к лицу с собственными ошибками? Модели поведения могут быть как конструктивными (правильными) так и деструктивными (неправильными) — греховными.

Деструктивное поведение включает в себя: отрицание либо оправдание ошибки; перекладывание ошибки на другое лицо и отсутствие покаяния. Такое поведение греховно.

«Есть хирурги, — писал Н. Н. Петров, — которым кажется, что они все знают; их ничем не удивишь; им все доступно и никогда они не ошибаются. Такая позиция свидетельствует о невысоком идейном уровне подобных лиц; она мешает их прогрессу и закрепляет за ними их ошибки ко вреду как их самих, так и для их пациентов и их учеников, получающих таким образом дурной пример».

Такие врачи с упорством, достойным лучшего применения, всячески стремятся доказать свою правоту, хотя ошибка их очевидна.

Оправдание и перекладывание ответственности за свои ошибки на других достаточно распространены среди хирургов. Они объясняют свершенную ошибку плохой организацией, отсутствием инструментария, обвиняют ассистента, операционную сестру

и даже больного за то, что он не полностью сообщил свои жалобы, плохо выполнял рекомендации и др. Иногда это сопровождается неуместным остроумием: «После моих блестящих операций больные не имеют права плохо себя чувствовать».

Примером попытки врача переложить свою вину на других было поведение дежурного врача, который не сделал девочке срочно показанную операцию по поводу острого аппендицита. Пришедшие утром врачи отделения немедленно взяли больную в операционную, но у нее уже развился перитонит, и девочка погибла. Виновный в запоздалой операции дежурный врач при разборе дела упорно старался доказать, что смерть наступила по вине заведующего отделением, который якобы плохо произвел аппендэктомию.

Некоторые врачи, упорно защищаясь, выдвигают неоспоримый, с их точки зрения, довод: «А вы никогда не ошибались?». Таким врачам следует помнить: чужие ошибки не оправдывают их собственные.

Такое поведение — это грех самоуверенности и гордости, когда наше рациональное знание и уверенность: «я все смогу сделать», — заслоняет Христа и память о том, что врачебный дар — это дар Божий, а жизнь и здоровье пациента всецело находятся в руках Божиих.

Другой вариант деструктивного подхода — впадение в глубокую депрессию.



Портрет хирурга С. С. ЮДИНА (1891–1954). Художник М. В. Нестеров

«За 35 лет моей хирургической деятельности накопилось пять — шесть, а то и целый десяток таких трагических ошибок, — писал С. С. Юдин, — которые я не могу забыть десятилетиями и которые так глубоко потрясли мое сознание, чувства совесть, что, воспоминания о них я снова переживаю, как вчера, так и сегодня».

Иногда нравственный конфликт в душе врача, совершившего тяжелую ошибку с роковыми для больного последствиями, делается тяжелой личной трагедией и даже в ряде случаев завершается самоубийством. Трагический пример — самоубийство талантливого профессора-хирурга Петербургской военно-медицинской академии С. П. Коломина, потрясшее общественность в 1886 году, после смерти больной от передозировки кокаина при проведении операции по поводу язвы прямой кишки.

Промысл Божий и врачебные грехи

Честно и смело говорил о своих ошибках основоположник отечественной нейрохирургии Н. Н. Бурденко:



Николай Нилович Бурденко (1876–1946)

«Я часто и сам во время своей деятельности совершал ошибки и в диагнозе, и в технике операций... однако, в отчаяние и уныние впадать не следует. Не уныние, а еще большую жажду испытаний и самосовершенствования должны вызывать наши неудачи и несовершенное знание».

С. С. Гирголав считал:

«Если врач искренне переживает свою ошибку, старается анализировать ее причину, при возможности исправить или свести к минимуму последствия ошибки, то он заслуживает сочувствия и не обвиняется коллегами. Кроме того, это снимает напряженные отношения в коллективе».

Но, имея дерзновение, врачи должны учиться сотрудничать с Богом. Творческий врач-новатор должен молиться и испрашивать благословения Божия через священнослужителя церкви или непосредственно у Бога, а затем, с рассуждением взвесив все за и против, приступить к разработанному лечению.

Врач должен научиться преодолевать трагические ошибки своей деятельности глубоким покаянием перед Богом и молитвой о пострадавшем больном. Врачу следует помнить, что он не Бог и поэтому не в состоянии распорядиться жизнью и смертью пациентов, даже сделав все от него зависящее.

Правильный (конструктивный) подход должен содержать:

- признание ошибки, покаяние перед Богом и исповедь;
- исправление возможного;
- извинение перед пациентом;
- анализ ошибки и стремление не повторять ее в будущем.

Грех немощи. Мы часто забываем, что врачебные ошибки должны быть предметом покаяния.

Порой от усталости, или плохого настроения, или рассеянности, или невнимательности, или болезненности телесного естества нашего мы не замечаем симптомов болезни и ставим диагноз неправильно или поздно.

Грех немощи часто связан с перегруженностью, переоценкой своих физических и интеллектуальных возможностей, самоуверенностью, т. е. с различными проявлениями гордости. Мы не хотим себе сознаться, что эта ошибка в диагностике или проводимом вмешательстве связана с тем, что мы сегодня были не в форме или по каким-то причинам задуманное не получилось. А всего-то и надо сказать: «Да, я сегодня пло-

хо оперировал, я сделал пациенту больно, я неудачно обследовал больного, прости меня, Господи».

Грех самонадеянности. Врач, целиком уповающий на собственные силы, наносит урон своей душе и подвергает дополнительному риску жизнь и здоровье пациентов.

Грех самонадеянности — это отсутствие сотрудничества с Богом. Грех за перегруженность и неудовлетворительный хронометраж лежит на руководителях здравоохранения; при перегруженности врач должен учиться уповать на помощь Божию и содействие Божие там, где он сам не успевает или физически истощен.

Грех некомпетентности мы видим в себе, когда из-за недостаточной подготовки принеся больным страдания, которых не было бы, если бы уровень профессионального мастерства был выше.

Преодоление его — в постоянной работе над собой, над своим профессиональным уровнем, своей ленью и нерадением к специальности. Врач обязан учиться всю свою жизнь. Все быстро меняется: препараты, оборудование, ситуации. Врач — это не станок, не механизм. Это человек, практически проживающий свою жизнь вместе с больными, учитывающий, анализирующий все факторы происходящего вокруг него и адаптирующий их к ситуации.



Станислав Яковлевич Долецкий (1919–1994)

В последнее время мы чаще отмечаем незнание, неумение даже не у молодых, а у вполне

зрелых врачей. Последние были не лучшим образом научены, а, самое главное, полностью пренебрегли самообразованием и самовоспитанием.

С. Я. Долецкий — детский хирург, писатель, академик АМН СССР, придавал большое значение личности врача:

«Ограниченный интеллект, плохие руки, несамокритичность, небрежность, самоуверенность, сверхэмоциональность, торопливость и многое другое могут быть в равной мере связаны с недостатком воспитания, происхождением и с неблагоприятными обстоятельствами. Дефекты интеллигентности и культуры напрямую не могут быть связаны с ятрогенией, но бесспорно, имеют непосредственное значение».

Грехи сребролюбия и человекоугодия мы видим, когда на первом месте стоит желание использовать больного человека для личной финансовой или человеческой выгоды, а не послужить болящему Христу. Они преодолеваются милосердием, бескорыстием и личной благотворительностью врача: материальной или профессиональной.

Грех неблагодарности: всегда ли мы благодарим Господа за то, что Он дал возможность послужить Ему, помогает нам в лечении больных?

«Все могу во укрепляющем меня Иисусе Христе», — вот правильное внутреннее устройство врача.

Профилактика врачебных ошибок

И. А. Кассирский предупреждал, что клинико-анатомические конференции не должны превращаться в судилище патанатома над клиницистами. Вместе с тем и клиницисты должны самокритично освещать клинику прижизненных данных больного.

«На этих конференциях должны неизменно царить рабочая атмосфера и постоянно доминировать дух взаимопонимания и взаимопомощи, научной добросовестности и бескомпромиссности в отношении установления истины».

Разбирая ошибку, совершенную хирургом ради получения объективной картины,

целесообразно рассмотреть всю деятельность отделения в целом, т. к. ошибка хирурга во многом может зависеть от организации работы отделения и характера взаимоотношений сотрудников. Без этого условия пострадать может хирург, много лет честно работающий, спасший сотни больных.

Надежной профилактикой многих врачебных ошибок можно считать:

- стремление к компетентности;
- систематическое неформальное повышение своих знаний;
- неуклонное добросовестное исполнение профессиональных обязанностей;
- соблюдение принципов «не вреди» и «риск только в интересах больного»;
- приучение себя не стесняться прибегать к помощи опытных коллег и консультантов;
- неизменно критическое отношение ко всем своим действиям.

Полезна практика тех отделений, где проводятся систематические гласные обзоры совершенных ошибок в присутствии всех сотрудников, способствующие предупреждению новых ошибок. Большое значение имеют клиничко-анатомические конференции и лечебно-контрольные комиссии.

Но все это не заменит хранения совести врача в отношении Бога, когда лишь на Него уповает он в своем врачевании и жизни и Ему предает участь свою и своих больных — и временную, и вечную. Что же такое хранение совести в отношении к Богу? Совестьливый пред Богом врач:

- не приписывает себе дары Божии;
- постоянно помнит о Боге и ходит в присутствии Божиим;
- осознает себя носимым и хранимым силою Божией;
- и себя, и все свое врачебное искусство посвящает на служение Богу и во славу имени Его;
- на Него уповает в своем врачевании и жизни и Ему предает участь свою и своих больных — и временную, и вечную.

Юридические последствия врачебных ошибок

Термин «врачебная ошибка» употребляется лишь в медицинской литературе и практи-

ке. В Российском Уголовном кодексе этот термин отсутствует и доказать в суде врачебную ошибку практически невозможно.

Чаще всего уголовные дела против медиков возбуждаются по ст. 109 ч. 2. «причинение смерти по неосторожности», ст. 118 ч. 2. «причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» и ст. 293 — «халатность».



Леонид Михайлович Рошал

«Медицинское сообщество сегодня не защищено. И в нашем уставе есть целый раздел, посвященный защите врача. Это создание третейских судов, досудебное разбирательство, страхование профессиональной ответственности и т. д. Сегодня растет вал претензий к медицинским работникам. И нам надо постараться этот вал остановить. Там, где доктор виноват, он виноват. А если не виноват, мы должны его защитить».

Л. М. Рошал, директор московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии

Еще одной проблемой являются судебно-медицинские экспертизы, основные источники доказательств в подобных делах. Нередко их выводы оказываются необъективными или эксперты отказываются устанавливать причинно-следственную связь между действиями медиков и смертью пациента.

В апреле 2013 г. Минздрав опубликовал проект закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи». Документ вызвал споры в медицинской среде: многие сочли, что понятие «врачебная ошибка» в законопроекте определено некорректно. Им названо «любое, повлекшее независимо от вины медицинской организации или ее работника, причинение вреда жизни

Литература

и здоровью пациента». Более уместным представляется рассматривать отдельно дефекты медицинской помощи и действия врача, повлекшие негативные последствия для здоровья пациентов, без наличия вины в действиях доктора.

Невыполнимым, по мнению многих, выглядит и намерение создавать комиссии из независимых экспертов, которые будут устанавливать врачебные ошибки, причем делать это на общественных началах. «О том, что в центре всего стоит пациент, говорится только в названии, но не в концепции этого закона», — считает Л. М. Рошаль.

Проект закона не защищает медицинские организации и врачей от исков пациентов. Поэтому у врача, находящегося в современном противоречивом законодательном поле, прежде всего, должна быть личная ответственность перед Богом за свою деятельность и здоровье пациентов.

Акопов В. И., Маслов Е. Н. Право в медицине. М.: Книга-сервис, 2002. 352 с.

Бойко Ю. Г., Силяева Н. Ф. Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок. Минск, 1994. 106 с.

Давыдовский И. В. Врачебные ошибки // Советская медицина. — 1941. № 3. С. 3–10.

Кассирский И. А. О врачевании. Проблемы и раздумья. М., 1970. 271 с.

Пирогов Н. И. Собрание сочинений в 8 т. М., 1959. Т. 2. С. 13–14.

Ричард К. Ригельман. Как избежать врачебных ошибок. М.: Практика, 1994. 203 с.

Рыков В. А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты // Медицинское право. М.: Юрист, 2005, № 1. С. 41–45

Эльштейн Н. В. Современный взгляд на врачебные ошибки // Терапевтический архив. — М.: Медицина, 2005. № 8. С. 88–92.

НОВОСТИ

РОСТОВ-НА-ДОНУ

14 ноября 2014 г. в рамках **XIX Димитриевских чтений** в Ростовском государственном медицинском университете (РостГМУ) состоялась работа секции **«Медицина и Православие: от прошлого к будущему»**. Ее работу возглавил координатор сектора по работе с медицинскими учреждениями ОЦБСС Ростовской епархии, клирик Свято-Казанского храма, духовник Ростовского-на-Дону общества православных врачей иерей Александр Новиков.

Всех собравшихся в зале заседаний учебного совета РостГМУ — сотрудников и студентов университета, прихожан храмов епархии, приветствовала проректор по учебной работе Н. В. Дроботя. Иерей Александр Новиков во вступительном слове сделал обзор литературы, отражающей опыт взаимодействия Православной Церкви и медицины на современном этапе. На секции был заслушан доклад заведующего кафедрой истории и философии РостГМУ, проф. Л. В. Жарова, темой которого был опыт преподавания в вузе курсов «Мировые религии» и «Православная культура». Докладчик выразил благодарность настояте-

лю Свято-Казанского храма протоиерею Димитрию Соболевскому и руководителю Отдела религиозного образования и катехизации Ростовской епархии протоиерею Андрею Мекушкину, своими трудами способствовавших включению этих курсов в образовательное поле будущих врачей.

Иерей Александр Новиков в своем докладе «Зачем медицине нужна православная антропология?» обозначил четыре аспекта понимания человека в православной антропологии: человек «в чистом виде» (каким его задумал Бог); человек, совершивший грехопадение; человек во Христе (который несет подвиг самоотречения, любви, следования заповедям Божиим) и человек в вечности. Доклад был иллюстрирован множеством ссылок на работы современных специалистов, имена которых в равной степени принадлежат Церкви и медицинской науке. Ключевым понятием доклада была личность, понимание человека в его целостности.

В ходе работы секции выступила ассистент кафедры истории и философии РостГМУ И. К. Жолобова с рассказом о находившемся некогда на территории современного РостГМУ храма во имя Архистратига Михаила. Препода-

ватель медицинского колледжа при РостГМУ Л. А. Шимко доложила о деятельности студенческого волонтерского отряда «Ангелы милосердия Дона». Сообщение доцента кафедры внутренних болезней № 4 РостГМУ М. К. Ахвердиева было посвящено теме нравственного облика врача на разных этапах развития медицины.

По итогам заседания состоялось обсуждение докладов. Участники секции сделали вывод о необходимости дальнейшей интеграции инициатив Православной Церкви и медицинского сообщества для плодотворной учебно-воспитательной работы с будущими врачами, адекватного развития медицинской науки и практики.

После завершения работы секции состоялось чаепитие. Председатель секции и все участники благодарят за помощь в организации конференции в РостГМУ сестер из общины милосердия св. блж. Ксении Петербургской и руководителя волонтерского движения Свято-Казанского храма Д. А. Щербака.

По материалам kazanskoi.ru

СВЯТЫЕ ОТЦЫ О ЗДРАВЬИ

Господь, зная немощь нашего тела, дал людям искусство врачевания и повелел земле производить растения, пригодные для исцелений, точно так же, зная склонность души к падению, зная раны нашего греха, Господь дал покаяние, как бы лекарство для души, и вложил в Божественные письма средства к исцелению, чтобы каждый из нас мог избежать болезни.

Свт. Иоанн Златоуст

Когда человек болен, тогда и душа его начинает искать Господа. Потому вразумление хорошо, если только вразумленный благодарит.

Прп. Ефрем Сирий

Кто создал душу, Тот сотворил и тело, и Кто исцеляет бессмертную душу, Тот может излечить и тело от временных страданий и болезней.

Прп. Макарий Египетский

Опыт свидетельствует, что грех и страсти разрушают здоровье души и тела, а победа над страстями доставляет небесное спокойствие душе и здоровье телу. Храни в себе спокойствие духа и не возмущайся, не раздражайся никакими противностями, обидами, несправедливостями, неправдами — и вот ты будешь всегда наслаждаться здоровьем, душевным и телесным. Волнения, возмущения, огонь страстей, различных пороков дают в нас множество болезней, душевных и телесных.

Св. прав. Иоанн Кронштадтский

Болезни наши большею частью происходят от грехов, почему лучшее средство к предупреждению и исцелению от них состоит в том, чтоб не грешить.

Свт. Феофан Затворник

Не скрывай ни от врача болезни, ни от священника грехи, и будешь здоров душою и телом.

Прп. Симеон Дайбабский

Кости мучеников прогоняют болезни, исцеляют немощных, слепым дают зрение, прокаженных очищают, искушения и скорби рассеивают, — и это делают они чрез поселившегося в них Христа.

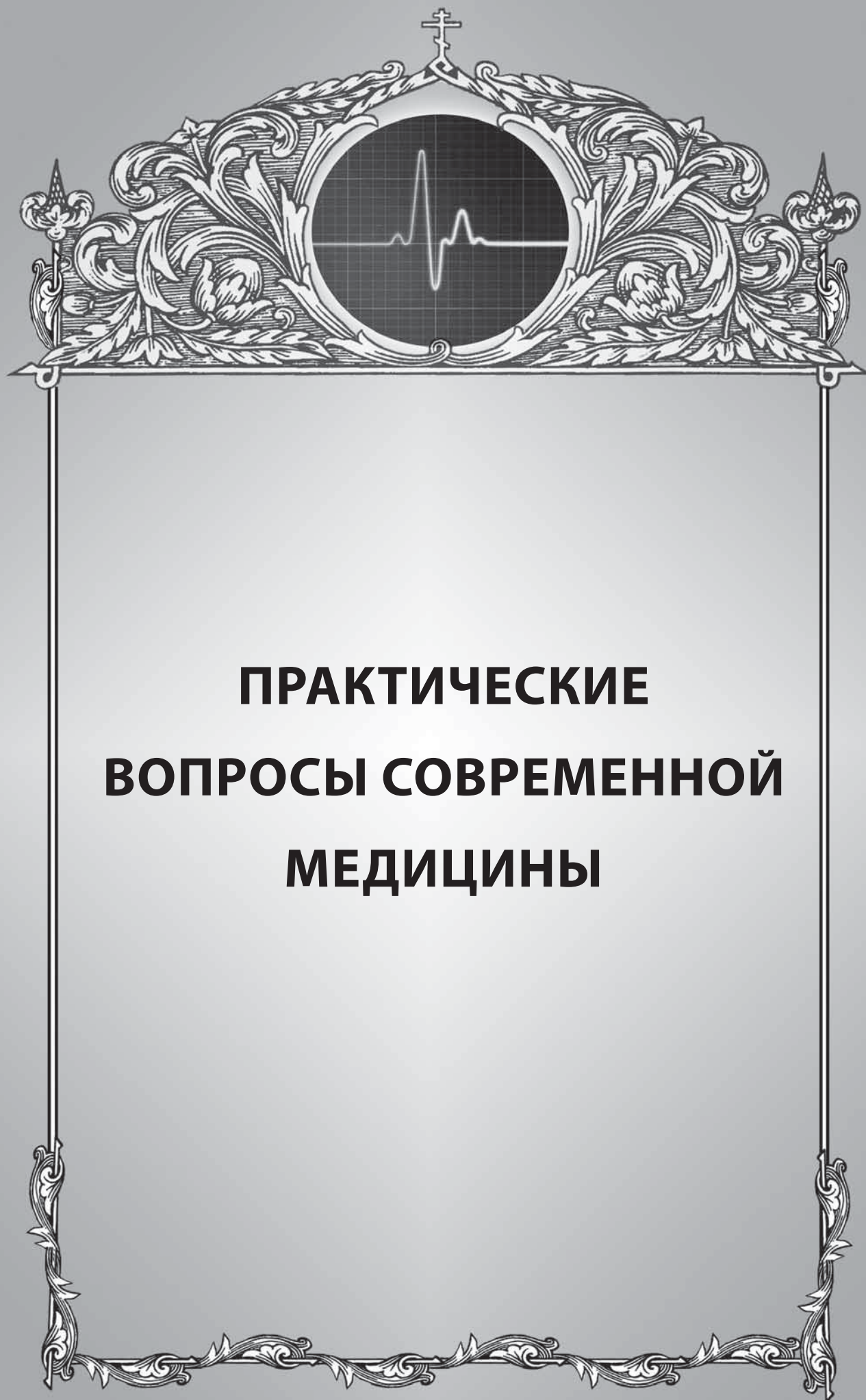
Св. Афанасий Александрийский

Хочешь быть постоянно здоров и покоен? Выплакивай или выстрадавай свои грехи, ежедневно совершаемые, и поверь будешь всегда здоров и покоен.

Св. прав. Иоанн Кронштадтский

Болезнь самое благоприятное время для возвращения в свое сердце, к Богу. С выздоровлением эта возможность опять отходит в бесконечную даль.

Священник Александр Ельчанинов



**ПРАКТИЧЕСКИЕ
ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНЫ**



ПОРАЖЕНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕМ МАТЕРЬЮ НИКОТИНА

«...табак расслабляет душу, умножает и усиливает страсти, омрачает разум и разрушает телесное здоровье медленной смертью».

Прп. Амвросий Оптинский



С того времени, как стало известно о вреде курения, накопилось немало фактов и о его опасности для детей, мамы которых курили во время беременности. Обзор данных, подтверждающих негативное влияние курения на детей в перинатальный период дают в своей статье сотрудницы Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета кандидат медицинских наук Галина Константиновна БАРКУН, кандидат медицинских наук Ольга Никаноровна МАЦУК и заведующая инфекционно-боксованным отделением детей раннего возраста Витебской детской областной клинической больницы Татьяна Жоржевна БАХТИНА.



Курение и статистика

В последние десятилетия в мире проведено большое количество различных исследований, которые дают представление о вредном влиянии курения на плод и последующее развитие ребенка, подростка, а затем уже и взрослого человека [2, 5, 6, 7, 8, 11, 12]. Практически во всех странах мира растет число курящих женщин. В США, например, курят не менее трети всех женщин в возрасте старше 15 лет, 52–55% беременных являются курящими, а 20–25% из них курят на протяжении всей беременности. В Великобритании 43% беременных курят, причем среди первородящих женщин курящие были в среднем на 2 года моложе некурящих, а среди повторнородящих — на 2,5 года [7, 12].

Согласно данным литературы, в Австралии к моменту установления беременности курили 40% женщин, после чего часть прекратила, однако 33% беременных продолжили курить. В Швейцарии после установления беременности прекратили курение 9% женщин. Растет число курящих женщин детородного возраста в Канаде [12].

Исследования испанских ученых из Барселоны показали, что склонность к курению не просто передается по наследству, но эта особенность «сцеплена» с полом [11].

Наследование, сцепленное с полом, — наследование какого-либо гена, находящегося в половых хромосомах. К заболеваниям, сцепленным с полом, относятся гемофилия А и В, дальтонизм и др.

Статистический анализ влияния никотиновой зависимости родителей на их детей изучали специалисты из университета Сантьяго-де-Компостелы — Maria L. Loureiro с сотрудниками. В своей работе они использовали данные опроса, проведенного Институтом социальных и экономических исследований университета Эссекса в 1994–2002 гг., в отношении показателя потребления табака на семью. Это позволило проследить преемственность вредной привычки в рамках нескольких поколений. Исследование показало, что дочери имеют склонность к подражанию матерям в отношении курения, а сыновья — отцам. В семьях, где оба родителя курят, вероятность никотиновой зависимости у сына — 24%, а у дочери — 23%. Если и отец, и мать — некурящие, этот показатель падает до 11% и для сыновей, и для дочерей. В неполных семьях матери передают пагубную привычку детям обоих полов. Если одинокая мать будет курить, то вероятность того, что это будет делать и ее сын — 32%, вероятность того, что привычка перейдет к дочери — 28% [13].

Исследование американских ученых под руководством Stephen Hecht, проведенное по инициативе Американского химического общества, установило, что курение ведет к генетическим изменениям. Результаты этой работы были опубликованы в специализированном журнале *Chemical Research in Toxicology*. В научной работе участвовало 11 добровольцев, которые вдыхали дым с меченым фенантроном — веществом, принадлежащим к семейству полициклических углеводородов. Как показал анализ крови, всего через 15–30 минут после вдыхания дыма в ней появлялись очень опасные производные фенантрена, известные своей способностью вызывать нарушения в строении ДНК. Таким образом, канцерогенный эффект дыма проявляется не в результате многолетней никотиновой зависимости, как было принято думать, а непосредственно при курении. «Мы впервые установили, что вдыхание дыма равносильно прямому введению в кровь весьма опасных веществ. Это должно послужить предупреждением любителям сигарет», —

считает автор исследования Stephen Hecht из университета Миннесоты [14].



Из истории борьбы с курением

В 1575 г. в Испании Католической церковью был введен запрет курения в местах, где проводятся молитвы.

В 1624 г. Католическая церковь во главе с Папой Урбаном Восьмым начинает серьезную борьбу с табаком: наказание за употребление табака — отлучение от церкви.

В 1626 г. такие же меры принимает Греческая Православная церковь.

В России курение впервые запретил царь Алексей Михайлович, считая, что именно оно стало причиной пожара в Москве **в 1634 г.**

В 1761 г. английским доктором Джоном Хиллом проведены первые клинические испытания и обнаружена первая работа о вредном влиянии табака на человека.

В 1828 г. в Германии химики Людвиг Рейманн и Вильгельм Поссельт выделили из табака никотин.

В 1830 г. в США началась первая массовая кампания против изделий из табака.

В 1930-х гг. в Германии была предпринята первая в новейшей истории государственная программа по борьбе с курением, были опробованы многие методы, применяемые до сих пор правительствами разных стран в борьбе с курением. Поощрялись научные исследования последствий курения: была впервые выявлена связь между курением и раком легких, появился термин «пассивное курение».

27 февраля 2005 г. вступила в силу Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака — международное соглашение, принятое в качестве ответной меры на глобализацию табачной эпидемии.

Британская *The Daily Telegraph* сообщила об исследовании компании Citigroup, которое прогнозирует полный отказ людей от курения к 2050 г. По подсчетам Citigroup, за последнее десятилетие число курящих людей сократилось на 9,4% по всему миру. Если эта тенденция продолжится, то через 40 лет курильщиков не останется совсем.

Согласно данным аналитиков из Citigroup, никотиновая зависимость в Великобритании достигала своего максимума в 1960 г., когда курило более половины взрослого населения страны, и с того времени снижается. Так, в 2008 г. всего 20% британцев были курящими [15].

Фетальный табачный синдром

Неблагоприятное действие курения на плод выражается повышенным риском спонтанного аборта, преждевременными родами, перинатальной смертностью, вредным влиянием на его физический рост, нарушением развития нервной системы и интеллекта будущего ребенка.

Фетальный табачный синдром — термин, используемый для суммарной оценки влияния курения матерей на плод.

В Медицинской классификации болезней (МКБ) X пересмотра табачный синдром имеет шифр P.04.2 — Поражение плода и новорожденного вследствие потребления матерью табака.

Внешний вид ребенка с «табачным синдромом» характеризуется гипотрофией, бледностью и сетчатым рисунком кожи, множественными врожденными особенностями развития: курносое переносье, микрофтальм, антимонголоидный разрез глаз, оттопыренные уши и т. д. В неврологическом статусе превалирует синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости: болезненный крик высокого тембра, мелко- и крупноразмашистый тремор, сходящееся косоглазие, частые срыгивания и рвота.

Исследования в США и Великобритании показали высокий уровень перинатальной смертности у курящих беременных, и она

возрастала по мере увеличения числа выкуриваемых сигарет.

Так, согласно этим исследованиям:

- если у женщин, курящих до 5 сигарет в день, перинатальная смертность составила 15,9 на 1000, то у курящих свыше 15 сигарет — уже 28,3 на 1000;
- установлено, что курение в период беременности на 20% увеличивает неонатальную смертность детей у женщин, курящих до 20 сигарет в день, и на 35% — у курящих более 20 сигарет;
- недоношенные дети рождаются в 6,5–33,5% случаев (по разным данным) у курящих женщин, в то время как у некурящих — всего в 0,8–11,2%;
- масса тела детей, рожденных от курящих матерей, на 150–350 г меньше массы тела детей, рожденных от некурящих матерей [1, 10].

Кровоток матери — единственный источник кислорода и питательных веществ для будущего ребенка. Сигаретный дым содержит 4800 химических веществ, включая цианид и свинец, не менее 60 канцерогенных соединений. В процессе курения беременной все они попадают в ее кровоток, а затем в кровоток плода и отравляют будущего ребенка. Особенно опасны никотин и угарный газ, которые не задерживаются даже плацентой.

При курении концентрация вредных веществ в тканях будущего ребенка выше, чем в крови матери, так как через плод проходит вся материнская кровь

Опасные последствия курения беременных (преждевременные роды, малый вес плода, мертворождение) возникают из-за сужения сосудов, с том числе пуповины под действием никотина, поступающего к ребенку. А эритроциты несут на себе не только молекулы кислорода, но и углекислого газа, отравляя плод.

Особенно чувствительна к негативным воздействиям Y-хромосома, наличие которой определяет мужской пол будущего ребенка. Исследования международной группы ученых, проведенные на более чем 9 тысяч женщин показали, что у курящих родителей мальчики рождаются почти в два раза реже, т. к. чаще наступает внутриутробная гибель плода мужского пола. Даже если в семье курит муж, вероятность рождения сына снижается на треть.

Диагноз фетального табачного синдрома можно поставить в следующих случаях:

- 1) мать курила 5 сигарет в день и более в течение беременности;
- 2) мать страдала гипертензией во время беременности;
- 3) у новорожденного имело место симметричное замедление роста в 37 недель, то есть:
 - а) масса тела при рождении менее 2500 г;
 - б) индекс отношения массы (г) к длине (см) — более 2,32.
- 4) нет других очевидных причин внутриматочного замедления роста (например, врожденные аномалии, инфекции) [1, 10].

Дети от курящих матерей

Задержка развития не только физическое, но интеллектуального, в том числе эмоционального наблюдается у детей, родившихся у курящих женщин. Такие дети позднее начинают читать и считать. В результате исследования неврологического, интеллектуального и поведенческого статуса детей 7-летнего возраста, родившихся от куривших и не куривших матерей, Н. Dunn с соавторами пришли к заключению, что патологические отклонения со стороны нервной системы: минимальные церебральные дисфункции, нарушение энцефалограммы — встречались чаще у детей от курящих матерей. Психологические тесты оказывались лучше у детей, матери которых не курили.

В Великобритании под наблюдением ученых находились 17 тысяч детей в возрасте новорожденности, которых затем обследовали в 7 и в 11 лет. Было выявлено замедление физического и умственного развития у детей, матери которых курили во время беременности. Также у исследуемой группы детей достоверно отмечено снижение успеваемости в школе в сравнении с контрольной группой, в частности по чтению и математике [4, 9].

По данным ВОЗ, вредное воздействие курения матерей во время беременности особенно сказывается на детях в течение первых 6 лет жизни. Однако, по данным немецких авторов (W. Gibel и Н. Blumberg, 1979), исследовавших 17 тысяч детей куря-

щих матерей в Германии, — даже подростки в 11 лет имели худшие показатели в психологических тестах, при чтении, письме, счете и отставали в росте от сверстников из некурящих семей.



Имеются данные о связи между курением матерей и гиперкинезом у детей. В Финляндии дети курящих матерей чаще госпитализируются, посещают врачей и пользуются услугами специальных медицинских служб. Значительно большее число детей курящих родителей госпитализируется по поводу пневмонии и бронхита [1, 4, 9].

Уродства значительно чаще встречаются у детей, чьи мамы курили во время беременности. У таких женщин с большей частотой, чем у некурящих, рождаются дети с пороками сердца, дефектами развития носоглотки, паховой грыжей, косоглазием. Курение матери ведет к рождению ребенка с пороками развития мозга (анэнцефалия), с врожденными аномалиями умственного развития, с волчьей пастью и заячьей губой.

Научно доказано, что у курящих отцов часто наблюдаются множественные морфологические изменения сперматозоидов, нарушается генетическая репродуктивная функция, и, как следствие, от таких отцов в 2 раза чаще, чем от некурящих, рождаются дети с врожденными пороками развития.

Проблемы естественного вскармливания

- Недостаточное образование молока было выявлено у большинства курящих мате-

рей. По данным О. Vangen (1976), из числа курящих женщин не кормили грудью новорожденных 23,4%, в то время как среди некурящих — только 7,1%. Ни одного из недоношенных детей, родившихся от матерей, куривших более 20 сигарет в день, матери не кормили грудью [7, 8].

- Установлено, что никотин обладает способностью проникать в молочные железы у беременных и кормящих женщин [Соколов А. Ф., 1927].

Еще в 1902 г. J. Ballantyne [16] высказал предположение о возможности вредного воздействия на детей кормления грудью матерями, работающими на табачных фабриках.

Следующие опасные ситуации необходимо иметь в виду врачам, наблюдающим курящих беременных, а также женщин, куривших до беременности:

- увеличение частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов;
- рост частоты недоношенности и недостаточность массы тела при рождении;
- нарушения в кормлении новорожденных;
- снижение адаптационных возможностей и риск заболеваний новорожденных;
- увеличение числа врожденных дефектов развития;
- ухудшение физического и психического развития ребенка [2, 5, 6, 8, 9].

Показатели здоровья детей в Беларуси

В последние годы в Витебской области удалось добиться стабилизации и значительного улучшения показателей младенческой смертности благодаря успехам в работе службы реанимации и интенсивной терапии, а также успешной деятельности реанимационно-консультативного центра Витебской детской областной клинической больницы (ВДОКБ).

Однако, несмотря на явные позитивные тенденции в плане улучшения показателей младенческой смертности, просматриваются тревожные моменты — рост

числа детей-инвалидов с патологией ЦНС, бронхолегочной системы, органа зрения из группы с экстремально и очень низкой массой тела при рождении.

Проведенные нами мониторинговые исследования на основании анализа результатов работы отделения недоношенных ВДОКБ больницы, с учетом данных статистического анализа детской заболеваемости и смертности в РБ в последние 3 года показали, что все дети данной группы нуждались в интенсивной терапии. Половине из них (52,38%) требовалась искусственная вентиляция легких в связи с асфиксией (95,2%) при рождении, а также наличием респираторного дистресс-синдрома вследствие первичной сурфактантной недостаточности. Более половины из них (57,2%) имеют высокий риск развития детского церебрального паралича.

По статистическим данным педиатрического отделения для недоношенных детей ВДОКБ в 2009 году 51 новорожденный (10,1%) из 506 пролеченных больных относится к группе высокого риска по выходу на инвалидность:

- по патологии ЦНС — 33 (6,5%);
- по врожденным порокам сердца — 4 (0,8%);
- по множественным врожденным порокам развития — 13 (2,6%);
- по патологии органа зрения — 1 (0,2%).

Из 13 новорожденных с экстремально низкой массой тела 7 детей (53,9%) могут выйти на инвалидность. Все эти дети рождены в асфиксии. Средняя длительность лечения детей составила 63 койко-дня. Стоимость лекарственных средств потраченных в среднем на одного ребенка — 905 318 белорусских рублей.

В США и Европе детская инвалидность по выходным недоношенным детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела составляет от 20 до 30%.

Следует подчеркнуть, что большой вклад в увеличение числа недоношенных, маловесных новорожденных и, в последующем, детей-инвалидов внесли женщины, употре-

бляющие никотин и алкоголь во время беременности. Так, в 2008 г. детей с «табачным синдромом» в отделении было только 8, в 2009 — 10, в 2010 — 28, а в 2013 — 40. Это дети недоношенные, маловесные, с характерным внешним видом и неврологическим статусом.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о наличии чрезвычайно серьезной проблемы — курения среди женщин. В настоящее время она превратилась из медицинской в медико-социальную. Ее решение возможно только путем привлечения средств массовой информации, всей общественности, серьезной работе медиков и педагогов в школах, особенно с девочками-подростками.

Литература

1. *Polanska K., Hanke W.* Effect of smoking during pregnancy on maternal condition and birth outcome overview of epidemiologic studies // *Przegl Epidemiol.* 2004. Vol. 58. № 4. P. 683.
2. *Albuquerque C. A. et al.* Influence of maternal tobacco smoking during pregnancy on uterine, umbilical and fetal cerebral artery blood flows // *Early Hum. Dev.* 2004. Vol. 80, № 1. P. 31–42.
4. *Contal M. et al.* Neonatal consequences of maternal smoking during pregnancy // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2005. Vol. 34. № 1. P. 215–222.
4. *Drews C. D. et al.* The Relationship between Idiopathic Retardation and Maternal Smoking during Pregnancy // *Pediatrics.* 1996. Vol. 97. № 4. P. 547–553.
5. *Gupta P. C., Subramoney S.* Smokeless tobacco use and risk of stillbirth: a cohort study in Mumbai, India // *Epidemiology.* 2006. Vol. 17. № 1. P. 47–51.
6. *Habek D. et al.* Fetal tobacco syndrome and perinatal outcome // *Fetal Diagn. Ther.* 2002. Vol. 17. № 6. P. 367.
7. *Kharrazi M.* Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome // *Epidemiology.* 2004. Vol. 15. № 6. P. 660–670.
8. *Kralikova E., Himmerova V.* Smoking and reproduction. Part 2: Smoking and pregnancy // *Cas. Lek. Cesk.* 2004. Vol. 143. № 4. P. 270–273.
9. *Law K. L., Stroud L. R., LaGasse L. L.* Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior // *Pediatrics.* 2003. Vol. 111. P. 1318–1323.
10. *Nakamura M. U. et al.* Obstetric and perinatal effects of active and/or passive smoking during pregnancy // *Sao Paulo Med. J.* 2004. Vol. 122. № 3. P. 94–98.
11. *Salvador J. et al.* Exposure to smoking during pregnancy: Barcelona (Spain) 1994–2001 // *An. Pediatr.* 2004. Vol. 60. № 2. P. 139–141.
12. Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey // World health organization, 2004. URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf
13. *Loureiro M. L., Sanz de Galdeano A., Vuri D.* Smoking Habits: Like Father, Like Son, Like Mother, Like Daughter? // *Oxford Bulletin of Economics and Statistics.* 2010. № 72 (6). P. 717–743. URL: ftp.iza.org/dp2279.pdf
14. Химики сообщили еще одну неприятную новость для курильщиков // «Известия» о новостях науки, техники и образования. Вып. от 4/03/2011 // Информационный канал Subscribe [Электронный ресурс]. URL: subscribe.ru/archive/science.news.izvestiascience/201103/04210106.html
15. Развитые страны могут избавиться от курильщиков уже к 2050 году // МЕДЛАБ.РФ. Информационный портал о здоровье [Электронный ресурс]. Вып. от 10.01.11. URL: medlab.rf
16. *Hofhuis W., de Jongste J. C., Merkus P. J.* Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children // *Arch Dis Child* 2003. Vol. 88. P. 1086–1090.

Статья подготовлена при участии члена ОПВ Санкт-Петербурга Т. В. Жарковой

В оформлении использованы материалы сайтов: ilesping.moy.su; sovposters.ru/theme/Politics/molod.info/information/noviy_vzglyad/nvz2012_3.php

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

Об основных факторах риска инсульта рассказывается в статье кандидата медицинских наук, старшего научного сотрудника Научно-исследовательского института цереброваскулярной патологии и инсульта Кетеваны Сергеевны МЕШКОВОЙ и сотрудников кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова: кандидата медицинских наук, доцента Валентины Владимировны ГУДКОВОЙ и доктора медицинских наук, профессора Людмилы Витальевны СТАХОВСКОЙ. Авторы приводят данные эпидемиологических исследований распространенности артериальной гипертензии среди взрослого населения в РФ, дают оценки степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.



Профилактика инсульта — это комплекс мер, направленных на его предупреждение путем определения и коррекции возможных факторов риска его развития. Первичная профилактика включает в себя систему воспитательных, гигиенических и социальных мер, которые реализуются среди здорового населения и лиц с факторами риска и направлены на предотвращение развития первого инсульта. Вторичная профилактика нацелена на предотвращение повторных острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Первичная профилактика предполагает два основных направления: массовую (популяционную) стратегию и стратегию высокого риска. Популяционная стратегия подразумевает профилактику инсульта в больших популяциях населения вне зависимости от наличия в анамнезе инсульта или других сосудистых заболеваний. Она направлена на формирование здорового образа жизни, правильного питания, снижение среднего артериального давления в большой популяции организованного населения. Такая стратегия требует разработки и финансирования национальных программ по первичной профилактике инсульта и является предметом деятельности просветительских органов и врачей общей практики. Стратегия высокого риска пред-

усматривает выявление врачами лиц с наиболее высоким риском развития сосудистых заболеваний и проведение у них соответствующих индивидуальных лечебных мероприятий. Подобная стратегия наиболее распространена, так как требует меньших затрат при хороших результатах.

По данным Федеральной службы государственной статистики, сосудистые заболевания сосудов мозга занимают второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39%) и общей смертности населения (23,4%). Ежегодная смертность от инсульта в России остается одной из наиболее высоких в мире (374 на 100 тыс. населения).

Основные факторы риска инсульта условно разделяют на модифицируемые (корригируемые), то есть те, на которые может повлиять врач путем выдачи рекомендаций или сам пациент путем изменения образа жизни, и немодифицируемые (некорригируемые) — на которые влиять невозможно, но их необходимо учитывать. К немодифицируемым факторам инсульта относят прежде всего возраст (заболеваемость инсультом значительно нарастает с возрастом, особенно после 65 лет), пол (у мужчин выше заболеваемость

в возрастном интервале 30–69 лет), принадлежность к определенной расе/этнической группе, генетическую предрасположенность к сосудистым заболеваниям и нарушению церебрального и коронарного кровообращения. Информация о немодифицируемых факторах позволяет выявлять лиц с повышенной вероятностью заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями и сконцентрировать усилия на вопросах активной их профилактики.

Выявление и контроль корригируемых факторов риска развития инсульта представляет наиболее реальную возможность снижения частоты развития ОНМК и других сосудистых событий. По данным ВОЗ, существует свыше 300 факторов риска, связанных с ишемической болезнью сердца и инсультом, однако для того, чтобы фактор риска признавался значимым, он должен с высокой частотой встречаться в различных популяциях, оказывать большое и независимое влияние на этиологию и течение заболевания и, самое существенное, обеспечивать уменьшение риска развития заболевания при его устранении.

В многочисленных исследованиях доказано, что коррекция основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет, ожирение, гиподинамия, позволяет значительно снизить их частоту.

Артериальная гипертензия является важнейшим независимым модифицируемым фактором риска развития инсульта. Влияние этого фактора риска в последнее время возрастает по мере увеличения продолжительности жизни, и это самый распространенный фактор риска среди населения всех стран как у мужчин, так и у женщин. Данные эпидемиологических исследований, проведенных в России [С. А. Шальнова и соавт., 2001], показали, что распространенность артериальной гипертензии среди взрослого населения незначительно выше, чем в других странах с развитой экономикой, и составляет 39,3% среди мужчин и 41,1% среди женщин, в то же время число больных, получающих адекватную терапию, ничтожно мало — лишь у 5,7% муж-

чин и у 17,5% женщин уровень АД успешно контролируется с помощью гипотензивной терапии. При этом в одном из мета-анализов показано, что снижение САД всего на 2 мм рт. ст. уменьшает риск смерти от инсульта на 10%. По данным территориально-популяционного регистра инсульта, в нашей стране артериальная гипертензия отмечается у 89,2% больных с инсультом.

Проведение своевременной и адекватной гипотензивной терапии — главное звено в первичной и вторичной профилактике инсульта. Существует прямая зависимость между уровнем артериального давления и риском развития инсульта: при повышении диастолического АД на 10 мм рт. ст. риск развития церебрального инфаркта возрастает почти в два раза, причем более значимо его влияние отмечено среди лиц молодого и среднего возраста. В исследовании HOT (The Hypertension Optimal Treatment Study, 1998 г.) продемонстрирована важность контроля АД — так, снижение диастолического АД от исходного уровня 105 мм рт. ст. до оптимального 83 мм рт. ст. сопровождалось 30% снижением частоты всех сердечно-сосудистых осложнений.

Еще одним существенным фактором риска инсульта является **фибрилляция предсердий** (неклапанная мерцательная аритмия — МА), течение которой сопровождается тромбоэмболией мозговых артерий фрагментами тромба из полостей левого предсердия или желудочка сердца. Наиболее часто МА развивается при ишемической болезни сердца и последствиях инфаркта миокарда, реже — при ревматическом митральном пороке сердца. Более чем в 50% случаев фибрилляция предсердий вызывает тромбоэмболический инсульт. Особое значение имеют «тихие», или бессимптомные, эмболические инфаркты мозга (их частота составляет 1–2% среди всех случаев инфаркта мозга), которые в последующем увеличивают риск деменции или других когнитивных расстройств. По данным 4 эпидемиологических исследований, организованных в США, Японии, Исландии и Англии (Framingham, Shibata, Reykjavik, Whitehall), относительный риск ишемического инсульта при наличии неклапанной МА возрастает в среднем в 6 раз.

Таблица 1

**Шкала стратификации риска развития
тромбоэмболических осложнений (инсульта)
CHA2DS2VASC при фибрилляции предсердий**

Фактор риска	Балл
Застойная сердечная недостаточность / дисфункция левого желудочка	+1
Артериальная гипертензия	+1
Возраст ≥ 75 лет	+2
Сахарный диабет	+1
Инсульт/ТИА/тромбоэмболия в анамнезе	+2
Сосудистое заболевание (инфаркт миокарда, атеросклероз аорты, периферических артерий)*	+1
Женский пол	+1
Суммарный балл	0–9

В настоящее время существует система стратификации риска развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с МА, предложенная в 2010 г. G. Y. Lip и соавт., названная ими CHA2DS2VASC (табл. 1). В основу шкалы было положено наблюдение в течение года за когортой из 1577 больных с МА без поражения клапанов сердца, которые не получали антагонисты витамина К (варфарин) или гепарин.

Согласно этой стратификации низким риском обладают больные, не имеющие ни одного из перечисленных факторов (т. е. 0 баллов). При наличии 1 балла риск оценивается как средний и при наличии 2 и более баллов — как высокий. Больным низкого риска не требуется профилактическое назначение непрямых антикоагулянтов, может быть показано назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК). Пациентам среднего риска, имеющим 1 балл, возможно назначение как АСК, так и непрямых антикоагулянтов. В случае если больной набрал более 1 балла, показана терапия варфарином с целевыми значениями МНО 2,0–3,0 или новыми оральными антикоагулянтами (дабигатран этексилат, ривароксабан или апиксабан).

Гиперхолестеринемия и гиперлипидемия как ведущие факторы развития атеросклероза и, соответственно, риска сосудистых заболеваний в наибольшей степени

изучены в отношении влияния на патологию коронарных сосудов. Исследования последних лет показали лишь слабую позитивную связь между уровнем холестерина и риском первичного ишемического инсульта или вообще отсутствие таковой. Тем не менее в кардиологических исследованиях с применением статинов показано снижение риска развития первичного нефатального (несмертельного) инсульта.

Для коррекции липидных нарушений в дополнение к терапевтическим изменениям образа жизни и поддержанию целевого значения содержания холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) используются ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А-редуктазы (статины). С гиперхолестеринемией также ассоциирован повышенный индекс массы тела (≥ 25 кг/м²), который связан с увеличением риска инсульта у мужчин и у женщин в связи с увеличением частоты артериальной гипертензии и сахарного диабета. Хотя уменьшение массы тела приводит к снижению артериального давления, оно не влечет за собой уменьшения риска развития инсульта. Некоторые исследования показали, что абдоминальное ожирение в большей степени, чем общее, ассоциируется с риском инсульта. Клинически абдоминальное ожирение определяется как объем талии > 102 см у мужчин и 88 см у женщин.

Транзиторная ишемическая атака (ТИА) в анамнезе является существенным фактором риска развития как инфаркта мозга, так и инфаркта миокарда. Риск развития ишемического инсульта составляет у больных с ТИА около 4–5% в год, при этом наиболее подвержены развитию большого инсульта пациенты в течение первых 90 дней после ТИА. Для оценки риска развития инсульта после перенесенной ТИА разработана специальная шкала ABCD2 (табл. 2).

Согласно этой стратификации низким риском развития ОНМК в течение первых 2 месяцев (1,0–3,1%) после ТИА обладают больные, имеющие 0–3 балла.

При наличии 4–5 баллов риск оценивается как средний (4,1–9,8%) и 6 и более баллов — как высокий (8,1–17,8%). Согласно последним рекомендациям пациентов с подозрением на ТИА необходимо госпитализировать в отде-

Таблица 2

Шкала ABCD2 для оценки риска развития инсульта после перенесенной ТИА

	Фактор риска	Категория	Балл
A	Age — возраст	Возраст \geq 60 Возраст < 60	1 0
B	Blood pressure — артериальное давление	САД > 140 или ДАД \geq 90 Иное	1 0
C	Clinical feature — клинические признаки	Односторонняя слабость Нарушение речи (без парезов) Другие симптомы	2 1 0
D	Duration — длительность симптомов	\geq 60 минут 10 — 59 минут < 10 минут	2 1 0
	Diabetes — сахарный диабет	Есть Нет	1 0
		Общая сумма	0-7

ления для лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения с блоком интенсивной терапии, где безотлагательно проводится нейровизуализационное обследование, ультразвуковое исследование сосудов, кардиологический мониторинг и исследование гемостаза для определения патогенетических механизмов развившегося сосудистого события и назначения индивидуализированной профилактики.

Имеются существенные доказательства, что **сахарный диабет** является важным фактором риска инсульта. Относительный риск составляет 1,5–3,0 в зависимости от типа и тяжести инсульта. В исследовании Copenhagen City Heart Study сахарный диабет сформулирован как риск инсульта, имеющий самостоятельное значение.

В Британском исследовании мужчин показано, что риск инсульта при сахарном диабете увеличивается у пожилых больных с артериальной гипертензией. Лечение сахарного диабета как 1, так и 2 типа с нормализацией уровня глюкозы в крови уменьшает риск микроваскулярных осложнений — ретинопатии, нефропатии и нейропатии, но не уменьшает риск макроваскулярных осложнений, в том числе инсульта. Однако в ряде исследований отмечено, что интенсивное лечение диабета 2 типа, сочетающегося с АГ, приводит к уменьшению риска инсульта до 44%.

Курение является независимым фактором риска развития ишемического инсульта у мужчин и женщин и увеличивает риск разви-

тия инсульта вдвое, уступая лишь мерцательной аритмии и артериальной гипертензии. В России, по данным территориально-популяционного регистра инсульта, курение находится на третьем месте среди факторов риска и составляет 43,5%. Курение изменяет гемодинамику при наличии сосудистых стенозов и тем самым ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий. В настоящее время на основании результатов эпидемиологических исследований, показывающих последовательную и всеобщую связь между курением и как ишемическим инсультом, так и субарахноидальным кровоизлиянием, рекомендован отказ от курения у некурящих и прекращение курения у курящих. Общая стратегия прекращения курения может включать использование смешанных методов, в том числе индивидуальное консультирование, никотинзамещающую терапию и пероральные препараты для прекращения курения, которые должны быть обсуждены для каждого конкретного пациента.

Злоупотребление алкоголем (более 60 г чистого алкоголя в день) также увеличивает риск ишемического и геморрагического инсульта. Выявлено, что снижение употребления алкоголя (меньше 12 г чистого алкоголя в день) ассоциировано со снижением риска обоих типов инсульта. Употребление красного вина, по сравнению с другими алкогольными напитками, ассоциировано с наименьшим риском инсульта, однако значительно увеличивает риск развития онкологических за-

болеваний печени и поджелудочной железы. Злоупотребление алкоголем повышает риск развития инсульта посредством повышения уровня артериального давления.

Значимыми для риска инсульта осложнениями атеросклероза являются **атеросклеротические бляшки** в магистральных мозговых артериях. Бессимптомный стеноз сонных артерий увеличивает риск развития инсульта — около 2% в год. Он существенно возрастает при стенозе сосуда (более чем на 70%) и при появлении ТИА (до 13% в год). Данные Роттердамского исследования показали, что увеличение толщины интимы-медии сонных артерий даже в пределах нормальных значений (от 0,75 до 0,91 мм) сопровождается увеличением относительного риска первого инсульта в 4,8 раза. Этот фактор риска был самостоятелен и независим от других факторов риска (мужской пол, возраст, масса тела, курение, сахарный диабет и дислипидемия).

Наибольшую опасность представляют гетерогенные бляшки, и поэтому при их выявлении следует обязательная консультация сосудистого хирурга для определения целесообразности проведения оперативного вмешательства на каротидных артериях, зависящей от степени стеноза внутренней сонной артерии и клинических проявлений заболевания. Бессимптомные атеросклеротические бляшки не проявляют себя большими сосудистыми событиями, такими как инсульт, однако могут существенно влиять на когнитивные (познавательные) функции — память, внимание, речь. Для коррекции таких нарушений могут использоваться различные лекарственные препараты, улучшающие мозговой кровоток и метаболизм. К таким препаратам относится Актовегин, длительное время использующийся в медицинской практике и продемонстрировавший свою эффективность при различных по патогенезу поражениях центральной нервной системы.

По данным большого количества исследований, повышенный риск инсультов связан и с целым рядом других факторов, имеющих значение в общем комплексе профилактических мероприятий. Такие факторы образа жизни, как отсутствие физической активности, нарушение питания и факторы стресса, опосредованно влияют на риск развития

инсульта, так как связаны с высоким уровнем холестерина крови, высоким артериальным давлением и сахарным диабетом. Прием оральных контрацептивов расценивается как фактор риска инсульта у женщин старше 35 лет при наличии семейной отягощенности по субарахноидальному кровоизлиянию и артериальной гипертензии, курения и мигрени. Эстроген-заместительная терапия снижает риск развития ишемической болезни сердца, но не влияет на риск развития инсульта. Синдром апноэ во сне может быть существенным из-за связи с другими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, в связи с чем рекомендована оценка нарушений дыхания во время сна путем сбора подробного анамнеза и, при наличии показаний, проведения специальных тестов для его подтверждения. Особенно это касается пациентов, страдающих абдоминальным ожирением, артериальной гипертензией, сердечно-сосудистыми заболеваниями или артериальной гипертензией с резистентностью к лекарственным средствам.

Выявление факторов риска и оценки степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний следует проводить у всех лиц старше 30 лет, обратившихся впервые в текущем году по любому поводу за медицинской помощью или консультацией к врачу-терапевту, врачу общей практики амбулатория, предприятия и организации, поликлиники и поликлинического отделения медицинских организаций, офисов, врачу-кардиологу поликлиники, врачам других специальностей и иным специалистам, работающим в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики, а также фельдшеру здравпункта, фельдшеру-акушеру фельдшерско-акушерского пункта.

При внедрении национальных программ, направленных на формирование здорового образа жизни и медицинской культуры населения, при правильном методическом подходе врача к оценке и воздействию на индивидуальные факторы риска профилактика инсульта становится во многих случаях вполне реальной.

*Материал предоставлен журналом
«Земский врач» № 2 (19) 2013 г.*

СВЯТЫЕ ОТЦЫ О БОЛЕЗНИ

О ЦЕРКОВНЫХ ТАИНСТВАХ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ

Один из приходских священников сделался болен, и, приближаясь уже к кончине, увидел одр свой окруженным демонами, которые готовились похитить его душу и низвести во ад. Тогда явились три Ангела. Один из них стал у одра и начал препираться о душе с отвратительнейшим демоном, державшим отверстую книгу, в которой были записаны все грехи священника. Между тем пришел другой священник, чтобы напутствовать собрата. Началась исповедь; больной, устремляя испуганные взоры в книгу, произносил с самоотвержением грехи свои, как бы извергая их из себя, — и что ж видит он? Видит ясно, что едва произносил какой грех, как этот грех исчезал в книге, в которой оставался пробел вместо записи. Таким образом, исповеданием он изгладил из бесовской книги все грехи свои, и, получив исцеление, остаток дней провел в глубоком покаянии, поведая ближним для назидания их видение, запечатленное чудесным исцелением.

Свт. Игнатий Брянчанинов

В болезни, прежде всякого другого дела, должно поспешать очиститься от грехов в Таинстве Покаяния и в совести своей примириться с Богом.

Свт. Феофан Затворник

Грех не душу только поражает, но и тело. В иных случаях это весьма очевидно; в других, хоть не так ясно, но истина остается истиною, что и болезни тела все и всегда от грехов и ради грехов. Грех совершается в душе и прямо делает ее больной, но так как жизнь тела от души, то от больной души, конечно, жизнь не здоровая. Уже одно то, что грех наводит мрак и тугу, должно неблагоприятно действовать на кровь, в которой основание здоровья телесного. Но когда припомнишь, что он отделяет от Бога — Источника жизни, и ставит человека в разлад со всеми законами, действующими и в нем самом, и в природе, то еще дивиться надо, как остается живым грешник после греха. Это милость Божия, ожидающая покаяния и обращения. Следовательно, больному прежде всякого другого дела надо поспешить очиститься от грехов и в совести своей примириться с Богом. Этим проложится путь к благодетельному действию лекарств. Известно, что был какой-то знаменательный врач, который не приступал к лечению, пока больной не исповедуется и не причастится Св. Тайн; и чем труднее была болезнь, тем он настойчивее этого требовал.

Свт. Феофан Затворник

В опасных болезнях заботься сперва об очищении своей совести и о спокойствии своей души.

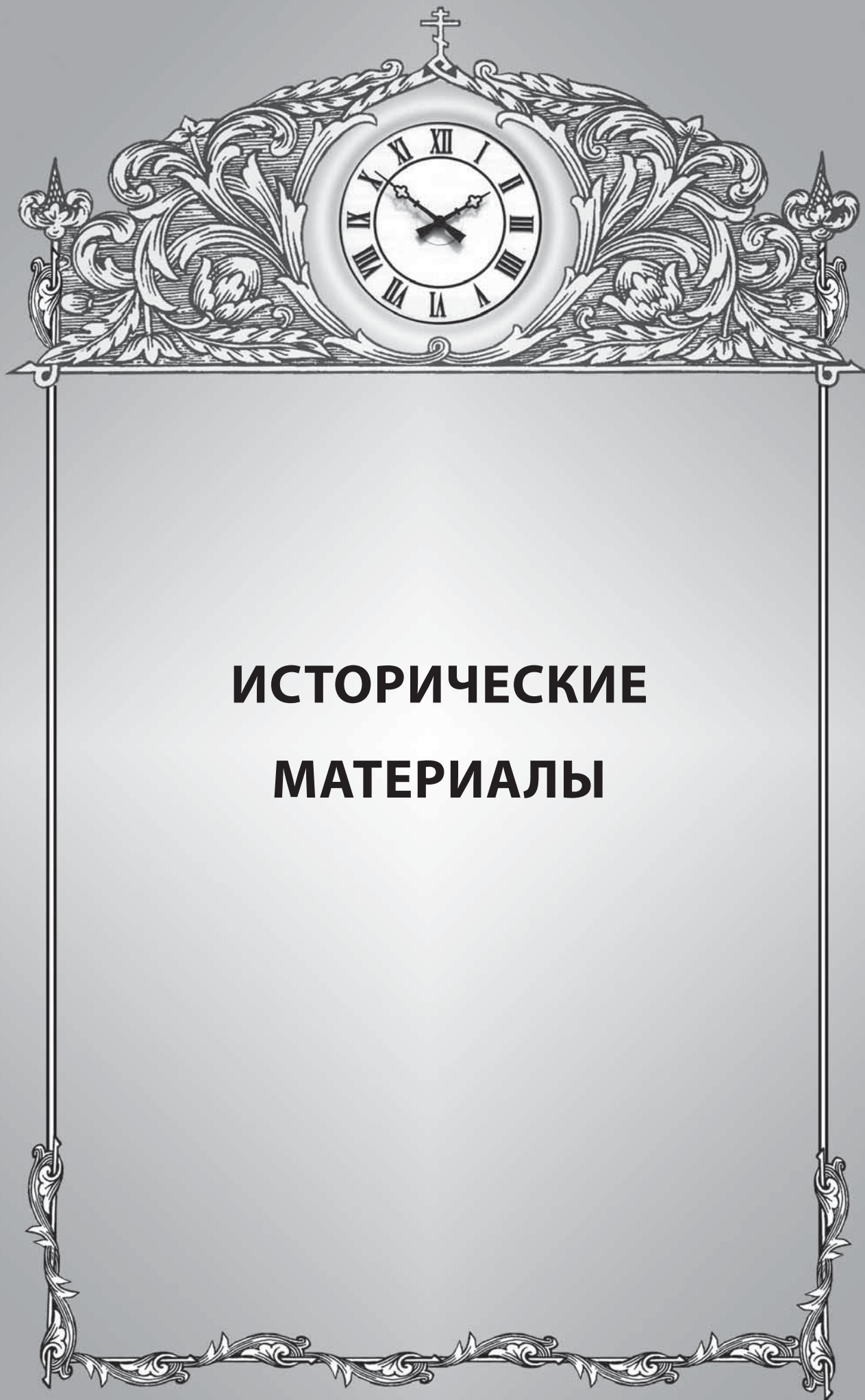
Старец Арсений Афонский

Размышляйте о том, что здешнее все мимолетно, а будущее вечно. Больному надобно утешать себя чтением Божественного Писания и страданием Спасителя.

Прп. Анатолий Оптинский

Самая лучшая благодарность Богу за выздоровление от болезни состоит в том, чтобы служить Ему остальное время жизни в исполнении заповедей Его.

Прп. Пимен Многоболезненный



**ИСТОРИЧЕСКИЕ
МАТЕРИАЛЫ**



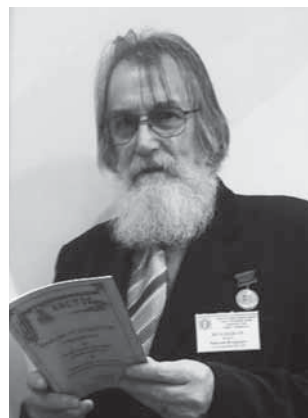
ПОДВИГ ВРАЧЕЙ И СВЯЩЕННИКОВ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

«Улюдей, не имеющих исторической памяти развития своего государства, не помнящих своего родства, забывших Бога, разлюбивших Отечество, развивается порок нравственной памяти, ведущий к оскудению умов, к деградации общества».

Митрополит Иоанн (Снычев)

Войны всегда являются бедой для любого народа. Мировые войны — трагедия всего человечества. В Первую мировую войну (1914–1918) санитарные потери в Императорской Русской армии превысили 9 млн человек, число заболевших и лечившихся в лечебных учреждениях России составило почти 5 млн. Военные врачи являлись не просто участниками войны, а были ведущими фронтовыми специалистами. Они разрабатывали новые методы лечения, совершенствовали организационные мероприятия по эвакуации раненых, размещали свои наблюдения и методики лечения в медицинских изданиях. Этот опыт имел огромное значение для отечественной медицины. Не менее важное значение имело во время Первой мировой войны военное духовенство, являвшее пример мужества и отваги для солдат и офицеров.

Подвигу фронтовых врачей и священников в 1914–1918 гг. посвящена статья действительных членов Общества православных врачей Санкт-Петербурга Николая Федоровича ЖАРКОВА и Татьяны Вениаминовны ЖАРКОВОЙ.



Военно-полевые хирурги Первой мировой войны

Врачей для российской армии готовила Императорская Военно-медицинская академия в Санкт-Петербурге, а также медицинские факультеты университетов, которые при объявлении войны выпускали студентов старших курсов в должности «зауряд-военный врач».



Императорская военно-медицинская академия



*Владимир Андреевич Оппель
(1872–1932)*



*Николай Александрович Вельяминов
(1855–1920)*



*Сергей Романович Миротворцев
(1878–1949)*

Русским хирургом № 1 в области военно-полевой хирургии называют Николая Ивановича Пирогова. Его ученики достойно проявили себя на благо Отечества. Среди них всемирно известные врачи и ученые:

Владимир Андреевич Оппель (1872–1932) в Первую мировую войну, будучи уже опытным врачом, трудится хирургом-консультантом, много оперирует. В итоге приходит к убеждению о необходимости ранних оперативных вмешательств по поводу огнестрельных ранений. Для лечения огнестрельных переломов длинных трубчатых костей В. А. Оппель предлагает проволоочный шов, соединяющий костные обломки (этот метод широко применялся и во время Великой Отечественной войны). На основе своего военного опыта в 1917 г. он пишет труд «Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии». В годы Первой мировой войны именно В. А. Оппель сумел обосновать необходимость этапного лечения раненых. В последующие годы система В. А. Оппеля утвердилась окончательно и на ее основе была разработана военно-медицинская доктрина.

Николай Александрович Вельяминов (1855–1920) окончил медицинский факультет Московского университета. В качестве зауряд-врача принимал участие в боевых действиях в русско-турецкой войне. В 1894 г. получил придворное звание лейб-хирурга и назначен профессором академической клиники Виллие, где проработал почти 20 лет.

Н. А. Вельяминов, известный врач и ученый, академик медицины, тайный советник, с самого начала вступления России в Первую мировую войну принимает участие в работе Главного управления Красного Креста, а с 26 августа уже состоит в должности хирурга-консультанта при Ставке Главнокомандующего. Академик Вельяминов много работал в госпиталях действующей армии, руководил медицинской службой гвардии. Обобщив свой фронтный опыт, он опубликовал книгу «В защиту антисептики при лечении огнестрельных ран на войне» (1917). Его труды по медицине (более 100 работ) не утратили научной ценности до настоящего времени.



Проф. Н. А. Вельяминов на обходе в детской клинике ВМА. 1911 г.

За заслуги перед Отечеством Н. А. Вельяминов в 1905 г. получил звание тайного советника, а в 1907 г. награжден Императорским орденом Св. Анны I степени. В годы Первой мировой войны Вельяминов работает в Главном управлении Красного Креста, а затем консультантом-хирургом при Ставке.



Лазарет для раненых и больных воинов. 1915 г.

Николай Нилович Бурденко (1876–1946) — сын священника Пензенской губернии, окончив духовную семинарию, все-таки решает стать врачом. Будучи студентом-старшекурсником медицинского факультета Томского университета, Н. Н. Бурденко участвовал в русско-японской войне 1904–1905 гг., выполнял обязанности санитаря, фельдшера, зауряд-врача на передовых позициях. Оказывая на поле боя помощь раненым, он сам был ранен в руку, однако отказался от помощи и продолжал перевязывать раненых. Был награжден Георгиевским крестом.

К началу Первой мировой войны Бурденко был уже крупным хирургом и сразу после объявления войны сформировал хирургический отряд для отправки на фронт. Вскоре он

был назначен хирургом-консультантом русской Императорской армии и лично оказывал тяжело раненым неотложную хирургическую помощь. Неоценима заслуга Н. Н. Бурденко в разработке нового метода лечения нейрохирургических раненых. Работая в организованном им госпитале в прифронтовом городке Жирардове (на территории сегодняшней Латвии), он предложил новый, так называемый открытый метод лечения ран мозга, который спас жизни тысячам русских солдат. Он постоянно был в работе. «Жить стоит лишь тогда, когда работаешь, а если не работаешь, то не стоит и жить» — вот девиз Н. Н. Бурденко, которому он был верен всю свою сознательную жизнь.

Сергей Романович Миротворцев (1878–1949) после окончания Харьковского университета отправляется врачом-добровольцем на русско-японскую войну. С этого времени вся его жизнь тесно связана с военно-полевой хирургией. На фронтах Первой мировой войны С. Р. Миротворцев показал себя не только превосходным хирургом, но и отличным организатором медицинской помощи раненым. В период боевых действий вышла в свет ценная и актуальная статья доктора Миротворцева «О ранениях осколками аэропланых и цеппелинных бомб», написанная ярко и доходчиво.. Опубликованная в военное время статья, была единственной работой по этой теме в медицинской литературе до 1941 г. За свою жизнь Сергей Романович прошел пять войн как участник, хирург и ученый. Награжден орденом Владимира 4-й степени с мечами.

Роман Романович Вреден (1867–1934) — сын известного петербургского врача, почетного лейб-отиятра. После окончания Императорской военно-медицинской академии работал хирургом, получил степень доктора медицины. С началом Русско-японской войны в должности хирурга-консультанта Николаевского военного госпиталя был направлен на Дальний Восток. Из-за контузии вернулся в Петербург и написал монографию «Практическое руководство по военно-полевой хирургии». С 1906 г. он директор первого в России Петербургского ортопедического института. В годы Первой мировой войны Р. Р. Вреден — главный хирург Юго-Западного



*Николай Николаевич Петров
(1876–1964)*



*Роман Романович Вреден
(1867–1934)*



*Герман Александрович Альбрехт
(1878–1933)*

фронта. В его ортопедический институт поступают воины с тяжелыми последствиями ранений, нуждающиеся в сложных восстановительных операциях. Под его руководством и при непосредственном участии разрабатывались новые методики операций, осуществлялась подготовка к протезированию. Сегодня Санкт-Петербургский институт ортопедии и травматологии носит его имя.

Николай Николаевич Петров (1876–1964) — выпускник Императорской Военно-медицинской академии в 1914 г. был призван в армию, где занимал должность хирурга-консультанта на разных фронтах. На основе личного военного опыта им написан фундаментальный труд «Лечение военных ранений» (1915). В тот же год доктор медицины, профессор Петров становится главным хирургом большого хирургического лазарета на 1000 коек, размещенного в Зимнем дворце, куда поступали самые тяжелые раненые. Занимаясь научными исследованиями параллельно с лечением раненых, Николай Николаевич сформулировал тезис о первичном (в момент ранения) инфицировании огнестрельных ран и заявил о необходимости «своевременной первичной хирургической обработки ран с обязательным использованием антисептиков». Таким образом, в годы Первой мировой войны Н. Н. Петровым была опровергнута ошибочная теория немецкого хирурга Эрнста Бергмана о первичной стерильности огнестрельных ранений.

Герман Александрович Альбрехт (1878–1933) — уроженец Пскова, отцом его был простой служащий. В июне 1914 г. Г. А. Альбрехт назначен главным врачом 105-го полевого госпиталя на Северо-Западном фронте, а через год становится младшим врачом Мариинского приюта увечных воинов в Петрограде, который вскоре реорганизуется в институт протезирования (1919). Здесь Герман Александрович создает собственную протезную мастерскую.

Сегодня Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и социальной защиты Российской Федерации назван его именем.

Семен Семенович Гирголав (1881–1957) родом из Тифлиса (Тбилиси), из семьи служа-

щего. После окончания (1904) Императорской военно-медицинской академии, он служит на флоте судовым врачом. Семен Семенович много занимался проблемами травматологии, создал классификацию ран. В 1916 г. военврач С. С. Гирголав направляется в действующую армию, где на практике занимается организацией системы этапного лечения, созданной его учителем В. А. Оппелем.

Хирурги в тылу в годы Первой мировой войны

Сергей Петрович Федоров (1869–1936) окончил медицинский факультет Московского университета, основатель крупнейшей отечественной хирургической школы. Его называют «отцом русской урологии».

Впервые в России (1893–1894) он приготовил противостолбнячную сыворотку, а в 1904 г. первым использовал для общей анестезии внутривенный гедоналовый наркоз, который широко применялся в Первую мировую войну. За рубежом этот метод обезболивания получил название «русского наркоза». В Великую войну¹ врач С. П. Федоров в должности лейб-хирурга сопровождал Российского императора Николая Александровича и цесаревича Алексея в поездках на фронт. Еще при жизни профессора его именем была названа 1-я хирургическая клиника Военно-медицинской академии, где установлена мемориальная доска в его память



Проф. С. П. Федоров (в центре) с курсантами ВМА

¹ Название «Первая мировая война» утвердилось в историографии только после начала Второй мировой войны в 1939 г. В межвоенный период употреблялось название «Великая война».



Семен Семенович Гирголав
(1881–1957)



Сергей Петрович Федоров
(1869–1936)



Сергей Сергеевич Юдин
(1891–1954)



*Владимир Петрович Филатов
(1875–1956)*



*Леонид Георгиевич Беллярминов
(1859–1930)*



*Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий
(1877–1961)*

Сергей Сергеевич Юдин (1891–1954) был студентом медицинского факультета Московского университета, когда началась Первая мировая война. В августе 1914 г. он призван в действующую армию и отправлен на фронт в составе 5-го передового отряда Красного Креста. Работал зауряд-врачом в госпитале, оперировал раненых и даже участвовал в боевых операциях. Фронтовые офицеры ценили личную храбрость Сергея Юдина, его ловкость и самоотверженность. Он трижды был ранен, один раз тяжело, за храбрость награжден Георгиевским Крестом.

В 1915 г. больницу для «чахоточных», где трудился С. С. Юдин, переоборудовали под госпиталь для раненых, в котором он развил активную деятельность, не только лечебную, но и хозяйственную. Несмотря на значительные достижения в практической и научной медицине, своим детищем Юдин считал переливание трупной крови. Занимая должность главного хирурга института им. Н. В. Склифосовского, С. С. Юдин говорил, что хирурги должны в совершенстве овладевать разными подходами в лечении пациентов, и называл такую установку «поливалентной хирургией». Он регулярно присутствовал на богослужениях в Елоховском соборе. В журнале посетителей клиники, где работал С. С. Юдин, сохранилась запись профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого: «Хирург в прошлом, блестящему хирургу настоящего и будущего. Свидетельствую свое восхищение его блестящей техникой и неисчерпаемой энергией в строительстве новой хирургии нашей великой Родины».

Леонид Георгиевич Беллярминов (1859–1930) — сын сельского священника Саратовской губернии. Заслуженный профессор, лейб-окулист, он был награжден всеми императорскими орденами от Станислава до Владимира. Во время 1-й мировой войны по предложению профессора Беллярминова были организованы и направлены в действующую армию три подвижных глазных отряда, а также созданы глазные отделения и лазареты в общехирургических госпиталях.

Владимир Петрович Филатов (1875–1956) 60 лет жизни посвятил офтальмологии. В 1914 г., непосредственно перед Первой мировой войной, он изобрел чрезвычайно дей-

ственный метод пересадки кожи с помощью, так называемого мигрирующего круглого кожного «филатовского стебля», который в годы войны и позднее избавил сотни тысяч людей от увечий, полученных при ранениях. Этот метод пластических операций стал настоящим прорывом в восстановительной хирургии, и входит в сотню великих научных достижений России. Сегодня этим методом восстанавливают поврежденные ткани и устраняют обезображивающие дефекты хирургии во всем мире.

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (1877–1961) по окончании медицинского факультета Киевского университета решает стать земским врачом. Его первая должность — фронтовой врач, первые пациенты — раненые на русско-японской войне солдаты. С началом Первой мировой войны в Переславле-Залесском хирург В. Ф. Войно-Ясенецкий возглавил земский лазарет для лечения раненых и больных воинов русской армии и пленных солдат противника. Несмотря на тяжелейшие условия работы, именно в эти годы он первым в России начинает применять местную анестезию в хирургических операциях на головном мозге, защитив в 1916 г. докторскую диссертацию «Региональная анестезия»; одним из первых делает сложные полостные операции.

Священный Синод приравнял лечение раненых на фронтах Первой и Второй мировых войн хирургом-епископом Лукой к архиерейскому служению и возвел его в сан архиепископа в марте 1943 г. Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) канонизирован Русской Православной Церковью в 2000 г.



В. Ф. Войно-Ясенецкий (стоит 3-й справа) с персоналом лазарета

Первая мировая война как веха в развитии военно-полевой терапии

Во время Первой мировой войны возникла необходимость не только оказания хирургической помощи раненым, но и лечения пораженных отравляющими боевыми веществами и бактериологическим оружием.

В апреле 1915 г. германское командование впервые в военных действиях применило химическое оружие — газобаллонную атаку хлором. Медицинская служба воюющих армий не была подготовлена тогда к диагностике и лечению этой патологии, но, тем не менее, именно русским фронтовым врачам — терапевтам **В. И. Глинчикову** и **Н. Н. Савицкому** — принадлежит первое классическое описание клиники поражений боевыми отравляющими веществами. И уже в августе 1915 г. военврач **А. И. Игнатовский** опубликовал во «Врачебной газете» сообщение с описанием клинических проявлений и способов лечения поражений хлором, а в 1920 году **В. И. Глинчиков** издал первую русскую монографию под названием «Удушливые газы и газоотравление».

В годы войны (1915) профессор **Н. Д. Зелинский** и технолог петроградского завода «Треугольник» М. И. Куммант разработали противогаз. Лучшим противогазом в мире считался именно русский.

Среди выдающихся врачей, разработчиков противохимической защиты войск, следует выделить также **Григория Витальевича Хлопина** (1863–1929), видного гигиениста, профессора Военно-медицинской академии, который внес большой вклад в становление военной токсикологии как науки.

В том же 1915 г. Германия начала осуществлять бактериологические диверсии в России путем распространения чумы среди людей и сапа среди лошадей, основной тягловой силы в армии, заражая болезнетворными бактериями пищевые продукты, фураж для скота, воду, ткани, медикаменты и средства транспорта. В это время на кафедрах Военно-медицинской академии непрерывно ведется работа по профилактике и преодолению инфекционных эпидемий в стране. Руководил борьбой с эпидемиями сыпного тифа и холеры академик **Николай**

Яковлевич Чистович (1860–1926), организатор школы русских инфекционистов-бактериологов.

Труды военных терапевтов, токсикологов и инфекционистов, очень пригодились в годы Великой Отечественной войны (1941–1945).

Немало врачей за храбрость, проявленную на фронтах Первой мировой войны, награждены особо почетными Императорскими наградами — Георгиевскими медалями и крестами.

Священники на Великой войне

Церковь всегда благословляла своих чад сражаться с врагами Отечества. Первая мировая война вызвала горячий отклик у всех слоев населения Российской империи. Естественно, что Русская Православная церковь поддерживала и всячески укрепляла патриотические чувства народа. Православные священники не только выполняли свои непосредственные обязанности, но часто сами являли пример мужества и отваги. Немалую роль Церковь сыграла в укреплении тыла и организации снабжения армии.

Всего за годы Первой мировой войны 40 священников были убиты или умерли от ран, более 200 — получили раны и контузии, свыше 100 — пребывали в плену.

По штату каждый полк Русской Императорской армии имел православного священника. На начало 1914 г. в армии насчитывалось 766 священников, 121 дьякон и 88 псаломщиков, общим числом 975 священнослужителей. Во время войны в армии служили свыше 5 тыс. священников. Перед войной на Первом съезде военного и морского духовенства была разработана памятка-инструкция военному священнику, согласно которой помимо своих основных обязанностей (проповедь Евангелия и совершение Таинств), полковой священник должен был:

- 1) помогать врачу в перевязке ран;
- 2) заведовать выносом с поля боя убитых и раненых;
- 3) извещать родных о смерти воинов;
- 4) заботиться о поддержании в порядке воинских могил и кладбищ;
- 5) устраивать походные библиотеки.



Молебен на фронте. 1915 г.

Кроме того, военному священнику предписывалось собирать сведения о подвигах всех воинских чинов своей части, критически исследуя каждый случай. Местом пребывания военного священника был передовой перевязочный пункт. Важна была роль священников и в укреплении боевой дисциплины. Еще осенью 1914 г. вышел приказ командования, в котором особо отмечалось, что: «в целях предупреждения распространения пропаганды революционного характера в батальоны будут назначаемы опытные священнослужители для совершения богослужений, ведения бесед и пастырского надзора за нижними чинами».

Награждение духовенства

За отличия и пастырское служение на поле брани в годы войны священникам вручены 227 золотых наперстных крестов на Георгиевской ленте, 85 орденов св. Владимира 3-й степени с мечами, 203 ордена св. Владимира, 304 ордена св. Анны 2-й степени с мечами и 239 орденов св. Анны 3-й ст. с мечами.

Эти награды отражают доблесть и христианскую нравственность, жертвенность, подвижничество русского духовенства, которое разделяло с войсками все тяготы военного времени.

Два епископа были награждены во время Первой мировой панагией на Георгиевской ленте. Первым 26 февраля 1916 г. стал **епископ Дмитровский Трифон** (Туркестанов), вторым — награжденный 1 июля 1916 г. викарий Волынской епархии **епископ Кременецкий Дионисий** (Валединский).



Полковой священник Стефан Щербаковский, дважды раненый, идет с крестом впереди 11-го Восточно-Сибирского стрелкового полка в бою под Тюренченом. Художник А. Чикин

Подвиги военного духовенства в период военных действий, за которые награждались священники можно условно разделить на три типа:

1. **Подвиг священника в решительные минуты боя**, с крестом в поднятой руке, воодушевлявшего солдат продолжать сражение. Как правило, это происходило, когда бывали ранены или убиты офицеры полка.

Священник 318-го пехотного Черноярского полка **Александр Тарноуцкий**, который сумел собрать остатки отступивших в тяжелом бою рот, и с крестом в руках повел их в атаку на врага. В этом бою батюшка погиб, награжден орденом св. Георгия 4-ой степени посмертно.

Старец Богородицко-Площанской пустыни Брянского уезда, служивший в 289-м пехотном Коротоякском полку, **иеромонах Евтихий** (Тулупов) также погиб в атаке.

Священник 9-го драгунского Казанского полка **Василий Шпичак** верхом на лошади первым повел полк в атаку.

Иеромонах Амвросий (Матвеев) — полковой священник 3-го Гренадерского Перновского полка приказом от 13 сентября 1916 г. был посмертно награжден орденом св. Георгия 4-й степени. В приказе написано: «Во время атаки 24 июня 1915 г. пошел впереди полка с поднятым крестом в руках и был убит».

Протоиерей 154-го пехотного Дербентского полка **Павел Смирнов** возглавил атаку пехотинцев, когда полк потерял всех своих офицеров. В этом бою отец Павел остался живой, но потерял ногу.

Священник 429-го пехотного Илецкого полка **Михаил Дудицкий** в бою взял командование полком на себя и сам повел его в контратаку на противника.

2. **Отличия священников, связанные с усердным исполнением своих непосредственных обязанностей в особых условиях.**

Так, 70-летний **иеромонах Антоний** (Смирнов) Бугульминского Александро-Невского монастыря, будучи священником минного заградительного корабля «Прут», когда поврежденное противником судно уже шло ко дну, уступил свое место в шлюпке матросу, и, стоя на тонущем корабле в полном священническом облачении, благословлял отплывающую команду. В итоге иеромонах Антоний стал первым священнослужителем, награжденным высшей воинской наградой Российской империи Императорским военным орденом Святого Великомученика и Победоносца Георгия.

Священник 115-й бригады государственного ополчения **Николай Дебольский** не прервал службы во время начавшейся вражеской бомбардировки.

Священник 15-го драгунского Переяславского полка **Сергий Лазуревский** не бросал службы всенощного бдения под шрапнельным огнем до тех пор, пока не был контужен.

В 1915 г. на Галицком фронте, когда **иеромонах** 311-го пехотного Кременецкого полка **Митрофан** совершал литургию, снаряд, пробив крышу и потолок алтаря, упал около престола. Отец Митрофан перекрестил чудом не разорвавшуюся бомбу и продолжал службу. Молящиеся остались рядом со своим батюшкой.

В 1915 г. **священник** 237-го пехотного Грайворонского полка **Иоаким Лещинский** в полутора верстах от боя совершал молебен о даровании победы. Внезапно, как писали в газетах того времени: «снаряд ударил в крыло паперти и, отхлынув чудом Божиим, сразу в углу в пяти шагах разорвался». В храме выбило все стекла. Батюшка продолжил службу. Среди трехсот молящихся никто не пострадал.

Священник 6-го Финляндского полка **Андрей Богословский**, стоя на пригорке,

благословлял каждого подходившего к нему воина. Началась стрельба. Вражеская пуля попала в дароносицу, висевшую у него на груди и отскочила в сторону, не причинив ему вреда.

Священник 183-го пехотного Пултусского полка **Николай Скворцов**, узнав, что в занятом неприятелем селе есть убитые и раненые, добровольцем пошел туда для напутствия и погребения. Своим примером он увлек за собой нескольких санитаров и выполнил свой священнический долг.

3. Подвиги духовенства, присущие всем армейским чинам.

Первый в войне наперсный крест на Георгиевской ленте получил **священник** 29-го пехотного Черниговского полка **Иоанн Соколов** за спасение полкового знамени. Крест вручил император Николай II, о чем сохранилась запись в личном дневнике царя.

Иерей 159-го пехотного Гурийского полка **Николай Дубняков**, заменив убитого начальника обоза, взял командование обозом на себя, и доставил боеприпасы до места назначения.

Священник 58-го пехотного Прагского полка **Парфений Холодный** «вместе с тремя другими чинами, случайно столкнувшись с австрийцами, вышел перед неприятелем с иконой «Спас Нерукотворный» и уговорил сдаться в плен солдат (23 чел.) и двух офицеров противника» (из газет).

Список воинских подвигов священства, конечно, неполный.

В качестве военных пастырей и проповедников на войне побывали: **архиепископ Таврический Димитрий** (Абашидзе); **архимандрит Нестор** (Анисимов) — в то время священник лейб-гвардии Драгунского полка, который организовал санитарный отряд «Первая помощь под огнем врага». Ходил с крестом в атаку и **иеромонах Николай** (Ярушевич), священник лейб-гвардии Финляндского полка. Впоследствии двое последних стали митрополитами.

Проповедником Особой армии на фронте был архимандрит, а впоследствии архиепископ **священномученик Петр** (Зверев). Те же обязанности в 1-й армии выполнял **протоиерей Валентин Свенцицкий**, также претерпевший гонения и умерший в ссылке.

Заключение

Несмотря на личную доблесть большинства военных пастырей, нейтрализовать большевистскую пропаганду и остановить духовное разложение русской армии уже было невозможно. Всего за несколько месяцев 1917 г. русское христоролюбивое воинство перестало быть не только «христоролюбивым», но и «воинством». Толчком к развалу армии послужил приказ Петроградского совета рабочих и солдатских депутатов № 1, опубликованный 1 марта 1917 г. Согласно приказу все воинские части подчинялись не офицерам, а своим выборным комитетам из нижних чинов и Совету. В результате произошло резкое падение дисциплины и боеспособности русской армии.

Новая власть не нуждалась в военных священниках. В 1918 г. статус военных священников был упразднен, их место заняли комиссары. В России началось осознанное попрание Бога в человеке. Только в последнее время стали обнаруживаться имена священников, участвовавших в Первой мировой войне, и совершенные ими подвиги.

События 1917 г. катастрофически изменили как всю Россию в целом, так и личную жизнь каждого русского человека. Очень немногим военным пастырям удалось пережить гонения. Часть священников, а также врачей и медсестер, трудившихся на фронтах Первой мировой войны, были вынуждены покинуть Родину. Знания, колоссальный научный потенциал, практический опыт оказались ненужными в условиях нового государственного строя. Не легкий жребий выпал и тем, кто остался в России. Многие, лучшие люди своего Отечества, стали жертвами репрессий. Среди них священнослужители и наши коллеги, врачи, участники Первой мировой войны. Вечная им память!

Литература

1. Бердяев Н. А. Судьба России. М., 1990.
2. Булгаков С. Н. Война и русское самосознание. М., 1915.
3. Войтоловский Л. Н. По следам войны. Л.: Госиздат, 1925.

4. Врангель И. Н. Дни скорби. Дневники 1914–1915. СПб., 2011.

5. Головин Н. Н. Военные усилия России в Мировой войне. Париж, 1939. / [Электронный ресурс]. URL: militera.lib.ru.

6. Каликинская Е. И. Образы великих хирургов. М.: Авторская Академия, 2012.

7. Капков К. Г. Очерки по истории военно-морского духовенства Российской Империи XVIII — начала XX веков. М.: Летопись, 2009.

8. Капков К. Г. Памятная книга российского и морского духовенства XIX–начала XX веков. Справочные материалы. М.: Летопись, 2008.

9. Капков К. Г. Священники Кавалеры Императорского военного ордена св. Великомученика и Победоносца Георгия». Москва–Белгород: Летопись, 2012.

10. Лисичкин В. А. Военный путь святителя Луки (Войно-Ясенецкого), М.: Издательство Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2011.

11. Митрополит Иоанн (Снычев) Самодержавие духа, СПб: Царское дело, 1995.

12. Михайловская клиническая больница баронета Виллие, СПб.: ВМА, 2013.

13. Прот. Николай Агафонов Ратные подвиги православного духовенства. М.: Благовест, 2013.

14. Сорокина Т. С. История медицины. М., 2004.

15. Трубецкой С. Е. Минувшее. Paris, 1989.

16. Федорченко С. З. Народ на войне. М., 1990.

17. Фирсов С. Л. Православная Церковь и государство в последнее десятилетие существования самодержавия в России. СПб, 1996.

18. Христоролюбивое воинство. Православные традиции русской Армии. Российский военный сборник. М.: Русский путь, 2006.

19. Протопресвитер Георгий Шавельский Воспоминания последнего протопресвитера русской армии и флота. М., 1996.

В оформлении использованы материалы сайта Центрального государственного архива кинофотофонодокументов СПб www.photoarchive.spb.ru, фонды Военно-медицинского музея (начальник отдела фондов И. П. Козырин)

НОВОСТИ

КУРГАН

1 ноября 2014 г. в день 150-летия рождения святой преподобномученицы великой княгини Елизаветы Феодоровны (урожденной принцессы Гессен-Дармштадтской), основательницы Марфо-Мариинской обители милосердия, при храме в честь Порт-Артурской иконы Божией Матери в Кургане открылся **музей «История милосердия»**. Освящение музея совершил архиепископ Курганский и Шадринский Константин.

В церемонии открытия приняли участие настоятель храма в честь Порт-Артурской иконы Божией Матери, руководитель отдела по благотворительности и социальному служению Курганской епархии протоиерей

Владимир Алексеев, секретарь Епархиального совета иерей Константин Павлюченко, клирик храма Порт-Артурской иконы Божией Матери иерей Сергей Перминов, председатель совета директоров оборонного предприятия «Курганприбор» С. Н. Муратов, верующие курганцы. Музей создан благодаря стараниям сестричества милосердия в честь преподобномученицы великой княгини Елизаветы Федоровны при епархиальном социальном отделе.

В экспозиции представлена история общества милосердия в России и Курганской области, а также экспонаты, посвященные жизни и служению архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого). Именем этого святого названо общество православных врачей, организованное при больничном храме

святителя Луки в госпитале ветеранов войн. Архиепископ Константин в период своего преподавания в Московской духовной семинарии принимал участие в создании фильма об архиепископе Луке в преддверии его канонизации.

В настоящее время при епархиальном отделе церковной благотворительности и социального служения сестры милосердия активно несут свое служение по нескольким направлениям: экипажи «Милосердие» (выезды к бездомным, многодетным семьям); служение в медицинских учреждениях (перинатальном центре, госпитале ветеранов войн; проведение благотворительных акций и ярмарок).

Курганская епархия/Патриархия.ru



ИМПЕРАТРИЦА МАРИЯ ФЕДОРОВНА: МИЛОСЕРДНОЕ СЛУЖЕНИЕ И ВКЛАД В БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ. ЧАСТЬ 2

«Благотворительность только тогда может принести истинную пользу, когда проистекает из сердца, исполненного любви».

Императрица Мария Федоровна



Супруга императора Павла I императрица Мария Федоровна до конца своих дней оставалась покровительницей бедных и сирот. Благодаря ее деятельному и живому участию в России появилась целая система социальных учреждений.

Рубрика «Исторические материалы» продолжает начатую в предыдущем номере публикацию, посвященную императрице Марии Федоровне. Автор статьи — заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургской

государственной педиатрической медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Галина Львовна МИКИРТИЧАН.



Больницы

Капиталы вверенных императрице Марии Федоровне учреждений быстро пополнялись, к 1803 г. они возросли до 28 млн. Мария Федоровна сочла необходимым направить эти средства на осуществление дел «богоугодных обществу, страждущему человечеству облегчительных». В 1802 г. вдовствующая императрица подала своему сыну императору Александру I мысль об устройстве больниц в Петербурге и Москве.

Основной целью организации больниц было «оказывать безвозмездно врачебное пособие всякого состояния, пола и возраста и всякой нации бедным и неимущим больным, судя по роду и степени болезни или оставляя больных для лечения в больнице, или надзирая над приходящими ежедневно за советом и лекарством» [1].



Больница для бедных (Мариинская) в Санкт-Петербурге. Литография 1820-е гг.

Первые 25 лет деятельности больниц прошли при непосредственном участии во всех делах Марии Федоровны. Главный доктор через Почетного Опекуна ежедневно подавал императрице рапорт о числе больных и ежемесячно денежный отчет. Попечение

Марии Федоровны о больных не ограничивались просмотром рапортов, проверкой отчетов, счетов, принятием решений. Она часто приезжала, иногда неожиданно, в больницу, осматривала ее, посещала и утешала больных. Всего за три дня до кончины, будучи уже тяжело больной, она все еще принимала доклады, делала распоряжения по больнице.

Императрица инициировала многие нововведения в отношении медицинского и обслуживающего персонала, больных. Особое внимание Мария Федоровна уделяла экономической стороне больничного дела. Перерасходы она приказывает относить на ее счет и подавать ей отчеты о расходах. Также на ее счет для больных отпускались чай, сахар и мед. Кроме этого, она тратила свои средства на содержание врачей, передала в дар больнице собственную дачу близ Петергофа в 50 десятин, оставила ей по завещанию капитал почти в 70 тыс. рублей.

В своем завещании она назначила больнице свой портрет, который до 1917 г. находился в зале научных совещаний врачей больницы. До начала XX в. сохранялась в больнице аллегорическая картина, на которой Мария Федоровна в сестринском одеянии того времени изображена в группе ссрдобольных сестер как бы благословляющей их на подвиг милосердия. Впоследствии картина была передана Вдовьему дому. Особо чтимой в больничном храме была стоящая на аналое, справа от царских врат, икона «Божией Матери всех скорбящих радости», пожертвованная Императрицей и, по преданию, лично ею златошвейно украшенная. При иконе имелась бронзовая дощечка: «В Бозе почившая благочестивейшая государыня императрица Мария Федоровна, во всю земную жизнь, призревая страждущих, последовала духу изображенной здесь Утхе скорбящих и, переходя в вечность, оставила в сем образе, коим благословила она сей дом милосердия, верное изображение великих ея добродетелей».

После смерти Марии Федоровны в память о ней и ее «материнским попечении о страждущих» больницы для бедных стали называться Мариинскими.

Институт ссрдобольных вдов

1 февраля 1803 г. вместе с постановлением об учреждении больниц для бедных последовало постановление и об организации **Вдовьих домов** со вдовьими казнами, открытыми в Москве 1 июня 1803 г., в Петербурге — 30 августа 1803 г., в специально купленном для него строении. Это были приюты для вдов, а также вдов с малолетними детьми, оставшихся без средств к существованию после смерти мужей, бывших на гражданской или военной службе более 10 лет. Средства для существования вдовьих домов получали от доходов воспитательных домов, которым было предписано в течение 20 лет выделять на их содержание по 20 тысяч рублей. Кроме того, на их содержание императрица назначила для каждого ежегодно по 1500 руб. из своей казны. В 1805 г. было принято решение о строительстве для Вдовьих домов зданий в специально отведенных для этого местах: в Москве у Больницы для бедных, в Петербурге — у Смольного монастыря.



Смольный монастырь. Вдовый дом и церковь.
1928 г.

У Марии Федоровны возникла мысль призреваемых вдов, еще способных к занятиям, обратить к какому-либо полезному делу, а именно приучить их к хождению (уходу) за больными, как в больницах, так и в частных домах. Она была уверена, что из их среды найдутся добрые души. Убедившись в полезности нововведения, императрица решила выделить особый капитал на учреждение во Вдовьем доме специального отделения на 50 вдов для тех, кто посвятит себя хождению

за больными, с выборной настоятельницей во главе. В 1815 г., испросив согласие императора, она приступила к реализации своего плана в Петербургском Вдовьем доме и учредила в нем **разряд Сердобольных вдов**.

Женщина, решившая стать сердобольной, должна была пройти «испытание», т. е. в течение определенного срока проверялась ее пригодность к работе в больнице для бедных. Существовал особый ритуал посвящения в сердобольные с принесением присяги и торжественным возложением особого знака отличия — золотого креста на зеленой ленте. На кресте была надпись «Всех скорбящих радость», с одной стороны вокруг образа Божьей Матери, а с другой стороны — «сердоболье». Вдовы одевались в платья темного цвета и всегда носили этот знак.

В обязанности их входило следить за порядком в палатах, чистотой постели и белья, наблюдать за раздачей лекарств, пищи и питья, исполнять все назначения врачей по уходу за больными, докладывать врачам о замеченных изменениях в состоянии больных. Не все вызвавшиеся ходить за больными были способны к этому. Если вдовы, совершали серьезные проступки, они судились Опекунским Советом. Если вина их доказывалась, они лишались знаков отличия и привилегий.

Если вдова решала посвятить себя хождению за больными, то ее принимали во Вдовый дом не как обычно в 45 лет, а в 40.

В 1818 г. должность «сердобольные» включили в штатное расписание всех столичных больниц.

Первое руководство по медицинскому уходу «Наставление и правила, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особенно себя посвятивших» (1822) было составлено Христофором фон Оппелем, главным врачом Московской больницы для бедных, основателем династии отечественных врачей.

Сознавая, что уход за больными во многом зависит от личных качеств персонала, Мария Федоровна в 1818 г. издает распоряжение об улучшении материального положения тех, кто усердно служит «с беспорочною ревностью». Прослужившим 10 лет прибавлялось к получаемому жалованию 25% и в дальней-

шем каждые 5 лет добавлялось по 25%, так что прослужившие 25 лет получали удвоенный оклад. «Хожатые», прослужившие 26 лет, получали до конца жизни полное жалованье. Тем из них, кто от усердного служения лишился здоровья и не мог продолжать службы, назначалась пенсия в половину штатного жалованья, если стаж составлял не менее 15 лет.

Круг обязанностей «сердобольных вдов» был довольно широким. Они являлись самыми ближайшими помощницами врачей и лекарей, должны были хорошо знать основные правила больничной гигиены, содержать в чистоте палаты, проветривать их, застилать постель больного, следить за питанием и т. д.

Основанный Марией Федоровной институт «сердобольных вдов» был первый в России опыт организованного служения женщин-христианок, посвятивших себя уходу за больными, в период, когда профессии сестры милосердия еще не существовало. Первая российская община сестер милосердия — Свято-Троицкая — появилась в 1844 г.

В ведение Марии Федоровны в Москве вошла также Больница императора Павла I, на нужды которой она назначила из своих средств 3 тыс. руб. ежегодного пособия. В 1816 г. под ее покровительство поступила Голицынская больница в Москве. В последние годы жизни она приняла в свое ведение Буховскую больницу душевнобольных.

Внесла свой вклад Мария Федоровна и в дело **подготовки повивальных бабок**. Известно, что еще в 1757 г. по инициативе П. З. Кондоиди в Москве и Петербурге были организованы «бабичьи школы» для подготовки акушерок. При организации воспитательных домов при них были созданы родильные стационары, так называемые «секретно-родильные» госпитали для тех, кто желал по каким-либо причинам скрывать свое имя и лицо под маской. На случай смерти они, если хотели, могли представлять директору запечатанные конверты со сведениями о их личности, или хранить конверт у себя под подушкой. После родоразрешения они оставляли своих детей в воспитательном доме.

В 1784 г. при родильном госпитале Петербургского воспитательного дома было открыта школа для повивальных бабок. В 1797 г. повивальная школа вместе с другими учреждениями Воспитательного дома перешла в ведение императрицы Марии Федоровны. Позднее заведение стало именоваться Повивальным институтом. В Московском воспитательном доме Повивальный институт был открыт в 1801 г. В 1803 г. при Петербургском Воспитательном доме и в 1805 г. при Московском были открыты родильные отделения, названные «законно-родильными», они предназначались для замужних женщин, по бедности не имевших возможности получить платную акушерскую помощь.

Личность императрицы Марии Федоровны

Марии Федоровне была свойственна душевная сердечность. А. О. Ишимова [2] в своей «Истории России в рассказах для детей» вспоминает: «Императрица Мария Федоровна, призванная Богом быть величайшей благотворительницей, одарена была от природы всеми качествами, которые должны сопровождать благотворительность — это божественное свойство человека. Любовь и сострадание сияли в каждой черте ее лица, смирение и кротость выражались в каждом поступке»... «Всего же трогательнее и очаровательнее была в ней истинно гуманная способность сердцем угадывать положение каждого, чем-нибудь несчастливого и неудовлетворенного лица, и как бы само по себе лицо это не было незначительно и ничтожно, как бы ни были малы и мелочны, с высшей точки зрения, его нужды, лишения и страдания, — Мария Федоровна с неизменно теплым участием, без всякой брезгливости, просто и искренне входила в непосредственные сношения с подобными лицами, делая все, чтобы доставить им утешение, порадовать и осчастливить». В этом проявилась ее истинно христианская душа. Мария Федоровна отличалась богобоязненностью и почтением к святыням, постоянно посещала Свято-Троицкую Сергиеву лавру, Успенский собор Московского Кремля и другие святые места Руси.

Императрица умела привлекать к работе в своем ведомстве умелых, энергичных и богатых людей. Часто повторяла им, что «мы должны быть единственно одушевлены желанием исполнять наши обязанности во всех отношениях, соблюдая точный и непрменный ход, предписанный нашими уставами, ... соединяя все наши старания к сохранению детей, к возбуждению по мере возможности, чувств материнских, к поданию помощи вдове и сироте, облегчению страждущей нищеты; тогда только мы будем оказывать истинную любовь к ближнему, по великому примеру данному нам Спасителем».

Во всех учреждениях, находящихся в ее ведении, Мария Федоровна сумела организовать работу так, что люди, там пребывавшие, не просто жили как иждивенцы за счет пожертвований, но имели возможность получить образование, найти работу и жить в дальнейшем полноценной жизнью. Для процветания своих учреждений она не жалела ни любви, ни средств.

Мария Федоровна после смерти супруга имела большой авторитет в своей семье, к ее мнению прислушивались все, в том числе императоры Александр I и Николай I. Сыновья-императоры давали достаточно денег и на строительство дворцов и парков, и на создание все новых и новых богоугодных заведений. Александр I при восшествии на престол предоставил матери полную свободу действий, всячески способствуя ей в осуществлении проектов в области народного просвещения и благотворительности. Из причитающегося ей миллиона вдовствующая императрица тратила на свои прихоти и туалеты только 17 тыс. руб., все прочее она раздавала бедным и, прежде всего, упрочивала капиталы и доходы опекаемых учреждений.

Мария Федоровна была очень деятельной натурой: вставала в 7 часов утра, летом — в 6, обливалась холодной водой с головы до ног и после молитвы садилась за свой кофе, который пила всегда очень крепкий, а потом тотчас занималась бумагами. Она обладала крепким здоровьем, любила прохладу: окна были постоянно открыты. Не зная усталости и болезней, ожидала того же и от других, что нередко возбуждало ро-

пот. Всю свою жизнь старалась она следовать примеру своей свекрови, Екатерины II, чье влияние, по-видимому, отразилось на ее характере. Фрейлина Мария Муханова вспоминала, что «в приемных и на больших представлениях она удивительно умела всякому сказать что-нибудь ему по сердцу и признавалась моему отцу, что уменью обходиться с людьми она выучилась у императрицы Екатерины».



Императрица Мария Федоровна. 1820-е гг.
Джордж Доу (1781–1829)

По воспоминаниям писателя и мемуариста графа В. А. Соллогуба (1814–1882), опубликованным 1874 г., до последних лет жизни Мария Федоровна оставалась «истинной императрицей»... «несколько дородная, но высокая и прямая, величественная, в шляпе с перьями, оттенявшими ее круглое и, несмотря на годы, свежее, румяное и красивое лицо. Царственная поступью, приветливая улыбкою, она, как мне казалось, сияла, хотя я не знал, что Россия была ей обязана колоссальными учреждениями воспитательных домов, ломбардов и женских институтов» [3].

Г. Е. Хилкова вспоминала, как проводила свой день императрица: из Павловска «выезжала она в семь часов утра, а в Петербург приезжала в девять. Дорогою государыня

сначала, по своему обыкновению, прочитывала одну главу из Евангелия, и потом занималась делами с своим секретарем, который ей сопутствовал. Приехав в город, чтобы не терять напрасно времени, посещала она заведение первое на ее пути: школу солдатских дочерей Семеновского полка; потом институт военных сирот у Калинкина моста; затем следовали воспитательный дом и заведение для глухонемых на Мойке, школа солдатских дочерей Преображенского полка в Конюшенной, чернорабочая больница на Литейной, и Екатерининский институт на Фонтанке. Наконец, около пяти часов, императрица приезжала обедать в Смольный монастырь...» [4].



Павильон роз, Павловск

Мария Федоровна была творческой личностью. С ранней молодости она проявляла способности к различным видам искусств. Много внимания уделяла созданию дворцово-паркового ансамбля Павловска, являлась не только заказчицей, но и вдохновительницей создания дворца и парка с павильонами. Сообразуясь со своим вкусом, она пополнила дворец великолепными произведениями живописи, скульптуры и декоративно-прикладного искусства, гравюр, минералов, ботанических атласов. Обладая способностями к художественному творчеству, Мария Федоровна занималась живописью, рисунком, прекрасно вышивала. В жилых комнатах Большого дворца в Павловске у нее стоял токарный станок, на котором она собственноручно вытачивала изделия из слоновой кости и янтаря, украсившие

интерьер дворца. Она любила играть на разных музыкальных инструментах и хорошо пела. Ею была собрана богатейшая библиотека ценных и редких изданий. Некоторые из них были переданы Воспитательному дому. Она стремилась сделать Павловск центром культурной и художественной жизни общества. Резиденции императрицы в Павловске и на Елагином острове стали для русского дворянства эталоном дворцовой и усадебной жизни. Следует отметить, однако, что художественные вкусы императрицы отличались эклектичностью.

В круг близких и часто посещавших Марию Федоровну людей входили поэты, литераторы, композиторы — В. А. Жуковский, баснописец И. А. Крылов, поэт, знаменитый переводчик «Илиады» Гомера Н. И. Гнедич, поэт и историк Н. М. Карамзин, А. Н. Оленин, Ю. А. Нелединский-Мелецкий, знаменитый русский композитор и первый директор придворной певческой капеллы Д. С. Бортнянский, русский писатель и государственный деятель А. С. Шишков и др.

Скончалась Мария Федоровна в Санкт-Петербурге в возрасте 69 лет. Похоронена в Петропавловском соборе Петропавловской крепости. В. А. Жуковский после кончины Марии Федоровны писал ее дочери: «Отечество, потеряв ее, должно плакать... Оно знает, какое сокровище им утрачено». На протяжении всей жизни Марии Федоровне сопутствовали тяжелые личные утраты, отразившиеся на ее здоровье: трагическая гибель любимого супруга, преждевременная кончина дочерей Александры, Марии и Екатерины, внезапная смерть в Таганроге сына Александра I, смерть его жены Елизаветы Алексеевны, события 25 декабря 1825 г.

14 декабря 1828 г. император Николай I в память своей матери императрицы Марии Федоровны учредил Мариинский знак отличия беспорочной службы на Владимирской ленте 2 степени, жалуемый лицам женского пола за долговременную службу в благотворительном и воспитательных учреждениях, состоящих в непосредственном ведении императора и членов императорской семьи. Первое награждение этим знаком отличия состоялось в день рождения Марии Федоровны — 14 октября 1829 г.

После кончины Марии Федоровны произошли важные преобразования в управлении подведомственных ей учреждений. В 1828 г. вместо канцелярии императрицы Марии Федоровны было учреждено особое ведомство — Собственная Её Императорского Величества канцелярия по учреждениям императрицы Марии, т. н. IV отделение, куда вошли все учреждения Марии Федоровны, Петербургский и Московский опекунские советы, сохраненные и ссудные кассы, сберегательные кассы, на доходы от которых содержались многочисленные благотворительные заведения.

В октябре 1854 г. управлению учреждениями императрицы было присвоено название «Ведомство учреждений императрицы Марии» [5]. В 1855 г. в Ведомстве состояло 365 учебных и благотворительных заведений. В них обучалось 9534 детей, на излечении в больницах находилось 37609 человек. В воспитательных домах и богадельнях числилось 60898 человек. Учреждения Ведомства оставались по-прежнему под личным покровительством императрицы. Число различных заведений, состоящих в ведении IV управления, продолжало расти: к 1881 г. в Ведомстве состояло 459 учреждений, а к началу XX в. — 500. Большая часть этих учреждений после ее смерти стали называться в ее часть Мариинскими.

Все бывшие в управлении Марии Федоровны учреждения переходили под покровительство монарха, была учреждена должность особого статс-секретаря по делам учреждений императрицы Марии. Вместе с тем во исполнение воли покойной императрицы большая часть женских учебных заведений поступала под непосредственное наблюдение императрицы Александры Федоровны, супруги Николая I.

Воспоминания о неутомимой деятельности Марии Федоровны на ниве благотворительности оставили многие известные ее современники. Однако такая личность, как Мария Федоровна, вызывала противоречивые оценки, иногда очень резкие [6]. Писали о том, что после смерти Павла Марии Федоровна претендовала на российский престол, слишком вмешивалась в политику

при Александре I, не пренебрегала личным участием в коммерческих операциях, имея основательные мотивы для упрочения своего состояния. Возможно, так и было. Но, что, безусловно, признавалось всеми, так это кипучая энергия императрицы и удивительная нестигаемость ее перед жизненными обстоятельствами.

Разумеется, созданная ею система разнообразных типов учреждений также не была лишена недостатков. В частности, ее упрекали в том, что основанное ею женское образование приобрело приземленно-практичный дух, в подведомственных ей учреждениях расцвели излишний формализм и много показного, рассчитанного на внешнее впечатление. Необходимо учитывать, что Русское общество того времени находилось еще только на начальной стадии осознания и готовности к таким преобразованиям. Кроме того, был большой дефицит помощников — подготовленных кадров организаторов и воспитателей, способных соответствовать новым целям и задачам помощи нуждающимся.

Тем не менее, Мария Федоровна создала систему благотворительных учреждений, придала этой системе государственный характер, что отличало Россию от европейских стран, и в этом ее самая главная заслуга. Пример Марии Федоровны показал русскому обществу, что женщины с положением и средствами, и, прежде всего, женщины русского императорского дома, должны лично участвовать в делах благотворительности, народного образования и общественного призрения, в том числе посещать больницы и приюты, осуществлять патронаж над сиротскими домами и другими учреждениями. Такое высокое попечительство установилось после того, как в своем завещании Мария Федоровна попросила императора Николая I поручить заботу о Девичьем училище Военно-сиротского дома его супруге — императрице Александре Федоровне [7]. Это стало правилом и сохранялось вплоть до 1917 г. Мария Федоровна была инициатором и участвовала в становлении многих новых для нашей страны видов социальной помощи и образования. Некоторые из этих форм были использованы



Прижизненный портрет императрицы Марии Федоровны

Из воспоминаний фрейлины Марии Мухановой:

«Она входила в малейшие подробности по своим заведениям и не только следила за воспитанием детей. Но и не забывала посылать им лакомства и доставлять всякие удовольствия. Один мальчик принужден был долго лежать в постели по болезни; она доставляла ему рисунки, карандаши и разные вещицы. Со всяким курьером ей доносили о состоянии его здоровья — она тогда была в Москве. При назначении почетных опекунов выбор был самый строгий: с каждым из них она переписывалась сама еженедельно, осведомляясь о воспитанниках и воспитанницах, об их поведении и здоровье, и всегда давала мудрые человеколюбивые советы... Все было придумано нежным сердцем для пользы, радости и покоя всех от нее зависящих. Это не сухое, безжизненное покровительство, но материнское попечение. Maman, maman, Mutterchen — слышалось отовсюду. Бывало за большим обедом она приказывала снимать десерт и отсылать его в какой-нибудь институт по очереди. А как просила она в своем духовном завещании опекунов помнить, первым основанием всех действий должно быть благодеяние! Особым вниманием пользовались покинутые своими матерями младенцы. Однажды отец мой, всегда ее сопровождавший при посещениях ее заведений, выразил удивление, что она так нежно целовала этих несчастных, осматривала белье на кормилицах и прочее. «Ах! — отвечала она, — все эти брошенные дети теперь мои и во мне должны находить попечение, которого они лишены» [8].

в первые десятилетия советской власти в области охраны материнства и младенчества и борьбы с массовой беспризорностью детей.

Знаменитый историк Н. М. Карамзин (1766–1826), восхищаясь ее неустанными трудами, писал: «Удивительная женщина! Может быть, потомство отдаст ей справедливость громогласнее, нежели мы, ветреные, невнимательные современники» [9].

Отдадим дань ее обширной деятельности и мы, склоним головы и повторим вслед за Василием Андреевичем Жуковским:

Благодарим! Благодарим...
Тебя за жизнь твою меж нами!
За трон твой, царскими делами
И сердцем благостным твоим
Украшенный, превознесенный...
... За благодать, с какою ты
Спешила в душный мрак больницы,
В приют страдающей вдовицы
И к колыбели сироты!

Литература

1. Попов Г. И. Мариинская больница для бедных в Санкт-Петербурге. 1803–1903. Исторический очерк / Под ред. А. А. Троянова. СПб., 1905. 146 с.

2. Ишимова А. О. История России в рассказах для детей. В 4-х частях. СПб.: Тип. Импер. Академии, 1837–1840.

3. Соллогуб В. А. Повести. Воспоминания. Л.: Художественная литература, 1988. С. 390.

4. Хилкова Е. Г. Воспоминание об императрице Марии Феодоровне // Русский архив. 1873. Кн. 2. Вып. 7. Стб. 1121–1130.

5. Ведомство учреждений Императрицы Марии (1797–1897). СПб., 1897. С. 21.

6. Кальницкая Е. Я. Блистательная благотворительница: неюбилейный аспект биографии // Вестник Герценовского университета. 2009. Вып. 10. С. 67–73.

7. Разумова Г. Н. Павловский институт благородных девиц // Шестые открытые слушания «Института Петербурга»: Ежегодная конференция по проблемам петербурговедения. 9–10 января 1997 г. / Ред. Л. К. Ермолаева, Н. В. Скворцова. Сост. Л. К. Ермолаева, И. М. Сергеева. — СПб.: Ин-т Петербурга, 1999. — С. 53–61.

8. Муханова М. С. Из записок Марии Сергеевны Мухановой // Русский архив, 1878. Кн. 1. Вып. 3. С. 299–329.

9. Рудницкая Е. Л. Русская мысль пушкинского периода // Отечественная история. 1999. № 3. С. 4.

В оформлении использованы материалы сайтов rutex.ru/rpg/portraits; artscroll.ru; museum.ru; artsait.ru

НОВОСТИ

РОСТОВ-НА-ДОНУ

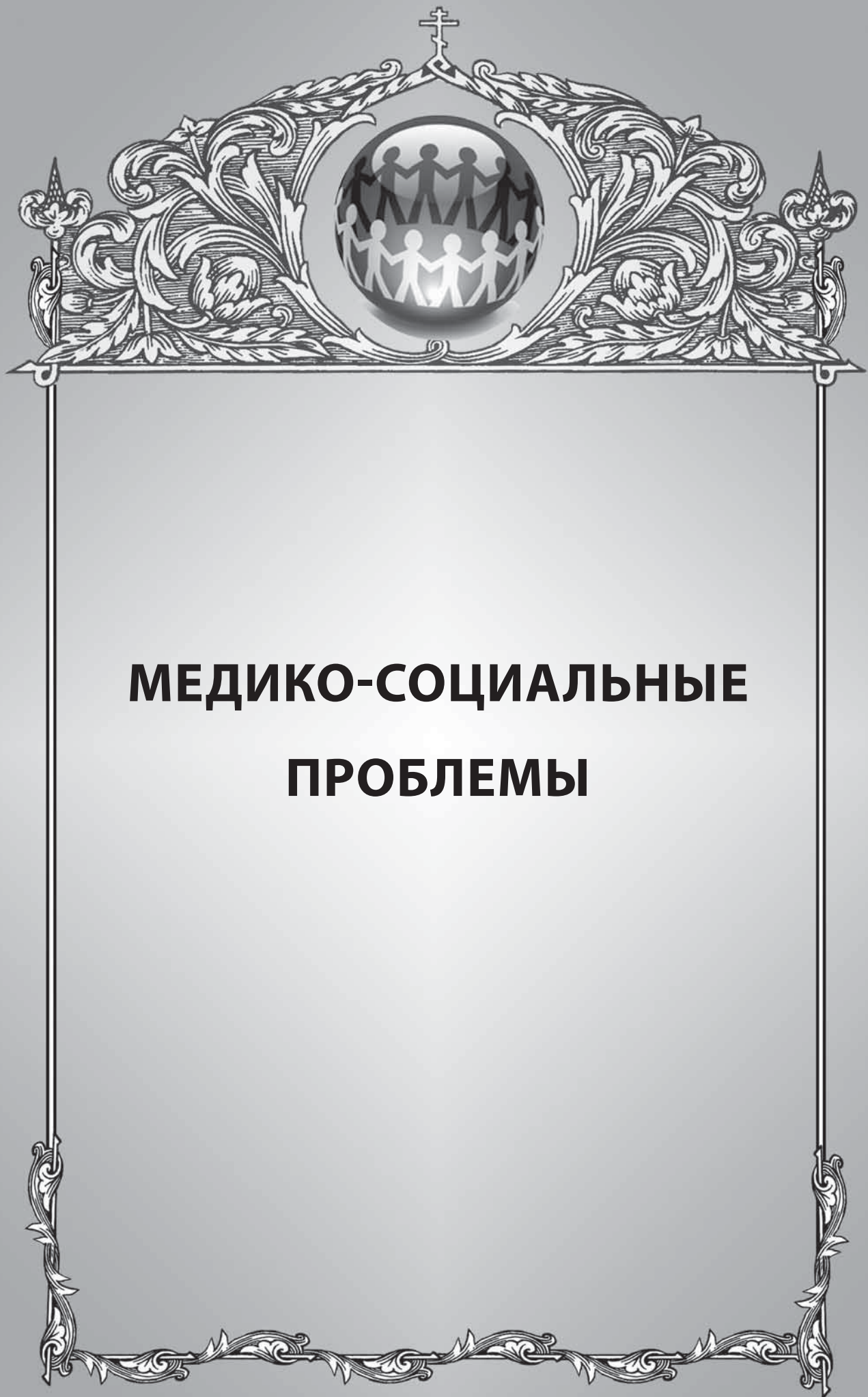
3 октября 2014 г. в Свято-Казанском храме **состоялось собрание Общества православных врачей Ростова-на-Дону**, которое провел духовник общества иерей Александр Новиков. Обсуждались проблемы организации консультативных приемов членов общества.

Иерей Александр рассказал об опыте других региональных отделений ОПВ. Чле-

ны общества поддержали предложение духовника включить в работу такое важное направление как выезды в отдаленные районы области, где нет детских врачей «узкой» специализации, для проведения благотворительных приемов-консультаций. В ближайшее время будет составлен перечень медицинских инструментов и оборудования для диагностики, имеющегося в распоряжении врачей, после чего начнется информационная и практическая подготовка первой по-

ездки. Врачи высказали уверенность в том, что епархия поддержит это начинание и будет выделен транспорт для доставки врачей и оборудования в поселки и села, где дети остро нуждаются в квалифицированном приеме специалистов.

По материалам kazanskoi.ru



**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ**



БУДУЩИЕ ПЕДИАТРЫ: СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗ ЖИЗНИ

В статье сотрудников Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета — заведующей кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики профессора Галины Львовны МИКИРТИЧАН; старшего преподавателя кандидата медицинских наук Светланы Леонидовны АКИМОВОЙ и профессора, кандидата медицинских наук Александра Зиновьевича ЛИХТШАНГОФА — рассказывается об исследовании на основе анонимного анкетирования студентов. В работе выявлен ряд проблем, связанных со здоровьем, характерных не только для будущих медиков, но и для студенческой молодежи в целом. Для их решения необходим комплекс мер медико-социального характера.



Проблема отношения к здоровью студентов-медиков

Студенческая молодежь — самостоятельная социально-демографическая группа со своими условиями и образом жизни. Нередкое снижение качества жизни, постоянная психологическая напряженность, кризис нравственных ценностей, неуверенность в своем будущем, требует от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи, высокой физической и умственной нагрузки, что возможно только при оптимальном уровне здоровья [1, 2, 3, 4]. Однако российские студенты не рассматривают свое здоровье как капитал, который нужно сохранять и приумножать, дабы в перспективе он принес свои дивиденды. Молодые люди довольно уверенно ставят здоровье на первые места в иерархии жизненных ценностей и приоритетов, но при этом, как показывают социологические исследования, они не предпринимают должных мер к сохранению и приращению этого капитала [5, 4, 6]. В то же время, неотложные молодежные проблемы решаются на государ-

ственном уровне недостаточно эффективно и последовательно. Молодежная политика не стала еще приоритетной, несмотря на имеющиеся законодательные акты и практические рекомендации науки. Недостаточно уделяется внимания со стороны федеральной и региональной власти проблемам здоровья молодежи, обучающейся в вузах [7, 8, 6].

Факторы, влияющие на формирование здоровья студентов в процессе обучения, условно можно разделить на две группы:

1) объективные факторы, непосредственно связанные с учебным процессом (продолжительность учебного дня, учебная нагрузка, обусловленная расписанием, перерывы между занятиями, состояние учебных аудиторий и т. д.);

2) субъективные факторы (режим питания, двигательная активность, организация досуга, наличие или отсутствие вредных привычек и т. д.).

Проблемы аксиологической значимости здоровья, медицинской активности, здорового образа жизни приобретают особую важность, когда речь идет о студентах-медиках, чья профессиональная деятельность в будущем связана с формированием правильного

отношения к здоровью, с профилактикой и лечением болезней.

Изучение медико-социальных характеристик студентов-педиатров

Для исследования медико-социальных характеристик (состояние здоровья, условия и образ жизни) студентов был проведен анонимный социологический опрос. Для него использовалась специально разработанная анкета. В опросе участвовали будущие врачи-педиатры — учащиеся Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, единственного в нашей стране специализированного центра подготовки таких специалистов.

Для сравнения были взяты два Санкт-Петербургских вуза технического и гуманитарного профилей: Государственный политехнический университет и Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена. Всего было опрошено 1350 студентов I, III и выпускного курсов (по 150 человек с каждого курса в каждом вузе).

Анализ данных о заболеваемости проводился по данным из «Медицинских карт студента вуза, учащегося среднего специального заведения» (ф.025-3/у), скопированным на специально разработанную статистическую карту.

На момент опроса здоровыми себя считали 45,7% респондентов; 28,1% ответили на этот вопрос отрицательно, а 26,2% не уверены в своей оценке. Юноши оценивали свое здоровье выше, чем девушки (54,0% и 41,3% «здоровых» соответственно). С половыми различиями связан, очевидно, и больший удельный вес признавших себя здоровыми студентов технического вуза; достоверных различий по курсам выявлено не было.

В зависимости от вуза в значительной степени различается среднее число перенесенных за последние 12 месяцев острых заболеваний: у студентов технического профиля оно составило 0,91 случая, у будущих педагогов — 1,31, а у медиков — 1,76 случая за год (возможно, это связано с более пристальным вниманием последних к своему здоровью). Девушки болеют чаще, чем юноши (1,61% — 0,80 случая в год).

Заболевания учащаются по мере взросления студентов:

1 курс — 0,60 случаев в год,

3 курс — 1,62 случаев в год,

5–6 курс — 1,77 случая в год.

Студенты отмечали, что у них преобладают болезни органов дыхания: ОРВИ, грипп, бронхиты, пневмонии.

Таблица 1

Удельный вес Санкт-Петербургских студентов, считающих себя здоровыми, %

Подгруппы	Считаете ли Вы себя здоровым?			Итого
	Да	Нет	Не уверены	
Мужчины	54,0	25,9	20,1	100,0
Женщины	41,3	29,1	29,6	100,0
Педиатрическая академия	43,2	30,2	26,6	100,0
Политехнический университет	51,2	23,1	25,7	100,0
Педагогический университет	42,9	31,0	26,1	100,0
I курс	48,7	27,6	23,7	100,0
III курс	50,3	24,1	25,6	100,0
Выпускной курс	42,3	31,6	26,1	100,0
Вся группа	45,7	28,1	26,2	100,0

По данным анкетирования, доля учащихся, ни разу не болевших за последние 12 месяцев составила 48,1%, причем самый высокий индекс здоровья отмечается среди будущих инженеров (61,6%), самый низкий — среди будущих врачей (32,9%). Этот показатель значительно выше у мужчин и студентов младших курсов. Столь высокий индекс здоровья говорит, вероятно, не столько о хорошем объективном состоянии здоровья, сколько о том, что студенты далеко не всегда обращают внимание на свои болезни. Такой вывод подтверждается также тем, что лишь 9,3% респондентов всегда остаются дома во время болезни, в то время как 77,2% пропускают занятия только при «сильном», по их мнению, заболевании, а 13,5% не остаются дома даже и в этом случае. 57,2% опрошенных приходят на зачет или экзамен даже при сильном забо-

левании и только 3,2% пропускают эти важные мероприятия при любой болезни.

При этом почти половина студентов (48,7%) полагает, что обучение в вузе негативно влияет на их здоровье, и только четверть (28,3%) с этим не согласны. Чаще негативное влияние обучения на здоровье отмечают студенты выпускного курса, женщины, студенты педагогического и медицинского профиля. Чаще всего респонденты всех возрастных, половых и профессиональных групп в качестве причин ухудшения их здоровья в процессе обучения в вузе называли неправильный режим дня (64,0%), а также нерегулярное или некачественное питание (61,0%); затем следовали повышенная умственная нагрузка (25,2%), необходимость совмещать учебу с работой (17,3%) и плохие условия проживания (11,9%).

Таблица 2

Удельный вес Санкт-Петербургских студентов, отмечающих негативное влияние обучения в вузе на их здоровье, %

Подгруппы	Отмечают негативное влияние			Итого
	Да	Нет	Не уверены	
Мужчины	35,9	38,9	25,2	100,0
Женщины	57,4	20,1	22,5	100,0
Педиатрическая академия	52,6	24,1	23,3	100,0
Политехнический университет	43,1	32,6	24,3	100,0
Педагогический университет	53,6	23,1	23,3	100,0
I курс	40,1	39,2	20,7	100,0
III курс	45,2	27,9	26,9	100,0
Выпускной курс	56,3	17,5	26,2	100,0
Вся группа	48,7	28,3	23,0	100,0

Обращает на себя внимание тот факт, что лишь 10,3% студентов (мужчины в 3 раза чаще женщин) активно занимаются физической культурой; 54,1% занимаются физкультурой нерегулярно; 33,7% отметили, что занимались спортом в прошлом, но сейчас бросили занятия; всего 11,0% делают утреннюю гимнастику или пробежки; 13,5% посещают какую-либо спортивную секцию; 5,6% участвуют в спортивных мероприятиях.

Более половины опрошенных (51,6%) отмечают у себя понижение остроты зрения и еще 11,4% в этом «не уверены», причем 38,4% (+18,6% неуверенных) считают, что зрение ухудшилось за время обучения в вузе. Этот показатель, естественно растет от младших курсов к старшим и наиболее высок у студентов гуманитарного профиля.

18,3% респондентов состоят на диспансерном учете у одного или нескольких врачей узкой специальности. Из каждых 100 опрошенных 24,8 страдают хронической патологией органов зрения, 18,2 — ЛОР-органов, 14,6 — пищеварительной системы, 7,7 — мочеполовой системы, 7,1 — органов дыхания, 6,5 — кожи и подкожной клетчатки, 5,9 — костно-мышечной системы, 4,8 — эндокринной системы, 9,8 — других органов и систем.

Всего, судя по результатам анкетирования, среднее число хронических заболеваний на одного студента I курса составляет 0,72, 3 курса — 0,95, выпускного курса — 1,04 заболевания. Этот показатель ниже у мужчин по сравнению с женщинами (0,73 против 0,99 заболеваний) и у студентов технического профиля по сравнению с гуманитариями и медиками (0,71 против 0,91 и 1,08 соответственно).

Диагноз туберкулеза легких ставился 2,0% респондентов; вираж туберкулиновых проб отмечен у 9,6% студентов; лечение противотуберкулезными препаратами получали 7,1% студентов.

Постоянно или часто отмечают у себя метеочувствительность — 50,7% опрошенных, сонливость 48,9%, хроническую усталость — 40,4%, нарушения менструальной функции — 40,3% (женщин), систолическое артериальное давление ниже 110 мм — 37,1%, выше 140 мм — 16,8%, дурное настроение — 28,3%, раздражительность — 26,8%, сниженную работоспособность — 25,9%, аллергию на пищевые продукты — 22,2%, снижение концентрации гемоглобина — 20,2%, аллергию на пыльцу, мех, пыль и т. п. — 18,4%, аллергию на лекарства — 18,4%, ускоренное семяизвержение — 18,2% (мужчин), головные боли — 16,6%, учащенное мочеиспускание — 13,2%, бессонницу — 12,5%, хронический насморк — 12,4%, варикозное расширение вен — 12,3%, боли в животе — 10,5%, одыш-

Таблица 3

Удельный вес Санкт-Петербургских студентов, постоянно или часто отмечающих у себя патологические явления, %

Симптомы и синдромы	Мужчины	Женщины	Оба пола
Метеочувствительность	41,2	55,3	50,7
Сонливость	58,6	42,3	48,9
Хроническая усталость	46,3	37,0	40,4
Нарушения менструальной функции (женщины)	–	40,3	40,3
Систолическое артериальное давление ниже 110 мм	31,3	40,3	37,1
Систолическое артериальное давление выше 140 мм	26,3	11,0	16,8
Дурное настроение	30,2	27,6	28,3
Раздражительность	36,3	22,7	26,8
Сниженная работоспособность	31,2	21,9	25,9
Аллергия на пищевые продукты	18,9	23,3	22,2
Аллергия на лекарственные препараты	21,3	16,5	18,4
Аллергия на пыльцу, мех, пыль и т.п.	22,0	15,9	18,4
Снижение концентрации гемоглобина	9,7	26,4	20,2
Ускоренное семяизвержение (мужчины)	18,2	–	18,2
Головные боли	6,9	23,8	16,6
Учащенное мочеиспускание	3,5	17,3	13,2
Хронический насморк	18,6	8,5	12,4
Бессонница	15,0	10,2	12,5
Варикозное расширение вен	2,1	17,0	12,3
Боли в животе	7,6	13,0	10,5
Одышка без или при малой физической нагрузке	4,1	12,0	9,6

ка без или при малой физической нагрузке — 9,6% и другие симптомы.

Несколько иные данные были получены при изучении первичной медицинской документации. Как показал проведенный анализ, первичная заболеваемость студентов по данным обращаемости составила 464,4‰. Заболеваемость девушек значительно выше заболеваемости юношей — 510,3‰ против 392,8‰. Самый высокий уровень заболеваемости установлен на I курсе — 875,6‰, самый низкий — при окончании обучения (211,1‰). Такая динамика позволяет предположить, что снижение заболеваемости в первую очередь связано со снижением обращаемости и во многом зависит от субъективных причин. Очевидно, на старших курсах студенты реже нуждаются в освобождении от занятий, чаще переносят заболевания «на ногах», при заболеваниях чаще обращаются в поликлинику по месту жительства.

Таблица 4

Первичная заболеваемость Санкт-Петербургских студентов по данным обращаемости

Подгруппы	Заболеваемость, на 1000
Мужчины	392,8
Женщины	510,3
Педиатрическая академия	375,6
Политехнический университет	502,3
Педагогический университет	615,6
I курс	875,6
III курс	472,0
Выпускной курс	211,1
Вся группа	464,4

Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости был зарегистрирован в РГПУ (615,6‰), самый низкий — в СПбГПМА (375,6‰). В структуре заболеваемости почти 3/4 (72,2%) занимают болезни органов

дыхания. Остальные классы заболеваний занимают значительно меньший удельный вес: второе место (3,7%) — болезни мочеполовой системы, третье место (3,3%) — инфекционные и паразитарные заболевания, четвертое-пятое места (по 2,9%) — психические расстройства и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Такая структура первичной заболеваемости подтверждает предположение о том, что к врачам узких специальностей (окулист, оториноларинголог, невропатолог и т. д.) студенты обращаются сразу в поликлинику по месту жительства, либо в студенческую поликлинику, а в здравпункты обращаются, в основном, лишь с заболеваниями органов дыхания.

Уровень накопленной заболеваемости был значительно выше и составил 1885,9‰ (у юношей — 1740,0‰, у девушек — 1979,3‰). Как и первичная заболеваемость, накопленная заболеваемость по мере обучения снижается с 2331,1‰ до 1655,6‰. Первые три места в структуре накопленной заболеваемости занимают: болезни органов дыхания (30,6%), болезни глаза и его придаточного аппарата (26,0%) и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (13,9%).

Две трети опрошенных считают, что врач в силу своих знаний обладает большими возможностями для сохранения своего здоровья и должен служить образцом здорового образа жизни. Однако только 40,2% респондентов (как медиков, так и из технических вузов) определили свой образ жизни как здоровый. Почти 80% опрошенных выразили желание изменить свой настоящий образ жизни на более здоровый. Среди факторов, препятствующих этому, на первом месте студенты называют недостаток времени, затем недостаток денег и наконец невозможность соблюдать правильный режим дня. Среди других причин называли слабую волю, отсутствие возможностей для занятий физкультурой, необходимость совмещать учебу с работой, плохие условия проживания, высокая умственная нагрузка, дурной пример окружающих.

Питание является важнейшей составляющей образа жизни человека. Однако лишь 19,7% респондентов считают свое питание в целом рациональным. Абсолютное большинство (88,6%) опрошенных хотели бы изме-

нить свое питание, сделать его более здоровым. В качестве причин, мешающих питаться рационально, назывались: недостаток денег (65,1%), невозможность выдерживать правильный режим питания (51,8%), недостаток времени (48,6%), слабая воля (10,8%), дурной пример окружающих (7,6%) и незнание правил рационального питания (6,2%).

«Строго» или «как правило» соблюдают режим питания в будние дни 10,3%, по выходным — 39,2% опрошенных. При этом регулярно в одно и то же время завтракают 56,2%, обедают 10,2%, а ужинают 28,9% студентов. Ответы на вопрос «Сколько раз в день Вы обычно принимаете пищу?» распределились следующим образом: 1 раз — 1,1%, 2 раза — 25,2%, 3 раза — 48,5%, более 3 раз — 25,2%. У 5,2% респондентов наиболее весом утренний прием пищи, у 28,5% — дневной, у 54,6% — вечерний, у остальных пищевая нагрузка распределяется в течение дня равномерно. Более половины студентов (10,0% — всегда и 45,3% — часто) регулярно едят за 1,5 часа и менее до сна (чаще студенты-медики и мужчины). Полноценный завтрак утром получают 29,4% респондентов. Только 6,0% студентов обедают в столовой, тогда как 20,4% обходятся кофе или чаем с булочкой, 3,2% — гамбургером, шавермой или другими видами «фаст фуд», 25,4% берут с собой бутерброды, а 45,0% вообще не едят до возвращения домой, т.е. до 19–20 часов.

Мясо и мясопродукты регулярно (ежедневно или несколько раз в неделю) употребляют 76,7% опрошенных (вегетарианцами, да и то нестрогими, признали себя 5,4%, а религиозные посты стараются соблюдать 4,9%), молоко и молокопродукты — 76,6%, овощные блюда — 77,0%, рыбу и рыбные продукты — 28,5%, яйца — 61,9%, фрукты — 59,9%, булочки, печенье, пряники, торты и т. п. — 77,0%, макароны и макаронные изделия — 63,4%, каши — 45,4%, «фаст фуд» — 11,7% респондентов. Принципов раздельного питания, пропагандируемых сегодня некоторыми диетологами, придерживаются 11,1% опрошенных (чаще мужчины и младшекурсники); разгрузочные дни себе регулярно устраивают 3,0%, а голодают 2,6% респондентов («иногда» — 34,2% и 23,4% соответственно). 29,2% употребляют регулярно

или иногда оздоровительные пищевые добавки, а 10,1% — проросшие зерна (чаще студенты-медики и женщины). 40,2% респондентов любят острую, а 22,1% — особенно соленую пищу.

Важным аспектом питания является сегодня качество питьевой воды. Из опрошенных нами студентов 14,3% употребляют сырую водопроводную, а 89,2% — кипяченую воду; 38,1% пользуются фильтрами, 22,1% используют для питья и приготовления пищи бутилированную, 7,3% — дистиллированную, а 1,4% — талую воду.

Многочисленными отечественными и зарубежными исследованиями доказано негативное влияние вредных привычек (курения, употребления алкоголя и наркотических препаратов) на здоровье человека, его профессиональную деятельность, результаты обучения. Анализ результатов опроса показал, что

курят в настоящее время 39,5% опрошенных (35,6% женщин и 46,8% мужчин), причем медики несколько реже, а гуманитарии — чаще. 17,5% респондентов курят ежедневно, а 4,2% выкуривают более пачки сигарет в день. Среди студентов выпускного курса курящих больше (44,3%), чем среди первокурсников (33,0%). Почти половина курильщиков хотела бы расстаться с этой привычкой; среди медиков этот показатель выше, от пола и возраста не зависит. 28,1% опрошенных начали курить до поступления в вуз, остальные курящие — после. Среди причин начала курения чаще всего назывались стрессовая ситуация (41,4%), пример или побуждение со стороны друзей, подруг (32,7%), интерес к курению (23,5%), ощущение взрослости (16,4%), другие причины (22,1%). Первые две причины чаще назывались женщинами, «ощущение взрослости» — мужчинами. 31,1% (чаще жен-

Таблица 5

Характер питания Санкт-Петербургских студентов, %

Параметры	Удельный вес
«Строго» или «как правило» соблюдают режим питания в будние дни	10,3
«Строго» или «как правило» соблюдают режим питания по выходным дням	39,2
Регулярно в одно и то же время завтракают	56,2
Регулярно в одно и то же время обедают	10,2
Регулярно в одно и то же время ужинают	28,9
Обычно принимают пищу 3 и более раз в день	73,7
Наиболее весом вечерний прием пищи	54,6
Регулярно едят за 1,5 часа и менее до сна	55,3
Получают полноценный завтрак утром	29,4
Днем обедают в столовой	6,0
Регулярно употребляют мясо и мясопродукты	76,7
Регулярно употребляют молоко и молокопродукты	76,6
Регулярно употребляют овощные блюда	77,0
Регулярно употребляют рыбу и рыбные продукты	28,5
Регулярно употребляют яйца	61,9
Регулярно употребляют фрукты	59,9
Регулярно употребляют сладкие мучные изделия	77,0
Регулярно употребляют макароны и макаронные изделия	63,4
Регулярно употребляют каши	45,4
Регулярно употребляют «фаст фуд»	11,7
Употребляют регулярно или иногда оздоровительные пищевые добавки	29,2
Любят острую пищу	40,2
Любят соленую пищу	22,1

щины) не смогли указать причину начала курения.

Таблица 6

Распределение Санкт-Петербургских студентов по наличию у их привычки к табакокурению, %

Подгруппы	Удельный вес курящих
Мужчины	46,8
Женщины	35,6
Педиатрическая академия	34,1
Политехнический университет	38,6
Педагогический университет	45,2
I курс	33,0
III курс	39,1
Выпускной курс	44,3
Вся группа	39,5

Лишь 2,7% респондентов полностью воздерживаются от употребления алкоголя. В то же время, половина студентов употребляет алкоголь регулярно: 41,0% — несколько раз в месяц, 7,7% — несколько раз в неделю, а 0,9% — ежедневно. Частота употребления алкоголя несколько ниже среди женщин, медиков, а также студентов I курса.

Особую тревогу вызывает тот факт, что каждый пятый-шестой студент (17,6%) признался в употреблении наркотических препаратов в немедицинских целях. При этом 4,8% принимали наркотик однократно, 7,8% — несколько раз в жизни, 4,2% — принимают «редко», а 0,8% «регулярно». Среди мужчин доля пробовавших наркотики значительно выше, чем среди женщин (28,7% и 11,7% соответственно). От курса этот показатель практически не зависит; среди студентов гуманитарного (20,4%) и технического (19,6%) он выше, чем среди будущих врачей (12,7%).

«Сапожник без сапог»

Состояние здоровья студентов находится на весьма низком уровне и ухудшается во время обучения. Низко оценивают состояние своего здоровья все учащиеся вузов и особенно девушки, в то же время все они недостаточно внимательны к собственному здоровью. Многие полагают, что обучение в высшей школе негативно влияет на здоровье, прежде всего за счет неправильного образа

жизни и нерегулярного питания. Серьезную медицинскую и общественную проблему представляет высокая распространенность курения, употребления алкоголя и наркотических препаратов среди студентов. При этом состояние здоровья и образ жизни будущих педиатров не отличается по большинству параметров от студентов немедицинского профиля — классическая ситуация «сапожник без сапог».

Выполнение основных требований здорового образа жизни зависит исключительно от самого человека. Проблема здорового образа жизни студентов, получающих высшее медицинское образование по специальности «педиатрия», стоит достаточно остро. Совершенствование подготовки высококвалифицированных кадров тесно связано с укреплением и охраной здоровья, а также повышением работоспособности студентов. Требуется реализация комплекса мер медико-социального характера, направленных на улучшение состояния здоровья студенческой молодежи. Представляется целесообразным создание целевой программы, направленной на укрепление здоровья студентов и формирование здорового образа жизни, которая может рассматриваться как часть общей системы учебно-воспитательной работы в вузе. Для успешной реализации такой программы необходимо взаимодействие администрации со студенческими общественными организациями.

Литература

1. Круглякова И. П. Медико-социальное обоснование организационной системы сохранения и восстановления здоровья студентов в современных условиях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Уфа, 2000. 26 с.
2. Лихтшангоф А. З. Субъективная оценка своего здоровья и образа жизни студентами Санкт-Петербурга // Биоэтика в вузе: Биологическое (соматическое), социальное, психическое и духовное здоровье студента и преподавателя вуза: Материалы межвузовской конференции. Красноярск, 2001. С. 75–77.
3. Лихтшангоф А. З., Акимова С. Л. Состояние здоровья Санкт-Петербургских студентов и причины его ухудшения: дан-

ные социологического опроса // Молодежь и семья — проблемы и перспективы развития: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. СПб., 2005. С. 184–186.

4. Мигура Т. М. Медико-социальное исследование состояния здоровья, условий и образа жизни современных студентов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2000. 17 с.

5. Ляхович А. В., Маркова А. И. Показатели заболеваемости студентов как критерии гигиенического воспитания // Материалы Первой Всероссийской научной конференции «Образ жизни и здоровье студентов». М., 1995. С. 153–156.

6. Ушакова Я. В. Здоровье студентов и факторы его формирования // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. 2007. № 4. С. 197–202.

7. Акимова С. Л., Лихтмангоф А. З. К вопросу о распространенности вредных привычек среди студентов Санкт-Петербурга // Современные проблемы социальной педиатрии и организации здравоохранения: Сборник научных трудов. СПб., 2006. С. 311–312.

8. Лучкевич В. С., Костючек Д. Ф., Бережной А. Н. Особенности репродуктивной функции и образа жизни студенческой семьи // Тез. междунар. науч.-практ. конф. «Здоровье студентов». М., 1999. С. 144–145.

НОВОСТИ

АРХАНГЕЛЬСК

26 ноября 2014 г. в Архангельске в Северном государственном медицинском университете прошла видеоконференция в рамках проекта «Школа материнской любви».

«Школа материнской любви» — это социально-ориентированный проект, цель которого просвещение медицинского персонала родовспомогательных учреждений по вопросам духовно-нравственного воспитания и образования беременных и молодежи.

Проект призван подготовить медицинский персонал женских консультаций, кабинетов профилактики к методам и приемам организации так называемых «школ материнской любви» на местах. В задачи «школ» входит организация работы с беременными, профилактическая работа с учащимися по вопросам семейных ценностей, сохранения жизни нерожденных детей, подготовка медицинского персонала родовспомогательных учреждений к формированию у пациенток и их супругов, родственников ценности человеческой жизни с момента зачатия через пробуждение материнской и отцовской любви к ребенку, осознание наличия внутриутробного воспитания, ориентацию на счастливые роды, когда мама и папа с радостью встречают беременность, что помогает более успешному протеканию родов и ожиданию появления на свет младенца.

Авторы проекта — доцент кафедры психиатрии и клинической психологии СГМУ **Е. Г. Шукина**, координатор проекта «Школа материнской любви» **Т. С. Рихтер**, а также

Сестричество во имя святой царственной мученицы Александры Феодоровны.

«Существует большая потребность в создании подобных школ, — подчеркнула Е. Г. Шукина. — Если бы в наших семьях была гармония: муж и жена, любящие, уважающие и ответственные друг перед другом, мать и отец, с радостью думающие о детях, дети, благодарные родителям и почитающие их, наверное, эта школа существовала бы в семье. Старшие передавали бы опыт и знания, младшие бы перенимали. Однако жизнь, как и история в целом, не принимает сослагательного наклонения. И сегодня мы имеем много распадающихся семей, огромное количество страдающих детей, множество несчастных родителей. Значит, школа нужна, раз материнство под угрозой, и матери не справляются со своей, природой данной ролью. К сожалению, материнский инстинкт сегодня не всегда срабатывает».

Как рассказала Е. Г. Шукина, проект «Школы материнской любви» был представлен в министерстве по местному самоуправлению и внутренней политике Архангельской области, где его одобрили и присудили грант на реализацию.

Проект включает проведение он-лайн лекций, ответы на вопросы по электронной почте после посещения он-лайн лекций, тренинги для персонала, семинары, участие в конференции, посвященной Иконе Божией Матери Млекопитательница в январе 2015 г.

По окончании проекта планируется открыть три Школы материнской любви, сформировать 3 библиотеки в помощь медперсоналу для работы с женщинами и их семьями по во-

просам ценности человеческой жизни, выпустить печатную продукцию профилактической направленности.

Первая он-лайн лекция состоялась на базе СГМУ 26 ноября. Участниками ее стали сотрудники Новодвинской центральной городской больницы, Коряжемской городской больницы, перинатального центра Котласской центральной городской больницы им. свт. Луки (В. Ф. Войно-Ясенецкого).

С сообщением о взаимодействии священников и врачей, имеющем общую цель — сохранение беременности и рождение детей — к слушателям обратился председатель приходского совета храма Сретения Господня с Заостровье, многодетный отец, иерей Димитрий Костюченко. «Зарождение человека — это Божий дар, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей личности преступно. Помимо этого, аборт наносит серьезную угрозу физическому и душевному здоровью матери. Важно, чтобы семья, понимала это, — подчеркнул отец Димитрий. — Церковь всегда готова помочь будущей матери делами. Так, при Успенском храме Архангельска есть центр, где помогают беременным женщинам, попавшим в трудную ситуацию». Священник призвал медицинских работников сотрудничать с епархиальными отделами социального служения.

С приветственным словом выступила главная сестра Сестричества во имя святой царственной мученицы Александры Феодоровны М. П. Некрасова. С лекцией выступила Е. Г. Шукина.

По материалам www.nsmu.ru

ИЗУЧЕНИЕ АДАПТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У СТУДЕНТОВ ИЗ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ МИРА. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЦНС И ОРГАНОВ ЖКТ

Усиление миграционных процессов в современном мире вызывает необходимость изучения особенностей процесса адаптации студентов, приезжающих в Россию из разных стран. В статье сотрудников Российского университета дружбы народов Людмилы Георгиевны ТОКАРЕВОЙ; доктора биологических наук, профессора, заведующего кафедрой нормальной физиологии Владимира Ивановича ТОРШИНА; доцента, кандидата медицинских наук Николая Владимировича СТУРОВА; профессора, заведующего кафедрой общей врачебной практики Владимира Ивановича КУЗНЕЦОВА; кандидата медицинских наук Татьяны Владимировны ЛЯПУНОВОЙ приводятся результаты изучения процесса адаптации иностранных студентов к условиям средней полосы России, выделяются факторы риска развития клинической патологии в отсутствии должной профилактики.



К настоящему времени необходимость изучения процесса адаптации студентов к условиям обучения в вузе не вызывает сомнений. Россия успешно интегрируется в международный рынок образовательных услуг. Возрастает число студентов, прибывающих на длительное обучение в РФ из разных стран. Условия Средней полосы России значительно отличаются по своим климатогеографическим особенностям от большинства других регионов мира. Климат Средней полосы характеризуется значительными колебаниями погодных условий в зависимости от сезона года, что усложняет адаптацию [1, 2].

Смена питания и микробного окружения, новые виды нагрузок, обусловленные вовлечением студентов в образовательный процесс, воздействие новых климатических и социальных факторов переводят организм на новый уровень взаимодействия с окружающей средой, активируют приспособительные реакции; это является фундаментальной

основой запуска адаптации как физиологического процесса [3].

Процесс адаптации является многоступенчатым и длительным. Адаптационные механизмы находятся в состоянии напряжения на протяжении всего периода пребывания в новых условиях, которое может продолжаться пять и более лет. Перестройка центральной нейрогуморальной регуляции в процессе адаптации ведет к изменениям в работе всех органов и систем, что обуславливает необходимость постоянного терапевтического наблюдения данной категории пациентов [4, 5].

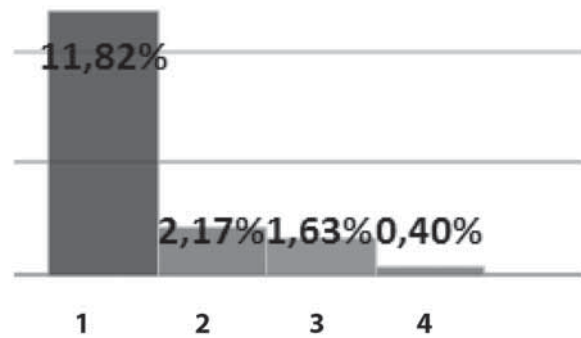
В настоящее время интерес представляет изучение физиологии адаптации с использованием клинических методов, которые могут лечь в основу профилактики срыва адаптации и развития клинической патологии. Описание исследования В настоящей работе представлены особенности течения адаптации студентов из разных регионов мира к условиям пребывания в Средней полосе России. Исследование проводилось на базе ам-

булаторного и стационарного подразделений городской поликлиники № 25 Департамента здравоохранения г. Москвы в течение пяти лет. Всего в исследование было включено 3133 пациента (табл. 1), из них студентов из Европейской части России — 1549, из стран Латинской Америки — 329, из стран Африки — 617, из стран Юго-Восточной Азии — 638 человека; средний возраст составил 18–25 лет.

В ходе исследования были выделены студенты ($n = 232$), относящиеся к группе риска развития функциональных нарушений в работе сердечно-сосудистой системы (высокое нормальное артериальное давление, лабильное артериальное давление, пролапс митрального клапана, начальные проявления соматоформной дисфункции нервной системы), у которых в динамике изучили характер изменений кровотока по магистральным артериям головы и шеи методом ультразвуковой доплерографии.

Для оценки характера функциональных изменений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) путем анкетирования была выделена группа студентов с повышенным риском развития патологии ЖКТ ($n = 233$). Для оценки

состояния опорно-двигательного аппарата использовалась рентгенография шейного отдела позвоночника, магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография. Выявление антител к *H. pylori* в сыворотке крови пациентов проводилось с помощью метода непрямого иммуноферментного анализа (ИФА).



1 — Латинская Америка; 2 — Азия; 3 — Африка; 4 — РФ

Рис. 1. Уровень госпитализаций по поводу острых и хронических заболеваний у иностранных студентов в период обучения (5 лет и более)

При анализе уровня и характера заболеваемости оказалось, что у иностранных студентов, вне зависимости от изначальной

Таблица 1

Общая характеристика студентов, включенных в исследование

Климатогеографическая принадлежность	Количество человек	Средний возраст	Общая заболеваемость	
			Здоровые, n	Больные, n (%)
Страны Африки южнее Сахары	617	21,15 ± 0,06	374	243 (39,38)
Страны Юго-Восточной Азии	638		187	451 (70,69)
Страны Латинской Америки	329		221	108 (32,84)
РФ	1549	18,56 ± 0,4	345	1204 (77,73)

Таблица 2

Выявленные заболевания при первичном комплексном осмотре (по группам), %

Регион происхождения	Болезни органа зрения	Болезни органов дыхания	ИПЗ	ОДА	ЖКТ
Латинская Америка	25,53	0	0,60	0,61	0,91
Африка (южнее Сахары)	21,39	6,81	6,97	0,49	0,32
Страны Юго-Восточной Азии	54,86	4,39	4,86	1,25	0,63
РФ	27,05	7,04	0	20,27	8,13

Примечание: ИПЗ — инфекционные и паразитарные заболевания, ОДА — заболевания опорно-двигательного аппарата, ЖКТ — заболевания желудочно-кишечного тракта.

Характер сопутствующих заболеваний у студентов с ранними проявлениями сосудистой патологии

Группа заболеваний	Число студентов с нарушениями кровотока по МАГ	Доля пациентов, у которых достигнута нормализация кровотока по МАГ после лечения, %
Опорно-двигательный аппарат	31	62
Заболевания сердца (преимущественно пролапс митрального клапана)	15	35
Ранние признаки астенического синдрома	13	70

Примечание: МАГ — магистральные артерии головы и шеи.

климатогеографической зоны проживания, наблюдается высокий уровень патологии органа зрения, инфекционные и паразитарные инвазии, а также болезни органов дыхания ($p < 0,05$). Болезни органов дыхания наиболее часто наблюдались у студентов из стран Африки (см. табл. 2). Напротив, у студентов из РФ достоверно чаще наблюдаются заболевания опорно-двигательного аппарата (20,27 %, $p < 0,05$).

Наибольшая заболеваемость студентов наблюдалась на факультетах с самым большим объемом аудиторных часов, причем наибольших значений показатели общей заболеваемости достигали к 4-му году обучения ($p < 0,05$) с дальнейшей стабилизацией этих показателей.

Наиболее высокий уровень госпитализаций в период адаптации по поводу острых и обострения хронических заболеваний наблюдался у студентов из стран Латинской Америки (11,82 %). У студентов, прибывших на обучение из других климатогеографических регионов, этот показатель был достоверно ниже ($p < 0,05$, см. рис. 1). Таким образом, студентов из Латинской Америки можно отнести в группу риска по нарушению адаптации и последующему развитию патологического процесса, что делает целесообразным выделение их в категорию особого диспансерного наблюдения.

У прибывших из стран Юго-Восточной Азии наиболее высокий уровень госпитализаций наблюдается на четвертом году обучения ($p < 0,05$) с преобладанием болезней органов ЖКТ — 40,74 %. Болезни органов ды-

хания как причина госпитализации встречаются одинаково часто в течение всех лет обучения (среднее значение — $18,5 \pm 2,5$ %).

У студентов из стран Латинской Америки пик госпитализаций наблюдался на третьем году обучения ($p < 0,05$) с преобладанием заболеваний нервной системы (преимущественно нейроциркуляторная дистония различных типов, астеноневротические состояния) — 76,47 %.

У студентов из африканских стран наибольший уровень госпитализаций наблюдался на первом году обучения ($p < 0,05$). В качестве причин госпитализации наиболее часто выступали заболевания органов дыхания (25,76 %) с преобладанием острых инфекций верхних дыхательных путей.

С целью клинической оценки процесса адаптации у студентов с начальными признаками церебральной сосудистой патологии ($n = 70$) было проведено исследование кровотока по магистральным артериям головы и шеи методом ультразвуковой доплерографии. В результате было показано, что систолическая скорость отклоняется от нормы в равной степени у всех обследованных студентов, независимо от климатогеографического региона происхождения. Изменение систолической скорости кровотока чаще наблюдалось у лиц с сопутствующей патологией опорно-двигательного аппарата (см. табл. 3).

Нарушение питания и функциональные изменения органов пищеварения ведут к снижению сопротивляемости, а следовательно, и к нарушению процесса адаптации. При проведении анкетирования на наличие

предрасполагающих факторов и симптомов патологии ЖКТ, признаки нарушений в работе органов пищеварения были выявлены у 86,27 % студентов. Таким образом, значительная часть учащихся находится в группе риска нарушения адаптации.

При определении уровня антител к *H. pylori* в сыворотке крови пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении по хронической патологии ЖКТ ($n = 113$, рис. 2), было показано, что у иностранных студентов с установленной ранее и адекватно леченной патологией верхних отделов ЖКТ (в том числе с применением эрадикации), наблюдается тенденция к повторному развитию хеликобактер-ассоциированных гастродуоденитов, причем этот процесс выражен начиная со второго года обучения. Следует отметить, что антитела классов IgG и IgA (их одновременное присутствие в диагностическом титре свидетельствует об острой стадии инфекционного процесса) достоверно чаще встречались у латиноамериканских студентов, а наиболее редко — у студентов из стран Африки ($p < 0,05$). У студентов из РФ повторного инфицирования *H. Pylori* после эрадикации отмечено не было.

Примечание: наличие IgG к H. Pylori свидетельствует о перенесенной инфекции, а одновременное наличие IgA и IgG — об острой стадии инфекционного процесса.

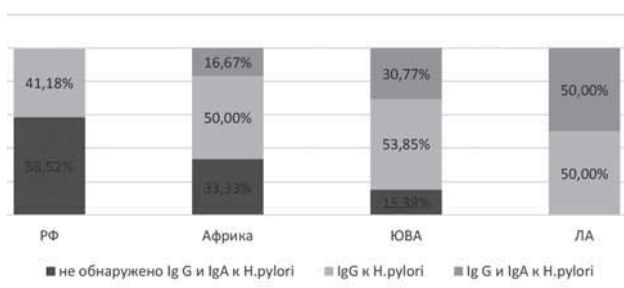


Рис. 2. Частота выявления антител к *H. Pylori* у студентов, состоящих на диспансерном учете по поводу патологии верхних отделов ЖКТ

Заключение

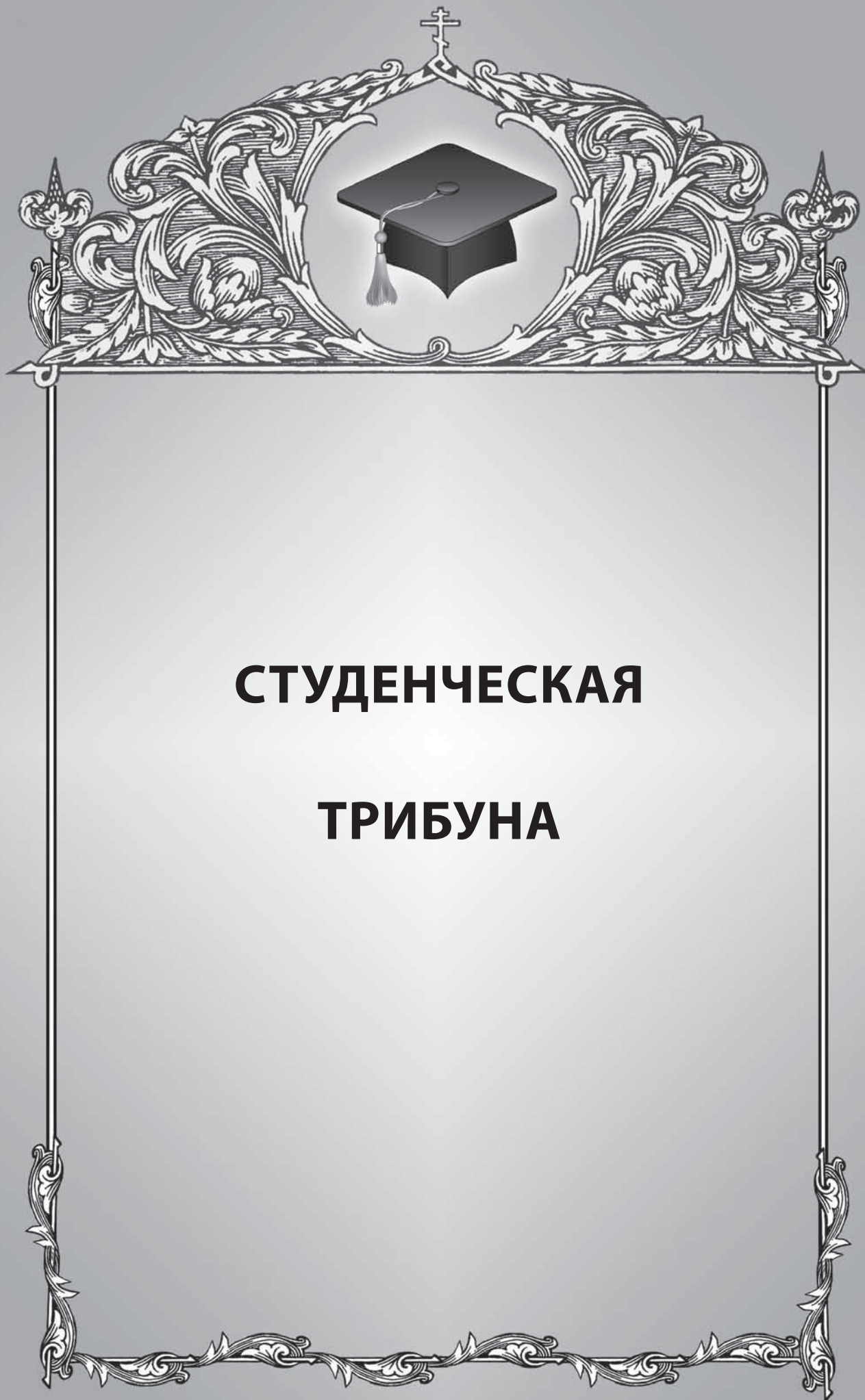
По результатам работы было установлено, что в структуре заболеваемости иностранных студентов, вне зависимости от климатогеографического региона происхож-

дения, преобладают офтальмологическая патология, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания. Было показано, что наибольшая частота выраженных нарушений процесса адаптации, ведущих к формированию неотложной клинической патологии, наблюдается у иностранных студентов, прибывших на обучение из стран Латинской Америки. Установлено, что ранние функциональные изменения сердечно-сосудистой системы у иностранных студентов в процессе адаптации чаще наблюдаются при сопутствующей патологии опорно-двигательного аппарата. У иностранных студентов в процессе адаптации, несмотря на адекватную терапию, наблюдается тенденция к повторному развитию хеликобактер-ассоциированных заболеваний верхних отделов ЖКТ. В исследовании была подтверждена необходимость учета климатогеографического региона происхождения при организации амбулаторно-поликлинической помощи.

Литература

1. Агаджанян Н. А., Нотова С. В. Стресс, физиологические и экологические аспекты адаптации, пути коррекции. Оренбург: ИПК ГОУ ОГУ, 2009. 274 с.
2. Агаджанян Н. А., Торшин В. И., Северин А. Е. и соавт. Резервы организма и здоровье студентов из различных климатогеографических регионов // Вестник РУДН (серия «Медицина»). 2007. № 2 (34). С. 37–41.
3. Меерсон Ф. З., Малышев И. Ю. Феномен адаптационной стабилизации структур и защита сердца. М.: Наука, 1993. 160 с.
4. Ветчинкина К. Т. Исследование физиологических особенностей процесса адаптации студентов из стран Азии, Африки и Латинской Америки в условиях Москвы: Автореф. дисс... канд. биол. наук. М., 1980. 22 с.
5. Судаков К. В. Итоги и перспективы развития теории функциональных систем // Вестник РАМН. 2009. № 8. С. 3–11.

Материал предоставлен журналом «Земский врач» № 1 (22) 2014 г.



**СТУДЕНЧЕСКАЯ
Трибуна**



СЕКЦИЯ по БОРЬБЕ с ТУБЕРКУЛЕЗом
ЧЛЕНЪ ВСЕРОССИЙСКОЙ ЛИГИ

ЖЕРТВАМЪ ВОЙНЫ- ТУБЕРКУЛЕЗНЫМЪ И ИХЪ СЕМЬЯМЪ ПОМОГИТЕ 20 АПРѢЛЯ ВЪ ДЕНЬ БѢЛОЙ РОМАШКИ

ВОЙНА ЧРЕЗВЫЧАЙНО УВЕЛИЧИВАЕТЪ ЧИСЛО ЖЕРТВЪ ТУБЕРКУЛЕЗА.
ПОМИМО ВЫПОЛНЕНІЯ ОБЫЧНЫХЪ ЗАДАЧЪ СЕКЦІА ОТВѢЛА БОЛЬШЕ ВО КРОВАТЯХЪ ВЪ САНАТОРІИ НА ПОСНОМЪ ОСТРОВѢ И 130 КРОВАТЯХЪ ВЪ ДРУГИХЪ СВОИХЪ УЧРЕЖДЕНІЯХЪ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМЪ, КОСТНЫМЪ РА-
НЕННЫМЪ И ДѢТЯМЪ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХЪ ВОИНОВЪ.



*В. И. В. Жасландникъ, Цесаревна
Александръ Николаевичъ
I. A. L. L. Grand Duc Alexis, Nicholaevitch*

ОСОБИИ
ПЕТРОГРАДСКІЙ КОМИТЕТЪ СЪ ИМПЕРА-
ТОРСКАГО БЫСОУЩЕСТВА ВЕЛИКОЙ КНЯЗНИ
ОЛЫГЪ НИКОЛАЕВНЫ

ПО ОКАЗАНІЮ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ
СЕМЬЯМЪ-ЛЦЪ ПРИЗВАННЫХЪ
НА ВОЙНУ



БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ ЦАРСКОЙ СЕМЬИ В ГОДЫ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ



Доклад студента 3 курса СПбГПМУ Евгения КОЗЫРЕВА, подготовленный для II Межвузовского круглого стола Санкт-Петербург–Архангельск «Духовно-нравственное здоровье молодежи», прозвучал также на расширенном заседании ОПВ Санкт-Петербурга 9 сентября 2014 г., посвященном 100-летию начала Первой мировой войны. В статье, подготовленной по докладу, рассказывается о благотворительной деятельности членов семьи последнего Российского императора, в 2000 г. прославленных в лике святых Русской Православной Церковью.



19 июля 1914 г. Германия объявила войну России. Началась Первая мировая война, ставшая величайшим испытанием для русского народа. Людские потери России составили более 10 млн. чел. В такое исключительно трудное, трагическое для страны время благотворительная помощь пострадавшим от войны выступила на первый план.

Неоценимый вклад в дело развития благотворительности внесли император Николай II и члены его августейшей семьи. Они были людьми глубоко верующими, исполненными христианской любви к ближнему, и самоотверженно несли свой тяжелый крест служения в это трудное для Родины время.

Татьяна Мельник — дочь лейб-медика Евгения Сергеевича Боткина — уже после революции вспоминала: «Их величества вернулись в Царское Село и еще больше упростили и без того простой образ жизни своего двора, посвятив себя исключительно работе. В Царском Селе моментально стали открываться лазареты, куда ее величество постоянно посылала лекарства и различные медицинские усовершенствования <...> Во всех дворцах были открыты склады, <...> снабжавшие армию бельем и перевязочными средствами. Моментально были оборудованы санитарные поезда имени всех членов царской семьи, об-

разцы чистоты и удобства, подвозившие раненых в районы Москвы и Петрограда».

Светлый христианский образ царицы Александры Федоровны с наибольшей силой явил себя не только в ее мученической кончине, но и в подвиге деятельной самоотверженной любви, которой она себя посвятила в тяжелые военные годы. Так, под покровительством императрицы местному отделению Красного Креста удалось уже 10 августа 1914 г. организовать два лазарета, а впоследствии их число было увеличено до семидесяти.



Санитарный эшелон вывозит раненых с фронта

В то же время оборудовались санитарные поезда для перевозки раненых с мест военных действий. 13 ноября 1914 г. в Царском

Селе был освящен военно-санитарный поезд № 143, которому было присвоено имя императрицы. Под покровительством Александры Федоровны было создано 4 поезда-склада под флагом Красного Креста для снабжения армии медицинским снаряжением.

В Екатерининском и многих других дворцах открываются склады ее императорского величества, обеспечивающие армию бельем и перевязочными средствами.



Лазарет наследника цесаревича Алексея Николаевича в Зимнем дворце

Даже в здании Зимнего дворца октябре 1915 года был открыт лазарет, названный в честь наследника престола цесаревича Алексея Николаевича. В лазарете должны были лечиться около 1000 раненых. Госпитальный персонал лазарета состоял из 34 врачей (в большинстве хирургов), 50 сестер милосердия, 120 санитаров и 26 человек хозяйственного персонала. Главным врачом лазарета император назначил А. В. Рутковского. Его заместителем стал выдающийся русский хирург профессор Н. Н. Петров.

В беломраморном Колонном зале была оборудована огромная современная операционная. Знаменитый Петровский зал отдали для послеоперационных больных. В Восточной галерее и залах: Фельдмаршальском, Гербовом, Александровском и Николаевском — разместили палаты для раненых. При этом почти все художественные ценности — картины, скульптуры, жирандоли — оставались на своих местах.

Семья императора Николая II отдала под военные лазареты не только свой главный дом на Дворцовой площади, но и почти все загородные дворцы и резиденции по всей Российской империи.

Особой страницей в истории самоотверженного служения августейшей семье своему Отечеству в годы Первой мировой войны является создание благотворительных организаций. Указом от 11 августа 1914 г. был образован Верховный Совет по призрению семей лиц, призванных на войну, а также семей раненых и павших воинов, который возглавила императрица Александра Федоровна. Николай II покровительствовал Обществу помощи пострадавшим на войне солдатам и их семьям. Также государыня создает 2 крупнейших комитета, ответственность за которые возлагает на своих старших дочерей. Это Комитет по оказанию помощи беженцам, где великая княжна Татьяна Николаевна являлась почетной председательницей, и Комитет по оказанию помощи семьям лиц, призванных на войну, возглавляемый великой княжной Ольгой Николаевной.

Беспрецедентным поступком в русской истории стало решение императрицы Александры Федоровны работать вместе со старшими дочерьми Ольгой и Татьяной сестрами милосердия в лазарете. Для того чтобы помочь раненым была профессиональной, царица с дочерьми прошли специальный курс обучения у выдающегося хирурга — княгини В. И. Гедройц, — занимаясь по два часа в день и ежедневно практикуясь в лазарете.



Императрица Александра Федоровна подает инструменты во время операции

Учились они «как все», не подчеркивая своего особого положения в обществе, сдавали общие для всех экзамены и многие отмечали вдумчивость и старательность, с которыми царские особы отнеслись к выбранному делу. После окончания обучения они стали «знающими хирургическими сестрами, а Россия обогатилась тремя сердцами, неразрывно связанными с нею цепью пережитых

страданий, цепью, которая не может быть ни разорвана, ни забыта», — вспоминала хирург В. И. Гедройц.

В Царскосельском Дворцовом лазарете августейшие особы без каких-либо привилегий выполняли сестринские функции согласно полученной квалификации. Императрица распорядилась, чтобы Ольга и Татьяна Николаевны поступили в отделение для низших чинов, приучая их к мысли о служении своему народу, а сама работала в отделении для офицеров. «Стоя за хирургом, государыня, как каждая операционная сестра, подавала... инструменты, вату, бинты, уносила ампутированные ноги и руки, перевязывала раны, не гнушаясь ничем и стойко вынося запахи и ужасные картины военного госпиталя во время войны», — вспоминала фрейлина и лучшая подруга императрицы А. А. Вырубова.

В ноябре 1914 г. государыня писала Николаю II: «Сегодня утром мы присутствовали (я, по обыкновению, помогала подавать инструменты, Ольга продевала нитки в иголки) при нашей первой большой ампутации (рука была отнята у самого плеча). Затем мы все занимались перевязками (в нашем маленьком лазарете), а позже очень сложные перевязки в большом лазарете. Мне пришлось перевязывать несчастных с ужасными ранами <...>, так все пронизано пулями, быть может, придется все отрезать, так все почернело, но я надеюсь спасти, — страшно смотреть, — я все промыла, почистила, помазала иодином, покрыла вазелином, подвязала, — все это вышло вполне удачно, — мне приятнее делать подобные вещи самой под руководством врача. Я сделала 3 подобных перевязки ... Сердце кровью за них обливается, — не стану описывать других подробностей, так это грустно, но, будучи женой и матерью, я особенно сочувствую им».

Последний протопресвитер русской армии Георгий Шавельский писал о государыне: «Она была чутка, отзывчива на людское горе и сердобольна, в устройении разных благотворительных учреждений изобретательна и настойчива. Множество новых, весьма крупных благотворительных учреждений возникло по ее инициативе, благодаря ее заботам и поддержке».

Взгляды императрицы на благотворительную и милосердную деятельность все-

цело разделяли ее старшие дочери. Великая княжна Татьяна Николаевна оказалась весьма способной хирургической сестрой. Доктор Деревенко отмечал, что ему редко приходилось встречать такую спокойную, ловкую и дельную хирургическую сестру, как Татьяна Николаевна.

Великая княжна Ольга, более слабая здоровьем и нервами, предпочла работать в палатах, убирая за ранеными. По воспоминаниям старшей сестры Дворцового лазарета В. И. Чеботаревой, княжны занимались также чисткой и стерилизацией медицинских инструментов, перевязками, подготавливали белье и бинты.

Всегда уповавшая на помощь Божию царская семья в трудное военное время особенно часто посещает богослужения. Перед началом каждого рабочего дня августейшие сестры милосердия заходили в церковь для благословения у древней иконы Божией Матери «Знамение». По воскресным дням они молились в недавно построенном Федоровском соборе. Для раненых воинов, которые не могли передвигаться, государыня императрица, понимая своим чутким сердцем, как важно для них помолиться в привычной с детства церковной обстановке, на свои средства сооружает походную церковь, которую перевозят по госпиталям. Помимо почти ежедневной работы в Дворцовом госпитале государыня с дочерьми постоянно посещала многочисленные лазареты Царского Села, Петербурга и окрестностей, где милостиво обходила раненых, благословляя их иконками.

Хотелось бы особо отметить, что за время войны Царица ни себе, ни дочерям не сшила ни одного нового платья, кроме платья сестры милосердия.



Великие княжны Мария и Анастасия в палате Дворцового лазарета с выздоравливающими солдатами

Младшие дочери Царя Великие Княжны Мария и Анастасия Николаевны тоже принимали посильное участие в милосердной и благотворительной работе. Они посещали раненых солдат, шили белье, готовили бинты и корпию для отправки в лазареты. При этом очень сокрушались, что, будучи слишком юными, не могли стать настоящими сестрами милосердия. Младшие великие княжны занимались и сбором пожертвований.

Например, в январе 1915 г. на улицах Петрограда был устроен кружечный сбор, при этом сборщиками пожертвований были исключительно артисты Императорских театров, а 7 марта 1915 г. в Мариинском театре был дан концерт «Реквием» в пользу раненых воинов. Августейшей покровительницей этих мероприятий была 14-летняя княжна Анастасия, чье участие привлекало жертвователей, активно раскупались жетоны с ее вензелями. Всего было выручено более 13,5 тыс. руб., на которые приобрели свыше 9 тыс. комплектов холодного белья для отправки на фронт.



Император Николай II с сестрой, великой княжной Ольгой Александровной, посещают раненных солдат. 1916 г.

Сам император Николай II, являясь Главнокомандующим русской армии, помимо руководства военными действиями успевал посещать перевязочные пункты, военные госпитали, тыловые заводы — все, что играло роль в ведении этой грандиозной войны. Достаточно упомянуть, что император Николай II, ни минуты не колеблясь, пожертвовал во время войны личные 200 млн. рублей, хранившиеся в Лондонском банке, на нужды раненых, увечных и их семей.

Царская семья стала образцом высокой нравственности и благочестия в служении русскому народу. Дела благотворительности

сыграли большую роль в причислении Николая II и его августейшей семьи Русской Православной Церковью к лику святых.

Литература

1. *Государыня Императрица Александра Феодоровна Романова*. Дарите любовь. М.: Русский Паломник, 2011.

2. *Сургучев И. Д.* Детство Императора Николая II. СПб.: Царское Дело», 2013. 224 с.

3. *Колоницкий Б. И.* Слухи об императрице Александре Федоровне и массовая культура (1914–1917) // Вестник истории, литературы, искусства. Т. 1. М.: Собрание, Наука, 2005. С. 362–378.

4. *Сорокин А. Ю.* Династия Романовых и благотворительность // Информационное агентство Российского Имперского Союза-Ордена «Легитимист» [Электронный ресурс]. URL: legitimist.ru/sight/history/2013/dinastiya-romanovyix-i-blagotvorite.html. Дата публикации: 17.02.2013.

5. *Матвеева Н. Л.* Благотворительность и императорская семья в годы Первой мировой войны: Дис. ... канд. ист. наук // Человек и Наука [Электронный ресурс]. URL: cheloveknauka.com/blagotvoritelnost-i-imperatorskaya-semya-v-gody-pervoy-mirovoy-voyny.

6. *Иванова Н. М.* Милосердие и благотворительность в годы первой мировой войны 1914–1917 гг.: На материалах Петрограда: Дис. ... канд. ист. наук. СПб., 2002. // Библиотека диссертаций [Электронный ресурс]. URL: adissercat.com/content/miloserdie-i-blagotvoritelnost-v-gody-pervoi-mirovoi-voyny-1914-1917-gg-na-materialakh-petro.

7. *Морозов Е.* Слово о святой Царской Семье и России // Проза.ру [Электронный ресурс]. URL: proza.ru/2013/08/29/1566. Дата публикации: 19.04.2005.

8. Царскосельские лазареты 1-ой мировой войны: Лечебные заведения Царского села в начале XX века // Персональный сайт. URL: kfinkelshteyn.narod.ru/Tzarskoye_Selo/hospital2b.htm

9. *Воррес Й.* Последняя Великая Княгиня./ Пер. с англ. В. В. Кузнецова. М.: Пресса, 1996 // Библиотекарь.ру [Электронная библиотека]. URL: bibliotekar.ru/velikaya-knyaginya/index.htm

ДЕТИ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Война — это всегда кровь и смерть, боль и горе, страдания матерей, гибель солдат и слезы сирот. Величайшей трагедией в истории человечества стала Первая мировая война, наиболее тяжелым и трудным испытанием она была для детей как незащищённой и уязвимой части общества.

О положении детей, которые составляли 60% беженцев во время Первой мировой войны, рассказывается в статье, подготовленной по выступлению студентки второго курса Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Анастасии АНИКИНОЙ. Доклад на эту тему прозвучал на расширенном заседании ОПВ Санкт-Петербурга, посвященном 100-летию Первой мировой войны.



Начиная с первых недель боевых действий на Восточном фронте в центральные губернии империи стали прибывать вынужденные переселенцы с западных окраин. Дети делили с родными все тяготы пути, не всегда выдерживая их, многие умирали.



Поле боя



Поляки на развалинах своего дома

Смертность среди детей-беженцев до 10 лет в 4 раза превышала смертность коренного населения. Немало детей становились сиротами, остав в дороге от своих семей, либо лишившись родных.



Пылающая деревня на Восточном фронте. Польша. 1915 г.



Беженцы из Галиции

Дочь английского посла в России М. Бьюконен впоследствии вспоминала: «У Варшавского вокзала в наспех выстроенных бараках ютились мужчины, женщины и дети. Здесь можно было видеть маленьких детей, матери которых умерли в дороге, родителей, потерявших своих детей, и очень много людского горя и слез. Все беженцы были в ужасном состоянии: многие женщины потеряли рассудок, дети были в лохмотьях, и многие из них умирали от недостатка пищи и заботы о них».

Все правительственные и общественные организации в России, как существовавшие ранее, так и созданные в связи с войной включились в оказание помощи детям:

- Верховный Совет по призрению семей лиц, призванных на войну, а также раненых и павших воинов под председательством императрицы Александры Федоровны;
- Московский комитет великой княгини Елизаветы Федоровны по оказанию помощи семьям призванных;
- Петроградский комитет ее императорского высочества великой княгини Ольги Николаевны по оказанию помощи семьям лиц, призванных на войну;



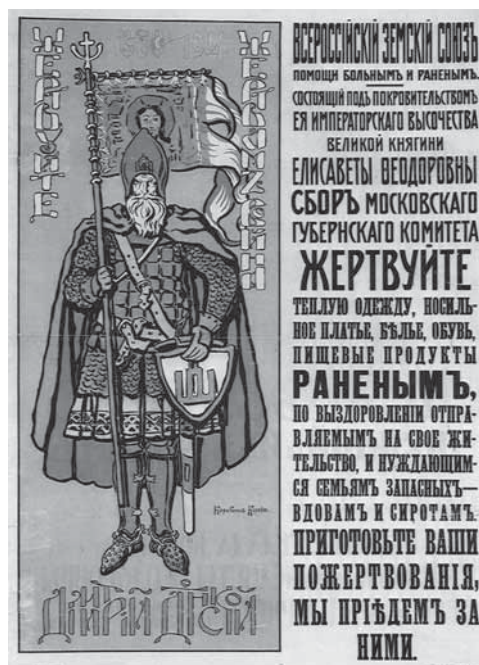
Помогите детям воинов. Плакат Общества борьбы с детской смертностью. 1914 г.

- Комитет ее императорского высочества великой княгини Татьяны Николаевны для оказания временной помощи пострадавшим от военных действий;

- Императорское Человеколюбивое общество;
- Российское Общество Красного Креста;
- Всероссийские земские и городской союзы;
- Всероссийское попечительство об охране материнства и младенчества;
- Общество по борьбе с детской смертностью;
- национальные комитеты; религиозные объединения; научные общества; частные благотворительные общества.



Куклы в пользу детей, сирот воинов. Художник Л. М. Браиловский. 1914 г.



Всероссийский земской союз помощи больным и раненым. Художник К. А. Коровин. 1914 г.

Преимущественно попечению о детях-сиротах посвятили свою деятельность Романовский, Алексеевский и Георгиевский комитеты. Не только осветить деятельность всех обществ, но даже перечислить их не представляется возможным. Помощь бедным и осиротевшим детям оказывалась кроме того частными лицами: членами императорской фамилии, крупными промышленниками, деятелями искусства и т. д.

Категории детей, которым оказывалась помощь, менялись в зависимости от хода военных действий и связанной с ними обстановки в стране. Вначале помощь оказывалась только особо нуждающимся детям воинов, выявляемым в результате поданных прошений и проведения обследования. В этом большую роль сыграли городские Попечительства о бедных.



Дети-беженцы в очереди за хлебом и сахаром у врачебно-питательного пункта, организованного отрядом РОКК, созданным на средства В. М. Пуришкевича. Бобруйск. 1915 г.



Беженцы. Ежедневник «Летопись войны 1914–1917 гг.» № 062. 1915 г.

С июля 1915 г., когда из юго-западных районов России двинулись потоки беженцев, причем более 60% из них составляли дети, по-

мощь обществ была направлена на детей-беженцев.

Организовывались приюты для постоянного проживания детей и приюты для дневного содержания детей в течение 12–14 часов на время работы матери. Для детей грудных и малолетних создавались ясли, что, однако, не исключало содержание в них и более старших детей. Поскольку мест в приютах не хватало, дети расселялись в крестьянских семьях за плату от разных комитетов, причем старались, чтобы беженцы из одной местности попадали в одну деревню.

Для детей лиц, призванных на войну, и особенно для беженцев, организовывались столовые, а также выдавались обеды на дом. Этот вид помощи увеличился с появлением беженцев. Создавались питательные пункты на всем пути движения беженцев от фронтальной полосы до центральных губерний, на некоторых пунктах для детей приготавливалась специальная пища.

Выдавались детям деньги на приобретение одежды, обуви, оплату квартир, на обучение, на питание и лечение. Семьям нижних чинов, находящихся в действующей армии, выдавалось из средств казны пособие в среднем в 2–3 рубля на человека в месяц.

Медицинская помощь детям. В годы войны ухудшились все показатели здоровья детей: увеличилась общая заболеваемость, особенно инфекционными болезнями, многие дети были истощены и отставали в физическом развитии от недоедания.

Некоторые амбулатории организовали бесплатный прием и бесплатную выдачу лекарств детям воинов, а также молока больным детям. Особого напряжения от медицинской службы потребовали беженцы. Большую помощь в организации медицинской помощи детям-беженцам оказывал Комитет Юго-Западного фронта Всероссийского земского союза и Татьянинский комитет, отделения Всероссийского попечительства по охране материнства и младенчества и Общество борьбы с детской смертностью. Стремилась, как можно раньше провести медицинский осмотр взрослых и детей и отделить инфекционных больных. Иногда это проводилось в прифронтальной полосе на врачебно-питательных пунктах. В местах, где скапливались

беженцы, для детей открывались карантинные дома, где дети выдерживались 18 дней, а затем направлялись или в приюты, или во временные небольшие больницы по разным инфекциям (коревые, коклюшные и др.).



Воспитанники приюта-яслей Попечительства по охране материнства и младенчества во время занятия лепкой. Петроград. 1915 г.



Воспитанницы приюта Общества помощи бесприютным и беспризорным детям призванных на войну доят коз. Новгородская губерния, ст. Торбино, имение «Отрадное». 1916 г.

В Москве среди 12 пунктов, где оказывалась медицинская помощь всем беженцам, было 3 амбулатории для грудных детей, там же выдавалось питание. Кроме того, в «Доме грудного ребенка», руководимом Г. Н. Сперанским, была организована амбулатория и распределительный пункт для грудных детей.

Для детей-беженцев, нуждающихся в «физическом укреплении», создавались летние колонии в разных губерниях. Для детей с хроническими заболеваниями (рахит, золотуха, малокровие и т. п.) были открыты санатории (Ольгинским комитетом — в Териоках, обществом «Частной помощи нуждам войны» — в Царском Селе). Для детей больных туберкулезом в Самаре была кумысолечебница.

Несмотря на самоотверженность врачей и работников приютов, не удавалось сохранить жизнь всем детям, а из-за скученности, эпидемий, большого поступления больных и истощенных детей смертность даже увеличилась.

Участие детей в военных действиях наряду со взрослыми в ходе Первой мировой войны отмечалось многими источниками, освещалось прессой того времени. С началом войны детский патриотизм охватил все слои общества, все учебные заведения государства. Указ императора Николая II, дающий право студентам высших учебных заведений записываться добровольцами в армию, подтолкнул к активным действиям и начальную, и среднюю школу. Воспитанники училищ, семинарий, гимназий, кадетских корпусов просили у своих руководителей отпустить их на борьбу с врагом. Так, учащиеся Омской учительской семинарии писали: «У нас нет ничего того, чем мы могли бы помочь Родине, кроме собственной жизни, и мы готовы пожертвовать ею».

13-лѣтній доброволецъ. Иосифъ Гутманъ выросъ въ богатой еврейской семьѣ. Отецъ его—крупный коммерсантъ. Любимецъ родителей, онъ воспитывался въ нѣгѣ и роскоши. Въ моментъ объявленія войны мальчикъ съ родителями находился въ одномъ изъ галицiйскихъ курортовъ, бѣжалъ въ армию, желая поступить добровольцемъ, два раза былъ возвращенъ къ родителямъ и, наконецъ, бѣжалъ третiй разъ. Родители уже примирились съ воинственнымъ пыломъ ихъ сына и разыскиваютъ теперь лишь мѣстонахожденiе его, чтобы знать, что съ нимъ, чтобы послать ему теплое платье и т. п. Если кому-нибудь удастся встрѣтить мальчика, просить сообщить объ этомъ по адресу: Варшава, Волчья, 29а.



Реалистъ Иосифъ Гутманъ.

Фрагмент журнала «Искры». № 47. 1914 г.

Военная хроника сохранила большое количество сообщений и отчетов о юных добровольцах и их подвигах. Например, подобные материалы регулярно выходили в приложении к газете «Русское Слово» — еженедельном иллюстрированном журнале «Искры» (издавался с 1901 г.):

- тринадцатилетний Василий Правдин неоднократно отличался в сражениях; вынес из гущи боя раненого командира полка, получил три Георгиевских креста;
- двенадцатилетний Василий Наумов добрался до фронта с огромным трудом из далекого села Крестниково Симбирского уезда, стал разведчиком, был дважды ранен, награжден двумя солдатскими Георгиевскими крестами и Георгиевской медалью; был повышен до унтер-офицера;
- пятнадцатилетний казак Иван Казаков самостоятельно в бою с немцами отбил пулемет, позже спас жизнь своему товарищу, неоднократно с успехом принимал участие в разведке. Получил три Георгиевских креста и три Георгиевских медали, а также звание унтер-офицера;
- гимназист седьмого класса Виленской гимназии Александр Мазур усовершенствовал работу искрового телеграфа в штабе первой русской армии, погиб при разминировании водокачки в городе Инстенбурге (Черняховске);

Военный корреспондент В. И. Немирович-Данченко (1845–1936) в своем рассказе «Здоровые ростки» вспоминает о встрече с юным добровольцем Федькой, награжденным двумя Георгиевскими крестами: «От земли не видать. Уверяет, что ему 15 лет. По глазам вижу — врет. Крохотный, но крепыш. Хорошей драгвой сшит, — на широких плечах стриженная белесая голова, с умными и зоркими не по-детски глазами. Ружье держит — заправский солдат. — За что ты первого Георгия получил? — Так... Начальство дало.. Оно знает, за что. Совестится рассказывать. Встречаю его офицера. — Он нас выручил. Спас от смерти и плена с двадцатью тремя солдатами. Вызвал его генерал, Георгия надел ему. Носи, говорит, пускай с тебя старшие пример берут. Вернулся в отряд и снял крест. Чего-то ему стыдно было перед старыми товарищами-солдатами. Долго возились с ним, прежде чем заставили его носить» (pravoslavnyadrujba.ru)



Василий Наумов — 12 лет



*Иван Казаков (слева) — 15 лет и
Антон Пшеводский — 14 лет*



Родион Малиновский — 16 лет

- будущий маршал Советского Союза Родион Яковлевич Малиновский (1898–1967) в 1914 г. добровольцем поступил в армию, в 16 лет был уже опытным пулеметчиком, за отличия в боях был награжден Георгиевским крестом 4-й степени. В 1916 г. в составе русского экспедиционного корпуса был отправлен во Францию.

На фронте воевали не только юноши, но и девушки. Ученица шестого класса Виленского Мариинского высшего училища Кира Башкирова под именем Николая Попова зачислилась добровольцем в один из стрелковых полков и уже через две недели отличилась в ночной разведке. За боевые подвиги была удостоена ордена Святого Георгия 4-й степени.



Кира Башкирова

После того как тайну раскрыли, Киру отправили домой. Однако вскоре девушка вновь очутилась на фронте в другой части, «где в сражении с неприятелем была ранена, после чего была отправлена в один из госпиталей. Выздоровев, девушка-герой вновь отправилась на позиции» (журнал «Задуманное слово». 2 августа, 1915 г.)

Две гимназистки-казачки Елена Козловская и Фелицата Кульдяева бежали на войну без согласия родителей, участвовали в ряде

кавалерийских стычек в Карпатах. Известно, что в ночь на 4 июня 1915 г. они прибыли на санитарном поезде в Петроград на распределительный пункт Варшавского вокзала: одна из них — Козловская — была ранена в грудь, вторая, провожая подругу в Петроград, заболела.

Десятки детей заслужили Георгиевские награды. Однако серьезным последствием участия в военных действиях для детей стали тяжелые боевые психические травмы, само понятие о которых сформировалось именно во время Первой мировой войны. По сравнению с прежними войнами Великая война (как называли ее в то время) была более психотравмирующей. Все дети и подростки, прошедшие кровавую баню, получили различные нарушения и расстройства психики.

По-разному сложились дальнейшие судьбы молодых защитников отечества. События Октябрьской революции и начавшейся затем Гражданской войны сделали беспощадными врагами многих прежних фронтовых друзей и одноклассников.

Литература

1. Грицаева А. Н. Благотворительность в России в годы первой мировой войны (1914 — февраль 1917 гг.): опыт помощи пострадавшим от военных действий автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. ист. наук. М., 2008.

2. Бахурин Ю. А. Одинокие с Родины // Родина. 2013. № 8. С. 139–141.

3. Микиртичан Г. Л., Суворова Р. В. Общественная и благотворительная помощь детям в России (XIX — начало XX века) // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 1. С. 58–60.

Использованы фотоматериалы:
charity.lfond.spb.ru; genrogge.ru;
liveinternet.ru/users/chugulan;
reibert.info; rusempire.ru; russiahistory.ru;
ruzhany.narod.ru; smolbattle.ru;
topwar.ru; trojza.blogspot.ru

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ

Социальный институт семьи является тем фундаментом, на котором строятся взаимоотношения человека и социума. В то же время семья подвержена воздействию различных сил со стороны среды, в которой она существует. О проблемах, обусловленных влиянием окружающего мира на семью, рассказывается в статье, подготовленной по докладу студенток 3 курса Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Марии ВАСИЛЬЧЕНКО и Светланы ТРУХИНОЙ.



Тенденция потери интереса к созданию полноценной семьи отчетливо прослеживается в современном мире. Все больше молодых людей и девушек предпочитают свободные отношения без обязательств и «без штампа в паспорте». Одна из причин такого явления — чрезмерная подверженность современной молодежи влиянию средств массовой информации и западных представлений о семье. На первом месте у современного молодого поколения стоит желание сделать головокружительную карьеру, открыть собственный бизнес, зарабатывать много денег, отдыхать и веселиться. Семья стоит где-то в конце списка желаний, причем все это демонстрируется на фоне нежелания взрослеть. Таким образом, можно констатировать, что социальный институт семьи и брака переживает кризис, который наблюдается в разных сферах семейно-брачных отношениях, ослабляющей и разрушающей семью. Зададимся вопросом: «Отчего так происходит?»

Семья есть первый, естественный и в то же время священный союз, в который человек вступает в силу необходимости. Он призван строить этот союз на любви, на вере и на свободе, научиться в нем первым совестным движениям сердца и подняться от него к дальнейшим формам человеческого духовного единения — родине и государству.

И. А. Ильин

Что такое семья? Семья — малая группа, основанная на кровнородственных связях и регулирующая отношения между супругами, родителями и детьми, а также ближайшими родственниками. Семья зависит от общества, существующего политического строя, экономических, социальных и религиозных отношений. Семья должна основываться на духовной близости, взаимоуважении, понимании, доверии, честности, которые супруги, испытывая друг к другу, передают своим детям.



Если семейные отношения будут основываться на этих принципах, то в результате может сформироваться духовно здоровое поколение. Семья — это постоянная работа родителей над собой для достижения гармонии, которую необходимо как собственный пример передать детям. Существует социаль-



Самая многочисленная семья России — воронежская семья Шишкиных (20 родных детей)

ный миф, что это легко. На самом же деле тут все обстоит иначе. Окружающий мир таит в себе множество факторов, оказывающих неблагоприятные условия для создания семьи. Рассмотрим проблемы, возникающие на пути создания семьи.

1. Проблема выбора — «семья или карьера» в той или иной мере касается многих молодых людей. Принято считать, что такой выбор, прежде всего, стоит перед женщинами. Отчасти, это действительно так: круг женских обязанностей зачастую бывает гораздо шире, чем у мужчин. Однако же и мужчинам порой приходится выбирать и чем-то жертвовать: кто-то полностью погружается в работу и просто не находит времени для того, чтобы строить серьезные отношения, а кто-то, имея массу свободного времени, «платит» за это маленькой зарплатой. При желании можно совмещать карьеру с личным счастьем. Главное — грамотно распределить свои силы и время.

2. «Гражданский брак» — другая серьезная проблема. В нашей стране гражданским браком в настоящее время обычно называют незарегистрированные отношения. Есть и другое название — «пробный брак». На первый взгляд может показаться, что такая форма отношений очень удобна, но это совсем не так. Совместная жизнь — это огромные душевные затраты. В случае же «гражданского» или «пробного» брака ожидается скорее удобная приятная без особой

ответственности форма совместного проживания. Пробный брак, по сути, являет собой искаженную форму семьи. Для возникновения настоящей семьи пара должна осознать важность семейных ценностей и их несравненные преимущества. Молодой человек должен сам себе ответить на вопросы: что есть семья? куда мы все вместе двинемся? как мы вместе эту семью строим? Самое главное — понять, что мы делаем для того, чтобы сделать семью духовно состоявшейся и счастливой. В гражданском браке таких задач не ставят, люди не хотят прежде всего ответственности и желают эгоистической жизни. Если общество пересмотрит свою позицию относительно искаженного брака, многие современные проблемы отпадут автоматически.

3. «Гостевой брак» — в современном обществе этой формой семейных отношений понимают брак, оформленный в соответствующих органах государственной власти, при котором, однако, супруги живут отдельно и не ведут общего хозяйства. Его существенными недостатками является отсутствие обязательств, незащищенность от бытовых проблем, которые приходится решать каждому из супругов самостоятельно. В этом случае нельзя рассчитывать на помощь супруга в трудной ситуации, не решена проблемы полноценного воспитания детей.

4. Инфантильность — одна из серьезных проблем молодежи. Инфантильными

сегодня называют людей, не умеющих стать взрослыми, выполнять свои обязательства, заводить семью. Инфантильные люди вырастают иногда во вполне благополучных семьях, из хороших детей, с которыми много занимались родители, при этом контролировали каждый их шаг и требовали безоговорочного послушания, однако не научили главному — ответственности и самопожертвованию.

Инфантилизм (от лат. *infantilis* — детский) — незрелость в развитии, сохранение в физическом облике или поведении черт, присущих предшествующим возрастным этапам. Термин употребляется как в отношении физиологических, так и психических явлений. В переносном смысле инфантилизм (как детскость) — проявление наивного подхода в быту, в политике и т. д., также неумение принимать своевременно продуманные решения, нежелание брать ответственность.

Появилась разновидность инфантильных людей — «кидалты» — взрослые, ведущие себя, как дети, и не желающие взрослеть. Они, как правило, благополучны, успешны в работе. Кидалты, не стесняясь, предаются подростковым пристрастиям, имеют в огромном количестве электронные и компьютерные устройства, телефоны, смартфоны, компьютерные игры и т. д. До 50 лет пляшут на дискотеках и посещают молодежные «тусовки». Что сохранили из детства инфантилы или кидалты? Чаще всего — зависимость, эгоцентризм, неразумную импульсивность, и главное — безответственность.

Слово «кидалт» (*kidult*) заимствовано из английского языка. Этот неологизм образован из двух слов: «*kid*» — «ребенок» и «*adult*» — «взрослый» и обозначает человека, сохраняющего во взрослом возрасте свои детские и юношеские увлечения. В психологии для обозначения такого склада личности используется латинский термин *puer aeternus*.

Впервые слово встречается в газете *The New York Times* (1985) для описания мужчин 30 лет и старше, которые увлекаются мультфильмами, фэнтези, компьютерными играми и бесполезными, но красивыми и дорогими гаджетами.

Детям, лишенным детства, тоже очень сложно повзрослеть. Если ученику в 7 классе, мама собирает портфель — это неправильно. Но если ученик 1 класса приходит из школы домой, сам открывает дверь, греет себе обед, значит, ребенок по каким-то причинам лишен детства. Инфантилы или кидалты могут прийти к жизненному краху, когда вдруг задумаются о цели и значимости собственной жизни и честно увидят себя в пустоте бытия. Не редко СМИ подпитывают инфантилизм молодых людей, если у них не выработана здоровая критичность и нет собственной выстраданной системы ценностей.



5. Проблема влияния СМИ на сознание молодежи приобрела особое значение. Молодое поколение наиболее полноценно воспринимает в основном визуальную информацию, для него также характерно клиповое восприятие и слабое осознание информации в целом. Если учесть, что значительная часть современных СМИ имеет западное либеральное мировоззрение, можно увидеть, как значительная часть молодежи поддается их негативному влиянию, однозначно направленному против крепкой традиционной семьи. Сообщения в СМИ подаются в эмоциональной и драматизированной форме. Транслируются идеи о том, что решение жизненных проблем честным образом невозможно, только через надрыв, насилие или обман. Жизнь рисуется в черных красках, позитивная информация в том числе о семье вытесняется. В погоне за рейтингом и коммерческой выгодой упускаются нравственные и ду-

ховные аспекты. Существуют телеканалы, специализирующиеся на пропаганде жестокости, безнравственного поведения, аморального образа жизни, вредных привычек. Однако нужно признать, что каждый выбирает сам, какую информацию ему извлекать из СМИ.



Выводы весьма неутешительны: современная молодежь не имеет и не получает в должном объеме духовные и нравственные знания о ценностях семьи, ее смысле и преимуществах. Взгляды многих молодых людей часто основаны на деструктивном мировосприятии (как правило, западно-европейском) или на собственных незрелых умозаключениях о семье, роли человека в мироздании, и месте семьи в мире.



Исправление ситуации, связанной с деградацией института семьи, требует целого ряда мер, направленных на формирование позитивного взгляда на семью, на осознание уникальных преимуществ, которые дает воспитание детей в полной семье.

В числе таких мер — преподавание в вузах основ семейных отношений. Подобное обучение должно быть основано на фундаменте традиционного мировоззрения России и опираться на его духовные и культурные корни. Будущий врач помимо своей врачебной специальности должен обязательно иметь знания о духовном устройстве человека и семьи. Ему должны быть известны пути совершенствования личности и роли семьи в этом процессе.

Литература

1. Ильин И. А. Путь духовного обновления. М.: Институт русской цивилизации, 2011.
2. Ильин И. А. Собр. соч. Т. 2. Кн. 2. М.: Русская книга, 1993.
3. Эдридж Дж. Необузданное сердце / Пер. Ю. В. Вишневецкой. СПб.: Шандал, 2004.
4. Карпова И. В. Взрослые дети: жизнь как магазин игрушек // Нескучный сад. № 5. 2010.
5. Оганесян А. Г. Дети сексуальной революции: кто они // Международная жизнь [Электронный ресурс]. URL: <http://interaffairs.ru/read.php?item=9260>. Дата публикации: 18.03.2013.
7. Протоиерей Максим Козлов. Семейная крепость. М.: Храм св. мц. Татианы при МГУ, 2004.
8. Лободина С. В. Как развить способности ребенка. СПб: Глаголь Добро, Азбука «Аттикус», 2010.
9. Лободин В. Т. «Роль семьи в профилактике зависимого поведения». Роль социальных институтов в профилактике наркозависимости среди подростков и молодежи: Материалы XVI междисциплинарной научно-практической конференции. СПб.: ЛОИРО, 2014.

СТУДЕНЧЕСКОЕ ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ «АЙБОЛИТ»

*Наслаждаться счастьем — величайшее благо, обладать
возможностью давать его другим — еще большее.*

Фрэнсис Бэкон

На Первом форуме «Милосердие» в Санкт-Петербурге 1 ноября 2014 г. с рассказом о работе добровольцев в сфере здравоохранения и социальной защиты выступила студентка 2 курса лечебного факультета Северного государственного медицинского университета, находящегося в Архангельске, руководитель волонтерского отряда «Айболит» Елизавета ХОРЕВА. Предлагаемая статья подготовлена по этому выступлению.



Волонтерский отряд «Айболит» Северного государственного медицинского университета (СГМУ) начал свою работу в 2011 г., когда небольшая группа энтузиастов объединилась в команду волонтеров для организации новогоднего праздника детям-сиротам из Архангельского детского дома. Этот скромный праздник послужил толчком развитию волонтерского движения в СГМУ. Постепенно увеличивалось число активистов этого движения, а вместе с ними росло количество направлений работы отряда «Айболит».

Что такое волонтерский отряд «Айболит»? Это добровольное объединение студентов, изъявивших желание бескорыстно оказывать поддержку социально незащищенным категориям населения.

Почему люди занимаются волонтерством. Каждому новому члену команды волонтеров задают важный вопрос: «Почему ты пришел в волонтерский отряд?» Как правило, ребята отвечают одинаково. Большинство из них испытывают потребность

делать добрые дела, и это естественно для студента-медика, так как профессия врача предполагает стремление помогать людям. Многие отвечают: «Делая добро другим, сам становишься лучше». Интересы студентов разнообразны: одних волнует экология Архангельска, другие любят проводить время с детьми, кто-то часами может вести увлеченную беседу с ветераном, но всех объединяет волонтерская деятельность в отряде отряда «Айболит».



Цель работы волонтерского отряда: развитие у студентов высоких нравственных качеств путем пропаганды идей добровольного труда на благо общества и привлечения их к решению социально значимых проблем.

Направления работы волонтерского отряда «Айболит» СГМУ в настоящее время:

- помощь детям с отделения химиотерапии Архангельской областной детской больницы;
- помощь детям детского дома;
- помощь пенсионерам из Маймаксанского дома ветеранов и инвалидов;
- пропаганда здорового образа жизни;
- экологическое направление.

Помощь детям с отделения химиотерапии Архангельской областной детской больницы. В конце 2012 г. волонтеры отряда «Айболит» СГМУ приступили к реализации проекта в сфере государственной молодежной политики, в рамках которого оказывается помощь детям из отделения химиотерапии Архангельской областной детской клинической больницы. Это отделение предназначено для лечения онкологических и онкогематологических больных.



Волонтеры обратили внимание на этих детей потому, что сегодня детский рак — одно из наиболее широко распространенных заболеваний в мире. В нашей стране злокачественные опухоли являются второй по частоте причиной смерти в детском возрасте после травм. Сейчас детский рак уже не является болезнью-приговором, есть

возможность вылечить около 80–90% заболевших детей. Однако существует препятствие для выздоровления: родителям и больным детям категорически не хватает положительного настроения и веры в свои силы.

Студенты волонтерского отряда самостоятельно составили проект и выиграли грант на его реализацию. Проект был рассчитан на 8 недель. В его рамках волонтеры посещали маленьких пациентов детской больницы и проводили мероприятия по различным тематикам: Неделя добра, Неделя искусства, Неделя песен, Неделя игрушек, Неделя стихов, Неделя забав и игр, Неделя клоунов, Неделя шариков.

Сотрудничество с отделением химиотерапии Архангельской областной детской больницы продолжается и в настоящее время. Члены волонтерского отряда с энтузиазмом участвуют в жизни детей с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями, устраивают праздники, дарят подарки, оказывают материальную помощь.

Помощь детям детского дома. С конца декабря 2013 г. волонтерский отряд «Айболит» взаимодействует с Центром охраны ребенка. Студенты-добровольцы участвуют в акции «Подари детям праздник»: в крупных универмагах Архангельска члены волонтерского отряда собирают средства на подарки сиротам, а также детям, оставшимся без попечения родителей и из неблагополучных семей.



Стало традицией и поздравление воспитанников детского дома с Новым годом. Волонтеры репетируют и показывают детям

добрую сказку с участием Деда Мороза и конечно, дарят подарки.

В 2015 г. волонтерский отряд «Айболит» собирается взять под свою опеку городской Дом малютки, в котором живут дети до 4 лет. Планируется регулярное посещение малышей по выходным, помощь в организации прогулок для детей, а также материальная помощь.

Помощь пенсионерам из Маймаксанского дома ветеранов и инвалидов. С самого основания отряда волонтеры поддерживают тесную связь с Домом ветеранов. Студенты ежегодно поздравляют ветеранов и инвалидов с праздниками: с Днем Победы, Днем пожилого человека, Новым годом и Рождеством Христовым.



Члены волонтерского отряда приезжают к пенсионерам, чтобы посмотреть и обсудить кинофильмы, устроить чаепитие с пирогами и просто прогуляться с ними по территории дома-интерната. Молодым людям легко удастся найти общий язык с ветеранами, которым также доставляет радость общение со студентами: у многих из них находятся интересные истории из жизни, которыми они охотно делятся с волонтерами.

В реализации мероприятий волонтерскому отряду «Айболит» помогает правительство Архангельской области и банк ВТБ 24. Так, правительство выделило грант в размере 15 тысяч рублей для реализации помощи детям, проходящим лечение в отделении химиотерапии Архангельской детской областной больницы. Сотрудничество отряда с банком ВТБ 24 началось в 2014 г. Совместно с банком планируется проведение городских мероприятий в рамках Международного дня борьбы с курением; банк готов оказывать нам материальную помощь и в работе с ветеранами Великой Отечественной войны.

Пропаганда здорового образа жизни силами волонтерского отряда «Айболит» идет по целому ряду направлений.

- *Кросс Тюрнина* — ежегодный легкоатлетический кросс памяти выпускника Архангельского государственного медицинского института 1941 г. Бориса Михайловича Тюрнина, посвященный годовщине победы в Великой Отечественной войне.



Кросс открывается торжественной линейкой у монумента воинам-освободителям, во время которой возлагаются еловые гирлянды к памятнику у Вечного огня. К участию в

кроссе допускаются студенты всех курсов и факультетов СГМУ, кадеты «Архангельской Соловецкой школы юнг», курсанты Арктического морского института имени В. И. Воронина. Волонтерский отряд «Айболит» сопровождает проведение кросса: следит за самочувствием участников и участвует в награждении победителей.

- *Акции, посвященные Всемирному дню борьбы с курением*, проводятся студентами СГМУ ежегодно не только в стенах университета, но и на разных площадках города. Ее цель — предупредить и осведомить людей о вреде курения. В рамках акций проходят различные конкурсы, вывешиваются плакаты, каждый участник акции получает призы-сувениры (блокнот, календарик, значок и др.), раздаются буклеты с наглядной информацией о вреде курения.



Впервые акция, посвященная Всемирному дню борьбы с курением, была организована волонтерским отрядом СГМУ «Айболит» 18 ноября 2012 г. в холле университета. Участники волонтерского отряда показывали видеоролики, содержание которых заключа-

лось в том, чтобы убедить студентов вузов: курить не только вредно, но и стыдно! Внимание акцентировалось на то, что бросить курить несложно, и что курение — не способ избавления от проблем. В демонстрацию входили видеоролики о влиянии курения на организм человека, а также о химическом составе табачного дыма. В период проведения акции в холле университета были развешаны плакаты, сделанные членами волонтерского отряда СГМУ «Айболит». В этой акции приняли участие более 120 студентов СГМУ.

- *Городская акция «День борьбы с абортными»* планируется на лето 2015 г. Акция будет проходить как в стенах нашего вуза, так и на улицах города. Члены волонтерского отряда будут разъяснять вред абортов, демонстрируя при этом наглядный материал и раздавая буклеты с информацией об абортах и их влиянии на здоровье женщин. Беременным женщинам, женщинам с детьми и детям будем дарить сувениры.

Экологическое направление. Традиционным для студентов волонтерского отряда «Айболит» стало участие в ЭКО-батле по сдаче макулатуры и пластмассовых банок.

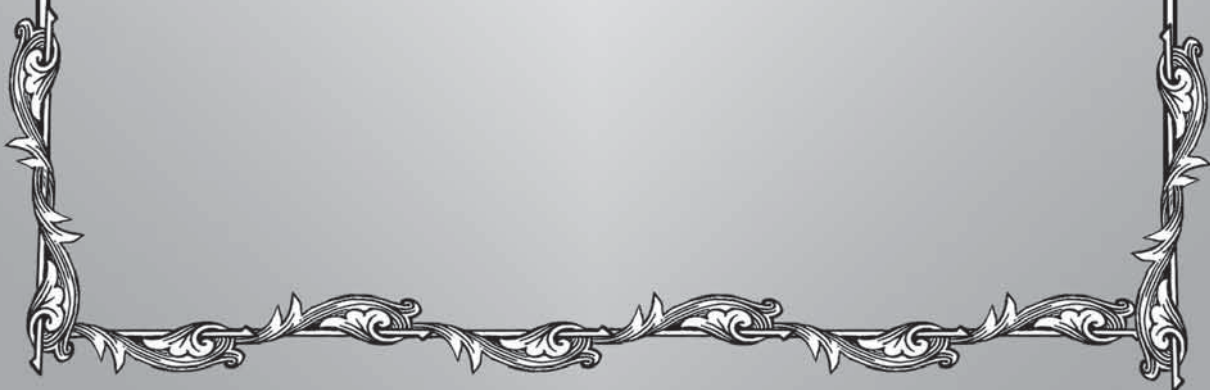


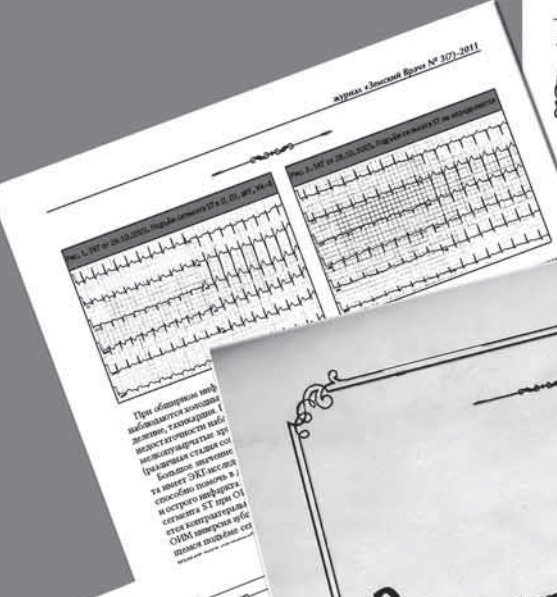
Каждый студент СГМУ является отчасти волонтером. Ведь учащиеся медицинского университета — будущие врачи, у которых должно быть участливое сердце и стремление к делам милосердия. Именно эти качества и объединяют волонтеров отряда «Айболит». Поддержкой волонтерам становятся благодарность в глазах ветеранов и радость детей при встрече с ними.

Фото предоставлены автором



**ПО СТРАНИЦАМ
МЕДИЦИНСКИХ
ИЗДАНИЙ**



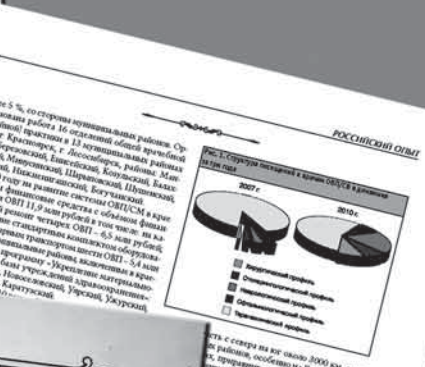


КАВКАЗСКИЕ АКТЫ

Дифференциальная диагностика паркинсонизма

Р.Р. Богданов

Кафедра неврологии ГУ МНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва
129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2



Роль специализированных мед. учреждений в обеспечении доступности доп. в сфере здравоохранения

19-20 апреля 2011 г. в Общественном центре Российской Федерации состоялось заседание экспертной комиссии по формированию базисных параметров оплаты медицинской помощи в региональной системе здравоохранения. В работе приняли участие представители органов федеральной и региональной исполнительной власти, специалисты в области здравоохранения, представители страховых компаний.

Земский доктор

Несомненно, этот важный вопрос требует внимания государства. В настоящее время на территории Российской Федерации наблюдается дефицит врачей, особенно в сельской местности. Это приводит к снижению качества медицинской помощи и, как следствие, к увеличению затрат на здравоохранение. Необходимо разработать эффективные меры по привлечению специалистов в сельскую местность, включая повышение их статуса, улучшение условий работы и жилищных условий.

Земский Врач

1

Журнал для врача

2014

В 2010 году на рынке средств связи сотовых операторов произошел рост доли операторов «большой тройки» (МТС, Билайн, МегаФон) с 85% до 90%. Это связано с консолидацией рынка и выходом на рынок новых игроков.

Внедрение инновационных технологий в здравоохранении позволяет повысить эффективность диагностики и лечения заболеваний. Использование телемедицины и электронных медицинских карт способствует улучшению качества оказания медицинской помощи.

Внедрение инновационных технологий в здравоохранении позволяет повысить эффективность диагностики и лечения заболеваний. Использование телемедицины и электронных медицинских карт способствует улучшению качества оказания медицинской помощи.

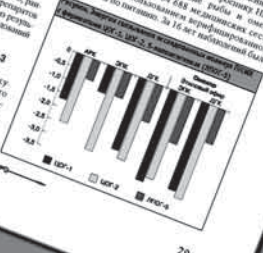
Внедрение инновационных технологий в здравоохранении позволяет повысить эффективность диагностики и лечения заболеваний. Использование телемедицины и электронных медицинских карт способствует улучшению качества оказания медицинской помощи.

Таблица 1. Данные по количеству врачей в различных регионах России (в % к общему количеству)

Регион	Количество врачей	Процент
Москва	12410	12.41%
Санкт-Петербург	11110	11.11%
Национальный центр	9810	9.81%
Дальний Восток	1110	1.11%
Северный Кавказ	1110	1.11%
Средний Урал	1110	1.11%
Южный Урал	1110	1.11%
Самарская область	1110	1.11%
Саратовская область	1110	1.11%
Тамбовская область	1110	1.11%
Волгоградская область	1110	1.11%
Ростовская область	1110	1.11%
Донецкая область	1110	1.11%
Луганская область	1110	1.11%
Днепропетровская область	1110	1.11%
Хмельницкая область	1110	1.11%
Винницкая область	1110	1.11%
Черновицкая область	1110	1.11%
Тернопольская область	1110	1.11%
Хмельницкая область	1110	1.11%
Винницкая область	1110	1.11%
Черновицкая область	1110	1.11%
Тернопольская область	1110	1.11%

Таблица 2. Данные по количеству врачей в различных регионах России (в % к общему количеству)

Регион	Количество врачей	Процент
Москва	12410	12.41%
Санкт-Петербург	11110	11.11%
Национальный центр	9810	9.81%
Дальний Восток	1110	1.11%
Северный Кавказ	1110	1.11%
Средний Урал	1110	1.11%
Южный Урал	1110	1.11%
Самарская область	1110	1.11%
Саратовская область	1110	1.11%
Тамбовская область	1110	1.11%
Волгоградская область	1110	1.11%
Ростовская область	1110	1.11%
Донецкая область	1110	1.11%
Луганская область	1110	1.11%
Днепропетровская область	1110	1.11%
Хмельницкая область	1110	1.11%
Винницкая область	1110	1.11%
Черновицкая область	1110	1.11%
Тернопольская область	1110	1.11%
Хмельницкая область	1110	1.11%
Винницкая область	1110	1.11%
Черновицкая область	1110	1.11%
Тернопольская область	1110	1.11%



Внедрение инновационных технологий в здравоохранении позволяет повысить эффективность диагностики и лечения заболеваний. Использование телемедицины и электронных медицинских карт способствует улучшению качества оказания медицинской помощи.

ПАЦИЕНТ С АНЕМИЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ: БОЛЬШЕ ВОПРОСОВ, ЧЕМ ОТВЕТОВ

Анемия сегодня встречается в практике любого врача. Однако первоочередная роль в выявлении низкого гемоглобина принадлежит участковому терапевту, который должен обеспечить диагностический поиск для выявления причины анемии, что в реальной практике не выполняется.

В статье, предоставленной для публикации журналом «Земский врач» (№ 4 (21) 2013), сотрудники кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова: заведующий кафедрой, профессор Аркадий Львович ВЕРТКИН; доцент кафедры, кандидат медицинских наук Наталья Олеговна ХОВАСОВА; Елена Дмитриевна ЛАРЮШКИНА и Камилла Идрисовна ШАМАЕВА рассказывают о некоторых проблемах диагностики и лечения анемии на амбулаторном этапе.

Анемия — клинико-лабораторный синдром, являющийся проявлением различных заболеваний, имеющих различную этиологию и патогенез. Анемия во многом определяет тяжесть течения и прогноз заболевания и встречается в практике любого врача.

Согласно определению, ВОЗ анемия регистрируется у взрослых женщин при снижении концентрации гемоглобина ниже 120 г/л, а у мужчин — ниже 130 г/л. Сегодня каждый пятый пациент имеет анемию.

Однако в реальной практике судить о частоте встречаемости анемии невозможно: статистический учет ведется по основному заболеванию, а анемия — это всегда осложнение, что не учитывается в статистике.

Как известно, современная тенденция оказания медицинской помощи характеризуется снижением коечного фонда в стационарах, в связи с чем амбулаторному звену принадлежит ключевая роль, в том числе в активном выявлении анемического син-

дрома и поиске причины, приведшей к его возникновению.

Чтобы понять истинную распространенность анемии на амбулаторном этапе, мы решили создать реестр пациентов с анемией в поликлинике одного из округов Москвы, что в реальности оказалось непросто. С одной стороны, диспансерный учет и регистрация больных с анемией не ведется. С другой стороны, во многих амбулаторных картах, несмотря на наличие низких цифр гемоглобина, анемия участковым терапевтом не выносится в диагноз. Поэтому мы в регистратуре этой поликлиники стали смотреть результаты значений гемоглобина в каждой амбулаторной карте. В итоге среди просмотренных 6867 амбулаторных карт в 440 (6,4%) был выявлен низкий гемоглобин в общем анализе крови. Среди этих пациентов преобладали женщины (79,2%). По степени тяжести чаще встречалась анемия легкой степени — 76%. Однако надо отметить, что у 6% пациентов анемия была тяжелой. Возникает вопрос:

почему до сих пор эти пациенты не были госпитализированы? Среди причин тяжелой анемии на первое место (более 50%) выступили так называемые сосудистые заболевания, главным образом — различные формы ИБС. При этом, несмотря на наличие низкого гемоглобина в анализе крови, в 72,4% анемия не была вынесена в диагноз, и, соответственно, лечения больные не получали.

Среди пациентов, имеющих анемию, судя по амбулаторным картам, в подавляющем большинстве случаев причина анемии не была установлена. А для уточнения причин анемии по принятому стандарту было обследовано меньше трети пациентов. Так, например, среди 167 женщин лишь 43 были осмотрены гинекологом, а из 93 мужчин 34 урологом. И только 7,7% пациентов были госпитализированы в стационар для уточнения причины анемии.

Как оказалось, пациенты с анемией имеют массу соматических заболеваний. В современной медицине это получило название коморбидности. Среди коморбидной патологии у пациентов с анемией ($n = 440$) преобладала сосудистая патология (кардио-и цереброваскулярные заболевания: гипертоническая болезнь, различные формы ИБС, хроническая ишемия головного мозга), а также фоновые для них состояния (ожирение, сахарный диабет). При этом индекс коморбидности составляет 3,7. Все это еще раз подчеркивает необходимость в каждом пациенте в первую очередь видеть «сосудистого» и проводить диагностический поиск, направленный на выявление данной патологии.

При выявлении сниженного уровня гемоглобина на амбулаторном этапе участковый терапевт должен быть нацелен на поиск основных заболеваний, являющихся причиной анемии. В частности, это кардиоваскулярные, онкологические заболевания, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, а также цирроз печени. У женщин необходима консультация гинеколога для выявления генитальной патологии. При исключении всех этих болезней и неустановленной причине анемии необходим дальнейший, более при-

стальный диагностический поиск, а также консультации узких специалистов (гастроэнтеролог, нефролог, уролог, гематолог). Вместе с тем надо понимать, что 76% анемий у пациентов на амбулаторном этапе — легкой степени и на них просто не обращают внимания врачи, а при наличии анализа крови с низким гемоглобином в клинический диагноз анемия выносится только в 27,6% случаев!!! Соответственно и лечение получают только треть пациентов, не говоря уже о том, что более чем в 60% случаев причина анемии остается неизвестной.

На сегодняшний день существует множество классификаций анемии, по множеству параметров. Одна из них — по уровню цветового показателя: гипо-, нормо- и гиперхромные. У амбулаторных пациентов преобладает гипохромная анемия (47%). Вторая по частоте — нормохромная анемия, реже встречается гиперхромная анемия. Применять эту классификацию удобно при скрининге анемии в амбулаторных условиях с помощью экспресс-методов.

Однако классификация анемии по цветовому показателю применяется преимущественно в России и странах СНГ. Сегодня в литературе, а также в клинико-лабораторной практике, принятой является классификация, основанная на показателе среднего объема эритроцитов (MCV). По данному показателю анемии делятся на микроцитарные ($MCV < 80$ фл), нормоцитарные ($MCV 80-100$ фл) и макроцитарные ($MCV > 100$ фл). К микроцитарным относятся 3 группы анемий: железодефицитная (ЖДА), анемия хронических заболеваний и некоторые редкие анемии. Первые две являются прерогативой терапевтов, тогда как последняя — гематологов.

ЖДА является самой распространенной из всех известных анемий: по данным мировой статистики, на ее долю приходится 41,5%. Высокая распространенность ЖДА обуславливает необходимость пристального внимания к вопросам диагностики и лечения данного вида анемии.

ЖДА — клинико-гематологический синдром, характеризующийся нарушением

синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающегося на фоне различных патологических или физиологических процессов, и проявляющийся признаками анемии и сидеропении.

Необходимо помнить, что ЖДА всегда микроцитарная, но не все микроцитарные анемии железodefицитные. Поэтому для правильной постановки диагноза ЖДА необходимо лабораторное определение обмена железа. К доступным для определения показателям обмена железа относятся сывороточное железо, ферритин, трансферрин. Сегодня стало понятно, что изолированное определение сывороточного железа недостаточно, так как оно составляет только 0,2–0,5 % всего железа в организме, уровень сывороточного железа снижается только при выраженном дефиците железа, что не позволяет диагностировать его латентный дефицит.

К основным принципам лечения ЖДА относятся прежде всего назначение пероральных препаратов железа, так как диетой восстановить запасы железа в организме нельзя. Для парентерального назначения препаратов железа существуют строгие показания. Однако, несмотря на известные принципы, лечение в амбулаторных условиях при диагностированной ЖДА получали только лишь 16% пациентов. При этом необходимо отметить, что в поликлиниках чаще назначались соли двухвалентного железа. По всей видимости, не учитывалось сформировавшееся в последние годы мнение, что трехвалентное железо является наиболее предпочтительным для пациентов с ЖДА. Препараты трехвалентного железа не обладают раздражающим действием на слизистую оболочку верхних отделов ЖКТ и, соответственно, не вызывают её эрозивно-язвенного поражения, что особенно актуально для пожилых «сосудистых» пациентов, которые преобладают среди больных с анемией. Трехвалентное железо не обладает оксидантным эффектом, а потому предотвращает окисление атерогенных фракций липопротеидов и образование свободных радикалов, что также немаловажно для «сосудистых» пациентов. Отсутствие окислительного потенциала также профилактру-

ет потемнение и пожелтение эмали зубов и появление металлического привкуса во рту, что является одной из причин отказа от приема препаратов двухвалентного железа.

Препараты трехвалентного железа имеют в своем составе либо белковую структуру, либо полисахаридную, что приближает их к физиологическим условиям обмена железа в организме, нежели использование неорганических солей железа.

Современный препарат железа (III) гидроксид полимальтозный комплекс (Мальтофер) имеет положительную практику применения при лечении ЖДА. И это вполне оправдано. Структура, находящаяся в основе Мальтофера, напоминает депонирующий железо белок ферритин. Высокой эффективности данного препарата способствует полимальтозная оболочка, которая обеспечивает стабильность и растворимость комплекса в широком диапазоне кислотности желудка. Низкая токсичность и хорошая переносимость также являются важными характеристиками Мальтофера, так как железо из полимальтозного комплекса высвобождается постепенно. Низкий уровень окислительного стресса, наблюдаемый при использовании Мальтофера, объясняется тем, что абсорбция железа происходит при участии активного физиологического механизма. В отличие от препаратов двухвалентного железа, концентрация железа в сыворотке, достигаемая после введения солей двухвалентного железа, может приводить к высокой степени насыщения трансферрина и даже к повышению количества сывороточного железа, не связанного с трансферрином, что обуславливает развитие окислительного стресса и гемосидероза в различных органах и тканях.

Благодаря физико-химическим свойствам Мальтофера какие-либо взаимодействия его с лекарствами или компонентами пищи практически отсутствуют. Эффективность и безопасность препарата Мальтофер повышают комплаенс у пациентов, что обуславливает его широкое применение при анемии, в том числе и на амбулаторном этапе.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ У ДЕТЕЙ

В статье из журнала «Земский врач» (№ 4 (21) 2013) сотрудников кафедры поликлинической педиатрии института последипломного образования Ивановской государственной медицинской академии: заведующей кафедрой, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Валентиновны РУСОВОЙ и доцента кафедры, кандидата медицинских наук Галины Алексеевны РАТМАНОВОЙ изложены возрастные особенности состава периферической крови у детей и принципы трактовки клинического анализа крови в плане диагностической ценности каждого показателя.



Интерпретация показателей клинического анализа крови является самой частой задачей, которую должны решать врачи практически всех специальностей. Кровь человека чутко реагирует на воздействие различных факторов как эндогенного, так и экзогенного характера, и ее состав отражает физиологические и патологические процессы в организме.

Показатели периферической крови у детей

В практике врача существуют понятия «белая кровь» и «красная кровь». «Белая кровь» — все формы лейкоцитов, «красная кровь» — эритроциты, их предшественники — молодые формы (ретикулоциты), тромбоциты.

У здоровых детей состав периферической крови имеет возрастные особенности, но к 10–12 годам показатели идентичны параметрам взрослого человека. Сразу после рождения у ребенка наблюдается интенсивный эритропоэз как реакция на недостаточность снабжения плода кислородом в период

внутриутробного развития и в родах, о чем свидетельствует наличие большого числа эритроцитов, в том числе ретикулоцитов, и повышенное количество гемоглобина. В дальнейшем в связи с установлением внешнего дыхания гипоксия сменяется гипероксией, это снижает выработку эритропоэтина, что ведет к уменьшению интенсивности эритропоэза и количества эритроцитов и гемоглобина. Кроме того, разрушаются эритроциты, продуцированные внутриутробно, так как обладают более короткой длительностью жизни из-за наличия фетального гемоглобина. В крови новорожденного наблюдается анизоцитоз и макроцитоз. В течение первых месяцев жизни количество гемоглобина резко уменьшается, снижаясь до 116–130 г/л, а иногда и до 108 г/л. Это своеобразный критический период в жизни и развитии ребенка. Затем число ретикулоцитов, эритроцитов и гемоглобина начинает восстанавливаться, и к середине первого года жизни показатель эритроцитов превышает $4,0\text{--}4,5 \times 10^{12}$ кл/л, а содержание гемоглобина достигает 110–120 г/л.

В раннем неонатальном периоде показатели эритроцитов составляют 7,2–5,4 т/л, ре-

тикулоцитов — 22–42%, Нб — 220–180 г/л. Ретикулоцитоз быстро понижается со вторых суток жизни. В позднем неонатальном периоде эритроциты снижаются до 4,7 т/л, Нб — до 150 г/л. В последующие возрастные периоды число эритроцитов у здоровых детей колеблется от 4,0 до $4,5 \times 10$ т/л; у подростков — до $5,2 \times 10$ т/л. На каждую тысячу зрелых эритроцитов в крови циркулируют 6–8 ретикулоцитов (6–8‰). В норме показатель гемоглобина у ребенка до 5 лет не ниже 110 г/л, в более старшем возрасте — не ниже 120 г/л.

Цветовой показатель (ЦП) отражает насыщение эритроцитов гемоглобином и в период новорожденности равен 1,0–1,1. У детей старше месяца — 0,85–1,0. Количество тромбоцитов у детей практически не отличается от такового у взрослых и составляет 180–320 тыс. в 1 мкл, или от 180×10^9 /л до 320×10^9 /л. Однако их функциональная активность в первые дни жизни низкая.

Показатели «белой крови» у детей также имеют свои возрастные особенности. У новорожденного уровень лейкоцитов может быть высоким ($20\text{--}30 \times 10^9$ /л, возможно появление в крови юных форм нейтрофилов (единичные миелоциты и метамиелоциты). Это связывают с влиянием гормонов матери на кроветворение плода. У детей старше одного месяца уровень лейкоцитов в пределах от 4×10^9 /л до 10×10^9 /л.

У ребенка в первые дни жизни в лейкоцитарной формуле отмечается сдвиг влево — преобладание нейтрофилов (62–75%), функция которых у новорожденных снижена. Затем наблюдается резкое снижение активности миелопоэза и повышение лимфопоэза. В результате на 5–6-й день жизни число нейтрофилов и лимфоцитов становится примерно одинаковым — по 45% (так называемый «первый перекрест»). Затем происходит дальнейшее возрастание числа лимфоцитов к 10-му дню жизни до 55–60%. У ребенка первых 2–3 лет жизни преобладают лимфоциты, но их уровень не должен превышать 65%. Для детей грудного возраста характерен умеренный моноцитоз и возможно наличие в крови единичных плазматических клеток. В 4–5 лет происходит «второй перекрест» содержания нейтрофилов и лимфоцитов (нейтрофилов 45%, лимфоцитов 45%). В возрасте 5–6 лет на-

блюдается постепенное снижение уровня лимфоцитов и нарастание нейтрофилов. К 10 годам показатели «белой крови» ребенка аналогичны формуле крови взрослого человека: базофилов 0–1%, эозинофилов 0,5–5%, палочкоядерных нейтрофилов 1–6%, сегментоядерных нейтрофилов 47–72%, лимфоцитов 19–37%, моноцитов 6–8% (до 15%).

Крик, плач, прием пищи, физическая усталость, легкие инфекции и т.д., воздействуя на крайне лабильный кроветворный аппарат ребенка, особенно раннего возраста, легко могут вызвать качественные и количественные изменения состава крови.

Изменения показателей клинического анализа крови в ответ на различные патологические процессы в организме ребенка могут иметь цитопенический (снижение числа отдельных форменных элементов крови) или гиперклеточный (увеличение форменных элементов крови) характер, а также сопровождаться появлением юных незрелых, дегенеративных и патологических форменных элементов крови.

Одним из частых патологических изменений в анализе крови ребенка является снижение гемоглобина (Нб) и эритроцитов, наблюдающееся при анемии. По степени снижения Нб оценивают тяжесть анемии: легкая Нб — 109–90 г/л, средней тяжести — 89–70 г/л, тяжелая Нб — ниже 70 г/л. По числу ретикулоцитов, отражающему функциональное состояние эритропоэза, анемии подразделяются на регенераторные (15–50‰ ретикулоцитов), гипорегенераторные (менее 5‰) и гиперрегенераторные (более 50‰). По цветовому показателю анемии делятся на гипохромные (ЦП < 0,85), нормохромные (ЦП 0,85–1,0), гиперхромные (ЦП > 1,0).

Анемия у детей и ее причины

Анализ крови помогает врачу определить причину анемии у ребенка. Так, анемия в результате острой кровопотери (постгеморрагическая) является гиперрегенераторной и может сопровождаться лейкоцитозом, нейтрофилезом со сдвигом влево и увеличением СОЭ.

Анемии вследствие нарушения образования эритроцитов (железодефицитная, вита-

мин V_{12} дефицитная или фолиеводефицитная) также отличаются по анализу крови. Железодефицитная анемия является гипохромной, нормо- или гипергенераторной, особенно с началом ферротерапии, может сопровождаться анизоцитозом (микроцитозом), пойкилоцитозом и увеличением СОЭ. Витамин V_{12} и фолиеводефицитные (мегалобластные) анемии, напротив, гиперхромные и нормо- или гиперрегенераторные (число ретикулоцитов не выше 90–100%), с увеличением СОЭ, в мазке крови — макроциты, мегалоциты, мегалобласты.

Анемии вследствие угнетения ростков кроветворения (апластические) являются гипохромными, на ранних стадия заболевания — норморегенераторными, в терминальном периоде — гипорегенераторными и сопровождаются лейкопенией, нейтропенией вплоть до агранулоцитоза, тромбоцитопенией, значительным повышением СОЭ, в мазке крови — дегенеративные формы клеток.

Анемии в результате деструкции клеток эритроидного ряда (гемолитические) являются нормохромными, гиперрегенераторными (ретикулоцитоз 100–800%) и сопровождаются лейкоцитозом, увеличением СОЭ; в мазке крови — аномальные формы эритроцитов (серповидноклеточные, овалциты, стоматоциты и др.), при микросфероцитарных анемиях и при некоторых ферментопатиях в эритроцитах наблюдается снижение минимальной и повышение максимальной осмотической резистентности эритроцитов (ОРЭ). В норме осмотическая резистентность эритроцитов: у новорожденных минимальная — 0,52–0,48%, максимальная — 0,30–0,24; у детей старше одного месяца минимальная 0,48–0,46%, максимальная — 0,36–0,28%.

Анемии сложного генеза — это анемии при тяжелом сепсисе, ожогах, шоке и др. Они имеют черты гемолитических и дефицитных анемий сложного генеза.

Эритроцитозы

Высокие показатели уровня эритроцитов (более $5,2 \times 10^{12}/л$ у детей и женщин и более $5,7 \times 10^{12}/л$ у мужчин) могут быть физиологической реакцией или отражением патологического процесса. Эритроцитозы подразделяют

на относительные и абсолютные. Относительные (гемоконцентрационные) эритроцитозы развиваются при потере жидкости (ожоги, диарея и др.), а абсолютные — вследствие увеличения выработки эритроцитов костным мозгом. Абсолютные эритроцитозы подразделяются на первичные и вторичные.

Первичные эритроцитозы встречаются крайне редко и могут быть следствием опухолевой трансформации эритроидного ростка костного мозга (эритробластный лейкоз) или генетически обусловленной особенностью кроветворения (семейные эритроцитозы).

Чаще наблюдаются вторичные эритроцитозы, которые являются ответной реакцией костного мозга на воздействие различных факторов, стимулирующих кроветворение. Мощный стимулятор эритропоэза — артериальная гипоксия. С этим фактором связаны эритроцитозы при высотной болезни, хронической легочной недостаточности, «синих» пороках сердца.

Повышенная выработка эритропоэтина лежит в основе эритроцитозов, связанных с локальной ишемией почек при стенозе почечных артерий, аденоме и кистах почек, гидронефрозе, а также с метгемоглобинемией.

Кроме того, существуют опухоли, продуцирующие эритропоэтин: опухоли почек, надпочечников, нейробластома, гемангиобластома мозжечка. Эритроцитозы могут быть у лиц, контактирующих (работающих) с кобальтом.

Тромбоцитозы

Снижение числа тромбоцитов в крови у детей является характерным симптомом тромбоцитопенической пурпуры, развивающейся в результате иммунных и неиммунных поражений тромбоцитарного звена гемостаза. Значительно реже тромбоцитопении могут быть проявлением гиперспленизма, апластической анемии или симптомом первичного поражения костного мозга (острый миелобластный или лимфобластный лейкоз, миелодиспластический синдром). Лекарственную тромбоцитопению чаще вызывают противоопухолевые препараты, левомецетин, рифампицин, нитрофураны, метамизол, ибупрофен, фуросемид и др.

В некоторых ситуациях у больных детей могут наблюдаться высокие показатели тромбоцитов. Гипертромбоцитозом считается увеличение тромбоцитов более $400 \times 10^9/\text{л}$ (более 400 тыс. в 1 мкл). По механизму развития гипертромбоцитозы могут быть первичные и вторичные.

Первичные тромбоцитозы сопровождают миелопролиферативные заболевания и формируются вследствие опухолевой трансформации мегакариоцитарного ростка костного мозга, являясь признаком тромбоцитарного лейкоза, хронического миелобластного лейкоза.

Вторичные (реактивные) гипертромбоцитозы могут наблюдаться при постгеморрагических и гемолитических анемиях, некоторых воспалительных заболеваниях (язвенный колит, туберкулез, острые энтероколиты, остеомиелит, острая ревматическая лихорадка), злокачественных опухолях (гепатобластома). После спленэктомии по поводу разрыва селезенки вследствие травмы уровень тромбоцитов повышается до 1 млн в 1 мкл и удерживается в течение года после операции. В ряде случаев причина гипертромбоцитоза остается невыясненной.

Лейкоцитозы

В диагностическом процессе очень важно правильно оценить лейкоцитарную формулу крови — совокупность лейкоцитарных элементов крови и количественное соотношение между отдельными видами лейкоцитов.

Наиболее часто отмечается реакция нейтрофильных лейкоцитов. В циркуляции находится около половины нейтрофилов периферической крови, вторую половину составляет пристеночный пул клеток (сосудистый гранулоцитарный резерв). В случае реактивных физиологических состояний увеличение нейтрофилов в крови происходит за счет их поступления из пристеночного пула. Нейтрофилы костномозгового пула поступают в циркуляцию при истощении пристеночного пула и/или в случаях воздействия на костномозговое кроветворение экзогенных и эндогенных факторов. Мобилизация костномозгового нейтрофильного резерва сопровождается омоложением состава ней-

трофилов крови, в этих случаях наблюдается увеличение числа палочкоядерных и появление юных форм нейтрофилов.

Нередко встречается перераспределительный (физиологический) нейтрофилез: пищеварительный, миогенный, эмоциональный, физиотерапевтический. Его особенностью является нормализация уровня нейтрофилов и лейкоцитов через два часа после прекращения действия стимулирующего фактора. Миогенный нейтрофилез развивается после физической работы, спортивных упражнений, на фоне судорог. Во время соревнований у спринтеров лейкоцитоз достигает $22\text{--}35 \times 10^9/\text{л}$. Эмоциональный нейтрофилез связан с различными стрессами, например, при выполнении медицинских манипуляций, взятии крови, травмах. Стимулируют стрессорный перераспределительный лейкоцитоз адреналин и кортикостероиды. Активация симпатической нервной системы и другие факторы, приводящие к спазму сосудов, могут вызывать временное увеличение циркулирующего нейтрофильного пула, то есть «перераспределительный» нейтрофилез, например, при гипертоническом кризе, почечной колике. После проведения физиотерапевтических манипуляций также возможно кратковременное увеличение числа нейтрофилов.

В связи с развитием пищеварительного нейтрофилеза необходимо оценивать анализ крови, взятой натощак. Он наиболее точно отражает состояние системы кроветворения.

В практике врача-педиатра нередко встречаются лейкомоидные реакции — реактивное увеличение числа лейкоцитов в целом и/или повышение уровня отдельных форменных элементов крови в ответ на воздействие экзогенных или эндогенных факторов.

Реактивный нейтрофилез (лейкемоидная реакция) развивается в ответ на воздействие различных патологических агентов и носит временный характер. Главная задача нейтрофильного гранулоцита — захват и переваривание чужеродного материала. Другая важная функция — выработка и секреция ряда цитокинов. Нейтрофилы — основные участники защиты организма от бактериальных инфекций, инвазий и распространений грибов. Бактериальные инфекции — самая

частая причина нейтрофильных реакций. Высокий нейтрофильный лейкоцитоз при тяжелых воспалительных и гнойно-септических заболеваниях развивается при воздействии на костный мозг противовоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, фактор некроза опухоли и др.). Дебют некоторых вирусных инфекций тоже характеризуется повышением нейтрофилов (корь, ветряная оспа, полиомиелит, инфекционный гепатит).

Кроме того, реактивные нейтрофилезы отмечаются при аутоиммунных воспалительных процессах (коллагенозы), некрозах, ожогах, интоксикациях и метаболических нарушениях (отравления, диабетическая кома и др.), гипоксии, шоке, опухолях (феохромочитома, метастазы рака в кости, лимфогрануломатоз и др.), тяжелых гемолитических кризах.

У больных хирургического профиля при патологии органов брюшной полости лейкоцитоз с нейтрофилезом является одним из основных диагностических признаков (острый аппендицит, холецистит, панкреатит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, перитонит различного происхождения и др.).

Тромбоз мезентериальных сосудов, ишемические и геморрагические инсульты также протекают с нейтрофильной реакцией крови. Кровопотери, особенно хронические, характеризуются значительным нейтрофильным лейкоцитозом в сочетании с анемией и тромбоцитозом.

Медикаментозные нейтрофильные лейкоцитозы отмечаются при лечении преднизолоном.

При лейкомоидных нейтрофильных реакциях в ряде случаев необходимо проводить дифференциальный диагноз с миелоидным лейкозом, для которого характерны нейтрофилез со значительным сдвигом формулы крови до бластных форм.

Лейкоцитозы могут сопровождать миелопролиферативные заболевания. При хроническом миелолейкозе у детей уровень лейкоцитов бывает очень высоким — до $100 \times 10^9/\text{л}$ в сочетании с наличием бластных клеток в периферической крови или повышением их количества в пунктате костного мозга более 4%.

Развитие лейкопении (нейтропении) указывает на ослабление по различным причи-

нам продукции нейтрофилов в костном мозге с истощением их запасов в депо крови или на повышенное потребление, перераспределение клеток в периферическом кровотоке. Понятие «лейкопения» («нейтропения») не нозологическое. Это симптом, сопутствующий патологическим состояниям, обусловленным эндогенными, в том числе генетическими, или экзогенными факторами.

Лейкопения — снижение уровня лейкоцитов ниже $4 \times 10^9/\text{л}$, по некоторым данным — до $3,0\text{--}3,5 \times 10^9/\text{л}$. Чаще лейкопения обусловлена нейтропенией — снижением нейтрофилов у детей до года ниже 1000 клеток в 1 мкл, или $1 \times 10^9/\text{л}$, у детей старше года — ниже 1500 клеток в 1 мкл, или $1,5 \times 10^9/\text{л}$. Агранулоцитоз — уровень нейтрофилов ниже 500–700 клеток в 1 мкл, или $0,5\text{--}0,7 \times 10^9/\text{л}$.

Выделяют врожденные (генетически детерминированные) и приобретенные нейтропении. Врожденные нейтропении: синдром Костмана, синдром Швахмана (сочетание нейтропении с генетически обусловленной патологией поджелудочной железы), синдром Барта (сочетание нейтропении с кардиомиопатией); циклическая нейтропения (частые инфекционные заболевания со снижением нейтрофилов каждый 10 или 14, 21-й день месяца); врожденный дискератоз. Известна доброкачественно протекающая семейная лейкопения арабов, американских и африканских негров (синдром Глассена).

Приобретенные нейтропении: токсические, медикаментозные, иммунные, вследствие влияния физических факторов (ионизирующая радиация, СВЧ-поле). Медикаментозные нейтропении могут вызывать сульфаниламиды, антибиотики, нестероидные противовоспалительные, противосудорожные и антигипертензивные препараты, антиагреганты, барбитураты, большинство цитостатических препаратов, наркоз и др. Кроме того, нейтропения наблюдается при гиперспленизме, аплазии кроветворения, мегалобластной анемии, системной красной волчанке, ревматоидном артрите. Особое место занимают хронические доброкачественные нейтропении детского возраста. Они диагностируются у здоровых детей раннего возраста (с 3–6 месяцев жизни) и удерживаются в течение 3–4 лет. Причина их окончательно неясна, некоторые

ученые предполагают иммунные механизмы этих состояний.

Лейкопенией могут сопровождаться инфекционные, особенно вирусные, заболевания: грипп, гепатиты, краснуха, СПИД, брюшной тиф, паратифы, сепсис, грибковые инфекции и др.

Известна лейкопения при хронической недостаточности коры надпочечников, акромегалии, нарушении функции щитовидной железы.

При оценке анализа крови ребенка важно учитывать соотношение молодых и зрелых форм нейтрофилов. Различают регенеративный и дегенеративный варианты ядерного сдвига нейтрофилов влево. Регенеративный сдвиг характеризуется лейкоцитозом, увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов и иногда появлением метамиелоцитов, миелоцитов. Он свидетельствует о тяжести воспалительного процесса и удовлетворительной реактивности организма. Дегенеративный сдвиг влево протекает без значительного лейкоцитоза и даже с лейкопенией, увеличением палочкоядерных нейтрофилов и дистрофическими изменениями в их цитоплазме (вакуолизация, токсическая зернистость), что указывает на тяжелый патологический процесс и снижение реактивности организма.

Диагностическое значение имеют и другие качественные изменения нейтрофилов. Гиперсегментация нейтрофилов (более 4 сегментов) отмечается при дефиците витамина B_{12} , фолиевой кислоты, при лечении преднизолоном, цитостатиками (6-меркаптопурин, цитозар). Уменьшение числа сегментов до 1–2 (симптом «пенсне» или симптом «гантели») встречается при генетически обусловленной пельгеровской аномалии нейтрофилов, имеющей доброкачественное течение, а также при тяжелых инфекциях и интоксикациях, что расценивается как псевдопельгеровская аномалия нейтрофилов.

Лимфоцитозы

Лимфоциты — клетки, участвующие в иммунных процессах в организме. Лимфоцитоз — увеличение абсолютного числа лимфоцитов более 4000 в 1 мкл ($4,0 \times 10^9/\text{л}$).

Некоторые физиологические процессы в организме в определенный период (менструации), особенности питания детей (преобладание углеводов), особенности географических и климатических условий (жители высокогорья), аномалии конституции (лимфатический диатез) характеризуются склонностью к лимфоцитозу.

Лимфоцитозы подразделяют на первичные и вторичные. Первичные лимфоцитозы у детей наблюдаются при остром лимфобластном лейкозе. Вторичные лимфоцитозы сопровождают многие инфекции, некоторые воспалительные иммунокомплексные заболевания. Существуют лимфотропные вирусные заболевания: инфекционный мононуклеоз (в крови лимфомононуклеары), инфекционный лимфоцитоз (самостоятельная нозологическая форма с бессимптомным или гриппоподобным течением). Уровень абсолютного числа лимфоцитов при инфекционном лимфоцитозе достигает $20\text{--}90 \times 10^9/\text{л}$. В нашей клинической практике наблюдался мальчик 14 лет с инфекционным лимфоцитозом, у которого в анализе крови определялось 72% лимфоцитов при резко выраженном лейкоцитозе $47 \times 10^9/\text{л}$.

Выражен лимфоцитоз при коклюше (в клиническом анализе крови относительный лимфоцитоз до 80–90%), в меньшей степени — при цитомегаловирусной инфекции, ветряной оспе. Некоторые бактериальные инфекции (например, скарлатина) в продормальном периоде характеризуются лимфоцитозом, а затем развивается нейтрофилез.

Вирусные инфекции в стадии реконвалесценции, как правило, протекают с лимфоцитозом (коревая краснуха, гепатит, аденовирусная инфекция и др.). Это так называемые лимфоцитозы выздоровления. Увеличение числа лимфоцитов в сочетании с появлением их атипичных форм отмечается при феллинозе (болезнь кошачьей царапины). С лимфоцитозом протекают эндокринные заболевания, такие как тиреотоксикоз, пангипопитуитаризм, гипофункция яичников, болезнь Аддисона, а также гипоплазия тимуса.

Лимфоцитоз характерен для бронхиальной астмы, сывороточной болезни, повышенной чувствительности к лекарственным

препаратам и других иммунокомплексных и воспалительных заболеваний (язвенный колит, болезнь Крона, васкулиты), а также туберкулеза, сифилиса, токсоплазмоза.

Особого внимания заслуживают абсолютные лимфоцитопении (снижение числа лимфоцитов менее $1,2-1,5 \times 10^9/\text{л}$), свидетельствующие об ослаблении иммунитета ребенка. Они наблюдаются относительно редко и сопровождают СПИД, лимфогранулематоз, различные хронические инфекции (туберкулез, сифилис), диссеминированную красную волчанку, саркоидоз.

Появление лимфоцитоза у больных туберкулезом, сифилисом в большинстве случаев является благоприятным признаком. Медикаментозные лимфоцитопении развиваются при цитостатической и лучевой терапии.

Эозинофилии

Функция эозинофилов многообразна. Роль этих клеток изучена при различных патологических процессах: аллергии, воспалении, ограничении активности паразитов и др. Эозинофилией считается повышение абсолютного числа эозинофилов выше $0,4 \times 10^9/\text{л}$. Она формируется за счет интенсивного выхода из тканей и гиперпродукции эозинофилов костным мозгом. Стимулятором этих процессов являются интерлейкины (ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5), которые в повышенном количестве образуются при иммунных повреждениях тканей. Доказано, что длительная эозинофилия приводит к повреждению стенок сосудов и тканей организма. Различают «малую» и «большую» эозинофилию. Повышение относительного числа эозинофилов в формуле крови до 15% считается «малой», а более 15% — «большой» эозинофилией. В последнем случае можно применить термин «симптоматический гиперэозинофильный синдром», при котором абсолютное число эозинофилов повышается до $1,5 \times 10^9/\text{л}$ и более. Сочетанное увеличение эозинофилов и лейкоцитов определяется как лейкомоидная реакция эозинофильного типа.

Частыми причинами эозинофилии являются различные аллергические заболевания и глистные инвазии, реже — легочные микозы (аспергиллез, кокцидиомикоз и др.). Высо-

кая («большая») эозинофилия отмечается в миграционную фазу аскаридоза, при токскаррозе, стронгилоидозе, филариозе, эхинококкозе, описторхозе, фасциолезе, трихинеллезе, в меньшей степени — при энтеробиозе. Такие же реакции могут быть на укусы паукообразных (тарантулы, скорпионы). Выделяют «тропическую эозинофилию» (синдром Вейнгартена), чаще всего — паразитарного происхождения. Системные заболевания соединительной ткани протекают с эозинофилией. Она может быть проявлением лекарственной аллергии.

В периоде выздоровления при некоторых инфекциях, вызванных кокковой флорой (пневмония, скарлатина), появляется эозинофилия. Это явление называли «розовой зарей выздоровления» (эозинофилы при окраске мазка имеют розовый цвет). Известен так называемый идиопатический гиперэозинофильный синдром. Существует мнение, что это один из вариантов миело-пролиферативного заболевания, при котором в пунктате костного мозга определяются атипичные эозинофилы, но они не имеют признаков бластных клеток. При данной патологии отмечается поражение различных органов, образование «абсцессов» в легких, эндокардиты, миокардиты, поражение желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС, кожных покровов и слизистых оболочек.

Крайне редко встречаются эозинофильные лейкозы. Некоторые опухолевые процессы сопровождаются эозинофильной реакцией — лимфогранулематоз, рак легкого, печени, почек, щитовидной железы. При опухолевых эозинофилиях, в отличие от иммунных заболеваний, не повышается концентрация IgE в сыворотке крови. Описаны доброкачественные эозинофилии, протекающие без клинических проявлений, а также семейная эозинофилия с аутосомно-доминантным типом наследования.

Другие показатели

Увеличение количества базофилов — редкое явление. В клиническом анализе крови их относительное число не превышает 0,5–1%. Незначительная базофилия (2–3%) может

быть при аллергических реакциях, неспецифическом язвенном колите, гипотиреозе, хроническом синусите, туберкулезе легких, гемолитических анемиях, после спленэктомии. Количество базофилов в содружестве с эозинофилами увеличивается при хроническом миелолейкозе.

Моноциты — часть системы мононуклеарных фагоцитов, в которую входят и тканевые макрофаги. Моноциты имеют много общего с нейтрофилами — фагоцитируют бактерии, грибки, остатки разрушенных клеток. Моноцитозом считается увеличение относительного числа моноцитов в формуле крови более 15% (абсолютное число выше $0,4 \times 10^9/\text{л}$).

Заболевания, часто сопровождающиеся моноцитозом: туберкулез, сифилис, малярия, протозойные инфекции, риккетсиозы, хронические воспалительные реакции, различные опухоли. Среди инфекционных заболеваний заслуживает внимания инфекционный мононуклеоз (вызывается вирусом Эпштейн-Бар), при котором в крови увеличивается число атипичных лимфоцитов (лимфомононуклеары).

Развитие моноцитоза возможно после спленэктомии, а также при «выходе из состояния нейтропении». Флегмона новорожденных протекает со значительным увеличением количества моноцитов. В нашем наблюдении у ребенка трех недель жизни с данным заболеванием в клиническом анализе крови относительное количество моноцитов составляло 65%, что вызвало необходимость провести дифференциальный диагноз с монобластным лейкозом.

Моноцитопения — уровень моноцитов ниже 4% в формуле крови. Чаще всего это временное состояние в период реконвалесценции после инфекционных процессов у часто и длительно болеющих детей. Возможно снижение количества моноцитов при витамин B_{12} дефицитной анемии, лейкозе, апластической анемии. Исчезновение моноцитов — неблагоприятный признак при тяжелых септических процессах, токсической форме брюшного тифа.

СОЭ — скорость оседания эритроцитов. Референтные значения СОЭ: дети и женщины — 2–15 мм/ч, мужчины — 1–10

мм/ч. Изменение СОЭ в основном обусловлено снижением или увеличением содержания в плазме крови белка, диспротеинемией или изменением гематокритной величины, реже — метаболическими и другими нарушениями гомеостаза. Заболевания, протекающие с гиперфибриногенемией (воспалительные процессы), увеличением уровня иммуноглобулинов, белковых фракций, всегда сопровождаются повышением СОЭ (например, бактериальные инфекции, опухолевые процессы). Гиперхолестеринемия, алкалоз, анемия характеризуются возрастанием скорости оседания.

Заключение

Тактика врача при гиперклеточных и цитопенических реакциях крови у детей зависит от клинической картины заболевания. Если повышение или снижение форменных элементов крови является симптомом заболевания, которое в настоящее время имеется у ребенка, то прежде всего проводится его лечение. Так, при коклюше повышение лимфоцитов до 80–90% в анализе крови является одним из дополнительных диагностических критериев заболевания, и по мере выздоровления ребенка наблюдается нормализация этого показателя.

Если же после выздоровления пациента в анализе крови остаются патологические изменения, то необходимо его дополнительное обследование для диагностики осложнения или сопутствующего заболевания.

В случае, когда невозможно объяснить негативные изменения показателей крови имеющейся у ребенка патологией, необходима консультация гематолога, а при подозрении на лимфопролиферативный процесс — дополнительно детского онколога.

Таким образом, клинический анализ крови — простой и доступный врачам различных по уровню оснащенности медицинских учреждений — позволяет провести дифференциальную диагностику во многих клинических случаях, а также качественно осуществить мониторинг эффективности и безопасности лекарственных препаратов, используемых для лечения детей.

СВЯТЫЕ ОТЦЫ О БОЛЕЗНИ

О ПОСТЕ И МОЛИТВЕ ВО ВРЕМЯ БОЛЕЗНИ

Облегчение поста для немощных дозволительно по правилу церковному (Апостол, 69 правило).

Свт. Филарет Московский

В болезни, по совету врача, мы можем разрешить себе на время употребление и постом скоромной пищи, но в этом случае мы должны помнить, что делаем это из необходимости, а не для удовольствия и наслаждения.

Прп. Пимен Многоболезненный

Больной должен в посты поститься в среду и пятницу, а в остальные дни ему разрешается кушать скоромное, кроме мясного.

Прп. Варсонофий Великий

Бывает, что некоторые больные употребляют в пост скоромную пищу как лекарство, и после приносят в этом покаяние, что по болезни нарушили правила Св. Церкви о посте. Но всякому нужно смотреть и действовать по своей совести и сознанию... Лучше из постной пищи выбирайте для себя питательную и удобоваримую вашим желудком.

Старец Арсений Афонский

Старец заболевшему своему другу внушал: «Молиться надо чаще: «Господи! Даждь ми zde терпение, тамо отпущение».

Свт. Феофан Затворник

Не скорбите, если по болезни иногда не можете выполнить молитвенного правила, а благодарите Бога за болезнь, ибо она то же, что молитва, если без ропота и с благодарением терпим.

Старец Арсений Афонский

Однако же в те часы, в кои идет в церкви служба, лучше не лежать, а усесться на постели, прислонясь, если немощь одолевает, к стене, и так молиться умно и сердечно, с полным желанием и бодренностью духа.

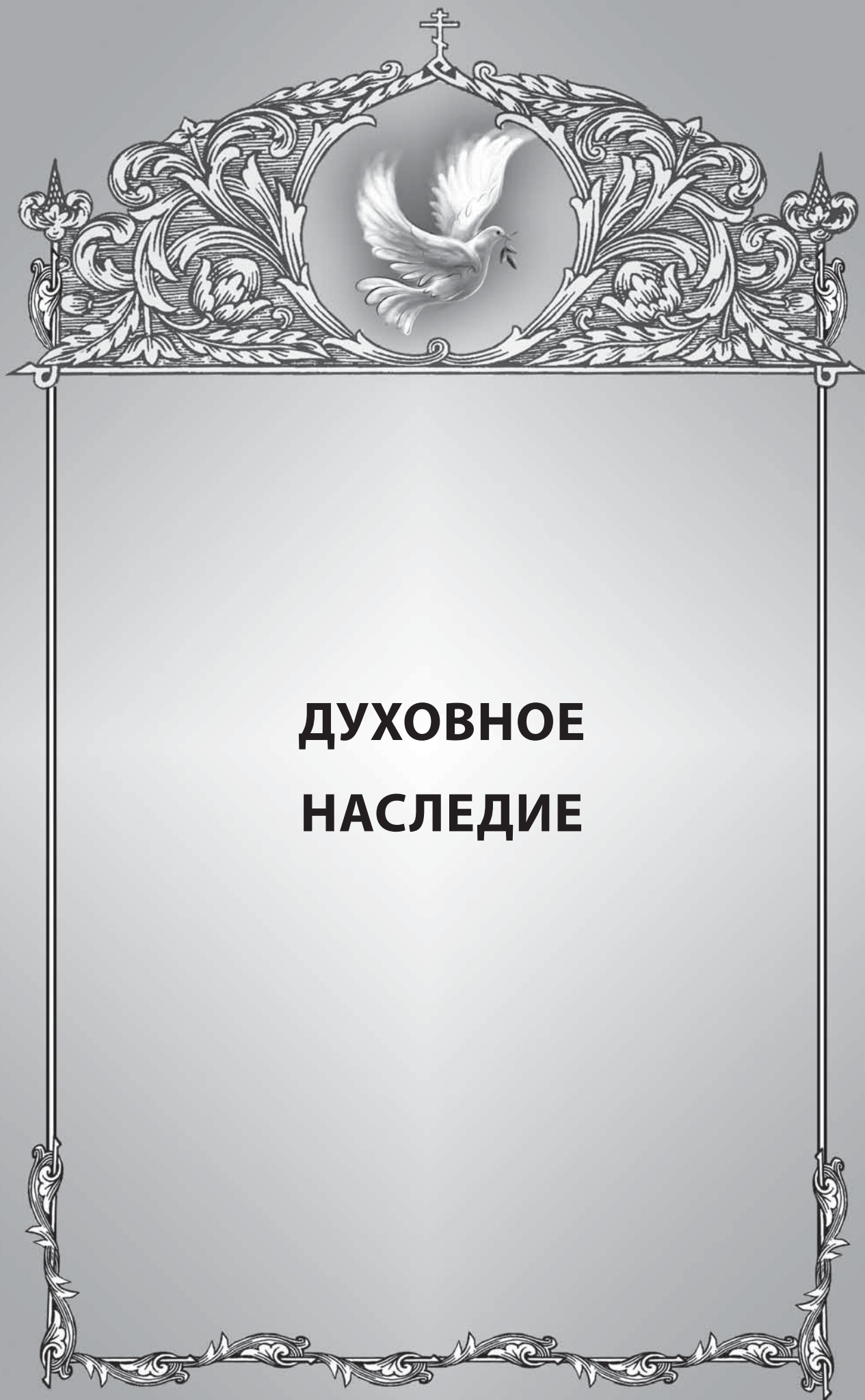
Свт. Феофан Затворник

Пришел как-то к о. игумену Антонию один больной ногами и говорит: «Батюшка, у меня ноги болят, не могу класть поклоны, и это меня смущает». О. Антоний ответил ему: «Да уж в Писании сказано: «Сыне, даждь Ми сердце», а не нози».

Прп. Амвросий Оптинский

Отец не даст детям камня вместо хлеба и змеи вместо рыбы. Если же естественный отец не делает так, тем более не станет так делать Отец Небесный. А прошения наши нередко походят на прошение змеи и камня. Нам кажется, что то хлеб и рыба, чего просим, а Отец Небесный видит, что просимое будет для нас камень или змея — и не дает просимого. Отец и мать изливают пред Богом теплые молитвы о сыне, да устроит ему лучшее, но вместе с тем выражают и то, что считают лучшим для своего сына, именно, чтобы был он жив, здоров и счастлив. Господь слышит молитву их и устраивает для сына их лучшее, только не по понятию просящих, а так, как оно есть на самом деле для сына их: посылает болезнь, от которой умирает сын. Для тех, у которых все кончается настоящею жизнью, это не услышание, а делание наперекор или предоставление лица, о котором молятся, его участи; для верующих же, что настоящая жизнь только приготовление к другой жизни, не может быть сомнения, что сын, о котором молились, заболел и умер именно потому, что услышана молитва и что для него лучше было отойти отсюда, чем оставаться тут. Скажешь: так на что же и молиться? Нет, не молиться нельзя, но в молитвах об определенных предметах всегда надо содержать в мысли условие: «Если, Господи, Сам Ты находишь это спасительным». Св. Исаак Сирианин и всякую молитву советует сокращать так: «Тебе, Господи, ведомо, что для меня полезно: сотвори же со мной по воле Твоей».

Свт. Феофан Затворник



**ДУХОВНОЕ
НАСЛЕДИЕ**



О ПРИЗВАНИИ ВРАЧА

Статья известного русского религиозного философа и публициста Ивана Александровича ИЛЬИНА была опубликована в сборнике «Путь к очевидности». Она была написана автором в эмиграции в последние годы его жизни — в начале 50-х гг. XX в., однако не утратила актуальности. В этой работе отражены основные принципы врачебной этики в русской медицине, следовать которым необходимо любому современному врачу.



В былые годы вся наша семья в Москве лечилась у врача, которого мы все любили, как лучшего друга. Мы питали к нему безграничное доверие, и все-таки, как я вижу теперь, мы недостаточно его ценили... В дальнейшем тяжкая судьба, растерзавшая Россию, разлучила и нас с ним; и жизнь дала мне новый опыт в других странах. И вот, чем дальше уходило прошлое и чем богаче и разнообразнее становился мой жизненный опыт пациента, тем более я научался ценить нашего старшего друга, тем более он вырастал в моих глазах. Он лечил своих пациентов иначе, чем иностранные доктора, лучше, зорче, глубже, ласковее... и всегда с большим успехом. И однажды, когда меня посетила болезнь, особенно длительная и с виду «безнадёжная», я написал ему и высказал ему то, что лежало на сердце. Я не только «жаловался» и не только «вспоминал» его с чувством благодарности и преклонения, но я ставил ему также вопросы. Я спрашивал его, в чем состоит тот способ диагноза и лечения, который он применяет? И что этот способ присущ ему, как личная особенность (талант, умение, опыт?), или же это есть зрелый терапевтический метод? И если это есть метод, то в чем именно он состоит? Можно ли его закрепить, формулировать и сохранить для будущих поколений? Потому что «метод» означает «верный путь», а кто раз открыл верный путь, тот должен указать его другим.

Только через несколько месяцев получил я от него ответ: но этот ответ был драгоценным документом, который надо было непременно

сохранить. Это было своего рода человеческое и врачебное «credo», исповедание веры, начертанное благородным и замечательным человеком. При этом он просил меня, — в случае, если я его переживу, — опубликовать это письмо, не упоминая его имени. И вот я исполняю ныне его просьбу, как желание покойного друга, и предаю его письмо гласности. Он писал мне.

«Милый друг! Ваше вопрошающее письмо было для меня сущою радостью. И я считаю своим долгом ответить на него. Но скажу откровенно: это было нелегко. Я уже стар и времени у меня, как всегда, немного. Отсюда эта задержка; но я надеюсь, что вы простите мне ее. У меня иногда бывает чувство, что я действительно мог бы сказать кое-что о сущности врачебной практики. Но нет спасения во многоглаголании... А отец мой всегда говаривал мне: «уловил, понял — так скажи кратко: а не можешь кратко, так помолчи еще немножко!»...

Моя философия — простая, тихая, доступная каждому, рожденная главным органом Православного христианства — созерцающим сердцем, но не подчеркивающая на каждом шагу своей «школы». Евангельская совесть — вот ее источник.

И. А. Ильин

Однако обратимся к делу.

То, что Вы так любезно обозначили, как мою «личную врачебную особенность», по моему мнению, входит в самую сущность практической медицины. Во всяком случае,

этот способ лечения соответствует *прочной и сознательной русской медицинской традиции*.

Согласно этой традиции, деятельность врача есть дело *служения*, а не дело дохода; а в обхождении с больными — это есть *необобщающее, а индивидуализирующее* рассмотрение, и в диагнозе мы призваны не к отвлеченной «конструкции» болезни, а к *созерцанию ее своеобразия*. Врачебная присяга, которую приносили все русские врачи и которою мы все обязаны русскому Православию, производилась у нас с полною и благоговейною серьезностью (даже и неверующими людьми): врач обязывался к самоотверженному служению, он обещал быть человеколюбивым и готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимым; он обязывался безотказно являться на зов, по совести помогать каждому страдающему; а XIII том Свода Законов (ст. 89, 132, 149 и др.) вводил его гонорар в скромную меру и ставил его под контроль.

Но этим еще не сказано самое важное, главное — то, что молчаливо предполагалось, как несомненное. Именно — *любовь*. Служение врача есть служение *любви и сострадания*: он призван любовно обходиться с больным. Если этого нет, то нет главного двигателя, нет «души» и «сердца». Тогда все вырождается и врачебная практика становится отвлеченным «подведением» больного под абстрактные понятия *болезни (morbus)* и *лекарства (medicamentum)*. Но на самом деле пациент совсем не есть отвлеченное понятие, состоящее из абстрактных симптомов: он есть *живое существо, душевно-духовное и страдающее*; он совсем индивидуален по своему телесно-душевному составу и совсем своеобразен по своей болезни. Именно таким должен врач *увидеть* его, постигнуть и лечить. Именно к этому зовет нас наша врачебная совесть. Именно таким мы должны полюбить его, как *страдающего и зовущего брата*.

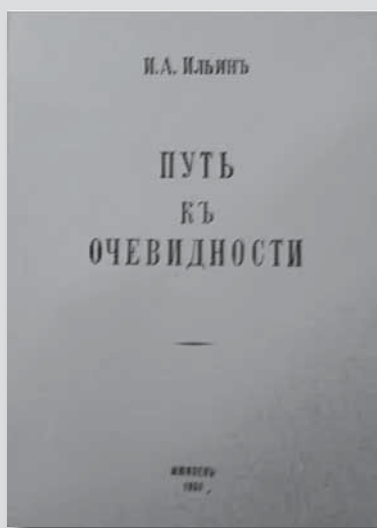
Милый друг, это не преувеличение и не парадокс, когда я утверждаю, что мы должны любить наших пациентов. Я всегда чувствую, что если пациент мне противен и вызывает во мне не сострадание, а отвращение, то мне не удастся *вчувствоваться* в его личность и я не могу лечить его как следует. Это отвращение я непременно должен преодолеть.

Я должен *почувствовать* моего пациента, мне надо добраться до него и *принять его в себя*. Мне надо, так сказать, взять его за руку, войти с ним вместе в его «жизненный дом» и вызвать в нем *творческий, целительный подъем сил*. Но если мне это удалось, то вот — я уже полюбил его. А там, где мне это не удавалось, там все лечение шло неверно и криво.

Лечение, целение есть совместное дело врача и самого пациента. В каждом индивидуальном случае должно быть создано некое *врачебно-целебное «мы»*: он и я, я и он, мы вместе и сообща должны вести его лечение. А создать это возможно *только при взаимной симпатии*. Психиатры и невропатологи наших дней признали это теперь, как несомненное. При этом пациент, страдающий, теряющий силы, не понимающий своей болезни, зовет меня на помощь; первое, что ему от меня нужно, это сочувствие, симпатия, вчувствование — а это и есть живая любовь. А мне необходим с его стороны откровенный рассказ и в описании болезни, и в анамнезе, мне нужна его откровенность; я ищу его доверия — и не только в том, что я «знаю», «понимаю», «помогу», но особенно в том, что я *чую его болезнь и его душу*. А это и есть его любовь ко мне, которую я должен заслужить и приобрести. Он будет мне тем легче и тем больше доверять, чем живее в нем будет ощущение, что я действительно принимаю бремя его болезни, разделяю его опасения и его надежды и решил сделать *все*, чтобы выручить его. Врач, не любящий своих пациентов... что он такое? Холодный доктринер, любопытный расспрашиватель, шпион симптомов, рецептурный автомат... А врач, которого пациенты не любят, к которому они не питают доверия, он похож на «паломника», которого не пускают в святилище, или на полководца, которому надо штурмовать совершенно неприступную крепость...

Это первое. А затем мне нужно прежде всего установить, что пациент *действительно болен* и действительно *желает выздороветь*: ибо бывают кажущиеся пациенты, мнимые больные, наслаждающиеся своею «болезнью», которых надо лечить совсем по-иному. Надо установить как бесспорное, что он *страдает и хочет освободиться* от своего страдания. Он должен быть готов и способен

к *самоисцелению*. Мне придется, значит, обратиться к его внутреннему, сокровенному «самоврачу», разбудить его, войти с ним в творческий контакт, закрепить эту связь и помочь ему стать активным. Потому что в конечном счете всякое лечение есть *самолечение* человека и всякое здоровье есть самостоятельное равновесие, поддерживаемое инстинктом и всем организмом в его совокупности...



Человек должен снова возжелать *подлинной реальности, субстанции* всяческого бытия и всякой жизни. Тогда в нем оживет и раскроется сердце; тогда он свободно и решительно отдастся сердечному созерцанию; на этом он вновь обретет Бога, примирится со своей совестью и начнет создавать новую культуру, — обретая новую *веру* во Христа, слагая новую *науку*, созидая новое *искусство*, формулируя новое *право* и водворяя новую, отнюдь не социалистическую, *социальность*...

И. А. Ильин. Из предисловия к сборнику «Путь к очевидности»

Да, каждый из нас имеет своего личного «самоврача», который чует свои опасности и недуги, и молча, ни слова не говоря, втайне принимает необходимые меры: то гонит на прогулку, то закупоривает кровоточащую рану, то гасит аппетит (когда нужна диета), то посылает неожиданный сон, то прекращает перенапряженную работу мигренью. Но есть люди, у которых этот таинственный «самоврач» находится в загоне и пренебрежении: они живут не инстинктом, а рассудком, произволом или же дурными страстями — и не

слушают его, и перестают воспринимать его тихие, мудрые указания; а он в них прозябает в каком-то странном биологическом бессилии, исключенный, загнанный, пренебреженный...

Без творческого контакта с этой самоцелительной силой организма можно только прописывать человеку полезные яды и устранять кое-какие легкие симптомы; но пути к истинному выздоровлению — не найти. Настоящее здоровье есть *творческая функция инстинкта самосохранения*; в нем сразу проявляется — и воля, и искусство, и непрерывное действие индивидуального «самоврача». А контакт с этим врачом добывается именно через вчувствование, через верные советы, через оптимистическое ободрение больного и ласковую суггестию (своего рода «наводящее внушение»).

Отсюда уже ясно, что каждое лечение есть *совершенно индивидуальный процесс*. На свете нет одинаковых людей; идеи равенства есть пустая и вредная выдумка. Ни один врач никогда не имел дела с двумя одинаковыми пациентами или тем более с двумя одинаковыми болезнями. Каждый пациент единственен в своем роде и неповторим. Мало того: на самом деле нет таких «болезней», о которых говорят учебники и обыватели: есть только *больные люди* и каждый из них болеет по-своему. Все нефритики — различны; все ревматики — своеобразны; ни один неврастеник не подобен другому. Это только в учебниках говорится о «болезнях» вообще и «симптомах» вообще; в действительной жизни есть только «больные в частности», т. е. индивидуальные организмы (утратившие свое равновесие) и страдающие люди. Поэтому мы, врачи, призваны увидеть каждого пациента в его индивидуальности и во всем его своеобразии и постоянно созерцать его, как некий «уникум».

Это значит, что я должен создать в себе — наблюдением и мыслящим воображением — *для каждого пациента* как бы особый «препарат», особый своеобразный «облик» его организма, верную «имаго»¹ страдающего брата. Я должен созерцать и объяснять его состояния, страдания и симптомы через

¹ Имаго (лат.) — образ, подобие.

этот «облик», я должен исходить из него в моих суждениях и всегда быть готовым внести в него необходимые поправки, дополнения и уточнения. Мне кажется, что этот процесс имеет в себе нечто *художественное*, что в нем есть эстетическое творчество; мне кажется, что хороший врач должен стать до известной степени «художником» своих пациентов, что мы, врачи, должны постоянно заботиться о том, чтобы наше восприятие пациентов было достаточно тонко и точно. Нам задано «вчувствование», созерцающее «отождествление» с нашими пациентами: и это дело не может быть заменено ни отвлеченным мышлением, ни конструктивным фантазированием.

Каждый больной подобен некоему «живому острову». Этот остров имеет свою историю и свою «предысторию». Эта история не совпадает с анамнезом пациента, т. е. с тем, что ему удастся вспомнить о себе и рассказать из своего прошлого; всякий анамнез имеет свои естественные границы, он обрывается, становится неточен и проблематичен даже тогда, когда пациент *вполне* откровенен (что бывает редко) и когда он обладает хорошей памятью. Поэтому материал, доставленный анамнезом, должен быть подтвержден и пополнен из сведений, познаний, наблюдений и созерцания самого врача. Он должен совершить это посредством осторожного предположительного выпрашивания и внутреннего созерцания, но непременно в глубоком и осторожном молчании («про себя»). Так называемая «история болезни» (*historia morbi*) есть на самом деле не что иное, как вся жизненная история самого пациента. Я должен увидеть больного *из его прошлого*; если это мне удастся, то я имею шанс найти ключ к его *настоящей* болезни и отыскать дверь к его *будущему* здоровью. Тогда его наличная болезнь предстанет предо мною, как низшая точка его жизни, от которой может начаться подъем к выздоровлению.

Человеческий организм, как живая индивидуальность, есть таинственная система *самоподдержания, самопитания, самообновления* — некая целокупность, в которой все сопринадлежит и друг друга поддерживает. Поэтому мы не должны ограничиваться одними симптомами и ориентироваться по ним.

Симптомы, с виду одинаковые, могут иметь различное происхождение и совершенно различное значение в целостной жизни организма. Симптом является лишь поверхностным исходным пунктом; он дает исследователю лишь дверь, как бы вход в шахту. Он должен быть поставлен в контекст индивидуального организма, чтобы осветить его и чтобы быть освещенным из него.

Как часто я думал в жизни о том, что филологи, рассматривающие слово в отвлечении, в его абстрактной форме, в отрыве от его смысла, как пустой звук, — убивают и теряют свой предмет. И подобно этому обстоит у нас, у врачей. *Все живет в контексте* этого индивидуального, Богом созданного, органически-художественного сцепления, в живом контексте *этой* человеческой личности, с ее индивидуальным наследственным бременем, с ее субъективным прошлым, настоящим и органическим окружением. Сравнительная анатомия учит нас строить в синтетическом созерцании — по *одной* кости весь организм. Врачебный диагноз требует от нас, чтобы мы по одному верно наблюдаемому симптому — ощупью и чутьем, исследуя и созерцая, постепенно — построили всю индивидуальную систему дыхания, питания, кровообращения, рефлексов, внутренней секреции, нервного тонуса и повседневной жизни нашего пациента. Это органическое созерцание мы должны все время достраивать и исправлять на ходу всевозможными приемами: испытующими вопросами, которые ставятся мимоходом, без особого подчеркивания и отнюдь не пугают больного молчаливыми наблюдениями за его с виду незначительными проявлениями, движениями и высказываниями, молчаливыми прогнозами, о которых больной не должен подозревать, осмыслением его походки, анализом его крови и других выделений и т. д. Все это невозможно без вчувствования, и вчувствование невозможно без любви. Все это доступно только художественному созерцанию. И практикующий врач поистине может быть сопоставлен с «идиографическим» историком, исследующим одно, единственное в своем роде и его особенно заинтересовавшее «историческое явление».



Мыслитель. Портрет Ивана Александровича Ильина. Художник М. В. Нестеров. 1921 г.

Человек, вообще говоря, становится «тем», что он *ежедневно* делает или чего не делает. Пусть он только попробует прекратить необходимое ему движение или целительный сон — и из этих упущенных им «невесомостей» каждого дня у него скоро возникнет болезнь. Напротив, если он ежедневно хотя бы понемногу будет грести веслами или если он научится засыпать хотя бы на пять минут среди повседневной суеты, — то он скоро приобретет себе при помощи этих ежедневных оздоравливающих упражнений некий запас здоровья.

Поэтому здоровая, гигиеничная «программа дня», могущая постепенно восстановить утраченное равновесие организма, обещает каждому из нас исцеление и здоровье. Настоящее врачевание не просто старается *устранить* лекарствами известные неприятные и болезненные симптомы, нет, оно *побуждает организм, чтобы он сам преодолел эти симптомы и больше не воспроизводил их*. И точно так же дело не только в том, чтобы отвести смертельную опасность, но в том, чтобы выработать *индивидуально верный образ жизни* и научить пациента наслаждаться им. Эти слова точно передают главную мысль: настоящее «лекарство» — не горько, а сладостно, оно изобретается врачом для данного пациента, в особицу, и притом изобретается совместно с пациентом, оно должно вызвать у пациента жажду жизни, дать ему

жизнерадостность и поднять на высоту его творческие силы. Здоровье есть равновесие и наслаждение. Лечение есть путь, ведущий от страдания к радости.

Есть поговорка: «подбирай не Сеньку по шапке, а шапку по Сеньке». Это и для всякой одежды и обуви. Это применимо и к лекарствам и к образу жизни. Нет всеисцеляющих средств; «панацея» есть вредная иллюзия. Нет такого «впрыскивания» и нет такого образа жизни, которые были бы всем на пользу. Если врач изобретает новое средство или новый образ жизни (напр., режим Кнейпа², или вегетарианство) и начинает применять его у всех пациентов — настаивая, экспериментируя, внушая и триумфируя — то он поступает нелепо и вредно. Я называю такое лечение «прокрустовым врачеванием», памятуя о легендарном разбойнике, укладывавшем всех людей на одну и ту же кровать: длинному человеку он обрубал «излишки», короткого он вытягивал до «нужной» мерки. Такие врачи всегда встречались, они попадают и теперь. Такой врач «любит» тех пациентов, которым его новое средство «помогает» — ибо они угождают его тщеславию и доходолюбию, а к тем, которым его мнимая «панацея» не помогает, он относится холодно, грубо или даже враждебно.

Утверждая все это, я совсем не отрекаюсь от всех наших лабораторий, анализов, просвечиваний, рентгеновских снимков, от наших измерений и подсчетов. Но все эти арифметические и механические подсобные средства нашей практики получают свое настоящее значение от верного применения: все это только начальные буквы нашего врачебного текста, это естественно-научная азбука наших диагнозов, но отнюдь еще не самый диагноз. Диагноз осуществляется в живом художественно-любовном созерцании страдающего брата, и врачебная практика есть индивидуально-примененное исследование, отыскивающее тот путь, который восстано-

² Кнейп Себастьян (1821–1897) — немецкий католический священник. Будучи больным, прибег к водолечению. С течением времени выработал собственную систему оздоровления с помощью воды и водных процедур, которую широко применял при лечении и профилактике многих заболеваний обращавшихся к нему людей.

вил бы в нем утраченное им органическое равновесие.

Но это еще не все. Горе тому из нас, кто упустит в лечении *духовную проблематику* своего пациента и не сумеет считаться с нею! Врач и пациент суть духовные существа, которые должны совместно направить судьбу страдающего духовного человека. Только при таком понимании они найдут верную дорогу. Человек не гриб и не лягушка: энергия его телесного организма, его «соматического Я», дана ему для того, чтобы он тратил и сжигал его вещественные запасы *в духовной работе*. И вот есть люди, которые сжигают *слишком много* своей энергии и своих веществ в духовной работе — от этого страдают, и есть другие люди, которые пытаются истратить *весь запас* своих телесных сил и веществ — *через тело*, духом же пренебрегают — и от этого терпят крушение. Есть болезни воздержания (аскеза) и болезни разнуздания (перетраты). Есть болезни пренебреженного и потому истощаемого тела; и есть болезни пренебреженного и потому немощного духа. Врач должен все это установить, взвесить и найти индивидуально-верное решение, и притом так, чтобы пациент этого не заметил. Нельзя лечить тело, не считаясь с душой и духом, но дух очень часто и знать не желает о том, что его «лечат»... Поэтому каждый из нас, врачей, должен иметь доступ ко многим тонкостям душевных болезней, всегда иметь при себе «очки»

нервного врача и применять их осторожно и молчаливо...

Только на этом пути мы можем осуществить синтетическое, творчески живое диагностическое созерцание и врачевание. Только так мы постигнем страдание нашего пациента в его органической целокупности и сумеем верно облегчить его таинственную болезнь.

Милый друг! Я бы хотел вручить Вам эти отрывочные замечания как своего рода «исповедание» старого русского врача. Это не мои выдумки. Я только всю жизнь применял эти правила и теперь выговорил их. Они укоренены в традициях русской духовной и медицинской культуры и должны быть переданы по возможности новым подрастающим поколениям русских врачей. А так как я наверное завершу мой земной путь раньше Вас, то прошу Вас об одолжении: сохраните мое письмо и опубликуйте его после моей смерти там и тогда, когда Вы признаете это целесообразным. Но не называйте при этом моего имени, потому что, правда же, дело не в имени, а в культурной традиции русского врача. Да и времена теперь такие, что всякое неосторожно названное имя может погубить кого-нибудь».

Письмо заканчивалось дружеским приветом и полной подписью. А мне оставалось только исполнить просьбу моего старого друга, что я ныне и делаю.

НОВОСТИ

КАРЕЛИЯ

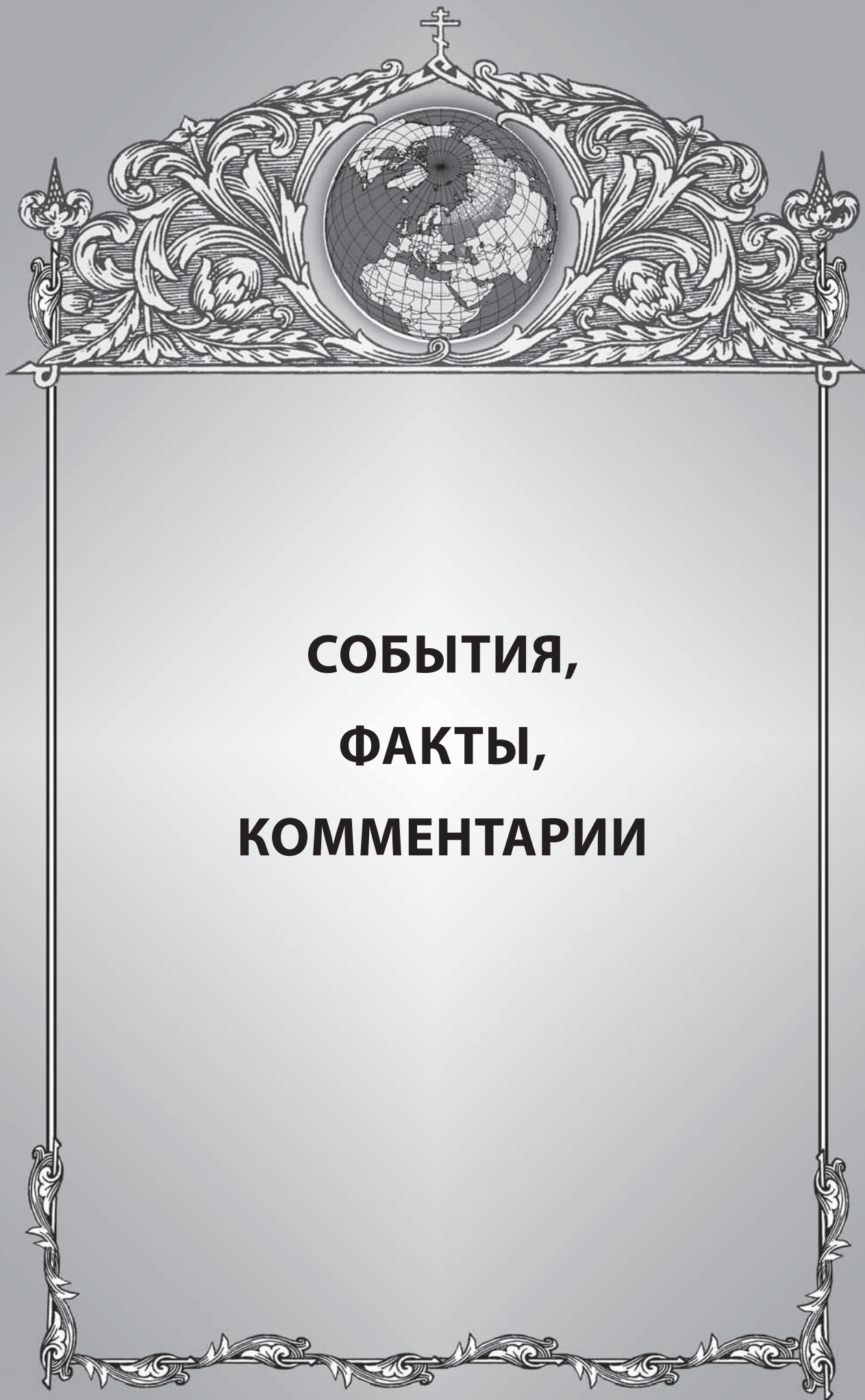
26 декабря 2014 г. состоялось очередное **собрание Общества православных врачей Республики Карелия** (ОПВРК). Секретарь ОПВРК сообщил о работе общества в 2014 г. В частности, он рассказал о **рабочих поездках в Кондопогу и в Суоярви**. В ходе поездки в приход храма Рождества Пресвятой Богородицы в г. Кондопоге 20 декабря была оказана лечебно-консультативная помощь прихожанам храма врачами-терапевтами, эндокринологами, офтальмологами, кардиологами, маленькие пациенты были осмотрены педиатром. Всем обратившимся на прием была выполнена регистрация электрокардиограммы, определен уровень гликемии. Врачи ОПВРК также провели выездной прием прихожан и священнослужи-

телей в г. Суоярви. Всего в ходе поездок было осмотрено более 100 человек — взрослых и детей. Эндокринологом ОПВРК подготовлены рекомендации по питанию пациентов с сахарным диабетом в период поста. Кроме того, проводилась работа по разъяснению пользы вакцинопрофилактики: состоялась открытая лекция на тему «Православный взгляд на вакцинопрофилактику». Около 300 экземпляров книги «Вакцинопрофилактика для родителей», предоставленных Обществом православных врачей России, было передано священнослужителям приходов епархии и заинтересованным прихожанам. Продолжается администрирование сайта ОПВРК, где на форуме можно получить консультацию специалистов.

Во второй части собрания был заслушан доклад И. А. Минаевой «**Синдром професси-**

онального выгорания», после которого прозвучал духовно-нравственный комментарий духовника ОПВРК протоиерея Олега Сякярова. В своем слове духовник общества отметил, что духовной причиной синдрома профессионального выгорания является безразличие к ближним. У настоящего верующего врача, соблюдающего законы любви и жертвенного служения ближнему, выгорание не наступает, чему есть множество подтверждений среди известных православных докторов. Деятельная любовь к ближнему и является критерием духовного состояния врача, которое нужно формировать, в первую очередь, борясь со страстями, выжигающими сердце.

По материалам oprvk.ru





ТУЛА



РОСТОВ-НА-ДОНУ



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ



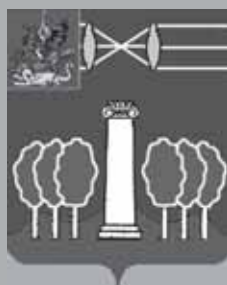
КАРЕЛИЯ



КУРГАН



НОВГОРОД



КРАСНОГОРСК

КОНФЕРЕНЦИЯ В ТУЛЕ «ДУХОВНЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ОСНОВЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»



В тульском Доме науки и техники состоялась конференция «Духовные, социальные и медицинские основы сохранения здоровья населения». Она была организована Министерством здравоохранения Тульской области и Тульской епархией при содействии Общества православных врачей России и его Тульского регионального отделения. Мероприятие подобного масштаба на Тульской земле прошло впервые. В конференции приняли участие не только представители тульского медицинского сообщества, но также академики и профессора из Москвы. Доклады выступавших были посвящены различным вопросам медицинского служения — «Репродуктивные технологии в свете православной этики», «Взгляд Русской Православной Церкви на вакцинопрофилактику», «Значение работы “Маминой школы” в воспитании физически и духовно здорового ребенка» и «Жизнь и подвиг лейб-медика Е. С. Боткина». Все выступления были объединены темой сотрудничества врача и священнослужителя в деле сохранения здоровья населения.



Открытие конференции

«Милостью Божией последние четверть века новейшей истории Отечества нашего и Церкви ознаменованы возрождением утраченных в XX в., но исконно присущих Церкви образов ее служения внешнему миру, — сказал митрополит Тульский и Ефремовский

Алексий на открытии конференции. — Сегодня мы видим не только возрожденными, но и уже получившими опыт в развитии и умножении те традиции социального и благотворительного служения, которые перешли нам по наследию от предшествовавших нам поколений».



Священники, врачи, сестры милосердия — участники конференции в Туле

Церковное служение, по свидетельству митрополита Алексия, распространяется на Вооруженные силы, учреждения пенитенциарной системы, детские дома и дома престарелых. «Слава Богу, что сейчас практически в каждом регионе есть опыт возрождения сестричеств милосердия и обществ, православных врачей, набирающий силу не по указке сверху, а природно, исходя из той внутренней церковной жизни, центром которой является Бог, который есть Любовь», — отметил владыка Алексий.

В приветственном слове к участникам конференции председателя Синодального отдела по благотворительности епископа Орехово-Зуевского Пантелеимона также было подчеркнута значение духовных основ в воспитании медицинских работников: «Мы убеждены в том, что наши труды оправданы в современном мире, часто демонстрирующем отход от Христовых заповедей и христианских ценностей, духовное оскудение и утрату

нравственных начал. Полагаем, что нам надо прилагать совместные усилия к тому, чтобы вирусы жестокости, стяжательства, цинизма и равнодушия не поразили бы одну из самых гуманных профессиональных сфер — медицину». Приветственное послание зачитал ответственный секретарь Синодального отдела по церковной благотворительности игумен Серафим (Кравченко).



Выступает ответственный секретарь Синодального отдела по церковной благотворительности игумен Серафим (Кравченко)

Затем игумен Серафим вручил почетные грамоты Общества православных врачей России представителям тульской медицины и духовенства: заместителю председателя Общества православных врачей Тулы Т. Н. Кожевниковой, главному акушеру-гинекологу Тульской области Н. Н. Гранатович и заместителю председателя отдела по благотворительности Тульской епархии, духовнику тульских сестер милосердия протоиерею Виктору Рябоволу.

Участников форума также приветствовали заслуженный врач России, мэр города Тулы Ю. И. Цкипури и заместитель министра здравоохранения Тульской области А. В. Караваев, отметившие позитивное отношение врачей к участию Русской Православной Церкви в деятельности медицинских учреждений: «Данное сотрудничество позволяет сегодня с уверенностью говорить о том, что опыт взаимодействия медиков и священников способствует формированию нравственно обоснованных позиций у медработников». «Представители конфессии не только находят слова утешения для больных и их родственников, но и «рука об руку» действуют с вра-

чом, с тем, чтобы исцелялась не только тело, но и душа», — сказал А. В. Караваев.

С 2012 г. в регионе организована и успешно работает Тульская городская общественная организация «Общество православных врачей имени блаженного Иоанна Христа ради юродивого Тульского чудотворца».

«Сегодняшняя конференция — еще одно подтверждение тому, что сотрудничество здравоохранения региона с Русской Православной церковью продолжается, и год от года крепнет», — подчеркнул А. В. Караваев и пожелал участникам форума интересной и плодотворной работы.

Форум продолжил свою работу в формате обсуждения докладов, посвященных наиболее насущным проблемам в сфере медицины и способам их преодоления с помощью обществ православных врачей и духовенства.

«Сегодня были заслушаны многочисленные доклады, затронувшие важные темы, объединенные общей доминантой — духовный облик врача, — резюмировал игумен Серафим (Кравченко). — Примером для современных врачей должны служить такие медицинские светила, как лейб-медик Евгений Боткин и его духовный наставник святитель Лука (Войно-Ясенецкий), Крымский архиепископ и правящий архиерей, который также был хирургом и практикующим врачом. Подобный симбиоз духовного и медицинского является маяком для духовного роста любого врача, независимо от того, где проходит его служение — в федеральной, областной или сельской клинике».

Как отметил игумен Серафим, конференция еще раз показала необходимость сотрудничества духовенства с медицинскими учреждениями. «Главная задача православных врачей не в создании альтернативной медицины, а в воцерковлении медицины традиционной, чтобы древние слова “не навреди” из врачебной клятвы Гиппократова обрели сегодня и духовный смысл», — также подчеркнул игумен Серафим (Кравченко).

По материалам сайтов diaconia.ru и ИА Тульской службы новостей tsn24.ru

При оформлении использованы фото Ф. С. Передириева и tsn-tv.ru

V ПОДМОСКОВНЫЙ ФОРУМ «МЕДИЦИНА И ПРАВОСЛАВИЕ»



13 ноября 2014 г. в подмосковном городе Красногорске состоялся V Подмосковный форум «Медицина и Православие», организованный Медицинским отделом Московской епархии и Министерством здравоохранения Московской области. Форум проходил под девизом «Соратничество во имя жизни».



Начиная с 2009 г. мероприятие проводится практически ежегодно в одном из муниципальных образований. В 2014 г. для подчеркивания его особой значимости, организаторы приняли решение выбрать площадкой для форума здание правительства Московской области.

В конференц-зале Дома правительства Московской области собралось около тысячи человек. В форуме приняли участие митрополит Крутицкий и Коломенский Ювеналий, викарии Московской епархии епископ Серпуховской Роман и епископ Балашихинский Николай, министр здравоохранения правительства Московской области Н. В. Суслонова, руководители муниципальных управлений здравоохранения, главные врачи и сотрудники подмосковных медицинских учреждений, священнослужители Московской епархии.

В ходе форума участники и гости смогли посетить несколько круглых столов и обсу-

дить наиболее острые проблемы современного общества, в том числе профилактику абортов, наркомании и алкоголизма.



В приветственной речи к участникам Н. В. Суслонова отметила значимость мероприятия и подчеркнула, что никто не стоит так близко к Церкви и Православию, как медицинский работник. «Неслучайно говорят, что есть три профессии от Бога: лечить, учить и судить. Врач принимает человека в этот мир и врач провожает его, как, по сути, и священник. Не может человек обойтись без помощи не только телесной, но и духовной», — отметила министр.

Почетным гостем форума стал митрополит Крутицкий и Коломенский Ювеналий. Обращаясь к участникам форума, митрополит Ювеналий сказал: «Телесное и духовное здоровье тесно взаимосвязаны. Святой апостол Павел, благословляя древних христиан, писал: “Сам же Бог мира да освятит вас во всей полноте, и ваш дух и душа и тело во всей целостности да сохранится без порока” (1 Фес. 5:23). Тем самым Церковь напоминает о сложности, многосоставности человеческого естества, причем первенствующее место занимает именно духовное начало. Жизнь души оказывает существенное влияние на состояние тела. Святителю Феофану Затворнику принадлежат слова: “Трех совершается в душе и прямо делает ее больной; но так как жизнь тела не отделима от души, то от больной души жизнь нездоровая”. К сожалению

нию, и сегодня грех, порок или даже просто духовная незрелость, психологический инфантилизм, не говоря уже о разной степени тяжести душевных недугов ведут к пагубным последствиям для физического здоровья людей или даже к преждевременному прекращению жизни.

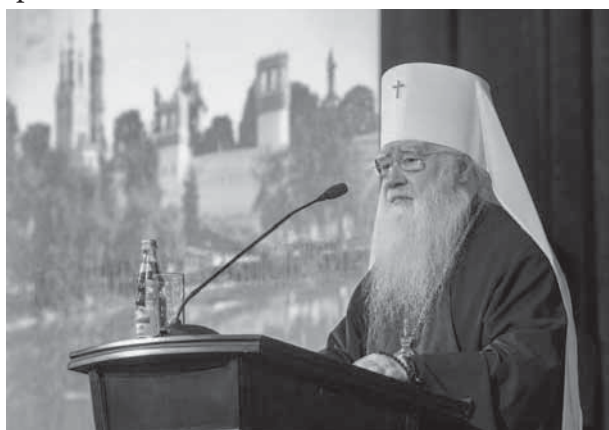
Достаточно привести два примера, которые, как говорится, у всех на виду, и в отношении которых сотрудничество Церкви и медицины является особенно насущным. Первое и позорное в нашей стране явление — это статистика аборт, по которой Россия занимает одно из первых мест в мире. С печалью приходится констатировать, что мы не наблюдаем со стороны общества решительного противодействия детоубийству.

В этой связи особенно важно присутствие священника в роддоме, где молодые матери очень нуждаются в духовной поддержке и молитве. Безусловно, важна духовная помощь и тем женщинам, которые сбились с жизненного пути. Поистине судьбоносной может стать беседа пастыря с женщиной, которая намеревается погубить во чреве свое дитя. Получив наставление, она сможет духовно укрепиться для того, чтобы стать не детоубийцей, а привести к жизни нового человека. Поможет в этом и совет врача, который будет рекомендовать не скорее избавиться от плода, а объяснить, в чем заключаются пагубные последствия аборта для здоровья матери.



Вторая наша беда — это распространение наркомании. По официальным данным в стране активно потребляют наркотики 3 миллиона человек, а нерегулярно — 8 миллионов. В недавнее время проблема усугубилась с появлением новых ядовитых наркотических солей, борьба с которыми пока не вы-

ведена на должный уровень эффективности. Добавьте к этому почти несокращающийся алкоголизм, и вы поймете весь трагизм ситуации. В качестве одной из главных причин этого усматривается неспособность человека принять жизненные реалии и найти свое место в окружающем мире, духовное бессилие перед лицом социальных и экономических проблем.



Таким образом, мы видим торжество зла и страдания, выражающееся в том, что новым людям не дают родиться, а уже живущие убивают сами себя. Церковь и медицина естественные союзники в противостоянии этим бедам, угрожающим самому существованию российского народа. Нашей общей задачей являются возрождение нравственности, возвращение людей к духовным основам жизни, созидание веры и любви.

За минувшие годы священники Московской епархии посещали больных, находящихся на излечении в 320 медицинских учреждениях. Во многих больницах уже имеются домовые храмы, которые, по отзывам духовенства, всегда собирают на богослужения множество молящихся. Там, где при больницах нет церквей, хорошо бы иметь молитвенные комнаты. Присутствие пастыря в больнице имеет огромное значение. Православные люди имеют возможность обратиться к Таинствам Церкви и через это получить духовные силы для борьбы с болезнью. Многие из тех, кто ранее не обращался за помощью к Церкви, в условиях тяжких испытаний недугом впервые задумываются о смысле жизни, о своем месте в мире и ищут помощи и наставления у священника. Мы имеем много отзывов медицинских работников о том, насколько благотворно сказывается на состоянии больных

помощь, получаемая ими со стороны Церкви. Не стоит забывать и о том, что врач и медсестра, постоянно сталкивающиеся с человеческим страданием, также нуждаются в духовной поддержке и сочувствии».

За жертвенные труды в развитии тесного сотрудничества медицины и Церкви митрополит Ювеналий наградил главного врача отделения патологии беременности Подольского родильного дома А. И. Сергеева благословенной грамотой Управляющего Московской епархией, а главного врача Московской областной психиатрической больницы № 8, заслуженного врача РФ, Г. И. Шурыгина — епархиальной медалью «За дела милосердия» III степени. Благодарственными грамотами министра здравоохранения Московской области были награждены священник Максим Цапко, настоятель Христорожественского храма села Мелихово Чеховского района, а также священник Валентин Липай, клирик храма священномученика Александра города Подольска.

Работа форума проходила по трем секциям:

- Богослужебная и волонтерская деятельность в медицинских учреждениях;
- Забота о здоровье матери и профилактика абортот;
- Профилактика наркомании и алкоголизма. Духовная помощь зависимым.

По итогам форума было решено продолжать совместную работу по созданию групп милосердия и приходов на базе подмосковных больниц, предупреждать население о тяжелых последствиях наркомании и алкоголизма и проводить профилактическую работу по предупреждению абортов.

В завершении мероприятия была принята следующая резолюция Пятого форума «Медицина и Православие»:

«Обсудив доклады, связанные с вопросами сотрудничества медицинских работников и священно-церковнослужителей Московской епархии Русской Православной Церкви, участники Пятого Подмосковного форума «Медицина и Православие» рекомендуют:

1. Отметить положительные плоды взаимодействия Московской епархии Русской Православной Церкви и Министерством

здравоохранения Московской области. Продолжить сотрудничество между приходами и монастырями Московской епархии Русской Православной Церкви и лечебно-профилактическими учреждениями муниципальных образований Московской области.

2. Принимая во внимание свидетельства пациентов и медицинских работников о положительном результате означенного сотрудничества в восстановительном лечении мы поддерживаем инициативы по развитию взаимоотношений медицинских работников и священно-церковнослужителей и призываем оказывать содействие в создании в лечебных учреждениях домовых больничных храмов, в организации патронажной помощи представителей приходских групп милосердия и православных сестричеств.

3. Совместно с органами и учреждениями здравоохранения муниципальных образований Московской области способствовать созданию в благочиниях, монастырях и приходах Московской епархии Русской Православной Церкви новых групп милосердия, братств и сестричеств, привлекая православных молодых людей, заботясь об их вовлечении в традиционно-культурную, духовную и социальную жизнь общества.

4. Предупреждая о пагубных последствиях демографического кризиса и ослаблении института семьи, свидетельствовать о необходимости конструктивного диалога с общественностью для поддержания научно-медицинских и социальных программ по защите права жизни плода и новорожденного, материнства и детства, поддерживать и поощрять положительные примеры сотрудничества медицины и Русской Православной Церкви в родовспомогательных учреждениях.

5. Шире использовать опыт церковной работы по пропаганде здорового образа жизни и противодействию наркотической и алкогольной угрозе».

*По материалам сайта Московской епархии
РПЦ www.mepar.ru и интернет-портала
www.pravmir.ru*

*В оформлении использованы материалы
сайтов: www.mepar.ru и www.lik-blogo.ru*

КОНФЕРЕНЦИЯ КО ДНЮ МАТЕРИ В БАРНАУЛЕ



27 ноября 2014 г. в конференц-зале барнаульского родильного дома № 2 состоялась учебно-методическая конференция «Материнство в акушерско-гинекологической практике: медицинские, социальные и духовные аспекты». В конференции участвовали коллективы акушерско-гинекологических, педиатрических кафедр Алтайского государственного медицинского университета (АГМУ) и акушерского отделения Барнаульского базового медицинского колледжа (ББМК).

Конференция была посвящена Дню Матери, который традиционно отмечался в последнее воскресенье ноября. В нашей стране этот праздник проходит ежегодно с 1998 г. и призван повысить социальную значимость материнства. Этому празднику посвящаются мероприятия во многих учреждениях здравоохранения по всей России. Ведь именно врачи акушеры-гинекологи, педиатры, акушерки стоят у истоков рождения и становления ребенка и самого феномена материнства. Поэтому им необходимо не только понимать физиологические предпосылки материнства, но и его психологическую и духовно-нравственную основу. День матери привлекает все больше внимания студентов и молодых врачей.

Конференцию «Материнство в акушерско-гинекологической практике: медицинские, социальные и духовные аспекты» возглавила доктор соц. наук, профессор Н. С. Тимченко. Сопредседателями были священник Михаил Бень и канд. мед. наук, доцент С. Д. Яворская. Во вступительном слове Н. С. Тимченко рассказала об истории праздника и об актуальности проблематики семьи в настоящее время.

Первый доклад «**Семья в православной духовной традиции**» сделал председатель епархиальной комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства Барнаульской епархии иерей Михаил Бень. Искренняя боль о проблемах современной семьи, об искаже-

нии этого богоустановленного союза мужчины и женщины прозвучала в выступлении священника. Иерей Михаил Бень призвал присутствующих укреплять духовно-нравственную основу своей семьи, беречь детей от безнравственных новаторских опытов. Подхватила и продолжила эту мысль С. Д. Яворская в докладе «**Рождение ребенка как этап развития семьи**». Она привела наблюдения из практики и предложила свое осмысления проблем. Главная причина возникновения феномена неготовности к материнству, формирования социального инфантилизма, по мнению опытного акушера, заключается в малодетности семей из которых эти молодые мамочки вышли.



Доклад врача-интерна кафедры педиатрии ФПК и ППС М. Н. Руф «**Стать педиатром: к истории профессионального выбора**» был посвящен обретению радости и смысла профессии детского врача. Прозвучали теплые слова благодарности родителям и преподавателям, показавшим смысл и глубину понимания сути этой профессии.

В контексте сложившегося разговора естественным стало освещение еще одной «болевогой» точки современной семьи — безответственного отцовства. Познавательным, глубоким и интересным был доклад на эту тему профессора Н. С. Тимченко «**Социокультурный феномен отцовства**». В нем прозвучало предупреждение о нередко наблюдаемых за рубежом и в нашей среде крайне негативных вариантах образа современного отца, были показаны ис-

токи «безотцовщины» и очерчен феномен «псевдоотцовства». Был высказан призыв к возвращению к традиционным нравственным ценностям, которые помогают сохранить роли отца и матери, обрести счастье в семье.



Совместный доклад заведующей женской консультацией № 14 Барнаула И. П. Телеш и врача женской консультации Новоалтайска Н. Н. Гапанковой «**Возвращение к истокам: промежуточные итоги краевого конкурса «В защиту жизни»**» представлял собой своего рода отчет о восьмимесячной работе по сохранению беременностей у женщин, идущих на аборт. Эта работа велась как на базе женской консультации, так и церкви Иоанна Богослова в Барнауле при духовном окормлении иерея Сергия Прохорова.

Свой опыт общения с учащейся молодежью затронула в докладе «**Формирование личности студента-медика в образовательном пространстве вуза**» доцент Н. Н. Реутова. Она очертила место воспитательного процесса в формировании компетенций современного специалиста. В докладе были рассмотрены часто встречающиеся на практике биоэтические проблемы. Н. Н. Реутова подчеркнула необходимость серьезной духовно-нравственной подготовки студентов как основы профессиональных качеств будущего специалиста-медика.

Заведующая отделением акушерского дела ББМК Л. И. Люк в докладе «**Трансформация профессионального обучения современной акушерки**» рассказала о подготовке и введении в профессию акушерок в стенах колледжа. Накоплен огромный опыт профессиональной подготовки, в условиях введения новых образовательных стандартов не упу-

скается, а, наоборот, развивается воспитательный процесс.

Профессиональные вопросы с освещением биоэтических проблем рассматривались в докладах «**Некоторые аспекты ухода за детьми, родившимися с экстремально низкой массой тела**» студентки VI курса Е. А. Семченко и «**«Особенные» дети: медицинский, социальный и духовный подходы к детям с пороками развития**» врача-интерна М. С. Чернобровкиной.



Презентация виртуальной хрестоматии «Свет материнства», подготовленной сотрудниками библиотеки АГМУ Н. Г. Сено-трусовой и Г. В. Троценко вызвала большой интерес, фактически она послужила подарком присутствующим. Стихи о материнстве, иллюстрированные великолепными репродукциями теперь будут храниться на «электронной полке» библиотеки АГМУ.

Стендовые доклады: «**Врач–Мать–Человек: частное повествование**» врача педиатра, многодетной мамы О. Колесовой и «**Спаси и сохрани жизнь. Опыт противоабортивной работы**» А. Загрядской дополнили обсуждаемые проблемы явились наглядным примером необходимости следования российским семейным традициям.

Итог встречи подвел в своем выступлении иерей Михаил Бень. Он обозначил систему координат духовно-нравственного развития человека и пожелал участникам встречи Божией помощью.

По материалам altai-eparhia.ru

В оформлении использованы фото сайта

СВЯТЫЕ ОТЦЫ О ЛЕЧЕНИИ

О НЕОБХОДИМОСТИ В БОЛЕЗНИ ПРИБЕГАТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

В болезнях должно заботиться об излечении их.

Если ты болен, то пригласи опытного врача и воспользуйся предписанными им средствами. С этой целью возникают из земли столь многие благодетельные растения. Если ты по гордости отвергнешь их, то ускоришь свою смерть и сделаешься самоубийцей.

Блж. Иероним

Врачу показывать болезни телесные не есть грех, но смирение.

Прп. Варсонофий Великий

Все от Бога, Он попускает поболеть, и Он же окружил нас способами врачевательными.

Многие болезни Господь исцеляет через врачей и другие средства. Но есть болезни, на излечение которых Господь налагает запрет, когда видит, что болезнь нужнее для спасения, чем здоровье.

Кто не чувствует мужества терпеть болезнь, то лучше прибегать к лекарям, все же помощи ожидая от Бога, ибо Он вразумляет лекарей.

Свт. Феофан Затворник

Как не должно вовсе бегать врачебного искусства, так не сообразно полагать в нем всю свою надежду. Но как пользуемся искусством земледелия, а плодов просим у Господа, или вверяем кормило кормчemu, а молим Бога, чтобы спас нас от потопления, так, вводя к себе врача, когда позволяет это разум, не отступаемся от упования на Бога.

Свт. Василий Великий

О СЛУЖЕНИИ БОЛЬНЫМ

Когда увидим болящего, то не будем худо объяснять себе причину его болезни, но постараемся утешить его.

Не должно отказывать в помощи больным из опасности заразиться их болезнью.

Посещение лежащих на ложах больных и одержимых скорбью плоти избавляет от беса гордыни и блуда.

Посещай болящих, да посетит Бог тебя.

Равную награду получает больной и кто служит ему.

Прп. Пимен Многоболезненный

Кроме молитвы, должно вам иметь духовного собеседника, развлекающего вас от скорби и уныния.

Игумен Никон (Воробьев)

Не убий. Убивают, между прочим, и врачи от неведения болезни больного, прописывая ему вредные лекарства. Убивают и те, которые не хотят лечиться или лечить больного, коemu необходима помощь врача. Убивают те, которые раздражают больного, для которого раздражение губительно, например, подверженного чахотке, и тем ускоряют его смерть. Убивают те, которые не подают в скором времени, по скупости или по другой недоброй причине, врачебного пособия больному, хлеба голодному.

Прав. Иоанн Кронштадтский

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

«Церковь и медицина» — официальный научный журнал Общества православных врачей России, публикующий статьи, посвященные различным проблемам медицинской науки и практики, рассматриваемым с православной точки зрения.

В журнале планируются следующие разделы и рубрики:

- Материалы медицинских конференций и съездов ОПВР
- Материалы Международных образовательных Рождественских чтений
- Проблемы биомедицинской этики
- Практические вопросы современной медицины
- Служение сестер милосердия
- Опыт региональных ОПВ
- Исторические материалы
- По страницам медицинских изданий
- Материалы, посвященные свт. Луке
- Литературные страницы
- События, факты, комментарии

Адрес редакции: 194291, Россия, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4, корп. 3.
Тел: 8 (812) 334-15-88; e-mail: opvspb@mail.ru

При оформлении статей для печати редакция журнала просит придерживаться следующих правил.

1. На первой странице статьи указываются ее название, фамилия, имя, отчество, ученая степень автора (авторов), полное название учреждения, город. Статья должна быть подписана всеми авторами. Следует указать точный почтовый адрес, телефон, e-mail автора, с которым редакция может вести переписку.

2. Объем оригинальной статьи не должен превышать 10 страниц (1 страница — не более 2000 знаков с пробелами), включая таблицы, схемы и рисунки; краткого сообщения — не более 4 страниц. Объем других видов работ (лекции, обзоры и др.) согласуется с редакцией заранее.

3. Статья должна быть набрана на компьютере в формате редактора Word-2003 или другом совместимом редакторе. В редакцию направляется текст в электронном виде и два экземпляра его распечатки (на одной стороне

листа формата А4, кегль — 12, двойной интервал между строками).

4. Количество графического материала должно быть минимальным (не более 5 рисунков). Каждый рисунок должен иметь подпись, в которой дается объяснение всех его элементов (кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений). Данные рисунков не должны повторять материалов таблиц. На каждый рисунок должна быть сделана ссылка в тексте.

5. Таблицы должны содержать только необходимые данные. В них должны быть представлены только обобщенные и статистически обработанные данные. Каждая таблица должна иметь заголовок. В тексте статьи на каждую таблицу должна быть ссылка.

6. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Список литературы составляется в алфавитном порядке — сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (статьи), место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуска, страницы (от и до).

Например:

Штрубе Ю., Штольц П., Майер В. В какой степени аминокислоты и пептидил определяют эффективность потенцированных лекарственных средств? // Биологическая медицина, 2002. № 2. С. 9–14.

Бочаров А. С., Чернышев А. В. О небесном и земном. М.: Паломник, 2001.

8. Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, статья возвращается на доработку. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных статей.

9. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. За издательством остается право на оформление и издание журнала. При перепечатке статьи или ее части ссылка на журнал обязательна.

10. Статьи, оформленные не по правилам, не рассматриваются. Рукописи, не принятые к печати, обратно не возвращаются.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ «ЦЕРКОВЬ И МЕДИЦИНА»

Журнал «Церковь и медицина» — научное периодическое издание, официальный центральный печатный орган Общества православных врачей России и Общества православных врачей Санкт-Петербурга.

25 июня 2012 г. журнал «Церковь и медицина» зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи информационных технологий и массовых коммуникаций. Регистрационный номер ПИ № ФС77-50747.

Журнал издается с 2005 г. В настоящее время выходит с периодичностью 2 номера в год.

- Задачей журнала является обсуждение актуальных проблем современной медицины среди православных врачей.

- В издании публикуются материалы, посвященные различным проблемам медицинской науки и практики, биомедицинской этики с православной точки зрения.

- Различные разделы журнала представляют передовые и оригинальные статьи, исторические материалы, дискуссии, случаи из практики, краткую информацию о проведении конференций и съездов, а также их материалы.

- В редакционный совет журнала входят известные российские врачи, специалисты в области биомедицинской этики, священники и православные медики.

В рубриках издания печатаются статьи, посвященные новым концепциям, актуальным дискуссионным вопросам медицины, историческим материалам, святоотеческому наследию. Освещается опыт работы региональных Обществ православных врачей, Ассоциаций сестер милосердия России и ближнего зарубежья, православных медицинских конференций и съездов, регулярно публикуются их официальная информация и материалы.

Издание будет полезно всем врачам православного исповедания: как членам православных медицинских сообществ, так и их многочисленным потенциальным участникам, священникам, сестрам милосердия, социальным работникам, широкому кругу медиков и читателей, интересующихся

биомедицинской этикой и православными взглядами на современные медицинские технологии.

Обязательные экземпляры направляются напрямую в адреса библиотек крупнейших центров богословского образования России — Московской православной духовной академии, Санкт-Петербургской православной духовной академии и семинарии, Центральной научной медицинской библиотеки Первого МГМУ им. И. М. Сеченова и ряда медицинских библиотек.

Как приобрести журнал «Церковь и медицина»?

- Журнал распространяется **по подписке**.

Подписка в почтовых отделениях:

каталог «ПРЕССА РОССИИ» — индекс 91794

Обращаем ваше внимание, на то, что журнал выходит 2 раза в год: в январе (№ 1) и в сентябре (№ 2). Сообщения о подписной кампании размещаются:

1. на сайте интернет-подписки: **www.akk.ru;**
www.press-med.ru
2. на сайте Общества православных врачей Санкт-Петербурга **www.opvspb.ru**

- Если подписка через интернет или почтовые отделения закончилась, можно **оформить редакционную подписку**.

Редакционная подписка осуществляется на очередные номера журнала «Церковь и медицина»: № 1 (13) январь 2015 г и № 2 (14) сентябрь 2015 г. Для оформления редакционной подписки присылайте заявку по e-mail: **opvspb@mail.ru;**
opvspb_zurnal@mail.ru

- **Журнал можно приобрести** в Санкт-Петербурге:

1. в киоске храма Державной иконы Божией Матери (пр. Культуры, дом 4);
2. на открытых заседаниях Общества православных врачей Санкт-Петербурга в Первом СПбГМУ им. И. П. Павлова;
3. у стенда Общества православных врачей Санкт-Петербурга во время работы городских и епархиальных выставок.