

## ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

---



### *Глубокоуважаемые коллеги и читатели!*

В новом, двадцать втором, номере журнала «Церковь и медицина» мы представляем вашему вниманию материалы двух конференций, посвященных актуальным вопросам реабилитации после COVID-19 и проблемам постковидного синдрома.

В журнале опубликованы доклады ведущих специалистов в области пульмонологии, эпидемиологии и другие важные выступления, прозвучавшие на этих медицинских форумах, в том числе живой обмен мнениями участников круглого стола.

Другая ведущая тема этого выпуска — военно-историческая. Ее затрагивают несколько статей — откликов на юбилейные даты, связанные с известными личностями, сыгравшими важную роль в истории, культуре и науке России.

Рубрики журнала также знакомят читателей с публикациями по вопросам биомедицинской этики, современной практической медицины и психологии.

О событиях в жизни православной медицинской общественности в разных городах и регионах нашей страны рассказывается в разделе коротких новостей.

*С уважением,  
главный редактор журнала «Церковь и медицина»,  
проф., д. м. н., протоиерей Сергей Филимонов*



По благословению  
епископа  
Верейского  
Пантелеимона,  
председателя Синодального  
Отдела по церковной  
благотворительности  
и социальному служению,  
председателя ОПВР

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

**Выпускающий редактор:**  
А. С. Гиппиус

**Ответственный редактор:**  
С. В. Лободина

**Редактор:**  
И. Л. Яновская

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

**Верстка, дизайн:**  
Е. А. Калашникова

**Корректор:**  
Е. Барашкова

**Редакционный совет:**

Епископ Верейский  
Пантелеимон, председатель Отдела  
по церковной благотворительности  
и социальному служению,  
председатель ОПВР

Архимандрит Филипп (Филиппов),  
врач (Сыктывкар)

Игумен Серафим (Кравченко),  
ответственный секретарь Сино-  
дального Отдела по церковной  
благотворительности и социаль-  
ному служению (Москва)

Протоиерей Алексей Бабурин,  
врач-психиатр, ст. науч. сотр.  
ФГБНУ Научного центра психиче-  
ского здоровья (Москва)



<b>IV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19»</b> .....	<b>5</b>
Протоиерей Сергей Филимонов <b>Постковидная реабилитация повреждения функций органов слуха и равновесия</b> .....	<b>9</b>
Ю. И. Пирогов <b>Реабилитация и лечение пациентов с патологией сетчатки, перенесших COVID-19</b> .....	<b>18</b>
Т. А. Скоромец, Р. А. Дмитришен, И. С. Кленина, Ю. С. Мохова <b>Возможности комплексной реабилитации пациентов после новой коронавирусной инфекции COVID-19 с коморбидной патологией в условиях реабилитационного центра</b> .....	<b>25</b>
<b>Круглый стол «Психиатрическое, психологическое, психотерапевтическое и духовное сопровождение граждан и прихожан храмов в постреабилитационный период: особенности и проблемы»</b> .....	<b>31</b>
<b>ОБЩЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА»</b> .....	<b>43</b>
А. В. Горелов <b>Омикрон: особенности, что дальше</b> .....	<b>47</b>
А. Г. Чучалин <b>Современная трактовка постковидного синдрома</b> .....	<b>59</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ</b> .....	<b>67</b>
А. А. Зимин <b>Нутрицевтики и фитопрепараты для профилактики коронавирусной инфекции</b> .....	<b>69</b>
<b>ВОПРОСЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ</b> .....	<b>79</b>
И. В. Силуянова <b>Новые стандарты взаимоотношений «врач–пациент» в контексте культурно-исторического опыта</b> .....	<b>81</b>
<b>ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОЛОГИЯ</b> .....	<b>87</b>
Т. Н. Кожевникова, И. С. Гривас <b>Психологические аспекты тяжелообольного пациента: взгляд пациента</b> .....	<b>89</b>
<b>ИСТОРИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ</b> .....	<b>95</b>
А. В. Есипов, Ю. Н. Фокин, И. Д. Косачев, А. С. Есипов <b>Генералиссимус А. В. Суворов: «Наука побеждать» неприятеля и солдатские хвори</b> .....	<b>97</b>
Г. Л. Микиртчян <b>Владимир Иванович Даль (1801–1872). К 150-летию со дня смерти. Часть I</b> .....	<b>106</b>

<b>МАТЕРИАЛЫ, ПОСВЯЩЕННЫЕ СВЯТИТЕЛЮ ЛУКЕ .....</b>	<b>121</b>	Протоиерей Николай Брындин, председатель отдела по церковной благотворительности и социальному служению Санкт-Петербургской епархии РПЦ (Санкт-Петербург)
С. И. Воробьев, А. Г. Чучалин, иеродиакон Кирилл (Пустограев), протоиерей Алексей Бабурин <b>Военное служение святителя Луки (В. Ф. Войно-Ясенецкого) в Первую мировую войну .....</b>	<b>123</b>	Иеродиакон Кирилл (Пустограев), кандидат медицинских наук, неонатолог (Москва)
Е. И. Каликинская <b>Неизвестный архив святителя Луки. Открытия 2021–2022 г. Часть I. Два поздравительных письма 1946 г. ....</b>	<b>135</b>	А. Г. Чучалин, председатель правления Российского респираторного общества, заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, академик РАН, профессор (Москва)
<b>ЛИТЕРАТУРНЫЕ СТРАНИЦЫ.....</b>	<b>141</b>	
Н. И. Пирогов <b>Исторический обзор действий Крестовоздвиженской общины сестер попечения о раненых и больных в военных госпиталях в Крыму и в Херсонской губернии с 1 декабря 1854 г. по 1 декабря 1855 г. ....</b>	<b>143</b>	<b>А. В. Недоступ</b> , профессор кафедры факультетской терапии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)
<b>СТРАНИЦА ПАМЯТИ.....</b>	<b>155</b>	
<b>Памяти профессора А. В. Недоступа .....</b>	<b>157</b>	Н. А. Геппе, заведующая кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, профессор (Москва)
<b>ВНИМАНИЮ АВТОРОВ .....</b>	<b>160</b>	И. В. Силуянова, почетный профессор РНИМУ им. Н. И. Пирогова, доктор философских наук (Москва)
		Г. Л. Микиртичан, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики СПбГПМУ, профессор (Санкт-Петербург)
		В. К. Шамрей, заведующий кафедрой психиатрии ВМА им. С. М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург)
		Н. Г. Машукова, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)

Тираж 200 экз.  
ISSN 2225–9546

## **КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБЩЕСТВЕ ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ**

Общероссийская общественная организация «Общество православных врачей России им. святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского» была образована 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 Вере́йский Пантелеимон, председатель отдела по церковной благотворительности и социальному служению РПЦ, председателем исполкома ОПВР — Александр Григорьевич Чучалин, академик РАН, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии РНИМУ им. Н. И. Пирогова (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.**

**Тел.: (495) 912-91-37**

**сайт: [www.opvr.ru](http://www.opvr.ru)**

**e-mail: [info@opvr.ru](mailto:info@opvr.ru)**

Журнал «Церковь и медицина» является центральным органом печати Общества православных врачей России и Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), издается в Санкт-Петербурге.

**Адрес редакции: 194291, Россия,**

**Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4, корп. 3.**

**Тел.: (812) 334-15-88; e-mail: [opvspb@mail.ru](mailto:opvspb@mail.ru)**



**IV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ПЕРЕБОЛЕВШИХ  
COVID-19»**

**Санкт-Петербург,  
30 ноября 2021 г.**



## IV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПЕРЕБОЛЕВШИХ COVID-19»

30 ноября 2021 г. в Санкт-Петербурге по благословению митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Варсонофия в рамках форума «Церковь и медицина» прошла IV Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы реабилитации переболевших COVID-19». Организаторами мероприятия выступили Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), Благотворительный фонд помощи больным с хирургическими и иными тяжелыми заболеваниями им. святителя Луки Крымского, а также Общество православных врачей России.

Основная тема научной встречи — проблемы восстановления здоровья людей, перенесших COVID-19, как физического, так и психиатрического, психологического и духовного.

Митрополит Санкт-Петербургский и Ладожский Варсонофий в приветственном слове к участникам форума отметил: «Господь хочет, чтобы мы прошли испытание и вернулись на правильный путь: путь жизни с Богом, путь любви к Богу и ближнему. С духовной точки зрения реабилитация — это возвращение к Богу. И если мы вернемся к Богу, все постепенно наладится. Врачи применяют новые технологии, лекарства, которые помогают исцелить тела, но главное — исцелить наши души. И наша главная духовная реабилитация в том, чтобы мы постарались жить по заповедям Божиим, серьезно относиться к своей жизни, не участвовать в греховных делах, а стараться делать как можно больше добрых дел по отношению к Богу и ближним».

В первой части конференции в ходе выступлений российских ученых и ведущих медицинских специалистов экспертного уровня обсуждались вопросы значимости отдаленных последствий у пациентов, пере-

несших новую коронавирусную инфекцию, и возможность их предотвращения.

Инфекция COVID-19 является мульти-системным воспалительным заболеванием, при котором поражаются различные органы: легочная ткань, сердце, печень, почки, центральная нервная система. У 50% пациентов постковидный период сопровождается рядом изменений в легких. Также большую тревогу вызывают ментальные и когнитивные нарушения у больных, перенесших COVID-19.

Анализу проведенных исследований и научных публикаций 2021–2022 гг. по теме форума был посвящен доклад «Болезни человека в постковидный период» академика РАН, профессора А. Г. Чучалина, заведующего кафедрой госпитальной терапии Педиатрического факультета РНИМУ имени Н. И. Пирогова, вице-президента Национальной медицинской палаты, председателя исполкома Общества православных врачей России.

С докладом «COVID-19: проблемы и решения» выступил заместитель директора по научной работе ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, профессор кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук А. В. Горелов.

О постковидной реабилитации функций органов слуха, равновесия, обоняния, вкуса, голосообразования сообщил председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) протоиерей Сергей Филимонов, кандидат богословия, доктор медицинских наук, профессор кафедры отоларингологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

На конференции также выступили руководитель центра экспертной офтальмологии Немецкой семейной клиники, врач-офтальмолог Медицинского центра «Адмиралтейские верфи», кандидат медицинских наук Ю. И. Пирогов; заместитель начальника Госпиталя для ветеранов войн по нейрореабилитации, доктор медицинских наук, профессор Т. А. Скоромец; заместитель генерального директора по медицинской работе санатория «Черная речка», кандидат медицинских наук И. А. Зобенко и другие специалисты.

Во время работы **круглого стола «Психиатрическое, психологическое, психотерапевтическое и духовное сопровождение граждан и прихожан храмов в постреабилитационный период, особенности, проблемы»** во второй части конференции участники рассмотрели вопросы психиатрического, психологического и духовного сопровождения в постреабилитационный период.

Ряд докладов конференции, а также итоги работы круглого стола представлены в этом номере журнала «Церковь и медицина».

## НОВОСТИ

### КАРЕЛИЯ

**15 октября 2022 г.** Общество православных врачей Республики Карелия провело **волонтерскую поездку в приход храма Рождества Христова города Суоярви**. В ходе работы прихожанам была оказана бесплатная лечебно-консультативная помощь, выполнялись экспресс-анализы крови для определения уровня глюкозы, холестерина, гемоглобина, мочевой кислоты, а также регистрация и расшифровка электрокардиограммы. Прием вели специалисты по терапии, кардиологии, эндокринологии, психиатрии и педиатрии, помощь в работе оказывали волонтеры общества.

Данную поездку и прием пациентов прихода храма Рождества Христова православные врачи провели уже в восьмой раз. За это время представителями различных специальностей было осуществлено около 450 консультаций. В связи с ограниченной доступностью плановой медицинской помощи в условиях пандемии консультации специалистов в 2022 г. оказались особенно востребованными. По результатам приема в адрес ОПВ Республики Карелия поступили самые теплые отзывы и слова благодарности от пациентов.

Общество православных врачей Республики Карелия сердечно благодарит настоятеля храма Рождества Христова в Суоярви протоиерея Вячеслава Володина за неименную много-

летнюю помощь в организации приема, а также прихожан за радушный прием и гостеприимную атмосферу. Общество выражает благодарность благотворительному фонду «Милосердие без границ» за постоянную помощь в организации рабочих поездок, а также сердечную признательность благотворителям за помощь в приобретении расходных материалов для анализатора крови.

*По материалам сайта ОПВ  
Республики Карелия*

### БОРОВИЧИ

**05 июля 2022 г.** в Великом Новгороде в женской консультации № 2 Областного клинического родильного дома состоялось заседание круглого стола на тему: «Мама, подари мне жизнь!», посвященное профилактике абортов, теме радости материнства и отцовства.

В заседании круглого стола приняли участие: заместитель министра здравоохранения Новгородской области А. В. Павлуцких, главный педиатр Новгородской области С. Б. Паранина, специалисты акушерско-гинекологической службы областных учреждений здравоохранения и психологи, участвующие в проведении доабортного консультирования, представители ОАУСО «Новгородский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Детство», священники Новгородской и Боровичской епархий Русской Православной Церкви Московского Патриархата.

По благословию епископа Боровичского и Пестовского Ефрема, с докладом «Духовно-

просветительская работа со студентами-медиками в деле сохранения жизни нерожденных детей» выступил председатель Боровичского общества православных врачей, врач неонатолог иерей Сергей Другов.

Команда православных медиков из Новгородской области участвовала в форуме «Спаси Жизнь», проходившем в Москве **1–4 октября 2022 г.** В состав команды вошли иерей Сергей Другов, председатель Боровичского общества православных врачей, врач неонатолог высшей категории Боровичской ЦРБ; С. М. Васюкова, медицинский психолог Боровичской ЦРБ; О. А. Носкова, заместитель главного врача по организационно-методической работе Новгородского областного клинического родильного дома им. В. Ю. Мишекурина.

На конкурсную программу форума в номинации «Новые проекты» была представлена совместная работа на тему «Просветительская деятельность по сохранению беременности в

Новгородской области». Решением жюри, работа заняла I место в номинации

**13 ноября 2022 г.** в Боровичах для слушателей епархиального волонтерского движения «Добрые сердца» состоялось очередное занятие **курсов по оказанию первой медицинской помощи**. Тема третьего занятия «Базовая сердечно-легочная реанимация».

Руководитель курсов — председатель Боровичского общества православных врачей иерей Сергей Другов, врач неонатолог высшей категории Боровичской ЦРБ, подробно рассказал о принципах базовой сердечно-легочной реанимации, понятии клинической и биологической смерти. Иерей Сергей Другов сообщил, когда нужно приступать к реанимационным мероприятиям и как правильно их осуществлять. На практической части занятий каждый слушатель под чутким руководством преподавателя мог самостоятельно попробовать произвести действия реанимации: непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, на специальном фантоме.



# ПОСТКОВИДНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНОВ СЛУХА И РАВНОВЕСИЯ

Протоиерей Сергей ФИЛИМОНОВ,  
кандидат богословия, доктор  
медицинских наук, профессор кафедры  
оториноларингологии с клиникой  
Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова,  
председатель Общества православных  
врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки  
(Войно-Ясенецкого)



Archpriest Sergiy FILIMONOV,  
Phd in Theology, Dr. Sci. (Med),  
professor of the Otorhinolaryngology  
Department with Clinic of the Pavlov  
Saint Petersburg State Medical University,  
Chairman of the Saint Petersburg Orthodox  
Doctors Society named after St. Luke  
(Voyno-Yasenetskiy)

## POST-COVID REHABILITATION OF THE ORGANS OF HEARING FUNCTIONS DAMAGE AND BALANCE

**АННОТАЦИЯ.** У пациентов, перенесших COVID-19, может наблюдаться поражение органов слуха и равновесия, приводящее к нарушению слуховой и вестибулярной функций, возникновению или усилению ушного шума. Проблемы со слухом отмечают около 13% пациентов с новой коронавирусной инфекцией, около 8% жалуются на звон в ушах. Вестибулярные нарушения при COVID-19 чаще всего проявляются в виде головокружения и неустойчивости в вертикальном положении тела. В статье дается обзор литературных данных по поражению органов слуха и равновесия, рассматриваются вопросы их реабилитации.

**Ключевые слова:** SARS-CoV-2, COVID-19, слуховые нарушения, глухота, тугоухость, ушной шум, вестибулярные нарушения, равновесие тела, головокружение, ДППГ, сурдология, реабилитация.

### Коронавирус SARS-CoV-2 и потеря слуха. Аспекты реабилитации

Коронавирусная инфекция COVID-19 — заболевание, вызываемое вирусом SARS-CoV-2, может приводить к множеству осложнений, в том числе в функционировании органов слуха. Известно, что некоторые типы вирусных и бактериальных инфекций могут вызывать внезапную тугоухость. Подобные последствия не регистрировались ранее, во время предыдущих коронавир-

**ABSTRACT.** Patients who have suffered COVID-19 may experience damage to the organs of hearing and balance, leading to impairment of auditory and vestibular functions, the appearance or increase in tinnitus. Hearing problems are noted by around 13% of patients with a new coronavirus infection, about 8% complain of tinnitus. Vestibular disorders in COVID-19 most often emerge as dizziness and unsteadiness in the upright position of the body. The article provides an overview of the literature data on the organs of hearing damage and balance, discusses the issues of their rehabilitation.

**Keywords:** SARS-CoV-2, COVID-19, hearing impairment, deafness, relative deafness, tinnitus, vestibular disorders, body balance, dizziness, BPPV, audiology, rehabilitation.

ных пандемий, связанных с вирусами SARS и MERS [1, 2].

На основании опубликованных клинических данных можно говорить о внезапной тугоухости как о редко встречающемся симптоме COVID-19. В июне 2020 г. у восьми иранских пациентов было отмечено развитие односторонней тугоухости и головокружения на фоне коронавирусной инфекции [3]. Внезапная нейросенсорная тугоухость, и только потом — COVID-19 были выявлены у пациента в Египте [4]. Доктор медицинских

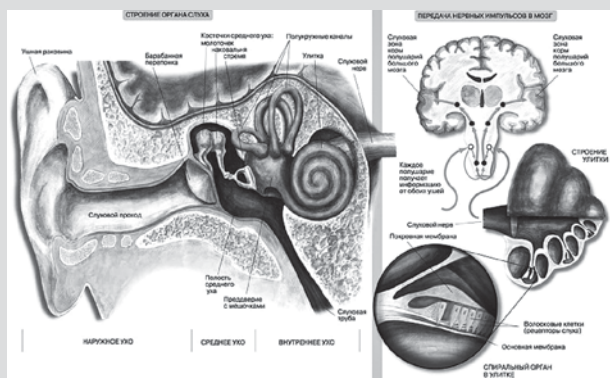
наук, врач-иммунолог В. Е. Жемчугов сообщает, что из-за COVID-19 может наступать глухота или страдать слух [5].

Согласно заявлению ученых из Университетского колледжа Лондона и Королевского национального комитета, некоторые пациенты с коронавирусной инфекцией жаловались на звон или шум в ушах без какой-либо внешней причины. Исследователи также указали на случаи, когда пациенты с тяжелым течением болезни в дальнейшем полностью теряли слух. Клиническим примером являлся 45-летний мужчина, который проходил лечение в госпитале, в том числе в отделении интенсивной терапии. Через неделю после выздоровления он заметил шум в левом ухе, а позже и полную внезапную потерю слуха. До этого пациент не испытывал трудностей со слухом. В связи с этим британские ученые призвали обращать внимание на изменения слуха у пациентов и своевременно принимать меры, определяя наличие коронавируса и корректируя лечение [6].

Это приводит к повреждениям в коре головного мозга — вплоть до атрофии его отдельных областей.

По мнению невролога А. С. Кудрявцевой, SARS-CoV-2 обладает сходством с астроцитами, поэтому мозг не распознает его как чужеродный агент. Инфекция атакует не только астроциты, но и все клетки микроглии, а также поражает непосредственно нейроны. Кроме того, уменьшается и количество синапсов. Именно поэтому неврологические проявления инфекции сохраняются в течение долгого времени после выздоровления, считает А. С. Кудрявцева [8].

По наблюдениям врача-пульмонолога С. М. Пурясева, вследствие проникновения коронавируса в мозг нередко развивается воспалительное заболевание периферических нервов: «Нарушения слуха связаны непосредственно с невритом слухового нерва. Вначале он проявляется шумом в ушах, а впоследствии может быть тугоухость вплоть до глухоты» [9].



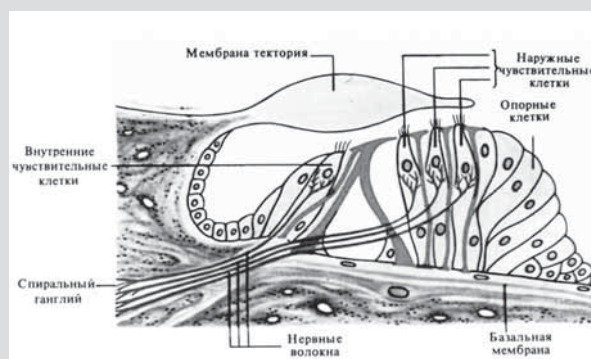
Слуховой анализатор

**Локализация поражений:**

- микроглия;
- слуховой нерв, рецептор;
- слизистая оболочка барабанной полости;
- височная кость — костная ткань барабанной полости;
- микротромбоз лабиринтной артерии или a. cochlearis

Бразильскими учеными в октябре 2020 г. было опубликовано исследование [7], которое показывает, что SARS-CoV-2 способен атаковать астроциты — наиболее многочисленные клетки центральной нервной систе-

Внутри среднего канала на основной мембране расположен собственно звуковоспринимающий аппарат — орган Корти с рецепторными клетками, представляющий периферический отдел слухового анализатора.



Кортиев орган

Некоторые авторы считают, что причиной проблем со слухом при коронавирусе может быть воспаление среднего уха. Коронавирус проникает в конкретные типы клеток легких — они же находятся и на поверхности клеток, выстилающих среднее ухо [10]. Однако внезапная потеря слуха наблюдается и при осложнениях после других вирусных инфекций. Полностью избежать таких ос-

ложнений нельзя, но можно вовремя предупредить, если вовремя обращать внимание на начальные симптомы.

Ученые из Университетского колледжа Лондона и Королевского национального госпиталя горла, носа и уха считают, что нейросенсорная тугоухость в этих случаях может быть связана с клеточным стрессом. SARS-CoV-2 связывается с рецептором ACE-2, который присутствует на альвеолярных эпителиальных и эндотелиальных клетках [6]. Специалисты попытались продемонстрировать влияние рецептора на мышцах и обнаружили, что ACE-2 распространяется по организму и добирается до эпителиальных клеток среднего и внутреннего уха у мышей. Кроме того, коронавирус вызывает воспалительную реакцию и «цитокиновый шторм». Проникновение в ушную улитку и воспаление, приводящее к клеточному стрессу — причины, которые могут вызывать стойкую нейросенсорную тугоухость при заражении вирусом SARS-CoV-2 [6, 10, 11].

COVID-19 обладает способностью проникать в костную ткань среднего уха [12] — об этом, в частности, свидетельствуют результаты вскрытия умерших пациентов. Например, согласно отчету о вскрытии мужчины из Германии, у него развилась выраженная тугоухость вследствие ковидной пневмонии. Результаты анкетирования в Великобритании показали, что тугоухость и/или тиннитус развились у каждого десятого пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию. Некоторые авторы отмечают, что нарушение слуха может быть напрямую и не связано с COVID-19. Требуется дополнительные исследования для изучения кратковременного и долгосрочного влияния COVID-19 на слуховую систему и вестибулярный аппарат.

Ученые из Израиля провели исследование непосредственного повреждения органов слуховой системы под воздействием COVID-19. 16 пациентов, из которых половина была ковид-положительными, а другая сравнительная половина — ковид-отрицательными, были обследованы при помощи отоакустической эмиссии, акустических стволовых вызванных потенциалов, которые не выявили каких-либо различий

в состоянии слухового нерва у участников обеих групп [13].

Тугоухость и тиннитус (см. далее) может быть побочным эффектом фармакотерапии. Некоторые лекарственные препараты, используемые для лечения коронавирусной инфекции, могут оказывать такие нежелательные побочные эффекты, как: снижение остроты слуха, звон в ушах, головокружение. Это и хинин, хлорохин, гидроксихлорохин. В этой связи в каждом случае необходимо определять, чем именно вызвано нарушение слуха: приемом противовирусных медикаментов или самим вирусом, что достаточно сложно дифференцировать на практике [14, 15, 16].

**Реабилитация слуха в постковидном периоде.** Поскольку нарушения слуха идут при COVID-19 по типу острой нейросенсорной тугоухости, реабилитация предполагает применение методик и препаратов, нацеленных на сохранение жизнеспособности и физиологии наружных волосковых клеток:

- это антиоксиданты (мексидол, милдронат), средства профилактики тромбоза а. cochlearis (антикоагулянты — эликвис, продакса, кардиомагнил и проч.);
- методики насыщения тканей кислородом (гипербарическая оксигенация, внутривенное озонирование, дыхание через кислородный концентратор в домашних условиях);
- препараты, улучшающие трофику нервных проводников и синаптическую передачу (нейромедин, нейробион, витамины B1 и B6, церебролизин и т. д.);
- транстимпанальное введение глюкокортикоидов (6-метилпреднизолон, дексон и проч.).

### **Ушной шум при COVID-19. Реабилитация**

Научные публикации, посвященные новой коронавирусной инфекции, сообщают о так называемом тиннитусе — необъяснимом шуме и звоне в ушах, специфическом ощущении, которое появляется без внешнего акустического стимула, то есть не имеет четкой внешней причины. Тиннитус может проявляться в виде гула, шипения, свиста или стрекота. Увеличение распространенно-

сти и тяжести протекания ушного шума — одно из последствий коронавирусной пандемии [20].

На базе Манчестерской больницы было проведено исследование, которое показало, что у 13,3% пациентов с COVID-19 спустя 8 недель после выписки из стационара отмечались проблемы со слухом, а 8% жаловались на звон в ушах. С помощью другого исследования было выявлено, что у пациентов, перенесших COVID-19, при тональной аудиометрии повышается порог слышимости высокочастотных звуков чистого тона, они начинают хуже воспринимать высокочастотные звуки (женские и детские голоса, пение птиц и т. д.). Поскольку вирусные инфекции часто повреждают нервную ткань (например, цитомегаловирус, корь, свинка), предполагается, что коронавирус вызывает слуховую невропатию, с чем и связаны проблемы со слухом у пациентов, перенесших COVID-19 [21].

Специалисты из лондонского Университетского колледжа и Королевского национального комитета по ЛОР-болезням составили отчет о случаях COVID-19, которые сопровождались проблемами со слухом. Шум в ушах свидетельствует о коронавирусной инфекции только в том случае, когда есть и другие типичные проявления заболевания [22].

Примерно половина (50%) больных COVID-19, которые и до заражения испытывали шум в ушах, свидетельствуют о его усилении во время болезни. Они утверждают, что стали слышать еще хуже, чем до заражения. При этом ряд пациентов, участвовавших в эксперименте Университета Раскин в Англии, утверждают об отсутствии каких-либо проблем со слухом до заболевания COVID-19. Они появились именно после инфицирования [21]. Журнал *Frontiers in Public Health* опубликовал результаты опроса с участием людей, страдающих тиннитусом. 8% из них заявили о заболевании COVID-19, и почти половина из них сообщила об ухудшении слуха. Несмотря на то, что исследование было сконцентрировано на пациентах с существующим тиннитусом, часть участников заметили его симптомы одновременно с другими признаками SARS-CoV-2. Часть из

опрашиваемых уверены, что причиной тиннитуса послужил именно коронавирус [22].

**Особенности протекания.** Шум в ушах при коронавирусе нередко сочетается с дискомфортом и болью. При этом у одних подобные явления отмечались только в одном ухе, тогда как другие ощущали их с обеих сторон. Большинство из этих пациентов утверждают, что впервые заметили данный симптом после заражения COVID-19, и связывают его непосредственно с болезнью.

По наблюдениям турецких ученых, проблемы со слухом и тиннитусом чаще отмечались у пациентов, которые болели в легкой форме (12–18%). Инфекция, протекающая в умеренно тяжелой или тяжелой форме, вызывала их всего в 3% случаев.

**Тиннитус и самоизоляция.** Одним из факторов, приводящих к развитию тиннитуса, считается снижение эмоционального фона, депрессия и тревожность. Прослеживается связь фобий по поводу заражения COVID-19 с ухудшением слуха. Вынужденные перемены образа жизни из-за пандемии, более частое использование гаджетов и непривычно оживленная обстановка дома вследствие самоизоляции тоже негативно повлияли на качество слуха. Исследование по этому поводу проводилось с участием 3103 добровольцев из 48 стран. 73% из них — американцы и англичане. Результаты показали, что основной причиной шума в ушах у многих является повреждение коронавирусом волосковых клеток внутреннего уха, отвечающих за восприятие и усиление звуков. Кроме того, участники эксперимента не сомневаются в негативном воздействии ограничительных мер. Действительно, страх заражения опасной инфекцией, потери работы и финансового неблагополучия, долгое нахождение в замкнутом пространстве, снижение качества сна не могли не сказаться на психоневрологическом статусе и самочувствии людей. Респонденты считают, что шум в ушах — это одно из последствий тотального введения карантинных мероприятий. 32% респондентов с тиннитусом утверждают, что он стал более выраженным, когда началась «ковидная неразбериха». Социальное дистанцирование, обязанность везде носить маску и каждый раз надевать перчатки в ма-

газине и транспорте не только сильно нервировали, но и вынуждали мириться с изменениями в образе жизни и работе. А учитывая негативную окраску этих изменений, неудивительно, что 28,5% респондентов из Англии и США жаловались на усиление шума в ушах с ростом пандемии [21].

#### **Факторы обострения тиннитуса во время эпидемии COVID-19:**

- самоизоляция;
- перевод детей на дистанционное обучение;
- более частые видеозвонки;
- более шумная обстановка дома, поскольку все члены семьи перестали куда-либо выходить или делают это нечасто;
- рост употребления энергетиков — кофе и алкоголя.

Обострение тиннитуса может быть вызвано не столько самим коронавирусом, сколько иными сопутствующими факторами, включая: самоизоляцию, перевод детей на дистанционное обучение, более частые видеозвонки, более шумная обстановка дома, поскольку все члены семьи оказались надолго в замкнутом пространстве, рост употребления энергетиков — кофе и алкоголя. Все эти обстоятельства в совокупности способствуют возникновению и усилению шума в ушах [21]. С одной стороны, тиннитус сильнее ощущается в тишине, однако многие замечают его усугубление в шумной атмосфере. Таким людям следует избегать мест, где уровень шума слишком высок, особенно женщинам и лицам старше 50 лет [22].

Прогнозируется, что по мере ужесточения профилактических мер, связанных с коронавирусной инфекцией, ситуация с тиннитусом будет только ухудшаться. Поэтому в решении проблемы тиннитуса, опосредованного COVID-19 сурдологи будут играть наиболее важную роль [22].

**Исчезновение ушного шума и восстановление слуха после коноровируса.** Тиннитус, вызванный коронавирусом, изучен недостаточно хорошо. Ряд исследователей в клиниках Германии установили, что неприятные ощущения могут пропасть как спустя несколько дней после их возникновения, так

и через несколько месяцев. Все зависит от тяжести протекания заболевания, индивидуальных особенностей, а также от степени поражения нервных окончаний. Особенно тяжело слух возвращается к тем, кто до заражения имел его снижение [23]. По нашему мнению, подход должен быть классический: в течение 7 дней с момента резкого снижения слуха необходима срочная консультация отоларинголога, сурдолога.

**Стратегия реабилитации по уменьшению ушного шума.** Эффективность использования слуховых аппаратов в лечении тиннитуса была клинически подтверждена около 10 лет назад [24]. Благодаря адекватному звукоусилению, можно значительно снизить громкость тиннитуса, уменьшить его влияние на состояние пациента и повысить его качество жизни. Последние достижения технологий слухопротезирования, такие как расширение частотного диапазона звукоусиления, встроенный звуковой генератор, беспроводное взаимодействие со смартфонами и другими гаджетами делают лечение тиннитуса более эффективным. При этом важен и традиционный подход: сурдолог должен использовать действенные коммуникативные стратегии, проявлять терпение и эмпатию, чутко реагировать на пожелания пациента и любое изменение его состояния. Требуется подробное разъяснение пациенту нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе возникновения тиннитуса, и пути эффективного воздействия на них, научить справляться со стрессом, сформировать у него реалистичные ожидания от лечения. Доказано, что если пациент выполняет рекомендации сурдолога не механически, а осознанно, с пониманием, что и для чего он делает, результативность лечения повышается [25, 26].

Большую роль в реабилитации играют: сопутствующие заболевания, первичный или вторичный характер патологии, наличие проблем со слухом ранее или в настоящее время, степень их влияния на качество жизни, уровень воздействия шума на работе и в быту, общее состояние здоровья, принимаемые медикаменты [26]. Например, некоторые препараты, которые используют для лечения COVID-19, обладают ототоксично-

стью и способны ухудшать слух и вызывать звон в ушах (азитромицин, гидроксихлорохин и т. д.) [27].

Диагностика тиннитуса должна в обязательном порядке включать проверку слуха.

Это связано с тем, что тугоухость и звон в ушах в большинстве случаев сопутствуют друг другу: у 90% пациентов с тиннитусом в той или иной степени нарушен слух [26, 28].

Для качественной реабилитации ушного шума необходимо проведение следующих диагностических исследований: тональная, и речевая аудиометрия, проверка восприятия речи в условиях шума, измерение акустического иммитанса (сопротивления и проводимости) [29]. У лиц с клинически нормальной аудиограммой следует провести углубленную высокочастотную аудиометрию и измерение отоакустической эмиссии — звука, создаваемого в наружном слуховом проходе колебательными движениями наружных волосковых клеток улитки. Эти высокочувствительные исследования позволяют определить повреждение органа слуха еще на ранней стадии [29]. Учитывая, что тиннитус — фантомное явление, его диагностика во многом носит субъективный характер и основывается на использовании стандартизированных анкет-опросников. В них пациенты самостоятельно оценивают степень дискомфорта, доставляемого шумом в ушах. Примерно у 40% пациентов, страдающих тиннитусом, имеется гиперacusis — повышенная слуховая чувствительность [28]. По этой причине пациент должен быть предупрежден, что некоторые слуховые тесты могут вызвать у него дискомфорт.

**Рекомендации по уменьшению ушного шума для пациентов, переболевших COVID-19** такие же как для обычных больных тиннитусом:

- избегать шумных мероприятий, при необходимости пользоваться берушами или специальными наушниками;
- слушать музыку или смотреть фильмы с оптимальной громкостью, особенно актуально в наушниках или салоне машины;
- минимизировать стрессовые ситуации, так как иногда шум в ушах вызывают спазмы мышц внутреннего уха и подъем артериального давления;

- минимизировать употребление алкоголя, особенно крепких напитков (желательно исключить), поскольку он усиливает кровоток в капиллярах внутреннего уха;

- не находиться в закрытом помещении в непосредственной близости от громких звуковых источников, колонок;

- при возможности периодически покидать шумное помещение во время работы или обязательных мероприятий. Такие «перерывы для ушей» благотворно скажутся на состоянии слуха и помогут без вреда воспринимать громкие звуки. Рекомендуемая длительность пауз — 14–20 минут [17, 18, 19].

## **Коронавирус SARS-CoV-2 и вестибулярные нарушения. Аспекты реабилитации**

Вестибулярные нарушения при COVID-19 могут иметь разнообразный характер и причины. К первичным следует отнести вестибулярный нейронит, как проявление поражения вестибулярного нерва вирусом [33]. Ко вторичным — вирусное поражение головного мозга, сосудистые нарушения снижающие питание мозговых структур, снижение оксигенации мозговой ткани [33], вестибулярных ядер и проводящих структур [34, 35, 36]. Чаще всего они проявляются в виде головокружения и неустойчивости в вертикальном положении тела [30, 31, 34, 35, 36].

Болезнь всегда протекает по индивидуальному сценарию. Почти 30% заболевших жаловались на сильные головные боли [37]. Отмечались приступы головокружения, которые сопровождалась одышкой, тахикардией, а в ряде случаев тошнотой и рвотой. Головокружению были больше подвержены женщины старше 50 лет. Помимо пола и возраста на развитие головокружения влияли хронические заболевания, особенно: онкологические заболевания; артериальная гипертензия; сахарный диабет; атеросклероз; патологии ЦНС. У большинства пациентов головокружение появлялось на ранней стадии болезни сразу после окончания инкубационного периода, через 7–20 дней ослабевало и полностью исчезало [37].

Головокружение могло иметь иной этиопатогенез. SARS-CoV-2 разрушает гемоглобин, провоцирует состояние близкое к анемии, изменяет реологию крови и гемодинамику; влияя на органы дыхания, поражая легочную ткань, усугубляет гипоксию головного мозга, всегда проявляющуюся головокружением. Инфекция, проникая в центральную нервную систему, легко преодолевая гематоэнцефалический барьер, вызывает неврологические расстройства, в том числе головокружение.

**Реабилитация в условиях реабилитационного центра.** Порядка 37% пациентов после COVID-19 сталкиваются с неврологическими нарушениями. Нередки нарушения функции равновесия — вертикального положения тела в пространстве после того, как пациент долгое время провел лежа. По опыту заведующего отделением медицинской реабилитации и физиотерапии Республиканского клинического медицинского центра Управления делами Президента Республики Беларусь М. А. Барышева, наибольшую эффективность в данном случае показал мультидисциплинарный подход, когда пациентом занимается целая команда: реабилитолог, невролог, логопед, психотерапевт, физиотерапевт, инструкторы и методисты лечебной гимнастики. Специалисты оценивают функциональное состояние пациента и составляют индивидуальную программу медицинской реабилитации. Для восстановления функции равновесия используется специальный аппарат — вертикализатор. В начале процедуры пациент находится в привычном ему лежачем положении. Его надежно фиксируют, а далее поэтапно приводят в вертикальное положение. Следующий этап — тренировка ходьбы на месте. Во время активной реабилитации пациент может заниматься на таком аппарате ежедневно. При повышенной слабости занятия ЛФК могут проходить прямо в палате пациента: сначала пассивные, потом — активные. Вестибуло-стабилограф корректирует нарушения, возникшие со стороны вестибулярного аппарата. Пациент занимается в 3D-очках на стабиллоплатформе с биологической обратной связью, что дает возможность считывать положение

тела в пространстве и корректировать проблему [38].



*Применение вертикализатора для восстановления функции равновесия в Республиканском клиническом медицинском центре Управления делами Президента РБ*

**Реабилитация в домашних и внебольничных условиях.** Если коронавирус вызвал головокружение без температуры, то дополнительное лечение не требуется. Следует больше отдыхать, не вставать с постели без необходимости; пить достаточно жидкости; сбалансировано питаться, обеспечить доступ свежего воздуха в комнату и чаще ее проветривать. При внезапном приступе головокружения следует аккуратно дойти до постели и принять горизонтальное положение. Для притока крови к верхней части тела нужно приподнять ноги, положив под них валик из одеяла. После коронавируса головокружение может быть связано с психосоматическими расстройствами — затяжным стрессом и тревожным состоянием. Если состояние не стабилизируется самостоятельно за 4–6 месяцев требуется вмешательство психотерапевта [38]. У людей, переболевших коронавирусом, синдром вертиго может быть проявлением астении, сопровождающей большинство инфекционных заболеваний или на анемии, возникающей после коронавируса, как следствие нарушения состава крови. В этом случае реабилитация должна быть сосредоточена на компенсации указанных расстройств: диетическом белковом питании и кислородонасыщающих методиках, особенно гипербарической оксигенации. При продолжающемся несистемном и системном головокружении в качестве поддерживающей терапии мы применяем бетасерк

по 1 таблетке 2 раза в день в течение месяца, рекомендуем упражнения для повышения вестибулярной устойчивости и координации [39].

В одном случае нам приходилось наблюдать доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) у пациента после COVID-19 в течение недели после выписки, что свидетельствовало о развитии каналолитиаза. Применение приемов купирования каналолитиаза достаточно быстро проходило при проведении реабилитации на вращающемся кресле в клинике и использовании классического метода и соответствующих упражнений в домашних условиях [40].

## Заключение

В результате инфицирования COVID-19 происходит многоуровневое поражение слуховой и вестибулярной систем. Слуховые нарушения проявляются в виде нейросенсорной тугоухости и ушного шума. В ряде случаев они могут предшествовать манифестации заболевания, как первоначальные симптомы, в ряде — сопровождать заболевание или возникать после выписки через определенное время. Это связано не только с поражением рецепторного аппарата вирусом, но и гипоксией ткани мозга и нервных

проводников, ототоксическому действию препаратов для непосредственного лечения ковида. Реабилитация слуховых нарушений обеспечивается как местным применением блокад с антихолинэстеразными средствами и транстимпанальным введением кортикостероидов, так и общим воздействием на организм кислородонасыщающих методик, нейропротекторов, антиоксидантов, препаратов, применяемых при классической нейросенсорной тугоухости. Реабилитация постковидного ушного шума предполагает кроме компенсации слуховых нарушений своевременную, в течение двух месяцев, психотерапевтическую поддержку пострадавших и сурдологические методики, доказавшие свою высокую эффективность. Реабилитация постковидных вестибулярных нарушений, равновесия и головокружений требует мультидисциплинарного подхода с обязательным участием отоневролога или невролога, так как входит в область общих неврологических нарушений, которые испытывают около 40% ковидных пациентов, требует использования технических реабилитационных средств, лечебно-восстановительных упражнений по восстановлению равновесия в стационаре и домашних условиях, медикаментозной терапии.

В оформлении использовано фото А. Задорина  
<https://mag.103.by>

## Литература

1. Никифоров В. В., Суранова Т. Г., Чернобровкина Т. Я., Янковская Я. Д., Бутова С. В. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клиничко-эпидемиологические аспекты // Архивъ внутренней медицины. 2020. № 2. С. 87–93. URL: <https://www.medarhive.ru/jour/article/download/1020/888> (дата обращения: 04.01.2023).
2. Львов Д. К., Альховский С. В. Истоки пандемии COVID-19: экология и генетика коронавирусов (Betacoronavirus: Coronaviridae) SARS-CoV, SARS-CoV-2 (подрод Sarbecovirus), MERS-CoV (подрод Merbecovirus) // Вопросы вирусологии. 2020. Т. 65. № 2. С. 62–70. URL: <https://doi.org/10.36233/0507-4088-2020-65-2-62-70> (дата обращения: 04.01.2023).
3. Raad N., Ghorbani J., Mikaniki N., Haseli S. and Karimi-Galougahi M. Otitis media in coronavirus disease 2019: a case series // J Laryngol Otol. 2021. № 135(1). P. 10–13. URL: <https://rumedo.ru/uploads/materials/8c49174df31a82d21a77b32025378de4.pdf> (accessed: 04.01.2023).
4. Samir Abdel Rhman and Assem Abdel Wahid. COVID-19 and sudden sensorineural hearing loss, a case report // Otolaryngology Case Reports. 2020. V. 16. P. 100198. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7342036/> (accessed: 04.01.2023).
5. Врач сообщил о проблемах со слухом и зрением у переболевших коронавирусом [Электронный ресурс] // ТАСС. 2021. 4 февраля. URL: [https://tass.ru/obschestvo/10619433?utm\\_source=yxnews&utm\\_medium=desktop](https://tass.ru/obschestvo/10619433?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop) (дата обращения: 04.01.2023).
6. Koumpa F. S., Forde C. T., Manjaly J. G. Sudden irreversible hearing loss post COVID-19 // BMJ Case Reports. 2020. V. 13(11). P. e238419. doi: 10.1136/bcr-2020-238419.
7. Crunfli F., Carregari V. C., Veras F. P. et al. SARS-CoV-2 infects brain astrocytes of COVID-19 patients and impairs neuronal viability // medRxiv. 2020.10.09. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.09.20207464v1> (accessed: 04.01.2023).
8. Ефимова А. Потеря памяти и связи с реальностью: врачи о последствиях COVID-19 [Электронный ресурс] // Газета.ру. 2020. 25 ноября. URL: <https://www.gazeta.ru/social/2020/11/25/13374379.shtml> (дата обращения: 04.01.2023).
9. Лисицына М., Порываева Л. Ученые выявили новый симптом коронавируса [Электронный ресурс] // РБК. 2020. 18 октября. URL: <https://www.rbc.ru/society/18/10/2020/5f8c2e109a794717a45afd41> (дата обращения: 04.01.2023).
10. Uranaka T., Kashio A., Ueha R. et al. Expression of ACE2, TMPRSS2, and Furin in Mouse Ear Tissue, and the Implications for SARS-CoV-2 Infection // The Laryngoscope. 2020. V. 131(6). P. E2013–E2017. DOI:10.1002/lary.29324.
11. Vallamkondu J., John A., Wani W. Y. et al. SARS-CoV-2 pathophysiology and assessment of coronaviruses in CNS diseases with a focus on therapeutic targets // Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis. 2020. V. 1866(10). P. 165889. DOI:10.1016/j.bbadis.2020.165889 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32603829/> (accessed: 04.01.2023).



12. Frazier K. M., Hooper J. E., Mostafa H. H. et al. SARS-CoV-2 Virus Isolated from the Mastoid and Middle Ear Implications for COVID-19 Precautions during Ear Surgery // JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2020. V. 146(10). P. 964–966. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2020.1922>.
13. Dror A. A., Kassis-Karayanni N., Adi O. et al. Auditory Performance in Recovered SARS-COV-2 Patients // Otolology&Neurotology. 2021. V. 42(5). P. 666–667. doi: 10.1097/MAO.0000000000003037.
14. Константинова Н. П. Ототоксичность лекарственных средств // РМЖ. 2021. № 16. С. 715. URL: [https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Ototoksichnosty\\_lekarstvennyh\\_sredstv/](https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Ototoksichnosty_lekarstvennyh_sredstv/) (дата обращения: 04.01.2023).
15. Лиленко С. В. Ототоксичность антибиотиков: как снизить риски // Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология. 2013. Т. 1. № 10. С. 24–28. URL: [https://umedp.ru/articles/ototoksichnost\\_antibiotikov\\_kak\\_snizit\\_riski.html](https://umedp.ru/articles/ototoksichnost_antibiotikov_kak_snizit_riski.html) (дата обращения: 04.01.2023).
16. Зверев Ф. Я., Брюханов В. М. Об ототоксичности петлевых диуретиков // Нефрология. 2001. Т. 5. № 2. С. 13–19. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ob-ototoksichnosti-petlevyh-diuretikov> (дата обращения: 04.01.2023).
17. Веселаго О. В. Алгоритмы диагностики и лечения шума в ушах // Атмосфера. Нервные болезни. 2006. № 2. С. 9–16. URL: <https://www.neurology.ru/sites/default/files/assets/documents/2016/01/2-2006-09.pdf?download=1> (дата обращения: 04.01.2023).
18. Бойко Н. В. Шум в ушах: алгоритм диагностики и лечения // Журнал неврологии и психиатрии. 2017. № 9. С. 88–94. DOI: 10.17116/jnevro20171179188-93.
19. Отоларингология: национальное руководство / Под ред. В. Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 104–133.
20. Beukes E., Uler A. J., Eubank T., Manchaiah V. The Impact of COVID-19 and the Pandemic on Tinnitus: A Systematic Review // J Clin Med. 2021. V. 10(13). P. 2763. doi: 10.3390/jcm10132763.
21. Nikolic I. Coronavirus could damage your hearing: One in eight survivors suffer problems such as tinnitus two months after their ordeal, study claims [Electronic resource] // MailOnline. 2020. July 30. URL: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8575933/Coronavirus-cause-hearing-problems-tinnitus-one-eight-patients-study-claims.html> (accessed: 04.01.2023).
22. Chalmers V. Coronavirus makes tinnitus worse for almost HALF of sufferers and may even trigger the hearing problem for the first time, study claims [Electronic resource] // MailOnline. 2020. November 5. URL: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8917321/COVID-19-making-tinnitus-WORSE-40-people-hearing-problem>. (accessed: 04.01.2023).
23. Beukes E. W., Baguley D. M., Jacquemin L. et al. Changes in Tinnitus Experiences During the COVID-19 Pandemic [Electronic resource] // Front. Public Health. 2020. November 5. doi: 10.3389/fpubh.2020.592878 (accessed: 04.01.2023).
24. Searchfield G. D. Hearing aids and tinnitus // Tinnitus treatment / Ed. R. S. Tyler. Stuttgart: Thieme. 2006. P. 161–175.
25. Zapala D. Tinnitus a multifaceted condition // Audiology Today. 2016. V. 28(1). P. 32–37.
26. Шум в ушах: Клинические рекомендации / Утв. Министерством здравоохранения РФ. 2016, 2019. [Электронный ресурс]. URL: <https://sudact.ru/law/klinicheskie-rekomendatsii-shum-v-ushakh-utv-minzdravom/klinicheskie-rekomendatsii/> (дата обращения: 04.01.2023).
27. Stupp H., Küpper K., Lagler F. et al. Inner ear concentrations and ototoxicity of different antibiotics in local and systemic application // International Journal of Audiology. 1973. Т. 12, № 5–6. P. 350–363. DOI: 10.3109/00206097309071650.
28. Сойдатов И. Б., Миркина А. Я., Храпко Н. С. Шум в ушах как симптом патологии слуха. М.: Медицина, 1984. 231 с.
29. Бабияк В. И., Говорун М. И., Накатис Я. А. Оториноларингология: Руководство. В двух томах. Т. 2. СПб.: Питер, 2009. С. 384–409; С. 336–337.
30. Weintraub K. Building a Brain Implant for Smell [Electronic resource] // Scientific American. 2019. April 1. URL: <https://www.scientificamerican.com/article/building-a-brain-implant-for-smell/> (accessed: 04.01.2023);
31. Карпищенко С. А. Воспалительные заболевания голосовых складок // Consilium Medicum. 2004. Т. 6. № 10. С. 792–796.
32. Viola P., Ralli M., Pisani D. et al. Tinnitus and equilibrium disorders in COVID-19 patients: preliminary results // Eur Arch Otorhinolaryngol. 2020. V. 278(10). P. 3725–3730. doi: 10.1007/s00405-020-06440-7 (accessed: 04.01.2023).
33. Srikrishna V. Malayala, Ambreen Raza A Case of COVID-19-Induced Vestibular Neuritis // Cureus. 2020. V. 12(6). P. e8918. Doi: 10.7759/cureus.8918 (accessed: 04.01.2023).
34. Almuftarij I., Uus K., Munro K. J. Does coronavirus affect the audio-vestibular system? A rapid systematic review // Int J Audiol. 2020. V. 59(7). P. 487–491. DOI: 10.1080/14992027.2020.1776406.
35. Almuftarij I., Munro K. J. One year on: an updated systematic review of SARS-CoV-2, COVID-19 and audio-vestibular symptoms // Int J Audiol. 2021. V. 60(12). P. 935–945. DOI: 10.1080/14992027.2021.1896793.
36. Rachana Vanaparthy, Srikrishna V. Malayala, Mamtha Balla COVID-19-Induced Vestibular Neuritis, Hemi-Facial Spasms and Raynaud's Phenomenon: A Case Report // Cureus. 2020. V. 12(11). P. e11752. DOI: 10.7759/cureus.11752.
37. Головокружение при коронавирусе [Электронный ресурс] // Коронавирус [сайт]. URL: <https://coronavirus-control.ru/golovokruzhenie-pri-koronaviruse/> (дата обращения: 04.01.2023).
38. Тылец А. Неврологические последствия COVID-19: как помочь себе восстановиться? [Электронный ресурс] // 103.BY [сайт]. URL: <https://mag.103.by/topic/94373-nevrologicheskije-posledstviya-COVID-19-nyuansy-vosstanovlenija/> (дата обращения: 04.01.2023).
39. Кинзга Г. Комплексный обучающий протокол, улучшающий равновесие, динамическое зрительное восприятие и пространственную ориентацию. Solvay Pharma, 2001. 12 с.
40. Epley G. E. Particle repositioning for benign paroxysmal positional vertigo // Otolaryngol Clin North Am. 1996. V 29(2). P. 323–331.

## НОВОСТИ

### АРХАНГЕЛЬСК

**10 июня 2022 г.** Молебен святителю Луке (Войно-Ясенецкому) совершил в архангельской поликлинике № 2 протоиерей Алексей Денисов, глава епархиального отдела медико-социального служения и благотворительности.

Священник пожелал сотрудникам молитвенной помощи святителя в их служении страждущим. Медработники поблагодарили отца Алексея за духовную поддержку.

В 2014 г. на здании поликлиники была установлена памятная доска, посвященную святому, который трудился в этой поликлинике. Текст доски гласит: «Валентин Феликсович Войно-

Ясенецкий (святитель Лука) профессор медицины, хирург, лауреат Государственной премии СССР. В период с ноября 1932 г. по апрель 1934 г. работал во 2-й Советской амбулатории города Архангельска (ныне Архангельская городская клиническая поликлиника № 2).

*По материалам пресс-службы  
Архангельской епархии*

## РЕАБИЛИТАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕТЧАТКИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Юрий Иванович ПИРОГОВ,  
кандидат медицинских наук,  
руководитель центра экспертной  
офтальмологии Немецкой семейной  
клиники, врач-офтальмолог  
Медицинского центра  
«Адмиралтейские верфи»



Yuriy I. PIROGOV,  
Cand. Sci. (Med),  
Head of the Expert Ophthalmology  
Center of the German Family Clinic,  
ophthalmologist of the Medical Center  
“Admiralty Shipyard”

## REHABILITATION AND MEDICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RETINAL PATHOLOGY WHO UNDERWENT COVID-19

**АННОТАЦИЯ.** В статье изложены общие звенья патогенеза и механизма, социальные условия развития ретинальных осложнений, ассоциированных с COVID-19, подходы к лечению интравитреальными инъекциями ингибиторов ангиогенеза больных возрастной макулярной дегенерацией и диабетической ретинопатией, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией. Данные литературы подкреплены клиническими примерами из собственной практики.

**Ключевые слова:** COVID-19, SARS-CoV-2, коронавирус, патология сетчатки, возрастная макулярная дегенерация, интравитреальные инъекции.

**ABSTRACT.** The article states the common threads of pathogenesis and mechanism, social conditions for the development of retinal complications associated with Covid-19, approaches to the treatment with intravitreal injections of angiogenesis inhibitors in patients with age-related macular degeneration and diabetic retinopathy who have had a new coronavirus infection. List of references is supported by clinical examples from our own practice.

**Keywords:** Covid-19, SARS-CoV-2, coronavirus, retinal pathology, age-related macular degeneration, intravitreal injections.

### Введение

Реабилитация и лечение пациентов с патологией сетчатки, которые перенесли COVID-19 в условиях эпидемии, продолжает оставаться актуальной задачей. На ситуацию с нашими больными влияют два аспекта. Первый — непосредственное воздействие вируса как первичное повреждение структур глаза, и вторичное, опосредованное воздействие на сетчатку вследствие изменения состояния организма (гипоксия, гипергликемия, воздействие медиато-

ров воспаления, которые выбрасываются в большом количестве во время «цитокинового шторма»).

Второй аспект — прочие, не связанные с состоянием организма факторы, которые влияют на лечение этой категории больных. В первую очередь к ним относятся эпидемические ограничения, в частности, существенные ограничения плановых посещений клиник пациентами в «первую волну» эпидемии в 2020 г. Немалую роль сыграли и психологические проблемы — вполне обоснованные опасения пациентов заразиться виру-

сом и заболеть. Также не следует забывать и об экономических сложностях, с которыми столкнулись многие больные и их родственники, — снижение доходов, что сделало медицинскую помощь менее доступной, потому что не вся помощь входит в рамки ОМС или федеральных программ.

### Актуальность проблемы

Вирус SARS-CoV-2 является нейротропным, о чем свидетельствуют психоневрологическая симптоматика у пациентов с COVID-19 (включая потерю обоняния, вкуса, интеллектуально-мнестические расстройства). Опубликованы многочисленные наблюдения о появлении обострения хронической патологии сетчатки на фоне инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2 [1].

Конъюнктивит может быть первым симптомом заражения SARS-CoV-2. Даже на ранней стадии заболевания в конъюнктивной полости у пациентов с COVID-19 может содержаться вирус. Воспалительная реакция при этом наблюдается не во всех случаях, но глазная поверхность у больных, инфицированных коронавирусом, представляет потенциальную опасность [2]. Конъюнктивит может служить и воротами для инфекции, поэтому медицинские работники должны обязательно использовать защитные очки. Есть данные литературы, которые свидетельствуют, что в Китае в начале эпидемии врачи, оказывавшие помощь пациентам, не пользовались очками и заражались через конъюнктиву. В этих случаях первым проявлением коронавирусной инфекции у них был конъюнктивит [3].

### Механизм развития вируса в тканях глаза

В проникновении в глаз вирусов SARS-CoV-2 и SARS-CoV ключевую роль играет ангиотензин-превращающий фермент ACE2 — преобладающий трансмембранный рецептор. Эти рецепторы в конъюнктиве и роговице не найдены, но они обнаружены в сетчатке и водянистой влаге. Возможность поражения сосудистого тракта, сетчатки и зрительного нерва у животных с коронави

русной инфекцией позволяет предположить наличие потенциальных зон поражения глаза у человека [4].

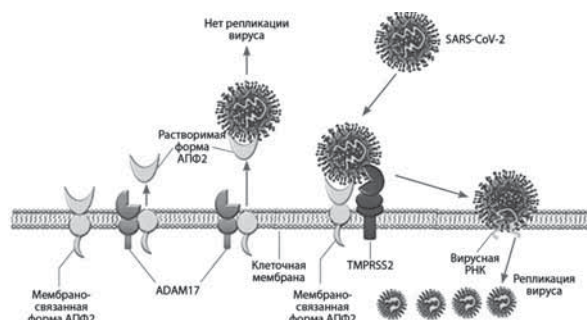


Рис. 1. Механизм проникновения SARS-CoV-2 в глаз

Для понимания степени воздействия коронавируса на орган зрения недавно было выполнено достаточно серьезное фундаментальное исследование. Оно было представлено на интернет-ресурсе, где уже фигурируют научные данные, принятые для опубликования в научных журналах, такие своего рода препринты. Так вот одним из таких фундаментальных исследований, которое показывает на возможность вовлечения в процесс инфицирования сетчатки, является работа, о которой пойдет речь далее [5]. В ходе этой работы установлено, что вирус SARS-CoV-2 проникает в сетчатку, инфицирует фоторецепторы и ганглиозные клетки сетчатки, что является одной из причин жалоб на проблемы с глазами у некоторых пациентов с постковидным синдромом. Объектом исследования этой научной работы являлись так называемые органоиды. Это структуры, которые выращены из полипотентных стволовых клеток сетчатки, в последующем культивирующиеся и уже дифференцирующиеся на слои с присутствием глии и горизонтальных клеток к 123-му дню. Органоиды заражали коронавирусом для того, чтобы понять, есть ли возможность их контаминации в принципе, и как в этих случаях ведут себя клетки сетчатки.

Итак, инфицирование клеток сетчатки коронавирусом подтверждали тестом ПЦР в органоидах, обработанных коронавирусом, где в сравнении с контролем обнаружена вирусная РНК. Присутствие нуклеокапсидных белков в органоидах сетчатки доказано иммунофлуоресценцией. Как же происходит

заражение, каков этот механизм? Органоиды сетчатки специально были обработаны антителом против рецептора ACE2, которое блокировало заражение коронавирусом. Таким образом, установлено, что инфицированность клеток сетчатки коронавирусом зависит от функциональных рецепторов ACE2. Оказалось, что клетки, обработанные антителом, практически не давали никакого свечения, что доказывало их предохранение от инфицирования.

Таким образом, из этого исследования можно сделать выводы:

- а) более молодые органоиды сетчатки оказались более восприимчивыми к инфекции, чем зрелые;
- б) значительно более подвержены заражению ганглиозные клетки сетчатки;
- в) получены первые доказательства того, что коронавирус может активно размножаться в ткани сетчатки [6, 7].

Что же происходит дальше после заражения? Дальше происходит реакция иммунной системой на инфекцию. Проникновение SARS-CoV-2 в клетки сетчатки приводит к повышенному образованию таких факторов иммунной системы как интерлейкин 33 и так называемый NLRP1 [4]. Что это за структура? Это так называемая инфламмосома — это белок, который активирует воспаление и апоптоз клеток. Эти факторы негативно влияют на течение хронических дегенеративных заболеваний сетчатки, которые приводят к стойкой утрате зрения.

### Неблагоприятное воздействие COVID-19 на пациентов с возрастной макулярной дегенерацией

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) — это весьма распространенное хроническое прогрессирующее многофакторное заболевание, характеризующееся дегенеративным процессом в пигментном эпителии сетчатки, мембране Бруха и хориокапиллярах центральной зоны глазного дна со вторичным поражением нейроэпителия, то есть самой сетчатки, и являющееся основной причиной потери центрального зрения у людей старшей возрастной груп-

пы. Заболевание это прогрессирующее, начинается с «сухой» формы: между сетчаткой и хориоидеей в этой стадии накапливается клеточный дебрис, так называемые «друзы», в пигментном эпителии сетчатки — липофусцин, фоторецепторные клетки медленно начинают гибнуть, и постепенно зрение ухудшается. Восемьдесят случаев из ста тяжелых офтальмологических нарушений и необратимой слепоты приходится именно на следующую за «сухой», так называемую «влажную» форму возрастной макулярной дегенерации, когда заболевание выходит за пределы сосудистой оболочки и проникает в сетчатку. Выраженный отек сразу же приводит к значительным и стойким нарушениям зрения, которые лечатся очень непросто. В этой стадии аномальный рост сосудов (хориодальная неоваскуляризация) приводит к быстрому увеличению отека сетчатки, вследствие разрушения стенок сосудов происходят кровоизлияния и зона неоваскуляризации быстро начинает увеличиваться, что приводит к значительному и быстрому ухудшению зрения.

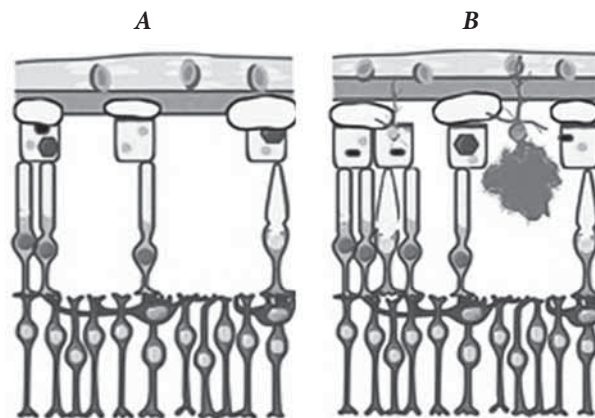


Рис. 2. А — «сухая» форма возрастной макулярной дегенерации; В — «влажная» форма возрастной макулярной дегенерации

В финальной стадии возрастной макулярной дегенерации происходит образование рубца. К сожалению, этот рубец очень сильно изменяет нормальное состояние слоев сетчатки, препятствуя нормальному прохождению света в ней и нервного импульса в зрительном анализаторе, что в результате приводит к снижению остроты зрения до 0,1 и ниже и появлению центральной скотомы. Человек в данном случае видит только па-

рацентральными участками, в которых нет колбочек.

Ключевыми элементами патогенеза неоваскуляризации (основы «влажной» формы возрастной макулярной дегенерации) являются белки семейства vascular endothelial growth factor (VEGF) — фактора роста сосудов эндотелия. Ключевыми белками являются белки VEGF-B и, так называемые PlGF (placenta growth factor).

Белки семейства VEGF играют существенную роль в патогенезе этой стадии заболевания. Они вызывают индукцию ангиогенеза, действуя через рецептор VEGFR-1, VEGF-A и PlGF. Белок VEGF-B, обладающий антиапоптозным потенциалом, поддерживает выживаемость клеток аномальных новообразованных сосудов. Кровеносные сосуды, которые прорастают в сетчатку, вызывают отек и, как следствие, достаточно существенное изменение архитектоники ее слоев. В ряде случаев возникает серозная отслойка пигментного эпителия, а в случае выхода в полость форменных элементов крови отслойка пигментного эпителия из серозной может стать геморрагической. Возникающие в сетчатке или под ней кровоизлияния в последующем трансформируются в рубцы, что приводит к необратимому снижению зрения.

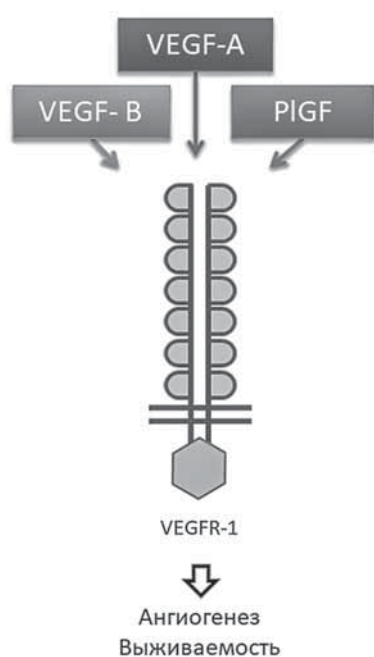


Рис. 3. Белки семейства VEGF — ключевые элементы патогенеза «влажной» формы возрастной макулярной дегенерации

Стандартом лечения «влажной» формы возрастной макулярной дегенерации являются инъекции ингибиторов ангиогенеза, или анти-VEGF-терапия. ВМД — хроническое заболевание, оно требует длительного неоднократного введения этих препаратов. Схема лечения выработана на основании большого количества клинических исследований. На сегодняшний день есть несколько молекул, которые достаточно хорошо изучены, апробированы. Они представляют собой такие структуры, которые улавливают белки VEGF, VEGF-A, VEGF-B. Препарат вводится шприцем непосредственно в стекловидное тело в необходимой дозировке, и делается это с определенной интенсивностью. Механизм действия, ингибиторов ангиогенеза заключается в более высокой степени сродства этих молекул к рецепторам белков в тканях.

Есть несколько режимов, которые применяются для лечения пациентов «влажной» формы возрастной макулярной дегенерации. Сначала требуется 3 ежемесячных введения препарата. Потом на протяжении первого года лечения интервалы увеличиваются до двух месяцев, и во время каждого визита пациента в клинику производится мониторинг: проверяется острота зрения, для оценки состояния сетчатки выполняется оптическая когерентная томография (ОКТ). В дальнейшем интервал между инъекциями еще больше увеличивается под контролем офтальмологического обследования.

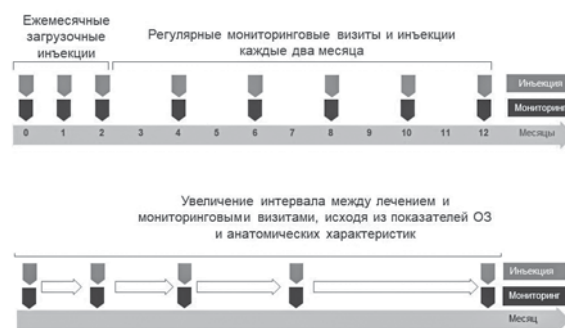


Рис. 4. Проактивный режим терапии «влажной» формы ВМД (первый и второй годы)

Влияние инфицирования SARS-CoV-2 пациентов с патологией сетчатки можно

продемонстрировать на клинических примерах. Пациент 72-х лет, у которого была возрастная макулярная дегенерация на обоих глазах. На правом глазу это была 4-я стадия по классификации AREDS, которая представляла собой исход заболевания в виде рубца, с некоррегируемой остротой зрения 0,02. На левом глазу это была ВМД 4-ой стадии с отслойкой пигментного эпителия. То есть та стадия, когда применение ингибиторов ангиогенеза еще может быть эффективным. Острота зрения до начала лечения была 0,5, не коррегировалась. Пока пациент принимал решение о лечении, острота зрения левого глаза у него еще больше снизилась, по данным ОКТ увеличилась высота отслойки пигментного эпителия, появилась отслойка нейроэпителия. Тогда он согласился на рекомендованное лечение. Ему было выполнено 5 инъекций ингибитора ангиогенеза Афлиберцепт. Острота зрения сначала у него поднялась до 0,4, а потом снова достигла 0,5. Больной получал стандартное лечение до тех пор, пока не заразился SARS-CoV-2 в апреле 2020 г. За период, когда он болел новой коронавирусной инфекцией, некоррегируемая острота зрения у него на левом глазу снизилась с 0,5 до 0,04 вследствие появления кистозного макулярного отека. Нельзя исключить, что это осложнение было обусловлено окклюзией сосудов сетчатки, которые часто происходят у пациентов, болеющих коронавирусной инфекцией. И хотя специфических тромботических изменений сетчатки после выписки пациента из инфекционного стационара мы не увидели, картина кистозного макулярного отека со значительным снижением остроты зрения, несомненно, была отражением процесса дестабилизации состояния его сетчатки на фоне тяжелого протекания инфекции SARS-CoV-2.

После 6-ой инъекции ингибитора ангиогенеза острота зрения поднялась до 0,1. Конфигурация сетчатки у него значительно улучшилась и стала напоминать ту, которая была до перенесенной коронавирусной инфекции. Но, к сожалению, способность к чтению у пациента не вернулась и, вероятнее всего, эта проблема уже не будет решена.

### Влияние пандемии COVID-19 на пациентов с хроническими заболеваниями сетчатки

Для понимания происходящего на фоне пандемии следует сослаться на информацию из тех стран, которые ведут регистры пациентов с этими заболеваниями. Первое, о чем важно сказать, это снижение качества диагностики. Так, у первичных пациентов, по данным американского регистра, проблемы с посещением врача привели к задержке постановки диагноза возрастной макулярной дегенерации, и, как следствие, снижению исходной остроты зрения, в результате чего лечение оказалось менее эффективным [8].

Есть данные турецкого регистра, которые характеризуют тенденцию в случае ухода пациентов с «проактивного» режима лечения [9].

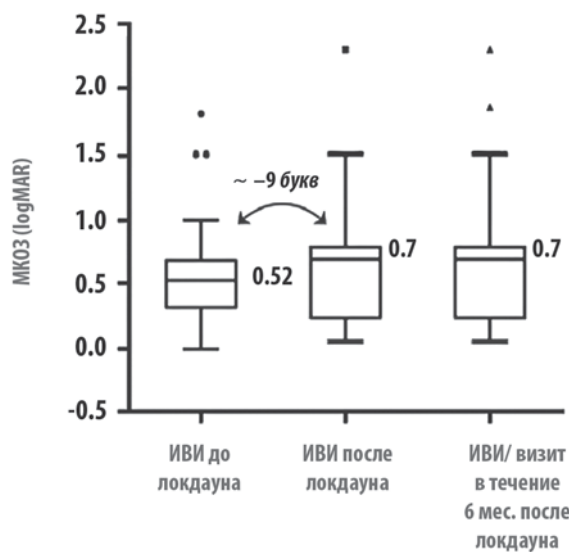


Рис. 5. Максимально скорректированная острота зрения пациентов, пропустивших проведение интравитреальных инъекций в режиме «лечить и увеличивать интервал», назначенных на период локдауна [9]

«Проактивный» режим лечения подразумевает, что пациент, невзирая на состояние сетчатки, которое у него имеется на фоне инъекций, все равно приходит через фиксированные интервалы времени и получает это лечение. Строгое соблюдение рекомендованного интервала приводит к более высоким и стойким результатам. Оказалось, что из-за

COVID-19 пришли в клинику для проведения очередной инъекции всего 42 процента пациентов, а средняя продолжительность задержки очередной интравитреальной инъекции составила 13 недель. При этом по шкале ETDRS среднее снижение зрения произошло на 9 букв.

Есть данные регистра США, которые также свидетельствуют о том, что отсрочка очередной инъекции ингибиторов ангиогенеза в стекловидное тело на 5,34 недели приводит к значительному ухудшению зрения пациентов и по количеству строчек, и по количеству букв, что также приводит к утрате перспектив лечения [10].

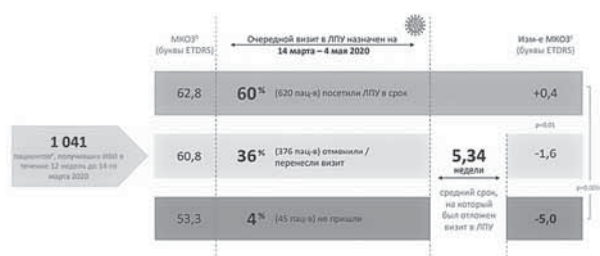


Рис. 6. Негативное влияние на зрительные функции отсрочки запланованной интравитреальной инъекции из-за пандемии, где ИВИ — интравитреальная инъекция, МКОЗ — максимально скорригированная острота зрения

Приведу еще один клинический пример, иллюстрирующий так называемые опосредованные факторы, которые влияют на качество зрения и на качество лечения пациентов с возрастной макулярной дегенерацией. Пациентка 78 лет, у которой была диагностирована возрастная макулярная дегенерация 4-й стадии на одном глазу, 3-й стадии по AREDS на другом, лечилась в нашей клинике до 2019 г. Острота зрения на худшем глазу у нее составляла 0,1 вследствие достаточно большой отслойки пигментного эпителия и хориодальной неоваскуляризации. На лучшем глазу имелись сливные крупные друзы с высоким риском перехода во «влажную» стадию заболевания, но острота зрения там была еще достаточно высока — 0,7. Весной 2020 г. всем жителям нашей страны было рекомендовано сидеть дома и ограничить контакты до минимума. Больная не появлялась в клинике более полугода, и в сентябре 2020 г. некор-

регируемая острота зрения снизилась с 0,3 до 0,04 на худшем глазу. На лучшем глазу некоррегируемая острота зрения у нее упала с 0,7 до 0,3 вследствие достаточно высокой отслойки пигментного эпителия. Пациентка вновь обратилась в клинику, потому что утратила способность читать. Лечение ее худшего глаза было признано уже нецелесообразным, а лучшего глаза было возобновлено. Его некоррегируемая острота зрения, несмотря на соблюдение проактивного режима лечения, в настоящее время не превышает 0,4 на фоне медленной положительной динамики в виде регресса отслойки пигментного эпителия и уменьшения толщины сетчатки.

## Выводы

Для улучшения организации медицинской помощи пациентам с патологией сетчатки в условиях высокого эпидемического давления возможны организационные меры:

- 1) с целью выявления симптомов коронавирусной инфекции предварительный скрининг пациентов может быть осуществлен по телефону;
- 2) очередность лечения возможно осуществить следующим образом: в первую очередь приглашать новых пациентов с неоваскулярной возрастной макулярной дегенерацией на единственном перспективном глазу или остротой зрения 0,5 и ниже на лучшем глазу, а также больных, у которых значительно ухудшилось зрение, например, у пациентов с неоваскулярной глаукомой. Во вторую очередь принимать пациентов с диабетическим и постокклюзионным макулярным отеком ветвей центральной вены сетчатки, у которых лечение было отложено более, чем на шесть месяцев во время первой волны пандемии коронавируса;
- 3) избегать откладывать визиты более чем на 4–6 месяцев, так как это приводит к необратимому ухудшению зрения даже на фоне возобновления лечения;
- 4) ограничивать использование оптической когерентной томографии расширенного офтальмологического обследования, если в этом нет очень большой необходимости;

5) отдавать предпочтение простым режимам дозирования и избегать изменений режима дозирования, которые требуют частого посещения врача и мониторинга;

6) в случае с пациентами с неоваскулярной ВМД, получающими интравитреальные инъекции с различными интервалами между уколами, вернуться к последнему максимально эффективному интервалу и соблюдать проведение загрузочных инъекций, отдавая предпочтение препаратам с большей продолжительностью действия;

7) строго соблюдать меры профилактики распространения инфекции и сокращать длительность пребывания пациентов в клинике.

В завершении статьи я хотел бы привести слова профессора Хольца, заведующего

кафедры офтальмологии Боннского университета и президента авторитетнейшего европейского общества специалистов по лечению заболеваний сетчатки EURETINA: «Мы не рассматриваем интравитреальные инъекции как необязательную процедуру, потому что уже в течение многих лет известно что, если лечение ингибитором ангиогенеза не проводится в соответствующие сроки, то у пациентов повышается риск необратимой потери зрения. Таким образом, не может быть и речи о том, чтобы откладывать интравитреальные инъекции на неопределенный срок до тех пор, пока пандемия не закончится, поскольку это нанесет ущерб зрению наших пациентов и качеству их жизни в долгосрочной перспективе».

### Литература

1. Fouad I. G. The neuropathological impact of COVID-19: a review // Bull Natl Res Cent. 2021. V. 45(1). P. 19. DOI:10.1186/s42269-020-00478-7.
2. Lu C. W., Liu X. F., Jia Z. F. 2019-nCoV transmission through the ocular surface must not be ignored // Lancet. 2020. V. 395. P. e39. DOI: 10.1136/bjo.2003.035931.
3. Dai X. Peking University Hospital Wang Guangfa disclosed treatment status on Weibo and suspected infection without wearing goggles // Beijing News. 2020. Jan 24. URL: <http://www.bjnews.com.cn/news/2020/01/23/678189.html> (access date: 05.12.2022).
4. Menuchin-Lasowski Y., Schreiber A., Lecanda A. et al. SARS-CoV-2 infects and replicates in photoreceptor and retinal ganglion cells of human retinal organoids // Stem Cell Reports. 2022. V. 17(4). P. 789–803. DOI: 10.1016/j.stemcr.2022.02.015; DOI: 10.1101/2021.10.09.463766.
5. Sridhar A., Hoshino A., Finkbeiner C. R., Chitsazan A., Dai L., Haugan A. K., Eschenbacher K. M., Jackson D. L., Trapnell C., Birmingham-McDonogh O., Glass I., Reh T. A. Single-Cell Transcriptomic Comparison of Human Fetal Retina, hPSC-Derived Retinal Organoids, and Long-Term Retinal Cultures // Cell Reports. 2020. V. 30(3). P. 1644–1659. DOI: 10.1016/j.celrep.2020.01.007.
6. Preenie de S. Senanayake, Drazba J., Shadrach K. et al. Angiotensin II and its receptor subtypes in the human retina // Invest. Ophthalmol. Visual Sci. 2007. V. 48(7). P. 3301–3311. DOI: 10.1167/iovs.06-1024.
7. Holappa M., Vapaatalo H., Vaajanen A. Many faces of renin-angiotensin system — focus on eye // Open Ophthalmol. J. 2017. V. 11(1). P. 122–142. doi: 10.2174/1874364101711010122.
8. Xu D. et al. Real-world vitreoretinal practice patterns during the 2020 COVID-19 pandemic: a nationwide, aggregated health record analysis // Curr Opin Ophthalmol. 2020. V. 31(5). P. 427–434. DOI: 10.1097/ICU.0000000000000692.
9. Sevik M. O. et al. The effect of COVID-19 pandemic restrictions on neovascular AMD patients treated with treat-and-extend protocol // Int Ophthalmol. 2021. V. 1(11). P. 2951–2961. doi: 10.1007/s10792-021-01854-6.
10. Song W. et al. The Effect of Delay in Care among Patients Requiring Intravitreal Injections // Ophthalmol Retina. 2021. V. 5(10). P. 975–980. DOI: 10.1016/j.oret.2020.12.020.

## НОВОСТИ

### АРХАНГЕЛЬСК

**25 мая 2022 г.** в поселке Октябрьском Устьянского района состоялись **XI Войно-Ясенецкие чтения**, посвященные 145-летию со дня рождения святителя Луки Крымского — Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого.

Перед началом форума был совершен молебен святителю Луке.

В чтениях приняли участие ректор Северного государственного медицинского университета (СГМУ) Л. Н. Горбатова, глава Устьянского района С. А. Котлов и другие пред-

ставители власти, медицинского сообщества и общественности.

Доклады в рамках пяти секций представили практикующие врачи, преподаватели, доценты, профессора СГМУ и других вузов, психологи, священнослужители, представители Русской Православной Церкви.

«Многие специалисты приехали из других регионов, — рассказали в Северном государственном медицинском университете. — Тематика выступлений была разнообразна и касалась интересных и актуальных вопросов: духовной безопасности молодежи, духовно-нравственной позиции врача в со-

временном мире, актуальных проблем терапии, стоматологии, хирургии, травматологии и ортопедии, иммунологии и аллергологии и многого другого».

Организовали чтения министерство здравоохранения Архангельской области, Архангельская митрополия, Северный государственный медицинский университет, Устьянский муниципальный район и Устьянская центральная районная больница.

По материалам пресс-службы  
Архангельской епархии



# ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Тарас Александрович СКОРОМЕЦ,  
доктор медицинских наук, профессор,  
заместитель начальника Госпиталя  
для ветеранов войн по нейрореабилитации



Taras A. SKOROMETS,  
Dr. Sci. (Med), Professor,  
Deputy Head for Neurorehabilitation of the  
Hospital for War Veterans

Руслан Адамович ДМИТРИШЕН,  
кандидат медицинских наук,  
заместитель начальника Госпиталя  
для ветеранов войн по реабилитации



Ruslan A. DMITRISHEN,  
Cand. Sci. (Med),  
Deputy Head for Rehabilitation  
of the Hospital for War Veterans

Ирина Станиславовна КЛЕНИНА,  
кандидат медицинских наук,  
заведующая отделением кардиологии  
Госпиталя для ветеранов войн



Irina S. KLENINA,  
Cand. Sci. (Med),  
Head of the Cardiology Department  
of the Hospital for War Veterans

Юлия Семеновна МОХОВА,  
медицинский психолог Госпиталя  
для ветеранов войн



Yuliya S. MOKHOVA,  
Medical psychologist of the  
Hospital for War Veterans

## THE POSSIBILITIES OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH COMORBID PATHOLOGY AFTER A NEW CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19) IN A REHABILITATION CENTER

**АННОТАЦИЯ.** В статье обсуждается опыт использования аппаратуры для высокотехнологичной роботизированной реабилитации пациентов, переболевших COVID-19, с коморбидной патологией. Рассмотрены условия полноценной реабилитации. Приведены примеры использования различной реабилитационной аппаратуры при разных видах патологии.

**ABSTRACT.** The article discusses the experience of using high-tech robotic equipment for rehabilitation of patients with comorbid pathology who have had COVID-19. The conditions of full-fledged rehabilitation are considered. Examples of the use of various rehabilitation equipment for different types of pathology are given.

**Ключевые слова:** реабилитация после COVID-19, коморбидность, этапы реабилитации, ERIGO, AMADEO, DIEGO, Стабилоплатформа, DST-8000 Triple Pro.

**Keywords:** Rehabilitation after COVID-19, comorbidity, stages of rehabilitation, ERIGO, AMADEO, DIEGO, Stabiloplatfom, DST-8000 Triple Pro.

Новая коронавирусная инфекция сильно изменила жизнь на нашей планете. Мы узнаем все новые и новые последствия COVID-19. Известно, что точки особого воздействия коронавируса — это не только легочная система, с которой мы привыкли ассоциировать осложнения коронавирусной инфекции (пневмония и пневмониты, т. е. фиброзы легких), но и другие органы и системы организма. У переболевших COVID-19 может наблюдаться целый ряд осложнений — тромбэмболических; сердечно-сосудистых (миокардит); церебральных; осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта; поражение почек и печени как результат не только атаки вирусной инфекции, но и достаточно тяжелой лекарственной терапии.

**Этапы проведения реабилитационных мероприятий** у пациентов, перенесших COVID-19, в принципе ничем не отличаются от таковых после любых острых состояний и патологий:

- I этап — ранняя реабилитация;
- II этап — стационарная реабилитация;
- III этап — амбулаторная и санаторно-курортная реабилитация.

В 2020 г. Госпиталь для ветеранов войн Санкт-Петербурга начал лечить пациентов с COVID-19, практически все его врачи прошли через «красную зону». В 2021 г. в рамках работы Госпиталя открылся Центр реабилитации, где началось оказание реабилитационной помощи пациентам, перенесшим COVID-19 и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). За прошедшие три года в нашем Центре получен определенный опыт реабилитации пациентов после коронавирусной инфекции с коморбидной патологией, в основном касающейся суставов опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы в виде острого нарушения мозгового кровообращения.

В настоящий момент в Госпитале для ветеранов войн можно пройти I и II этапы ре-

абилитации любому человеку, имеющему полис ОМС и направление из любого стационара. Также в Госпитале проходят реабилитацию пациенты из других городов и регионов, получившие направления из местных учреждений здравоохранения при наличии полиса ОМС. При отсутствии полиса реабилитация возможна на хозрасчетной основе. Лист ожидания в настоящее время недолгий, первоочередное право имеют льготные категории граждан.

Сейчас нередко высказывается опасение, что прохождение реабилитации в условиях лечебного учреждения может привести к микст-инфекции, и более благоприятна реабилитация в загородном реабилитационном центре. Однако опыт Госпиталя, реабилитационный центр которого планомерно работает с пациентами после коронавирусной инфекции с коморбидной патологией, показывает, что микст-инфекция не была зафиксирована ни разу.

Рассмотрим этапы реабилитации.

*Ранняя реабилитация* начинается с палаты интенсивной терапии, затем продолжается на реабилитационных отделениях. Так было, к примеру, в 5 и 7 павильонах Ленэкспо, где был открыт временный госпиталь для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией и проходило лечение соответственно до 250 и 700 человек одновременно. Это был отклик реалии того времени: срочно требовалось подготовить место, где пациенты могли получать адекватную медицинскую помощь.

В условиях этого временного госпиталя лечение проводилось в соответствии со стандартами, и инструкторы лечебной физкультуры успешно занимались с пациентами, что хорошо сказывалось на их физическом и психологическом статусе.

*Стационарная реабилитация* — это второй этап комплекса реабилитационных мероприятий; на нем хотелось бы остановиться подробнее.



*Павильон № 7 Ленэкспо в Санкт-Петербурге, переоборудованный под госпиталь для пациентов с новой коронавирусной инфекцией*

Среди особенностей ведения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и COVID-19 можно выделить следующие:

- выраженная астения и тревожно-депрессивные состояния, которые обусловлены не ОНМК. Известно, что ОНМК нередко сопровождается развитием астенического и тревожно-депрессивного состояний. Топическая локализация очага поражения не соответствовала определенным зонам, астения при этом достаточно выражена;

- необходимость изоляционных мероприятий, поскольку существуют предположения, что вирус может выделяться до 90 дней с момента манифестации заболевания. Для данного этапа реабилитации отбираются пациенты с ПЦР-отрицательными результатами, с наличием антител, 70–80% имеют QR-код как доказательство прививки;

- учет факторов коморбидности при наличии постинсультных выпадений;

- строгий персонифицированный подход при назначении немедикаментозного лечения (ЛФК, ФТЛ, аппаратная кинезиотерапия);

- этапность применения высокотехнологичных методик аппаратной реабилитации;

- обязательный акцент на правильное дыхание. Во время проведения занятий, как групповых, так и индивидуальных с методом лечебной физкультуры, используется оздоравливающая сила вокала (пациенты поют).

К условиям аппаратного реабилитационного лечения относятся:

- обязательное трехкратное определение сатурации кислорода: перед каждым занятием, сразу после тренировки и через 15 минут после (целевые значения не ниже 95%);

- последовательное назначение процедур (начиная с малозатратных, практически пассивных, с дозированным ростом нагрузки путем увеличения продолжительности занятий, интенсивности нагрузок, применения более энергозатратных методик);

- при снижении сатурации  $O_2$  ниже 93% любые занятия с физической нагрузкой необходимо прекращать!



*Кислородотерапия*

Оптимальным вариантом при реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, является гипербарическая оксигенация. Этот метод требует достаточно сложной дорогостоящей аппаратуры и специально обученного персонала. В Центре реабилитации Госпиталя для ветеранов войн используется нормобарическая кислородотерапия с использованием такого аппарата, как кислородная капсула. Она позволяет подавать кислород под небольшим повышенном давлении на 0,1 атмосферы.

Одним из обязательных условий пребывания пациентов в палатах являются кислородные концентраторы, которыми в настоящий момент Госпиталь полностью оснащен.



*Вертикализация на аппарате ERIGO*

**Последовательность назначения роботизированных средств реабилитации.** В Госпитале имеется опыт использования более 10 лет аппарата для вертикализации ERIGO, разработанного и выпущенного в Швейцарии. Это достаточно надежная профессиональная техника, однако аппарат не оборудован мониторами, следящими за состоянием пациента. При вертикализации пациентов после долгого пребывания в лежачем положении необходимым усло-

вием является мониторинг давления, пульса и оксигенации, поэтому при использовании аппарата ERIGO должен быть задействован врач, постоянно проверяющий (каждые 2–3 минуты) показатели состояния здоровья пациента.

Также в Центре реабилитации Госпиталя для ветеранов войн используется аналог ERIGO — отечественный аппарат А-1, с биологической обратной связью (БОС) — монитором для пациента. Дополнительно он имеет монитор для непрерывного отслеживания пульса, давления и оксигенации. Таким образом при работе с аппаратом А-1 практически удалось исключить все отрицательные моменты и неприятные побочные действия вертикализации на аппарате ERIGO. Занятия на А-1 более эффективны и проще для персонала, так как не требуется постоянного наблюдения за пациентом, при выходе каких-либо параметров за рамки установленных диапазонов, аппарат подает звуковой сигнал.

Вертикализация позволяет осуществлять, помимо прочего, также когнитивную реабилитацию, так как при указанной методике у пациентов происходит улучшение когнитивных функций. Этот эффект наблюдается любом возрасте, при любой патологии.

Если пациент более активен, то вертикальная нагрузка дозируется на аппарате GT-1 (gait trainer — тренер походки). Несмотря на давность его разработки, этот прибор весьма полезен, так как позволяет проводить занятия на нижних конечностях с минимальной нагрузкой и минимальной скоростью движения, что особенно актуально для пациентов с низкой толерантностью к физической нагрузке.

Простые аппараты, такие как Artromot для восстановления движения в суставах, используются для процесса реабилитации при плегиях в случаях поражения центральной нервной системы или помощи после эндопротезирования коленного или тазобедренного сустава. Аппарат также позволяет использовать персонал-замещающую технологию.

Госпиталь располагает также новыми комплексами, которые можно назвать уникальными. Такими как единственный в своем

роде аппарат *AMADEO* для восстановления активных движений в кистях. Следует подчеркнуть, что, как и прочие аппараты, о которых пойдет речь далее, он предусматривает запись и документацию занятий, оценку эффективности любой процедуры, что очень важно для эффективного реабилитационного лечения.

Применение *AMADEO* показано для пациентов с нарушениями мелкой моторики дистальных отделов верхних конечностей. Данный аппарат является единственным механизированным устройством для восстановления активных движений в пальцах, включая большой, причем позволяет работать одновременно всеми пальцами, последовательно или отдельно каждым. В зависимости от возможностей пациента и показаний может быть применен как активный, так и пассивный режим работы. Аппарат позволяет производить объективную оценку изометрической силы, объема движений, наличия спастичности, настраивается с учетом индивидуальных особенностей, позволяет оценивать прогресс проводимого лечения. Программное обеспечение тренажера *AMADEO* включает игровые задания, направленные на достижение цели, позволяющие дольше удерживать внимание и повышать мотивацию пациента.

Этот аппарат работает на основе биологической обратной связи. Напомним, что при спастических поражениях центральной нервной системы развивается спастический парез. Поэтому основное направление реабилитационного лечения направлено на отработку разгибания.

Аппарат *DIEGO* для верхней конечности предназначен для разработки движения в локтевом и плечевом суставах и дает возможность одновременно работать и левой, и правой рукой, что особенно важно при наличии грубых нарушений в одной руке, тогда второй рукой можно помогать в движениях. Аппарат *DIEGO* позволяет производить объективную оценку объема движений и предназначен для пациентов с моторными дисфункциями верхних конечностей. Его особенности:

- тренировка и реабилитация одной или двух рук одновременно с функцией

сопротивления движениям и оценкой спастичности;

- лечение и диагностика на одном аппарате;
- широкие возможности персонализации для каждого пациента;
- биологическая обратная связь в реальном времени и мотивационные игры, направленные на достижение цели.

*Стабилоплатформа (система КОБС)* — это система для тренировки координации, баланса и силы (КОБС = Координация, Баланс и Сила). Эта система позволяет проводить изолированно упражнения для левой и правой ноги в зависимости от того, какая больше пострадала. Это многофункциональная платформа для диагностики и тренировки опорно-двигательных навыков и когнитивных нарушений с БОС. Основными преимуществами системы является наличие обратного контроля с легко понятными, но с постоянно изменяемыми задачами. Она дает максимальную мотивированность и оптимальную настройку уровня эффективности упражнения с большим числом повторений с четкими и немедленными подсказками (т. е. обучение в процессе выполнения), с точным измерением и ведением документации о результатах и эффективности упражнений.

Интерактивные занятия посредством стабилоплатформы также благотворно сказываются на когнитивном состоянии пациентов. Им интересно заниматься, потому что они играют. Платформа симулирует движения, типичные для горных и водных лыж, поэтому с особым удовольствием на ней занимаются пациенты, приверженные этим видам спорта.

Еще один интересный аппарат — *дорожка C-mil* — проекционная дорожка, которая готовит пациента к условиям повседневной жизни. Она представляет собой реабилитационный комплекс для анализа и коррекции нарушений ходьбы и координации движений с помощью расширенной виртуальной реальности. Ее особенности:

- благоприятные и стимулирующие условия реабилитации;
- вариативность упражнений;
- тренировка различных видов походки.

Занятия с пациентами на тренажерах в Госпитале проводятся тем же методистом лечебной физкультуры, который ведет индивидуальные занятия без тренажеров. Таким образом расширяются его возможности в плане реабилитационного процесса и, кроме того, специалист четко видит результаты.

В Госпитале имеется также аппарат ЭкзоАтлет, который используется для лечения пациентов со спинальной патологией более, чем с гемипарезами или гемиплегиями.

Аппарат *DST-8000 Triple Pro* для тренировки пациентов сочетает в себе три тренажера:

- лестницу,
- наклонный пандус для ходьбы вверх и вниз с разными углами наклона,
- горизонтальные брусья.

Тренажер имитирует задачи, с которыми сталкиваются люди ежедневно: подъем и спуск по наклонной поверхности и лестницам со ступеньками разной высоты.

Итак, комплексная реабилитация пациентов в обязательном порядке включает следующие пункты:

- оценка функционального состояния пациента;
- определение основной цели двигательной реабилитации;
- персонализированный подход к методам роботизированной кинезиотерапии;
- подбор соответствующей аппаратуры. Для реабилитации верхней конечности — аппараты ARTROMOT, DIEGO, AMADEO. Для реабилитации нижней конечности — GT-1, C-MILL, DST8000, а также достаточно аппарат LOKOMAT, который широко используется в реабилитационном процессе в Госпитале с 2009 г.;
- при хорошей толерантности к нагрузке ежедневное чередование тренажеров;
- обязательное документирование результатов (объективизация + мотивация);
- психологическая поддержка.

Работа Центра реабилитации Госпиталя для ветеранов войн основана на комплексности и индивидуальном подходе. Это позволяет добиться положительных результатов в восстановлении пациентов в постковидный период.

## НОВОСТИ

### ВЕЛИКИЙ УСТЮГ

22 декабря 2022 г. в Великоустюгском медицинском колледже состоялась **V Межрегиональные Бычихинские чтения «Воспитание в системе среднего профессионального образования: традиции, опыт, поиск ответов на новые вызовы»**, посвященные 95-летию со дня рождения Н. П. Бычихина.

Первые Бычихинские чтения состоялись в 2008 г. География участников конференции постоянно расширяется. В V Межрегиональных Бычихинских чтениях е в очном и заочном формате в чтениях с использованием информационных технологий приняли участие представители медицинских организаций, образовательных учреждений среднего и высшего образования из Вологодской, Архангельской, Нижегородской, Тюменской областей, Москвы и Санкт-Петербурга.

Основная цель Бычихинских чтений — обмен опытом по актуальным проблемам духовно-нравственного развития и воспитания молодежи.

Программа конференции включала пленарное заседание и три секции: «Психолого-педагогические аспекты формирования духовно-нравственной личности в сфере профессионального образования»; «Духовные аспекты воспитания личности»; дискуссионную площадку «Волонтерство как образ жизни современных студентов».

С приветственным словом к участникам конференции на пленарном заседании обратились З. В. Комиссарова, директор Великоустюгского медицинского колледжа им. Н. П. Бычихина, И. А. Турабов, д. м. н., проф., декан педиатрического факультета, заведующий кафедрой детской хирургии СГМУ, главный детский онколог Министерства здравоохранения Архангельской области; иерей Андрей Игнатьев, руководитель отдела церковной благотворительности и социального служения Великоустюжской епархии.

В работе чтений приняли участие члены Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого). В. Т. Лободин, к. п. н., доцент кафедры безопас-

ности жизнедеятельности и охраны здоровья Ленинградского областного института развития образования, член ОПВ Санкт-Петербурга, в своем докладе рассказал о **культурологических аспектах духовно-нравственного воспитания личности будущих медицинских работников** в сложных условиях жизни современной молодежи.

О целях и направлениях деятельности Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) рассказала его ответственный секретарь, ответственный редактор журнала «Церковь и медицина» С. В. Лободина. Большой интерес участников вызвал также глубокий доклад С. В. Лободиной о **милосердном служении дома Романовых**.

Пленарное заседание завершила литературно-музыкальная композиция, подготовленная студентами и преподавателями колледжа, «Я люблю тебя, жизнь!».

# ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ И ДУХОВНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ГРАЖДАН И ПРИХОЖАН ХРАМОВ В ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД: ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ

Круглый стол в рамках IV Научно-практической конференции  
«Актуальные вопросы реабилитации переболевших COVID-19»

В работе круглого стола приняли участие священнослужители из России, Австрии, Монако, США, практикующие психологи и психиатры, медики-клиницисты.

Обсуждались следующие вопросы:

- частота когнитивных расстройств в клиниках и на приходах;
- понимание важности реабилитации, пастырское увещание;
- особенности проведения Таинств у переболевших COVID-19;
- особенности питания и поста у переболевших COVID-19;
- взаимодействие священнослужителей, психиатров, психотерапевтов и психологов в реабилитации переболевших COVID-19 и др.

## Протоиерей Сергей Филимонов



кандидат богословия, доктор медицинских наук, профессор, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), член Синодальной комиссии по биоэтике РПЦ

**Протоиерей Сергей Филимонов:** Глубокоуважаемые коллеги, всечестные отцы, дорогие братья и сестры! Наш круглый стол проходит в новом здании, где построен специальный медицинский блок, который является штаб-квартирой Общества православных врачей Санкт-Петербурга. Он построен

практически к самому началу конференции. Здесь обустроен зал, из которого мы можем общаться с представителями разных епархий, городов и стран.

Общество православных врачей Санкт-Петербурга объединяет врачей различных специальностей, которые работают примерно в 40 лечебно-профилактических и лечебных учреждениях, государственных и негосударственных. Общество имеет сайт, есть свой сайт и у нашей конференции.

Общество издает всероссийский журнал «Церковь и медицина», который публикуется в РИНЦ и имеет электронную версию, которая поддерживается благотворительным фондом. Все его статьи доступны к ознакомлению.

Модератором является игумен Серафим (Кравченко), ответственный секретарь Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви.

## Игумен Серафим (Кравченко)



ответственный секретарь Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви

**Игумен Серафим (Кравченко):** Главный психиатр Москвы, Георгий Петрович Костюк, в своем интервью ИТАР-ТАСС сказал, что коронавирус способен вызы-

вать изменения психического состояния, в том числе тяжелые расстройства. Выздоровление также сопровождается токсической нагрузкой на нервную систему и головной мозг. В связи с этим первый вопрос нашей повестки дня: насколько часты когнитивные расстройства у пациентов клиник и у наших прихожан? Слово протоиерею Александру Абрамову.

### Протоиерей Александр Абрамов



настоятель храма прп. Сергия Радонежского в Крапивниках, ответственный секретарь Синодальной комиссии по биоэтике РПЦ

**Протоиерей Александр Абрамов:** Дорогие братья и сестры, я очень рад сегодняшней встрече. На моей памяти это одно из первых собраний, которое включает обсуждение со священниками моментов духовной реабилитации, тогда как для епископской конференции, например, Соединенных Штатов это частая тема, включающая в числе прочего и разного рода фобии, связанные с вакцинациями, и переживания людей после излечения.

Отец Алексей Бабурин обратил наше внимание на одну очень важную вещь: у нас отсутствует какая бы то ни было сводная статистика. Мы оперируем только эмпирическими данными из личной практики врачей и священников, которые сталкиваются с проблемами своих прихожан. Поэтому все мы здесь сегодня будем говорить, исходя только из собственного конкретного опыта. Мы не можем говорить о данных, средних по больнице, мы можем говорить о конкретном опыте, либо значимом с точки зрения экстремумов, либо статистически значимом.

В своей практике я фиксирую следующие обстоятельства: у многих есть тревожные состояния, есть панические атаки. Желание жить даже у убежденных христиан в некотором смысле деформируется и часто заменяется фобией, поскольку обмен информацией

в приходском организме приобретает порой совершенно искаженный характер. Люди приходят с этим к священнику, потому что никогда в такой мере, как во время пандемии, они прежде не сталкивались с такими состояниями.

Первое, на что хочу обратить внимание с пастырской точки зрения, — мне кажется очень важным, чтобы священник не брал на себя функцию врача. Чтобы, даже если он сам болел, не занимался постановкой диагнозов и назначением лечения, чем грешат многие священнослужители.

Второй момент. У нас пока совсем не продумано, что конкретно священник может порекомендовать переболевшим прихожанам, приходящим к нему с тревогой и депрессивными состояниями. Классические средства, например, поехать в паломничество, стали невозможными. Устраивать лекции? Мы на этом обожглись. Пригласили известного специалиста, чтобы он прочитал лекцию для прихожан, как поступать при заболевании. Это вызвало колоссальное напряжение, потому что люди не хотят снова слушать о болезни, они хотят знать, как им выздороветь.

Третий момент — реабилитация самих священнослужителей. Мы постоянно получаем известия о смерти священников и прочих клириков и в столице, и в других городах. Заболеваемость среди духовенства очень высокая. Слегка оправившись, но не выздоровев до конца, люди возвращаются к служению, потому что считают — и часто небезосновательно, — что служить некому. Тогда как на самом деле переболевшему священнику требуется реабилитация, в частности, возможно, более продолжительный отпуск. В решении этих вопросов необходимо участие священноначалия.

Вот два главных, с моей точки зрения, аспекта проблемы. Первая — необходимость разделять прямую медицинскую помощь, с одной стороны, и поддержку, жаление — с другой, когда прихожане приходят к священнику за помощью при фобиях и панических атаках. Вторая — необходимость реабилитации самих священнослужителей и поиск форм их взаимной помощи.



**Игумен Серафим (Кравченко):** Мне кажется, вы попали в точку: приходская жизнь претерпела необратимые изменения, и мы, к сожалению, не обсуждаем этого ни на общецерковном уровне, ни на епархиальном. Невозможно отмахнуться от проблем не только с паломничеством, но и с организацией деятельности воскресных школ, допуском священников в больницы и социальные учреждения, в армию, в тюремные учреждения. Всюду, где действуют ограничения, священник испытывает их на своей непосредственной пастырской деятельности. И вы совершенно правы: имеет смысл (быть может, даже нам с вами как московским клирикам) эту тему инициировать: в рамках московских пастырских конференций, на уровне викариатств, где-то еще. Может быть, предложить ее для обсуждения первому викарию, владыке Дионисию, потому что это тема исключительной важности: нормальный формат приходской жизни нарушен, и не каждый священник в состоянии сориентироваться самостоятельно и привести свое служение и жизнь прихода в соответствие с новыми условиями.

**Протоиерей Сергей Филимонов:** Добавлю, что по статистике еще по состоянию на июнь 2021 г. переболело около 5 тысяч клириков Русской Православной Церкви. И это только на территории Российской Федерации. Около 600 из них умерли. Это число продолжает расти. Думаю, не ошибусь, если предположу, что новой коронавирусной инфекцией переболело 60–70% прихожан, и у многих имеются выраженные когнитивные нарушения, которые вызывают особую озабоченность. Поэтому мы и разбираем сегодня здесь эти вопросы совместно с психиатрами и психотерапевтами.

**Игумен Серафим (Кравченко):** Отец Александр правильно обозначил проблему: люди подходят к священнику, который уже переболел, как к знатоку, авторитету и начинают пытаться: делать им прививку или не делать, при наличии скольких антител делать и как быть дальше... Знакомая ситуация. Послушаем, что скажут врачи. Слово профессору Шамрею.

#### Владислав Казимирович Шамрей



доктор медицинских наук,  
профессор, заведующий кафедрой психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова

**В. К. Шамрей:** Тема данной конференции крайне актуальна. К сожалению, пока что имеются только предварительные итоги, в том числе научных исследований в отношении медико-психологических последствий новой коронавирусной инфекции.

Недавно в Москве прошла традиционная конференция, посвященная одной из проблем душепопечения психически больных лиц. На ней был поднят вопрос сотрудничества врачей и священнослужителей. Сегодня это исключительно важно. Как уже справедливо было сказано, у каждого своя зона ответственности. Тем не менее они пересекаются. Наибольший опыт такого сотрудничества накоплен в клиниках, при которых действуют храмы.

Масштабы пандемии COVID-19 представляют явную угрозу. Изначально тенденции распространения заболевания представлялись достаточно понятными, однако с течением времени медицинская общественность все больше убеждалась в том, что эта пандемия, к сожалению, мало прогнозируема. Изначальные теории в отношении вируса SARS-CoV-2 пришлось пересматривать. Главный вывод — накопленные в настоящее время данные свидетельствуют о возможности массивного проникновения вируса возбудителя COVID-19 в ткани головного мозга и выраженного негативного влияния на его функции, т. е. вирус является нейротропным.

Несколько слов **об эпидемиях и пандемиях прошлого, начиная с XIX в.** По сути, каждая из них всегда провоцировала те или иные психические расстройства. Так, анализ эпидемии гриппа в 1889 г. показал наличие широкого спектра психических нарушений у заболевших и переболевших лиц — от диссоматических проявлений, до невротических расстройств и стойких депрессивных состо-

яний (вплоть до суицидального поведения) (Noymer A, Carreon D, Johnson N., 2010). Во время пандемии гриппа в 1919 г. К. Менингер отмечал также психотические расстройства, имевшие место, по его мнению, более чем у половины из 1000 обследованных им пациентов. Исследования, проведенные британскими учеными в период локальных вспышек коронавирусных инфекций последних десятилетий (SARS и MERS) показали, что они характеризовались, помимо нарушений сна (54%) и депрессивных расстройств (42%), состояниями спутанности сознания (36%) и стойкой (после выписки из стационара) астенической симптоматикой (Rogers J., Chesney E., Oliver D., Pollak Th., 2020).

**К факторам формирования психопатологических нарушений** у населения во время неблагоприятной эпидемиологической обстановки (COVID-19) относятся:

1) общие закономерности любого инфекционного процесса, будь это просто грипп или ОРЗ;

2) специфика информационного сопровождения, прежде всего СМИ. Для пандемии COVID-19 характерно активное распространение деструктивной информации среди населения. Так называемые «антиковидчики», в том числе звезды шоу-бизнеса, считающие себя по совместительству медицинскими светилами, дискредитируют не только необходимость тех или иных противоэпидемических мер, но и государственную власть. По сути, это часть информационной войны, которая касается не только пандемии, но целенаправленно подрывает традиционные духовные скрепы общества — то, что всегда было отличительным признаком России, силой, преодолевающей любые проблемы, от войн до эпидемий;

3) характер проводимых противоэпидемических мероприятий. Будем откровенны: организация их не всегда была удачной. Копировались не лучшие западные меры, эффективность которых значительно ниже, чем у отработанных в советский период. Как показал опыт, чем быстрее и жестче были организационные действия, тем достигался лучший эффект. Например, чем раньше и радикальнее вакцинировалось население, тем степень мутаций была ниже. Несвоевре-

менная вакцинация провоцирует мутацию вируса. Сейчас мы пожинаем плоды своих ошибок;

4) комплекс медицинских, биологических и индивидуальных особенностей человека либо отдельных групп населения.

**Пандемия SARS-CoV-2 (2019-nCoV) и психическое здоровье.** Во время чрезвычайных и экстремальных ситуаций, связанных с эпидемией, наблюдаются различные явления стресса. Это ожидаемые и прогнозируемые эмоциональные, интеллектуальные, физические, поведенческие реакции лиц, которые были подвержены потенциально травмирующему воздействию событий и факторов болезни, эпидемии, карантина и их социально-политических и экономических последствий.

Полностью предупредить проявления дезадаптивных стрессовых реакций стресса не представляется возможным, так как они являются естественными для нормального функционирования психики человека при воздействии интенсивных травмирующих факторов!

Выделяют «коронавирусный синдром»<sup>1</sup> — социально-стрессовое расстройство, представляющее собой реакцию организма на пандемию COVID-19.

Причиной его являются длительные невротизирующие переживания, выходящие за рамки обычного опыта, изменение социальных связей и жизненных планов, нестабильность и неопределенность будущего, а также большое количество неконструктивной тревожной информации в СМИ.

Предлагается новая (еще не принятая) диагностическая категория МКБ-11: комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (вместо F62.0 МКБ-10), которое возникает вслед за тяжелым пролонгированным стрессом или множественными или повторяющимися нежелательными событиями, избежать воздействие которых не представляется возможным.

1 Соловьева Н. В., Макарова Е. В., Кичук И. В. «Коронавирусный синдром»: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19 // РМЖ. 2020. № 9. С. 18–22.

Механизмы психотравматизации приводят к дезадаптации и к широкому спектру расстройств, показанных на рисунке 1.



Рис. 1. Механизмы психотравматизации во время эпидемий и их последствия

Результаты наших исследований психических патологий в начале пандемии и попытка их прогноза представлены на рисунке 2. Тревожный тип реагирования наблюдается у лиц, склонных к вакцинации. Вытесняющий тип реагирования характерен для «антиковидно» настроенных граждан. Можно видеть, что если в начале пандемии линии графиков для обеих групп расходились, то затем, в период второй пандемии (впереди нас ожидают последующие волны, третья, пятая и далее) они сближаются. Причины понятны — проходят месяцы, годы, и человек, видя тяжелое состояние и даже смерть соседей, коллег, близких в результате ковида, убеждается, что опасность реальна.

Результаты исследований, проведенных разными странами в первую и вторую волны пандемии COVID-19 свидетельствуют о преобладании в структуре психических нарушений тревожно-депрессивной симптоматики и нарушений сна (сопряженных с астеническими проявлениями) (табл. 1).

Сопоставление заболеваемости всеми психическими расстройствами, ассоциированными с COVID-19, ясно свидетельствует о значимо более высоком их уровне, чем заболеваемость аналогичной психической патологией вследствие других ОРВИ и гриппа. Это также подтверждает нейротропный характер распространения вируса в организме.

Среди психолого-психиатрических последствий постинфекционной астении COVID-19 наблюдается значительное количество когнитивных нарушений (рассеянность, снижение памяти). Это та почва, на которой в дальнейшем могут произрасти еще более существенные проблемы. Панические атаки — это только вершина айсберга. Пока имеются лишь предварительные данные, но уже ясно, что с течением времени когнитивные нарушения постепенно усугубляются. Эта проблема требует серьезного анализа, и рано или поздно именно может выйти на первый план.

Абсолютно справедливы слова Георгия Петровича Костюка, выпускника нашей академии, приведенные игуменом Серафимом.

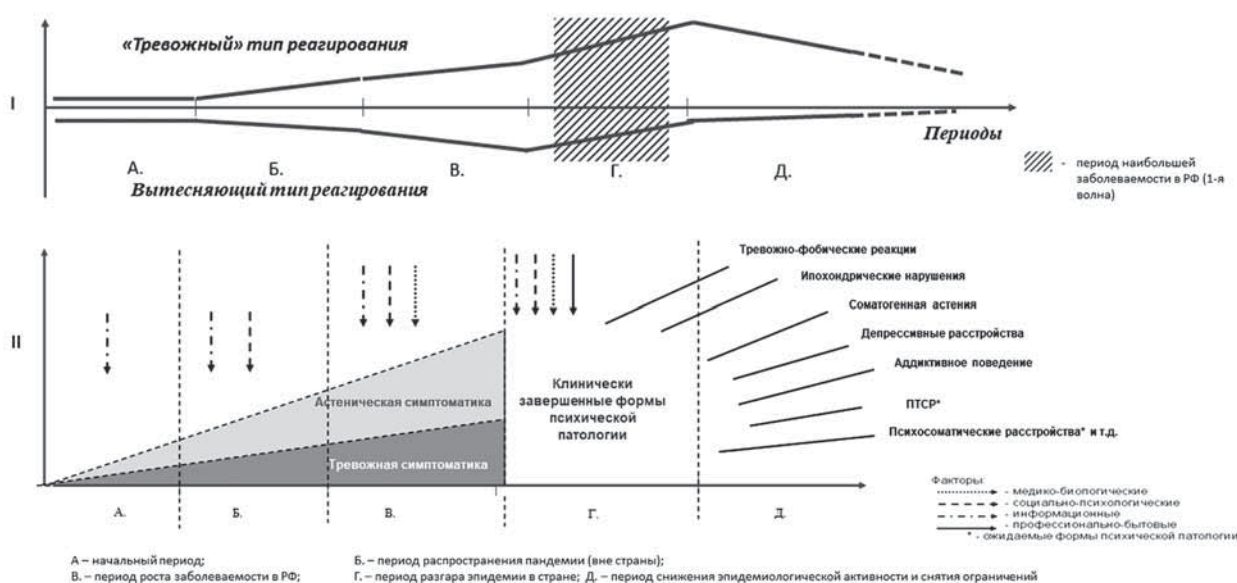


Рис. 2. Психические расстройства: первая волна (I) и прогноз (июль 2020 г.) (II)

Таблица 1

**Данные зарубежных исследований  
2020–2021 гг.**

Страна	Авторы, год публикации	Выявленные психические нарушения (феномены)
США	Luhby T., март 2020	Число выписанных рецептов на транквилизаторы с 15 февраля по 15 марта 2020 г. выросло в США на 34,1%, антидепрессантов — на 18,6, снотворных — на 14,8%
США	Schwartz B. J., март 2020	Симптомы ПТСР — у 10,0% в очаге эпидемии
Италия	Fagiolini A., Cuomo A., Frank E., 2020	Расстройства адаптации — 21,8%, тревожные расстройства — 20,8%, депрессии — у 17,3%, нарушения сна — у 7,3%
КНР	Li W., Yang Y., Liu Z. H., et al., 2020	Тревожные расстройства — 30%, депрессии — 17%, ПТСР — 35%
США	Deng J., Zhou F., Hou W., Silver Z., Wong C.Y., Chang O., Huang E., Zuo Q.K., 2021	Депрессии — 45%, тревожные расстройства — 47%, нарушения сна — 34%

То, что коронавирус вызывает психические расстройства, — это крайне важная проблема, которая требует совместных усилий, особого сотрудничества врачей и священников. Для прихожан пастырское слово крайне важно. И от того, насколько прихожане будут нацелены пастырем на адекватный подход к вакцинации и ревакцинации, во многом зависит предупреждение ряда их будущих проблем, в том числе психических расстройств.

**Протоиерей Сергей Филимонов:** Вячеслав Казимирович, большое спасибо за такое взвешенное предупреждение. Хотелось бы отметить, что в связи с обсуждаемыми проблемами нам, священникам, приходится *пересматривать свое отношение к пасомым*. У них наблюдаются провалы в памяти, панические атаки, они порой не помнят, что говорили и делали. Поэтому исповедь нередко приходится принимать по подготовленным ими шпаргалкам. В данных обстоятельствах это совершенно нормальное явление.

Второе изменение, касающееся душепопечения чад, — это чередование частной и общей исповеди, потому что из-за провалов в памяти (очень страдает именно кратковременная память) надо ведь еще не забыть о грехе, о котором помнил минуту назад.

Мы с этим сталкиваемся постоянно, просим сразу записывать все, что вспомнили, проводим общую исповедь. Кроме того, общая исповедь дает возможность избежать тесного контакта, неизбежного при частной, хотя во многих храмах это и не практикуется.

Мы систематически теперь сталкиваемся еще и с тем, что молодые прихожане переходят на нейрорептику. У них, особенно у девушек, развиваются различные психические заболевания, и они вынуждены лечиться у психиатров. Поэтому *необходимо увещивать священнослужителей, чтобы они не отменяли препараты, назначенные психиатрами*. Для достижения эффекта они требуют достаточно долгого применения, и мы, пастыри, должны терпеливо дожидаться состояния устойчивой ремиссии, не поднимая для этих людей духовную планку.

Еще одно следствие массового постковидного синдрома — *вынужденное послабление поста*, потому что людям, страдающим поражением ЦНС, требуется другая пища, скромная. Нельзя забывать, что психические заболевания могут начаться в числе прочего на фоне истощения. Чтобы компенсировать дефицит белка, гипокальциемию, восполнить потери, понесенные организмом, мы даже на полгода отменяем пост для пере-

болевших среднетяжелой и тяжелой формой коронавирусной инфекции.

Наше отношение к пасомым за это время сильно изменилось. Мы должны щадяще относиться к тем, кто болел, понимая их неадекватность. Все мы, разумеется, хотим, чтобы нам адекватно отвечали, здраво на нас реагировали, и неадекватность требует большего пастырского терпения. Я считаю, ничего страшного не произойдет, если священник спросит человека, когда тот болел коронавирусной инфекцией, в какой форме, и услышав, что тот переболел тяжело, будет разговаривать с пасомым мягко и увещевающе, проявит снисхождение в отношении Таинств, заботливо предупредит, чтобы не шел на высокий необдуманный подвиг, который может привести к срыву его здоровья.

**В. К. Шамрей:** Хочу добавить о сотрудничестве священнослужителей и врачей-психиатров. Чтобы наполнить эту идею конкретным содержанием, придется много и обдуманно потрудиться, потому что используемый нами понятийный аппарат совершенно разный. Когда к священнику приходят прихожане с проблемами психического здоровья, ему необходимо иметь хотя бы первичное понимание в этой сфере.

Но вспомним, существует такое понятие, как перекрестное образование. Оно могло бы заключаться для врачебного состава в преподавании основ православной этики, чтобы они понимали в числе прочих вопросов особенности оказания помощи верующим, и в то же время семинаристам и священнослужителям необходимо преподавать *основы пастырской психиатрии*. Общество православных врачей могло бы подготовить соответствующее пособие. Опыт такого образования есть, например, в свое время в Военно-медицинской академии была кафедра богословия. По результатам работы нашей клиники при храме Божией Матери «Утоли моя печали», по нашим семинарам мы видим, что, когда человек понимает проблему, у него совсем другое отношение к лечению. Многие наши прихожане по инициативе священнослужителей идут к врачу-специалисту.

**Протоиерей Сергей Филимонов:** Хотел бы сделать одну ремарку. К сожалению, общество наше расколото. Как есть врачи, которые выступают против прививок, так есть и священники, и их немало, которые говорят своим чадам: не делай прививку, не благословляю тебя на вакцинацию. Я не осуждаю, я говорю о реальности.

**В. К. Шамрей:** Несколько слов об *эффективности вакцин*. Хочу сказать об опыте вакцинации Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. Конечно, часть наших преподавателей, врачей и персонала по медицинским показаниям имела медотвод от прививки. Однако почти 99% сотрудников вакцинировались и ревакцинировались, хотя все они гражданские люди и могли бы уклониться. Это около 200 человек молодого, среднего и старшего возраста, с разным состоянием здоровья и разными хроническими болезнями. Результат налицо: среди вакцинированных переболело всего 3–4 человека, причем в легкой форме, вроде ОРЗ. А вот из тех немногих, кто не привился, заболели те же 3–4, и все они прошли через реанимацию. Это люди в возрастной категории 65+, и они задним числом поняли, какую допустили ошибку, отказавшись от вакцинации.

Мне также не понаслышке известен опыт Министерства обороны. Именно благодаря четко организованной вакцинации и ревакцинации в структуре ведомства наличествует минимальное число заболевших.

#### Протоиерей Андрей Лоргус



ректор Института христианской психологии

**Протоиерей Андрей Лоргус:** Уважаемые коллеги, честные отцы, хочу поделиться своим опытом, полученным от общения как с прихожанами, так и с клиентами, с которыми работаю как психолог. Действительно, поведенческие фобии, панические атаки

и депрессии сейчас встречаются очень часто, с этим приходится сталкиваться почти постоянно. Но я бы добавил еще кое-что.

Во-первых, наблюдается общечеловеческая особенность — *обострение мифологического сознания*, характеризующегося либо отрывочным, либо полным пренебрежением рациональным и причинно-следственным мышлением. К этому относятся суждения о теории заговоров, чипировании и др., в том числе представления о вирусе как об оружии, направленном на неведомые цели. В связи с этим у людей возникает страх насилия (магического, политического или военного) через, с одной стороны — вирус, с другой стороны — прививки. Эти идеологии сегодня охватывают, мне кажется, больше половины тех, с кем мне приходилось сталкиваться.

Во-вторых, встречаются специфические страхи. Это проблема не общемировая, а касающаяся именно нашего отечества. По моему опыту, наших людей преследуют два основных страха. Первый — заболеть и умереть, второй — подвергнуться магическому насилию. Человек полагает, что либо через вирус, либо через прививку от вируса его сознанием могут овладеть и злобно причинить какой-то вред. Как ни странно, страх насилия сильнее страха болезни и смерти. В связи с этим возникает, как мне кажется, **специфическое тревожное расстройство. Оно имеет несколько особенностей.**

Первая особенность — *информационная растерянность*, потому что никто никому не доверяет, слишком много звучит противоречивых заявлений биологов, чиновников, медиков. Кого слушать? Люди в растерянности, не понимают, что им делать. Кроме того, растерянность усиливает неопределенность будущего. Если в начале пандемии говорили о каких-то сроках, то теперь вообще никаких сроков нет. Провал в информационном пространстве, неясность, когда и чем все это закончится, вызывает сильные тревожные расстройства.

Вторая особенность — это *потеря свободы*. Всем стало ясно, что защититься от контакта с вирусом невозможно, защиты нет, свобода действий отсутствует, вирус сильнее всей планеты. И если поначалу говорили,

что вакцина будет стопроцентной защитой, то теперь понятно, что полной защитой она не является. То есть свобода утрачена безнадежно. И если при этом вакцинирование еще и становится обязательным, то утрата свободы кажется еще худшей.

*Чувство несвободы вызывает не только растерянность, но и напряжение, тревогу и агрессию.* Агрессия нарастает экспоненциально, причем во всех странах. Это показывают огромные толпы забастовщиков в европейских городах. С одной стороны, это открытый протест, с другой стороны, это протест пассивный в виде отказа вакцинироваться или даже разговаривать на эту тему. Я это прочувствовал на себе. Общение с паствой на коронавирусные темы, попытки какого-либо просвещения, любой ликбез вызывают агрессию.

Важно отметить и то, что за годы воцарения коронавируса социальная среда изменилась, причем значительно. Люди оказались лишены обычных для них видов деятельности — ходить в музей, в библиотеку, в театр и другие привычные места, и это вызвало в них тяжелые изменения. Многие верующие привыкли к еженедельному, кто-то даже ежедневному хождению в храм. Когда возникли препятствия причащаться, исповедоваться, приходиться на службу в любое время и в любой храм, ответом стала агрессия.

Усиливают тревогу и любые разговоры об информационной войне. Как только мы говорим, что вирус или информация против нас, мы возбуждаем у людей новые страхи. *Чем больше страхов, тем сильнее постковидные когнитивные расстройства.* Это очень важно, мы должны сейчас пересмотреть даже свою речь. Мы должны понять, что у людей, склонных к психическим расстройствам, любые страшилки вызывают цепную реакцию, буквально пандемию психических расстройств, и это очень опасно.

**В. К. Шамрей:** Наверное, меня не совсем правильно поняли, мы не называем заболевание информационной войной. Речь о том, что любая информационная агрессия, любая неверная подача информации является элементом информационной войны в широком смысле.

По поводу свободы: да, свобода важна. Ее никто не ограничивает, вакцинация у нас добровольная. Но свобода одного не должна ограничивать свободу других. Постулат, известный любому второкурснику: «Не навреди». Распоряжаться своим здоровьем ты можешь, но если ты из-за своей свободы подвергаешь риску других людей, близких и т. д., то, наверное, нужно под эту свободу подвести другие терминологические критерии.

#### Протоиерей Вадим Закревский



настоятель храма во имя Царственных Страстотерпцев в Монако

**Протоиерей Вадим Закревский:** Мы говорим сегодня о когнитивных расстройствах у переболевших ковидом. Я хотел бы отметить, что наблюдаю когнитивные расстройства и у не переболевших ковидом. У меня есть конкретные примеры и в Монако, и в Ницце, когда на фоне всей этой информации о пандемии люди ведут себя точно так же, как переболевшие ковидом: те же панические атаки, переживания, страхи. Одну прихожанку в Ницце я долго и безуспешно пробовал увещевать какими-то пастырскими методами, но в конце концов посоветовал ей сходить к психологу, даже к психиатру. Мы ясно видим, что *пандемия и ее последствия оказывают влияние на все общество*, а не только на тех, кто переболел. Панические атаки у людей случаются, по моим наблюдениям, вследствие не только достоверной информации о ковиде, но и разговоров о нем политиков. Люди не хотят слушать о пандемии от политиков. Но их слова звучат отовсюду, из всех радиоточек, со всех экранов. Люди действительно не хотят слышать о болезни. Чем больше людям объясняешь, тем сильнее это их отталкивает. Не от церкви в целом, а от желания беседовать со священником. Человек опасается, что ему опять начнут говорить о пандемии, о коронавирусе. Владислав Казимирович справедливо от-

метил, что своевременное информирование населения необходимо. Но излишне частое информирование тоже, к сожалению, оказывает негативное влияние.

Не только в России, но и у нас в Монако достаточно людей, которые выступают против вакцинирования. Большая часть не вдается при этом в медицинские аспекты, а защищает свою свободу: «Не заставляйте меня делать то, чего я не хочу. Может, завтра я и захочу, но сегодня — нет. Это моя свобода, мое решение». Но при этом я наблюдаю достаточно количество людей, которые с удовольствием вакцинируются, причем не ради того, чтобы избежать заболевания ковидом или переболеть легче, а исключительно чтобы можно было путешествовать.

**Игумен Серафим (Кравченко):** Хочу вернуться к выступлению протоиерея Андрея Лоргуса об авторитетности мнений. Подавляющее большинство прихожан — это все-таки бабушки. Они воспитаны в советское время, для них слово напечатанное и сказанное с экрана телевизора более авторитетно, чем устная речь, пусть даже произносимая профессионалом. По телевизору сказали, значит, так оно и есть. В районной муниципальной газете напечатано, значит, истина. При недобросовестности СМИ это серьезная проблема.

#### Протоиерей Александр Лапин



доктор медицинских наук, заведующий диагностической лабораторией Венского военного госпиталя в Австрии

**Протоиерей Александр Лапин:** Хотел бы сказать несколько слов не о постковидных расстройствах, а о диагностике. До конца 2019 г. ПЦР был самым дорогим и сложным методом подтверждения диагнозов. К примеру, при диагностике гепатита в первую очередь всегда использовались серологические методы, и только в конце делался ПЦР. Он стоил порядка 100

евро, и тотально его никогда не назначали. А теперь этот метод внезапно стал методом скрининга, им ищут заболевших среди огромного числа людей. Значит, благодаря пандемии методы диагностики были перестроены, и в этой области достигнут большой прогресс.

Сегодня мы наблюдаем в обществе *тотальный кризис доверия*. Мы погребены под лавиной информации, все кругом эксперты, и кто громче кричит, тот и прав. К сожалению, СМИ заинтересованы в горячих, пусть и лживых, новостях. И люди теряются, не знают, что делать. Здесь, в Европе, те же проблемы с «антиваксерами», что и в России, такие же мифы и страхи. Вирус заразен, 10% заболевших попадают в больницу, половина из них умирает. Наша задача, священнослужителей и врачей, — хранить жизнь, делать ее как можно более приемлемой. Как нам в этих условиях исполнить свою задачу, как уберечь паству?

Думаю, что кризис, подобный сегодняшнему, Церковь уже переживала. Ранняя история христианства говорит, что были гонения на христиан, были мученики, но были и экстремисты, сектанты, которые наслаждались тем, что станут мучениками, провоцировали власти. Только со времен императора Константина Великого, с начала IV в., когда христианство стало, так сказать, доминирующей религией в обществе, появился вопрос ответственности Церкви за своих соотечественников. На Западе в рядах православных христиан сегодня много тех, кто не хочет вакцинироваться, распространяют или повторяют антиваксерские нелепицы. К сожалению, в Австрии даже среди священнослужителей многие не вакцинировались.

Вот такая сводка новостей из Средней Европы. Проблемы у нас общие, различия никакой.

**Игумен Серафим (Кравченко):** Спасибо, отец Александр. Думаю, на сегодняшний день страхи перед вакцинацией стали повсеместными. Независимо от того, где люди молятся, страхи их преодолевают одни и те же. Служит ли священник в Европе или в России, ему порой невозможно противостоять волне околоковидных мифов и сплетен.

### Лариса Филипповна Шеховцова



доктор психологических наук, профессор, председатель епархиального Общества православных психологов Санкт-Петербурга во имя святителя Феофана Затворника, ассоциативный член Общества православных врачей Санкт-Петербурга

**Л. Ф. Шеховцова:** Протоиерей Андрей Лоргус точно подметил факт возрождения в обществе мифологического сознания. Однако не было сказано, что с этим делать. Мифологизация сознания сейчас сильно обострилась, и с этим нужно что-то делать. Может быть, попробовать вести с людьми диалог, пытаться их разубедить? Противопоставлять их мифотворчеству православную мифологию и православную мистику? Так или иначе, но с этим необходимо работать, поскольку число «антиваксеров» по всему миру растет и растет, и никто на них не обращает внимания; между тем именно они являются большим препятствием для вакцинации. *Лобовая агитация за вакцинацию терпит фиаско во многом из-за бесконтрольной деятельности «антиваксеров».* Была у нас попытка их разоблачения, но грубая и неудачная. Мне кажется, диалог с ними хорошо было бы вынести на большой экран, потому что пока оттуда звучит только прямая пропаганда, работает она плохо. Похоже, что *лобовую идеологию пора сворачивать* и организовывать другую. И дополнительно нужны подходы к разговору с людьми, которые не желают вакцинироваться.

**Игумен Серафим (Кравченко):** Лариса Филипповна, вы совершенно правы, нужен диалог. Но мы все видели неудачную попытку врачей этот диалог начать. Те единицы журналистов и блогеров, которые пошли в больницы, устроили там акции самопиара. А авторитетные среди населения артисты и политики отказались от диалога с врачами и публично с помощью СМИ выразили свое негативное мнение, так что те, кто был предрасположен против прививок или сомневался,



укрепились в своем нежелании их делать. К сожалению, эта неудачная попытка показала слабость позиции государства и медицины. Диалог нужен, но как именно его выстраивать, это еще предстоит обдумать и обсудить.

**Протоиерей Андрей Лоргус:** На мой взгляд, есть две важные ценности, которые и врачи, и священники могут проповедовать, и это могло бы иметь совершенно другие последствия, чем те, которые мы наблюдаем. Эти ценности — жизнь и здоровье. Именно на этой почве можно выстроить проповедь рационального, а не мифологического сознания. Необходимо проповедовать здоровье и жизнь в духе Основ социальной концепции РПЦ — вполне оптимистической программы, — именно для того, чтобы снизить влияние мифологического сознания. Мы можем делать это вместе, священники и врачи — психологи и психиатры.

**Л. Ф. Шеховцова:** Мы помним, что апостол Павел говорил с иудеями на иудейском языке (Деян. 21:40), поэтому предложение отца Андрея обращаться к мифологическому сознанию на рациональном языке, как мне кажется, не сработает. Чтобы пробиться к мифологизированному сознанию населения, нужно говорить с ним на одном языке, обращаться через мифологию и символы.

**Игумен Серафим (Кравченко):** Думаю, наш круглый стол способен лишь сформулировать и обозначить какие-то проблемы, которые затем необходимо будет прорабатывать детально. Это вопрос и к психиатрам, и, возможно, к психологам: как строить разговор с такими людьми, какие аргументы им приводить можно, какие нельзя.

Диалог с людьми, не желающими вакцинироваться, можно сравнить с разговором атеиста и верующего. Если нет некоей общей базы, из которой исходят оба собеседника, нет общих аксиом, такой диалог не получается. Один твердит одно, другой другое, и люди не слышат друг друга. Нам предстоит найти и сформулировать эту общую сердцевину, этот базис, эти общие ценности, кото-

рые можно будет положить в основу диалога. Жизнь и здоровье драгоценны и для атеиста, и для верующего. Быть может, у психологов есть более действенные и более результативные рецепты выстраивания этого коммуникационного процесса.

Слово предоставляется профессору Татьяне Владимировне Решетовой. Она тоже работает в красной зоне, у нее найдется что сказать в продолжение нашей дискуссии.

#### Татьяна Владимировна Решетова



доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи, кафедры психотерапии, медицинской психологии, кафедры гериатрии, протезистики и управления в сестринской деятельности СЗГМУ им. И. И. Мечникова

**Т. В. Решетова:** Добрый день, уважаемые коллеги! Я веду психотерапевтический прием с самого начала пандемии. Должна сказать, что по сравнению с началом новой коронавирусной инфекции спектр пациентов сейчас изменился. Если в 2020 г. это были больные с тревогой, паникой, острыми психосоматическими инфарктами и инсультами, то сейчас наиболее часто приходят пациенты с постковидной астенией, паническими расстройствами, посттравматическим синдромом и депрессией утраты.

Китайские специалисты первыми, еще в Ухани, обнаружили, что у 50% пациентов с подтвержденным ковидом нарастают тревога и депрессия, и стали широко практиковать свою дыхательную китайскую гимнастику, которая помогает при тревожных состояниях.

Проблема заключается в том, что врач ориентирован на достижение нормы, а норма не всегда равна здоровью. Конечно, можно дать человеку таблетку от тревоги, от депрессии, но еще Амбруаз Паре сказал: «Я лечу, а исцеляет Бог». Согласитесь, нормальная температура 36,5°C может быть следствием того, что больной с 39°C наелся

таблеток и сбил ее. Да, сейчас у него температура в норме, но он отнюдь не здоров.

В нынешней обстановке верующий человек психологически защищен больше, чем неверующий. Но беда в том, что меньше половины пациентов с тревогой и депрессией признаются в этом своему доктору, а возможно, и священнику не признаются.

У населения сейчас наблюдается сильнейшая коронофобия. Человек боится транспорта, толпы, остаться один дома, боится оказаться беспомощными, кто-то добивается стерильности до аллергодерматитов и постоянно перемалывает в голове навязчивые мысли. Даже сам диагноз ковида — очень сильный стресс. Глядя на свой положительный мазок, многие люди пересматривают всю свою жизнь, задумываются о высоком.

Посттравматические стрессовые расстройства после тяжелого течения заболевания, особенно у пациентов, побывавших в реанимации, были отмечены еще в 2020 г. Эти расстройства аналогичны тем, что наблюдались у солдат после чеченской войны. Многие сейчас испытывают катастрофические кризисные психотравмы. Не только собственная болезнь, но и смерть близких — сильнейший стресс, разделяющий жизнь на «до» и «после». Чувство тревоги приводит сначала к высокому уровню адреналина, который затем истощается, после чего следует астения и следующий этап — депрессия. Среди моих пациентов это встречается достаточно часто. 40% людей после ковида месяцами и тянут за собой депрессию с ее сниженным настроением, негативной самооценкой, неверием в будущее, гневом и печалью.

Да, существует такой феномен — «гнев-печаль», состояние, сопровождающееся вопросом: «За что мне это?!» Очень многие в депрессии гневуются. И это не распушенность, а снижение определенных веществ в составе головного мозга, *депрессию невозможно вылечить одним только добрым словом.*

К депрессиям также приводят утраты. Это могут быть как потери близких, так потери работы, бизнеса или чего-либо иного. Из депрессивного состояния один пациент может выкарабкаться сам, а другому нужно помогать. Здесь необходим колоссальный опыт Церкви, особенно в случае потери род-

ных. Именно при депрессии утраты помощь Церкви особенно действенна.

В постковидном состоянии депрессия базируется на абсолютно материальных нарушениях сосудов и клеток головного мозга. Она поддерживается длительным системным воспалением. Она сопровождается мощнейшей вегетодистонией, с нехваткой воздуха, с дисфагией, с затяжным кашлем. *Болезненные ощущения при депрессии* — тяжелое дополнение к общему состоянию уныния. Депрессия рушит болевой порог, начинает болеть многое, что болело раньше, когда-то давно.

Описанное состояние — не грех уныния, а реальная болезнь. Ее не вылечить только сочувствием или молитвой, хотя они, безусловно, поддерживают и облегчают течение болезни и в итоге выводят человека на настоящее здоровье, а не только на достижение нормы антидепрессантами.

Постковидную депрессию важно вовремя распознать и вылечить. Меньше половины больных признаются доктору в своей депрессии. Поэтому есть смысл обращать внимание на тесты, которые опубликованы в интернете, в специальных периодических изданиях.

Бог помогает тому, кто помогает себе сам. И не только себе. Еще Алесь Адамович и Даниил Гранин в «Блокадной книге» писали, что *те, кто помогает, заметно легче переносят беды*, чем те, кому помогают. Помогающие лучше контролируют ситуацию, чем те, кто дома один сидит и боится.

Пандемия сеет тревогу, но и общий фон крайне тревожный. Сейчас в мире одновременно несколько кризисов: финансовый, научно-интеллектуальный, моральный, культурный... Многие не понимают, что нравственно, а что аморально, что позволено, а что запрещено. Долг, совесть, справедливость плохо вписываются в цифровую цивилизацию, а как без них?

Психическое благополучие — это конкретный позитивный образ будущего, когда у человека есть представление, каким он будет через год и далее. Надо пытаться строить этот образ. И реальную помощь в обретении этой перспективы дает вера. Церкви опять полны людьми. Потому что в пандемии, как на передовой, атеистов нет.



**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ  
«ПРОБЛЕМЫ ПОСТКОВИДНОГО  
СИНДРОМА»**

**Санкт-Петербург,  
30 марта 2022 г.**



## ОБЩЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ПРОБЛЕМЫ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА»

30 марта 2022 г. состоялась Общероссийская научно-практическая онлайн-конференция «Проблемы постковидного синдрома», организованная Обществом православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), Благотворительным фондом помощи больным с хирургическими и иными тяжелыми заболеваниями имени святителя Луки Крымского и Обществом православных врачей России.

В мероприятии принял участие митрополит Санкт-Петербургский и Ладужский Варсонофий.

«Распространение болезни взволновало миллионы людей на планете, они не знают, почему это произошло, но мы всегда сверяем свою жизнь с Евангелием, — отметил в видеообращении глава Санкт-Петербургской митрополии. — Когда нас что-то волнует и беспокоит, мы открываем Слово Божие. Господь говорит: „Придите ко Мне все труждающиеся и обремененные, и Я успокою вас; возьмите иго Мое на себя и научитесь от Меня, ибо Я кроток и смирен сердцем, и найдете покой душам вашим“ (Мф. 11:28). Мы видим что успокоение происходит от Бога, как и испытания. Господь хочет, чтобы мы прошли через испытания и вернулись на правильный путь — к Богу, исполнения Его заповедей. Если мы ходили путями греха, то надо их бросить и вернуться к Богу. Духовная реабилитация заключается в том, что мы прекращаем ходить греховными путями, стараемся жить по заповедям Божиим, относиться с любовью к своей жизни, не терять ее в грехах, а делать как можно больше добрых дел по отношению к ближним и Богу. С духовной точки зрения реабилитация — это возвращение к Богу. Тогда все постепенно наладится. Врачи применяют свои технологии, лекарства, которые помогут исцелить тела, но главное — исцелить душу, вернуть ее на путь Божий. Когда в истории человечества люди каялись, исповедовались, — прекраща-

лись войны и несогласия, и все возвращалось к мирной жизни».

«Будем молиться и просить, чтобы Господь изменил нашу жизнь, чтобы нам стать чище, светлее, добрее, и думаю, что у нас все получится. Желаю помощи Божией врачам, которые трудятся в больницах день и ночь, помогая вывести нас из тяжелого состояния болезни. А Церковь всегда с народом и помогает, когда в этом есть большая нужда. Будем молиться и призывать милость Божию», — завершил владыка Варсонофий.

В епархиальном управлении состоялась встреча митрополита Санкт-Петербургского и Ладужского Варсонофия с участниками форума. В беседе приняли участие председатель исполкома Общества православных врачей России, вице-президент Национальной медицинской палаты, заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета Российского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, академик РАН, профессор А. Г. Чучалин; глава фонда помощи больным с тяжелыми хирургическими заболеваниями им. святителя Луки Крымского О. В. Марков, ответственный секретарь Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению игумен Серафим (Кравченко) и профессор кафедры оториноларингологии Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) протоиерей Сергей Филимонов.

Во внимание к делам милосердия от имени председателя Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению епископа Вереяского Пантелеимона владыка Варсонофий вручил протоиерею Сергию Филимонову медаль праведного врача Евгения Боткина.

Затем гости посетили Санкт-Петербургскую духовную академию, где выступили перед студентами с докладами.

В докладе «Омикрон, особенности, что дальше?» заместитель директора по научной работе ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, профессор кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук А. В. Горелов рассказал об этиологии и диагностике нового штамма коронавируса SARS-CoV-2.

Протоиерей Сергей Филимонов в своем докладе «Острые углы пастырского служения в условиях пандемии COVID-19» осветил наиболее острые противоречия между

церковным и «псевдоцерковным» подходами к эпидемиям, в том числе и к пандемии COVID-19 в России на протяжении последних 300 лет. В ходе обсуждения доклада протоиерей Сергей Филимонов сообщил об особенностях ЛОР-симптоматики при штамме омикрон.

Академик РАН, профессор А. Г. Чучалин выступил с докладом «Современная трактовка постковидного синдрома», посвященном мониторингованию постковидного синдрома как новой нозологической формы COVID-19 в 2020–2022 гг. с точки зрения респираторных нарушений и постклинической реабилитации.

Материалы конференции представлены в настоящем номере журнала.

## НОВОСТИ

### КАРЕЛИЯ

**16 декабря 2022 г. исполнилось 11 лет со дня основания Общества православных врачей Республики Карелия.**

Карельское региональное отделение Общества православных врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) — ОПВ Республики Карелия — было основано 16 декабря 2011 г. по благословию архиепископа Петрозаводского и Карельского Мануила (Павлова).

Председатель общества — главный врач Детской республиканской больницы Петрозаводска И. В. Леписева. Духовно окормляет православных врачей протоиерей Олег Складов.

В настоящее время действенными членами Общества являются более 35 врачей, среди них 8 имеют высшую квалификационную категорию. Доктора представляют различные медицинские учреждения города и республики: стационары и поликлиники, а также Медицинский институт ПетрГУ.

Ассоциативными членами ОПВ Республики Карелия являются медицинские сестры и волонтеры, которые оказывают помощь в работе православных врачей.

Одним из основных направлений работы Общества за эти годы стало проведение лечебно-консультативных выездных приемов на приходах и в монастырях, а также в труднодоступных населенных пунктах Республики Карелия. За 11 лет работы Общества совершено более 30 лечебно-консультативных приемов, в том числе на приходах в городах Суоярви, Пит-

кянта, Кондопога, поселке Верхний Олонец, деревне Коткозеро, на подворье Ионо-Яшезерского мужского монастыря (село Шелтозеро) и в Сяндеском женском монастыре. В ходе выездных осмотров пациентам бесплатно выполняют регистрацию и расшифровку ЭКГ, пикфлоуметрию, анализы крови на определение уровня глюкозы, холестерина, мочевой кислоты и гемоглобина. В рамках выездной работы Общества специализированную помощь получили уже более 800 человек, в ряде случаев выявлены серьезные заболевания, некоторым пациентам потребовалось оказание неотложной помощи.

Кроме этого, за время существования ОПВ Республики Карелия доктора провели более 2000 индивидуальных консультаций для священнослужителей, монашествующих и прихожан, в ряде случаев были выявлены серьезные заболевания, потребовавшие оказания специализированной помощи, некоторым пациентам проведено хирургическое лечение. Врачами и волонтерами Общества осуществляется патронаж для маломобильных пациентов (священнослужителей и прихожан).

Специалистами ОПВ Республики Карелия разработаны и бесплатно распространяются рекомендации, а также проводятся открытые лекции по проблемным нравственно-медицинским вопросам, таким как питание для пациентов с сахарным диабетом в период поста и при подготовке к Причащению, о медицинских аспектах абортов, курения, вакцинопрофилактики, донорства крови и др. Также готовятся

статьи и проводятся лекции, посвященные жизнеописанию врачей, прославленных в лике святых, в том числе о врачах-новомучениках и исповедниках. Православные врачи Карелии активно участвуют в работе Общества православных врачей России. Материалы о работе ОПВ Республики Карелия регулярно публикуются в журнале «Церковь и медицина».

Информация о работе Общества представлена на собственном сайте [opvrk.ru](http://opvrk.ru), в социальной сети ([vk.com/opvrk](https://vk.com/opvrk)), а также на других православных порталах ([eparhia.karelia.ru](http://eparhia.karelia.ru), [prav-news.ru](http://prav-news.ru)). На интернет-порталах регулярно обновляется информация о текущей деятельности Общества, доступны рекомендации специалистов, правовые документы и другая полезная информация.

Ежегодно православные врачи празднуют день памяти небесного покровителя Общества святителя Луки. 11 июня совершается молебен Святителю с освящением медицинских халатов.

Сердечно поздравляем православных докторов, медицинских сестер и волонтеров Общества православных врачей Республики Карелия с праздником! Пусть эти 11 лет станут только началом столько востребованной и плодотворной благотворительной работы. Развития и процветания Обществу православных врачей Республики Карелии на многая лета!

*По материалам сайта ОПВ  
Республики Карелия*

## ОМИКРОН: ОСОБЕННОСТИ, ЧТО ДАЛЬШЕ

Александр Васильевич ГОРЕЛОВ, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заместитель директора по научной работе ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора; профессор кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова



Alexander V. GORELOV, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Deputy Director for Scientific Work of the Central Research Institute of Epidemiology; Professor of the Department of Pediatric Diseases of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Head of the Infectious Diseases and Epidemiology Department of the Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov

## OMICRON: FEATURES, WHAT IS NEXT

**АННОТАЦИЯ.** Статья посвящена анализу текущей эпидемиологической ситуацией и реалиям новой коронавирусной инфекции. Подготовлена по материалам доклада на Научно-практической конференции «Проблемы постковидного синдрома», состоявшейся в марте 2022 г.

**Ключевые слова:** эпидемиология коронавирусной инфекции, коронавирус, COVID-19, SARS-CoV-2, омикрон.

Второе десятилетие XXI в. ознаменовалось появлением нового коронавируса SARS-CoV-2, поражающего человека и вызывающего инфекцию COVID-19.

Хронология событий:

- в конце декабря 2019 г. в городе Ухане провинции Хубэй центрального Китая были зарегистрированы первые случаи пневмонии неизвестного происхождения у местных жителей, связанных с местным рынком животных и морепродуктов Хуанань;
- 31 декабря 2019 г. власти Китая проинформировали ВОЗ о вспышке неизвестной пневмонии. С 22 января Ухань, а с 24 января — прилегающие к Уханю городские округа были закрыты на карантин;
- 30 января 2020 г. ВОЗ признала вспышку COVID-19 чрезвычайной ситуацией в об-

**ABSTRACT.** The article is devoted to the analysis of the current epidemiological situation and the realities of the new coronavirus infection. The article is based on the materials of the report at the Scientific and Practical Conference «Problems of Post-COVID syndrome», held in March 2022.

**Keywords:** epidemiology of coronavirus infection, coronavirus, COVID-19, SARS-CoV-2, omicron.

ласти общественного здравоохранения, имеющей международное значение;

- 11 марта 2020 г. ВОЗ объявила, что вспышка приобрела характер пандемии;
- с 13 марта 2020 г. центром вспышки COVID-19 стала Европа.

Вирус SARS-CoV-2 — оболочечный одноцепочный РНК-вирус, относящийся к роду Betacoronavirus.

- Отряд — Nidovirales
- Подотряд — Coronidovirineae
- Семейство — Coronaviridae
  - подсемейство — Letovirinae
  - подсемейство — Orthocoronavirinae

К настоящему моменту новый коронавирус SARS-CoV-2, относящийся к  $\beta$ -коро-

навирусам, хорошо изучен. Не вызывает сомнений, что это вирус природного происхождения и имеет ближайшее родство с SARS-CoV-1 или с MERS. Он не жизнеспособен в окружающей среде более 3–4 часов.

Коронавирусная инфекция охватила практически все страны, существует на всех континентах и подтверждено более 470 млн. случаев заболевания COVID-19 (на 03.2022). Подтверждено также более 6 млн. летальных исходов, связанных с этой инфекцией за период пандемии.

Применительно к Российской Федерации, к марту 2022 г зарегистрировано более 17 млн. 600 тыс. случаев заболевания коронавирусной инфекцией. Летальные исходы, связанные с данным заболеванием, зафиксированы более чем у 365 тыс. человек.

Но для того, чтобы говорить о коронавирусной инфекции, а не о группе респираторных инфекций в целом, необходимо говорить прежде всего о разработке подходов к диагностике данной инфекции. По образному высказыванию академика В. И. Покровского, «нет микроба — нет диагноза».

#### Лабораторная диагностика новой коронавирусной инфекции

Организация лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции до особого распоряжения осуществляется в соответствии с требованиями СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности)».

Для диагностики новой коронавирусной инфекции используют метод **ПЦР-диагностики**.

Биологическим материалом для исследования является: материал, полученный при взятии мазка из носа, носоглотки и/или горла, промывные воды бронхов, полученные при фибробронхоскопии (бронхоальвеолярный лаваж), (эндо)трахеальный, назофарингеальный аспират, мокрота, биопсийный или аутопсийный материал дыхательных путей.

Образцы для транспортировки должны быть транспортированы с соблюдением требований СП 1.2.036-95 «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I–IV групп патогенности».

На сопровождающем формуляре необходимо указать **наименование подозреваемой инфекции**, предварительно уведомив лабораторию о том, какой образец транспортируется

В настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано беспрецедентное количество (более 500) различных тест-систем которые позволяют поставить диагноз:

- ПЦР-диагностика;
- иммуноферментный анализ (ИФА);
- иммунохроматографический анализ (ИХА);
- иммунохемилюминесцентный анализ (ИХЛА);
- проточно-инжекционный анализ (ПИА).

В январе 2022 г. Центральным научно-исследовательским институтом эпидемиологии Роспотребнадзора разработан и внедрен ПЦР-тест на две мишени в геноме SARS-CoV-2, позволяющий вторым этапом определять принадлежность возбудителя заболевания к той или иной генетической линии. При таком тестировании используются одновременно два участка с низким уровнем генетической изменчивости, если в одном фрагменте происходят изменения, за счет второго тест будет показывать верный результат. Является новой версией изотермической тест-системы. Используется полностью отечественная ферментная база.

Наука не стоит на месте, и в феврале 2022 г. в Центральном научно-исследовательском институте эпидемиологии Роспотребнадзора был разработан детектор на коронавирус, основанный на использовании системы CRISPR-Cas14 (в 2020 г. за открытие этой системы была присуждена Нобелевская премия E. Charpentier, J. Doudna).

Использование данной технологии позволяет выделять единичную копию SARS-CoV-2 и проводить диагностику у постели больного. Использование данных технологических платформ открывает новую историю диагностики не только коронавирусной инфекции, но и всех вновь возникающих заболеваний.

Применение данной технологии позволяет обнаружить вирус SARS-CoV-2 при минимальной концентрации. Благодаря этому диагностировать COVID-19 можно будет на самых ранних стадиях заболевания. Такая технологии может стать основой системы, позволяющей быстро проводить



диагностику прямо у постели больного. При этом производство тест-системы не требует высокотехнологичного оборудования, следовательно, затраты на ее внедрение будут невысокими при высокой оперативности получения результатов.

В перспективе новая технология на основе системы CRISPR, разработанная учеными ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, может быть использована для разработки высокочувствительных и высокотехнологичных диагностических систем нового поколения, в том числе для разработки методов диагностики вновь возникающих инфекций. Данное изобретение ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора зарегистрировано в Роспатенте РФ.

Накопленные знания к настоящему моменту с уверенностью позволяют говорить о том, какая тест-система может быть использована в разных фазах инфекционного процесса. Но справедливости ради следует отметить, что наиболее точно установить диагноз во все фазы инфекционного процесса позволяет полимеразно-цепная реакция. Для этого нужно использовать разные биологические среды, учитывая патофизиологию развития патологического процесса.



В настоящий момент в ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора разработан патент «Способ оценки клиничко-лабораторных данных» и получено свидетельство о регистрации программы на ЭВМ. Данный способ позволяет установить диагноз коронавирусной инфекции и установить клинические предикторы тяжелого течения этого заболевания.

С марта 2021 г. в Российской Федерации реализуется постановление правительства «Об утверждении Временного порядка предоставления данных расшифровки генома возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» [1], согласно которому на базе Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии создана платформа для накопления базы данных о циркулирующих генетических линиях коронавируса. В эту платформу агрегированы данные по полногеномному и фрагментарному секвенированию, которые поступают из всех учреждений, осуществляющих мониторинг возбудителя COVID-19, независимо от ведомственной принадлежности. К настоящему моменту создана отечественная web-платформа VGARuS для анализа генома SARS-CoV-2, интегрированная в международную базу данных, которая позволяет объективно судить в любой точке о циркуляции и преобладании того или иного генного варианта вируса.

Существует международный классификатор Pangolin, применяемый для классификации всех циркулирующих в мире штаммов SARS-CoV-2. Согласно этому классификатору, к первой категории — VOC — вариантам, вызывающим обеспокоенность (variant of concern), относятся

- Alpha («Британский», B.1.1.7);
- Beta («ЮАР», B.1.351);
- Gamma («Бразильский», P.1);
- Delta («Индийский-2», B.1.617.2 + AY);
- Omicron (B.1.1.529).

Во вторую категорию — VOI — варианты, вызывающие интерес (variant of interest), входят

- Lambda (C.37);
- Mu (B.1.621).

Третья категория — VUM — варианты, находящиеся под мониторингом (variant under investigation): AZ.5, C.1.2, Kappa (B.1.617.1), Iota (B.1.526), Eta (B.1.525), B.1.630, B.1.640. Это штаммы, имеющие единичные мутации, которые, возможно, приобретут свойства возбудителя и будут иметь пандемическое распространение.

Итак, эволюция коронавируса или мутация — это привычная история развития

эпидемического и пандемического процесса. В целом, применительно к SARS-CoV-2 регистрируется более 20 мутаций в год. Первая значимая мутация, затронувшая S-белок, с помощью которого коронавирусы адгезируют или прикрепляются к чувствительным клеткам человека и в первую очередь к ACE-рецепторам, была зарегистрирована в середине февраля 2020 г. Полный геном вируса SARS-CoV-2 опубликован 10 января 2020 г.

Наглядно циркуляцию различных генных вариантов можно проследить на примере штамма Delta, вызвавшего наиболее тяжелые осложнения. В мире циркулировало более 100 генетических вариантов. Согласно отечественным данным, в нашей стране, как и в мире, наиболее часто встречались 10 линий. Каких-либо особых российских штаммов выделено не было.

Применительно к каждому генному варианту, очень важен мониторинг, или динамика распространения. Например, штамм вируса Omicron впервые был выделен с 1 по 8 ноября в ЮАР, 11 ноября — в Гонконге, 19 ноября — в Швеции, 20 ноября — в Англии и Израиле, 23 ноября — в Италии и Канаде, а 30 ноября он уже выявлялся в 17 странах на 4 континентах.

**Филогенетический анализ** очень важен для выяснения происхождения любого штамма. Omicron имеет большее родство к штамму Alpha или уханьскому, чем к штамму Delta. Если бы эволюционное развитие произошло от Delta, который сопровождался высоким уровнем летальности, госпитализаций, более тяжелым течением, сценарий развития пандемии был бы несколько иной. Полагают, что Omicron возник от уханьского штамма в организме иммунокомпроментированного человека или группе иммунокомпроментированных людей. Вторая теория приводит аргументы в пользу того, что именно штамм Alpha или уханьский перешел видовой барьер к домашним мышам, среди которых и произошла мутация, затем вновь осуществился переход к человеку и в итоге возник генный вариант Omicron.

Именно со штаммом Omicron связан подъем заболеваемости COVID-19 в 2022 г. Показатели четырех предшествующих

подъемов в Российской Федерации и в мире несопоставимы с аналогичными, связанными с указанным штаммом. Если на каждом предыдущем этапе развития пандемии суточная заболеваемость была выше 10, 20, 30, 50 тыс., то для штамма Omicron этот показатель превышал 220–240 тыс. случаев ежедневно.

### Выявляемость геновариантов SARS-CoV-2 на территории Российской Федерации

**Геновариант Alpha** был распространен на территории страны зимой 2021 г.

**Геновариант Delta** распространился на территории страны во второй половине апреля 2021 г. и являлся доминирующим.

**Геновариант Beta** встречался зимой 2021 г., в то же время, что и Alpha. Распространения не получил.

**Геновариант Gamma** встречался в начале 2021 г., не получил заметного распространения.

**Геновариант Lambda (3)** на сегодняшний день не представляет эпидемического значения на территории Российской Федерации.

**Геновариант Mu (8)** на сегодняшний день не представляет эпидемического значения на территории Российской Федерации.

**Геновариант Omicron (2)** обнаружен на территории Российской Федерации в рамках мониторинга среди пребывающих из-за границы граждан.

Возрастное и половое распределение заболеваемости штаммом Omicron на примере 2022 г. представлено на рис. 1.

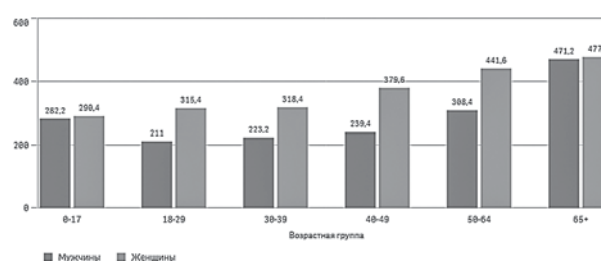


Рис. 1. Структура распределения по возрасту и полу случаев COVID-19, зарегистрированных в Российской Федерации на 10–11 неделях 2022 г.

В первой группе колонок мы можем видеть детские показатели, и очевидно, что

впервые за всю историю развития пандемического процесса число и регистрация заболеваемости указанным штаммом среди детей сопоставимо со всеми другими возрастными категориями. Исключение составляют по-прежнему лица старше 65-летнего возраста, для которых даже в фазе снижения заболеваемости отмечаются наиболее высокие показатели как для мужчин, так и для женщин.

Первые случаи заболевания указанной разновидностью COVID-19 были зарегистрированы в РФ 4 декабря 2021 г. В настоящий момент циркулирует четыре ключевых линии Omicron: BA1, BA1.1, BA2, BA3 (рис. 2). В мире появились сообщения о том, что в регионах Юго-Восточной Азии доминирует разновидность штамма Omicron BA2.2 или Stealth (от англ.: скрытый, невидимый), который обуславливает некоторый подъем заболеваемости. Но объективности ради следует отметить, что островные страны Юго-Восточной Азии находятся в разных фазах эпидемического процесса. В этих государствах отмечается более редкая встреча с возбудителями заболеваемости и меньший охват вакцинацией, что приводит к подъему заболеваемости, который происходит в этих странах. В нашей стране в настоящий момент зарегистрированы единичные случаи B2.2 Stealth.

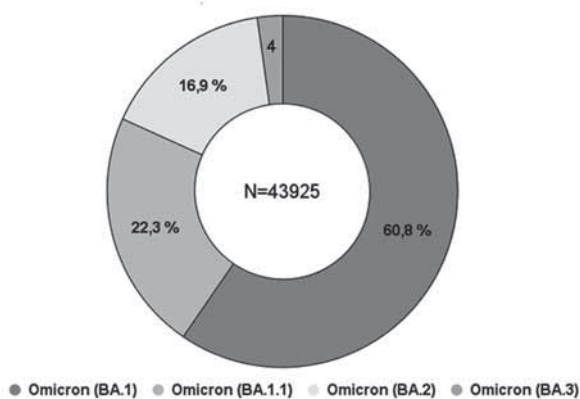


Рис. 2. Структура геноварианта Omicron в образцах биоматериала с датой забора со второй недели 2022 г.

Обращаясь к данным российской базы VGARuS, мы отчетливо видим замещение одной генетической линии возбудителя коронавирусной инфекции на другую: снижается число и регистрация случаев заболеваний, обусловленных штаммом Omicron линии

BA1 и начинает преобладать линия BA2, т. е. происходит смена генного варианта (рис. 3). Не наблюдается реального изменения клинической манифестации заболевания, что не может не радовать.

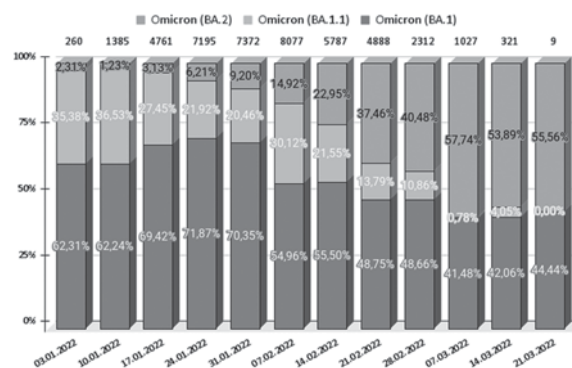


Рис. 3. Структура линии Omicron (B.1.1.529 + BA.\*). Для образцов с датой забора биоматериала: 3 января – 21 марта 2022 г., по данным базы VGARuS

Что же будет дальше, после Omicron? По данным полногеномного и фрагментарного секвенирования, доля геноварианта Omicron в популяции SARS-CoV-2 на территории Российской Федерации на 11-й неделе 2022 г. достигла значения 100,0%, вытеснив Delta, Alpha и других представителей нового коронавируса. Дальнейшее развитие сценария событий представляется следующим образом: если не появится каких-либо других генетических вариантов SARS-CoV-2, будет наблюдаться постепенное снижение уровня заболеваемости. С некоторой периодичностью будут происходить подъемы (очаги, островки) заболеваемости, прежде всего среди лиц «наивных» или таких, у которых закончились сроки действия поствакцинальных антител. Следует помнить, что сроки ревакцинации установлены по временным рекомендациям РФ как после перенесенного заболевания, так и после проведенной вакцинации (ревакцинации) и составляют 6 месяцев.

Еще в ноябре 2021 г. в ЮАР была отмечена повторная заболеваемость коронавирусной инфекцией в 15–20% [2]. То есть каждый 5-й, перенесший коронавирусную инфекцию, вновь заболел при встрече с Omicron.

**Клинические и эпидемиологические черты Omicron.** К настоящему моменту абсолютно точно установлено, что инфекция имеет высокую контагиозность. Она переда-

ется в 7 раз быстрее, чем другие возбудители COVID-19. Сократился инкубационный период: он составляет от нескольких часов до 2–5 дней. Эта особенность принципиально отличает Omicron, например, от уханьского штамма, для которого продолжительность инкубационного периода составляла 14 дней, в некоторых случаях 19–21 день.

В литературе появились данные о том, что в случае штамма Omicron ПЦР-тест чаще всего дает отрицательный результат в остром периоде заболевания. В данном случае ключевым моментом является техника забора биоматериала. Из-за того, что Omicron локализуется в основном в верхних дыхательных путях, более высокую чувствительность имеет забор материала с задней стенки глотки, что проводится в некоторых странах. В РФ проводится забор как из носовых ходов, так и с задней стенки глотки разными тампонами, затем все материалы помещаются в одну пробирку, т. е. способ забора биоматериала не имеет принципиального значения. Однако в случае Omicron важно, чтобы не было ложноотрицательных результатов, чтобы взятие биоматериала происходило с задней стенки глотки.

#### Эпидемиологические и клинические особенности мутации SARS-CoV-2 (Omicron)

Симптомы, схожие с ОРВИ:

- повышение температуры до 38°C и выше;
- поражение ВДП;
- ломота в мышцах и суставах;
- редко потеря обоняния, чихание, заложенность носа, насморк;
- «мозговой туман», головная боль;
- першение, боль в горле, кашель сухой;
- снижение аппетита.

Особенности штамма Omicron:

- **устойчивость** — более устойчив к антителам и существующим вакцинам;
- **скорость распространения** — передается в 7 раз быстрее, чем другие возбудители COVID-19;
- **инкубационный период** — 2–5 дней (большая вариация данных);
- **ПЦР тест** чаще всего отрицательный в начале заболевания.

По течению заболевание коронавирусной инфекцией, обусловленной Omicron, в 97% случаев неотличимо от ОРВИ. В 80–85% случаев отмечаются классические симптомы острой респираторной инфекции, а у 10–17% отмечается бессимптомная форма заболевания, которая чаще всего выявляется при обследованиях контактных в очагах заражения либо при скринингах, проводимых на промышленных предприятиях согласно предписаниям Роспотребнадзора (еженедельно 10% сотрудников подлежат плановому обследованию на выявление циркуляции SARS-CoV-2 и Omicron в частности). Так как на основании клинических данных не представляется возможным провести дифференциальную диагностику между Omicron и острыми респираторными вирусными инфекциями, при появлении симптомов респираторной инфекции необходимо незамедлительно обращаться за медицинской помощью и проводить соответствующее обследование.

В Российской Федерации с 2010 г. существует разработанная в Центральном научно-исследовательском институте эпидемиологии Роспотребнадзора тест-система ОРВИ-скрин, которая позволяет по одному мазку из носа и зева в одной реакции выделить 21 наиболее частый возбудитель респираторной инфекции, в том числе и коронавирусной инфекции.

К характерным особенностям Omicron следует отнести наблюдающееся у 97% пациентов вовлечение в течение заболевания верхних дыхательных путей, которые являются по сути входными воротами инфекции. По сравнению с предыдущей манифестацией SARS-CoV-2 реже отмечается потеря обоняния, но при дебюте заболевания чаще наблюдается так называемый «мозговой туман», головная боль. Снижение аппетита, першение в горле и сухой кашель также являются ключевыми проявлениями данной инфекции. Следует отметить, что к постковидным явлениям при Omicron относят симптомы, связанные с тромбозом. Поэтому если после перенесенного заболевания у пациента продолжает наблюдаться слабость, вялость, длительный сухой кашель, першение и заложенность носа, необ-

ходимо обратиться за консультацией к соответствующему специалисту.

Важным обстоятельством является то, что коронавирусная инфекция, связанная с Omicron, наблюдается у детей с той же частотой, что и у взрослых. По этому поводу мы опубликовали серии работ [3]. В 2020 г. были некоторые сомнения относительно вовлечения детей в инфекционный процесс. Анализ данных на основании карт экстренных извещений свидетельствовал о том, что 2020 г. инфекция регистрировалась у 10–11% детей. В 2021 г. особенно с появлением Omicron частота регистрация коронавирусной инфекции среди детей увеличилась и составила 23% (за год).

Заболеванию были подвержены дети всех возрастных категорий, но наиболее тяжело инфекционный процесс протекал у младенцев до 1 года и у подростков 14–18-летнего возраста. За первые два месяца 2022 г. доля коронавирусной инфекции не уменьшилась и колебалась на уровне 19,2% (если взять всю заболеваемость за 100%).

Наиболее часто болеют маленькие пациенты до 6-летнего возраста. Это является некой особенностью протекания заболевания, вызванного штаммом Omicron, у детей.

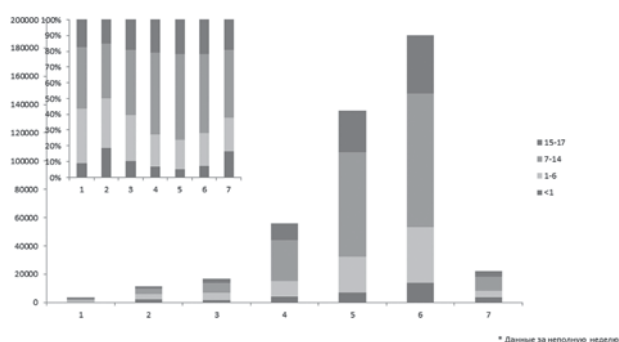


Рис. 4. Динамика изменения возрастной структуры детей, больных COVID-19, в 2022 г.

С момента регистрации инфекции у каждого третьего ребенка отмечался диарейный синдром, часто встречались явления бронхолита среди детей младшего возраста, ранее характерные для респираторно-синцитиальной инфекции и практически не наблюдавшиеся при коронавирусной инфекции, обусловленной другими генными вариантами. Принципиальных отличий в частоте реги-

страции заболеваемости у мальчиков и девочек нами отмечено не было.

На долю тяжелых форм заболевания в динамике развития инфекционного процесса в 2020 г. приходилось 3,4%, в 2021 г. — 2,5%. Связано это в первую очередь с тем, что наблюдалась более легкая манифестация коронавирусной инфекции. За первые 2 месяца 2022 г. на долю тяжелых форм приходилось 0,7% от всех заболевших (рис. 5). Но, учитывая масштабы распространения инфекции, обусловленной Omicron, в абсолютном выражении число тяжелых форм практически не изменилось.

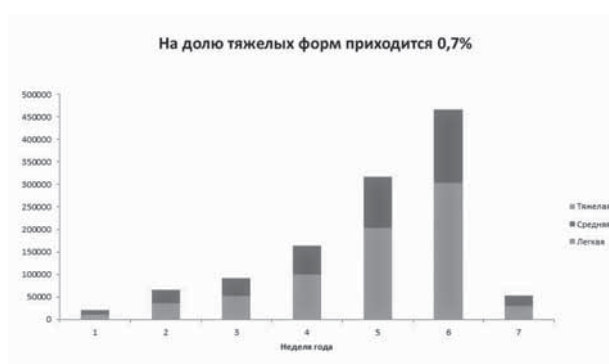


Рис. 5. Структура форм тяжести COVID-19 в динамике за первые 2 месяца 2022 г.

Наиболее тяжелое протекание заболевания, вызванного штаммом Omicron, характерно для детей до 1 года с фоновыми заболеваниями (неврологические расстройства, хронические заболевания легких, включая астму, врожденные аномалии сердца и генетические нарушения), а также для лиц старше 60 лет с коморбидной или полиморбидной патологией.

В настоящий момент по мере накопления знаний наступила необходимость изменения клинической классификации коронавирусной инфекции. В 2020 г. ВОЗ предложила выделять следующие **клинические варианты и проявления COVID-19**:

- бессимптомная форма;
- острая респираторная вирусная инфекция (поражение только верхних отделов дыхательных путей);
  - пневмония без дыхательной недостаточности;
  - пневмония с острой дыхательной недостаточностью;

- острый респираторный дистресс-синдром;
- сепсис;
- септический (инфекционно-токсический) шок.

Собранные данные свидетельствуют о том, что помимо респираторных форм нередко встречается изолированное поражение, например, желудочно-кишечного тракта. В настоящий момент разработана тест-система, позволяющая выделять возбудителя из любой биологической среды, поэтому процент изолированного поражения ЖКТ колеблется от 10–25%, а в некоторых странах до 30%, и при этом важно подчеркнуть, что респираторных явлений практически не отмечается.

#### Гастроинтестинальная форма COVID-19

- Общий процент возникновения диареи от 10% до 20%.
- Диарея может предшествовать, сопровождать респираторные симптомы или быть единственным проявлением.
- Для новой коронавирусной инфекции с преимущественным поражением ЖКТ характерны умеренная лихорадка, миалгии, вялость, головная боль, боли в животе, тошнота, рвота.
- Диарея носит характер водянистой, нередко профузной. Длительность диарейного синдрома в среднем 4 суток.
- РНК SARS-CoV-2 обнаруживается в фекалиях. При этом у 23% пациентов анализы стула еще долго оставались положительными и после исчезновения вирусных частиц из дыхательных путей.

Синдром диареи при острой респираторной инфекции может сочетаться с респираторной патологией, с респираторными симптомами, но вместе с тем достаточно частым проявлением COVID-19 является изолированное поражение ЖКТ на разных этапах инфекционного процесса.

Синдром диареи и колит, на наш взгляд, может быть обусловлен

- прямым взаимодействием SARS-CoV-2 с эндотелием кишечника;
- прямым воздействием SARS-CoV-2 на микробиоту кишечника;

- бесконтрольным или бездумным использованием антибактериальных препаратов;

- токсическим воздействием на кишку лекарственными препаратами;
- инфекцией, связанной с оказанием медицинской помощи [5–8].

В последние годы появилось немало данных, говорящих о том, что коронавирус может вызывать изолированное поражение центральной и периферической нервной системы, классическим проявлением может быть менингоэнцефалит.

COVID-19 принимает многие облики, потому что все рецепторы ACE2 представлены практически во всех органах и системах. На страницах журнала «Инфекционные болезни», входящего в международную базу данных Scopus была развернута дискуссия о необходимости пересмотра классификации новой коронавирусной инфекции в свете накопленных данных [9]. В настоящий момент мы предлагаем к обсуждению следующую **классификацию клинических форм коронавирусной инфекции:**

- острая респираторная инфекция (поражение только верхних отделов дыхательных путей);
- пневмония без дыхательной недостаточности;
- пневмония с острой дыхательной недостаточностью;
- аносмия / паросмия / какосмия;
- гастроинтестинальная форма, гепатит;
- изолированные поражения ЦНС (менингит, менингоэнцефалит);
- малосимптомная форма / бессимптомная форма;
- сочетанные формы.

На наш взгляд сепсис, септический шок, инфекционно-токсический шок, ДВС-синдром (диссеминированного внутрисосудистого свертывания), тромбозы и тромбоэмболии необходимо рассматривать в качестве осложнений основного заболевания.

Отдельной проблемой стало постинфекционное состояние, или так называемые LONG COVID, POSTCOVID, а в настоящий момент предложено выделять и хронический COVID. Накоплены данные о том, что заболевание не заканчивается острым периодом,

и в журнале «Терапия» (2022, № 1) были опубликованы предложенные и разработанные Национальным научным обществом инфекционистов и Российским научным медицинским обществом терапевтов методические рекомендации «Особенности течения LONG-COVID-инфекции. Терапевтические и реабилитационные мероприятия» [10].

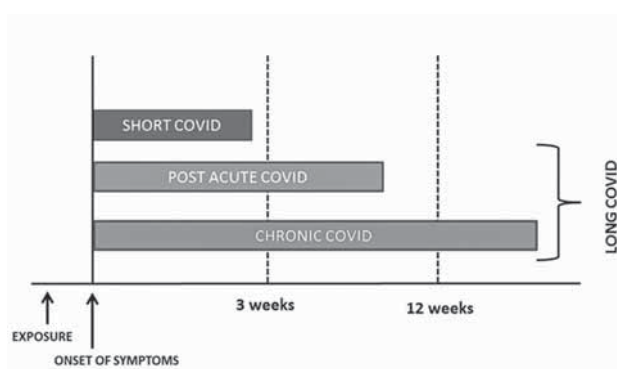


Рис. 6. Классификация постковидных состояний Национального института здравоохранения и передового опыта (NICE) Великобритании, декабрь 2020 г.

Применительно к детям наиболее грозным синдромом был мультивоспалительный синдром. В апреле 2020 г. впервые появилось описание нового синдрома у детей, названного мультисистемным воспалительным («multisystem inflammatory syndrome in children» (MIS-C)) [11]. Его развитие, вероятно, связано с SARS-CoV-2. В ряде стран с высокой заболеваемостью (в Великобритании, Франции, Италии, США) было отмечено, что в период снижения заболеваемости SARS-CoV-2 у детей и подростков увеличилась частота встречаемости синдрома Кавасаки, Кавасаки-подобного синдрома и мультисистемного воспалительного синдрома.

В период распространения штамма Omicron частота регистрации мультивоспалительного синдрома или Кавасаки и Кавасаки-подобного синдрома значительно уменьшилась до единичных случаев. Под нашим наблюдением находилось более семидесяти детей с мультивоспалительным синдромом [12]. Необычность ситуации была связана с тем, что, по сути, острый период коронавирусной инфекции дети не замечали, а через две–три недели появлялись грозные симпто-

мы, включающие несколько органов и систем, и требующие госпитализации — в 80% случаев в отделения реанимации и интенсивной терапии. В 20% случаев пациенты получали инвазивную механическую вентиляцию легких. Это является классическим проявлением патогенеза заболевания и иммуотромбоза. В 71% случаев в патологический процесс вовлекалось не менее четырех органов или систем, чаще всего желудочно-кишечный тракт (92%), сердечно-сосудистая система (80%), система кроветворения (76%), кожа и слизистые (74%) и органы респираторного тракта (70%). Четко установлены маркеры данного состояния у детей и взрослых, они изложены во временных методических рекомендациях.

**При мультисистемном воспалительном синдроме, ассоциированном с перенесенной COVID-19, у большинства пациентов наблюдаются следующие лабораторные и инструментальные данные:**

- лимфопения,
- нейтрофилез,
- повышение СОЭ более 40,
- СРБ более 3 мг/дл (норма 0,5 мг/дл),
- Д-димер более 3000,
- ферритин более 500,
- повышение уровня тропонина и ВНП у более 50% пациентов.

Возвращаясь к Omicron, следует отметить, что при заболевании детей наиболее частой жалобой является длительное сохранение сухого кашля, сохранение болей в горле и неприятных ощущений слабости, вялости, что является, образно говоря, надводной частью айсберга. Спектр проявления постковидного синдрома весьма разнообразен, и необходим подход к реабилитации в зависимости от преобладающих жалоб по программам, разработанным соответствующими специалистами: неврологами, пульмонологами, врачами общей практики и реабилитологами. Накапливаются важные научные данные, говорящие о том, что в патогенетической основе развития постковида могут быть нарушения взаимодействия с микробиомом кишечника, в частности, в оси

«легкие–кишечник» при коронавирусной инфекции [13]. В настоящий момент мы активно занимаемся изучением этого вопроса.

**Что нового в лечении коронавирусной инфекции?** На первых этапах развития инфекционного процесса COVID-19 летальность коррелировала с применяемой терапией, которую можно назвать, по сути, терапией отчаяния. Главной бедой было отсутствие специфических противовирусных препаратов, которые реально влияли бы на развитие инфекционного процесса и не позволяли бы развиваться цитокиновому шторму.

В настоящий момент применительно к лечению взрослых пациентов наметились позитивные сдвиги. Подходы к этиотропной терапии принципиально меняются, появились обнадеживающие данные по фактическому лечебному использованию специфических моноклональных антител для профилактики и предотвращения тяжелого течения заболевания применительно к генному варианту Delta. К сожалению, в случае генной разновидности Omicron моноклональные антитела практически потеряли свою терапевтическую нишу. Вместе с тем, получена доказательная база по позитивному безопасному использованию препаратов группы протеаз, которая действует на все РНК-содержащие вирусы, что нашло соответствующее отражение в клинических рекомендациях, регулярно утверждаемых Министерством здравоохранения РФ.

Для этиотропной терапии COVID-19 Министерством здравоохранения рекомендованы следующие препараты:

- фавипиравир (таблетки, парентеральная форма),
- молнупиравир (капсулы),
- ремдесивир,
- синтетическая малая интерферирующая,
- рибонуклеиновая кислота (миРНК) [двухцепочечная],
- умифеновир,
- интерферон-альфа.

Для лечения детей из этиотропных препаратов в настоящий момент является доступными только умифеновир с двухлетнего возраста и интерферон альфа-2b.

Итак, задачи этиотропной терапии заключаются в подавлении/элиминации вируса (SARS-CoV-2), возбудителя COVID-19. Особое место занимают препараты ингибирующие вирусную РНК-полимеразу. Данная группа препаратов (фавипиравир, молнупиравир) показала свою эффективность против возбудителя COVID-19 и его многочисленных мутаций, а также против других РНК-вирусов (возбудителей ОРВИ), таких как вирус гриппа, включая А, В, С, сезонные штаммы и др.

Препарат Эсперавир (молнупиравир) включен в методические рекомендации по лечению COVID-19 в связи с доказанной клинической эффективностью. Данные исследований препарата свидетельствуют о более эффективном воздействии Эсперавир (молнупиравир) на динамику симптомов пациентов с COVID-19 (клиническое улучшение наступает в 2 раза быстрее), после 5-дневного курса терапии, по сравнению со стандартной терапией. Было показано, что препарат снижает риск госпитализации и ухудшения состояния пациентов, доказано отсутствие негативного влияния и побочных эффектов, которые послужили включением в рекомендации пятидневного курса терапии данным препаратом в терапии коронавирусной инфекции. Очень важным обстоятельством явилось то, что данный курс препарата у 88% пациентов к пятому дню способствовал элиминации коронавируса.

#### Принципы этиотропного лечения COVID-19

1. Прицельная (таргетная) этиотропная терапия, направленная на подавление / устранение / выведение вируса из организма.

2. Выбор этиотропного противовирусного средства базируется на доказанных и проверенных данных по эффективности и безопасности, регламентированных стандартизацией проведения клинических исследований для такой группы препаратов.

3. Только доказанная эффективность и безопасность являются основополагающими факторами для включения данного препарата во временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции» (Действующая версия 14 от 27.12.2021).



Применительно к детям основной базисной терапии являются рекомбинантные интерфероны [15]. При легких формах заболевания высокой противовирусной активностью, доказанной в опытах *in vitro* и *in vivo*, обладает, в частности, цетилпиридиния хлорид, который входит в состав комбинированных препаратов для взрослых и детей, широко используются для лечения респираторных инфекций [16].

Использование этих препаратов на ранних стадиях заболевания также способствует более легкому течению инфекционного процесса. В настоящий момент накапливаются фактические данные по расширению спектра прежде всего этиотропных препаратов, отрабатываются подходы к противовирусной специфической терапии.

## Выводы

Разработка, внедрение новейших молекулярно-генетических методов диагностики новой коронавирусной инфекции (COVID-19), а также масштабирование производства позволили обеспечить потребность страны в массовом тестировании населения.

Мониторинг за эволюцией SARS-CoV-2, проводимый в Центральном научно-исследовательском институте эпидемиологии Роспотребнадзора, служит основой для принятия управленческих решений в области проведения лечебных, профилактических

и противоэпидемических мероприятий по предотвращению дальнейшего распространения SARS-CoV-2, вектором для создания новых вакцин.

Накопленные данные о клинической манифестации болезни, особенностях ее течения у взрослых и детей позволили разработать и внедрить новые клинико-лабораторные дифференциально-диагностические критерии, поставить вопрос о пересмотре существующей классификации новой коронавирусной инфекции, включить в нее наряду с общепризнанными формами поражения легких, респираторного тракта, развитием бессимптомных и малосимптомных воспалительных процессов, формы изолированного поражения ЖКТ, нервной системы и ряда других органов, а так же доказать факт того, что сепсис, септический (инфекционно-токсический) шок; ДВС-синдром, тромбозы и тромбоемболии следует рассматривать в качестве осложнений основного заболевания.

Хочется надеяться, что в ближайшее время коронавирусная инфекция, обусловленная SARS-CoV-2, станет не только сезонной, но приобретет черты управляемой инфекции. Для этого нужно соблюдение двух условий: одно из них — наличие вакцины, а второе — наличие специфических антикоронавирусных препаратов, при таких обстоятельствах угроза коронавирусной инфекции будет для человечества минимальной.

## Литература

1. Об утверждении временного порядка предоставления данных расшифровки генома возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19): поста Правительства РФ от 23 марта 2021 г. № 448 [Электронный ресурс] // Роспотребнадзор [сайт]. URL: <https://www.rosпотребнадзор.ru/upload/t9q0kNv6z7jMAJIPluVd5hbDRyzWruxM.pdf> (дата обращения: 23.12.2022).
2. Pulliam J. R. C., van Schalkwyk C., Govender N., von Gottberg A. et al. Increased risk of SARS-CoV-2 reinfection associated with emergence of the Omicron variant in South Africa // medRxiv. 2021. December. DOI: 10.1101/2021.11.11.21266068.
3. Горелов А. В., Николаева С. В., Акимкин В. Г. Коронавирусная инфекция COVID-19 у детей в Российской Федерации // Инфекционные болезни. 2020. Т. 18. № 3. С. 15–20.
4. Каннер Е. В., Каннер И. Д., Лапкин Н. М., Горелов А. В. Острые вирусные инфекции с сочетанным поражением респираторного и желудочно-кишечного тракта — бич современности // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2021. Т. 100. № 6. С. 8–14.
5. Zuo T. et al. Alterations in Gut Microbiota of Patients With COVID-19 During Time of Hospitalization // Gastroenterology. 2020. V. 159(3). P. 944–955. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.05.048.
6. Smail S. W. et al. Inflammation, immunity and potential target therapy of SARS-COV-2: A total scale analysis review // Food Chem Toxicol. 2021. V. 150. P. 112087. DOI: 10.1016/j.fct.2021.112087.
7. Турчина М. С., Мишина А. С., Веремейчик А. Л., Резников Р. Г. Клинические особенности поражения желудочно-кишечного тракта у больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 // Актуальные проблемы медицины. 2021. Т. 44. № 1. С. 5–15.
8. Ивашкин В. Т., Ющук Н. Д., Маев И. В. с соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016. Т. 26. № 5. С. 56–65.
9. Горелов А. В., Плоскирева А. А., Понежева Ж. Б., Омарова Х. Г. с соавт. COVID-19 — многоликий Янус. К вопросу о классификации новой коронавирусной инфекции // Инфекционные болезни. 2021. Т. 19. № 4. С. 103–111.

10. Особенности течения LONG-COVID-инфекции. Терапевтические и реабилитационные мероприятия. Методические рекомендации // *Терапия*. 2022. Т. 8. № 1 (приложение). С. 1–147. DOI: 10.18565/therapy.2022.1suppl.1-147.

11. Nakra N. A., Blumberg D. A., Herrera-Guerra A., Lakshminrusimha S. Multi-System Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Following SARS-CoV-2 Infection: Review of Clinical Presentation, Hypothetical Pathogenesis, and Proposed Management // *Children (Basel)*. 2020. V. 7(7). P. E69. DOI: 10.3390/children7070069.

12. Шалбарова Т. В., Сабина Т. С., Мелехина Е. В., Музыка А. Д. с соавт. К вопросу о клинко-лабораторных особенностях мультисистемного воспалительного синдрома у детей, ассоциированного с SARS-CoV-2 // *Вопросы практической педиатрии*. 2021. Т. 16. № 6. С. 7–16.

13. Новикова В. П., Хавкин А. И., Горелов А. В., Полунина А. В. Ось «легкие–кишечник» и COVID-инфекция // *Инфекционные болезни*. 2021. Т. 19. № 1. С. 91–96. DOI: 10.20953/1729-9225-2021-1-91-96.

14. Агейкин А. В., Горелов А. В., Усенко Д. В., Мельников В. Л. Экзосомы крови как новые биомаркеры инфекционных заболеваний // *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2021. Т. 5. № 11. С. 744–748. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-11-744-748.

15. Мелехина Е. В., Николаева С. В., Ильинская А. С., Понежева Ж. Б. с соавт. Рекомбинантные интерфероны в комплексной терапии новой коронавирусной инфекции // *Инфекционные болезни*. 2020. Т. 18. № 3. С. 41–46. DOI: 10.20953/1729-9225-2020-3-41-46.

16. Мелехина Е. В., Музыка А. Д., Понежева Ж. Б., Горелов А. В. Цетилперидиния хлорид в составе комбинированных препаратов для взрослых и детей в период пандемии COVID-19: подтвержденные возможности и перспективы // *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2021. Т. 5. № 11. С. 728–736. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-11-728-736.

## НОВОСТИ

### АРХАНГЕЛЬСК

**17 июня 2022 г.** в Северном государственном медицинском университете состоялся **выпуск сестер милосердия**. Обучение за 2021/2022 год прошли 36 слушательниц.

Выпускниц поздравил глава епархиального отдела по взаимоотношениям Церкви и общества игумен Феодосий (Нестеров): «Каждый год приходят люди, которые внимательно слушают и учатся совершенно новой для себя профессии. Вы изучали основы милосердного служения и помощи людям. Дай Бог, чтобы вам это пригодилось на практике. Служение всегда сопряжено с жертвой, это требует много сил, внутренней энергии, самоотверженности. Надо быть чутким, воспитывать свое сердце».

Также успешным завершением обучения поздравила выпускниц курсов ректор СГМУ Л. Н. Горбатова: «Дорогие сестры милосердия, вы получили большой объем знаний и практических навыков. Впереди у вас не только работа, но еще и служение людям. Я желаю, чтобы в вашей душе не иссяк этот родник любви, добра и терпения».

Труд преподавателей курсов был отмечен благодарностями и букетами цветов.

Торжественное заседание сопровождалось выступлениями, подготовленными студентами и преподавателями СГМУ.

Открытие курсов по подготовке сестер милосердия в СГМУ состоялось в декабре 2002 г. по благословению епископа Архангельского и Холмогорского Тихона. Девизом курсов стали слова святителя Игнатия (Брянчанинова): «И слепому, и прокаженному, и поврежденному рассудком, и грудному младенцу, и уголовному

преступнику, и язычнику окажи почтение, как образу Божию. Что тебе за дело до его немощей и недостатков? Наблюдай за собою, чтобы тебе не иметь недостатка в любви».

В течение прошедших лет сложился сплоченный коллектив преподавателей. Лекции по основам православного вероучения проводят протоиерей Евгений Соколов, игумен Феодосий (Нестеров), священник Михаил Юров. О роли и деятельности сестер милосердия в хирургии, заботе и подвижничестве рассказывает доцент СГМУ Н. К. Тарасова. Своим опытом по уходу за больными делятся преподаватели медицинского университета, рассказывая слушателям не только о профессиональной, но и о духовно-нравственной стороне социального служения. Практику обучающиеся проходят в Архангельском городском сестричестве, городской клинической больнице № 1, областной клинической больнице, областной детской клинической больнице, а также в больницах Северодвинска и Новодвинска. За 19 лет подготовлено свыше 400 сестер милосердия.

**15–19 сентября 2022 г.** врачи и ученые Северного государственного медицинского университета предприняли пятидневную **экспедицию** в Пинежский район.

В состав экспедиции регионального Общества православных врачей вошли заведующая отделом истории медицины А. В. Андреева, к. м. н., доцент, заведующая кафедрой травматологии, ортопедии и военной хирургии СГМУ С. В. Брагина; д. м. н., профессор, заведующая кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии СГМУ, директор ФГБУ Северного филиала НМИЦ гематологии МЗ РФ

Н. А. Воробьева; д. м. н., доцент, профессор кафедры хирургии СГМУ А. И. Макаров; д. м. н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии СГМУ В. И. Макарова; к. психол. н., доцент кафедры педагогики и психологии СГМУ Е. Г. Щукина.

В ходе поездки православные врачи провели осмотры и консультации пациентов на подворье Артемиево-Веркольского монастыря, в Карпогорской ЦРБ и в Верколе. На базе Карпогорской межпоселенческой библиотеки совместно с Пинежским благочинием, Пинежским краеведческим обществом, фондом «Инициатива Пинежь» состоялась конференция «Медико-социальное служение храма», проведена профориентационная работа со школьниками-абитуриентами. Участники поездки выражают благодарность наместнику Артемиево-Веркольского монастыря архимандриту Иосифу, директору Карпогорской библиотеки Л. А. Колик и другим пинежанам за помощь и поддержку в осуществлении мероприятий».

Экспедиция стала частью реализации гранта «Православная медицина на арктических и приарктических территориях: вчера, сегодня, завтра» при поддержке фонда «Соработничество».

*По материалам пресс-службы  
Архангельской епархии*

## СОВРЕМЕННАЯ ТРАКТОВКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Александр Григорьевич ЧУЧАЛИН,  
академик РАН, профессор, заведующий  
кафедрой госпитальной терапии  
Российского национального  
исследовательского медицинского  
университета им. Н. И. Пирогова



Alexander G. Chuchalin  
Academician of the Russian Academy  
of Sciences, Professor, Head of the  
Department of Hospital Therapy, Russian  
National Research Medical University  
named after N. I. Pirogov

## MODERN INTERPRETATION OF POST-COVID SYNDROME

**АННОТАЦИЯ.** Статья подготовлена по докладу, прочитанному на Научно-практической конференции «Проблемы постковидного синдрома» в марте 2022 г. В статье рассматриваются вопросы эпидемиологии, патофизиологии и клинических синдромов затяжного течения COVID-19, инновационных методов лечения.

**Ключевые слова:** постковидный синдром, симптомы постковидного периода, патофизиологические изменения в постковидном периоде, поражение легочной ткани при COVID-19, «матовое стекло».

Одним из вопросов первостепенного значения, к которому в данный момент приковано внимание мирового медицинского сообщества, являются продолжительные симптомы заболевания у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Крайне важны патофизиологические изменения, происходящие в постковидном периоде, когда уже завершился период вирусемии. У людей, переболевших COVID-19, проявляются различные клинические синдромы:

- признаки изменения в тех или иных органах, приводящие к развитию их дисфункции (сердце, легкие, мозг, печень, почки и др.);
- признаки нарушения ментальной деятельности (нарушение настроения, депрессия, ухудшение сна) и когнитивных функций (например, ухудшение памяти);
- развитие фиброзов легких.

**ABSTRACT.** The article was prepared based on the report read at the Scientific and Practical Conference «Problems of the Post-Covid Syndrome» in March 2022. The article addresses the issues of epidemiology, pathophysiology and clinical syndromes of a protracted course of Covid-19, innovative methods of treatment.

**Keywords:** Post-Covid Syndrome, post-Covid symptoms, pathophysiological changes in the post-Covid period, lung tissue damage in Covid-19, Ground-glass opacity (GGO).

Публикации данных в отношении пациентов, переболевших COVID-19 1,5–2 года назад, демонстрируют остроту этих проблем.

За последние два года в трактовке COVID-19 открылись новые горизонты, известна геномная структура вируса и многое другое. Но в отношении предупреждения заболевания и его эффективного лечения многое неясно. Особенно много вопросов вызывают фиброзные изменения. Как и почему они возникают у человека?

Легочная ткань — воздушная, легкая, но при ковидной инфекции вдруг мгновенно происходят ее изменения, как будто снежная буря налетает на эту легочную ткань, и в течении короткого времени состояние больного человека становится критическим. Происходят драматические явления, называемые в научной медицинской литературе ремодулированием легочной ткани. Изме-

няется структура альвеол, местоположение бронхов, происходят большие изменения со стороны сосудов. В процесс вовлекается сердечно-сосудистая система, в организме происходят глобальные изменения, которые человека делают критически, очень тяжело больным.

Проблема постковидного периода очень острая. Британские исследователи изучили данные около 48 000 пациентов, госпитализированных с COVID-19, сопоставив их с контрольной группой из общего населения Англии. Они обнаружили, что у пациентов с COVID-19 после выписки из больницы диагностировались чаще серьезные сердечно-сосудистые осложнения, хронические заболевания почек в 2,8 раза, хронические заболевания печени в 1,9 раза и диабет в 1,5 раза чаще в сравнении с населением в целом. Около 29% пациентов с COVID были повторно госпитализированы со средним сроком наблюдения 140 дней, и около 12% умерли после выписки. Эти показатели были в 3,5 раза и 7,7 раза выше, чем в контрольной группе, соответственно [1].

Инкубационный период заболевания в самом начале распространения COVID-19 в декабре 2019 г., в Ухани составлял 9–10 дней. Затем появились новые штаммы, инкубационный период сокращался. В настоящий момент эпидемическая ситуация связана со штаммами Omicron и Stealth. Приходит вариант Omicron, который классифицируется как BA.3, а на пороге уже субвариант, пока редкий, получивший название BF.7.

Инкубационный период COVID-19 связан с репликацией вируса на поверхности слизистой носа, которая играет очень важную роль, являясь пусковым механизмом последующих событий, разыгрывающихся в организме человека. Во время инкубационного периода (в одном случае это 9–10 дней, в другом случае 6 часов), происходят драматические изменения. Происходит бурная репликация вируса, которая напоминает, если можно провести такую аналогию, ядерный взрыв — экспоненциальный рост вирусных частиц, которые находятся на слизистой носа.

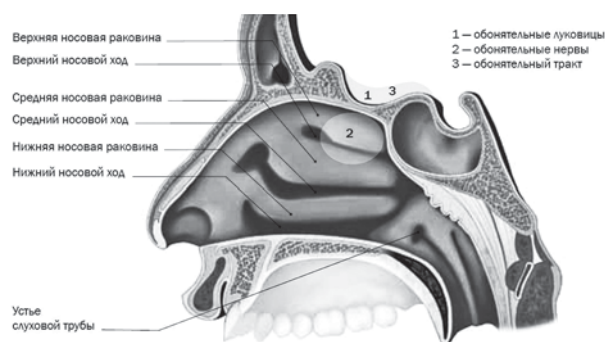


Рис. 1. Строение носовой полости

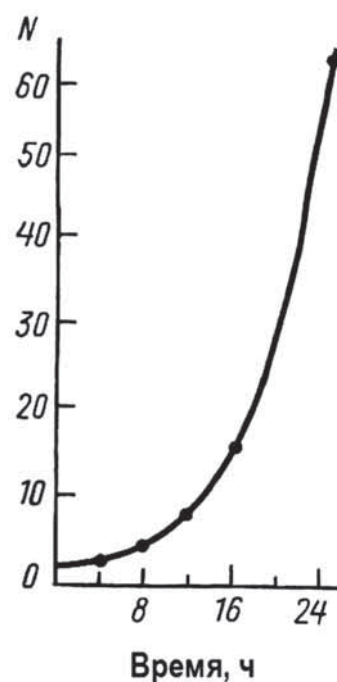


Рис. 2. Экспоненциальный рост популяции гипотетического одноклеточного организма, делящегося каждые 4 часа

Каковы причины подобного роста? Согласно концепции академика С. Д. Варфоломеева, условием является изменение локального водородного показателя pH среды, который становится кислым, принимая значения 7,3–7,35 и т. д. [3]. Происходит ингибция карбонгидразы, то есть создаются физико-химические условия для того, чтобы образовались вирусные частицы — агломераты, поражающие различные ткани и системы, например нейроэпителий (рис. 3). При штаммах вируса SARS-CoV-2, предшествующих Omicron, очень выражены поражения *nevus olfactorius* и некоторых других черепно-мозговых нервов. Но наиболее серьезные проблемы начинаются,

когда коронавирус (пандемические штаммы) проникает в нижние отделы дыхательных путей и атакует клетки, альвеолоциты 2-го типа, регулирующие водно-электролитный обмен в легочной ткани. Это критический момент заболевания, начинается процесс, который приобретает драматический характер и может стать причиной ухода человека из жизни.

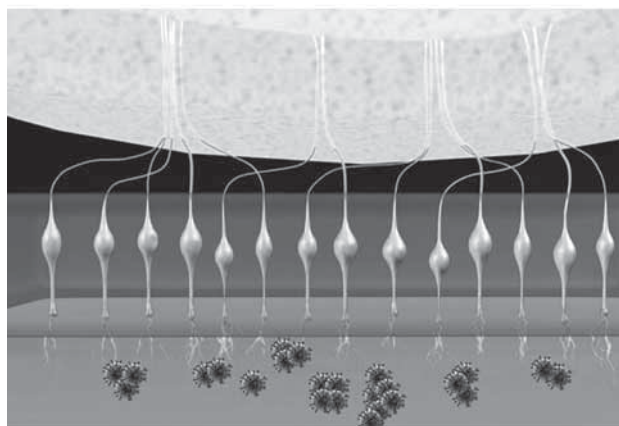


Рис. 3. Поражение вирусом SARS-CoV-2 нейрoэпитeлия [4]

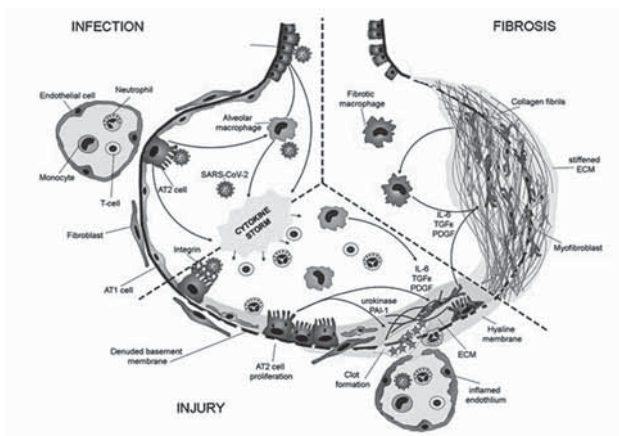


Рис. 4. COVID-19 и легочный фиброз: потенциальная роль эпителиальных клеток легких и фибробластов [5]

На рисунке 4 показаны разыгрывающиеся в организме молекулярно-биологические процессы. Альвеолоциты 2-го типа, обозначенные клетками AT2, поражаются, пролиферируются, превращаются в альвеолоциты 1-го типа, нарушается синтез сурфактанта, и поражаются так называемые водные каналы, жидкость из плазмы, из капилляров, проникает и заполняет альвеолярные пространства. Резко нарушается водно-электролитный обмен, вода буквально напол-

няет легкое — развивается некардиогенный отек.

На правой части рисунка можно видеть, как определенный род макрофагов (в данном случае 2-го типа), приводит к активности интерлейкин 6, являющийся трансформирующим фактором роста ткани, фактором роста тромбоцитов. Интерлейкин 6 может играть решающую роль в развитии фиброзных изменений в легких пациентов с COVID-19. В этом заключается биологическая причина пролиферации фибробластов. Образуются миофибробласты, в большом количестве коллаген I, III типов, и легочная ткань превращается в ткань, напоминающую жженую резину. Она становится маленькой, сморщенной, теряет способность выполнять главную функцию легких — обеспечение газообмена.

Это первый этап — диффузные повреждения альвеолоцитов 2-го типа и выход из интерстициального пространства гиалуроновой кислоты. Гиалуроновая кислота имеет большое значение в формировании так называемых гиалиновых мембран, что является признаком респираторного дистресс-синдрома. Можно сказать, что гиалуроновая кислота — биологический маркер острого повреждения легких и развития острого респираторного дистресс-синдрома, затяжного течения COVID-19, развития постковидного синдрома.

Снежное облако, упоминавшееся вначале, — отражение диффузных повреждений легочной ткани с депонированием гиалуроновой кислоты и ремодерированием альвеолокапиллярной мембраны.

Большое значение имеет соотношение между гиалуроновой кислотой и ферментом гиалуронидазой, дисбаланс между ними характерен для острых состояний. Гиалуронидазе принадлежит ключевая роль в борьбе с гипоксемией, она обеспечивает доставку кислорода в капилляры из альвеолярного пространства.

Науке не известно ни одного заболевания, при котором за короткий промежуток времени в легком накапливалось бы такое большое количество воды, как при COVID-19. Когда патологоанатомы впервые увидели фото, показанное на рисунке 5, они были не могли

понять, какой это орган, напоминающий печень, глиссонову капсулу. А это легкое, потерявшее альвеолярную поверхность. К таким серьезным ремоделирующим изменениям приводит упомянутая ранее атака.

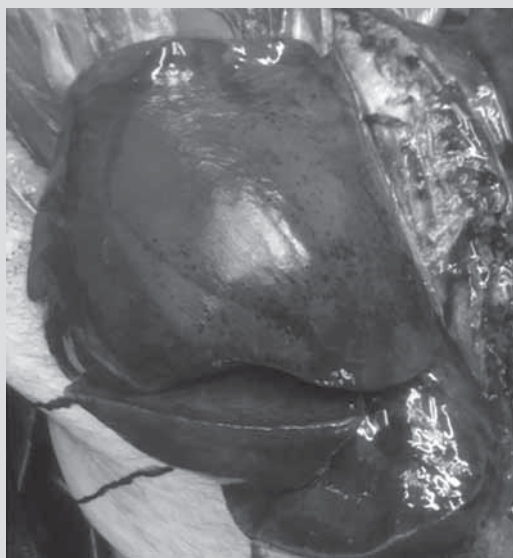


Рис. 5. Легкое пациента, умершего от COVID-19

#### COVID-19: патобиология

Вес легкого умершего от коронавирусного заболевания составил 2 404 г.

Вес легкого умершего не от коронавирусного заболевания составил 1 045 г.

На ишемизированных участках легочной ткани, где нет капилляров, куда не поступает кровь, в дальнейшем появляются блистеры — воздушные пузыри, в результате чего развивается острая буллезная болезнь легких.

Изменения, которые происходят в легких в постковидный период, связаны с капиллярами. Капилляры каждого органа (мозг, сердце, легкие, печень, кожа) имеют свою неповторимую структуру. Альвеолярные капилляры, где осуществляется газообменная функция, не встречаются более ни в каком другом органе. Особое значение имеет участок капилляра — «колена», переходящий в венулу. Именно это место является первичным в тромбообразовании — тромбы образуются в альвеолярных капиллярах, на участке перехода «колена» в венулу. В этом месте эндотелиоциты продуцируют определенные факторы-прокоагулянты и антикоа-

гулянты. Чтобы понять, как именно это происходит в организме человека, необходимо обратиться к некоторым базовым вопросам.

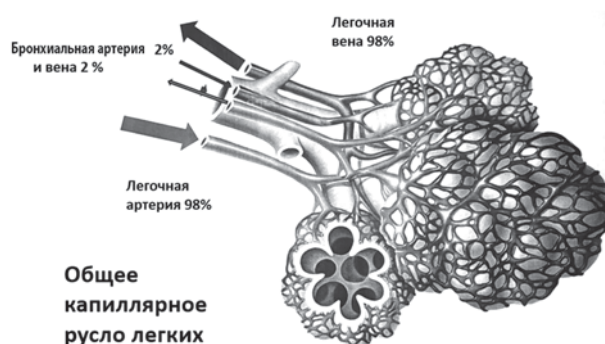


Рис. 6. Легочное и системное кровоснабжение бронхиол и альвеол

Диффузия газов — это движение молекул из области с высокой концентрацией в область с более низкой концентрацией. Кислород на поверхности альвеол, и кислород, находящийся в крови, за счет градиента концентрации диффундирует в легочную ткань.

#### Факторы, влияющие на диффузию газов:

- 1) температура — повышает скорость движения молекул,
- 2) площадь биологической мембраны, через которую осуществляется диффузия,
- 3) градиент концентрации газа на поверхности мембраны, где осуществляется диффузия,
- 4) расстояние, которое необходимо преодолеть молекуле,
- 5) молекулярный вес.

Для диффузии газов большое значение имеет температура, так как при повышении температуры скорость движения молекул резко возрастает. Большое значение имеет площадь биологической мембраны. Легочная площадь биологических мембран превышает 120 м<sup>2</sup>.

Для создания условий для хорошей диффузии кислорода в легочную ткань нами применялся термический гелий [6]. Благодаря высокой диффузионной способности гелия при применении смеси термический гелий-кислород (t-He/O<sub>2</sub>) улучшаются газообменная функция, показатели парци-

ального напряжения кислорода, возрастают сатурация крови, увеличивается элиминация углекислого газа. Кроме того, при терапии смесью t-He/O<sub>2</sub> ожидается снижение анаэробной фазы метаболизма и нормализация концентрации лактата, который накапливается в результате гиперперфузии и тканевой ишемии вследствие гипоксемии, приводящей к гипоксии ткани. Терапия термическим гелем позволяет эффективно элиминировать лактат из организма пациента. Предложенный метод — действительно реальное активное внедрение в метаболизм организма человека.

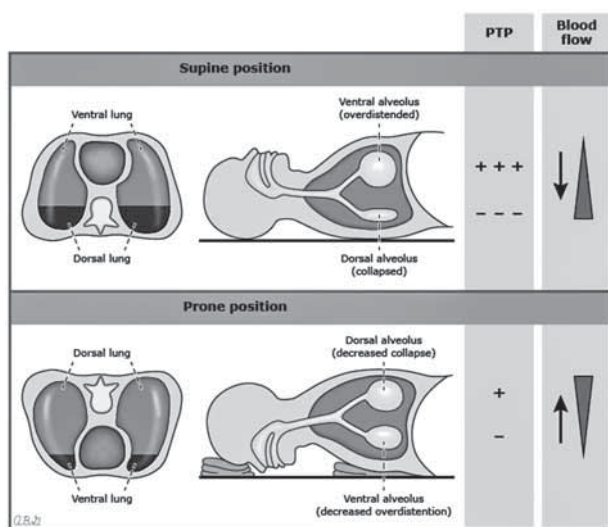


Рис. 7. Использование прон-позиции при лечении COVID-19

Также для помощи больному человеку мы рекомендуем ему принимать положение, которое называется прон-позиция. Так как диффузия газов осуществляется той частью легких, которая приходится на базальную зону, придав больному пром-позицию, мы увеличиваем вентиляцию легких и перфузию тем самым на 2–3%, что повышает сатурацию кислорода. Сейчас многие врачи прибегают к этому приему, его применяют даже акушеры при рождении ребенка: для того чтобы у него не было асфиксии, его кладут на живот для обеспечения эффективной вентиляции, эффективной перфузии, коэффициент которой составляет 0,8.

На рисунке 8 представлены уникальные снимки, полученные группой ученых вместе с доктором T. Welte из Ганновера [7]. На них показано разрушение эндотелиальных

клеток, которые играют важную роль в регуляции движения крови по капиллярам, в регуляции вязкости, тромбообразования и др. Эндотелиоцит считывает информацию, которая происходит при его контакте с форменными элементами крови. Так как эндотелий потерял свою функцию, в ответ на это в месте, упоминаемом ранее (капилляр–венула) образуется тромб. Такой капилляр не может обеспечить газообменную функцию, но включаются другие капилляры, идет их активное открытие, открываются анастомозы, поэтому происходит частичная компенсация. Но клетки меняются, так как эндотелиоцит выключен из процесса, это приводит к появлению мегакариоцитов больших размеров. Существуют математические модели, показывающие, что, измеряя размеры тромбоцитов — мегакариоцитов, можно прогнозировать тяжелое течение заболевания.

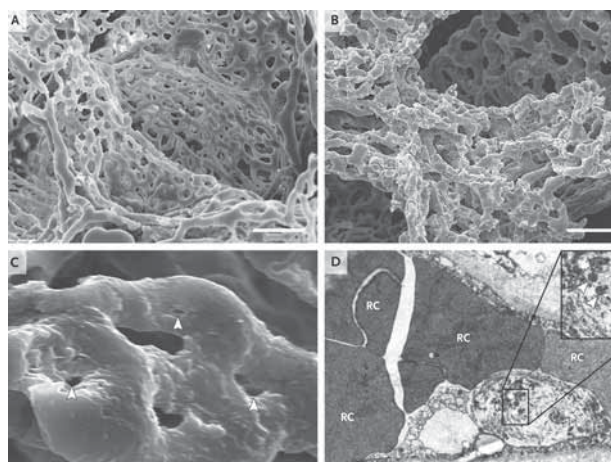


Рис. 8. Микрососудистые изменения в легких у пациентов, умерших от COVID-19 [7]

В работе M. Ackermann [7], одной из первых на данную тему, хорошо показано образование тромбов в альвеолярной перегородке (рис. 9). На снимке можно видеть слегка расширенные альвеолярные стенки с множественными фибринозными микротромбами (показанными стрелками) в альвеолярных капиллярах. С мегакариоцитами мелких сосудов капилляров мозга связаны изменения, впоследствии вызывающие депрессию, нарушение структуры сна, снижение толерантности к физической нагрузке. Морфологическая причина этих явлений — нейровоспалительный процесс, повреждение эндотелия в конечном счете.

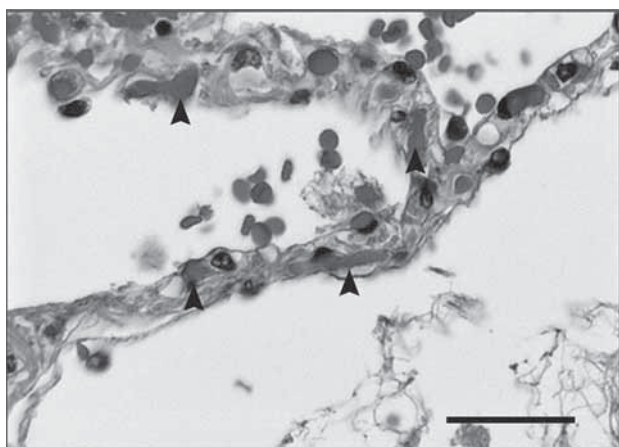


Рис. 9. Микротромбы в межальвеолярных перегородках легкого у пациента, умершего от Covid-19 [7]

Группа российских исследователей целенаправленно занималась оценкой функций эндотелия и функцией эритроцитов [8], и на мой взгляд это лучшее исследование, которое было сделано по данной теме в России. Оно открывает картину изменений в сосудах больных в случае постковидного синдрома.



Рис. 10. Эндотелиоциты в крови, взятой из кубитальной вены больного COVID-19 [8]

На рисунке 10 показаны снимки, изображающие эндотелиальные клетки пациента с COVID-19. Мы можем видеть в них пробоины, окна, фенестры в тех местах, через которые геном вируса вошел в эндотелиоцит и вышел. То есть каждая вирусная частица оставляет две пробоины в биологической мембране эндотелиоцита. Клетка, которая осталась без ядра, — это мертвая клетка. В норме в организме их содержится около 1%. У больных, которые переносят ковид, количество таких клеток возрастает до 20–30%. То есть у таких больных происходит гибель 30% эндотелиоцитов. Мертвые клетки вызывают образование сгустков крови.

Вторая проблема связана с потерей функции эндотелиоцитов, эритроциты складываются в монетные столбики — сладжи (рис. 11). Большое количество эритроцитов,

сложившихся вместе, не может двигаться по кровеносному руслу. Они блокируют капиллярное кровообращение у таких больных. Согласно данным упомянутого исследования у пациентов с COVID-19 изменения с эритроцитами проявлялись прежде всего в образовании длинных эритроцитарных монетных столбиков, сладжей, и трансформацией формы эритроцитов, часть из которых превращалась из двояковогнутых дискоцитов в эхиноциты.

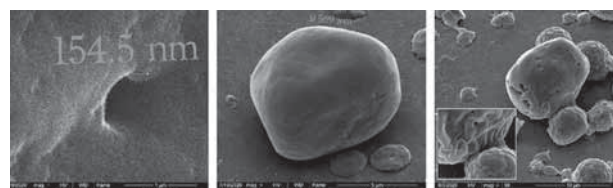


Рис. 11. Сладжи, образованные эритроцитами [8]

Морфология эритроцитов в результате воздействия вирусов меняется поразительным образом, их невозможно узнать. На рисунке 12 представлено фото эхиноцита, образовавшегося из эритроцита, поврежденного вирусом, в крови пациента с COVID-19. Исследователи наблюдали выраженную трансформацию части эритроцитов в эхиноциты в крови больных COVID-19 как при поступлении в больницу, так и при выписке.

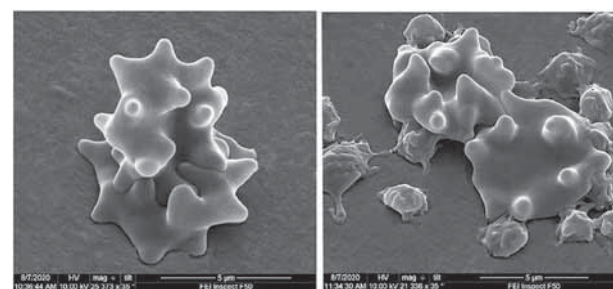


Рис. 12. Эхиноцит в венозной крови больных COVID-19 [8]

Изменения, происходящие в крови пациента с новой коронавирусной инфекцией, очень похожи на те, что происходят в крови больного с тяжелым почечным заболеванием — уремией. Визуально отличить периферическую кровь при этих разных заболеваниях невозможно. Однако при автоматическом машинном анализе эти особенности нередко ускользают от внимания специалистов. На рисунке 13 показано уникальное фото, демонстрирующее процесс



образования тромба. Плотная полоса фибрина на заднем плане снимка образовалась из скоплений более тонких нитей. Выпадение фибрина происходит вследствие агрегирования эритроцитов, теряющих эндотелиальную функцию.

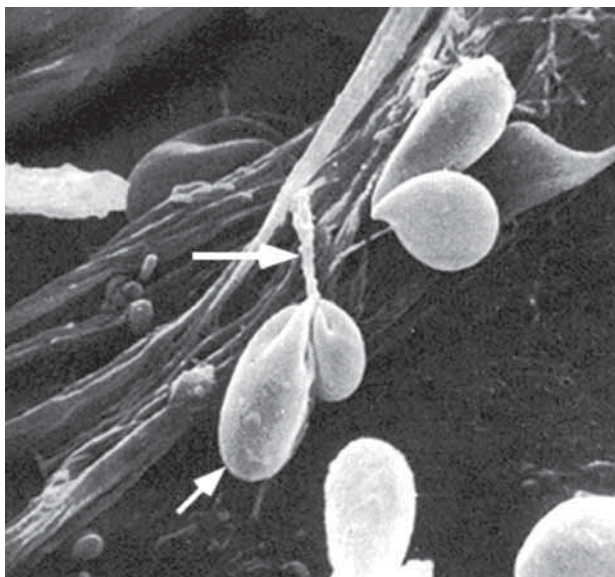


Рис. 13. Эритроцит (показан нижней стрелкой), который скоро будет «перерезан» нитью фибрина (показана верхней стрелкой), образующейся в результате внутрисосудистого свертывания [9]

Метод лечения, позволяющий «протезировать» поврежденные клетки, — терапия с применением оксида азота (II) NO, являющегося газовым медиатором и выполняющего множество важных функций в организме (нейромедиатора, вазодилатора, антиагреганта, мощного фактора гомеостаза), в том числе играющего важнейшую роль в процессах микроциркуляции. Группой ученых — ядерных физиков из Саровского физико-технического института под руководством члена-корреспондента РАН профессора В. Д. Селемира — был разработан уникальный прибор электрохимический генератор оксида азота, позволяющий проводить лечение NO непосредственно у постели пациента. Эта методика была применена в Санкт-Петербурге в группе врачей-ученых под руководством академика Е. В. Шляхто для лечения тяжелых больных, которые находились на искусственной вентиляции легких и экстракорпоральной мембранной оксигенации. Были получены положительные результаты.

#### Потенциальные патогенетические механизмы постковидного легочного фиброза:

- вирусный пневмонит (укорочение теломер);
- эндотелиит и гиперкоагуляция;
- нарушение регуляции иммунной системы;
- провоспалительные медиаторы («цитокиновый шторм»);
  - нейтрофильные внеклеточные ловушки — фиброз и тромбоз;
  - тромбоэмболические осложнения;
  - гипероксия и гипоксия;
  - ОРДС;
  - баротравма, индуцированная искусственной вентиляцией легких (ИВЛ);
  - генетическая предрасположенность.

Итак, в легочном здоровье человека в результате воздействия вируса SARS-CoV-2 происходят глобальные бедственные изменения, разрушается вся структура легких: альвеолярная поверхность, капиллярная сеть, межинтерстициальная ткань, происходит перетрубация, в основе которой лежит состояние, называемое респираторным дистресс-синдромом, которому предшествует цитокиновый шторм. Дача больших доз кислорода в данном случае не является лекарством. Кислород выступает как средство, вызывающее токсическое повреждение биологических мембран за счет образования так называемых активных форм кислорода.

#### Факторы риска пост-COVID фиброзных изменений спустя 4 месяца

Перспективное одноцентровое исследование 72 пациентов, нуждающихся в кислородной поддержке спустя 4 месяца после выздоровления, показало, что

- 32 (49%) пациентам потребовалась инвазивная искусственная вентиляция легких;
- наблюдались: «матовое стекло» — у 43%, ретикулярные изменения — у 39%, тракционные бронхоэктазы — у 28%;
- 40 (53%) пациентов имели снижение показателей DLCO и 78% — теста с 6 МХ;
- риск фиброза коррелировал с оценкой SOFA при поступлении и длиной теломер [2].

Другой серьезной проблемой, возникающей у пациентов с COVID-19, является легочный фиброз. Прогрессирование постковидного легочного фиброза взаимосвязано с рядом факторов, к которым относятся

- пожилой возраст;
- тяжелая одышка или высокая частота дыхательных движений;
- сопутствующая артериальная гипертензия;
- госпитализация в отделение интенсивной терапии.

Об угрозе постковидного легочного фиброза свидетельствуют следующие лабораторные данные:

- высокий уровень С-реактивного белка (СРБ);
- лимфопения;
- повышение уровня D-димера;
- низкий уровень интерферона G и моноцитарного хемотаксического белка-3 (ММР-3);
- укорочение теломер [2].

Постковидный синдром — проблема чрезвычайно острая, до конца нами не осознанная, которая будет раскрываться в дальнейшем. Это проблема, при которой требуется разработка новых методов, расширяющих диапазон возможностей современной терапии и профилактики.

### Литература

1. Walker M. Many Hospitalized COVID Patients Develop New Ailments Later [Electronic resource] // MedPage Today. 2021. March 31. URL: <https://www.medpagetoday.com/infectiousdisease/covid19/91890> (accessed: 26.12.2022).
2. McGroder C. F., Zhang D., Choudhury M. A., Salvatore M. M. et al. Pulmonary fibrosis 4 months after COVID-19 is associated with severity of illness and blood leucocyte telomere length // Thorax. 2021. V. 76(12). P. 1242–1245. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2021-217031.
3. Варфоломеев С. Д., Панин А. А., Быков В. И., Цыбенова С. Б. с соавт. Кинетическая модель развития острой вирусной инфекции в организме человека. Критические условия, механизмы управления, «термогелиокс» // Известия РАН. Серия Химическая. 2020. № 6. С. 1179–1184.
4. Walker M. Sniffing Out Where Virus First Strikes in COVID-19 [Electronic resource] // MedPage Today. 2020. August 19. URL: <https://www.medpagetoday.com/infectiousdisease/covid19/88148> (accessed: 26.12.2022).
5. John A. E., Joseph C., Jenkins G., Tatler A. L. COVID-19 and pulmonary fibrosis: A potential role for lung epithelial cells and fibroblasts // Immunological Reviews. 2021. V. 302(1). P. 228–240. DOI: 10.1111/imr.12977.
6. Шогенова Л. В., Варфоломеев С. Д., Быков В. И., Цыбенова С. Б. с соавт. Влияние термической гелий-кислородной смеси на вирусную нагрузку при COVID-19 // Пульмонология. 2020. Т. 30. № 5. С. 533–543. DOI: 10.18093/0869-0189-2020-30-5-533-543.
7. Ackermann M., Verleden S. E., Kuehnel M. et al. Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, and Angiogenesis in Covid-19 // The NEJM. 2020. N 383. P. 120–128. DOI: 10.1056/NEJMoa2015432.
8. Бурячковская Л. И., Мелькумянц А. М., Ломакин Н. В., Антонова О. А., Ермишкин В. В. Повреждение сосудистого эндотелия и эритроцитов у больных COVID-19 // Consilium Medicum. 2021. Т. 23. № 6. С. 469–476. DOI: 0.26442/20751753.2021.6.200939.
9. Bull B. S., Kuhn I. N. The Production of Schistocytes by Fibrin Strands (A Scanning Electron Microscope Study) // Blood. V. 35(1). P. 104–111.
10. Ambardar S. R., Hightower S. L., Huprikar N. A. et al. Post-COVID-19 pulmonary fibrosis: novel sequelae of the current pandemic // J. Clin. Med. 2021. V. 10 (11). P. 2452. DOI: 10.3390/jcm10112452.

## НОВОСТИ

### САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

**29 ноября 2022 г.** в Санкт-Петербурге состоялась **V Всероссийская научно-практическая междисциплинарная конференция с международным участием «Постковидный синдром, клинические и этические вопросы реабилитации переболевших COVID-19»**. Конференция проводилась по благословению митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Варсонофия в рамках Санкт-Петербургского форума «Церковь и медицина».

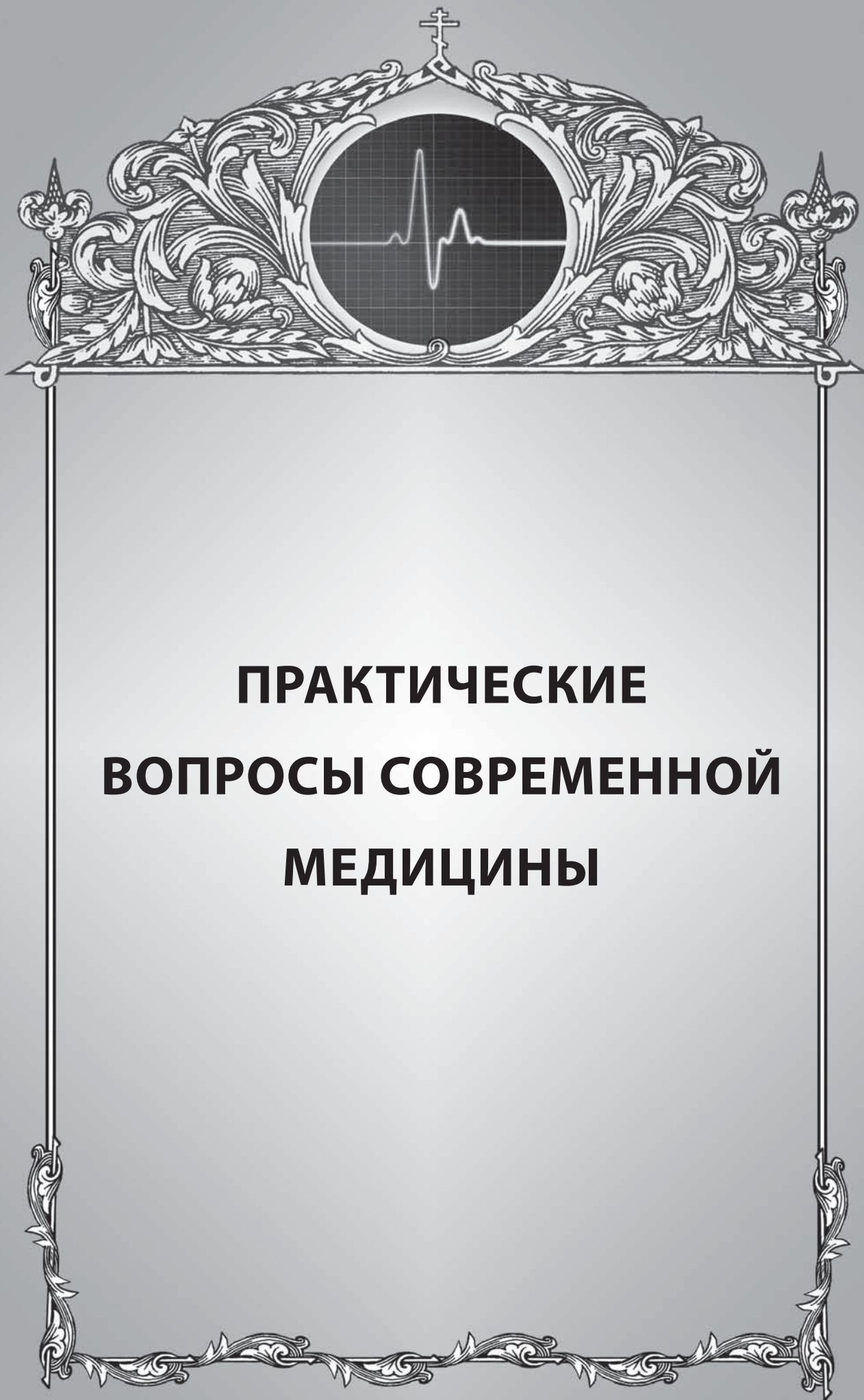
Организаторы конференции — Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) при участии Общества православных врачей России.

Научная встреча проходила в конференц-зал Медицинского модуля при храме Держав-

ной иконы Божией Матери на пр. Культуры в Санкт-Петербурге в гибридной форме — как в очной, так и в заочной форме (в онлайн-формате).

С докладами выступили **А. Г. Чучалин**, проф., академик Российской академии наук, заведующий кафедрой госпитальной терапии Педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, председатель исполкома Общества православных врачей России; **А. В. Горелов**, д. м. н., проф., член-корр. РАН, заместитель директора по научной работе ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, проф. Кафедры детских болезней Первого МНМУ им. И. М. Сеченова; **игумен Серафим (Кравченко)**, ответственный секретарь Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви;

**протоиерей Сергей Филимонов**, д. м. н., проф. кафедры отоларингологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, председатель ОПВ Санкт-Петербурга; **протоиерей Александр Абрамов**, секретарь Синодальной комиссии по биоэтике; **Т. В. Решетова**, д. м. н., проф. кафедры терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности, проф. кафедры психотерапии, медицинской психологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова; **В. К. Шамрей**, д. м. н., проф., главный психиатр Министерства обороны РФ, заведующий кафедрой и клиникой психиатрии ВМА им. С. М. Кирова, заслуженный врач РФ; **В. Ю. Паршин**, к. м. н., главный врач частной стоматологической клиники «Дювип», действительный член ОПВ Санкт-Петербурга и другие врачи и священники.



**ПРАКТИЧЕСКИЕ  
ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ  
МЕДИЦИНЫ**



Fig. 164. Gundsperstille.  
Aethusa Cynapium.  
Nach Botanie.

Handwritten text in a historical script, likely a medical or botanical treatise, describing the properties and uses of the plant.



Handwritten text in a historical script, likely a medical or botanical treatise, describing the properties and uses of the plant.



Fig. 167. Schwarze Nieswurz.  
Helleborus niger.  
Nach Koberl.



Fig. 165. Kreuzdorn.  
Rhamnus cathartica.  
Nach Botanie.



Handwritten text in a historical script, likely a medical or botanical treatise, describing the properties and uses of the plant. The text is arranged in columns around the illustration.

## НУТРИЦЕВТИКИ И ФИТОПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Александр Александрович ЗИМИН,  
кандидат медицинских наук,  
врач-терапевт, участник секции  
фитотерапии Санкт-Петербургского  
общества терапевтов, действительный  
член Всемирной натуропатической  
ассоциации (WNF)



Alexander A. ZIMIN,  
Cand. Sci. (Med), general practitioner,  
member of the phytotherapy section  
of the Saint Petersburg Society of  
Therapists, full member of the World  
naturopathic federation (WNF)

## NUTRACEUTICALS AND HERBAL REMEDIES FOR THE PREVENTION OF CORONAVIRUS INFECTION

**АННОТАЦИЯ.** Использование витаминов и лекарственных трав — перспективный и во многом недооцененный подход к профилактике и лечению COVID-19. В статье приводятся научные доказательства важности комплексного подхода в борьбе с коронавирусной инфекцией с позиций повышения неспецифической противовирусной защиты и использования продуктов растительного происхождения и витаминов.

**Ключевые слова:** профилактика коронавирусной инфекции, COVID-19, витамины, иммунная система, противовирусные фитопрепараты.

Научные обоснования важной роли неспецифической профилактики вирусных заболеваний представлены в большом количестве исследований, преимущественно зарубежных. Отечественная медицина может с полным правом гордиться теорией неспецифической повышенной сопротивляемости, выдвинутой Н. В. Лазаревым (1895–1974). Эта теория дает устойчивую основу для обоснования важной роли общих защитных механизмов (в том числе и противовирусных), запускаемых веществами как природного, так и синтетического происхождения.

**ABSTRACT.** The use of vitamins and herbal medicine is a promising and largely underestimated approach to the prevention and treatment of Covid-19. Scientific evidence is provided in this article of the importance of an integrated approach in the fight against coronavirus infection from the perspective of increasing non-specific antiviral protection and the use of plant products and vitamins.

**Keywords:** Prevention of coronavirus infection, Covid-19, vitamins, immune system, antiviral herbal remedies.

Фундаментом данной статьи являются научные публикации, которые получили поддержку сообществ превентивной и функциональной медицины ([www.ifm.org](http://www.ifm.org)), а также международным альянсом терапии критических состояний при коронавирусе (Frontline covid critical care, [www.flccc.net](http://www.flccc.net)).

Один из создателей лекарственных препаратов дибазол, метацил, пентоксил руководил изучением и внедрением в медицинскую практику препаратов женьшеня и элеутерококка колючего.



Н. В. Лазарев (1895–1974) — выдающийся отечественный токсиколог и фармаколог, основатель Ленинградской школы токсикологии, создатель учения о состоянии неспецифической повышенной сопротивляемости организма и концепции адаптогенов.

### Витамин D

Предварительные исследования показывают, что у людей с низким уровнем витамина D выше вероятность заражения корона-

вирусом, при этом заболевание переносится в более тяжелой форме, также более высок риск смерти от COVID-19. Витамин D может уменьшить потребность в интенсивной терапии.

Витамин D — это хорошая, безопасная профилактическая мера для защиты от респираторных инфекций в целом.

Для поддержания здорового уровня витамина D ежедневно требуется всего от 400 до 800 МЕ (от 15 до 20 мкг), но для повышения низких уровней используются более высокие дозы, такие как 2000 МЕ в день, которые, как правило, безопасны.

Небольшое исследование среди пожилых мужчин и женщин с COVID-19 в Сингапуре показало, что те, кто начал принимать комбинацию добавок витамина D, магния и витамина B12 в течение одного дня после госпитализации, гораздо реже нуждались в кислородной терапии и другой поддержке интенсивной терапии, чем те, кто не получал добавки.

Добавки витамина D, принимаемые ежедневно в умеренных дозах, также могут помочь снизить риск респираторных инфекций и вирусов, таких как грипп А, у детей и взрослых с дефицитом (< 20 нг/мл) или серьезным дефицитом (< 10 нг/мл) витамина D.

Активированный витамин D, 1,25(OH)D по сути является стероидным гормоном, он

Таблица 1

### Применение витамина D

Препарат	Витамин D
Доза	Суточная доза 5000 МЕ. Курсовое применения лучше под контролем уровня в крови
Формы	Предпочтение натуральным источником витамина D (например, ферментированный жир печени трески)
Предполагаемый механизм действия	<p>Модулирует клеточные механизмы противовирусной защиты, восстанавливают вызванные вирусом патологические клеточные процессы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• активация макрофагов</li> <li>• стимуляция антимикробных пептидов</li> <li>• модуляция дефензинов</li> <li>• модуляция клеток TH17</li> </ul> <p>Благоприятно модулируют вызванные вирусом патологические клеточные процессы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• снижение экспрессии цитокинов</li> <li>• модуляция бета-TGF</li> </ul>

модулирует иммунную систему, снижает экспрессию воспалительных цитокинов и повышает функцию макрофагов.

Витамин D также стимулирует экспрессию мощных антимикробных пептидов, которые существуют в нейтрофилах, моноцитах, естественных клетках-киллерах и эпителиальных клетках дыхательных путей. Витамин D увеличивает количество пептидов против патогенов через дефензины и обладает двойным эффектом за счет подавления суперинфекции.

**Дефензины** (англ. defensin, от англ. defense — защита) — катионные пептиды иммунной системы, активные в отношении бактерий, грибов и многих оболочечных и безоболочечных вирусов. Состоят из 18–45 аминокислот, в том числе 6–8 цистеиновых эволюционно консервативных остатков. Иммунные клетки используют дефензины для уничтожения бактерий, поглощённых при фагоцитозе. Обычно дефензины присоединяются к клеточной мембране микроба и углубляются в нее, формируя порообразные разрывы.

Согласно рекомендациям, лабораторный диапазон  $> 50$  и  $< 80$  нг/мл сывороточного 25-гидроксивитамина D может помочь снизить заболеваемость COVID-19.

## Витамин С

Витамин С жизненно важен для функционирования лейкоцитов и общего здоровья иммунной системы. Витамин С также важен для усвоения железа, а дефицит железа влияет на уязвимость к инфекциям в целом.

Рекомендуемая суточная доза витамина С для взрослых из рациона питания и/или пищевых добавок составляет от 75 до 120 мг. Однако прием высоких доз витамина С (например, 500 мг два раза в день) перед простудой в продромальном периоде может немного уменьшить тяжесть и продолжительность симптомов ОРВИ. Данный факт, однако, нуждается в дальнейшем изучении.

Нет никаких убедительных доказательств того, что получение большего количества ви-

тамина С, чем суточная потребность, может защитить людей от заражения коронавирусом. Однако более высокое потребление витамина С потенциально может помочь некоторым, но не всем людям, которые находятся в критическом состоянии с COVID-19 и находятся на аппаратах искусственной вентиляции легких.

Обзор нескольких исследований, проведенных до появления COVID-19, показал, что доза от 1000 до 6000 мг витамина С ежедневно (внутривенно или перорально) сокращала продолжительность искусственной вентиляции легких (ИВЛ) примерно на 25% для людей, которым требовалась вентиляция более 10 часов, но она оказалась менее полезной для пациентов, находившихся на аппаратах ИВЛ в течение более коротких периодов (*Hemila H., Chalker E. Vitamin C may reduce the duration of mechanical ventilation in critically ill patients: a meta-regression analysis // J Intensive Care. 2020. V. 8(15). DOI: 10.1186/s40560-020-0432-y*).

Важно при этом помнить, что существуют побочные эффекты и риски, связанные с приемом высоких доз витамина С. В дополнение к расстройству желудка и диарее высокие дозы витамина С (более 500 мг в день) в долгосрочной перспективе могут увеличить риск развития катаракты (при изолированном применении в высоких дозах). При этом важно понимать, что витамин С как сильный окислитель нужно обязательно компенсировать употреблением других веществ с антиоксидантной направленностью (например, глутатионом и витамином Е).

Витамин С способствует иммунной защите, поддерживая различные клеточные функции как врожденной, так и адаптивной иммунной системы. Витамин С накапливается в фагоцитарных клетках, таких как нейтрофилы, и может усиливать хемотаксис, фагоцитоз, образование активных форм кислорода и, в конечном счете, уничтожение микробов. Добавки с витамином С, по видимому, способны как предотвращать, так и лечить респираторные и системные инфекции. Витамин С использовался в отделениях интенсивной терапии больниц для лечения COVID-19.

**Таблица 2**

**Применение витамина С**

Препарат	Витамин С
Доза	Суточная доза 1–3 г в день
Формы	Предпочтительны натуральные источники, липосомальные или жидкие формы
Предполагаемый механизм действия	Модулирует клеточные механизмы противовирусной защиты

**Витамин А**

Витамин А — это витамин, который имеет решающее значение для поддержания зрения, стимулирования роста и развития, а также защиты целостности эпителия и слизи в организме. Витамин А известен как противовоспалительный витамин из-за его важной роли в укреплении иммунной функции. Витамин А участвует в развитии иммунной системы и играет регулируемую роль в клеточных иммунных реакциях и гуморальных иммунных процессах посредством модуляции Т-хелперных клеток, sIgA и выработки цитокинов. Витамин А продемонстрировал терапевтический эффект при лечении различных инфекционных заболеваний.

Добавки, которые могут помочь уменьшить симптомы коронавируса

**Андрографис**

Андрографис (лат. *Andrographis paniculata*), иногда называемый «индийской эхи-

нацейей», как было показано в ряде работ, помогает уменьшить симптомы инфекций верхних дыхательных путей) (*Saxena R. C., Singh R. A randomized double blind placebo controlled clinical evaluation // Phytomedicine. 2010. V 17. P. 178–185*). Некоторые исследователи предположили, основываясь на исследовании компьютерного моделирования, что андрографолид, компонент андрографиса, может ингибировать фермент, вырабатываемый SARS-CoV-2, вирусом, вызывающим COVID-19 (*Enmozhi S., Raja K. Andrographolide as a potential inhibitor of SARS-CoV-2 main protease // Biomol Struct Dyn. 2020. V. 39(9). P. 3092–3098*).

Предварительное исследование, проведенное в Таиланде среди шести человек с симптомами COVID-19 легкой и средней степени тяжести, показало, что 180 мг экстракта андрографиса, принимаемого ежедневно в течение 72 часов после заражения, ослабили симптомы, особенно кашель, в течение 3 дней. Основываясь на этих очень ограниченных, но тем не менее перспективных данных и, возможно, других клинических доказательствах, которые еще не опубликованы, правительство Таиланда одобрило использование экстракта андрографиса для лечения незначительных симптомов COVID-19 у людей в возрасте от 18 до 60 лет в конце декабря 2020 г.

**Астрагал**

Астрагал (лат. *Astragalus membranaceus*) — это растение, которое традиционно использовалось в китайской медицине для укрепления иммунной системы и лечения простуды,

**Таблица 3**

**Применение витамина А**

Препарат	Витамин А
Доза	Суточная доза 10000–25000 МЕ в день
Формы	Предпочтительны натуральные источники, с минимальным содержанием консервантов и других химических веществ
Предполагаемый механизм действия	Модулирует клеточные механизмы защиты и восстановления: <ul style="list-style-type: none"> <li>• модуляция Т-хелперных клеток;</li> <li>• модуляция sIgA;</li> <li>• модуляция выработки цитокинов</li> </ul>



среди многих других применений. Он может продаваться в виде порошка корня, экстракта или чая, как отдельный ингредиент или как часть формулы «повышения иммунитета». Рекламировался на некоторых веб-сайтах в качестве средства, помогающего защитить от COVID-19.



*Астрагал перепончатый (Astragalus membranaceus)*

Лабораторные исследования и исследования на животных показывают, что полисахариды, астрагалозиды и другие соединения, содержащиеся в астрагале, увеличивают выработку белых кровяных телец, особенно Т-клеток и макрофагов, и других клеток, важных для функционирования иммунной системы (Block K I. Integrative cancer care and the art of medicine // Integr Cancer Ther. 2003. V 2(1). P. 3–4). Также было показано, что он обладает противовоспалительным и противовирусным действием, включая активность против определенного типа коронавируса, который обычно поражает домашнюю птицу (Jin M., Zhao K. Structural features and biological activities of the polysaccharides from *Astragalus membranaceus* // Int J Biol Macromol. 2014. V. 64. P. 257–266; Zhang Z., Lan J. The pathogenic

and antimicrobial characteristics of an emerging *Streptococcus agalactiae* serotype IX in *Tilapia* // Microb Pathol. 2018. V. 122. P. 39–45). В Китае было высказано предположение, что астрагал сам по себе и в сочетании с другими травами потенциально может помочь предотвратить инфекции COVID-19 (Yang Y. et al. Traditional chinese medicine in the treatment of patients infected with 2019-new coronavirus (SARS-CoV-2): A Review and Perspective // Int J Biol Sci. 2020. V. 16(10). P. 1708–1717).

У пациентов с вирусным миокардитом инъекции астрагала в сочетании со стандартным лечением показали умеренные улучшения в выздоровлении у взрослых (Lui Z. L., Lui Z. J. Herbal medicines for viral myocarditis // Cochrane Database Syst Rev. 2013. V. 28(8). doi: 10.1002/14651858.CD003711.pub5).

Из-за его иммуностимулирующего действия людям с аутоиммунными заболеваниями и тем, кто принимает иммунодепрессанты (например, после трансплантации органов), не следует принимать астрагал. Полисахариды астрагала могут стимулировать высвобождение гистамина, что может усилить аллергические реакции у некоторых людей (Upton R., Petrone C. Astragalus Root... Monograph // American Herbal Pharmacopoeia and Therapeutic Compendium, 1999).

Эта трава также может снижать кровяное давление, поэтому ее следует с осторожностью применять людям с низким кровяным давлением и тем, кто принимает лекарства, снижающие кровяное давление. Беременным или кормящим женщинам не следует принимать астрагал.

## Семена черного тмина

(лат. *Nigella sativa*)

Семя черного тмина содержит тимохинон, который, как было показано в лабораторных исследованиях, обладает антиоксидантным, противовоспалительным, иммуномодулирующим, антимикробным и противоопухолевым действием.

Основываясь на этих свойствах, ряд исследовательских групп применяли семена черного тмина для лечения и/или профилактики COVID-19. Однако клинические данные остаются ограниченными. Неболь-

шое плацебо-контролируемое исследование в Пакистане показало, что использование семени черного тмина и меда, наряду со стандартным лечением, сократило время устранения симптомов у пациентов с COVID-19. Исследование, проведенное в Ираке (без плацебо), показало, что прием семени черного тмина наряду со стандартным лечением снижает процент людей, заболевание которых прогрессирует до тяжелых форм заболевания по сравнению со стандартным лечением.

### Эхинацея (лат. *Echinacea angustifolia* and *purpurea*)



Эхинацея пурпурная (лат. *Echinacea purpurea*).  
Ботаническая иллюстрация С. Т. Эдвардса  
из журнала «The Botanical Magazine», 1792 г.

Исследования в лабораториях (но не на людях) показали, что некоторые виды эхинацеи могут подавлять коронавирусы. Однако в настоящее время нет доказательств того,

что прием разных видов эхинацеи может предотвращать или лечить коронавирусные инфекции у людей.

Лабораторное исследование показало, что определенная форма эхинацеи ингибирует коронавирусы, в том числе (HCoV) 229E, MERS- и SARS-CoV, и исследователи предположили, что она потенциально может оказывать аналогичное влияние на SARS-CoV-2, коронавирус, вызывающий COVID-19.

### Бузина черная



Бузина черная. Ботаническая иллюстрация из книги  
«Köhler's Medizinal-Pflanzen», 1887 г.

Бузина (*Sambucus nigra*) встречается во многих лекарственных препаратах и широко используется в качестве противовирусного растения. Основываясь на исследованиях на животных, можно полагать, что бузина, вероятно, наиболее эффективна в профилактике респираторных вирусов и их лечении на раннем этапе заражения. В одном исследовании *in vitro* сообщалось об увеличении уровней TNF-альфа, связанных с конкретным коммерческим препаратом бузины, что побудило некоторых предостеречь, что его использование может вызвать «цитокиновый шторм». Однако эти данные не были

подтверждены, когда та же группа провела аналогичные исследования, которые были опубликованы в 2002 г. Поэтому, эти данные свидетельствуют о том, что крайне маловероятно, что потребление должным образом приготовленных продуктов из бузины (из ягод или цветов) будет способствовать неблагоприятному исходу, связанному с перепроизводством цитокинов, или приведет к неблагоприятной реакции у кого-то, инфицированного COVID-19.

**Таблица 4**

**Применение бузины черной**

Препарат	Бузина черная
Доза	Суточная доза 500 мг
Формы	Стандартизированные по антоцианозиду препараты, курс — до 12 недель ежедневного применения
Предполагаемый механизм действия	Модулирует клеточные механизмы противовирусной защиты, восстанавливают вызванные вирусом патологические клеточные процессы

В лабораторных исследованиях было показано, что экстракт бузины подавляет репликацию и гемагглютинацию вирусов гриппа человека, включая некоторые штаммы гриппа А и В и H1N1. Небольшие предварительные испытания на людях с гриппом показывают, что при приеме в течение первого дня или около того после появления симптомов бузина сокращает продолжительность гриппа. Нет убедительных доказательств того, что экстракт бузины может предотвратить COVID-19 или уменьшить симптомы у инфицированных людей. Однако это не является препятствием для дальнейшего исследования бузины черной в клинических условиях, так как лечения коронавирусной инфекции находится в стадии разработки.

**Цинк и селен**

Цинк является важнейшим микроэлементом, содержание которого в организме снижается при постоянном применении гипотензивных препаратов, а также исполь-

зовании антацидов и ингибиторов АПФ. Особенно страдают от недостатка цинка приверженцы вегетарианской диеты.

Исследование, проведенное в Испании среди людей, госпитализированных с COVID-19, показало, что *очень низкий уровень цинка в крови связан с более тяжелыми заболеваниями и более высокими показателями смертности.*

Известно, что у пожилых людей снижается уровень цинка в крови из-за снижения всасывания цинка вследствие недостаточной активности ферментных систем. Прием цинка людьми пожилого возраста (например, в дозировке +20 мг в день) может повысить вероятность предотвращения инфекции дыхательных путей, как предполагает исследование, проведенное в учреждениях сестринского ухода во Франции. (У людей, участвовавших в этом исследовании, также наблюдался дефицит селена, что редко встречается в США, и им давали 100 мкг в день, что примерно в два раза превышает суточную потребность.)

Данные исследования, проведенного в Германии, свидетельствуют, что дефицит селена нередко наблюдался у людей с COVID-19 и чаще встречался среди скончавшихся от этой болезни, чем среди выздоровевших.

*Цинк обладает противовирусными свойствами* и, как было показано в лабораторном исследовании, ингибирует репликацию коронавирусов в клетках [21].

Было показано, что цинковые таблетки или другие перорально растворяющиеся цинковые формулы, содержащие определенные формы цинка, уменьшают тяжесть и продолжительность простудных заболеваний, вызываемых вирусами. По-видимому, они делают это, воздействуя непосредственно на слизистую орофарингеальной области, поэтому при лечении простуды цинком важно время и продолжительность их применения.

Цинк способствует иммунной защите, поддерживая различные клеточные функции как врожденной, так и адаптивной иммунной системы. Есть также доказательства того, что он *подавляет прикрепление и репликацию вирусов.* Дефицит цинка трудно точно

диагностировать с помощью лабораторных методов.

Добавление цинка уменьшает тяжесть и продолжительность течения вирусных заболеваний.

**Таблица 5**  
**Применение препарата цинка**

Препарат	Цинк
Доза	Суточная доза 30–60 мг, разделить на 2 приема
Формы	Ацетат цинка, цитрат, пиколинат или глицинат перорально Глюконат цинка в виде таблетки
Предполагаемый механизм действия	Модулирует врожденный и приобретенный иммунитет, угнетает вызванные вирусом патологические клеточные процессы, прикрепление и репликацию вируса

### **N-Ацетилцистеин (НАС)**

N-ацетилцистеин способствует выработке глутатиона, который, как было показано в лабораторных исследованиях, защищает грызунов, инфицированных гриппом.

В 6-месячном контролируемом клиническом исследовании, в котором приняли участие 262 пациента преимущественно пожилого возраста, больные, получавшие 600 мг НАС 2 раза в день, в отличие от тех, кто получал плацебо, испытывали значительно меньше гриппоподобных эпизодов и меньше дней пребывали в больнице.

**Таблица 6**  
**Применение N-ацетилцистеина**

Препарат	N-ацетилцистеин
Доза	Суточная доза 600–900 мг в день
Предполагаемый механизм действия	Модулирует клеточные механизмы защиты и восстановления; восстанавливает оптимальное содержание глутатиона и цистеина

### **Кверцетин**

Было показано, что кверцетин обладает противовирусным действием как против РНК- (например, вируса гриппа и коронавируса), так и против ДНК-вирусов (например, вируса герпеса). Кверцетин играет плейотропную роль в качестве антиоксиданта и противовоспалительного средства, модулируя сигнальные пути, которые связаны с посттранскрипционными модуляторами, влияющими на пост-вирусное заживление.

**Таблица 7**  
**Применение кверцетина**

Препарат	Кверцетин
Доза	1 г в день, в виде фитосом 500 мг в день. Рекомендуемый курс: до 12 недель
Предполагаемый механизм действия	Способствует уничтожению или инактивации вирусов: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ингибирование вирусной репликации.</li> </ul> Модулирует вызванные вирусом патологические клеточные процессы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• модуляция активации инфламмосомы NLRP3</li> <li>• модуляция стабилизации тучных клеток (антифиброзная)</li> </ul>

Инфламмосома (англ. Inflammasome от англ. Inflammation — воспаление) — многобелковый олигомерный комплекс, отвечающий за активацию воспалительного ответа. Инфламмосома способствует созреванию секреции провоспалительных цитокинов интерлейкина-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) и интерлейкина 18 (IL-18). Секреция этих цитокинов вызывает пироптоз — особый вид программируемой клеточной гибели. Нарушения в функционировании инфламмосом приводят к разнообразным болезням.

### **Галлат эпигаллокатехина (EGCG)**

Галлат эпигаллокатехина содержится в большом количестве в сушеных листьях зеленого чая. Зеленый чай в дополнение к модуляции инфламмосомы NLRP3 потенциально нацелен на основную протеазу

Таблица 8

Применение галлата эпигаллокатехина

Препарат	EGCG
Доза	225 мг в день
Предполагаемый механизм действия	Модулирует вызванный вирусом патологические клеточные процессы: • модуляция активации инфламмосомы NLRP3

Таблица 9

Применение куркумина

Препарат	Куркумин
Доза	1 г в день
Формы	Биодоступные формы с пиперином
Предполагаемый механизм действия	Модулируют вызванные вирусом патологические клеточные процессы: • модуляция активации инфламмосомы NLRP3

SARS-CoV-2 (Mpro) для уменьшения репликации вируса, также, как было показано, предотвращает грипп у медицинских работников.

**Куркумин**

Было показано, что куркумин модулирует инфламмосому NLRP3. Куркумин может воздействовать на основную протеазу SARS-CoV-2 для уменьшения репликации вируса.

**Важные замечания**

Все рекомендуемые к назначению препараты эффективны лишь при высоком их ка-

честве, что представляет большую проблему. Рынок биологически активных добавок наводнен низкопробной продукцией, содержащей недостаточное количество действующих веществ, а также содержащей консерванты, стабилизаторы и другие проканцерогенные вещества.

Приведенные данные и рекомендации не являются альтернативными подходами для вакцинации (в классическом ее понимании) и никаким образом не ставятся ей в противовес. Наоборот, могут использоваться для снижения возможных поствакцинальных осложнений и для предвакцинальной подготовки.

**Литература**

1. Acevedo-Murillo J. A., García León M. L., Firo-Reyes V., Santiago-Cordova J. L., Gonzalez-Rodriguez A. P., Wong-Chew R. M. Zinc supplementation promotes a Th1 response and improves clinical symptoms in fewer hours in children with pneumonia younger than 5 years old. A randomized controlled clinical trial // *Front Pediatr*. 2019. V. 7. DOI:10.3389/fped.2019.00431.
2. Baum M. K., Lai S., Sales S., Page J. B., Campa A. Randomized, controlled clinical trial of zinc supplementation to prevent immunological failure in HIV-infected adults // *Clin Infect Dis*. 2010. V. 50(12). P. 1653–1660. DOI: 10.1086/652864.
3. Barak V., Birkenfeld S., Halperin T., Kalickman I. The effect of herbal remedies on the production of human inflammatory and anti-inflammatory cytokines // *Isr Med Assoc J*. 2002. V. 4(11 Suppl). P. 919–922.
4. Barnett J. B., Dao M. C., Hamer D. H. et al. Effect of zinc supplementation on serum zinc concentration and T cell proliferation in nursing home elderly: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Am J Clin Nutr*. 2016. V. 103(3). P. 942–951. DOI: 10.3945/ajcn.115.115188.
5. Barak V., Halperin T., Kalickman I. The effect of Sambucol, a black elderberry-based, natural product, on the production of human cytokines: I. inflammatory cytokines // *Eur Cytokine Netw*. 2001. V. 12(2). P. 290–296.
6. Badescu M., Badulescu O., Badescu L., Ciocoiu M. Effects of Sambucus nigra and Aronia melanocarpa extracts on immune system disorders within diabetes mellitus // *Pharm Biol*. 2015. V. 53(4). P. 533–539. DOI: 10.3109/13880209.2014.931441.
7. Contreras-Martínez H., Duque-Molina M., Vásquez-Trespalcacios E. M., Sánchez-Garzón J. Effect of zinc on immune recovery in HIV patients. Medellín 2013. Randomized controlled trial // *CES Medicina*. 2017. V. 31(1). P. 3–13. DOI: 10.21615/cesmedicina.31.1.1.
8. Chen C., Zuckerman D. M., Brantley S. et al. Sambucus nigra extracts inhibit infectious bronchitis virus at an early point during replication // *BMC Vet Res*. 2014. V. 10(24). DOI: 10.1186/1746-6148-10-24.
9. Fischer W. C., Black R. E. Zinc and the risk for infectious disease // *Annu Rev Nutr*. 2004. V. 24. P. 255–275. DOI: 10.1146/annurev.nutr.23.011702.073054.
10. Finzi E. Treatment of SARS-CoV-2 with high dose oral zinc salts: a report on four patients // *Int J Infect Dis*. 2020. V. 99. P. 307–309. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.06.00.
11. Fraker P. J., King L. E., Laakko T., Vollmer T. L. The dynamic link between the integrity of the immune system and zinc status // *J Nutr*. 2000. V. 130(5S Suppl). P. 1399S–1406S. DOI: 10.1093/jn/130.5.1399S.
12. Frank T., Janssen M., Netzet G., Christian B., Bitsch I., Netzel M. Absorption and excretion of elderberry (*Sambucus nigra* L.) anthocyanins in healthy humans // *Methods Find Exp Clin Pharmacol*. 2007. V. 29(8). P. 525–533. DOI: 10.1358/mf.2007.29.8.1116309.
13. Fallah A. A., Sarmast E., Fatehi P., Jafari T. Impact of dietary anthocyanins on systemic and vascular inflammation: systematic review and meta-analysis on randomised clinical trials // *Food Chem Toxicol*. 2020. V. 135. DOI: 10.1016/j.fct.2019.110922.

14. Gao H., Dai W., Zhao L., Min J., Wang F. The role of zinc and zinc homeostasis in macrophage function // *J Immunol Res.* 2018. V. 2018(1). DOI: 10.1155/2018/6872621.
15. King J. C., Brown K. H., Gibson R. S. et al. Biomarkers of nutrition for development (BOND)-zinc review // *J Nutr.* 2015. V. 146(4). P. 858S-885S. DOI: 10.3945/jn.115.220079.
16. Li S., Wu B., Fu W., Reddivari L. The anti-inflammatory effects of dietary anthocyanins against ulcerative colitis // *Int J Mol Sci.* 2019. V. 20(10). DOI: 10.3390/ijms20102588.
17. Meydani S. N., Barnett J. B., Dallal G. E. et al. Serum zinc and pneumonia in nursing home elderly // *Am J Clin Nutr.* 2007. V. 86(4). P. 1167-1173. DOI: 10.1093/ajcn/86.4.1167.
18. Maares M., Haase H. Zinc and immunity: an essential interrelation // *Arch Biochem Biophys.* 2016. V. 611. P. 58-65. DOI: 10.1016/j.abb.2016.03.022.
19. Porter R. S., Bode R. F. A review of the antiviral properties of black elder (*Sambucus nigra* L.) products // *Phytother Res.* 2017. V. 31(4). P. 533-554. DOI: 10.1002/ptr.5782.
20. *Rerksupphol S., Rerksupphol L.* A randomized controlled trial of zinc supplementation in the treatment of acute respiratory tract infection in Thai children // *Pediatr Rep.* 2019. V. 11(2). DOI: 10.4081/pr.2019.7954.
21. te Velthuis A. J. W., van den Worm SHE, Sims AC, Baric RS, Snijder EJ, van Hemert MJ. Zn(2+) inhibits coronavirus and arterivirus RNA polymerase activity in vitro and zinc ionophores block the replication of these viruses in cell culture. *PLoS Pathog.* 2010. V. 6(11). DOI: 10.1371/journal.ppat.1001176.
22. Database: Elderberry [Electronic resource] // Therapeutic Research Center. Natural Medicines Accessed March 30, 2020. URL: <https://naturalmedicines.therapeuticresearch.com/databases/food,-herbs-supplements/professional.aspx?productid=434#adverseEvents> (accessed: 18.10.2022).
23. Ulbricht C., Basch E., Cheung L. et al. An evidence-based systematic review of elderberry and elderflower (*Sambucus nigra*) by the Natural Standard Research Collaboration // *J Diet Suppl.* 2014. V. 11(1). P. 80-120. DOI: 10.3109/19390211.2013.859852.
24. Shankar A. H., Prasad A. S. Zinc and immune function: the biological basis of altered resistance to infection // *Am J Clin Nutr.* 1998. V. 68(2 Suppl). P. 447S-463S. doi:10.1093/ajcn/68.2.447S.

## НОВОСТИ

### САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

**20 декабря 2022 г.** состоялось заседание № 144 Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого).

Перед началом заседания православные врачи приняли участие в молебне с акафистом свт. Луке (Войно-Ясенецкому), который был отслужен протоиереем. Сергием Филимоновым в храме Державной иконы Божией Матери на пр. Культуры в Санкт-Петербурге. Для врачей, не имеющих возможности присутствовать на молебне, проводилась трансляция.

Заседание Общества православных врачей Санкт-Петербурга состоялось в конференц-зале Медицинского модуля на территории храма. Собранными был заслушан доклад Т. Н. Гриненко, к. м. н., кардиолога ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России «**Нарушение**

**циркадных биоритмов сна как предиктор развития психосоматических и онкологических заболеваний».**

Т. Н. Гриненко сообщила об истории учения о биоритмах и сне, изучения циркадных ритмов, о классификациях биоритмов, десинхронозов, их стадий и синдромов, о синхронизации биоритмов в живом организме. В докладе были детально рассмотрены вопросы, связанные с функциями мелатонина в организме: биосинтез и суточный ритм, возрастная динамика секреции, механизмы действия мелатонина (молекулярно-генетические, антиоксидантные и антистрессовые), влияние на сосудистый тонус, на репродуктивные функции, старение и канцерогенез. Было сообщено о влиянии на канцерогенез воздействия света, десинхроноза и сменного труда, о применении экзогенного мелатонина в онкологии, методах

коррекции десинхроноза (медикаментозных и немедикаментозных).

**С православным комментарием** выступил председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга, канд. богословия, д. м. н., профессор, протоиерей Сергей Филимонов.

Участники заседания также выслушали сообщение В. А. Рябковой, сотрудника Лаборатории мозаики аутоиммунитета СПбГУ, врача-ординатора Клиники НИИ ревматологии и аллергологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова «**Исследование механизмов развития постковидного синдрома и синдрома хронической усталости**» и анонс ближайших заседаний ОПВ СПб по плану работы на 2022/2023 учебный год.

### АРХАНГЕЛЬСК

**16 мая 2022 г.** представители Архангельского регионального отделения общества православных врачей посетили холмогорские поселения Кехту и Нижнее Койдокурье. К врачам присоединились добровольцы — студентки Северного государственного медицинского университета (СГМУ).

Местных жителей консультировали доцент СГМУ, к. м. н., кардиолог К. Ю. Кривонкин; лор-врач Т. И. Голубева; невролог Ю. А. Ленко. Консультации по вопросам психологии провела доцент СГМУ, к. психол. н. Е. Г. Щукина — пред-

седатель Архангельского регионального отделения общества православных врачей. Студентки-добровольцы ассистировали докторам и рассказывали людям о проблемах инфекционных и неинфекционных заболеваний, о правильном питании и профилактике патологий.

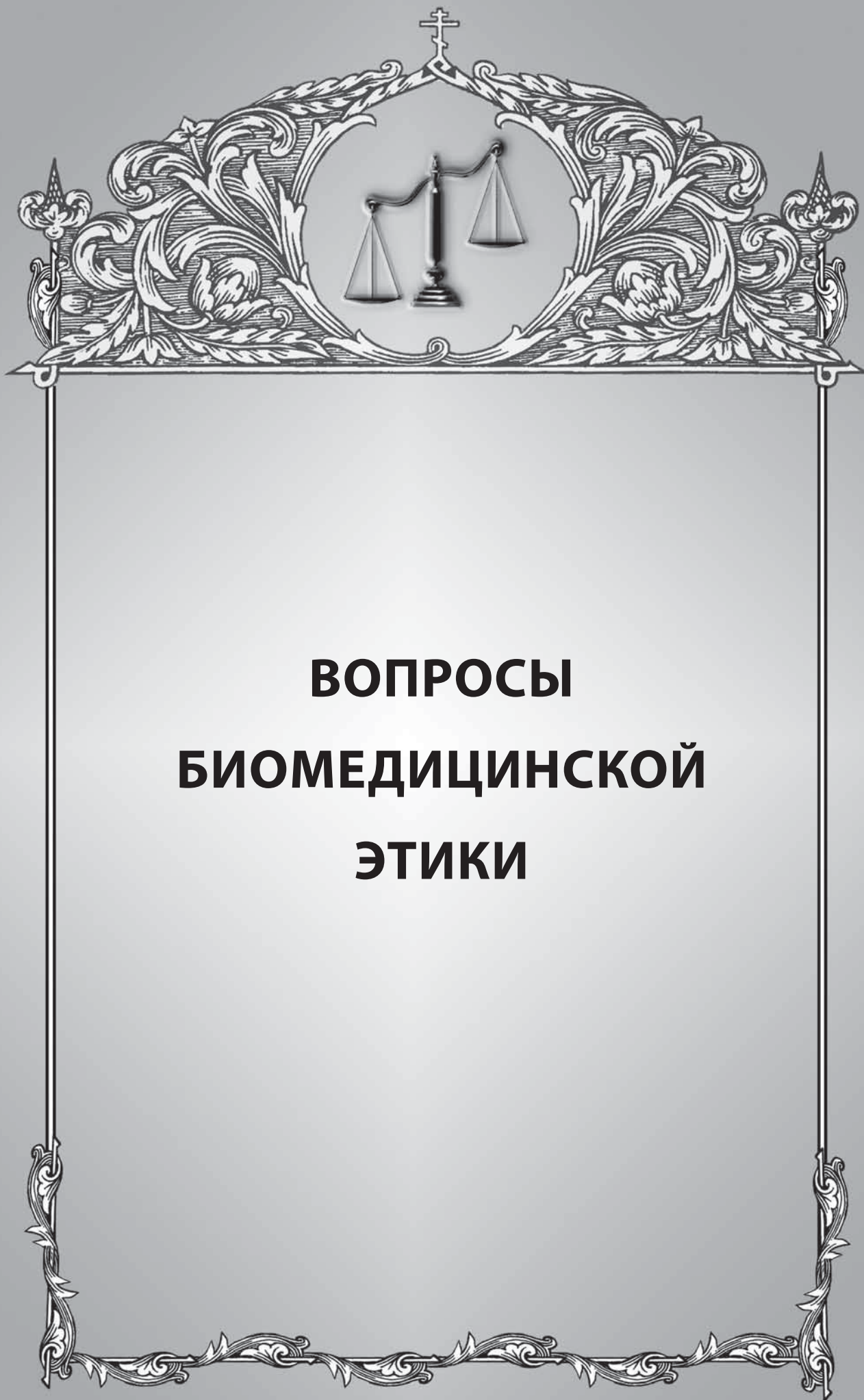
Выездной прием православных врачей состоялся благодаря организационной помощи священника храма преподобного Антония Сийского в Кехте иерея Андрея Чернушенко. Помощь оказали главы местных поселений Н. А. Уткина и И. В. Хрущева.

Перед началом работы иерей Андрей Чернушенко совершил молебен святителю Луке

(Войно-Ясенецкому) и благословил врачей и добровольцев на доброе дело.

«Работали все с желанием. У врачей и психолога в целом состоялось около 70 приемов, на беседах, которые проходили очень активно, у волонтеров присутствовало более 25 человек. Впечатления от работы и общения переполнили всех!» — сообщается на странице храма преподобного Антония Сийского ВКонтакте.

*По материалам пресс-службы  
Архангельской епархии*



**ВОПРОСЫ  
БИОМЕДИЦИНСКОЙ  
ЭТИКИ**





## НОВЫЕ СТАНДАРТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ–ПАЦИЕНТ» В КОНТЕКСТЕ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО ОПЫТА

Ирина Васильевна СИЛУЯНОВА,  
доктор философских наук,  
почетный профессор Российского  
национального исследовательского  
медицинского университета  
им. Н. И. Пирогова, член исполкома  
Общества православных врачей России  
им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)



Irina V. SILUYANOVA,  
Doctor of Sciences in Philosophy,  
Honorary Professor of the Department  
of Biomedical Ethics at Pirogov Russian  
National Research Medical University,  
member of the Executive Committee of the  
Russian Orthodox Doctors Society named  
after St. Luke (Voyno-Yasenetsky)

## NEW STANDARDS OF DOCTOR–PATIENT RELATIONSHIPS IN THE CONTEXT OF CULTURAL AND HISTORICAL EXPERIENCE

**АННОТАЦИЯ.** Деятельность здравоохранения как социального института в значительной степени связана с морально-нравственными ценностями общества. В практику здравоохранения в целом и каждого врача в частности периодически вводится ряд новых норм, регуляторов, принципов. Целью публикации является осмысление вопросов: насколько гармонична связь таких новых подходов как «пациентоориентированность», «информированное согласие», «медицинская услуга» с традиционными моральными ценностями медицинской деятельности; обеспечивается ли сохранение и укрепление накопленного исторического опыта при введении западных регуляторов; позволяет ли их использование защищать интересы человека, сохранять общероссийскую идентичность и осуществлять сбережение народа России. Проведенный анализ свидетельствует о целесообразности скоординированных мер для оценки их эффективности.

**Ключевые слова:** патернализм, информированное согласие, биомедицинская этика, пациентоориентированность, доверие.

«Основы государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей»<sup>1</sup>, принятые в ноябре 2022 г., актуализируют вопрос об осмыслении социальных явлений в стране с опорой на традицион-

**ABSTRACT.** The activity of healthcare as a social institution is largely related with the moral values of society. A number of new norms, regulations, and principles are periodically introduced into the practice of healthcare in general and each doctor in particular. The purpose of the publication is to comprehend the questions: how harmoniously are such new approaches as "patient orientation", "informed consent", "medical service" related with the traditional moral values of medical activity; is the preservation and developing of the accumulated historical experience ensured with the introduction of Western regulations; does their use allow protecting human interests, preserving the all-Russian identity and saving the people of Russia? The analysis highlights the advisability of coordinated measures to assess their effectiveness.

**Keywords:** paternalism, informed consent, biomedical ethics, patient orientation, trust.

утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей»

<sup>1</sup> Указ Президента РФ от 9 ноября 2022 г. № 809 «Об

ные ценности и накопленный культурно-исторический опыт. Естественно, что в поле внимания попадают действующие правовые регуляторы медицинской деятельности, предлагаемые западными авторами правила, стандарты и проекты. Значимой становится задача сравнительного анализа ценностей и норм, принципов и регуляторов, новых стандартов и культурно-исторического опыта.

### Медицинские услуги, поставщики и потребители

В 2011 г. Федеральный закон N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 г.) ввел в оборот ряд понятий, которые повлекли за собой в практику ряд новых стандартов во взаимоотношениях «врач-пациент».

В 2011 г. граждане России узнали не только, что теперь врач оказывает «медицинские услуги» (ст. 2, п. 4), но и что сама «медицинская помощь» есть не что иное как всего лишь «комплекс мероприятий..., включающих в себя предоставление медицинских услуг» (ст. 2, п. 5) [1]. В то же время согласно словарям русского языка, помощь это — действия, направленные на содействие, участие, поддержку нуждающихся, основанные на любви и сострадании к ближнему и приносящие облегчение [2].

Поглотившая традиционную помощь «услуга», согласно распространенной и «свободной энциклопедии» Википедии, это действие, осуществленное при взаимодействии поставщика и потребителя [3].

В парадигме западноориентированной медицины не только медицинская помощь превращалась в услугу, но и пациент (от лат. *patiens* — терпящий, страдающий), стал приобретать новый статус, становясь потребителем. В соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей» № 2300-1 (от 07.02.1992 г.) «потребитель — это гражданин, имеющий намерение заказать, или приобрести либо заказывающий, приобретающий или использующий товары (работы, услуги)» [4]. Потребительские установки, внедряемые в общество с начала XXI века, не обходили стороной медицину.

### «Пациентоориентированность»

Сегодня в профессиональное медицинское сознание активно вводится понятие «пациентоориентированность». Для системы поликлиник Москвы оно уже рассматривается как основной принцип профессиональной медицинской деятельности. Для нашей страны это понятие новое и по содержанию, и по русской фонетике, покорёженной калькой с английского.



Пример инфографики проекта «Новый московский стандарт поликлиник»

Впервые термин «patient orientation» появился в США в 1993 г. в Меморандуме Института Пикера и Гарвардской Медицинской Школы. «Пациентоориентированность» — это применение в медицинской отрасли принципа клиентоориентированности (сервиса) в бизнесе с целью инициации положительных эмоций у пациентов от действий как отдельного врача, так и здравоохранения в целом. «Пациентоориентированность — это инновационный подход к планированию, осуществлению и оценке медицинской помощи, основанной на взаимовыгодном партнерстве между медицинской организацией, пациентом и его семьей» [5]. К взаимовыгодному партнерству на Западе сегодня относятся и такие медицинские практики, как прерывание беременности, смена пола, весь спектр искусственного оплодотворения, включая суррогатное материнство, эвтаназия (медицинская помощь при самоубийстве), т. е. манипуляции, выходящие за пределы традиционной профессиональной медицинской этики.

Новая установка на инициацию положительных эмоций у пациента вступает в резонанс с нравственным устроением личности

самого врача, с традиционными для культуры Гиппократовскими обязательствами, к коим относится не взаимовыгодное партнерство, а «воздержание от причинения всякого вреда и несправедливости...», вхождение в общение «для пользы больного, будучи далекими от всего намеренного, несправедного и пагубного...» [6].

### «Информированное согласие»

Еще одним новым стандартом, введенным под влиянием западных потребительских установок, является принцип «информированного согласия». Это понятие также является калькой с американского «informed consent». Оно возникло в США в практике судебных разбирательств о причинении вреда пациентам в 1950–1960-е гг. Целью юридического оформления документа «информированного согласия» перед медицинским вмешательством было снижение или снятие ответственности с врача за неблагоприятный исход лечения, защита от претензий о качестве медицинского вмешательства. В России это понятие вводится также Федеральным законом N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 г.). Получение от гражданина информированного добровольного согласия становится «необходимым предварительным условием медицинского вмешательства» (ст. 20, ч. 1). О юридическом характере нового стандарта говорит и то, что он «оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи» (ст. 20, п. 7).

В современной литературе понятие информированного добровольного согласия

часто истолковывается как еще одно новое прогрессивное право человека на выбор или защиту от насильственного медицинского вмешательства [7]. Но стандарт получения информированного согласия на методы, риски, варианты, последствия и результаты медицинского вмешательства свидетельствуют, что это не новая моральная парадигма свобод и прав пациента, а естественная форма юридической защиты медицинских работников от возможных медицинских ошибок, по сути своей, к сожалению, неизбежных в медицинской практике. Фундаментальным моральным основанием прав и обязанностей, целей и средств оказания медицинской помощи остается традиционный моральный патернализм.

### Патернализм

Очевидным является то, что «содержание» любой деятельности есть реализация ее «цели». Цель медицинской деятельности — спасение жизни, помощь в преодолении боли и болезней, «решительное действие на благо страдающего человека» [8]. Все перечисленное относится не к экономическим, не к правовым или потребительским, но именно к моральным целям.

Именно моральные цели — стремление помочь страдающему человеку, желание оказывать помощь людям — сформировали культурно-историческую моральную парадигму отношений между врачом и пациентом, которая получила название «патернализм».

Патернализм — это классический для медицины тип взаимоотношений между врачом и пациентом, который используется в профессиональной врачебной практике более двадцати пяти столетий. Его суть фиксируется в корне понятия — слове *pater* (лат. — отец). Опыт отношения врача к больному усматривал сходство с отношением родителей к своему болящему ребенку. Врач, как отец, заботящийся о своем ребенке, страдает больному, помогает ему, принимает решение о лечении, берет ответственность за принимаемые решения. Уже в клятве Гиппократата присутствует патерналистская установка в положении об управ-

лении процессом лечения, режим которого определяется сообразно с силами и разумением врача в интересах и для пользы больного [6].



*Ответственный за жизнь. Групповой портрет орловских врачей. Художник А. И. Курнаков. 1980 г.*

Патернализм как норма отношений «врач — пациент» имеет фундаментальные основания в христианской морали. Роль врача как «отца» в христианстве включает не столько «физический», кровнородственный, сколько смысл «метафизический», моральный. Именно этот моральный смысл определяет, что врачевание, предоставляет личности врача неограниченные возможности для проявления любви к болеющему и страждущему человеку. На протяжении более двадцати столетий в профессиональной врачебной этике ценности милосердия, сострадания, заботы, помощи составляли краеугольное основание морально-нравственного отношения врача к пациенту и страдающему человеку. В традиции отечественной медицины морально-нравственное отношение врача к пациенту имело особое значение: «...Быть настоящим врачом — значит уметь любить больного...»; «Служение врача есть служение любви и сострадания... Мы должны любить наших пациентов» [9]. Эта позиция не только благородный призыв, но базовое основание практической врачебной деятельности. Именно такое отношение врача формирует необходимое ответное отношение пациента к врачу, а именно, его доверие. Доверие пациента врачу — стратегическая терапевтическая задача. На основании многочисленных фактов в истории медицины врачебное сообщество не однократно приходило к выводу, что успешность лечения во многом

определяется верой и доверием пациента врачу: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше» [10]. В работе «Дух, душа и тело» профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий утверждает, что «доверие или недоверие врачу... глубоко определяет исход болезни» [11].

### ЮНЕСКО о «крахе патернализма»

В западной литературе все более настойчиво ставится вопрос о необходимости фундаментальной смены «моральных парадигм» в медицине. Речь идет прежде всего о вытеснении патернализма. Все чаще встречается позиция о «неадекватности» и «крахе патернализма». Так, в «Образовательной программе по биоэтике» ЮНЕСКО утверждается, что «врачи традиционно руководствовались собственными ценностями» и полагали, «что им лучше знать, что хорошо для пациента... Такой исторически сложившийся подход называется «патернализмом» и сегодня он считается неадекватным» [12, 13]. С точки зрения западных исследователей в практику должны войти новые модели, которые позволят в наилучшей степени защитить автономию личности [13]. Американские авторы Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль полагают, что классический патернализм должен уступить место современной модели взаимоотношения «врач-пациент». И именно «информированное согласие» провозглашается новой моральной парадигмой. В соответствии с ней от врача требуется предоставление больному всей существенной информации, касающейся заболевания. В задачи пациента входит выбор медицинского вмешательства по своему усмотрению, на врача возлагается обязанность лишь осуществить выбранное лечение [14]. В границах данной модели четко разграничиваются объективные факты и пожелания больного. При этом врач меняет роль «отца» на роль или консультанта, или советчика, или компетентного эксперта-профессионала. Это означает, что при расхождении мнения пациента с объективными медицинскими данными врач должен отдавать предпочтение мнению и решению пациента. «Информированное согласие» противостоит патернализму в медицинской

профессии» [12, 13]. С нашей точки зрения такое противопоставление ошибочно. Отношение между «патернализмом» и «информированным согласием» не носит взаимоисключающий и несовместимый характер, прежде всего потому, что они представляют различные типы отношений, а именно: патернализм — морально-этические отношения, информированное согласие — правовые [15].

### Выгорание и судебные иски

На фоне внедрения новых стандартов взаимоотношений в медицине растут масштабы и таких явлений как профессиональное выгорание медицинских работников и рост недоверия к здравоохранению.

Патерналистские традиции врачебной этики — это результат осмысления многовекового опыта сложных межличностных отношений между врачом и пациентом в лечебной практике. Отказ от морально-этических патерналистских традиций лишает лечебный процесс ряда важнейших факторов лечения больного человека, выхолащивает морально-нравственные отношения в медицине и способен повредить как пациенту, так и врачу. Наиболее ярко это проявляется в двух тенденциях. Во-первых, в росте профессионального цинизма и равнодушия, получивших название «синдром профес-

сионального выгорания», который кодируется 10 Международным классификатором болезней (МКБ) как форма проявления нового патологического состояния (в стадии предболезни) различной степени выраженности. Во-вторых, в росте судебных исков, связанных с неудовлетворенностью пациентом качеством оказания медицинской помощи, с этическими дефектами оказания медицинской услуги, что свидетельствует о росте отчуждения в отношениях между врачом и пациентом. «Но отчуждение в отношениях между врачом и больным противно самой природе врачевания» — убеждают сами врачи [16]. Противостоит самой природе врачевания и отказ от медицинского патернализма, т.е. воли врача к самоотверженной помощи пациентам, определяемой рассудком и состраданием.

Отказ от признания традиционных морально-этических оснований медицинской деятельности с фундаментальной парадигмой патерналистских отношений «врач-пациент», согласие с правовыми регуляторами здравоохранения, противостоящими моральным нормам, чревато снижением уровня доверия и социального статуса врача, отчужденностью отношений, что может нанести немалый урон и престижу профессии, и достижению социального доверия к институту отечественного здравоохранения в целом.

### Литература

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения РФ [сайт]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (дата обращения: 13.12.2022).
2. Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка. М.: Азбуковник, 1997.
3. Услуга [Электронный ресурс] // Википедия. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D1%81%D0%B%D1%83%D0%B3%D0%B0> (дата обращения: 13.12.2022).
4. О защите прав потребителей: федер. закон от 07 февраля 1992 г. 2300-1 (ред. от 05.12.2022) [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс. URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_305/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/) (дата обращения: 13.12.2022).
5. Объемный взгляд на пациентоориентированность [Электронный ресурс] // Блог Анны Хасиной. URL: <https://annakhasina.com/tpost/dr9lv03yz0-obemnii-vzglyad-na-patsientorientirovann> (дата обращения: 13.12.2022).
6. Гиттократ. Избранные книги. М.: Гос. изд-во биол. и мед. лит-ры, 1936.
7. Добровольное информированное согласие: [сб. статей] / Науч. ред. А. Г. Чучалин, Е. Г. Гребенщикова. М.: Вече, 2022.
8. Pellegrino E. D., Thomasma D. C. A philosophical basis of medical practice: Toward a philosophical ethic of the healing professions. N.Y.: Oxford univ. press, 1981.
9. Ильин И. А. Путь к очевидности. Т. 3 // Ильин И. А. Собр. соч. М.: Рус. книга, 1994. С. 475.
10. Gorton D. F. History of Medicine. N.Y.; L.: G. P. Putman's Sons, 1910. P. 205.
11. Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий В. Ф.) Дух, душа и тело. Симферополь: Изд-во Симферопольской и Крымской епархии, 2000.
12. Образовательная программа по биоэтике ЮНЕСКО // Медицинская этика. 2019. № 1. Т. 7. С. 3-66.
13. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 67-72.
14. Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship // Journal of the American Medical Association. 1992. V. 267(16). P. 2221-2226.
15. Силуянова И. В., Ильенко Л. И., Силуянов К. А. Биомедицинская этика. Практикум. М.: Юрайт; 2021.
16. Кассирский И. А. О врачевании. М.: Аслан; 1995.

# ВЫСТАВКА «СВЯТЫЕ ЦЕЛИТЕЛИ. СВЯТЫЕ ВОИНЫ»

В Военно-медицинском музее, в зале «Памяти лейб-гвардии Семеновского полка, Семеновского-Александровского госпиталя. Часовня Введения в храм Пресвятой Богородицы», 8 декабря 2022 г. открылась выставка иконописных работ. Экспозиция приурочена к празднику Введения во храм Пресвятой Богородицы, полковой иконы лейб-гвардии Семёновского полка.

Представленные на выставке иконы пробудят интерес посетителей к иконографии целителей и воинов, которых чтут в православной традиции.

Организаторами выставки являются Военно-медицинский музей Министерства обороны Российской Федерации и Санкт-Петербургское научное общество историков медицины.

Выставка создана совместно с иконописной школой «Преображение» при храме иконы Божией матери «Утоли моя печали» при Военно-медицинской академии им. С. И. Кирова. В настоящее время в мастерской обучаются профессиональные реставраторы, богословы, искусствоведы, художники и педагоги. Новоначальные иконописцы учатся всему процессу создания образа. Работы учеников отличаются высоким качеством исполнения, художественными особенностями. Концепция выставки представляет иконы в трех «ипостасях»: как произведение искусства, как священное изображение лиц церковной истории и как часть современной культуры.

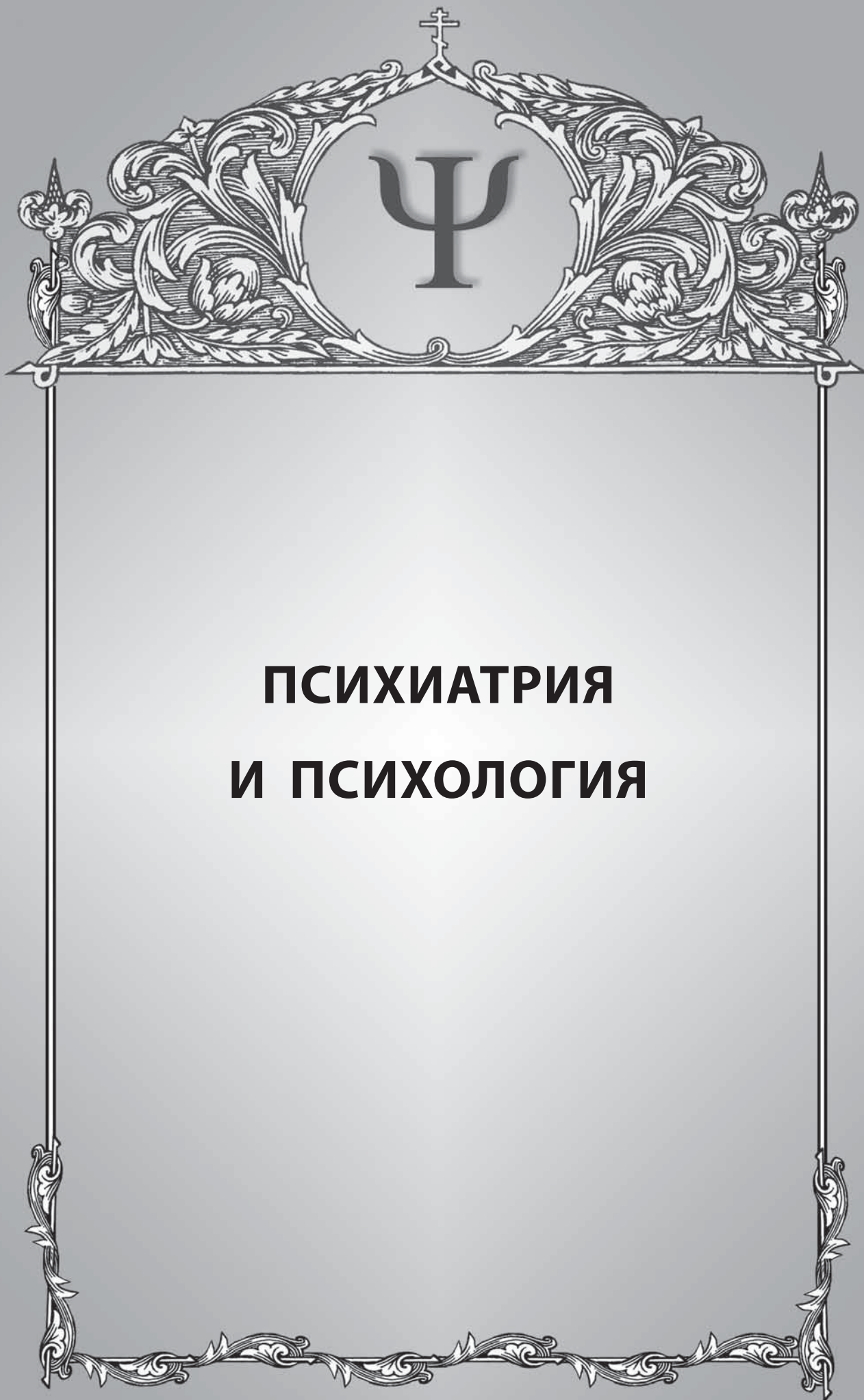
Выставка демонстрирует святых целителей, среди них образы святого страстотерпца и праведного врача Евгения Боткина, святого Николая Чудотворца, святого великомученика и целителя Пантелеймона и другими. Святые воины представлены иконами архангела Михаила, святым благоверным князем Александром Невским, христолюбивым воинством и другими.

Часовня Введения в храм Пресвятой Богородицы является своеобразным местом соединения научного знания и религиозных взглядов, разрушает миф о противостоянии науки и религии. Своим возникновением она обязана Семёновско-Александровскому военному госпиталю лейб-гвардии Семёновского полка и Введенскому храму. Последний был построен архитектором Константином Тоном, и разрушен в 1933 г., однако сейчас ведутся работы по его восстановлению. Выставка в музейной часовне продолжает традиции утраченного Введенского храма.

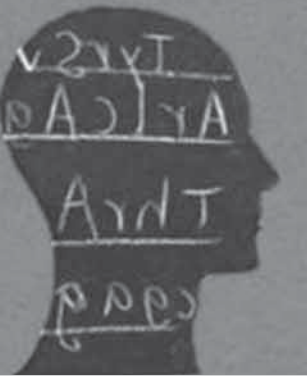
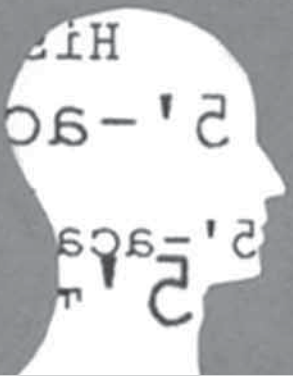
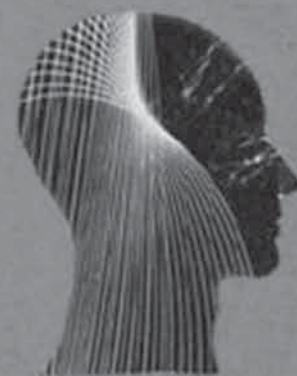
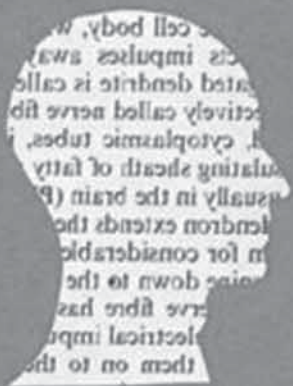
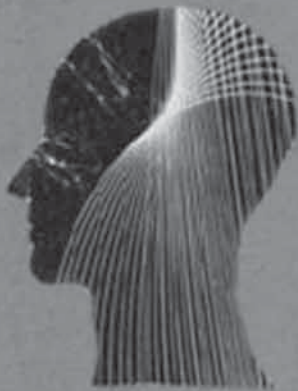
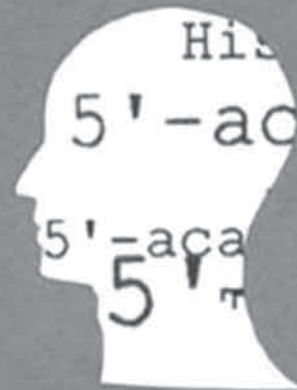
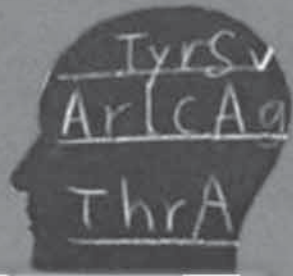
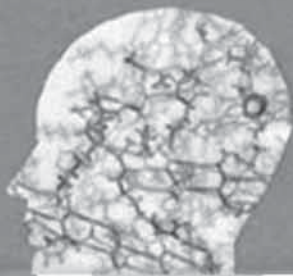
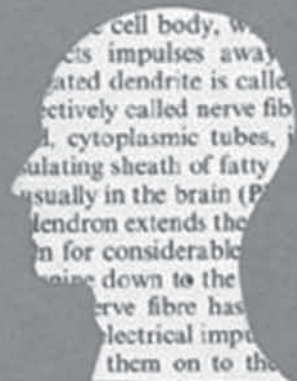
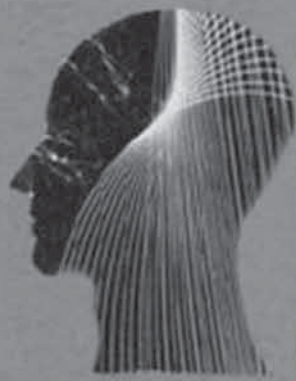
Сроки проведения выставки: 9 декабря 2022 – 15 марта 2023 г.

Адрес: ст. м. Пушкинская, ул. Введенский канал, д. 6, e-mail: milmedmuseum\_pr@mil.ru.





# **ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОЛОГИЯ**





## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА: ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТА

Татьяна Николаевна КОЖЕВНИКОВА,  
профессор кафедры педиатрии Медицинского  
института Тульского государственного  
университета, кандидат медицинских  
наук, председатель Тульского общества  
православных врачей во имя св. блж. Иоанна  
Тульского, член исполкома ОПВР



Tatiana N. KOZHEVNIKOVA,  
Professor of Department of Pediatrics of the  
Medical Institute of Tula State University, Cand. Sci.  
(Med), Chairman of the Tula Society of Orthodox  
Doctors in the name of Saint Blessed John of Tula,  
member of the executive committee of the Society  
of Orthodox Doctors

Ирина Степановна ГРИВАС,  
врач-педиатр Тульской детской  
областной клинической больницы, член  
правления Тульского общества православных  
врачей во имя св. блж. Иоанна Тульского



Irina S. GRIVAS,  
Pediatrician at Tula Children's Regional  
Clinical Hospital

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF A SERIOUSLY ILL PATIENT: A PATIENT'S PERSPECTIVE

**АННОТАЦИЯ.** Распространение новой коронавирусной инфекции привело к значительному увеличению количества пациентов с соматической патологией и проявлениями постковидного синдрома, к которым в числе прочих относятся различные психоэмоциональные нарушения. Статья посвящена психологическим особенностям и различным аспектам психического здоровья тяжелобольных пациентов.

**Ключевые слова:** новая коронавирусная инфекция, постковидный синдром, психическое здоровье, типы реагирования на болезнь, факторы суицидального риска.

Последние годы, проведенные в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, привели к значительному росту числа пациентов с соматической патологией и проявлениями постковидного синдрома.

Для понимания всех аспектов поведения и жизни тяжелобольного пациента, необходимо вспомнить, что такое здоровье, какие критерии оно включает и как изменяется его психологическая часть во время течения тяжелого заболевания.

Согласно классическому определению Всемирной организации здравоохранения,

**ABSTRACT.** The spread of a new coronavirus infection has led to a significant increase in the number of patients with somatic pathology and symptoms of the post-Covid syndrome, which, among others, include various psycho-emotional disorders. The article is devoted to the psychological characteristics and various aspects of the mental health of seriously ill patients.

**Keywords:** new coronavirus infection, post-covid syndrome, mental health, disease response types, suicide risk factors.

«здоровье — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [1]. В данной статье мы сконцентрируем внимание на душевном и социальном благополучии, что является собой собственно психическое здоровье.

**Критерии психического здоровья** основываются на трех понятиях: «Адаптация включает способность человека осознанно относиться к функциям своего организма (пищеварения, выделения и др.), а также его способность регулировать свои психические

процессы (управлять своими мыслями, чувствами, желаниями).

Социализация включает в себя три компонента:

1) способность человека реагировать на другого человека как на равного себе;

2) реакция на факт существования определенных норм в отношениях с другими и стремление следовать этим нормам;

3) реакция на то, как человек переживает свою относительную зависимость от других людей.

Индивидуализация — становление отношения человека к самому себе. Человек сам создает в психической жизни свои качества, он осознает свою собственную неповторимость как ценность и не позволяет разрушать ее другим людям» [2].

Полноценное психологическое здоровье зарождает в человеке способность к рефлексии — способность посмотреть на свою жизнь со стороны и оценить ее, именно способность к рефлексии создает в человеке предпосылки к духовной жизни. Полномерная духовная жизнь является неотъемлемой укрепляющей базой в переживании и проживании человеком его соматической болезни.

Соматическая болезнь в той или иной степени оказывает влияние на психическое здоровье. Выделяют соматогению — непосредственное влияние на центральную нервную систему тех или иных патогенов (интоксикация, интенсивные болевые ощущения), и психогению — психологическая реакция личности на факт заболевания и его последствия. Взаимодействие соматогении и психогении формирует замкнутый порочный круг в психологическом здоровье человека, формируя модель болезни, или внутреннюю картину болезни.

По мнению А. С. Татрова, **внутренняя картина болезни** складывается из нескольких уровней:

- болевая сторона — непосредственное ощущение боли;
- эмоциональная сторона — эмоциональное реагирование на различные симптомы болезни;
- интеллектуальная сторона — представления и знания больного о его болезни;

- волевая сторона — отношение больного к своему заболеванию, связанные с ограничениями, которые накладывает болезнь [3].

Необходимо сказать о том, что внутренняя картина болезни не является отражением истинного состояния здоровья. Модель болезни формируется у пациента с учетом различных факторов, таких как уровень образования, образ жизни, способность к рефлексии, индивидуальные особенности личности.

Выделяют следующие **классические типы реагирования на болезнь** с учетом индивидуальной модели болезни:

- *рациональный*, стенический тип — активная позиция больного в отношении лечения и обследования;
- *астенический* — склонность к пессимизму и мнительности. Традиционно понимание болезни связывают с негативной стороной, однако по наблюдениям некоторых психологов у любой болезни можно найти позитивную психологическую сторону. Наша задача — указать пациенту на эту позитивную сторону и стараться двигаться и развиваться в направлении позитивной стороны. Например: болезнь освобождает от некоторого рода ответственности в принятии решений по службе, в быту, освобождает от иных жизненных трудностей, дает ряд социальных и психологических преимуществ.

«Существуют различные типы реагирования на болезнь, одна из классификаций предлагает нам разделить их с учетом социальных последствий для пациента. Например, *болезнь — угроза*: тип реагирования — противодействие, тревога, уход или борьба; или *болезнь — утрата*: тип реагирования — депрессия, растерянность, горе, попытки привлечь к себе внимание, манипуляции; или *болезнь — выигрыш*: тип реагирования — безразличие, жизнерадостность, враждебность по отношению к врачу; или *болезнь — наказание*: тип реагирования — угнетенность, стыд, гнев» [3]. Необходимо отметить тот факт, что у людей религиозных преобладает последний из представленных типов реагирования на болезнь; большая часть наших пациентов с данным типом ре-

агирования будет задаваться вопросом «за что?» и прочее.

В данной ситуации православный врач может помочь пациенту, направив ход его мысли в ином направлении: правильной спросить у самого себя не «за что?», а «для чего?». Следует всегда помнить, что «Господь нам дает и ум, и сердце, и волю добрую, и обстоятельство, и людей, которым можно сделать добро. И надо его делать с сознанием, что это — добро, но что это не наше, а Божие, что нам это дано» — пишет в своих беседах о смирении митрополит Антоний Сурожский [5]. Как и в течение обычной жизни, так и при болезни необходимо обращаться к Священному Писанию как источнику истины. Так, о духовном смысле болезни и исцеления читаем в Евангелии от Иоанна об исцелении слепорожденного: «И, проходя, увидел человека, слепого от рождения. Ученики Его спросили у Него: «Учитель! Кто согрешил, он или родители его, что родился слепым? Иисус отвечал: не согрешил ни он, ни родители его, но это для того, чтобы на нем явились дела Божии» (Ин. 9:1–3). После этого Христос исцелил слепого.



Исцеление слепорожденного. Византия. XIII в.

Нельзя забывать и о том, что все события нашей жизни промыслительны. Вспомним слова преподобного Варсонофия Оптинского: «Вся жизнь есть дивная тайна, известная только одному Богу. Нет в жизни случайных сцеплений, обстоятельств — все промыслительно. Замечайте события вашей жизни. Во всем есть глубокий смысл. Сейчас вам непонятны они, а впоследствии многое откроется».

В литературе описаны определенные **особенности психологии у пациентов, имеющих различные тяжелые и неизлечимые заболевания.** В первую очередь необходимо отметить, что болезнь в корне меняет восприятие окружающего, самого себя, времени, затем вследствие этого происходит перестройка интересов по направлению от внешнего мира к себе, т. е. развивается эгоцентризм. У пациента появляется раздражительность, повышенная обидчивость, страх одиночества. Ввиду особенностей течения различных заболеваний у больного происходит изменение положения в обществе — де социализация, развивается депрессия (особенно часто при заболеваниях кишечника), появляются навязчивые страхи, тревога, часто на фоне астении, у части больных наблюдаются психотические расстройства — делирий, оглушенность, аменция, наблюдается потеря надежды на улучшение, в связи с этим потеря веры, возрастает суицидальный риск [3].

В случае возникновения проявлений суицидального риска пациент представляет непосредственную опасность для себя, что является показанием к оказанию квалифицированной психиатрической помощи, даже против воли самого пациента.

Выделяют следующие факторы настороженности суицидального риска:

- устойчивые фантазии о смерти, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве;
- состояние депрессии, чувство вины, стыда, обиды, сильного страха — любой непереносимой эмоции, одним из способов избавиться от которой может стать суицид;
- высокий уровень безнадежности в высказываниях;
- заметная импульсивность в поведении;
- факт недавнего текущего кризиса и фиксация на этой ситуации (выход на пенсию, утрата способности ходить, нарастание беспомощности и зависимости в постороннем уходе);
- психическое или физическое страдание, болевой синдром (поэтому, прежде чем оценивать суицидальный риск, важно купировать боль);

- отсутствие социально-психологической поддержки, непонимающее окружение, нежелание самого пациента принимать помощь;

- императивные галлюцинации («приказывающие голоса», которые могут в том числе приказать человеку себя убить);
- тяжелый ипохондрический бред;
- импульсивные или демонстративные суицидальные попытки [3].

У тяжелобольных пациентов развиваются следующие **нарушения эмоционального фона**:

- *апатия* (безразличие ко всему, пациент на вопросы о настроении отвечает «никак», общее состояние «что воля, что неволя, все равно...»). Достаточно непросто купируется медикаментозно, при этом значительно снижает мотивацию пациента к чему бы то ни было;

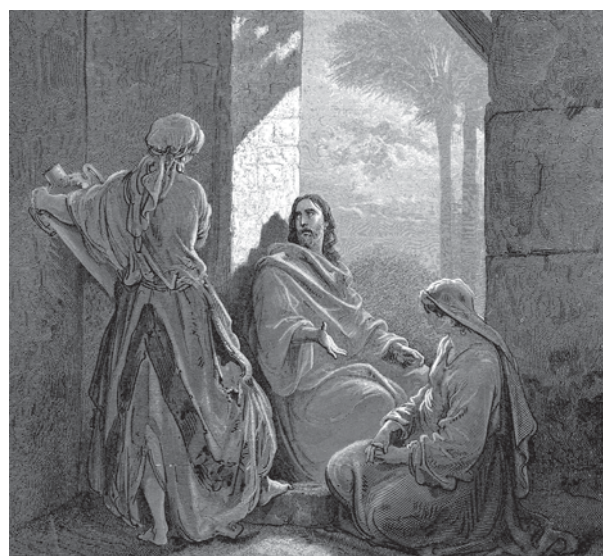
- *дисфория* («мрачная угрюмость», настроение неустойчиво, отмечаются вспышки злости, агрессии, пациент раздражителен). Часто встречается у пациентов с непосредственным поражением головного мозга в анамнезе (злоупотребление алкоголем и ПАВ, ЧМТ, эпилепсия и т. д.);

- *гипотимия* (сниженное настроение). В норме настроение отражает наш эмоциональный ответ на внешний мир, может меняться в течение дня сообразно событиям. Поэтому единично зафиксированное «плохое настроение» у пациента — это не повод бить тревогу, скорее, стоит поинтересоваться в чем причина грусти, что расстроило человека? Возможно, печаль легко утолить. Если же настроение пациента длительное время устойчиво снижено, стоит обратиться за помощью к врачу-психиатру для дальнейшей диагностики депрессии и подбора психофармакотерапии;

- *тревога* — всем знакомое состояние, которое можно пережить, когда оно конечно и обусловлено ситуацией. Кроме того, тревога с давних пор выполняет важную защитную функцию — предупреждает об опасности, держит «в тонусе», на физиологическом уровне готовит тело к «схватке» или к «бегству» от опасности. Однако, если тревога чрезмерна, устойчива, жить с ней — все равно что пытаться день за днем спо-

койно заниматься своими делами под рев пожарной сигнализации. Тревога часто выступает инициальным симптомом еще более тяжелых нарушений психики, в частности психозов. Следует обращать внимание не только на слова пациента (его жалобы, ускоренный темп речи), но и в целом на его поведение, движения, а также на вегетативные проявления тревоги (учащенное сердцебиение, одышка, повышение артериального давления). Тревога практически всегда нарастает тем больше, чем тяжелее становится состояние пациента. И ситуация может накалиться до критической тогда, когда профильного специалиста рядом нет [4].

Пациенты, имеющие различные тяжело протекающие заболевания требуют колоссального ухода как от врачей, так и от родственников. Как тем, кто находится постоянно в непосредственной близости с ними, не впасть в уныние, не потерять себя в бесконечных заботах по уходу?



*Иисус в доме Марии и Марфы. Художник Г. Доре. 1866 г.*

Обратимся к Священному Писанию, где вновь найдем ответ: «В продолжение пути их пришел Он в одно селение; здесь женщина, именем Марфа, приняла Его в дом свой; у неё была сестра, именем Мария, которая села у ног Иисуса и слушала слово Его. Марфа же заботилась о большом угощении и, подойдя, сказала: „Господи! или Тебе нужды нет, что сестра моя одну меня оставила служить? скажи ей, чтобы помогла мне“. Иисус же сказал ей в ответ: „Марфа! Марфа! ты заботишься

и суетишься о многом, а одно только нужно; Мария же избрала благую часть, которая не отнимется у нее» (Лк. 10:38–42).

Вспомним слова преподобного Паисия Святогорца: «Я бы сошел с ума от несправедливости этого мира, если бы не знал, что последнее слово останется за Господом Богом». Вновь обращаясь к Священному Писанию, найдем в нем утешение и наставление: «Взгляните на птиц небесных: они ни сеют, ни жнут, ни собирают в житницы; и Отец ваш Небесный питает их. Вы не гораздо ли лучше их?» (Мф. 6:26)

Важной составляющей частью ухода за тяжелобольным пациентом является эмпатия — осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения происхождения этого переживания. Без эмпатии мы сможем осуществить физический уход за нашим пациентом, но не более того. Исходя из наставления апостола Павла в послании к Галатам: «Друг друга тяготы носите, и тако исполните закон Христов» (Гал. 6:2), можно сделать вывод, что способность к эмпатии является естественным состоянием христианина, однако эмпатия как таковая довольно часто приводит к эмоциональному выгора-

нию — состоянию, которое противоречит христианским ценностям, поскольку приводит к полной отрешенности, отчуждению, неспособности переживать жизнь. Как христиане мы всегда должны обращаться к Священному Писанию и искать ответы на все вопросы в нем: «Вы — соль земли. Если же соль потеряет силу, то чем сделаешь ее соленою? Она уже ни к чему негодна, как разве выбросить ее вон на поприще людям» (Мф. 5:13). Для любого человека тяжелобольной родственник может быть рассмотрен как путь к духовному исправлению. И мы для таких наших родственников или пациентов можем стать таким путем. Способность соли — предохранять пищу от порчи, так и люди, несущие в мир учение Христово должны спасать людей от морального разложения.

Человек ограничен в своих физических способностях, но не в духовных. Только вера, упование на Господа, сопричастие Христу укрепят и помогут нам в нелегком деле служения ближним. «Придите ко Мне, все труждающиеся и обремененные, и Я успокою вас; возьмите иго Мое на себя и научитесь от Меня, ибо Я кроток и смирен сердцем, и найдете покой душам вашим; ибо иго Мое благо, и бремя Мое легко» (Мф. 11:28–30).

### Литература

1. Устав ВОЗ [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения [сайт]. URL: who.int/ru/about/governance/constitution (дата обращения: 16.11.2022).
2. Учебно-методическое пособие для студентов медицинских специальностей / Под ред. А. С. Тагрова. М.: Академия Естествознания, 2010.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ, 2002.
4. Нарушение психики у тяжелобольных людей: как распознать и чем помочь? [Электронный ресурс] // Про Паллиатив. URL: <https://pro-palliativ.ru/blog/narusheniya-psihiки-u-tyazhelobolnyh-kak-raspoznat-i-chem-pomoch/> (дата обращения: 16.11.2022).
5. Митрополит Антоний Сурожский. Человек перед Богом. М.: Практика, 2006.

## НОВОСТИ

### КАРЕЛИЯ

**2 декабря 2022 г.** председатель Общества православных врачей Республики Карелия — главный врач Детской республиканской больницы Петрозаводска И. В. Леписева выступила с докладом в министерстве здравоохранения Республики Карелия в ходе круглого стола, посвященного добровольчеству, опыту работы добровольцев в медицинских организациях республики.

В своем сообщении И. В. Леписева рассказала о **многолетнем опыте работы ОПВ**

Республики Карелия, различных направлениях волонтерской работы докторов и медицинских сестер.

День добровольца (волонтера) в России отмечается 5 декабря. Дата была установлена указом президента РФ от 27 ноября 2017 г. Документ принят в соответствии с резолюцией Генассамблеи ООН от 17 декабря 1985 г., в которой эта дата объявлена Международным днем добровольца во имя экономического и социального развития.

На круглом столе также были заслушаны доклады о деятельности некоммерческих

организаций республики. Среди наиболее важных сфер добровольчества — помощь тяжелобольным детям и взрослым, детям-сиротам, людям и семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, помощь пожилым людям, пенсионерам и организация досуга детей.

По материалам сайта ОПВ  
Республики Карелия



## О КАЛЕНДАРЕ «ЦЕЛЕБНИК»

Календарь «Целебник» на 2023 год выпущен издательством «Свет Христов». Календарь рекомендован Обществом православных врачей Санкт-Петербурга.

«Целебник» — календарь о здоровье телесном, душевном и духовном, подготовленный православными врачами и журналистами.

Все медицинские и диетологические рекомендации прошли проверку специалистов в области физиологии, кардиологии, офтальмологии, эндокринологии, гинекологии и др., членов Общества православных врачей Санкт-Петербурга. Все тексты духовного содержания проверены рецензентами Издательского Совета Русской Православной Церкви.

Основные рубрики календаря:

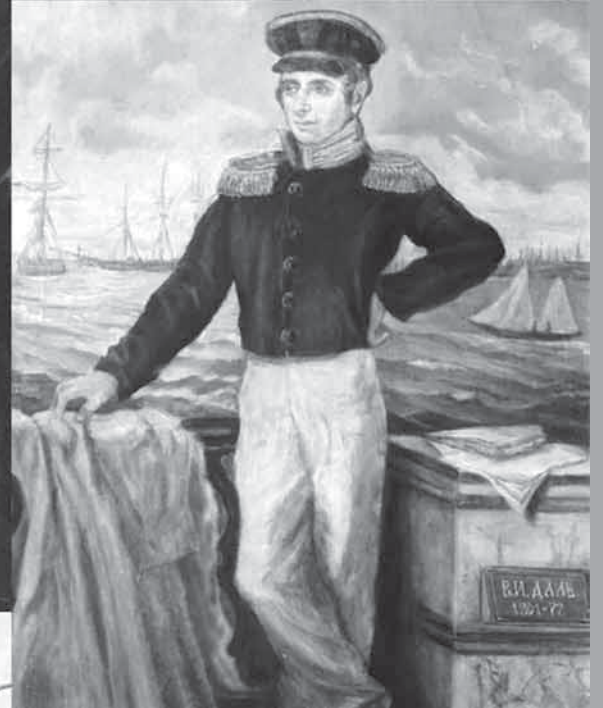
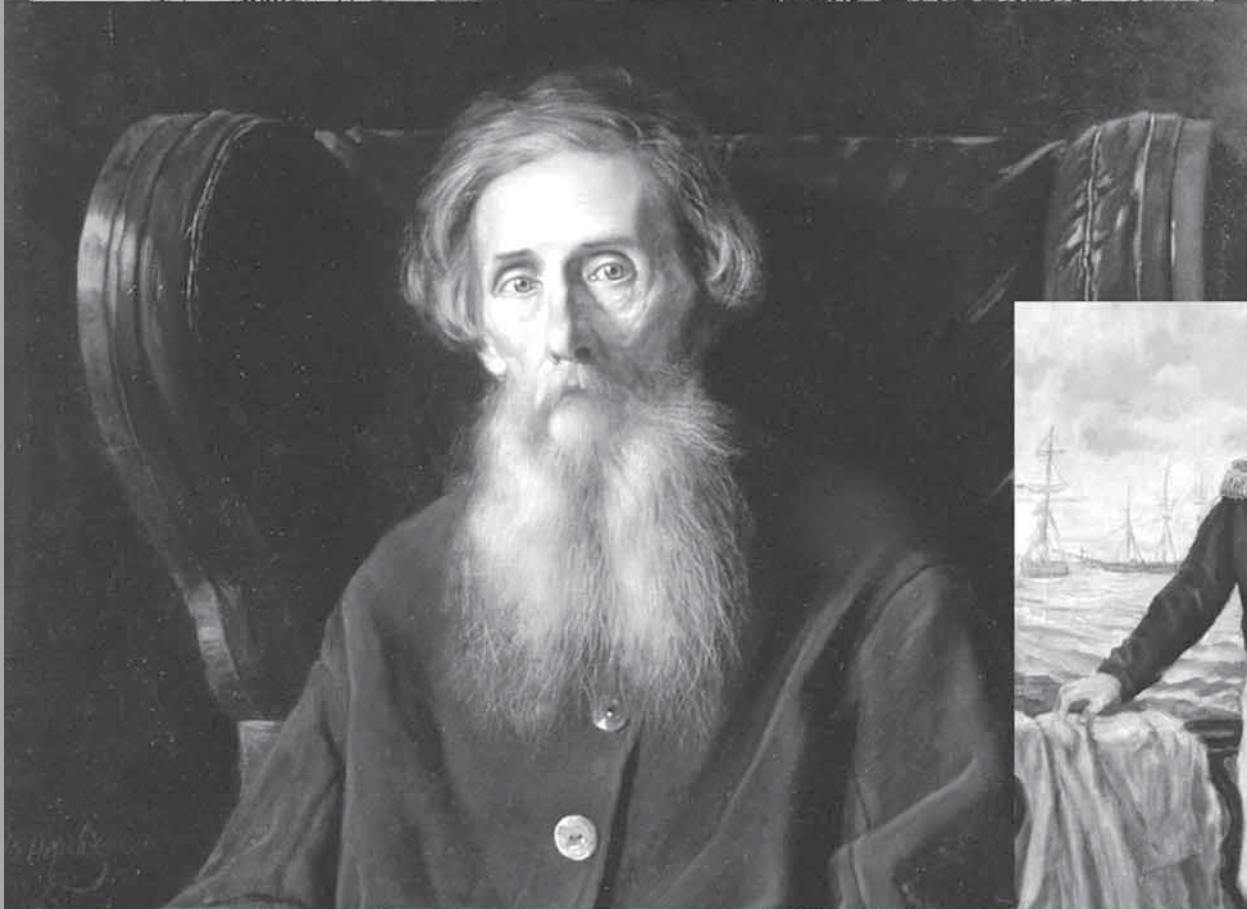
- *Таинства и святыни Церкви.* О духовном смысле Таинств (Причащения, Крещения, Миропомазания и иных), чинопоследований и святынь.
- *Святые целбники и заступники.* Рассказы о святых угодниках Божиих и их помощи в недугах и скорбях.
- *Слово пастыря.* Наставления православных священников о жизни с Богом, советы об обретении душевного и телесного здоровья.
- *Цельбоносные святыни.* Маршруты к великим православным святыням, история и современность.
- *Духовный бисер.* Наставления святых отцов о здоровье и болезни.
- *Молитвы в болезнях.* Церковные молитвословия об исцелении, читаемые больными и о больных, молитвы к святым угодникам.
- *Доктор советует.* О выверенных врачами фитосредствах народной медицины.
- *Лечебный обед.* Уникальные рецепты обедов, полностью приготовленных из продуктов, необходимых при соответствующих заболеваниях: склерозе, остеопорозе, бессоннице, алкоголизме, гриппе, диабете, заболеваниях глаз, печени и др.
- *Жизнь без химии.* О домашних безопасных и эффективных чистящих и моющих средствах, не содержащих вредных для здоровья ингредиентов.
- *Беда: зависимость!* Наркомания, алкоголизм, табакокурение и борьба с ними.
- *Будьте осторожны.* Как защититься от сект, экстрасенсов и знахарей.
- *Душа с душою говорит.* Стихи великих поэтов к православным датам и праздникам и старинные духовные стихи русского народа.
- *По молитвам.* Достоверные случаи исцелений по молитвам к святым или перед чудотворными иконами.
- *Старина.* Повествования о прошлом, связанные с темами здоровья душевного и телесного.
- *Истории.* Рассказы из жизни: веселые, грустные, трогательные, но неизменно заставляющие читателя задуматься о своей жизни и о Боге.
- *Чадушки.* Православное воспитание; молитвы о детях, подготовка к школе и иное.

**Приобрести календарь «Целебник» можно во всех церковных и интернет-магазинах.**





**ИСТОРИЧЕСКИЕ  
МАТЕРИАЛЫ**





## ГЕНЕРАЛИССИМУС А. В. СУВОРОВ: «НАУКА ПОБЕЖДАТЬ» НЕПРИЯТЕЛЯ И СОЛДАТСКИЕ ХВОРИ

Александр Владимирович ЕСИПОВ,  
заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,  
генерал-майор медицинской службы, начальник  
НМИЦ ВМТ ЦВКГ  
им. А. А. Вишневого



Aleksandr V. ESIPOV,  
Honored Doctor of the Russian Federation,  
Dr. Sci. (Med), Major General of the Medical Service,  
Head of the National Medical Research Center Of High  
Medical Technologies, Central Military Clinical Hospital

Юрий Николаевич ФОКИН,  
заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,  
профессор, полковник медицинской службы  
(запаса), хирург НМИЦ ВМТ ЦВКГ  
им. А. А. Вишневого



Yuriy N. FOKIN,  
Honored Doctor of the Russian Federation,  
Dr. Sci. (Med), Professor, Colonel of the Medical Service  
(reserve), surgeon of the National Medical Research  
Center Of High Medical Technologies, Central Military  
Clinical Hospital

Иван Данилович КОСАЧЕВ,  
заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук,  
полковник медицинской службы  
(в отставке), профессор Военно-медицинской  
академии имени С. М. Кирова



Ivan D. KOSACHEV,  
Honored Doctor of the Russian Federation,  
Dr. Sci. (Med), Colonel of the Medical Service (retired),  
Professor of the Military Medical Academy  
named after S. M. Kirov

Алексей Сергеевич ЕСИПОВ,  
кандидат медицинских наук,  
врач уролог-онколог НМИЦ ВМТ ЦВКГ  
им. А. А. Вишневого



Aleksey S. ESIPOV,  
Cand. Sci. (Med), urologist-oncologist  
of the National Medical Research Center Of High  
Medical Technologies, Central Military  
Clinical Hospital

## GENERALISSIMO A.V. SUVOROV: "THE SCIENCE OF VICTORY" OVER THE ENEMY AND SOLDIERS' AILMENTS

**АННОТАЦИЯ.** На основе ретроспективного, структурного и системного анализа исторических документов представлен вклад А. В. Суворова в становление отечественной системы гигиенического воспитания и обучения военнослужащих. Установлено, что наставление А. В. Суворова «Наука побеждать», а также лечебник штаб-лекаря Е. Т. Богопольского «Правила медицинским чинам» являются по сути предтечей современного профилактического направления в военной медицине.

**Ключевые слова:** А. В. Суворов, «Наука побеждать», военное искусство, здоровье солдата, обучение и воспитание войск.

**ABSTRACT.** On the basis of a retrospective, structural and systematic analysis of historical documents, the contribution of A.V. Suvorov to the formation of the national system of hygienic education and training of military personnel is presented. It is established that the military manual "The Science of Victory" written by A.V. Suvorov as well as the medical manual "Rules for medical ranks" by the staff doctor E. T. Bogopolsky are in fact the forerunners of the modern preventive military medicine.

**Keywords:** A.V. Suvorov, "The science of Victory", military art, soldier's health, system, training and education of troops.

*Суворов положил руку на сердце русского солдата  
и изучил его биение...*

*Денис Давыдов, герой Отечественной войны 1812 г.*

В отечественной истории и военной науке 2020 год был ознаменован юбилейной датой — 290 лет со дня рождения великого сына России, генералиссимуса Александра Васильевича Суворова (1730–1800). Это был не только выдающийся военачальник, не проигравшего ни одного сражения, но и гениальный педагог-воспитатель, а также духовный наставник русского воинства.

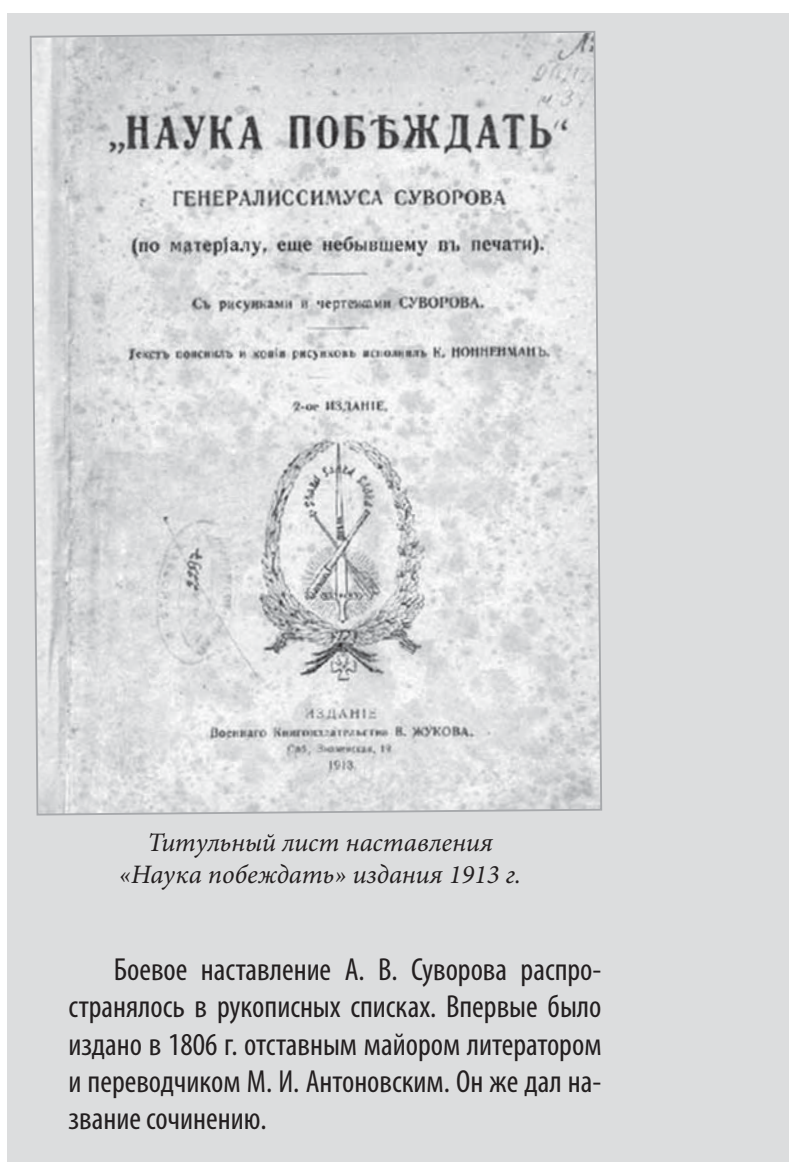


*А. В. Суворов*

А. В. Суворов оставил богатое теоретическое наследие — многочисленные приказы, инструкции, репортажи, донесения, диспозиции, наставления. Особое место среди них занимает труд «Наука побеждать», который был написан в 1795 г. и опубликован через одиннадцать лет после его смерти.

В основе трактата «Наука побеждать» лежит богатый, в том числе личный боевой опыт А. В. Суворова, приобретенный в русско-турецких войнах (1768–1774, 1787–1791), а также его первое наставление — «Полковое учреждение» (Суздальское учреждение), составленное в годы командования (1763–1769) Суздальским пехотным полком в Новой Ладогге. По своему назначению и форма-

ту изложения материала это оригинальное практическое наставление, которое со временем получило общепризнанное в военном искусстве название — Суворовская система воспитания и обучения войск.



*Титульный лист наставления  
«Наука побеждать» издания 1913 г.*

Боевое наставление А. В. Суворова распространялось в рукописных списках. Впервые было издано в 1806 г. отставным майором литератором и переводчиком М. И. Антоновским. Он же дал название сочинению.

В первой части наставления «**Ученье разводное, или пред разводом**» приведен примерный план и содержание типового тактико-строевого ученья войск как руководство для командиров частей. В основе тактической наступательной школы А. В. Суворов выделяет три основных принципа — глазомер, быстрота, натиск [4]. Главные ее со-

ставляющие — человек и оружие. Особую роль он отводил солдату. А. В. Суворов говорил: «Солдат дорог мне, дороже себя, за солдата я кого угодно воздвигну себе врагом». От подчиненных офицеров командующий требовал особо заботливого отношения к солдатам и на этой основе достижения осознанного исполнения ими служебных обязанностей. Пристальное внимание Суворов также уделял повседневной подготовке и полевой выучке войск. В основе обучения главенствовали следующие принципы: «Учить тому, что необходимо на войне», «Воевать не числом, а умением», «Больше поту, меньше крови», «Каждый солдат должен знать свой маневр» [5]. Один из примеров их практической реализации — взятие 11 (22) декабря 1790 г. крепости Измаил в ходе русско-турецкой войны (1787–1791). Основные факторы этой победы:

- регулярная физическая и духовная подготовка солдат и офицеров. В течение недели войска на возведенном макете крепости обучались преодолевать крепостной ров и стены. «Дух войск был превосходен, несмотря ни на какие лишения: 8 месяцев войска не получали жалованья, офицеры обносились и не имели белья, служба была тяжелая, в продовольствии недостаток, но каждый готов был сложить голову на приступе!» [6];
- грамотное планирование операции и определение направления по нанесению главного удара;
- подбор командного состава. Так, в этой операции героически проявил себя будущий герой Отечественной войны 1812 г. генерал-майор М. И. Кутузов. После взятия Измаила он был назначен комендантом крепости;
- выбор ночного времени для начала штурма. Этот способ ведения боевых действий в последующем неоднократно применялся в ходе других войн. Наиболее успешная — Берлинская стратегическая наступательная операция (16.04–02.05.1945);
- проведение за двое суток до наступления артиллерийской подготовки «со всех сторон света»;
- применение для поддержки пехоты в уличном бою легких орудий, заряженных картечью и бивших прямой наводкой;

- организация взаимодействия со всеми родами войск, принимавших участие в штурме крепости;
- использование атаки морского десанта с Дуная и введение в критический момент частей резерва;
- развертывание госпиталя для лечения раненых и мирного населения.

В результате комплекса организационных мероприятий общие потери русских войск не превышали 6 тысяч — раненые свыше 3,5 тысяч, убитые до 2 тысяч, что в 10 раз меньше по сравнению с турецкой армией. Большое количество раненых (до 2 тысяч) среди погибших объясняется отсутствием как стройной системы медицинского обеспечения регулярной армии, так и подготовленных специалистов. Следует подчеркнуть, что Императорская медико-хирургическая академия как главное учебно-медицинское заведение была основана только в 1798 г.

Медицинскому обеспечению этой операции была дана следующая оценка: «Многочисленность умерших от ран зависела от недостатка врачей; небольшое число невежественных лекарей резали раненых без толку и являлись скорее их палачами, чем исцелителями. Искусные хирурги Массо и Лонсиман находились в Бендерах при Потемкине, у которого болела нога, и прибыли под Измаил только через два дня после штурма» [6].

Главное, что удалось решить Суворову в то время, — не допустить вспышки инфекционных заболеваний, которые как правило возникают при осаде крепостей. Это результат комплекса мер, которые проводились под личным контролем командующего, основными из которых являлись соблюдение санитарных правил во вверенных ему войсках, а также своевременное захоронение погибших.

Восхищенный триумфом победы поэт Г. Р. Державин написал песню «Гром победы, раздавайся!», которая до 1816 г. была неофициальным гимном Российской империи. В память о доблестном штурме русскими войсками под командованием генерал-аншефа А. В. Суворова турецкой крепости Измаил в соответствии с Федеральным законом № 32 от 13.03.1995 г. «О днях воинской славы (по-

бедных днях) России» 24 декабря установлен как День воинской славы России.

**Вторая часть наставления «Словесное поучение солдатам о знании, для них необходимом»** — своего рода тактическая памятка для солдат, в которой излагаются не только тактические указания, но и основные требования к их поведению, в том числе по соблюдению санитарных правил. Красной нитью через наставление проходит мысль о том, что в основе победы над врагом — сила духа русского солдата и офицера. Суворов как православный человек был глубоко убежден в том, что «воинский дух необходимо укреплять в вере отеческой православной. Ведь безверное войско, что железо перегорелое точить». Обращаясь к солдатам, он наставлял: «Молись Богу! От него Победа!» [4].

Одна из наиболее ярких побед силы духа русского воинства — героический переход Суворова в 1799 г. через Альпы. За семнадцать суток 10 (21) сентября — 27 сентября (8 октября) 27-тысячный экспедиционный корпус во главе с 69-летним А. В. Суворовым прошел по заснеженным, скалистым тропам свыше 300 км, преодолел семь высокогорных перевалов. В анналах военной истории современники назвали эту операцию «невозможной и подобной чуду» (*Клаузевиц К. Швейцарский поход Суворова. Приводится по [7], с. 730*).

В честь этого события по инициативе и на личные средства князя С. М. Голицына в 1898 г. возле Чертова моста в скале был вы-

сечен 12-метровый гранитный крест и бронзовый меч с лавровым венком. За успешное проведение перехода через Альпы А. В. Суворову был пожалован самый высокий военный чин Российской империи генералиссимус и воздвигнут памятник в Санкт-Петербурге. К 200-летию события на перевале Сен-Готард была открыта композиция: Суворов, сидящий на коне, и рядом проводник — пеший старик-швейцарец. В 1899 г. В. И. Суриков написал картину «Переход Суворова через Альпы», которая хранится в коллекции Русского музея.

Основные составляющие перехода экспедиционного корпуса А. В. Суворова через Альпы:

- планирование операции на основе изучения особенностей горного театра военных действий. Был выбран сложный, но кратчайший маршрут для нанесения главного удара во фланги и тыл французов;
- подбор командных кадров. Высокую боевую выучку показали войска под командованием генерал-майора П. И. Багратиона — в будущем героя Отечественной войны 1812 г.;
- применение с учетом театра боевых действий приемов захвата горных высот и перевалов путем сочетания решительных атак с фронтом, а также умелых обходов;
- умелое расщепление сил при движении войск. Диспозиция была следующей: впереди шли разведчики и саперы, далее головной батальон с пушкой, главные силы и арьергард. При столкновении с про-



Памятник сподвижникам полководца А. В. Суворова у Чертова моста в Андерматте. Архитектор А. Н. Векишинский. 1898 г.



Памятник А. В. Суворову на перевале Сен-Готард. Скульптор Д. Н. Тугаринов. 1999 г.

тивником передовой батальон быстро занимал высоты, главные силы, оставаясь в колоннах, следовали за передовыми стрелками и атаковали в штыки;

- гуманное отношение к пленным солдатам. В плен были взяты свыше 1,5 тысяч французов. «Грех напрасно убивать», — наставлял А. В. Суворов. Такого же справедливого отношения он требовал и в отношении к мирным жителям: «Обывателя не обижай, он нас поит и кормит. Не меньше оружия поражать противника необходимо человеколюбием». Мародеров требовал «не терпеть и наказывать оных жестоко»;

- организация питания солдат на марше. Для этого размачивались сухари в кипятке, заваривался и употреблялся в большом количестве чай из заготовленных ранее лекарственных трав, использовались в том числе трофейные припасы — соленый сыр, вяленое мясо и рыба, а также сушеные овощи. Для ношения провианта использовался сухарный мешок на три дня;

- укомплектование солдатских ранцев (суворовское название — «ветры») необходимой амуницией. В нее входили запасная одежда (пара подошв, наушники, две рубашки, шерстяные чулки, панталоны зимние и летние, портянки, рукавицы), набор для обслуживания оружия, два кремня, гребень, вакс-помада, иголки, кусочек кожицы для починки обмундирования, щетка, полфунта мыла, а гренадеру к тому же полагались фарба и железная гребенка для усов;

- поддержание высокого боевого духа солдат и офицеров. Так, А. В. Суворов 18 (29) сентября обратился к солдатам: «Все перенесем, не посраим русского оружия. А если падем, то умрем со славою».

Один из серьезных уроков данной военной кампании — невыполнение союзниками (австрийцами) взятых обязательств по снабжению российских войск достоверными картами, провиантом, фуражом, вьючными животными, горной амуницией. Эти обстоятельства, безусловно, сказались на результатах похода.

Так, общие потери войск составили 5 тысяч человек. Из них: 1 600 погибшие, в том числе замерзшие, разбившиеся при падении с высоты и около 1 тысячи ране-

ных. Французы понесли потери в четыре раза больше.



*Переход Суворова через Альпы. Художник В. И. Суриков. 1899 г.*

В 1799 г. по результатам деятельности лекарей, участников Итальянского и Швейцарского походов А. В. Суворова, Медицинской коллегией было составлено «Наставление находящимся при армии вне пределов империи из медицинских чинов инспектору и хирургу» [2]. Этот документ обобщал опыт организации армейской медицины и давал общие предписания по врачебным мероприятиям в полевых условиях — организация помощи раненым, снабжение их чистой водой, доброкачественными съестными припасами. Впервые врачам рекомендовалось «в сложных ситуациях не полагаться только на свои рекомендации относительно пресечения открывшейся болезни, в самом начале создавать медицинский совет (в настоящее время консилиум — прим. авт.), дабы больные в госпиталиях не претерпевали недостатка в нужном содержании и не оста-

вались без надлежащей помощи в своих болезнях».

Суворовские походы стали основой для совершенствования медицинского обеспечения войск на всех театрах ведения боевых действий. Уже к началу Отечественной войны 1812 г. в русской армии была сформирована стройная организационная система. Опыт, накопленный русскими войсками во время перехода через Альпы, был в дальнейшем использован во время боевых действий в Великую Отечественную войну (1941–1945), в Афганистане, на Северном Кавказе.

Известно, что важнейшая составляющая успеха в сражении — высокая боеспособность войск. В армии под командованием А. В. Суворова она достигалась высокой дисциплиной, повседневной полевой выучкой личного состава, отеческой заботой командующего о сохранении жизни и здоровья солдат. А. В. Суворов на личном примере доказывал свое бесстрашие и близость к солдату. Он первым поднимался в атаку, находился рядом с солдатами в бою и походе, принимал пищу из одного котла, никогда не надевал шинели, пока в зимнюю форму одежды не переодевался последний солдат. Он также широко внедрял в практику комплекс мероприятий по закаливанию организма и искоренению вредных привычек. В отношении «горячительных» напитков он наставлял: «До боя пить — убитым быть!».

На протяжении своей 60-летней военной службы А. В. Суворов выработал эффективные правила, которые сегодня принято называть «здоровым образом жизни». В их основе чистота, здоровье и опрятность, которые Суворов относил к безусловным составляющим победы, в том числе и над эпидемиями. Яркий пример тому — организация мероприятий во время вспышки чумы в Крыму. В 1776 г. А. В. Суворов получил назначение в состав войск генерал-поручика А. А. Прозоровского. Однако командующий заболел, и вся полнота власти перешла к Суворову. За короткое время им на полуострове был введен карантин, отремонтированы старые и построены новые бани для солдат и местных жителей, усилен контроль за соблюде-

нием санитарных правил. Распространение чумы было остановлено.

Следует подчеркнуть, что медико-санитарная служба в русской армии XVIII в. находилась на этапе становления. Анализ исторических документов тех лет свидетельствует, что от болезней солдаты умирали чаще, чем погибали в бою. В госпиталях не хватало врачей, медикаментов, процветало казнокрадство. В то же время в войсках, которыми командовал Суворов, заболеваемость и смертность личного состава были традиционно ниже. По этому факту А. В. Суворов в «Науке побеждать» говорит: «Мы умеем себя беречь; где умирает от ста один человек, у нас и от пятисот в месяц меньше умирает» [5].

А. В. Суворов уважительно относился к медицине. Как командующий он заботился об открытии полковых лазаретов, оснащении их медикаментами, создании условий для внедрения санитарных профилактических мер. А. В. Суворов говорил: «Не люблю госпиталей. Тот их любит, кто не радует за здоровье солдата. Но без лазарета вовсе быть нельзя. Тут не надобно жалеть денег на лекарства, коли есть — купить, и сверх того, но без прихотей».

Известно, что в то время большинство тогдашней элиты преклонялась перед Европой. Однако А. В. Суворов был патриотом своего Отечества во всем. «Я — русский, какой восторг!», — с гордостью говорил он. Известна позиция А. В. Суворова к «заморским» лекарствам: «Немецкие лекарства издавна тухлые, сплошь бессильные и вредные. Русский солдат к ним не привык». Он также требовал от Медицинской коллегии, чтобы лазареты были укомплектованы отечественными врачами. В «Науке побеждать» А. В. Суворов пишет: «Помните, господа, полевой лечебник штаб-лекаря Белопольского». В данном случае речь идет о «Правилах медицинским чинам», которые составлены штаб-лекарем Е. Т. Белопольским из Полоцкого полка. Данные правила прилагались к приказу А. В. Суворова № 257 от 16 июля 1793 г. Для каждого суворовского офицера это было практическим руководством к действию в мирное и военное время [3].

Е. Т. Белопольский — один из основоположников отечественной военно-санитарной медицины, сподвижник генералиссимуса А. В. Суворова. Учился в Черниговской духовной семинарии. В 1773 г. окончил госпитальную школу при Санкт-Петербургском военно-сухопутном госпитале. В 1775 г. произведен в подлекари Ряжского пехотного полка. За искусное врачевание и за беспорочную службу в 1788 г. ему присвоено военное звание штаб-лекаря. В войсках Суворова служил с 1795 г. и сумел завоевать большое уважение полководца, который называл его «искуснейшим штаб-лекарем»<sup>1</sup>. В 1799 г. Е. Т. Белопольский по состоянию здоровья завершил военную карьеру и отбыл на родину — в Киевскую губернию. Дата смерти и место захоронения не установлены [1, 3].

«Правила медицинским чинам» Белопольского — одно из первых отечественных пособий по военно-полевой медицине. Они составлены на основе анализа и систематизации опыта (в том числе личного опыта командующего А. В. Суворова) по организации системы лечения и профилактики различных заболеваний в войсках. В них критически осмыслены медицинские знания по санитарии и лечебному делу того времени и, что самое главное, предложены некоторые действенные методы по снижению заболеваемости в войсках.

Основные из этих методов:

- разделение больных на группы (больные, слабые, хворые, льготные). В последующем данный принцип разделения входящих потоков раненых (больных, пострадавших) стал основой для разработки в 1916 г. В. А. Оппелем теории этапного лечения раненых. В годы Великой Отечественной войны (1941–1945) она была окончательно оформлена Е. И. Смирновым в систему этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению. Одна из важных ее составляющих — внутрипунктовая и эвакуотранспортная сортировка;

<sup>1</sup> Штаб-лекарь — военное звание старшего (полкового) врача в российской армии XVIII и первой половине XIX в.

- изоляция «заразительных больных» в отдельные палаты;

- использование для лечения лекарственных трав, которые Суворов называл «травушки-муравушки». Командующий требовал, чтобы они обязательно находились в ранце каждого солдата. Основным из них был тысячелистник как кровоостанавливающее и противовоспалительное средство. Офицерам предписывалось также иметь данное растение, но в виде спиртовой настойки. В полковых лазаретах также должны содержаться в достаточном количестве запасы подорожника, ромашки, конского щавеля, лопуха, коры молодой ракиты и др.;

- введение в пищевой рацион солдат с целью профилактики «скорбутника» (цинги), «куричьей слепоты» (гиповитаминоз А), «горячек» (инфекционные болезни) хрена, капусты и других овощей;

- постоянный надзор за качеством питьевой воды, питания солдат;

- проведение комплекса мероприятий по закаливанию организма;

- соблюдение всеми военнослужащими санитарных требований как в местах постоянной дислокации войск, так и в полевых, в том числе в боевых, условиях. Уделялось должное внимание наведению и поддержанию чистоты и порядка в казарме и на кухне, организации утреннего умывания, еженедельной помывке солдат в бане со сменой белья, мытью рук перед едой и после туалета.

Контроль за соблюдением солдатами данных правил возлагался не только на полковых лекарей, но и на командиров всех уровней [5].

Заслуга Белопольского состоит также в том, что он первый из военных врачей того времени осознал идею А. В. Суворова как заботливого командира о внедрении в повседневную практику плановой профилактической работы в войсках с целью сохранения здоровья военнослужащих. Он также добился оформления комплекса профилактических мероприятий в письменной форме как приложения к приказам. По сути «Правила медицинским чинам», разработанные Е. Белопольским, это одно из первых практических рекомендаций, на основе которых выра-

батывались гигиенические нормы и правила обучения личного состава.

Умер А. В. Суворов 6 (18) мая 1800 г. предположительно от сепсиса, развившегося в результате вялотекущего воспаления, перешедшего в гангрену. Входными воротами для инфекции могли стать полученные в Кинбутском сражении два огнестрельных ранения — в грудь и верхнюю конечность. На кончину смерти поэт Г. Р. Державин написал оду «Снегирь». Похоронен в Санкт-Петербурге в обители своего небесного покровителя Александра Невского в церкви Благовещения Пресвятой Богородицы Александро-Невской Лавры. На надгробной плите и настенной доске были одинаковые надписи с указанием воинского звания, основных титулов и годов жизни. Однако в 1859 г. внук полководца Александр Аркадьевич Суворов добился исполнения последней воли деда. Напольная плита была заменена. Теперь на ней лаконичная эпитафия: «Здесь лежит Суворов». Позднее на могиле установлен бюст А. В. Суворову (скульптор А. И. Хаустов). В ноябре 1942 г. захоронение оформлено живописным панно и флагами (художники Н. М. Суетина, А. В. Васильева). Во время блокады Ленинграда сюда приходили воины, которые отправлялись на защиту города.



*Надгробие А. В. Суворова в Александро-Невской лавре*

Память о Суворове на века останется в сердцах народов и не только России. В четырех странах мира (Россия, Белоруссия, Украина, Швейцария) действуют музеи А. В. Суворова; фигура генералиссимуса присутствует на монументе «Тысячелетие России» в Великом Новгороде и на памятнике

Екатерине II в Санкт-Петербурге (оба работы М. О. Микешина); во время Великой Отечественной войны учрежден полководческий орден Суворова, организованы суворовские училища. Именем А. В. Суворова названы астероид, населенные пункты, улицы, корабли, подводная лодка. Его образы воплощены в кино, литературе. По итогам всенародного голосования «Имя победы», проходившего в 2014 г., А. В. Суворов признан полководцем, внесшим наибольший вклад в воинскую славу России. С 2005 г. Свято-Тихоновским гуманитарным университетом ведется работа по сбору материалов для передачи вопроса о причислении к лику святых А. В. Суворова на рассмотрение Синодальной комиссии по канонизации.

Безусловно, важная составляющая в оценке заслуг и достижений А. В. Суворова — большая личная роль в вопросах профилактики заболеваний в войсках. Со временем накопленные теоретические знания и практический опыт по этому направлению были оформлены в науку — военную гигиену. Следует отметить, что как самостоятельная учебная дисциплина она получила свое развитие только во второй половине XIX в. Но уже в XX столетии создана цельная система санитарного-гигиенического обеспечения войск. Свою высокую эффективность она доказала в годы Великой Отечественной войны (1941–1945). В результате систематически проводимых тщательно продуманных государственных мероприятий в небывало тяжелых условиях был достигнут высокий уровень санитарно-гигиенического благополучия населения и армии.

В настоящее время основными руководящими документами, которые регламентируют вопросы охраны здоровья военнослужащих, являются ФЗ от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих» (статья 16), а также Устав внутренней службы ВС РФ (глава 1). В их основе принципы, выработанные в том числе А. В. Суворовым и изложенные в наставлении «Наука побеждать». Основные из этих принципов:

- проведение командирами (начальниками) мероприятий по оздоровлению условий службы и быта;



- выполнение военнослужащими правил личной и общественной гигиены, систематическое их закаливание, регулярные занятия физической подготовкой и спортом;

- осуществление мероприятий по медицинскому обеспечению военнослужащих.

Повседневная реализация этих правил во взаимосвязи с комплексом противоэпидемических мер и вакцинацией способствовали недопущению развития массовой вспышки COVID-19 в Российской армии. Летальность среди военнослужащих от указанной инфекции в 45 раз меньше среднего показателя по стране.

Главными проводниками идей А. В. Суворова по праву являются выпускники суворовских училищ, которые своим ратным трудом приумножают славу своего учителя и укрепляют обороноспособность страны. Суворовские училища закончили: начальник Генерального штаба ВС РФ первый заместитель Министра обороны РФ, Герой РФ, генерал армии В. В. Герасимов; генерал армии Герой РФ В. Г. Казанцев, Герой Советского Союза генерал-полковник (в от-

ставке) Б. В. Громов, Герой РФ генерал-полковник (в отставке) В. А. Востротин и др. Врачи-суворовцы<sup>2</sup>: главный отоларинголог Министерства обороны РФ, начальник кафедры Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова полковник медицинской службы профессор В. В. Дворянчиков, полковники медицинской службы (в отставке) профессора: В. К. Николенко, В. Н. Французов, А. Л. Сухоруков и др.

Таким образом, суворовская методика обучения и воспитания войск, в том числе в отношении медико-санитарных вопросов, основы которой заложены более двухсот лет назад, является предтечей современной отечественной системы сохранения жизни и здоровья, а также профилактики заболеваний в ВС РФ.

<sup>2</sup> Соавтор статьи А. В. Есипов — выпускник Московского суворовского училища, в настоящее время начальник одного из ведущих лечебно-профилактических учреждений страны — Национального медицинского исследовательского центра высоких медицинских технологий Центрального военного клинического госпиталя им. А. А. Вишневского.

## Литература

1. Белопольский Е. Т. Энциклопедический словарь для военных фельдшеров. М., 1953. С. 96–97.
2. Гладких П. Ф., Максимов И. Б. Забота А. В. Суворова о здоровье русского воинства // Очерки истории отечественной военной медицины: в 2 кн. (1613–1991). СПб.: СпецЛит, 2020. С. 127–131.
3. Корнеев В. М. Штаб-лекарь Ефим Белопольский // Воен. мед. журн. 1949. 5. С. 96–97.
4. Наука побеждать. Разговор с солдатами и их языком // А. В. Суворов великий сын России. М.: Триада-Х, 2000. С. 88–98.
5. Суворов А. В. Наука побеждать. М., 1980. С. 8–28.
6. Орлов Н. А. Штурм Измаила Суворовым в 1790 году. СПб., 1890.
7. Суворов А. В. Письма / Подг. В. С. Лопатин. М.: Наука, 1986.

## НОВОСТИ

### ТОМСК

**15 октября 2022 г.** члены Томского отделения Общества православных врачей России посетили село Уртам Кожевниковского района и провели благотворительный медицинский осмотр местных жителей. Всего врачебную помощь получили более 15 человек.

Выездной консультативный прием в селе Уртам Томское ОПВ провело уже во второй раз. В бригаду вошли специалисты: кардиолог, терапевт, невролог, детский невролог, гинеколог, отоларинголог, врачи ЛФК, диетолог.

Для медицинского осмотра было представлено Уртамское отделение общей врачебной практики. По традиции перед приемом врачи и пациенты совершили молебен перед началом благого дела перед иконой святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

9 июля 2022 г. состоялась специалистов Томского отделения Общества православных врачей России в деревню Зелеево в православный реабилитационный Центр для наркоалкогользависимых имени праведного Иоанна Кронштадтского. Руководит Центром протоиерей Дионисий Пучнин.

Перед началом консультативного приема в храме святых мучеников Флора и Лавра в Зелеево православными врачами и жителями деревни был прочитан акафиста святителю Луке (Войно-Ясенецкому) перед иконой с частицами его мощей.

*По материалам Томского регионально-го отделения ОПВР*

## ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ ДАЛЬ (1801–1872). К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ. ЧАСТЬ I

Галина Львовна МИКИРТИЧАН,  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой гуманитарных  
дисциплин и биомедицинской этики  
Санкт-Петербургского государственного  
педиатрического медицинского  
университета



Galina L. MIKIRTICHAN  
Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Head of the Department of Humanitarian  
Disciplines and Biomedical Ethics,  
St. Petersburg State Pediatric Medical  
University

## VLADIMIR IVANOVICH DAL (1801–1872). TO THE 150TH OF DEATH ANNIVERSARY. PART I

**АННОТАЦИЯ.** Имя Владимира Ивановича Даля для большинства тесно связано с его фундаментальным трудом — «Толковым словарем живого великорусского языка». Однако В. И. Даль был не только писателем, этнографом, фольклористом, но еще и морским офицером, врачом, администратором... В 2021 г. отмечался 220-летний юбилей со дня его рождения, а 2022 — год 150-летия со дня смерти. В статье, посвященной этим памятным датам, рассказывается о биографии и заслугах В. И. Даля — выдающегося человека, талантливого лингвиста, великого гражданина и русского патриота.

**Ключевые слова:** В. И. Даль, Толковый словарь живого великорусского языка, биография В. И. Даля, врачебная деятельность В. И. Даля, Казак Луганский.

**ABSTRACT.** The name of Vladimir Ivanovich Dal for the majority of people is closely connected with his fundamental work — «The Explanatory Dictionary of the Living Great Russian Language». However, V. I. Dal was not only a writer, ethnographer, folklorist, but also a naval officer, doctor, administrator... 2021 marks the 220th anniversary of his birth, and 2022 is the 150th anniversary of his of death.

The article dedicated to these memorable dates talks about the biography and merits of V. I. Dal — an outstanding person, a talented linguist, a great citizen and a Russian patriot.

**Keywords:** V. I. Dal, Explanatory Dictionary of the Living Great Russian Language, Biography of V. I. Dal, Medical Activities of V. I. Dal, Kazak Luganskiy.

*Зрелище жизни великого человека есть всегда прекрасное зрелище: оно возвышает душу, возбуждает деятельность...*

*В. Г. Белинский*

Литература о Владимире Ивановиче Дале насчитывает сотни источников: воспоминания современников, литературно-художественные произведения, научные исследования его биографии и разных сторон

деятельности, преимущественно в области филологии и лексикографии.

Данная статья, написанная в жанре юбилейной и не предполагающая особенной новизны, основывается, главным образом, на

воспоминаниях о В. И. Дале его современников и друзей. Наиболее обстоятельный и подробный источник сведений — большой критико-биографический очерк (1873) писателя публициста этнографа-беллетриста П. И. Мельникова (1818(1819)–1883), известного как Мельников-Печерский. Он впервые познакомился с Далем в Петербурге, а сдружились писатели в Нижнем Новгороде. Многие часы они посвятили разбору актов археологической комиссии, летописей и житий, «отыскивая по крохам старинные слова и объясняя их...» [6]. Поскольку Мельников тогда обитал на Печерской улице, Даль предложил ему литературный псевдоним, «П. Печерский».

Много важных биографических сведений о В. И. Дале включают воспоминания друга его юности по Морскому кадетскому корпусу — публициста и мемуариста, декабриста Д. И. Завалишина (1804–1892). Он вернулся из сибирской ссылки в 1863 г. и близко общался с В. И. Далем в последние годы его жизни. Откликнувшись на кончину В. И. Даля статьей в «Московских ведомостях», Д. И. Завалишин исправил ряд ошибок в некрологах и сообщил некоторые неизвестные факты его жизни. Он считал себя товарищем и другом В. И. Даля и отмечал: «Это название давал нам всегда Владимир Иванович. В 1866 г. он пожелал, чтобы мы вместе отпраздновали 50-летний юбилей нашего товарищества и неизменной дружбы».

Еще один источник — воспоминания лексикографа, историка литературы, переводчика Я. К. Грота (1812–1893). В. И. Даль познакомился и сдружился с ним на почве лингвистики. Это было профессиональное и человеческое общение двух масштабных личностей XIX в., в судьбах которых есть интересные пересечения и совпадения. Я. К. Грот был первым рецензентом «Толкового словаря живого великорусского языка», составленного В. И. Далем. Они вели переписку, которая отражена в воспоминаниях Я. К. Грота (1873).

Несомненный интерес представляют сведения, оставленные самим В. И. Далем. Однако они очень краткие и отрывочные. Как пишет исследователь его творчества Г. П. Матвиевская, «причина этому — свой-

ственные ему скромность и сдержанность в высказываниях о личной жизни» [1]. Так, в письме к академику Я. К. Гроту, по просьбе которого была составлена одна из автобиографических записок, сообщив некоторые данные о себе, Даль спрашивает: «Да для чего вам все это, право, не понимаю... Судите дело, а личность откиньте, что вам до нее?» [2].

\*\*\*

Владимир Иванович Даль родился 10 (22) ноября 1801 г. в поселке Луганский завод (ныне Луганск) в интеллигентной образованной семье. Отец его — обрусевший датчанин Иоганн Кристиан (Jochan Christian von Dahl, 1764–1821), на русский манер его называли Иваном Матвеевичем. Он был умным, образованным человеком, известным как замечательный лингвист и специалист в области богословия, свободно говорил на 8 языках: немецком, английском, французском, русском, идише, латыни, греческом и древнееврейском. Он был приглашен Екатериной II на должность библиотекаря, но вскоре по материальным соображениям решил стать врачом, снова отправился в Германию, учился в Йене и Эрлангене и вернулся в Россию с дипломом доктора медицины. Он был определен на медицинскую службу сначала в Петрозаводск, затем в кирасирский полк, принадлежавший к Гатчинским полкам великого князя Павла Петровича. 7 мая 1798 г. И. М. Даля переводят на Луганский пушечный литейный завод, который подчинялся Горному ведомству.

Мать В. И. Даля — Юлия Христофоровна, урожденная Юлия-Мария Фрейтаг (1771(1768)–1859), происходила из обрусевшего семейства французских гугенотов, обладала «голосом европейской певицы» и хорошо играла на фортепиано, говорила на пяти языках. На плечах этой хрупкой женщины держался дом Далея и воспитание детей.

Ее мать, бабушка Владимира Ивановича, Марья Ивановна Фрейтаг (Мария-Франциска-Регина, 1754–1837) получила хорошее образование. Кроме немецкого языка, хорошо знала французский, а русским, несмотря на свое немецкое происхождение, владела настолько свободно, что в свое время счита-

лась одной из лучших переводчиц на русский язык. По словам лиц, знавших ее, она была знатоком немецкой драматической литературы и, желая познакомиться с ней хотя бы отчасти наш русский театр, перевела несколько пьес Гете, Коцебу, Иффланда и др. Даль в детстве читал переводы бабушки на русский язык. Владимир был старшим из шестерых детей Далея, у него было 2 сестры и 3 брата. В семье все говорили по-русски, начинали читать очень рано. Даль вспоминал: отец «при каждом случае напоминал нам, что мы русские».

15 августа 1798 г. заводское правление дополнительно возлагает на И. М. Даля ответственность за лечение мастеровых на угольной ломке при Лисичьей балке (ныне Лисичанск). Он видит тяжелое положение «рабочих людей», антисанитарное состояние жилищ рабочих, ютившихся с семьями в сырых землянках, теснившихся в переполненных казармах, пребывающих в нищете. Он пишет рапорты начальству и добивается строительства дополнительных казарм, организации лазарета — первого лечебного учреждения для рабочих на Луганщине, улучшения продуктового снабжения, борется с инфекционными заболеваниями.



В. И. Даль. Неизвестный художник. 1820-е гг.

Вскоре после рождения Владимира, Иван Матвеевич переезжает в город Николаев, где служит старшим лекарем Черноморского флота. Своей службой И. М. Даль приобрел дворянство, и получил право на обучение своих детей в Петербургском морском кадетском корпусе за казенный счет.

Тринадцатилетним подростком Владимир вместе с братом Карлом, который был младше его на год, едет учиться в Санкт-Петербург в Морской кадетский корпус. В формулярном списке В. И. Даля сказано, что он воспитывался в Морском кадетском корпусе, в который поступил кадетом 1 августа 1815 г. Вступил в службу гардемарин 10 июля 1816 г., стал унтер-офицером 20 февраля 1819 г. По окончании полного курса наук был произведен в мичманы 3 марта 1819 г., в лейтенанты — 10 мая 1824 г. [1].

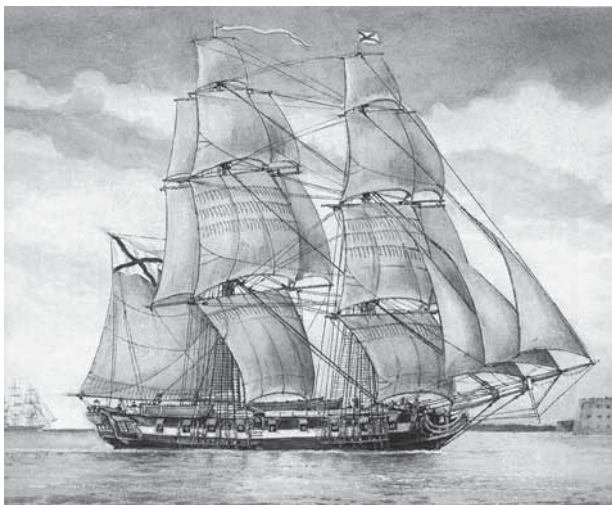
Сам Владимир Иванович писал об этих годах в своей «Автобиографической записке» так: «Что скажу об этом воспитании, о котором в понятии остались одни розги, так называемые дежурства, где дневал и ночевал барабанщик со скамейкою, назначенною для этой потехи. Трудно ныне поверить, что не было другого исправительного наказания против ошибки, шалости, лени и даже в случае простой бессмысленной досады любого из числа двадцати пяти офицеров... Не было того порока, который бы не входил в обиход кадетской жизни. Это было тем тяжелее, что о самой возможности такой жизни и не слышали дома... Что сказать о науке и корпусе? Почти то же, что и о нравственном воспитании: оно было из рук вон плохо, хотя для виду учили всему...» [3].

Против такой оценки обучения в Морском корпусе решительно протестовал товарищ Даля по корпусу Д. И. Завалишин. Он писал, что образование в корпусе было разносторонним и поставлено основательно, что жизнь кадетов имела много светлых сторон. В доказательство приводил некоторые факты, например, объяснял быстрое продвижение Даля по службе прекрасной его учебой и примерным поведением.

О производстве В. И. Даля в гардемарина Завалишин писал: «Этот чин считался в то время офицерским, так как в случае перехода в армию гардемарин переводился

уже офицерским званием». Производство же из гардемарин в унтер-офицеры, по его словам, «допускалось только для 10, много если 15 человек, самых отличных по наукам и по поведению из выпуска почти в сто человек» [4, 5].

О том, что в корпусе Даль «учился и вел себя очень хорошо», свидетельствует и его участие в ответном учебном морском походе русских кадетов в Швецию и Данию (1817), который, как признавала и его дочь Е. В. Даль, ее отец вспоминал с удовольствием. Этой чести удостоились только 12 кадетов, в том числе Д. И. Завалишин и будущий прославленный флотоводец П. С. Нахимов. Их включили в состав команды брига «Феникс», который с 20 мая по 18 сентября под командованием С. А. Ширинского-Шихматова совершил плавание по маршруту Санкт-Петербург–Кронштадт–Рочесальм–Свеаборг–Рига–Ревель–Стокгольм–Карлскрона–Копенгаген–Санкт-Петербург.



Двадцатипушечный бриг «Феникс». Художник Е. В. Войшвилло для журнала «Морской флот». 1989 г.

В Копенгагене с прочими русскими офицерами и гардемаринами В. И. Даль был удостоен приглашения к обеденному столу датского короля. Несколько часов он провел во дворце королей своих дедов. Впоследствии В. И. Даль писал: «Когда я плыл к берегам Дании меня сильно занимало то, что увижу я отечество моих предков, мое отечество. Ступив на берег Дании, я на первых же порах окончательно убедился, что отечество мое Россия, что нет у меня ничего общего с от-

чизною моих предков. Немцев же я всегда считал народом для себя чуждым» [6].

По свидетельству Д. И. Завалишина, Владимир Иванович, еще будучи кадетом, занимался литературой. Он писал стихи и тогда уже в своих сочинениях старался избегать иностранных слов и несвойственных русской речи выражений и оборотов.



Д. И. Завалишин. Портрет из книги «Декабристы: 86 портретов, вид Петровского завода и 2 бытовых рисунка того времени». 1906 г.

2 марта 1819 г. В. И. Даль был выпущен из Морского корпуса мичманом и отправлен служить на Черноморский флот. Местом назначения стал Николаев, небольшой приморский город примерно с 14-тысячным населением, где тогда находился штаб Черноморского флота и где жила его семья. Сюда же после окончания корпуса определился на службу и его брат Карл.

В историю литературы вошел рассказ о первом слове, записанном В. И. Далем по дороге из Петербурга к месту службы в марте 1819 г. Близ почтовой станции Зимогорский Ям (Новгородская губерния), что в 300 верстах от столицы, ямщик обернулся к продрогшему до костей моряку, поглядел на небо и в утешение указал на пасмурневшее небо:

— Замолаживает.

— Как это замолаживает? — удивился незнакомому слову Даль.

— Замолаживает. Вишь, пасмурнеет. Знать, к теплу.

Владимир вытащил тетрадку и коченеющими пальцами записал: «Замолаживает — в Новгородской губернии значит: небо пасмурнеет, заволакивается тучами» [7].

Возможно, так начался замечательный «Толковый словарь живого великорусского языка» Даля из 200 тысяч слов. Собрание не прекращалось ни на один день, записывались областные слова, особенные обороты народной речи, пословицы, поговорки, прибаутки. Лет через десять книжка превратилась в несколько толстых увесистых тетрадей, исписанных мелким, бисерным почерком Даля.

В Николаеве В. И. Даль продолжал свои литературные опыты, сочинял пьесы, писал стихотворения. Некоторые из них сохранились, например «Записки, веденные идучи с эскадрой на 44-х пушечном фрегате „Флоре“» с 1 июня по 1 сентября 1820 г. в плавании по Черному морю. Из этих «Записок» можно узнать о жизни В. И. Даля в Николаеве, о его службе и отношениях с семьей. Из этих заметок видно, что плавание увлекало его, он гордился своим быстроходным кораблем, но приступы морской болезни заставляли его подумывать о смене профессии. Из этих же заметок видна его глубокая привязанность к родителям, братьям и сестрам. Вместе с Карлом, который тоже участвовал в этом походе («мичман Даль 2-й»), они с нетерпением ждут вестей из дома, ожидают радостной встречи с родителями в Севастополе и печалются о смерти годовалой сестры Эмилии. В. И. Даль, веселого, общительного и деятельного, угнетала замкнутость отца. Взаимопониманию помогала сестра Паулина, с детства близкая с отцом. Паулина всегда была душевным другом Владимира Ивановича. Об этом свидетельствуют его письма к ней, написанные в разные годы и хранящиеся сейчас в рукописном отделе Пушкинского Дома. Их переписка началась во время пребывания Даля в Морском корпусе, причем велась по-французски, и это, как он говорил потом, очень помогло ему в изучении языка.



*В. И. Даль в 1820-е гг. Неизвестный художник.  
1830–1840-е гг.*

Пять лет прослужил В. И. Даль в Николаеве, ходил под парусами в Измаил и Килию, в Одессу и Севастополь, в Сухум-кале. Годы эти, судя по «Автобиографической записке», он расценивал как потраченные впустую.

Здесь произошел с ним неприятный случай. Как Даль рассказывал позже, «написал я не пасквиль, а шесть или восемь стишков, относившихся до тамошних городских властей, но тут не было ни одного имени, никто не был назван и стихи ни в каком смысле ни касались правительства» [3]. В то же время «появился пасквиль на некоторые лица в городе», который он не писал, но авторство которого местный начальник адмирал Грейг приписал В. И. Далю, предав его военному суду. Дело тянулось год, пока В. И. Даль не подал на имя императора «просьбу с объяснением всех обстоятельств дела». Решение было положительным для Владимира Ивановича, ему был возвращен чин лейтенанта, и он был переведен на Балтийский флот в Кронштадт, но 1 января 1826 г. он окончательно вышел в отставку: «...я почувствовал, что причину шалости этой есть бездействие мое, скука, недостаток занятий; я почувство-

вал необходимость в основательном учении. В образовании, дабы быть на свете полезным человеком» [3].



Дорпат. Рисунок из альбома «Путешествия по России П. П. Свинына». 1820-е гг.

20 января 1826 г. (в 24 года) Владимир Даль почти без всяких средств к существованию поступил в Дерптский университет на медицинский факультет. Жил он в тесной чердачной каморке. Несмотря на то, что В. И. Далю приходилось сдавать дополнительно экзамены по латинскому языку (благодаря прекрасной памяти он ежедневно выучивал 100 латинских слов), давать частные уроки русского языка, чтобы заработать на жизнь, он делает успехи в анатомии и хирургии. За успехи в учебе и специально написанные работы он дважды удостоивался серебряной медали. Спустя два года, в январе 1828 г. В. И. Даль был зачислен в число казеннокоштных воспитанников.

Здесь В. И. Даль знакомится с выдающимися молодыми людьми, составившими славу русской культуры и науки. Во время его учебы в Дерптском университете начинается свою работу Профессорский институт (1828–1838), идея организации которого возникла в Петербургской академии наук в конце 20-х гг. XIX в., и имела целью подготовку (из уже окончивших университетское обучение) профессоров и преподавателей для русских университетов. До этого подготовка ученых осуществлялась за рубежом. Обучались медики, юристы, филологи, историки, естествоиспытатели. Среди медиков были Н. И. Пирогов, Ф. И. Иноземцев, Г. И. Со-

кольский, А. М. Филомафитский, А. П. Загорский, Н. А. Сандовский и др. Будущие профессора должны были получить навыки исследовательской работы, а затем подготовить и защитить диссертации. При организации Профессорского института предполагалось, что после двухлетнего пребывания в Дерпте молодые ученые отправятся в зарубежные университеты для ознакомления с состоянием мировой науки.

В. И. Даль становится сотоварищем молодых ученых, учится вместе с ними, работает и оперирует, весело проводит время. «Золотым веком своей жизни» назовет позже Даль эти три года, проведенные в свободном и веселом студенческом городе Дерпте. Никогда больше он не жил так раскованно, поскольку «каждый сам располагает собою и временем своим как ему лучше, удобнее, наконец, как хочется... Нас не секли, не привязывали к ножке стола... Это не школа, здесь нет розог, нет неволи».

Даль вместе с Н. И. Пироговым, Ф. И. Иноземцевым, К. Липгардтом и др. усердно изучает анатомию и хирургию под руководством Ивана Филипповича Мойера (1786–1858), высокообразованного ученого, отличного хирурга-практика, талантливого педагога, ученика знаменитого итальянского анатома и хирурга Антонио Скарпы.



И. Ф. Мойер. Художник А. И. Клондер. Автолитография. 1827 г. Библиотека Тартуского университета

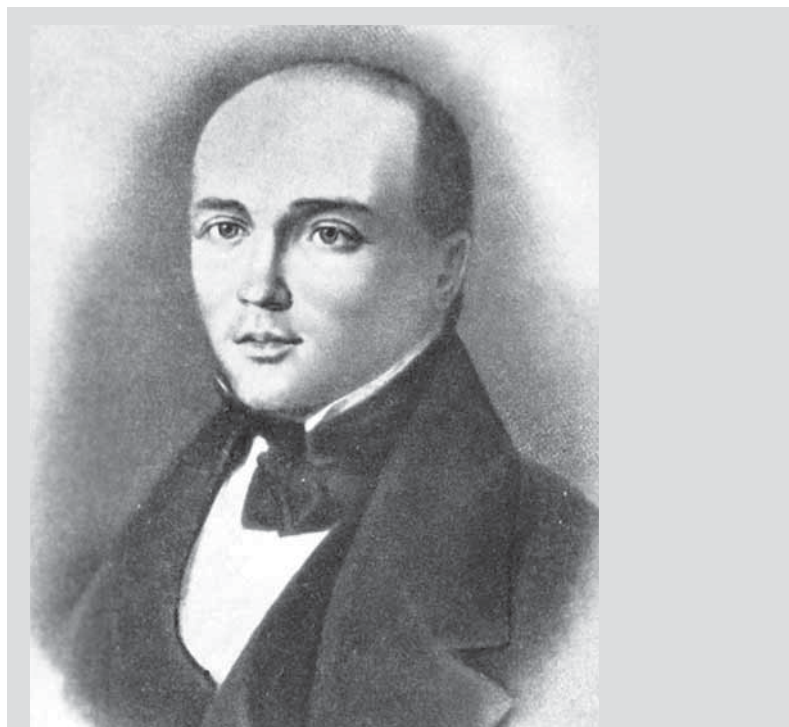
В 1815 г. И. Ф. Мойер возглавил кафедру хирургии Дерптского университета, усовершенствовал преподавание хирургии, вел занятия по оперативной хирургии, хирургической патологии, десмургии, офтальмологии. Проповедовал верность делу, благородные отношения между людьми. По определению Н. И. Пирогова, «это была личность замечательная и высокоталантливая», «талантливый ленивец». В молодые годы Мойер брал уроки игры на фортепиано у самого Людвига ван Бетховена и, благодаря исключительному слуху, со временем виртуозно исполнял пьесы великого композитора на музыкальных вечерах, на благотворительных концертах. Вместе с супругой открыл первый в Дерпте Бедный дом для стариков, на содержание которого перед отъездом в Орловскую губернию оставил в банке капитал (5 000 рублей серебром).

Н. И. Пирогов позже писал в «Дневнике старого врача»: «Мойер, к удивлению знавших его прежде, дошел в своем интересе до того, что занимался вместе с нами по целым часам препарированием над трупами в анатомическом театре...». И далее: «...По видимому, появление на сцене нескольких молодых людей, ревностно занимавшихся хирургией и анатомией, к числу которых принадлежали, кроме меня, Иноземцев, Даль, Липгардт, несколько оживили научный интерес Мойера» [8]. Даль за годы учебы, по словам Пирогова, «пристрастился к хирургии... скоро сделался ловким оператором», особенно любил делать глазные операции.

В доме И. Ф. Мойера произошло знакомство Даля с В. А. Жуковским, которое затем перешло в тесную дружбу. Дружба с Жуковским сделала Даля другом А. С. Пушкина, сблизила его с Воейковым, Языковым, Анной Зонтаг (Юшковой), Дельвигом, Крыловым, Гоголем, князем Одоевским, с братьями Перовскими и др.

В. И. Далю нравился Дерпт, он задумывался, не остаться ли здесь после окончания обучения. Но весной 1828 г. началась русско-турецкая война. На фронте не хватало врачей, поэтому всех студентов-медиков срочно призвали на военную службу. Даль не доучился положенных лет, но ему разрешили поехать на войну не лекарем-недоуч-

кой, а окончившим курс врачом: Далю дали возможность защитить диссертацию на степень доктора медицины. Он заслужил это своим старанием, все три года учения профессора отмечали его как одного из способнейших [7].



Н. И. Пирогов. Дерпт. Художник А. Д. Хрипков. 1830-е гг.

Из воспоминаний Н. И. Пирогова о В. И. Дале: «...Через год после нашего прибытия в Дерпт началась турецкая война 1828 года, и нам пришлось распрощаться с некоторыми из наших новых дерптских знакомых. На эту войну уехал от нас Владимир Иванович Даль (впоследствии [писавший под псевдонимом] «Казак Луганский»).

Это был замечательный человек, сначала почему-то не нравившийся мне, но потом мой хороший приятель. Это был прежде человек, что называется, на все руки. За что ни брался Даль, все ему удавалось усвоить. С своим огромным носом, умными серыми глазами, всегда спокойный, слегка улыбающийся, он имел редкое свойство подражания голосу, жестам, мимике других лиц; он с необыкновенным спокойствием и самою серьезною миною передавал самые комические сцены. Подражал звукам (жужжанию мухи, комара и проч.) до невероятия верно. В то время он не был еще писателем и литератором, но он читал уже отрывки из своих сказок» [8].



На войне В. И. Даль проявил себя как блестящий военный врач. Он был назначен ординатором при подвижном госпитале. Позже он вспоминал: «Видел тысячу, другую раненых, которыми покрылось поле и которым на первую ночь ложем служила мать сыра земля, а кровом небо... Толкался и сам между ранеными и полутрусами, резал, перевязывал, вынимал пули; мотался взад и вперед, поколе, наконец, совершенное изнеможение не распростерло меня среди темной ночи рядом со страдальцами» (про битву под Кулевичами) [7].

Несмотря на кровавые ужасы войны, именно тогда Владимир Даль собрал огромное количество материала для будущего словаря. Этому способствовало то, что в воинских частях, где ему довелось служить, находились солдаты со всей России, из самых разных краев и губерний. Если бы война не свела их вместе, не хватило бы целой жизни, чтобы объездить все эти земли и услышать тамошние разговоры.

У Даля накопилось столько записок, что для их перевозки потребовался вьючный верблюд. Вдруг, перехода за два до Адрианополя, в военной суматохе верблюд пропал. «Я осиротел, — писал Даль, — с утратой своих записок, о чемоданах с одеждой мы мало заботились. К счастью, казаки отбили где-то верблюда и через неделю привели его в Адрианополь» [6]. Таким образом, начало русского словаря было спасено.

За эту кампанию Даль был награжден серебряной медалью на георгиевской ленте и орденом Святой Анны.

«Только что воротился Даль с богатым запасом Словаря из Турецкого похода, как привелось ему идти в новый поход против возмущившихся поляков. Он был дивизионным врачом в 3-м пехотном корпусе, находившемся под командой генерал-адъютанта (впоследствии графа) Ф. И. Ридигера», — писал об этих месяцах П. И. Мельников-Печерский [6].

Здесь В. И. Даль проявил себя не только как искусный врач и хирург, но и как находчивый инженер. Пехотный корпус, в котором он служил, оказался прижат поляками к берегу реки Вислы. Силы были неравны, и поляки сожгли мост, чтобы противник не

мог отступить за реку. Но Даль благодаря своей находчивости смог выйти из ситуации. Вокруг заброшенного винокурного завода, где Владимир Иванович расположил раненых и больных, было множество пустых бочек. Он решил соорудить из них временную переправу через Вислу, по которой благополучно все переправились.

Рассказывая об этом эпизоде, П. И. Мельников-Печерский заметил: «Что же получил в награду наш инженер-самоучка за такой подвиг, за спасение войска? Строгий выговор начальства за то, что, взявшись не за свое дело, оставил пост при лазарете и покинул находившихся на его попечении больных и раненых в руках неприятеля. Этим, по словам покойного Владимира Ивановича, он был обязан баронету Вилье<sup>1</sup>, недоброжелательство которого к даровитым подчиненным так ярко очерчено в записках лейб-медика Тарасова, недавно напечатанных. Впоследствии, когда император Николай Павлович из донесения главнокомандующего князя Паскевича, основанного на рапорте генерала Ридигера, узнал о подвиге Даля, он награждал его Владимирским крестом с бантом» [6].

Даль часто рассказывал, как обогащал он запасы свои областными словами и местными оборотами речи: «Нигде это не было так удобно, как в походах. Бывало, на дневке где-нибудь соберешь вокруг себя солдат из разных мест, да и начнешь расспрашивать, как такой-то предмет в той губернии зовется, как в другой, в третьей; взглянешь в копилку, а там уж целая вереница областных речений» [6]. Преимущественно в Турецком да Польском походах, по словам Владимира Ивановича, изучал он наш язык со всеми его говорами.

По окончании Польской кампании Владимир Иванович приехал в Петербург (1832) и поступил ординатором в Петербургский военно-сухопутный госпиталь. Здесь он не утомимо трудился и вскоре приобрел из-

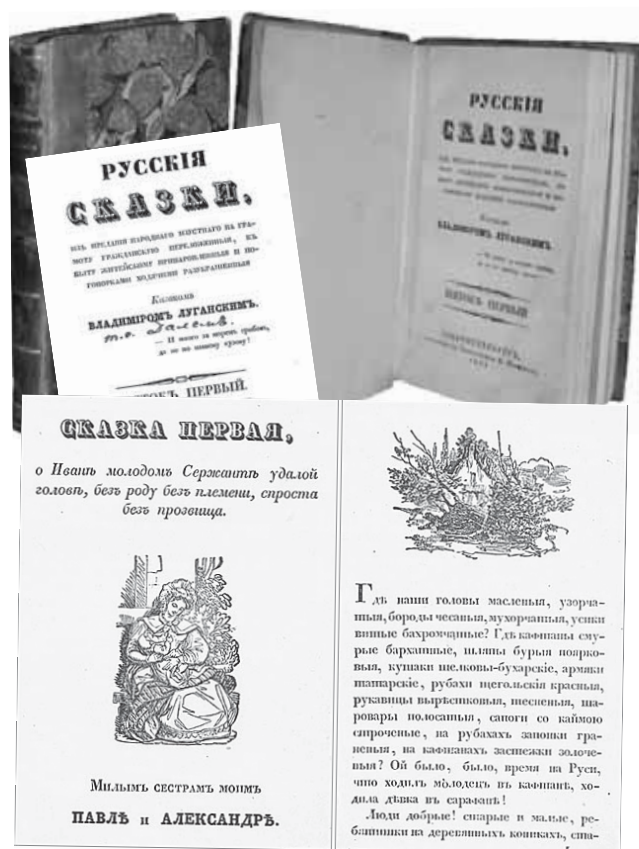
<sup>1</sup> Яков Васильевич Виллие, Виллье (1768–1854) — военный врач, лейб-хирург трех российских императоров, организатор военно-медицинского дела в российской армии; действительный тайный советник (1841), президент Медико-хирургической академии (1808–1838).

вестность замечательного хирурга, особенно же окулиста. Он сделал на своем веку более сорока одних операций снятия катаракты, и все вполне успешно. Примечательно, что его левая рука была развита настолько же, как и правая. Такая счастливая способность особенно пригодна была для него как оператора. Самые знаменитые в Петербурге хирурги приглашали Даля в тех случаях, когда операцию можно было сделать ловчее и удобнее левою рукой.

В 1832 г. отдельным изданием вышли обработанные В. И. Далем «Русские сказки. Пяток первый, из предания народного, из устного на грамоту гражданскую переложенные, и быту житейскому приуроченные, и поговорками ходячими разукрашенные». Подписал их он своим псевдонимом «Казак Луганский» в память о своей малой родине.

Однако неожиданно книга была запрещена из-за доноса Ф. В. Булгарина<sup>2</sup>, который нашел сказки неприличными, некоторые выражения в них были перетолкованы в дурную сторону. Ранним утром, когда Даль обходил палаты больных, явились в военно-сухопутный госпиталь жандармы, взяли его под стражу и отвезли к статс-секретарю А. Н. Мордвинову, управлявшему III отделением собственной Его Императорского Величества канцелярии (политический сыск). Помогли В. А. Жуковский, бывший тогда воспитателем Государя Наследника и находившийся в Петербурге по делам Георг Фридрих Паррот (1767–1852), заслуженный профессор физики и ректор Дерптского университета, «личный друг» Александра I, знавший и ценивший В. И. Даля еще с его студенческих лет. В. А. Жуковский и Г. Ф. Паррот ходатайствовали перед государем о Владимире Ивановиче. Вечером того же дня Даля освободили из-под ареста, и статс-секретарь Мордвинов рассыпался перед ним в самых изысканных любезностях. «Это, — как всегда говаривал Даль, — больше всего поразило меня в тот черный день». Любезный статс-секретарь на прощанье по-

дал освобожденному арестанту руку. Не отвечая ни слова на любезности, Даль руки не подал, отвернулся и ушел. Это ему не сошло даром.



«Русские сказки. Пяток первый...» Казака Луганского (В. И. Даля). 1832 г.

Через некоторое время среди кантонистов (малолетних и несовершеннолетних сыновей нижних воинских чинов) в разных городах распространилась трахома. Последовало Высочайшее повеление командировать лучшего окулиста для обзора госпиталей в военно-сиротских отделениях. Выбор пал на Даля по указанию Виллие и Мордвинова. Командировка эта на долгое время отвлекла бы его от практики, к тому же Владимир Иванович в то время собирался жениться. Неожиданно вместо Даля послали другого. Лейб-медик Николая I и Александра II хирург Н. Ф. Арндт рассказывал Владимиру Ивановичу, что, когда «столь доброжелательный к нему» баронет Виллие доложил о назначении в командировку Даля, император Николай сказал ему: «Даля нельзя, назначить другого, а то он может подумать, что его усла-

<sup>2</sup> Ф. В. Булгарин (1789–1859) — писатель, журналист, критик и издатель, за ним с легкой руки острослова А. С. Пушкина закрепилась репутация доносчика и писателя-коммерсанта.

ют за сказки». Владимир Иванович всегда с чувством умиления рассказывал о таком тонком и деликатном отзыве императора Николая Павловича [6].

Происшествие с первыми сказками не прошло для Даля бесследно. В это время он готовился к педагогической деятельности в Дерптском университете, где освободилась место профессора русского языка и словесности. В Дерпт его приглашал Г. Ф. Паррот как известного знатока русского языка. Даль с охотой согласился на это предложение, тем более что в то время начинал уже тяготиться занятиями медициной. Но встретилось препятствие. Хотя Владимир Иванович и был доктором, но не филологического факультета, он не имел не только ученой степени в этой области, но и звания действительного студента. Настойчивый Паррот уладил дело с министром народного просвещения Ливеном. Вместо экзамена на ученую степень филологического факультета Даль должен был представить свои «Русские сказки» и, кроме того, прочитать две пробные лекции в Петербургском университете. Все было готово, как вдруг разразилась буря из-за тех самых сказок. На этом дело и закончилось. «Не сказки сами по себе были мне важны, — писал Даль впоследствии, — а русское слово, которое у нас в таком загоне, что ему нельзя было показаться в люди без особого предлога и повода — сказка послужила предлогом. Я задал себе задачу познакомить земляков своих сколько-нибудь с народным языком и говором, которому открывался такой вольный разгул и широкий простор в народной сказке» [6].

В этом же 1832 г. В. И. Даль знакомится с А. С. Пушкиным. Владимир Иванович решил представиться поэту самостоятельно. Их первая встреча состоялась в Санкт-Петербурге в доме на углу Гороховой и Большой Морской, где была тогда квартира семьи Пушкиных. Даль подарил ему свою книгу «Русские сказки. Пяток первый Казака Луганского». Пушкин тут же начал листать книгу, и по всему было заметно, что труд Даля ему очень по душе. «Очень хорошо», — приговаривал поэт, листая «Сказки».

Под влиянием книги Даля Пушкин написал свою лучшую сказку «О рыбаке и рыбке»

и подарил Владимиру Ивановичу ее в рукописи с подписью: «Твоя от твоих! Сказочнику Казаку Луганскому, сказочник Александр Пушкин».

Даль рассказал Пушкину, что собирает слова живого народного языка, и получил от поэта горячее одобрение. Историк П. Барте-нев подчеркивал, что именно Пушкин утвердил Даля в мысли о создании словаря. Поэт «дейтельно поддерживал его, перечитывая вместе с ним его сборник и пополнял своими сообщениями» [9].

Этих великих людей связывала прочная и искренняя дружба, основанная на любви к своему Отечеству, русскому народу и русскому языку.

В это время имя В. И. Даля стало известным. Я. К. Грот писал об этом: «Имя Даля, как и псевдоним его Казак Луганский, было у нас, начиная с 30-х годов, одним из самых популярных. С самого появления в литературе известность его быстро распространилась, благодаря, между прочим, неожиданному за-прещению, которому подверглись изданные им в 1832 г. сказки...» [2].

Он также описал некоторые черты Владимира Ивановича: «В молодости Даль обладал, между прочим, талантом забавно рассказывать с мимикой смешные анекдоты, подражая местным говорам, пересыпая рассказ поговорками, пословицами, прибаутками и т. п. В тот вечер, о котором я говорю, он был, что называется, в ударе: слушатели, особенно молодежь, хохотали до упаду; он произвел на меня сильное впечатление...» [2].

В 1833 г., несмотря на то, что у В. И. Даля не было никакого состояния, он вышел в отставку по военно-медицинскому ведомству и навсегда оставил медицинскую практику, за исключением хирургической. Совесть не позволяла ему заниматься делом, в которое он больше не верил. Причиной этому были злоупотребления и неприятности, от которых он отчасти бежал из флота, и которые встретил в медицинской карьере.

В 1833 г. 32-летний Даль женился на юной 17-летней Юлии Егоровне Даль (Андре) лютеранского вероисповедания из старинного знатного рода. По отцу она была француженка, по матери — немка.



Ю. Е. Даль (Андре). Неизвестный художник. 1930-е гг.

Сразу же после венчания молодые выехали к новому месту службы В. И. Даля, в Оренбургскую губернию. Это был очень счастливый брак. Владимир Иванович покупает в Оренбурге дом, обустроивает его и собирает в нем местную интеллигенцию на «четверги». Юлия была украшением этих вечеров. Однако семейное счастье Даля было недолгим. Юлия Егоровна умерла в 1838 г. вскоре после рождения дочери. Владимир Даль, несмотря на то что был хорошим врачом, не смог определить болезнь жены.

Дети Даля от этого брака унаследовали слабое здоровье матери. Их первенец сын Лео (Лев) прославил свою фамилию как архитектор, но умер в 44 года. Второй сын умер младенцем. В 1838 г. появится на свет дочь Юлия, которая обладала великолепным голосом, писала сказки и рассказы, рисовала, знала языки, но и она умерла в 25 лет.

В Оренбурге В. И. Даль служил в качестве чиновника особых поручений при губерна-

торе Оренбургского края В. А. Перовском<sup>3</sup>. Здесь он впервые обнаружил свои блестящие административные способности.



В. А. Перовский. Художник К. П. Брюллов. 1937 г.

В. А. Перовский был неординарным, многосторонне образованным человеком, владел несколькими иностранными языками, любил музыку, поэзию, живопись. Но при всем богатстве дарований и художественном складе ума он отличался твердой волей, самостоятельным характером, ясным пониманием цели, что вероятно, позволило ему стать не просто хорошим администратором, а выдающимся государственным деятелем. В. А. Перовский ценил и уважал литературные занятия В. И. Даля

<sup>3</sup> Василий Алексеевич Перовский (1795–1857) — генерал от кавалерии, генерал-адъютант, оренбургский губернатор, затем генерал-губернатор. Руководил ранними попытками завоевания Средней Азии — Хивинским походом (1839–1840) и Кокандским походом (1853). Граф (1855). Личность В. А. Перовского привлекала художников Карла и Александра Брюлловых, О. А. Кипренского, А. Ф. Чернышёва, волновала воображение писателей. Перовский как оренбургский губернатор упоминается в рассказе В. И. Даля «Охота на волков», в повести Л. Н. Толстого «За что?», в повести С. И. Гусева-Оренбургского «Страна отцов» и др. произведениях. О войне 1812 г. и Перовском написан роман Г. П. Данилевского «Сожженная Москва», миниатюра В. С. Пикюла «Хива, отвори ворота!».

В 1830-е гг. А. С. Пушкина занимала тема крестьянского восстания XVIII в. под предводительством Емельяна Пугачёва. Летом 1833 г., когда «История Пугачёва» была уже почти написана в черновом варианте, он работал над романом. А. С. Пушкин решил поехать в места восстания — в Оренбург и Казань, чтобы «ознакомиться с архивами этих двух губерний». 17 августа 1833 г. Пушкин выехал из Петербурга, 2 сентября он был в Нижнем Новгороде, 5-го — в Казани, 9-го — в Симбирске. В Оренбург — главную цель своего путешествия — Пушкин прибыл 18 сентября 1833 г. Остановился поэт у военного губернатора В. А. Перовского, знакомого ему по Петербургу.

19 сентября Пушкин встретился со своим петербургским знакомцем В. И. Далем, который в то время служил в Оренбурге. Даль всюду сопровождал Пушкина. Утром 19 сентября 1833 г. в сопровождении Даля Пушкин поехал в Бёрдскую слободу, которую очень хотел посетить, т. к. там во все время осады Оренбурга войсками Пугачёва, с середины октября 1773 г. по конец марта 1774 г., была штаб-квартира восставших и ставка самого Пугачёва; старое казачье население должно было живо помнить времена крестьянской войны. Ожидание его не обмануло. Здесь состоялась интересная беседа А. С. Пушкина с 76-летней казачкой Ириной Афанасьевной Бунтовой, которая была свидетелем пугачевского времени. Этот разговор был для Пушкина особенно важен — Бунтова была родом из крепости Нижне-Озёрной и жила там во время взятия ее войсками Пугачёва, а затем последовала за ними в Бёрды и видела все, что там происходило.

По возвращении из Бёрд В. И. Даль показал А. С. Пушкину исторические места в Оренбурге. Два дня провели Пушкин и Даль неразлучно. К этому времени Даль хорошо изучил историю и этнографию Оренбургского края.

В конце 1836 г., сопровождая оренбургского губернатора В. А. Перовского, Даль приехал в Петербург. Пушкин радостно приветствовал возвращение друга, навещал его, интересовался лингвистическими находками Даля. Так, ему очень понравилось услышанное от Даля, ранее им не слышанное, слово

«выползина» — шкурка, которую после зимы сбрасывают змеи (выползают). Зайдя к Далю в новый сюртуке, Пушкин пошутил: «Что, хороша выползина? Ну, из этой выползины я теперь не скоро выползу. Я в ней такое напишу!»

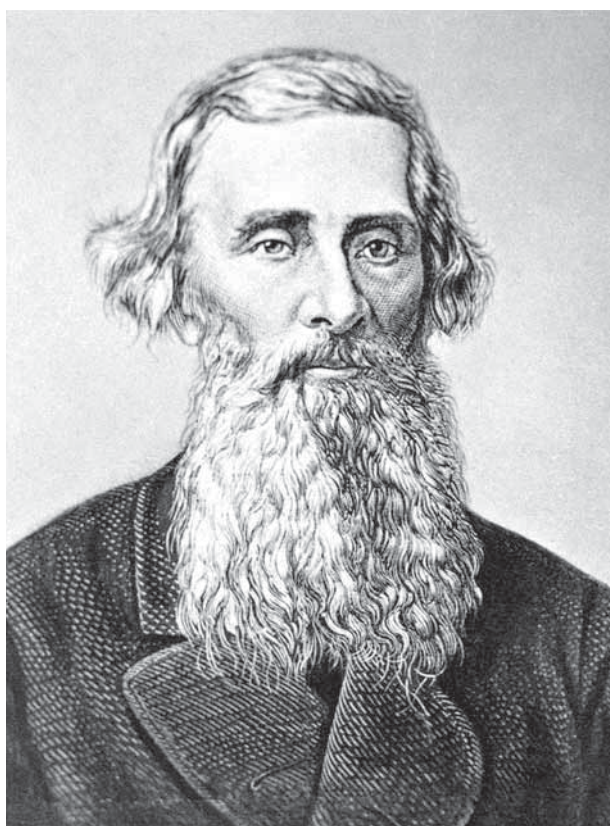
После дуэли с Дантесом «выползину» пришлось разрезать, чтобы не причинять раненому лишних страданий. После смерти Пушкина Далю достался от В.А. Жуковского этот последний простреленный сюртук Пушкина. В. И. Даль писал: «Это черный сюртук с небольшой, в ноготок, дырочкой против правого паха. Над этим можно призадуматься. Сюртук этот должно бы сберечь и для потомства; не знаю еще, как это сделать; в частных руках он легко может затеряться, а у нас некуда отдать подобную вещь на всегдашнее сохранение [я подарил его М. П. Погодину]» [10]. Впоследствии сюртук так и затерялся.



Памятник Пушкину и Далю в Оренбурге. Скульптор Н. Г. Петина. Архитектор С. Е. Смирнов. 1998 г.

Как только В. И. Даль узнал о состоявшейся дуэли и ранении Александра Сергеевича, он тотчас приехал домой к поэту и принимал участие в его лечении. Даль оставался у постели Пушкина до его конца,

ни на минуту не отлучаясь от умирающего. Вновь пригодились его медицинские познания, богатый опыт полевого хирурга. Из «Записок В. И. Даля о смерти А. С. Пушкина»: «...У него, у Пушкина, нашел я толпу в зале и в передней — страх ожидания пробежал шепотом по бледным лицам. — Г. Арндт и Спасский пожимали плечами. Я подошел к болящему — он подал мне руку, улыбнулся, и сказал: — „плохо, брат!“ Я присел к одру смерти — и не отходил, до конца страстных суток» [11]. Пушкин взял Даля за руку и спросил: «Даль, скажи мне правду, скоро ли я умру?» — «Мы за тебя надеемся еще, право, надеемся!» — Пушкин пожал Далю руку и сказал: «Ну, спасибо» [11]. Даль вместе с докторами Н. Ф. Арндтом и И. Т. Спасским старался облегчить, сколько мог, страдания поэта. И эти тягостные, тягучие часы страданий Пушкин переносил с поразительным мужеством.



Портрет В. И. Даля. Художник П. Ф. Борель.  
Оригинал начала 1860-х гг. Автор гравюры  
Л. А. Серяков

В последнюю ночь, когда Даль дежурил у постели Пушкина, Александр Сергеевич, бывший до этого с ним на «вы», сказал впер-

вые другу «ты». «В первый раз Пушкин сказал мне „ты“. Я отвечал ему также — и побратался с ним за сутки до смерти его, уже не для здешнего мира!» [11].

Пушкин умирал в жестоких страданиях. Даль проявил себя как чуткий врач, сумел утешить и ободрить поэта, внушив ему перед гибелью светлую надежду: *dum spiro spero* (лат.: пока живу, надеюсь). Друзья Пушкина, находившиеся в трагические дни на Мойке, называли Даля, написавшего бесценные записки о последних днях, часах, минутах поэта, и другом, и «ангелом-хранителем».

После ранения Пушкин жил 46 часов 15 минут, это подтверждает врачебная хроника последних двух суток жизни поэта. В соответствии с Указом военной коллегии от 1779 г. об обязательном вскрытии трупов, умерших насильственной смертью, необходимо было вскрытие тела Пушкина. Проводилось оно в передней квартиры поэта, очевидно, Спасским, единственным из докторов имевшим опыт судебно-медицинской экспертизы. Ассистировал В. И. Даль. Спешка, плохое освещение, неполный объем вскрытия и, главное, неоформленный письменный протокол стали затем причиной различных толкований хода раневого канала, наличия и степени поражения некоторых органов и, наконец, причины смерти. В. И. Даль обнаружил результаты вскрытия по памяти почти через 24 года. Разумеется, этот документ не может быть назван официальным протоколом вскрытия. Тогда уже были разработаны строгие требования к форме протокола, который состоял из введения, описательной части и мнения участвующих в процессе вскрытия врачей. Материалы В. И. Даля представляют собой вольное изложение того, что он видел на аутопсии. Записка была опубликована в 1860 г. в № 49 «Московской медицинской газеты».

В своих воспоминаниях о Пушкине В. И. Даль писал, что умирающий поэт передал ему перстень-талисман с изумрудом со словами: «Даль, возьми на память». А когда Даль отрицательно покачал головой, Пушкин настойчиво повторил: «Бери, друг, мне уж больше не писать» [12].

Впоследствии по поводу этого пушкинского подарка Даль писал поэту В. Ф. Одоев-

скому 5 апреля 1837 г.: «Перстень Пушкина, который звал он — не знаю почему — талисманом, для меня теперь настоящий талисман. Вам это могу сказать. Вы меня поймете. Как гляну на него, так и пробежит по мне искорка с ног до головы, и хочется приняться за что-нибудь порядочное». Даль пытался вернуть его вдове, но Н. Н. Пушкина запротестовала: «Нет, Владимир Иванович, пусть это будет вам на память».

Этот заветный дар друга Даль свято хранил всю жизнь. После кончины Даля перстень находился у его средней дочери Ольги Владимировны Демидовой (она вышла замуж за Платона Демидова, семья Даля породнилась с родом русских горнозаводчиков).

После знаменитой Пушкинской выставки 1880 г., на которой Ольга Демидова представила перстень Александра Сергеевича, она подарила его великому князю Константину Константиновичу — президенту Российской Академии наук. А он в свою очередь по завещанию передал перстень в Пушкинский дом — Институт русской литературы в Санкт-Петербурге. В 1950-е гг., когда создавался музей-квартира Пушкина на Мойке, перстень «вернулся» домой. В настоящее время кольцо хранится в фондах Музея-квартиры А. С. Пушкина на Мойке, 12.

*Продолжение следует*

### Литература

1. Матвиевская Г. П., Зубова И. К. Владимир Иванович Даль, 1801–1872 / Отв. ред. Э. Н. Мирзоян. М.: Наука, 2002. 221 с.
2. Грот Я. К. Воспоминание о В. И. Дале: (с извлечениями из его писем) // Воспоминание о П. П. Пекарском / [соч.] акад. Я. К. Грота. СПб.: Тип. Императорской Акад. наук, 1873. 23 с.
3. Даль В. И. Автобиографическая записка // Русский архив. 1872. № 11. Стб. 2246–2250.
4. Завалишин Д. И. Некоторые обстоятельства жизни Владимира Ивановича Даля: По поводу статьи «В. И. Даль. (По воспоминаниям его дочери)» // Русская старина. 1904. № 4. С. 321–339.
5. Завалишин Д. И. Записки декабриста Д. И. Завалишина. 1-е изд. СПб.: Тип. Сириус, 1906. 464 с.
6. Мельников П. И. Воспоминания о Владимире Ивановиче Дале // Русский вестник. 1873. № 3. С. 275–340.
7. Порудоминский В. И. Даль. М.: Мол. гвардия, 1971. 384 с.
8. Пирогов Н. И. Вопросы жизни: дневник старого врача. Иваново: ПресСто, 2009. 426 с.
9. Бартенев П. И. В. И. Даль [некролог] // Русский архив. 1872. № 10. Стб. 2023–2031.
10. Пушкин в воспоминаниях и рассказах современников / Под ред. С. Я. Гессена. Ленинград: Гослитиздат, 1936. С. 506–511.
11. Даль В. И. Смерть Пушкина // Пушкин в воспоминаниях и рассказах современников / Под ред. С. Я. Гессена. Ленинград: Гослитиздат, 1936. С. 515–520.
12. Майков Л. Н. Пушкин: Биогр. материалы и ист.-лит. очерки. СПб.: Издание Л. Ф. Пантелеева, 1899. 462 с.

## НОВОСТИ

### ТОМСК

**7–9 июня 2022 г.** члены Томского общества православных врачей приняли участие в **XIII Межрегиональной конференции по социальному служению**, состоявшейся в Новосибирске. В работе конференции также участвовали представители Томской епархии.

На пленарном заседании со словами приветствия выступили председатель Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению епископ Верейский Пантелеимон, митрополит Новосибирский и Бердский Никодим, представители органов власти, медицинских учреждений, учреждений культуры, общественных организаций. Камертоном встречи стали слова епископа Пантелеимона: «Когда человек понимает, что блаженнее давать, чем принимать, он становится социальным работником».

В первый день участники конференции посетили церковные социальные объекты

Новосибирской епархии. Второй день конференции начался с Божественной Литургии в Вознесенском кафедральном соборе, которую возглавил митрополит Новосибирский и Бердский Никодим в сослужении епископа Верейского Пантелеимона, председателя Синодального отдела по благотворительности, и архиереев Новосибирской митрополии: епископа Искитимского и Черепановского Луки, и епископа Карасукского и Ордынского Филиппа.

Затем участники конференции приняли участие в работе секций по направлениям социального служения Русской Православной Церкви.

На секции **«Актуальные вопросы больничного служения»** выступила И. Г. Самойленко, секретарь Томского общества православных врачей с докладом о служении православных медиков. На секции обсуждались вопросы служения в госпиталях, уход за ранеными.

С докладом и презентацией о курсах профессиональной подготовки младших сестер милосердия выступил протоиерей Николай Абрамов в ходе секции **«Служение сестер милосердия в наше время. Уход как важное направление сестринского служения»**.

Члены Томского общества православных врачей также принимали участие в работе секций «Организация помощи семьям на уровне епархии, благочиния, прихода. Опыт взаимодействия со Светскими НКО», «Лаборатория профессиональных решений: как улучшить качество жизни людей с инвалидностью в условиях кризиса», «Социальное проектирование и грантовое финансирование приходских социальных проектов», «Организация проектов помощи бездомным в кризисное время», «Как организовать работу по профилактике абортов и помощи кризисным беременным в епархии».

# XXXI МЕЖДУНАРОДНЫЕ РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ

По благословию Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла и во исполнение решения Священного Синода Русской Православной Церкви XXXI Международные Рождественские образовательные чтения пройдут в период с 25 по 27 января 2023 г. Форум будет посвящен теме «Глобальные вызовы современности и духовный выбор человека».



23 декабря 2022 г. состоялось заседание Оргкомитета XXXI Международных Рождественских образовательных чтений. Заседание возглавил председатель Синодального отдела религиозного образования и катехизации, глава Оргкомитета чтений митрополит Екатеринбургский и Верхотурский Евгений.

Заседание прошло в дистанционном формате. Председатель Оргкомитета передал благословение Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла и поприветствовал собравшихся.

Региональный этап Рождественских чтений прошел в 160 епархиях на территории Российской Федерации, включая викарлатства города Москвы, в 16 епархиях на территории других стран, в том числе в 10 епархиях Белорусского экзархата, двух епархиях Казахстанского митрополичьего округа, двух — Среднеазиатского митрополичьего округа, а также в Таллинской и Аргентинской епархиях.

Митрополит Екатеринбургский и Верхотурский Евгений подчеркнул: «Особенно хочется отметить, что тема Чтений этого года — „Глобальные вызовы современности и духовный выбор человека“ — в рамках регионального этапа раскрывалась активно и была отражена в резолюциях и иных итоговых документах мероприятий в епархиях. Во многих из них подчеркивается, что „новые вызовы, которые стоят перед нами сегодня, помогают нам более ясно и открыто, без компромисса с теми, кто навязывает чуждые нашему народу «ценности», высказывать и отстаивать Евангельские истины, которые открывают нам, нашим детям и всему нашему народу путь жизни (Ин. 14:6)“. Без возвращения к патриотическому наследию, традиционным для нашей страны православным ценностям и нормам христианской этики, наше общество не сможет полноценно развиваться. Необходимо плодотворное сотрудничество органов власти и Церкви, образовательных организаций и СМИ в решении проблем нравственного воспитания, в деле укрепления нравственных основ жизни детей и молодежи».

XXXI Международные Рождественские образовательные чтения официально откроются в Москве 25 января 2023 г. в кафедральном соборном Храме Христа Спасителя, где Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл совершит Божественную литургию. В этот же день в Государственном Кремлевском дворце состоится торжественное пленарное заседание и праздничный концерт. 27 января в 16.30 в Зале церковных соборов Храма Христа Спасителя пройдет итоговое заседание. Все дни будет вестись работа направлений чтений. Всего в рамках 18 направлений чтений запланировано более 150 мероприятий.

В ходе XXXI Международных Рождественских образовательных чтений в рамках направления «Православная биоэтика» состоятся две медицинские секции: конференция «Православная биоэтика: от постановки проблем к поиску решений» и секция «Духовный выбор врача и пациента на фоне глобальных вызовов современности».

*По материалам официального сайта Московского Патриархата*





**МАТЕРИАЛЫ,  
ПОСВЯЩЕННЫЕ  
СВЯТИТЕЛЮ ЛУКЕ**



## ВОЕННОЕ СЛУЖЕНИЕ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО) В ПЕРВУЮ МИРОВУЮ ВОЙНУ

Сергей Иванович ВОРОБЬЕВ,  
профессор кафедры патологии человека  
Первого МГМУ им. И. М. Сеченова,  
член исполкома Общества православных врачей  
России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)



Sergey I. VOROBYEV,  
Professor at the Department of Human Pathology,  
I. M. Sechenov First Moscow Medical University,  
member of the executive committee of the Russian  
Orthodox Doctors Society named after St. Luke (Voyno-  
Yasenetsky)

Александр Григорьевич ЧУЧАЛИН,  
академик РАН, профессор, заведующий кафедрой  
госпитальной терапии РНИМУ им. Н. И. Пирогова,  
председатель исполкома Общества православных  
врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)



Alexander G. CHUCHALIN,  
Academician of the Russian Academy of Sciences,  
Professor, Head of the Department of Hospital Therapy,  
Pirogov Russian National Research Medical University,  
Chairman of the Russian Orthodox Doctors Society  
named after St. Luke (Voyno-Yasenetsky)

иеродиакон Кирилл (ПУСТОГРАЕВ),  
кандидат медицинских наук,  
член исполкома Общества православных врачей  
России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)



Hierodeacon Kirill (PUSTOGRAEV),  
Candidate of Medical Sciences, Member of the  
Executive Committee of the Russian Orthodox Doctors  
Society named after St. Luke (Voyno-Yasenetsky)

протоиерей Алексей БАБУРИН,  
клирик храма Положения Ризы Господней на  
Донской улице в Москве, старший научный  
сотрудник Научного центра психического здоровья,  
член исполкома Общества православных врачей  
России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)



Archpriest Alexy BABURIN,  
Cleric of the Church of the Deposition of the Robe  
of the Lord on Donskaya Street in Moscow, senior  
researcher at the Mental Health Research Center,  
member of the Executive Committee of  
Russian Orthodox Doctors Society of St. Luke (Voyno-  
Yasenetsky)

## THE MILITARY MINISTRY OF ST. LUKE (V. F. VOYNO-YASENETSKY) IN THE FIRST WORLD WAR

**АННОТАЦИЯ.** В 2022 г. исполнилось 145 лет со дня рождения святителя Луки (Войно-Ясенецкого), чье имя носит ровно 15 лет Общество православных врачей России, учрежденное 29 сентября 2007 г. в Белгороде на I Всероссийском съезде православных врачей России. Этим памятным датам посвящена статья.

**Ключевые слова:** святитель Лука (Войно-Ясенецкий), В. Ф. Войно-Ясенецкий, Переславль-Залесский.

**ABSTRACT.** 2022 marks the 145th anniversary of St. Luke (Voyno-Yasenetsky), whose name the Russian Orthodox Doctors Society bears for exactly 15 years, since it has been founded on September 29, 2007, in Belgorod at the I All-Russian Congress of Orthodox Doctors of Russia. An article is devoted to these memorable dates.

**Keywords:** St. Luke (Voyno-Yasenetsky), V. F. Voyno-Yasenetsky, Pereslavl-Zalessky.

*Главное в жизни всегда делать людям добро. Если не можешь делать для людей добро большое — постарайся совершить хотя бы малое!*

*В. Ф. Войно-Ясенецкий*

Валентин Феликсович родился 15 (27) апреля 1877 г. в Керчи в семье провизора Феликса Станиславовича Войно-Ясенецкого и Марии Дмитриевны, урожденной Кудриной. Отец будущего святителя Феликс Станиславович был потомственным дворянином Сенненского уезда Могилевской губернии, принадлежал к древнему дворянскому роду Войно-Ясенецких, имевших собственный фамильный герб.



*Фамильный герб рода Войно-Ясенецких [1]*

В 1898 г. Валентин Феликсович стал студентом медицинского факультета Киевского университета. Учился он прекрасно, особенно преуспевал в изучении анатомии. После выпускных экзаменов пожелал стать земским врачом. «Я изучал медицину с исключительной целью: быть всю жизнь земским, мужицким врачом», — писал святитель в своих воспоминаниях.

Профессиональная карьера молодого врача началась с воинского служения. Ва-



*Семья Ясенецких-Войно, родители: Феликс Станиславович и Мария Дмитриевна (урожденная Кудрина); дети: Валентин и Ольга. Фото из архива Симферопольской епархии РПЦ*

лентин Феликсович поступил в Киевский медицинский госпиталь Красного Креста, в составе которого в 1904 г. отправился на Русско-Японскую войну. Работал в эвакуационном госпитале в Чите, заведовал хирургическим отделением и получил большую практику, делая крупные операции на костях, суставах и черепе.

Первую мировую войну Валентин Феликсович встретил в Переславль-Залесском будучи главным врачом Переславской земской больницы, куда он приехал в 1910 г. В городе до 1880 г. были только две лечебницы: при фабрике Товарищества Переславской мануфактуры на 24 койки и на фабрике Гладковой на 5 коек.

В то же время с давних пор Переславль-Залесский был одним из крупнейших духовных центров России. В нем сохранилось 6 монастырей, из них 5 действующих: один из самых древних монастырей России, основанным в 1010 г. святым князем-страстотерпцем Борисом — Переславский Никитский мужской монастырь; Переславский Феодоровский женский монастырь, основанный в 1304 г.; Переславский Свято-Никольский женский монастырь, основанный в 1348 г.; Свято-Троицкий Данилов мужской монастырь, основанный в 1508 г.; Горицкий Успенский монастырь, основанный в начале XIV в.; Богородицко-Сретенский Новодевичий монастырь, основанный в 1659 г. Ни один город кроме Москвы не мог сравниться по количеству монастырей и храмов с Переславль-Залесским, в котором было около 50 храмов, церквей и часовен.

В земле Переславской просияли великие святые: благоверный князь Александр Невский, благоверный князь Андрей Смоленский, преподобный Никита Столпник, преподобный Даниил Переславский, преподобный Корнилий Молчальник, преподобный Дмитрий Прилуцкий, преподобный Герасим Болдинский, блаженный Миша-Самуил Христа ради юродивый, еще не прославленный переславский блаженный Никита-девственник [8], а сколько нам пока неизвестных...

В конце XIX в. в Переславле-Залесском постепенно начала подниматься земская медицина. Так, в конце 1890-х гг. открылась

земская больница на 30 коек, в 1895 г. открыли заразный барак для инфекционных больных. В 1910 г. в земской больнице, куда поступил работать хирургом Валентин Феликсович, согласно больничному отчету общее количество стационарных больных достигло цифры 961 (по сравнению с 847 больных за 1909 г.).

Через месяц после начала Первой мировой войны — 20 августа 1914 г. — Валентин Феликсович избирается председателем Переславского земского комитета по организации помощи раненым и больным воинам. Кроме того, он постоянно участвует в заседаниях Воинского присутствия, в наборах солдат, исполняет обязанности заведующего лазаретом.

Никто не мог предположить, что эта война превратится в одну из самых смертоносных в истории. Около 40 государств участвовало в этом военном конфликте между двумя коалициями: Антантой, в которую входили Франция, Великобритания и Россия и Тройственным союзом Германии, Австро-Венгрии и Италии. Поводом для начала войны было убийство 28 июня 1914 г. эрцгерцога Франца Фердинанда, наследника Австро-Венгрии, боснийским сербом Гаврило Принципом. Австро-Венгрия обвинила в этом Сербию. Россия не могла оставить Сербию без защиты, и к августу 1914 г. система взаимных договоров втянула в войну Германию, Францию и Британию. Признано, что Первая мировая война была одной из самых кровопролитных: около 10 миллионов человек погибли в боях и более 5 миллионов мирных жителей в результате голода и болезней, военной оккупации. Только потери немцев и австро-венгров в знаменитом русском наступлении — Брусиловском прорыве — в 1916 г. были катастрофическими: около 1,5 миллиона погибших, раненых и пленных [7]. Каким-то образом эти раненные военнопленные поступали в Россию, в том числе в Переславль-Залесский, это прослеживается по отчетам Переславской больницы за 1914–1916 гг.

С началом Первой мировой войны, стараниями Валентина Феликсовича создается комитет по сбору пожертвований на

устройство лазарета в Переславле-Залесском, который был организован в доме бывшего доктора Владимира Карловича Шилля (ул. Кардовского, д. 41). Знаменитый голубой двухэтажный дом доктора Шилля до сих пор хранит память о выдающемся хирурге и святителе. Рядом с домом установлен информационный щит с указанием его архитектурных особенностей и памятью места — здесь лечил раненных в годы Первой мировой войны главный врач города Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий.



*Дом доктора В. К. Шилля в Переславле-Залесском, где в 1914–1916 гг. размещался лазарет для раненых*

Как заведующий больницей Валентин Феликсович добился возможности оборудовать рентгеновский кабинет, но сожалел, что приобрести аппарат до конца войны нет возможности, так как «их теперь нет в продаже». Осуществление этого проекта стало возможным благодаря «просвещенной отзывчивости Варвары Сергеевны Варенцовой». 1914 год ознаменовался открытием нового заразного барака и приобретением больничной аптекой прав нормальной аптеки [3].

Война отразилась на уменьшении медицинского персонала больницы. На действительную службу были призваны фельдшер хирургического отделения Д. А. Рябинин, участковый фельдшер Ф. В. Иванов. По постановлению Земского собрания от 20 августа в больнице отведено 20 кроватей для раненых и больных.

Многие нужды больницы, на которые в прежние годы указывали предшественники врача Войно-Ясенецкого и он сам, оста-

вались неудовлетворенными и в 1914 г., «но по условиям военного времени, не об всех их уместно говорить», — писал Валентин Феликсович [3].

«Есть, однако, одна нужда, — продолжает В. Ф. Войно-Ясенецкий, — и удовлетворить ее необходимо даже при самых тяжелых обстоятельствах. Речь идет о нетерпимом состоянии больничной ассенизации.

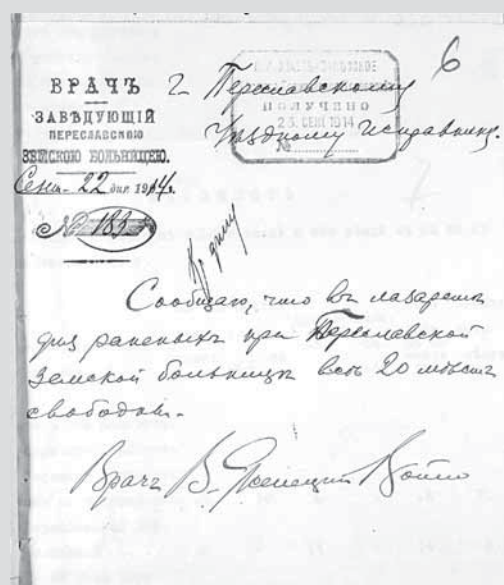
Условия военного времени не только не могут отодвинуть до более благоприятных условий упорядочения ассенизации, но, наоборот, настоятельнейшим образом этого требуют, т. к. новый заразный барак приспособлен в настоящее время для обслуживания всех Переславских лазаретов для раненых и больных воинов, в нем же приходится помещать пленных, и очевидно, Переславская же больница должна будет обслуживать нужды города и значительной части уезда в случае эпидемий, появление которых в связи с войной надо ожидать с большей вероятностью. При теперешнем состоянии ассенизации Переславская больница должна будет служить рассадником эпидемических болезней, а не местом борьбы с ними», — так заканчивает Валентин Феликсович свою общую часть Отчета о деятельности Переславской земской больницы в 1914 г. [3].

В Переславль-Залесский эвакуировалось мало раненых в связи с тем, что в этот старинный город перевозили только тех пострадавших, которым не была затруднительна длительная транспортировка более чем за 20 км от железной дороги Москва–Ярославль. В. Ф. Войно-Ясенецкий сокрушается такому обстоятельству, так как в Переславской земской больнице, которую он возглавлял, возможно лечение тяжело раненых и пострадавших на поле боя в гораздо большей степени, чем в некоторых других больницах, расположенных по линиям железных дорог, но не имевших хирургов-специалистов. Так как прибывали раненые с фронта, встал вопрос о создании лазарета. На заседании думы неоднократно ставился вопрос о расширении больницы. Но военные события не требовали отлагательства. Поэтому отвели два десятка коек в больнице, которые при первой возможности занимались гражданскими больными.

Таблица 1

## Движение больных в Переславской земской больнице в 1914 г. [3]

	Терапевт.	Хирург.	Всего
<b>Стационарное лечение</b>			
Состояло к 1 января 1914 г.	35	23	58
Поступило в течение года	780	480	1260
Выписалось	727	472	1199
Умерло	41	23	64
Осталось к 1 января 1915 г.	37	21	58
Число больничных дней	10779	8826	19605
Средняя продолжительность пребывания одного больного	13	17	—
Среднее число ежедневно занятых кроватей	29,3	24	53,3
Процент смертности	5	4,5	—
<b>Амбулаторный прием</b>			
Число больных	10024	4844	14868
Число посещений	18924	13850	32774



Из докладной записки заведующего Переславской земской больницей уездному исправнику от 22 сентября 1914 г.: «...Сообщаю, что в лазарете для раненых при Переславской земской больнице все 20 мест свободны. Врач В. Ясенецкий-Войно» [5].

В условиях военного времени Валентину Феликсовичу пришлось очень ограничить применение региональной анестезии, так как не было новокаина. Соответственно увеличилось число операций, производимых под

общим наркозом, для которого, как и прежде, применялся эфир в форме капельного наркоза с обыкновенной маской Эсмарха. Практика, проведенная в это время, показала, что наркоз протекал, как правило, превосходно, и более или менее серьезные осложнения наблюдались весьма редко. Предварительные подкожные впрыскивания морфия проводились лишь в немногих случаях, и, тем не менее, очень часто легко удавалось усыпить вдыхаемым по каплям эфиром даже крепких мужчин. В таких случаях, когда долго не наступал сон от эфира, применялся хлороформ (также капельным способом) до полного усыпления, а затем наркоз поддерживался опять эфиром; и при таком смешанном наркозе хлороформа расходовалось очень мало. К местной анестезии были отнесены случаи применения методов ограничения поля операций диффузными инъекциями со стороны подходящих к нему нервов, методов, которые R. Danis называет «диффузной областной анестезией» [3].

В Отчете о деятельности Переславской земской больницы за 1915 г. Валентин Феликсович указывает, что «в связи с условиями военного времени больница работала в отчетном году весьма напряженно, что видно из следующей таблицы движения больных» (табл. 2).

Таблица 2.

## Движение больных в Переславской земской больнице в 1915 г. [4]

	Терапевт.	Хирург.	Всего
<b>Стационарный прием</b>			
Состояло к 1 января 1915 г.	37	22	59
Поступило в течение года	943	521	1464
Выписалось	878	496	1374
Умерло	50	25	75
Осталось к 1 января 1916 г.	52	22	74
Число больничных дней	14506	10442	24948
Средняя продолжительность пребывания одного больного	14,8	19,5	—
Среднее число ежедневно занятых кроватей	40	29	69
Процент смертности	5	4,6	—
<b>Амбулаторный прием</b>			
Число больных	10326	5984	16310
Число посещений	20361	14320	34681

«В эти цифры, — продолжает В. Ф. Войно-Ясенецкий, — вошли и нижние чины, эвакуированные с театра военных действий и занимавшие отведенные для них 20 коек. Эти койки не составляли отдельного лазарета и при первой возможности занимались обыкновенными больными, так как при крайнем переполнении больницы невозможно было бы держать их постоянно свободными ради незначительного числа раненых и больных нижних чинов; последних было за год всего 117 (42 в хирургическом отд. и 75 в терапевтическом и заразном), число проведенных ими дней составляло 3451 (1292 дня в хирургическом и 2159 в терапевтическом отделении). Занятое лазаретных коек в свободное время никогда не вызывало затруднений в размещении прибывающих партий нижних чинов.

Число коек в больнице увеличилось в отчетном году до 84 в следствии открытая заразного лазарета на 16 коек для эвакуированных с театра военных действий; койки эти были оборудованы на средства Союза Городов<sup>1</sup> и размещены в новом заразном ба-

раке, вместимость которого была увеличена до 24 кроватей, т. е. в 1½ раза. Старый заразный барак на 8 кроватей также продолжал функционировать, и таким образом общее число заразных коек в больнице составляло 32. Увеличение числа коек относилось лишь к терапевтическому отделению (в состав которого я отношу и заразные бараки), и работа последнего значительно увеличилась, о чем подробно изложено в отчете И. М. Михневича.

Число больных в хирургическом отделении увеличилось в меньшей пропорции, но и это увеличение надо признать явлением ненормальным, так как и в 1914 г. все штатные койки отделения были заняты круглый год (24 ежедневно занятых кровати при 24 штатных), в отчетном же году среднее число ежедневно занятых кроватей (29) превышало число штатных на 5, что указывает на крайнее переполнение хирургического отделения. Во время особенно большого переполнения отделения часть хирургических больных приходилось размещать на свободных ме-

<sup>1</sup> Союз городов (Всероссийский союз городов помощи больным и раненым воинам) — крупная общественная организация, оказывавшая содействие правитель-

ству Российской империи в организации медицинской помощи и устройстве беженцев в годы Первой мировой войны. Был основан на Всероссийском съезде представителей городов в Москве в августе 1914 г.



стах терапевтического отделения, глазные же и гинекологические больные и роженицы, почти как правило, принимались в терапевтическое отделение, если они не нуждались в операциях.

При столь напряженной работе в больнице оба больничных врача заведовали еще лазаретами для раненых Союза Городов (на 60 и на 25 кроватей) и постоянно участвовали в заседаниях Воинского присутствия и в наборах солдат. Справиться с этой непосильной работой можно было только благодаря постоянному участию в ней врача Переславского участка С. Д. Михневич, работавшей в обоих отделениях больницы и в амбулатории.

В отчетном году Переславская больница, и без того бедная фельдшерским персоналом, понесла утрату в лице фельдшера Андрея Абрамовича Носкова, скончавшегося 23 августа, после почти девятнадцатилетней службы в Переславском Земстве. На долю остальных фельдшеров и фельдшерлиц выпала тяжелая, почти непосильная работа».

«В виду условия военного времени, — продолжает В. Ф. Войно-Ясенецкий, — не считаю уместным излагать многочисленные нужды больницы в отношении благоустройства ее, но, тем не менее, не могу не упомянуть о весьма неудовлетворительном и теперь состоянии прачечной и ассенизации больницы» [4].

В связи с условиями военного времени Переславская земская больница работала напряженно. Необходимо подчеркнуть, что 1914, 1915 и 1916 гг. являлись военными, когда в земские больницы доставляли раненых и покалеченных с фронта, при этом общая

летальность пациентов Переславской земской больницы, согласно отчетам за данный период, оставалась в тех же пределах, что и в мирные годы (табл. 3). Это говорит о высокой квалификации медицинского персонала земской больницы.

В отчете за 1915 г., в части, посвященной хирургическому отделению, Валентин Феликсович подробно расписывает, что из 543 больных (считая в этом числе и 42 эвакуированных с театра военных действий раненых солдат) умерло 25 человек; из них двое не были оперированы, а 23 умерли после операции. Послеоперационная смертность составляет 5,5%, а если из числа оперированных исключить глазных больных, то смертность после хирургических и гинекологических операций определится в 6,6%. Но собственно от осложнений, связанных с операцией умерло лишь 8 больных, что составляет 2,3% из числа хирургических и гинекологических операций. Остальные 14 оперированных больных умерли от основной болезни, против которой оперативное лечение оказалось бессильным.

В ежегодных клинических отчетах Валентина Феликсовича упоминаются не только переславцы, но и раненые военнопленные — австрийские и немецкие солдаты, которых он лечил. Он описывает их заболевания и ранения, указывает, что переделывал ранее неправильно или некачественно сделанные заграничными врачами операции.

В связи с этим хотелось бы привести уникальный клинический случай из Отчета Переславской земской больницы за 1915 г. с тяжелой *огнестрельной раной грудной стенки с прогрессирующим омертвением*

Таблица 3

**Сравнительные показатели летальности пациентов в Переславской больнице в период 1912–1915 гг. [2, 3, 4]**

Год	Общее количество больных	Умерло по тем или иным причинам	Общая летальность, %
1912 (довоенный период)	1026	68	6,6
1913 (довоенный период)	1256	59	4,6
1914 (военный период)	1260	64	4,5–5
1915 (военный период)	1464	75	4,6–5

ем реберных хрящей германского офицера Готфрид фон-Корна, 36 лет, в период 22/X 1915—15/VII 1916, когда он был доставлен из Москвы в Переславскую земской больнице к В. Ф. Войно-Ясенецкому.

«14 февраля ранен ружейной пулей в нижний отдел передней грудной стенки. Пуля прошла над хрящами 7 и 8 ребер левой стороны. Пулевой канал сильногноился, и в Москве, и Костроме, где больно́й лечился, долго дренировали его резиновой трубкой. 10 июня была сделана в Костроме операция, состоявшая в вскрытии пулевого канала на всем протяжении и выскабливании его. Однако до сих пор в рубце остаются небольшие свищи с грибовидно разросшимися из них грануляциями, зондом прощупываются обнаженные реберные хрящи. Операция 16/IX под хлороформным наркозом. Разрез по всей длине рубца. Удалено 2 небольших секвестра реберного хряща, удалена щипцами Лиег'а подозрительная в отношении жизнеспособности часть хряща, грануляции выскоблены. Рана выполнена марлей и уменьшена тремя швами. Послеоперационное течение без осложнений. Через 7 недель больно́й выписан для амбулаторного лечения. Снова поступил 22 октября. После операций остался незаживающий свищ, через который опять прощупывается зондом омертвевший реберный хрящ. Окружность свища болезненная при давлении и при движениях. 5 раз были сделаны инъекции Векс'овской висмутовой пасты, но свищ не закрылся. В моче больно́го был найден сахар, и назначена безуглеводная диета. Боли в окружности свища, и особенно ниже него, все усиливались, больно́й почти не вставал с постели, по ночам очень плохо спал от болей и заметно худел и слабел; у него появились сильные ночные поты не уступавшие и атропину. В легких при повторных исследованиях ничего ненормального не было обнаружено. 18/IX вторая операция, при которой опять пришлось применить эфирный наркоз т. к. регионарная анестезия межреберных нервов не вполне удалась. Найдено обширное омертвление реберных хрящей, и для удаления их пришлось сделать довольно обширные разрезы. Удален омертвевший до самой грудины хрящ 7 ребра и значительная часть 8. Рана почти на всем протяжении оставлена открытой.

После операции больно́й чувствовал большое облегчение но ненадолго; уже через неделю снова появились боли, но в новом месте, справа от нижнего конца грудины, и с течением времени все усиливались. Рана заживала довольно хорошо, но у наружного конца ее остался свищ, ведущий к обнаженным реберным хрящам, у медиального же конца раны, вблизи грудины, сперва наметилось образование свища, но потом он закрылся. 2/XII был сделан пробный прокол справа от нижнего конца грудины, на месте болей, но ничего получить не удалось. На месте прокола появилась, однако, легкая краснота и припухлость, но небольшая боль при давлении, бывшая и прежде, не увеличивалась. С 12/XII температура стала слегка повышаться по вечерам (не выше 38,4°) и самочувствие больно́го все ухудшалось. 19/XII третья операция под эфирным наркозом. Широкими разрезами обнажены реберные хрящи правой стороны, найдены сообщающаяся одна с другой гнойные полости над ними и довольно распространенное уже омертвевших хрящей. Хрящ 5 ребра обнажен от надкостницы на протяжении 2 x 1 см, но только этим и ограничиваются его изменения; этот хрящ оставлен нетронутым. Шестой и седьмой хрящи секвестрированы почти на всем их протяжении и легко выделяются пальцем; они удалены целиком, но при отделении (тупым путем) еще не вполне свободных реберных концов их, несмотря на большую осторожность, произошел надрыв плевры; маленькое отверстие немедленно закрыто йодоформной марлей. С левой стороны, на месте свища, найдено поверхностное и значительное омертвление хряща и небольшая задержка гноя. Удален остаток 8 хряща. Операция сопровождалась кровотечением из ветвей *art. mammae int.*, после него пульс больно́го был слаб и част, и пришлось влить под кожу литр физиологического раствора. В первые два дня самочувствие больно́го было очень тяжелым, он жаловался на сильные боли в правом плече и в нижней части грудной клетки справа, совсем не спал. Вечером 20/XII он уже чувствовал присутствие жидкости в правой плевральной полости, и действительно на другой день был определен экссудат, достигавший до угла лопатки. Температура по вечерам доходила до

38,8°, пульс до 120. 23/ХІІ самочувствие больного значительно улучшилось; сделан пробный прокол и получена серозная, сильно кровянистая жидкость, в которой найдено довольно много лейкоцитов — полинуклеаров, но ни одного микроорганизма (в мазке). Шприцем удалено было около 100 см<sup>3</sup> такого же самого экссудата; был слышен громкий шум трети плевры. Температура и частота пульса с каждым днем уменьшались и 26/ХІІ стали нормальными; боли и стеснения дыхания также проходили, но экссудат увеличился и 27/ХІІ удалено проколом 375 см<sup>3</sup> жидкости, уже значительно менее кровянистой и содержащей много меньше лейкоцитов, чем прежде. Через несколько дней после этого экссудат окончательно всосался и все симптомы плеврита исчезли. В рубце справа и слева остались незаживающие места, выполненные дряблыми и серыми грануляциями. Справа боли были незначительны, слева же, пальца на два выше рубца, все более и более определялась значительная болезненность при давлении и при движениях. Общее состояние больного оставалось почти неизменным; ввиду слабости его и значительной потери крови начаты были инъекции мышьяка, но после 10 инъекций их пришлось оставить вследствие поноса. 11/ІІ 1916 г. четвертая операция под эфирным наркозом. Разрезы по всему протяжению прежних рубцов. Слева, на месте удаленных прежде реберных хрящей, найдена костная (вероятно остеоидная) ткань, разросшаяся сплошной пластиной, не менее прочной, чем хрящи, которые она заместила. На правой стороне найден широкий свищ, направляющийся глубоко под мечевидный отросток грудины; по расширению этого свища оказалось, что он ведет к шестому реберному хрящу левой стороны, омертвевшему и секвестрированному на всем протяжении; хрящ этот, уже сильно изъеденный по всей поверхности, удален, и выскоблены грануляции, выстилавшие его ложе. Омертвевший хрящ находился как раз на том месте, где определялась до операции наиболее сильная болезненность. Восьмой хрящ правой стороны также найден омертвевшим, изъеденным секвестрированным почти на всем протяжении; пришлось, однако, оставить ближайшую к ребру часть его, длиною около

4 см, т. к. она еще не омертвела и легко было бы поранить плевру при удалении ее. Хрящ пятого правого ребра, найденный при предыдущей операции частично обнаженным от надхрящницы, вопреки ожиданию не только не омертвел, но совершенно зарос в здоровой рубцовой ткани. Рана зашита редкими швами без дренажей. Всю ночь после операции больной сильно кашлял, а утром 12/ІІ найдено воспаление нижней доли левого легкого (бронхиальное дыхание и крепитация в области левой лопатки кнутри от нее). Однако уже через 4 дня температура упала до 35,5°, частота пульса стала нормальной и уже со следующего дня все тяжелые субъективные симптомы исчезли, пневмония быстро разрешилась. В дальнейшем общее состояние больного вскоре стало таким же, как до операции. Рана хорошо заживала, но остались боли у правого конца ее и свищи здесь и посредине. 22/ІІІ пятая операция под эфирным наркозом. Разрезом вдоль правой половины рубца и дополнительным вертикальным разрезом обнажен и удален омертвевший на всем протяжении девятый реберный хрящ, который, однако, не был еще секвестрирован, но уже сильно изъеден по всей поверхности. Оставленная при предыдущей операции часть восьмого хряща оказалась заросшей здоровыми грануляциями и рубцами. Выскоблен свищ в середине рубца, соответственно месту удаленного прежде мечевидного отростка грудины; он вел в довольно глубокую яму, содержащую дряблые грануляции, но ни секвестров, ни свищевых ходов здесь не найдено. Защищен только новый вертикальный разрез, на остальном же протяжении рана выполнена йодоформной марлей. Заживала рана прекрасно, повсюду образовались прочные рубцы, но в середине рубца, над грудиной остался небольшой свищ. Через две недели после операции все боли в груди исчезли, и больной мог спать на боку, тогда как до этого времени он лежал только на спине. Еще через неделю он стал гулять во дворе и чувствовал себя отлично. 3/VIІ сделана шестая операция под эфирным наркозом. Расширен и выскоблен свищ, удален костными щипцами нависавший над ним нижний край уже при прежних операциях резецированной грудины и найдено омертвление реберного хряща правой сторо-

ны, который при третьей операции оказался местами обнаженным к от надхрящницы, а при четвертой — заросшим в рубцовой ткани. Хрящ этот удален вместе с концом ребра, больше ничего патологического нигде не найдено, и рана выполнена йодоформной марлей. Рана зажила без осложнений, и на этот раз было достигнуто окончательное излечение с образованием повсюду прочных рубцов» [4].

На этом уникальном примере лечения германского офицера мы видим исполнение профессионального долга русским врачом, упорство и глубокие анатомические знания. Призвание врача обязывает оказывать помощь любому пациенту, в том числе и бывшему врагу, отдавая безвозмездно свое время, здоровье и любовь.

Приведем еще несколько примеров лечения раненых военнопленных из ежегодных отчетов Переславской земской больницы за 1914 и 1915 гг.

Огнестрельное повреждение плечевого нервного сплетения.

«Иозеф Кучера, 42 л., пленный австрийский солдат 27/XI 1915—7/I 1916

8 октября этого года ранен ружейной пулей, которая вошла под самой правой ключицей, на палец внутри от Моренгеймовской ямки, и вышла на середине правой лопатки. Непосредственно после ранения наступил полный паралич правой руки, и теперь никакие движения в ней невозможны, болевая чувствительность потеряна на всей наружной (дорзальной) стороне руки, т. е. в области *n. axillaris*, *n. radialis n. ulnaris*, на медиальной же стороне плеча и на передней стороне предплечья чувствительность нормальна; на кисти болевая чувствительность сохранена только в области *n. mediani*. Болей в руке нет. Фарадическим током не удается вызвать сокращения ни одной из мышц руки, нет сокращений и при фарадизации плечевого сплетения, тогда как ток той же силы вызывает резкие сокращения мышц на левой руке. Ни малейших видимых признаков атрофии мышц нет. Рана зажила непосредственно, без нагноения, теперь на месте отверстия пулевого канала остались лишь небольшие рубцы. Операция 12/XII под хлороформным наркозом. Для обнажения плече-

вого сплетения перерезаны большая и малая грудная мышцы и перепилена ключица. Плечевое сплетение непосредственно под ключицей сплошь замуровано в рубцовую соединительную ткань на протяжении 2,5 см; рубец очень плотен и границы отдельных нервных стволов в нем совершенно исчезли. Операция ограничена продольным расщеплением рубца в трех местах и окутыванием его свободно пересаженным куском мышцы. Ключица соединена проволочным швом, мышцы кэтутовыми, кожная рана зашита наглухо. Рана зажила непосредственно, ключица срослась в правильном положении, но операция осталась совершенно безуспешной» [4].

Огнестрельное ранение срединного нерва.

«Пауль Кочан, 23 л., словак, пленный австрийский солдат. 30/XII 1915 – 16/I 1916 г.

Ранен 24/X 1915 ружейной пулей в левое предплечье. Пуля прошла чрез сгибательную сторону предплечья, от локтевого края до лучевого, не задев костей, но, очевидно, повредив срединный нерв, т. к. со времени ранения потеряна чувствительность и активная подвижность большого, указательного и среднего пальцев. Рана зажила без осложнений и теперь остаются лишь маленькие рубчики на местах отверстий пулевого канала и небольшая сгибательная контрактура кисти. В парализованных пальцах нет особенно сильной боли. Недавно больной выздоровел от брюшного тифа. Операция 6/I при местной анестезии; отпрепарирован срединный нерв на середине предплечья, и в него впрыснут 0,5% адреналин-кокаин до заметного вздутия. На уровне пулевого канала нерв оказался сильно притянутым рубцом к лучевой кости; по освобождению нерва в нем найдено довольно значительное рубцовое утолщение, занимающее, однако, не весь поперечник нерва, а лишь приблизительно половину его. Рубец сперва продольно разрезан, и нерв обшит двумя лоскутами соседних мышц. Немедленно после операции восстановилась подвижность и болевая чувствительность 1, 2 и 3 пальцев до нормальной степени. Рана зажила непосредственно» [4].

Огнестрельные раны плеча и спины, паралич срединного и локтевого нервов.

«Иосиф Боносяк, 20 л., рядовой 104 Ушурского полка 26/VIII – 23/IX. Шрапнельная нуля прошла через верхнюю треть правого плеча, на медальной его стороне, образовав канал длиной около 7 см; отверстия пулевого канала не велики, чисты, и рана заживает без осложнений. Совершенно потеряна болевая чувствительность на всей кисти руки, пальцы согнуты, но максимальное активное сгибание их невозможно; разгибание пальцев больной производит довольно хорошо, но не вполне свободно. В локтевом суставе активные движения только немного затруднены в зависимости от болезненности в ране. На спине 2 небольших кожных раны, покрытых сухими струпами. 23/IX рана зажила. 25/IX под хлороформным наркозом обнажены выше пулевого канала срединный и локтевой нервы и отпрепарированы книзу до места, где оба они были окружены рубцами: по выделению из последних нервных стволов оказалось, что на месте ранения оба они повреждены и проросли соединительной тканью, образующей местные утолщения нервов. Оба нерва окружены муфточками из жировой ткани, взятой из ягодицы больного. Рана зашита наглухо. 2/X рана зажила непосредственно. Боли в руке уменьшились. Движения пальцев улучшились. Чувствует жар в кисти руки. 23/X возможны все движения пальцев кисти и предплечья, но они ограничены в большей или меньшей степени. В общем результат операции превосходный, даже без последовательной электризации, которой не пришлось применять в виду неисправности приборов» [4].

Несмотря на трудности военного времени, Переславский период жизни 1910–1917 гг. земского врача Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого был достаточно плодотворным. Святителя помнят и глубоко почитают в этом городе, возводят памятники, проводят различные мероприятия и конференции в память о нем.

В Переславле-Залесском врач Войно-Ясенецкий завершил свой первый научный труд «Регионарная анестезия», за который получил золотую медаль за выдающиеся достижения в области медицины. Здесь он закончил и защитил диссертацию и стал доктором медицины.



Памятник святителю Луке (В. Ф. Войно-Ясенецкому) в Переславском Феодоровском женском монастыре.  
Скульптор А. А. Аполлонов

В этом старинном русском граде Валентин Феликсович начал свой фундаментальный труд «Очерки гнойной хирургии», в котором приводится 273 примера из истории болезни всей его практики, 42 из них взяты по Переславской земской больнице и касаются пациентов города и уезда. В этот период, Валентином Феликсовичем было опубликовано 29 научных работ в различных научных журналах, как российских, так и зарубежных.

Здесь родился его младший сын Валентин. Однако семье Войно-Ясенецких пришлось покинуть этот святой русский город в 1917 г. из-за болезни жены Анны. По объявлению в газете при очень большом конкурсе Валентин Феликсович получил приглашение в Ташкент на должность хирурга и главного врача большой городской больницы.

Можно предположить, что Переславль-Залесский — город русской святости, его монастыри, их насельники, городские жители, произвели на молодого врача — будущего святителя Луку — неизгладимое впечатление, и здесь Валентин Феликсович стал настоящим глубоко верующим человеком. Однако духовные устремления В. Ф. Войно-Ясенецкого, его желание помогать страждущим, больным и служить церкви практи-

чески осуществилось через несколько лет в Ташкенте в 1923 г., когда он стал архиепископом Русской Православной Церкви.

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий участвовал в трех войнах: Русско-японской в 1904–1905 гг., Первой мировой 1914–1918 гг., Великой Отечественной 1941–1945 гг. как выдающийся хирург, как основоположник методов региональной анестезии и уникального лечения пострадавших и раненых с гнойно-септическими заболеваниями и осложнениями при

огнестрельных ранениях. Его известнейшая монография «Очерки гнойной хирургии», изданная в начале прошлого XX в., переиздавалась несколько раз, в том числе в XXI в. Его научно-практический опыт до сих пор успешно используется и изучается в учебных и лечебных медицинских учреждениях. Эти факты еще раз иллюстрируют огромную значимость практической и научной деятельности Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, остающейся актуальной в настоящее время.

### Литература

1. Никитина Ю. Я. Валентин Феликсович Ясенецкий-Войно (святитель Лука). Главный врач в Переславле-Залесском. Ярославль: Индиго, 2017. 127 с.
2. Ясенецкий-Войно В. Ф. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1912 и 1913 годы. Владимир: Типография губернской земской управы, 1914.
3. Ясенецкий-Войно В. Ф. Отчет о деятельности Переславской земской больницы. 1914 г. Переславль-Залесский, 1915.
4. Ясенецкий-Войно В. Ф. Отчет о деятельности Переславской земской больницы. 1915 г. Переславль-Залесский, 1916.
5. РсФ ГАЯО. Ф.264. Оп. 1. Д. 820. Л. 6., ссылка указана из работы «Переславль в биографии врача, ученого и богослова Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого» 2016 г.
6. Архив Симферопольской епархии РПЦ.
7. Первая мировая война (1914–1918) [Электронный ресурс] // История России [сайт]. URL: <https://istoriarusi.ru/imper/peervaia-mirovaia-vojna-1914-1918.html> (дата обращения: 12.11.2022).
8. Пыряева К. А. Жизнь прожить не поле перейти (дневники старицы). Переславль-Залесский: Благотворительный фонд им. акад. И. П. Павлова, 2021.

## Бисер духовный

Мир, полученный от мира, а не от Бога, есть шаткий, неверный, колеблющийся мир, который то и дело вновь переходит в войну. Этот мир уживается в сердце людском и с враждой, и со злобой, и с ненавистью. Мир, которого люди ждут не от Бога, а от мира сего — это никуда не годный, ничего не дающий сердцу мир. При этом мире от мира сего покоя в сердце человеческого нет. А мир, который дает Христос, дает нам глубокий, полнейший, всегдашний и ничем не нарушаемый мир. Такой мир всех святых, мир их успокоенных Господом сердец... Этого мира отнять никто не может, ибо он дается Самим Богом.

\*\*\*

Как лежащие в овчей купели всегда были сосредоточены на своем страдании и с напряженным вниманием ожидали момента возмущения воды, так и нам, большим духом, надо быть всегда сосредоточенными на том, что происходит в душе нашей, и не пропускать тех великих минут, когда подобно возмущению воды в овчей купели, ощутим мы тихий голос ангела-хранителя, предлагающий нам исцеление в покаянии и слезах.

\*\*\*

Помоги, Господи, любить Тебя до конца жизни нашей, помоги следовать по пути, который Ты указал нам. Помоги избавиться от власти дьявола, от искушений, творимых им. Веди нас по пути спасения и приведи нас во Царствие Твое. Аминь.

Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий)

## НЕИЗВЕСТНЫЙ АРХИВ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ. ОТКРЫТИЯ 2021–2022 г.

### ЧАСТЬ I. ДВА ПОЗДРАВИТЕЛЬНЫХ ПИСЬМА 1946 г.

Екатерина Игоревна КАЛИКИНСКАЯ,  
кандидат биологических наук,  
член Общества православных врачей  
Санкт-Петербурга, член Союза писателей  
России, член Московского научного  
общества историков медицины,  
директор музейно-просветительского  
комплекса Центра святителя Луки в  
Переславле-Залесском



Ekaterina I. KALIKINSKAYA,  
Doctor of Biological Sciences,  
a Member of Saint Petersburg Orthodox  
Doctors Society, a Member of the Union of  
Writers of Russia, a Member of the Moscow  
Scientific Society of Medicine Historians,  
Director of the Museum and Educational  
Complex of the St. Luke's Center in  
Pereslavl-Zalessky

## UNKNOWN ARCHIVE OF ST. LUKE. DISCOVERY OF 2021-2022. PART I. TWO GREETING LETTERS OF 1946

**АННОТАЦИЯ.** В статье рассказывается о двух ранее неизвестных письмах из архива святителя Луки (Войно-Ясенецкого), представляющих особый интерес для биографов выдающегося хирурга и пастыря Русской Православной Церкви. Приводятся фото и тексты этих писем.

**Ключевые слова:** святитель Лука Крымский, В. Ф. Войно-Ясенецкий, святитель Лука (Войно-Ясенецкий) в Переславле-Залесском, переписка свт. Луки.

**ABSTRACT.** The article tells about two previously unknown letters from the archive of St. Luke (Voino-Yasenetsky), which are of particular interest to biographers of the outstanding surgeon and pastor of the Russian Orthodox Church. Photos and texts of these letters are given.

**Keywords:** St. Luke of the Crimea, V. F. Voino-Yasenetsky, St. Luke (Voino-Yasenetsky) in Pereslavl-Zalessky, correspondence of St. Luke.

7 июля 2021 г. известный аукционный дом провел аукцион по продаже большого количества лотов из ранее неизвестного архива святителя Луки Крымского. Среди личных вещей были рукописи, ранее не публиковавшиеся, письма, рисунки.

Центр святителя Луки Феодоровского монастыря в Переславле-Залесском приобрел для своего музейно-просветительского комплекса несколько предметов, о которых хотелось бы рассказать.

Это прежде всего письма и открытки с поздравлениями архиепископу Луке в свя-

зи с вручением ему государственной награды — Сталинской премии I степени. Среди поздравлений, представленных на аукционе, были телеграммы и письма от министра здравоохранения СССР А. Ф. Третьякова, от академиков и профессоров, от бывших пациентов и учеников. Известно, что их было так много, что владыка Лука, несмотря на большую радость, от волнений слег на несколько дней с расстройством сердечной деятельности [2].

Но то письмо, о котором пойдет речь, занимает особое место в биографии свя-

тителя Луки, хотя автор его — скромная регистраторша Переславской городской больницы Анна Алексеевна Макарова. Она служила сестрой-хозяйкой в Переславской земской больнице в годы работы там хирурга В. Ф. Ясенецкого-Войно (так тогда писалась его фамилия в документах). Ранее было известно, что в годы служения в Крыму владыка Лука переписывался с ней. Сотрудница Переславского краеведческого музея Ю. Я. Никитина сообщает о 63 письмах архиепископа Луки А. А. Макаровой в Переславль в 1946–1961 гг. [3]. Некоторые из этих писем впервые опубликованы в книге «Народный врач, ученый, подвижник: Святитель Лука в Переславле-Залесском» [1, с. 122–125]. Из этой переписки следовало, что Анна Алексеевна была близким человеком для будущего святителя: он сообщал ей о своих болезнях и проблемах своих детей, давал духовные советы, помогал деньгами, высылал Журнал Московской Патриархии со своими статьями.

Вот одно из писем 1955 г., написанное секретарем архиепископа Е. П. Лейкфельд:

«Владыка шлет Вам, Анна Алексеевна, мир и свое благословение, благодарит Вас за внимание к его детям и просит сообщить, что у всех все благополучно, кроме Одессы: у Валентина Валентиновича обострение туберкулезного процесса, он пролежал что-то недели три, теперь опять работает, ездил даже во Львов в командировку (весьма почетную). С его единственной дочерью Оленькой тоже неладно: болеет почками, температурит, подозревают тbc в легких или даже в почках. Ей едва исполнилось 13 лет. Эти известия очень огорчили Владыку. Здоровье Владыки, слава Богу, недурно в общем. В конце пятой недели только захватил он насморк и ларингит, от которого еще не избавился, так что завтра (на Благовещенье) решил только служить, а его проповедь за него прочтет ключарь собора. Шлем Вам привет и искренние пожелания в добром здравии встретить Пасху. Евгения Павловна 11.04.55».

Однако до недавнего времени было неясно, каким образом завязалась эта переписка. Я предполагала, что Анна Алексеевна не меняла свой переславский адрес и владыка

Лука сам написал ей, вспомнив свою верную помощницу из Переславля. Ее адрес на сохранившемся конверте «Валовое кольцо, 5» заставил предположить, что они в переславские годы были соседями: святитель Лука писал в автобиографии, что его семья жила рядом с Валовым кольцом. Возможно также, что он случайно узнал от кого-то из знакомых, что бывшая коллега в старости бедствует и теряет, так же как и он, зрение. Ведь он всю жизнь искал таких несчастных и одиноких людей и помогал им...

Теперь выяснилось, что все было несколько иначе: первое письмо от 7 февраля 1946 г. послала сама Макарова, узнав об объявленной в газетах премии архиепископу Луке, Анна Алексеевна писала:

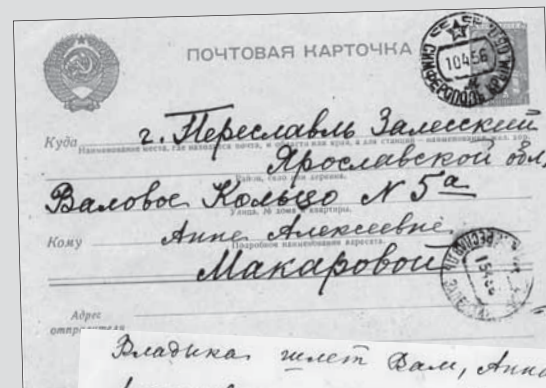
«Глубокоуважаемый Валентин Феликсович!

Прежде всего поздравляю Вас с высокой наградой и из глубины искреннего сердца желаю Вам силы и бодрости продолжать Ваше плодотворную деятельность на пользу страждущего человечества на многие и многие годы. Слава и нашему правительству, что оно отметило Вас как достойнейшего из достойных. Дай Господи Вам и Вашим детям здоровья и всяческого благополучия, а Анне Васильевне Царствие Небесное, вечный покой и вечная память. Я была бы счастлива, если бы Вы написали мне, как и где живут Ваши дети Миша, Леночка, Леша и Валик. Я все помню и всех вспоминаю с сердечной теплотой, а вспоминаю часто, Вы меня уже почти забыли, вспомните Переславль и земскую больницу, и заведующую хозяйством Анну Алексеевну Макарову, которая, узнавши из газет, набралась смелости Вам написать. Да, много прошло времени с тех пор, как в 17 году Вас проводили, и много нет теперь в живых, тогда веселых, молодых, а многие постарели и одряхлели, в числе которых нахожусь и я, хотя и не седая, несмотря на мой возраст 71 год, живу материально плохо, и здоровье тоже, а главное всего плохи глаза, один глаз совсем не видит, страшно боюсь за другой...».

В этом письме А. А. Макарова сообщает также архиепископу Луке о судьбе его бывших коллег: «Михневичи Иван Михайло-



Конверт от письма и первая страница письма  
святителя Луки А. А. Макаровой, бывшей  
сестре-хозяйке Переславской земской больницы,  
написанного секретарем владыки  
Е. П. Лейкфельд



Владыка, шлет Вам, Анна  
Алексеевна, мир и свое  
благословение.  
Благодарит Вас за внимание  
к его детям и просит сообщить,  
что у всех все благополучно,  
кроме Одессы; у Валентина  
Валентиновича, отсечение пу-  
гильдного процесса, он про-  
лежал что-то около 3, те-  
перь опять работает, ездит  
там же во Львов в командировку  
(всегда поетницу). С его дирек-  
торшей догдетно военной форм.



Медицинский персонал Переславской земской больницы  
в 1913 г.: во 2-м ряду 3-й справа главный врач  
В. Ф. Войно-Ясенецкий, слева от него И. М. Михневич,  
2-я слева А. А. Макарова. В 1-м ряду сидит 2-я слева  
С. Д. Михневич

Переславль Залесский 7 февраля 1946 г.  
Глубокоуважаемый Владыка Лука Александрович!  
Прими мое сердечное приветствие от  
сестры и старшей сестры Валеры и ее сына и  
дочери, присылаю Вам доброту и любовь  
на пользу страдающего человечества, что мы все  
делаем. Слова и напутствие Владыка Лука  
отличались от нас как драгоценные из сокровищ.  
Для здоровья души и души детей здоровья и благо-  
получия а для Владыки Лука молитва и благо-  
словие. Мы написали Вам как и все живые души  
детей Милая Анна и Анна, и еще, с все-  
ми и все благополучно с собой, а все мы  
сестры все уже почти забыли, вспоминаю Яковлев  
Земскую больницу и забвению созданием Макаров  
Анну Алексеевну которая изгнана из земской больницы  
и написала. За много лет в жизни с тех пор как  
Поздравлю Вас и вашу семью и все вам мир и благо-  
словие.  
Ваша сестра Анна Алексеевна Макарова



Доктор В. Ф. Войно-Ясенецкий в годы  
работы в Переславле-Залесском

Страницы письма А. А. Макаровой архиепископу Луке  
от 7.02.1946 г.

вич и Софья Дмитриевна живы и здоровы, с 1925 года ушли из Переславля из-за неприятности, устроились в Коломне при заводе станция Голутвин, большая больница, где и работают до сих пор. Верочка замуж не вышла, работает инженером в Харькове, Коля в армии, в 26 году меня из больницы уволили как ставленницу Михневичей, сказали, что на этом месте должна быть партияная...»

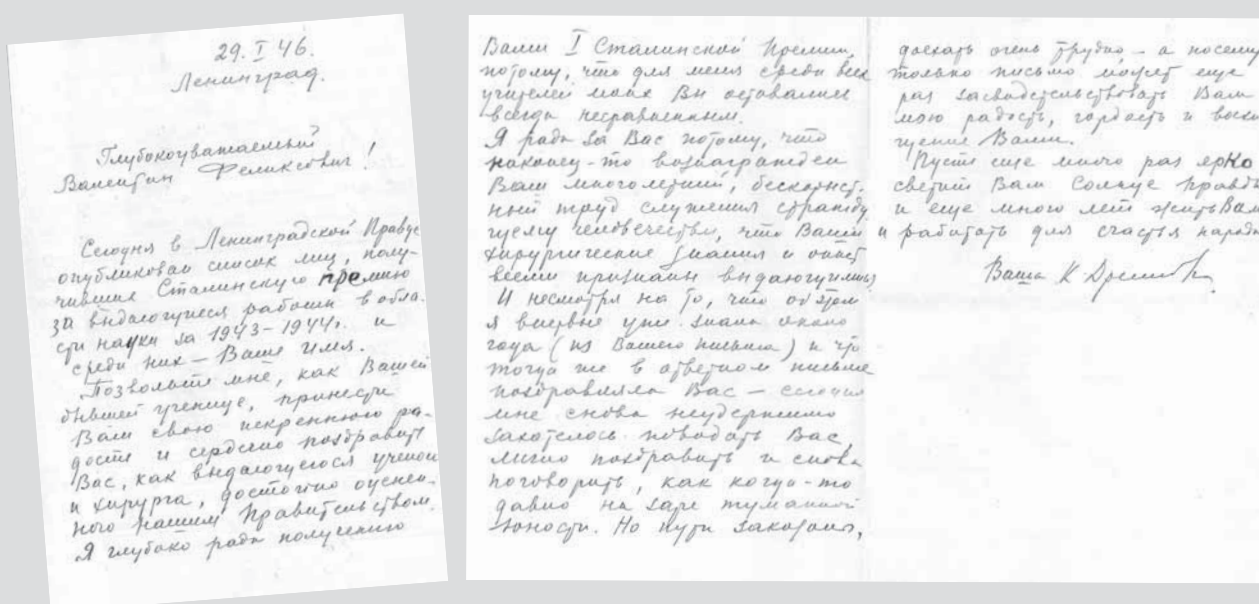
Так мы узнаем о судьбе второго врача Переславской земской больницы — Ивана Михайловича Михневича, заведующего ее терапевтическим отделением в годы работы там В. Ф. Войно-Ясенецкого. С ним у будущего святителя сложились хорошие рабочие отношения, хотя иногда бывали разногласия, например, по поводу необходимости покупки рентгеновского аппарата для больницы (Михневич на заседании земской управы высказался, что это все равно что человеку в лаптях надеть цилиндр, и средства не были выделены) [1, с. 93–94]. Однако этот эпизод не разрушил добрые отношения между ними, а деньги на рентгеновский аппарат пожертвовала хирургу переславская купчиха В. С. Варенцова.

Обращает на себя внимание и тот факт, что в конце работы главного врача В. Ф. Войно-Ясенецкого, кроме отчетов по хирур-

гическому отделению, стали печататься и отчеты по терапевтическим больным под авторством И. М. Михневича, что отражает уважение к нему и к его работе главного врача. Да и в письме Макаровой Михневичи вспоминаются как добрые друзья.

Жену И. М. Михневича Софью Дмитриевну, опытную акушерку, хирург успешно обучил методам обезболивания и хирургии, на операциях она ассистировала ему. Через несколько лет Софья Дмитриевна уже успешно замещала его во время командировок, и он не раз с признательностью вспоминал ее работу на страницах «Отчетов о деятельности Переславской земской больницы» [7, с. 3–4] и в отчетах земской управы [4, с. 11]. Освоила С. Д. Михневич и хирургическую офтальмологию, которой обучила молодого переславского врача А. Д. Романовича. Его имя нам было известно из воспоминаний врача И. В. Миронова, который пришел на стажировку в Переславскую земскую больницу через несколько лет после отъезда Войно-Ясенецких и работал там в 1920-е гг. [1, с. 96–97]. Илья Васильевич сообщил о том, что Михневичей изгнали из Переславля по ложному обвинению в троцкизме.

Далее Анна Алексеевна перечисляет целый ряд имен сослуживцев святителя,



Страницы письма К. А. Дренновой архиепископу Луке, профессору В. Ф. Войно-Ясенецкому от 29.01.1946 г.



*К. А. Дреннова, 1940-е гг.*



*Отец Валентин (Войно-Ясенецкий)  
в 1920-е гг., Ташкент*

которые нам ранее были неизвестны: «Из Ваших сослуживцев жив Губин Николай Алексеевич, в Кабанском заведующий поликлиникой, Рутковский Юлий Леопольдович, аптекаря Леопольда Эдуардовича сын... А теперь напишу умерших, целый список на поминание: доктор Лапотников Андрей Александрович, профессор Граменицкий Михаил Иванович, Потехин Сергей Сергеевич, аптекарь Леопольд Эдуардович, фельдшер Зимин Ион Гаврилович, Тихонов Григорий Андреевич, Сапожникова Лидия Павловна, Солертовская Мария Васильевна и ее сын Валериан Дмитриевич и много священников».

Из этих персоналий мы знаем только о профессоре-фармакологе Михаиле Ивановиче Граменицком, уроженце Переславля, который в годы жизни Войно-Ясенецких в Переславле работал в Гейдельберге и в Петрограде, а затем переехал в Пермь, где заложил основы фармакологии на медицинском факультете Пермского университета. По-видимому, знакомство хирурга Войно-Ясенецкого с Граменицким было связано с тем, что Михаил Иванович был женат на дочери выдающегося патофизиолога П. М. Альбицкого Анне Петровне, и они вместе приезжали в родной город на отдых. Валентин Феликсович очень интересовался трудами Альбицкого и даже делал о них доклад на заседании научного Общества в Ташкенте [6, с. 255].

Остальные имена знакомых святителя, упоминаемые А. А. Макаровой, требуют новых исследований.

Еще одно письмо из поздравлений архиепископу Луке с вручением высокой награды имеет долгую и интересную историю. В книге М. А. Поповского упоминается студентка Ташкентского университета «красавица-медичка» Капа Дренова, которая, узнав, что профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий стал священником, резко критиковала его и говорила, что он не может веровать в Бога, а просто «кокетничает своей рясой» [5, с. 116]. Среди экспонатов, приобретенных для музея Центра Святителя Луки в Переславле-Залесском, — письмо учителю от Капитолины Алексеевны Дренновой, майора медицинской службы, видного отоларинголога, заведующей отделом эвакогоспиталя в Ташкенте (в будущем Капитолина Алексеевна станет доцентом и заведующей кафедрой Ташкентского института усовершенствования врачей, через год защитит докторскую диссертацию). Бывшая строптивая ученица святителя не только выражает радость и гордость по поводу достойной награды за выдающиеся заслуги, но и пишет удивительные слова: «Наконец-то вознагражден Ваш многолетний, бескорыстный труд служения страждущему человечеству, что Ваши хирургические знания и опыт всеми признаны выдающимися... Пусть еще много раз ярко светит Вам солнце правды и еще много лет жить Вам и работать для

счастья народа». Терминология необычная для бывшей комсомолки, и речь здесь идет не только о научной и врачебной деятельности: высоко и благодарно оценивает ученица и общественную деятельность, и духовный подвиг Учителя. По-видимому, за много лет Капитолина Алексеевна многое передумала и переоценила в своей жизни и в личности профессора, она пишет: «среди всех моих учителей Вы всегда оставались для меня несравненным». Но письму нельзя доверить самое заветное, и она пишет лишь о том, как ей хотелось бы поговорить с ним по душам, как «когда-то, на заре туманной юности», сетует на то, что это сейчас невозможно из-за

ее нагрузки по работе и занятости архиепископа...

Мы можем только восхищаться тем, как святитель Лука воздействовал на самых разных людей, встреченных им на жизненном пути. Даже когда их общение прерывалось на долгие годы, влияние его личности на них оставалось столь сильным и благотворным, что обращало коллег в настоящих друзей, оппонентов — в союзников, врагов — в помощников. Конечно, это происходило не только благодаря его многочисленным талантам и добродетелям, но и силою Духа Святого, который вел его через полную страданий и испытаний жизнь.

### Литература

1. Каликинская Е. И. Народный врач, ученый, подвижник: Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) в Переславле-Залесском. М., 2017.
2. Лисюнин В. Ф., протоиерей. Возрождение Тамбовской епархии в годы служения святителя Луки (Войно-Ясенецкого): на материале государственных, ведомственных и частных архивов. Кандидатская диссертация, 2019.
3. Никитина Ю. Я. Главный врач и хирург Переславской земской больницы В. Ф. Войно-Ясенецкий // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 5 (22).
4. Отчет Переславской уездной земской управы Владимирской губернии за 1915 г. Владимир-на-Клязьме, 1915.
5. Поповский М. А. Жизнь и житие святителя Луки Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга. СПб.: Сатис, 2013.
6. Протоиерей Георгий (Ю. Л. Шевченко). Приветствует Вас Святитель Лука, врач возлюбленный. СПб.: Наука, 2009.
7. Ясенецкий-Войно В. Ф. Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1915 г. Переславль-Залесский, 1916.

## НОВОСТИ

### ЧЕЛЯБИНСК

**8 мая 2022 г.** после Божественной Литургии митрополит Челябинский и Миасский Алексей вручил **медали Русской Православной Церкви «Патриаршая благодарность»** врачу-инфекционисту Д. В. Пирогову и кардиологу И. В. Рогожину, **членам Челябинского общества православных врачей.**

В течение двух лет вместе со своими коллегами И. В. Рогожина и Д. В. Пирогов трудились в «красной зоне» в связи с эпидемией новой коронавирусной инфекции. При этом они продолжали оказывать добровольную помощь в качестве медицинских специалистов в рамках деятельности Челябинского общества православных врачей.

24 сентября 2019 г. при храме преподобного Сергия Радонежского был открыт **кабинет «Медицинские беседы»**, в котором православными врачами проводились консультации прихожан, сотрудников храма. В январе 2021 г. культурно-просветительским центром «Наследие» при храме препо-

добного Сергия Радонежского был выигран грант при поддержке Президента Российской Федерации «Милосердный врач», который позволил оказывать благотворительную помощь людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, не имеющим постоянного места жительства и документов. В рамках этой помощи Общество православных врачей Челябинска работало с тремя приютами города: «Линия Жизни», «Социальная гостиница» и «Единство».

Д. В. Пирогов — заведующий инфекционным отделением № 1 Челябинского областного инфекционного центра на базе Областной клинической больницы № 3. В свободное от работы время и в выходные дни Д. В. Пирогов выезжал для проведения консультаций подопечных в приюты, назначал лечение и обследование, контролировал их выполнение.

И. В. Рогожина — врач кардиолог Областной клинической больницы № 3 Челябинска, с разрешения администрации принимала подопечных из приютов, назначала проведение необходимых обследований. По показаниям

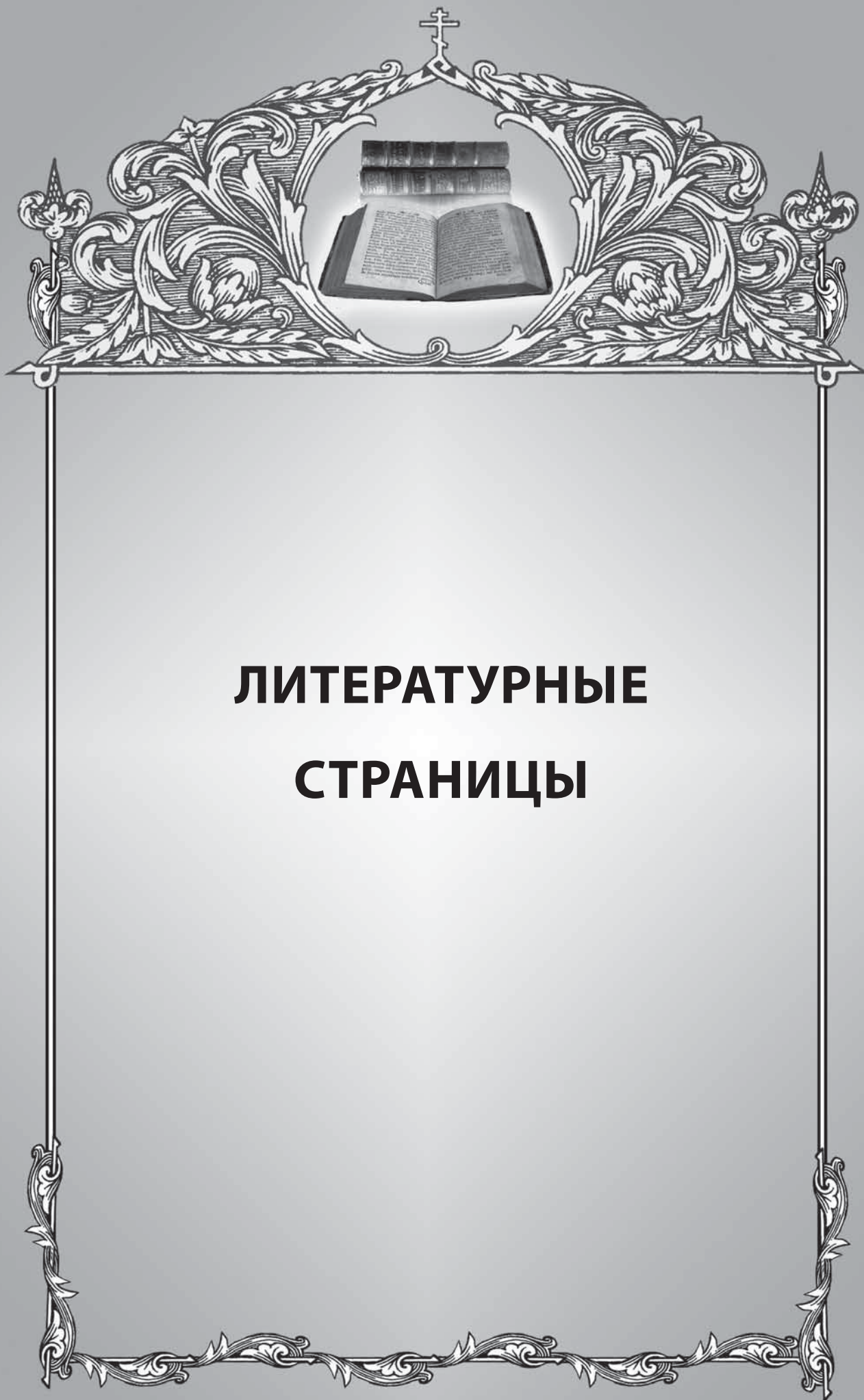
несколько человек были госпитализированы по тяжести состояния в кардиологическое отделение.

Также православные медики продолжали консультировать и лечить амбулаторно и на дому священнослужителей, прихожан и работников храма преподобного Сергия игумена Радонежского.

С достойной наградой врачей поздравили настоятель храма преподобного Сергия Радонежского протоиерей Ярослав Иванов, клирики храма, врачи из Челябинского общества православных врачей, прихожане и многочисленные пациенты, которым они спасли жизнь.

Духовные наставления и моральную поддержку Д. В. Пирогову и И. В. Рогожину в их нелегком труде неизменно оказывал духовник Челябинского общества православных врачей протоиерей Александр Бянкин.

Помощи Божией всем, кто стоит на страже сохранения здоровья!



# ЛИТЕРАТУРНЫЕ СТРАНИЦЫ



*Н. И. Пирогов*

# ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР ДЕЙСТВИЙ КРЕСТОВОЗДВИЖЕНСКОЙ ОБЩИНЫ СЕСТЕР ПОПЕЧЕНИЯ О РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ В ВОЕННЫХ ГОСПИТАЛЯХ В КРЫМУ И В ХЕРСОНСКОЙ ГУБЕРНИИ

с 1 декабря 1854 г. по 1 декабря 1855 г.

Николай Иванович ПИРОГОВ

Великий русский хирург Н. И. Пирогов, основоположник военно-полевой хирургии, во время обороны Севастополя в ходе Крымской войны (1853–1856) впервые в полевых условиях использовал помощь сестер милосердия. По возвращении из Севастополя Н. И. Пирогов рассказал об этом в своем «Историческом обзоре действий Крестовоздвиженской общины...», который впервые был опубликован в «Морском сборнике» № 4, 1856 г.

В журнальном варианте обзор приводится по сборнику «Война и милосердие», М.: Издательство Свято-Дмитриевского училища сестер милосердия, 2003.

[...]. Сестры прибывали в Крым в разное время отдельными партиями или отрядами. Святое служение сестер [...] началось 1 декабря 1854 г. в г. Симферополе; сюда прибыло в конце ноября первое отделение, состоявшее из 28 сестер под управлением главной начальницы г-жи Стахович. Они с полным усердием и самоотвержением принялись за трудную обязанность служить ближнему. Под непосредственным распоряжением и руководством академика Н. И. Пирогова в короткое время привыкли к госпитальному порядку и сделали ревностными помощницами врачующих и утешительницами страждущих. К несчастью, эта высокая деятельность на время была прервана. Большая часть сестер, еще молодых и не привыкших к госпитальным занятиям, жертвуя чрезмерно собою на новом поприще, изнемогли от трудов и от разрушительного влияния господствовавших эпидемических болезней. С 20 декабря сестры уже не могли продолжать своих занятий в госпиталях; сама начальница и значительная часть первого отряда поражены были жестокой тифозной горячкой; другая половина ухаживала за больными сестрами. Некоторые пали жерт-

вой этой болезни. Место их заступили в симферопольских госпиталях прибывшие к тому времени сердобольные вдовы [...].

Прекращенная деятельность сестер первого отделения в Симферополе проявилась снова в Бахчисарае, куда отправлено было 23 декабря несколько сестер, под управлением помощницы главной начальницы Лоде. Они занимались уходом за больными и ранеными в Бахчисарайском военном госпитале; сестры эти также все почти переболели тифозной горячкой. Одна из них сделалась впоследствии также жертвой этой болезни. 13 января 1835 г. явились сестры в центре военных действий на Южной стороне Севастополя; сюда прибыл второй отряд сестер под управлением старшей сестры Меркуровой, и они занялись исполнением самых трудных обязанностей, состоящих в дневных и ночных дежурствах на главном перевязочном пункте и в военно-временном госпитале, находившемся в Николаевской батарее и частных домах города.

По распоряжению академика Пирогова, сестры этого отделения были разделены в первый раз: на перевязывающих, аптекаршей и хозяйек. Польза такого распределения

обязанностей сестер подтвердилась с тех пор на опыте. Перевязывающие доставляют существенную пользу врачам, сокращая своим вспомоществованием время перевязок и помогая фельдшерам в изготовлении перевязочных средств. На руках аптекаршей находятся все необходимые лекарства, приготовление которых не терпит отлагательств. Они обязаны надзирать за тем, чтобы лекарства были раздаваемы аккуратно больным; во время и после визитов, контролируя действия фельдшеров, иногда слишком занятых перевязкой, иногда не совсем надежных; а хозяйки надзирают за чистотой белья, за действиями служителей и вообще за содержанием больных. Все эти сестры отвечают врачам за тщательное исполнение их предписаний, проводя день и ночь в госпитальных палатках. Теперь с каждым днем это распределение обязанностей сестер доказывает очевиднее приносимую ими пользу и с каждым днем соединяет неразлучнее существование общины с внутренним бытом военных госпиталей.

17 января прибыло в Севастополь и третье отделение, состоявшее из 6 сестер под управлением сестры Бакуниной; они 6 дней занимались уходом за ранеными на Северной стороне Севастополя, с 24 января переехали на Южную сторону и разделяли труды сестер второго отделения, составив с ними одну семью, связанную одним общим призванием — помогать страждущим, перенося безропотно все труды и опасности и бескорыстно жертвуя собою для достижения предпринятой цели. Оба эти отделения сестер были размещены в тех местах, в которых была преимущественно сосредоточена деятельность врачей, присланных на иждивение ее императорского высочества государыни великой княгини Елены Павловны и составлявших вместе с некоторыми другими врачами, прикомандированными из полков, особенный отряд под руководством академика Пирогова, а именно: а) в доме Инженерном, куда был перенесен главный перевязочный пункт на время очищения Дворянского собрания; б) в Николаевской батарее; в) в доме Гущина, в котором постоянно содержались смертельно раненые и гангренозные; г) в доме Орловского.

Тяжелые труды сестер на главном перевязочном пункте и госпиталях Севастополя оказали и здесь вредное влияние на их здоровье. С 10 февраля занемогли почти все сестры второго отделения тифозной горячкой и две из них заплатили жизнью за начало бескорыстного труда.



*Н. И. Пирогов на Главном перевязочном пункте в зале Дворянского собрания. Художник М. П. Труфанов. 1960 г.*

21 февраля прибыли наконец из Симферополя в Севастополь сестры первого отделения с их начальницей Стахович. Еще слабые и едва оправившиеся после перенесенной ими тяжкой болезни, они распределены в Севастопольском военно-сухопутном госпитале, находившемся в бараках на Северной стороне, в которых больные до сих пор еще не были под надзором сестер.

При таком распределении сестер только перевязочный пункт на стороне Корабельной и морской госпиталь в Михайловской батарее еще оставались без женского присмотра. Число сестер все еще не соответствовало постоянно увеличивающемуся количеству раненых. Этот ощутительный недостаток пополнили вновь прибывшие 28 марта сестры четвертого отделения под надзором сестры Будберг; на них была возложена обязанность ходить за ранеными на стороне Корабельной и в Михайловской батарее.

С марта месяца распределение сестер было уже следующее: 4 марта при усилившемся числе раненых после сильной вылазки с шестого бастиона главный перевязочный пункт был снова перенесен из Инженерного дома в очищенное и проветренное Дворянское собрание. Здесь находилась с это-



го времени постоянно неутомимая сестра Бакунина; под ее надзором сестры третьего и второго отделений провели в трудах ознаменовавший русское оружие день 10 марта. Тысячи раненых в этот день свезены были первоначально с Селенгинского и Волынского редутов в Александровские казармы; но там уже не доставало ни рук, ни врачей для производства операций и потому значительная часть храбрых страдальцев была перевезена в баркасах на главный перевязочный пункт вечером с 10-го на 11-е число. Бакунина и подведомственные ей сестры день и ночь неотходно присутствовали и помогали при операциях и перевязках, укладывали оперированных, раздавали питье и лекарство и тщательно наблюдали за всеми перемнами.

Между тем в Инженерном доме оставались и туда переносимы были из других отделений трудные ампутированные. Здесь начальствовала постоянно сестра Травина; имея под руками меньшее число раненых, она могла познакомиться еще лучше с каждым из них, наблюдая тщательно за ходом ран и за перевязкой. Николаевская батарея, превращенная в это время в огромный госпиталь,

заклучала в себе до 600 раненых, которые переносились туда с главного перевязочного пункта; сестры, дежурившие в ней, оставались под руководством Бакуниной.

Наконец, в домах Гущина и Орловского, где действовал с самого начала их учреждения с большим самоотвержением и знанием дела находившийся при академике Пирогове лекарский помощник Калашников, сестры Григорьева, Богданова и Голубцова несли с усердием самую трудную и, так сказать, самую неблагодарную службу, требующую большого самоотвержения и крепкого здоровья: это уход за страдальцами, раны которых испортились от антонова огня, или состояние которых сделалось не только безнадежным, но и вредным для других.

Кто знает только по слухам, что значит это *memento mori* (напоминание о смерти), отделение гангренозных и безнадежных больных в военное время, тот не может себе представить всех ужасов бедственного положения страдальцев. Огромные вонючие раны, заражающие воздух вредными для здоровья испарениями; вопли и страдания при продолжительных перевязках; стоны умирающих; смерть на каждом шагу в разнообразных ее



*Крестовоздвиженская община сестер милосердия*

видах — отвратительном, страшном и уми- лительном; все это тревожит душу даже са- мых опытных врачей, поседевших в испол- нении своих обязанностей. Что же сказать о женщинах (как Григорьева и Голубцова), посвятивших себя из одного участия и чув- ства бескорыстного милосердия на это слу- жение? [...].

Настало 28 марта, страшный день бомбар- дировки, хотя не первый по счету, но первый по близости осаждающих к бастионам и го- роду. Она продолжалась более десяти дней. Это время останется памятным в истории Крестовоздвиженской общины. С 28 марта по 15 мая деятельность общины сосредото- чивалась преимущественно на главном пере- вязочном пункте (в Дворянском собрании), в домах города, в Александровских казармах и на Павловском мыску. Во все это время са- мые главные усилия неприятеля были, как известно, устремлены на четвертый, пятый и шестой бастионы и отчасти на Малахов курган. Все раненые с первых трех бастионов приносились в Дворянское собрание. Более месяца врачи и сестры неусыпно день и ночь действовали на главном перевязочном пун- кте.

Старшая сестра второго и третьего отде- лений Екатерина Михайловна Бакунина от- личалась своим усердием. Ежедневно днем и ночью можно было ее застать в операцион- ной комнате ассистирующей при операциях; в это время, когда бомбы и ракеты то пере- летали, то не долетали и ложились кругом всего Собрания, она обнаруживала со свои- ми сообщницами присутствие духа, едва со- вместное, с женскою натурою и отличавшее сестер до самого конца осады.

Трудно решить, чему должно более удив- ляться, хладнокровию ли этих сестер или их самоотвержению в исполнении обязан- ностей. Военное время налагает на врачей обязанности, иногда жестокие, но необходи- мые для общей пользы. Так, при огромном скоплении раненых необходимо сосредото- чивать всю врачебную деятельность на вспо- моществовании тем, для которых помощь необходима и полезна; ибо, излишне зани- маясь безнадежными, можно легко упустить из виду тех, которым своевременная помощь могла бы возвратить жизнь и здоровье; по-

этому сортирование больных на перевязоч- ных пунктах составляет главное условие вра- чебной распорядительности.

Так было и на главном перевязочном пун- кте в Дворянском собрании: раненые, бес- престанно приносимые по несколько вдруг, свидетельствовались в большой зале и тут же делался приговор врачей: можно ли им еще спасти жизнь, нужно ли пожертвовать членом для спасения, или отнести раненого к числу безнадежных. Первые переносились в операционную залу или в Николаевскую батарею и поступали после оказанного по- собия на руки сестер, находившихся под ру- ководством Бакуниной, вторые отсылались в дома Гущина, Орловского и Инженерный, где сестры Травина, Григорьева, Голубцова и Богданова делали, что могли для облег- чения участи страдальцев, действуя то по предписанию врачей, то по собственному благоусмотрению, ознакомившись из опы- та с этим родом страданий. Велика и высока была обязанность этих сестер: им поруча- лись и последние желания и последний вздох умирающих за отечество!

Кровавые траншейные битвы 10 и 11 мая требовали со стороны врачей и сестер усилий, доходивших до изнурения сил, тем более что раненые прибывали на главный перевязочный пункт ночью. Утомленные ночными дежурствами, производством опе- раций, перевязкою раненых врачи и сестры в течение этих достопамятных дней не знали другого спокойствия, кроме короткого сна на лавках и койках в дежурных комнатах, про- буждаемые лопанием бомб и воплем вновь приносимых раненых.

Для всех очевидцев памятно будет время, проведенное с 28 марта по июнь месяц в Дво- рянском собрании. Во все это время около входа в Собрание на улице, где так нередко падали ракеты, взрывая землю, и лопались бомбы, стояла всегда транспортная рота сол- дат под командою деятельного и распоряди- тельного подпоручика Яни; койки и окровав- ленные носилки были в готовности принять раненых; в течение 9 дней мартовской бом- бардировки тянулись к этому входу ряды носильщиков; вопли носимых смешивались с треском бомб; кровавый след указывал до- рогу к парадному входу Собрания.

Эти девять дней огромная танцевальная зала беспрестанно наполнялась и опорожнялась; приносимые раненые складывались вместе с носилками целыми рядами на паркетном полу, пропитанном на целые полвершка запекшеюся кровью; стоны и крики страдальцев, последние вздохи умирающих, приказания распоряджающихся громко раздавались в зале. Врачи, фельдшера и служители составляли группы, беспрестанно двигавшиеся между рядами раненых, лежавших с оторванными, раздробленными членами, бледных, как полотно, от потери крови и от сотрясений, производимых громадными снарядами; между солдатскими шинелями мелькали везде белые капюшоны сестер, разносивших вино и чай, помогавших при перевязке и отбиравших на сохранение деньги и вещи страдальцев.

Двери залы ежеминутно отворялись и заворялись; вносили и выносили по команде: «На стол», «На койку», «В дом Гущина», «В Инженерный», «В Николаевскую». В боковой довольно обширной комнате (операционной) на трех столах кровь лилась при производстве операций; отнятые члены лежали грудями, сваленные в ушат; матрос Пашкевич — живой турникет Дворянского собрания (отличавшийся искусством прижимать артерии при ампутациях) едва успевал следовать призыву врачей, переходя от одного стола к другому; с неподвижным лицом, молча, он исполнял в точности данные ему приказания, зная, что неутомимой руке его поручалась жизнь собрата.

Бакунина постоянно присутствовала в этой комнате с пучком лигатур в руке, готовая следовать на призыв врачей. За столами стоял ряд коек с новыми ранеными, и служители готовились переносить их на столы для операций; возле порожних коек стояли сестры, готовые принять ампутированных. Воздух комнаты, несмотря на беспрестанное проветривание, был наполнен испарениями крови, хлороформа, часто примешивался и запах серы; это значило, что есть раненые, которым врачи присудили сохранить поврежденные члены, и фельдшер Никитин накладывал им гипсовые повязки.

Ночью, при свете стеарина, те же самые кровавые сцены, и нередко еще в больших

размерах, представлялись в зале Дворянского собрания. В это тяжкое время без неутомимости врачей, без ревностного содействия сестер, без распорядительности начальников транспортных команд: Яни (определенного к перевязочному пункту начальником штаба гарнизона князем Васильчиковым) и Коперницкого (определенного сюда незабвенным Нахимовым), не было бы никакой возможности подать безотлагательную помощь пострадавшим за отечество.



*Е. М. Бакунина*

Чтобы иметь понятие о всех трудностях этого положения, нужно себе живо представить темную южную ночь, ряды носильщиков при тусклом свете фонарей, направленных к входу Собрания, и едва прокладывавших себе путь сквозь толпы раненых пешеходов, сомкнувшихся в дверях его. Все стремятся за помощью и на помощь, каждый хочет скорого пособия, раненый громко требует перевязки или операции, умирающий — последнего отдыха, все — облегчения страданий.

Где можно было бы без деятельных и строгих мер, без неусыпной деятельности найти достаточно места и рук для оказания безотлагательной помощи!

Не менее деятельно, не менее неусыпно и ревностно в исполнении дел милосердия было и четвертое отделение, пребывавшее в начале мартовской бомбардировки в Александровских казармах, но скоро это пре-

бывание оказалось опасным для раненых. Их нужно было переносить во время самой сильной бомбардировки, в первых числах апреля, из этих казарм на Павловский мысок.

Сестры — начальница Стахович, Чупати и Будберг — преимущественно отличались своим самоотвержением при этой переноске, продолжавшейся несколько дней; они разделили опасность вместе с вверенными их надзору больными. На Павловский мысок приносились преимущественно раненые с Малахова кургана и с третьего бастиона.

Бухта разделяла сестер различных отделений, но стремление к общей цели — творить дела милосердия — соединяло их неразрывно.

В удел первого отделения (под непосредственным начальством г-жи Стахович, которая должна была по обязанностям службы постоянно объезжать все отделения общины), остававшегося в это время на Северной стороне, доставлялись преимущественно раненые с Селенгинского, Волынского и Камчатского редутов.

Вскоре число сестер на Южной стороне города оказалось недостаточным; нужно было его увеличить и освежить новыми людьми; для этой цели 5 сестер первого и четвертого отделений были переведены с Северной стороны и с Павловского мыска на главный перевязочный пункт.

Из них уже две не существуют. Краузе от душевных волнений и изнурения впала в жестокий нервный бред и скончалась через 18 дней после болезни. Блюмер, кроткая и почтенная сестра, крепкая духом и телом, сделавшаяся впоследствии старшею, умерла недавно в Симферополе, заболев на ревностной службе общины.

Военные действия и беспрестанное приближение осадных батарей неприятеля к нашим бастионам требовали часто перемены местопребывания и больных и сестер. Увеличившееся число раненых офицеров требовало также устройства особенного офицерского отделения. В середине марта месяца уже занят был для этой цели Екатерининский дворец, находящийся на берегу бухты у Графской пристани.

В мартовскую бомбардировку, а особенно в апреле и мае месяцах, число раненых

офицеров сделалось весьма значительным, и сестре Травиной, находившейся до тех пор в Инженерном доме, был поручен надзор за этим отделением (впоследствии она уехала в Бахчисарай, а место ее заступила покойная Блюмер).

Обязанности сестер на перевязочных пунктах были многосложны и важны по их последствиям для больных и в физическом, и в нравственном отношении; не только перевязка, аптекарская часть (сохранение и раздача сильно действующих лекарств), хозяйство и надзор за содержанием больных поручались им от главных врачей, заведовавших этими пунктами, но им же предписано было академиком Пироговым получать от раненых под сохранение наградные и собственные деньги и вещи.

Надобно быть очевидцем, чтоб судить, как трудны, хлопотливы и утомительны, при большом скоплении раненых, по-видимому, самые простые и маловажные занятия. Таковы, например: раздача теплого чая и сбор денег для сохранения; надобно у каждого принять счетом, записать его имя, полк и т. п.; особенно важна эта обязанность в отделении безнадежных: сестры, отбирая от них деньги, вместе с тем обязываются и исполнить последнюю их волю (как, например, отослать деньги их родственникам и т. п.).

Последствием нападения неприятеля на Камчатский редут 26 мая было то, что много раненых прибыло на Павловский мысок и в бараки на Северной стороне; по неимению там достаточного помещения, раненые были сначала сложены на землю, и сестры первого отделения под надзором самой начальницы должны были заняться оказанием им первого пособия. Погода была тогда ветреная и сырая; нужно было предварительно согреть теплым питьем охолодевших и распорядиться по возможности о их лучшем помещении.

Сестры этого отделения во всем принимали самое деятельное участие. Но уже и прежде сего, по причине значительного накопления раненых в Николаевской батарее и на главном перевязочном пункте после мартовской бомбардировки и траншейных дел, нужно было вывести отсюда более четырехсот ампутированных на Северную

сторону. Там раскинуты были вблизи барачных солдатские палатки, и ампутированные, перевезенные через бухту в баркасах, сложены на землю на матрацах. Другого, лучшего, помещения покуда не имелось в виду, а между тем свежий воздух был необходим для залежавшихся в казематированных казармах Николаевской батареи.

Вдруг сухая и ясная погода переменилась. Три дня шел проливной дождь, и в лагере сделалась глубокая грязь. Трудны были в это время занятия сестер первого отделения. В толстых солдатских сапогах, утопая в вязкой грязи, они должны были расхаживать между промоченными палатками и, стоя на коленях, раздавать чай и вино, чтобы согреть раненых, лежавших на земле один возле другого. При этих занятиях, необходимых для поддержания сил и согревания больных, сестрам едва доставало времени успевать на перевязку.



*Пирогов в Севастополе. Художник Ирэна Страдыня. 1949 г.*

В конце мая ядра и бомбы начали сильно угрожать и Северной стороне. Вблизи барачных, около Северного укрепления и на берегу бухты падали и раскаленные ядра; еще сильнее в это время угрожаемы были разрушением перевязочные пункты в Дворянском собрании и на Павловском мыску; на дворе Инженерного и Гущина дома падали уже прежде ядра и ракеты; нужно было думать о другом помещении. Было сделано распоряжение перевести перевязочный пункт из Дворянского собрания в Николаевскую батарею, как казематированную и наиболее удаленную от выстрелов, а с Павловского мыска — в Михайловскую батарею; весь госпиталь-

ный лагерь с Северной стороны должен был удалиться далее, к Инкерманским высотам. После отбития штурма 6 июня один из перевязочных пунктов перенесен был снова на Павловский мысок.

Сестрам предоставлено было при этих перемещениях, вызванных угрожающе опасностью, право оставаться в городе под выстрелами или же переместиться на Северную сторону, в места более безопасные.

Сестра Бакунина изъявила твердое желание оставаться при главном перевязочном пункте и даже не прежде перешла из Дворянского собрания в Николаевскую батарею, как после перемещения отсюда всех раненых. Она присутствовала в здании, угрожаемом беспрестанно разрушением от падающих бомб, до тех пор, пока все больные были вывезены в Николаевскую батарею, и продолжала свое служение здесь до отступления войск наших на Северную сторону, 27 августа. Передав еще в мае месяце старшинство свое сестре Лоде (остававшейся на Южной стороне с мая до конца июля и потом отправившейся в Бахчисарай), сестра Бакунина, наравне с другими девятью сестрами, продолжала свое бескорыстное служение на пользу раненых с таким же одушевлением и с тем же самоотвержением, какие отличали ее с самого ее вступления в общину.

После отбытия академика Пирогова из Крыма, в начале июня месяца, община была подчинена начальнику севастопольского гарнизона графу Остен-Сакену. Знаменитый военный начальник, несмотря на многочисленность своих занятий, в самое критическое время осады принимал постоянное и искреннее участие во всех делах общины и тем много содействовал к достижению благой цели.

С перемещением перевязочных пунктов в начале июня третье отделение разделилось и поступило с Павловского мыска на другие перевязочные пункты (Будберг — в Николаевскую батарею, как старшая, а другие сестры — в бараки Северной стороны). С этого времени раненые, поступавшие на Павловский мысок, до конца осады находились уже не на руках сестер; невозможно было найти для них достаточного помещения в этих казармах (находившихся постоянно под выстрелами неприятельских батарей, около

Малахова кургана), даже и для операций, производившихся под руководством ревностного врача Неволовского, а потом неутомимого и искусного хирурга доктора Дземешкевича (оставшегося безвыходно на этом перевязочном пункте до взрыва батареи); едва можно было найти безопасное место в сыром и темном погребе, под сводами.

После отбитого штурма большая часть раненых была перевезена через бухту на перевязочный пункт в Михайловской батарее, где находился вновь устроенный перевязочный пункт, с одним отделением сестер под начальством Ушаковой и ее помощницы, молодой, но весьма ревностной сестры Башмаковой; они оставались здесь постоянно до 26 августа. Но вскоре оказалось место это неудобным для перевязочного пункта, тем более что оно было и небезопасно (доказательством служит сестра Васильева, которая на Михайловской батарее была контужена, на службе, осколком бомбы в предплечье, с переломом двух костей, и ранена в висок также осколком).

Снова начали приносить раненых с бастионов на Николаевскую батарею. Снова устроился здесь главный перевязочный пункт; раненые оставались здесь по несколько дней и даже недель и, потом уже, перевозились на Северную сторону. Врачи, прикомандированные из флота и из полков гарнизона, производили здесь операции и другие хирургические пособия под руководством ревностного и деятельного профессора Киевского университета Гюббенета.

Сестры под начальством почтенной сестры Будберг (в том числе и Бакунина) продолжали неуспынно действовать. Сестра Будберг, желая дать хотя небольшой отдых уставшим и изнуренным сестрам, хотела прекратить ночные дежурства; но неутомимая Бакунина не захотела отдыхать и продолжала дежурить ночью, с некоторыми другими сестрами, до самого окончания осады.

В июле месяце бомба разрушила, наконец, танцевальную залу Дворянского собрания, которая так долго служила вместилищем раненых и главным местом хирургических пособий.

В это время в Николаевской батарее сосредоточивалась почти вся администра-

тивная, врачебная и коммерческая часть Севастополя. Штаб графа Сакена, местопребывание многих других военачальников, дежурства, церковь, казармы, лавка, перевязочный пункт, госпиталь, аптека (заведываемая Н. П. Корвовским, который с самого начала и до конца осады снабжал лекарствами и перевязочный пункт и госпиталя, работая под бомбами в своей лаборатории), — всё помещалось в одной Николаевской батарее. Зато и теперь еще, как будто в благодарность за приют, стены ее пощажены разрушением и, закоптелые, грустно смотрят на Северную сторону Севастополя!.. А зданий на Павловском мыску уже не существует: они разрушены взрывом до основания; почти не существует и Дворянского собрания, — не своды, а провидение — долго хранило его стены, пронизанные теперь бомбами и ядрами.

С июня месяца, после перемещения перевязочных пунктов, возникли также и другие перемещения раненых и сестер.

Так, с 6 июня организовалось новое офицерское отделение на батарее № 4, на Северном берегу бухты; в нем главным врачом был доктор Тарасов, отправившийся по собственному желанию в Севастополь с третьим отделением общины (вместе с врачами Ребергом и Дмитриевым) на иждивении ее императорского высочества. Этот деятельный врач, находившийся сначала при главном перевязочном пункте в Дворянском собрании, вместе с академиком Пироговым усердно заботился о надлежащем размещении общины; почти до самого окончания осады (26 августа) он имел под своим наблюдением постоянно до сорока человек раненых офицеров и успел снискать их доверие и любовь.

При нем находилась сначала сестра Григорьева, переведенная из дома Гущина, а потом сестра Линская; надзор за хозяйственной частью госпиталя поручен был этим двум ревностным сестрам, уже и прежде заведовавшим хозяйственной частью (в доме Гущина — сестра Григорьева, а на Николаевской батарее — Линская).

Далее, в начале июля месяца, устроился лагерный госпиталь, состоящий из больших госпитальных палаток, в шести верстах от Севастополя, на Бельбекской долине. Главная начальница общины г-жа Стахович, ее

помощница сестра Гординская (сестра Гординская постоянно имела на сохранении деньги и вещи больных и отличалась ревностью и распорядительностью в исполнении своих обязанностей), со многими сестрами первого, четвертого, с некоторыми сестрами второго отделения и с несколькими вновь прибывшими, поместились при этом госпитале в палатках и татарских саклях.

Сюда привозились из Северной и Южной сторон города раненые после того, как им уже была оказана помощь, для дальнейшего лечения. Отсюда сестры ездили на перевязку в лагерьный госпиталь, расположенный на Инкерманских высотах (в трех верстах от Севастополя), куда в конце июля было послано одиннадцать сестер, под начальством Чупати, на постоянное жительство; отсюда же главная начальница общины объезжала различные ее отделения. Отсюда, наконец, были посланы, во время дела 4 августа, четырнадцать сестер на Мекензиеву гору, где они пробыли несколько дней, перевязывая раненых, ассистируя врачам при хирургических операциях, раздавая белье, теплое питье, вино и проч. После перевозки раненых с Мекензиевой горы в госпиталь Дуванский и в Симферополь сестры возвратились снова на Бельбек.

Итак, в это время до самого окончания осады, община была размещена в следующих местах: 1-е) восемь сестер под руководством Будберг и Бакуниной (которая, хотя сложила с себя старшинство, но не переставала иметь нравственное влияние на сестер) на Николаевской батарее, на Южной стороне города; 2-е) одна сестра — в Екатерининском дворце также в самом городе (бывшее офицерское отделение), куда было перенесено тогда гангренозное отделение; 3-е) пять сестер под начальством инокини Ушаковой — на Михайловской батарее на Северной стороне города; 4-е) одна сестра на батарее № 4-го, также на Северной стороне, при офицерах, под руководством доктора Тарасова; 5-е) в Северном укреплении, при раненых морских офицерах, — Селиванова (весьма ревностная сестра, заслужившая одобрение и признательность почти всех лежавших там моряков) и Сапрановская; 6-е) одиннадцать сестер в лагерьном госпитале, на Инкерманских вы-

сотах под начальством Чупати, и, наконец, 7-е) все остальные сестры, находившиеся вместе с главной начальницей общины в шести верстах от города, на Бельбеке.

Сверх того, еще пять отрядов общины находились в это время в Бахчисарае: под начальством сестры Лоды семь сестер в госпитале, расположенном в ханском дворце; в Симферополе пять сестер, в морском лагерьном госпитале, под начальством Травиной, уехавшей из Севастополя в начале мая месяца; в Перекопе три сестры под руководством старшей сестры Щедриной. Эти два отделения общины имели постоянно (с января месяца 1855 г.) на своем попечении раненых, транспортированных из Севастополя, и были размещены в различных госпиталях обоих городов. Сестра Щедрина с неусыпной деятельностью, с необыкновенною распорядительностью, с редким самопожертвованием оставалась с самого поступления ее в общину верно своему призванию. Община в Херсоне преимущественно успела освоиться с внутренним бытом госпиталей, благодаря неусыпным трудам Щедриной и попечениям главного доктора Гебгардта (недавно скончавшегося на руках этой добродетельной сестры к общему сожалению всех его знавших). Таково было размещение общины до самого оставления Южной стороны Севастополя — 27 августа.

Бакунина была последняя из сестер, вышедших через мост из Севастополя на Северную сторону. В день 27 августа старшая сестра Будберг получила контузию в левое плечо осколком бомбы, провожая одного тяжелораненого на перевязочный пункт в Николаевскую батарею. Она же и сестра Смирнова 2-я получили 26 августа значительные контузии осколками стекол на батарее, разбившихся от взрыва шаланды, нагруженной порохом и стоявшей у Графской пристани; сестра Смирнова при этом едва не лишилась зрения, а сестра Будберг была завалена обломками выпавших от сотрясения окон; один из ампутированных, за которым она ухаживала, поспешил к ней тотчас же на помощь. Во время самого отступления сестра Будберг, обремененная ношею (она спасала пожитки общины и деньги, принадлежавшие

раненым), едва не упала на мосту от усталости и утомления.

После отступления изменилось снова размещение сестер. Главная их деятельность сосредоточилась в лагерных госпиталях, расположенных на Инкерманских высотах и на Бельбеке. В первом они действовали под руководством неутомимой и распорядительной сестры Чупати; во втором — под руководством самой начальницы Стахович. Перевязочный пункт на Павловском мыску под начальством доктора Дземешкевича был переведен после всех на Северную сторону, почти непосредственно перед взрывом батареи.

Перевязочный пункт на Михайловской батарее и офицерское отделение в батарее № 4 закрылись; вся врачебная деятельность сосредоточилась в двух лагерных госпиталях на Инкермане под начальством опытного хирурга доктора Рудинского и на Бельбеке, куда переехал с Павловского мыска и доктор Дземешкевич. Больные не имели другого приюта, как в госпитальных (суконных) и солдатских (парусинных) палатках и были расположены на матрацах и войлоках, посланных на землю. Только некоторые раненые штаб-офицеры находили приют в полуразрушенных татарских саклях.

Время стояло ветреное, холодное и дождливое. Сестрам было много дела; их занимала преимущественно раздача сухого белья из цейхгауза общины, теплого чая, вина — все из пожертвованных средств общины и Комитета [...].

Перевязка раненых производилась нередко на открытом воздухе под дождем, стоя на коленях в грязи или на мокрой земле. Преимущественно отличалось в это время отделение сестры Чупати на Инкермане, куда свезена была большая часть раненых после последнего штурма, и где производилось до восьмидесяти и ста операций в день, при пособии сестер под руководством начальствовавшего перевязочным пунктом доктора Рудинского.

В это время прибыл на Бельбек и академик Пирогов; объезжая оба отделения, он был очевидцем и свидетелем ревностного служения сестер. В это же время, заметив все трудности и лишения больных, тысяча-

ми транспортировавшихся из Инкермана, с Северной стороны и из Бельбека в Дуванку, Бахчисарай и Симферополь, он предложил общине преимущественно заботиться об участии транспортируемых, — и это предложение служило началом к образованию существующего теперь транспортного отделения сестер Крестовоздвиженской общины.

Наконец, управившись с тысячами раненых, лагерный госпиталь на Инкермане снялся: почти все раненые из Бельбека свезены были в Бахчисарай и Симферополь. Это было уже в половине сентября. Тогда почти все сестры переехали также в Бахчисарай; только три из них под руководством сестры Линской остались на Бельбеке.

С конца сентября распределение сестер опять изменилось. Вследствие сосредоточения врачебной деятельности в Симферополе по случаю скопления там самого большого количества больных и раненых (до 13.000), деятельность сестер также сосредоточилась в этом городе, где до сих пор действовали неутомимо одни сердобольные. В это же время произошло значительное изменение в самом составе общины. Главная начальница г-жа Стахович, по случаю расстроенного здоровья, от перенесенной ею болезни и от трудов, с разрешения ее императорского высочества высокой покровительницы общины, вместе с сестрами первого и второго отделений, уставшими от продолжительных занятий, выехали в С.-Петербург. Управление общины государынею великою княгиней вверено начальнице сердобольных одесских сестер Екатерине Александровне Хитрово, с званием (имеющим высокое значение) сестры-настоятельницы. Взамен выбывших сестер в состав общины вошли новые лица, вновь прибывшие из С.-Петербурга под надзором старшей сестры Карцевой. Кроме того, некоторые из усерднейших сестер первого, второго и третьего отделений, несмотря на понесенные ими труды, увлеченные своим высоким призванием, остались в среде общины на второй год.

Академик Пирогов, которому ее императорское высочество изволила снова поручить общину в полное распоряжение, при помощи неутомимо деятельной сестры-настоятельницы Е. А. Хитрово и при пособии



сестер Е. М. Бакуниной и Е. П. Карцевой, сделал следующие усовершенствования в занятиях общины:

а) Принял под надзор, исключительно, раненых и ампутированных, помещенных в госпитальных бараках Симферополя. Сестры под управлением старшей сестры Карцевой во время дежурств разделились, как и прежде, на три разряда — на хозяйек, аптекаршей и перевязывающих, так что на каждый барак приходилось по три сестры: из них одной сестроу-настоятельницею поручается наблюдение за порядком на полную ее ответственность. Согласно с таким разделением сестры действуют в госпиталях по особенной им сообщенной инструкции, в которой кратко изложены все их обязанности. Являсь на дежурство, все сестры поступают под надзор одной старшей сестры Карцевой, на которой лежит ответственность за всех пред сестроу-настоятельницею. Дежурные сестры обязаны вести журнал всем замеченным ими недостаткам или упущениям по службе. Продежуривав в течение суток, они сменяются новыми сестрами и отправляются снова в дом общины, где опять поступают под надзор сестры-настоятельницы.

б) Все действия общины, все суждения о действиях, способностях и нравственности сестер, все изменения в служебной их деятельности решаются теперь сестрой-настоятельницей в комитете, состоящем, под ее председательством, из духовного пастыря, врача общины и старших сестер; решение комитета вносится в протокол, посылаемый на рассмотрение высокой покровительницы общины. Этою мерою все действия общины, устремленные на пользу ближних, делаются более отчетливыми и приобретают более значения через беспристрастное и многостороннее обсуждение их главными членами общины.

в) При постоянных транспортах раненых и больных из Симферополя в более или менее отдаленные города России явилась потребность в новых услугах сестер — наблюдать за больными и ранеными во время пути. Высокая покровительница общины, вследствие донесения академика Пирогова, изволила учредить особое отделение сестер под названием транспортного, которое вверено

распоряжению старшей сестры Бакуниной; две или три сестры под надзором старшей, с достаточным запасом перевязочных вещей, медикаментов, чая, сахара и белья, в настоящее время сопровождают транспорты до Перекопа, Берислава и Екатеринослава, зорко следя за тем, чтобы транспортируемые не терпели на пути никаких недостатков.

Необходимость и несомненная польза этого учреждения уже оправдываются теперь на деле. Хотя число сестер не позволяет им сопутствовать почти ежедневным транспортам больных из Симферополя в Перекоп, однако уже шесть раз сестры провожали более значительные из транспортов и преимущественно раненых и ампутированных; четыре раза под надзором старшей сестры Бакуниной до Перекопа, Берислава и Екатеринослава; один раз под наблюдением сестры Медведевой и один раз под наблюдением сестры Травиной, до Перекопа. Каждый раз отправлялось по три сестры (на лошадях, купленных на иждивение благотворительного комитета, находящегося под покровительством ее императорского величества государыни императрицы Марии Александровны); каждый раз они оставались на пути не менее десяти дней, сопровождая транспорт, идущий на волах или крестьянских подводах, от одного этапа на другой; размещались на этапах так же, как и самые больные, в татарских саклях, раздавая больным теплое питье и лекарства, по назначению врача, перевязывая раненых и проч.

Обязанности сестер транспортного отделения весьма трудны, хлопотливы и однообразны. Проводить целые дни и даже недели в холоде и сырости; вязнуть в грязи на проселочных этапных дорогах; наблюдать за больными, рассеянными в этапных аулах, иногда на протяжении одной и более верст, не всегда имея достаточно средств помочь больным при внезапных переменах болезни; едва возвратившись назад, снова пускаться в знакомый путь, — вот в чем состоит транспортная служба сестер Крестовоздвиженской общины. Нужно иметь крепкое здоровье, самоотвержение и постоянство нрава, чтобы совершать это дело милосердия, не громкое, не лестное для суеты, но существенно полезное для бедству-

ющих больных. Сестры транспортного отделения обязаны замечать все недостатки и нужды больных, ведя журнал, который по возвращении они доставляют сестре-настоятельнице или предлагают на рассмотрение в комитет. Несмотря на краткость времени, сестры во время транспортов уже успели оказать многие услуги к улучшению быта транспортируемых больных. Проводя целые часы и ночи вместе с больными на этапах, они легче могли заметить некоторые упущения и способствовать их устранению.

Итак, в настоящее время Крестовоздвиженская община сестер попечения о раненых, находящаяся в Крыму и Херсонской губернии, состоит из следующих отрядов, управляемых сестрой-настоятельницей и созываемым ею временным комитетом:

1) Главный отряд в Симферополе, состоящий из двадцати восьми дежурных сестер в двух госпиталях Симферополя (в которые перевезены теперь труднейшие раненые и ампутированные из бараков), под надзором старшей сестры Е. П. Карцевой.

2) Отряд транспортного отделения, состоящий из девяти сестер под надзором старшей сестры Е. М. Бакуниной.

Сестры обоих отрядов помещаются в особенном доме, занимаемом общиною в Симферополе, вместе с сестрой-настоятельницей Е. А. Хитрово. В этом же доме находится и главный цейхгауз общины, в котором сохраняются под надзором одной из сестер все пожертвованные ее императорским высочеством и другими частными благотворителями в пользу раненых и больных предметы, как-то: белье, обувь, посуда, чай, сахар, вино, медикаменты и перевязочные вещи, отпуска-

емые в различные госпитали по письменным требованиям сестер и ординаторов.

3) Отряд в Бахчисарае, состоящий из девяти дежурных сестер под надзором старших сестер Будберг и Чупати; им поручено хождение за больными в госпиталях Дворца, в лагере и на Оазме.

4) Отряд из трех сестер под надзором сестры Линской на Бельбеке.

5) Отряд из шести сестер в Перекопе, под управлением старшей сестры А. И. Травиной.

6) Отряд из двадцати шести сестер в Николаеве и

7) Отряд из двадцати сестер в Херсоне, оба под управлением сестры В. И. Щедриной.

При всех этих отрядах находятся также небольшие цейхгаузы в распоряжении сестер.

Умерли при исполнении своих обязанностей, верные своему призванию, с декабря 1854 г. по 1 января 1856 г. семнадцать сестер: Аленева, Ждановская [Здановская? - см. сводный список], Шперлинг, Эрберг [Эльберг? — см. список], Кузнецова, Протопопова, Голубцова, Краузе, Лашкова, Белоускова, Якушева, Алферова, Блюмер, Булгарова, Фуфаева, Данилевская и Зарубаева.

Настоящие и прошедшие события предвещают будущее. Будущее Крестовоздвиженской общины предзнаменуют действия ее сестер, изложенные здесь без всякого пристрастия правдолюбивыми очевидцами и заслуживающие остаться в памяти современников. Пусть грядущее поколение судит, в какой мере община при самом ее начале осуществила благую мысль высокой покровительницы ее и сделалась достойною цели ее учреждения.

## НОВОСТИ

### ОРСК

**9 июня 2022 г.** епископ Орский и Гайский Ириной возглавил Божественную литургию и совершил чин малого освящения **храма в честь святителя Луки Крымского архиепископа Крымского и Симферопольского в Городской больнице № 5.**

Его Преосвященству сослужил руководитель епархиального отдела по церковной благо-

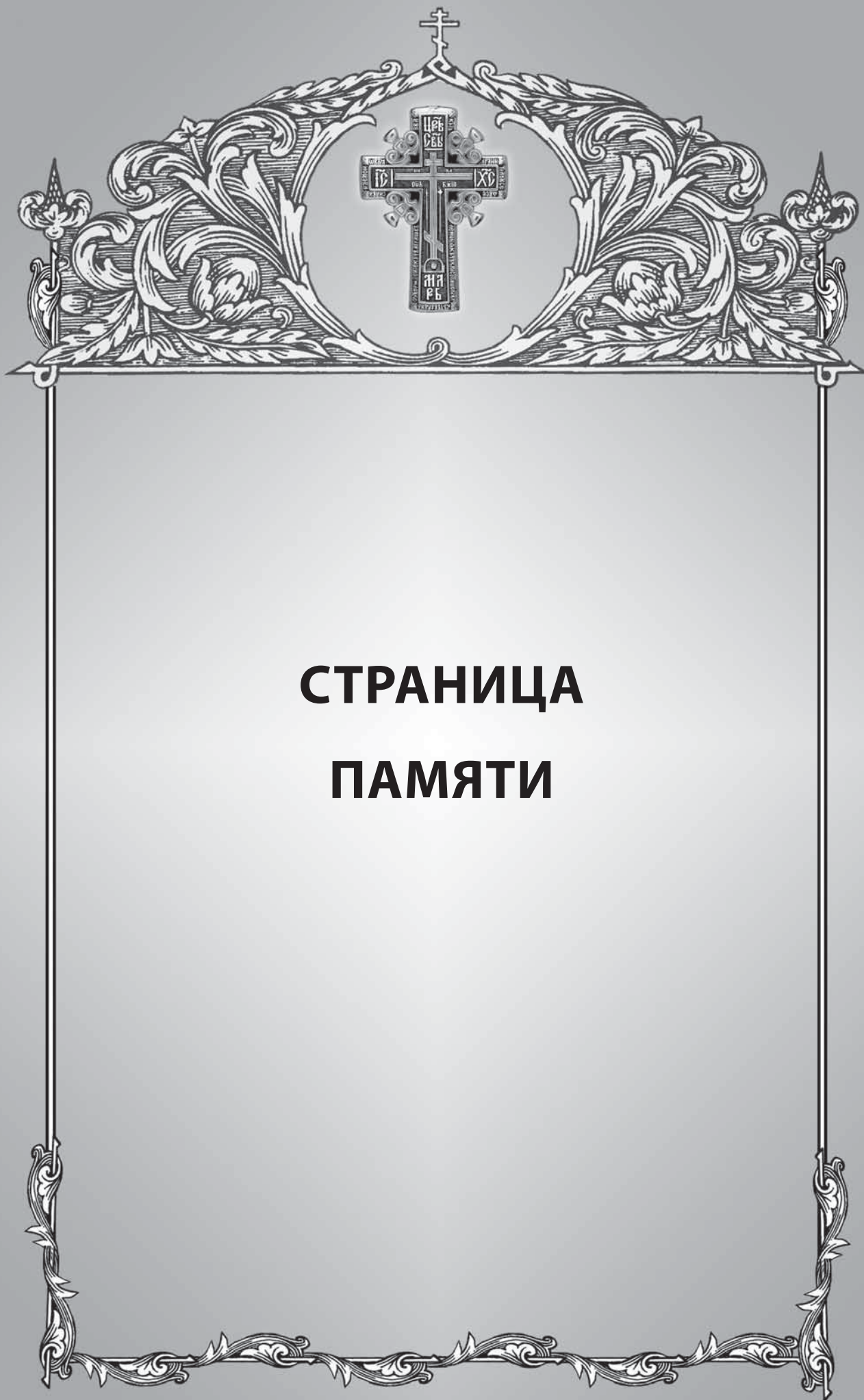
творительности и социальному служению протоиерей Вячеслав Кочкин.

За богослужением молились главврач Н. С. Молодцов и медперсонал больницы. Староста прихода, детский хирург С. В. Тингаев принял участие в богослужении в качестве чтеца.

По окончании Божественной литургии епископ Ириной обратился к собравшимся с архипастырским словом, в котором поблагодарил всех, кто участвовал в создании и благоустрой-

стве больничного храма, отметив, что молитва — первая необходимость для каждого верующего человека, и любое дело нужно начинать именно с нее. Молитва и надежда на помощь Божию укрепят врачей в деле лечения людей.

Храм размещается на втором этаже больничного корпуса. Богослужения в нем смогут посещать пациенты, проходящие лечение в стационаре.

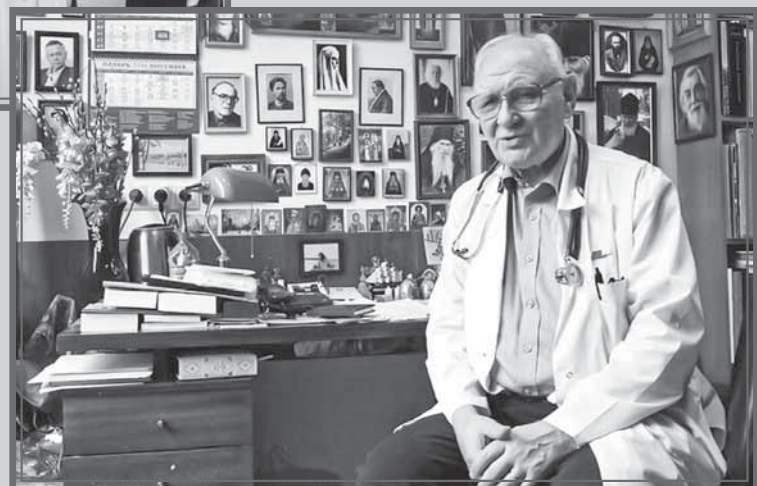


# СТРАНИЦА ПАМЯТИ



## АЛЕКСАНДР ВИКТОРОВИЧ НЕДОСТУП

3 апреля 1939 — 17 октября 2022



## ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А. В. НЕДОСТУПА



17 октября 2022 г. отошел в мир иной Александр Викторович Недоступ, прекрасный врач и верный христианин, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, кардиолог-аритмолог и терапевт широкого профиля, один из наиболее авторитетных московских врачей с обширным клиническим опытом, подготовивший к полетам в космос многих космонавтов.

Александр Викторович был председателем исполкома Общества православных врачей России (до 2020 г.), председателем Общества православных врачей Москвы и России, почетным членом ОПВ Санкт-

Петербурга. По инициативе профессора А. В. Недоступа в 1995 г. было создано первое в нашей стране Московское общество православных врачей. Среди его важнейших целей Александр Викторович ставил принятие в отечественную медицину принципов христианства и христианской ответственности, христианизацию медицины, духовное оздоровление процесса врачевания и «противостояние тем недопустимым новациям, которые сейчас распространяются в медицине».

Ежемесячно он проводил заседания Московского общества, куда приглашал специалистов разных областей — это были не только медики, но и философы, психологи, религиоведы, преподаватели ПСТГУ — для обсуждения чрезвычайно важных проблем, которые на тот период времени еще не получили широкого освещения в церковной среде. В этом смысле Александр Викторович был новатором, первопроходцем. Его идеи оказались востребованы при создании «Основ социальной концепции Русской Православной Церкви» 2000 г.

Ежегодно в январе в актовом зале Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, а впоследствии в Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению



*Архимандрит Кирилл (Павлов) и А. В. Недоступ*



*А. В. Недоступ с Московским ОПВ в храме при. Димитрия Прилуцкого*

Александр Викторович проводил секцию «Православие и медицина» в рамках Международных образовательных Рождественских чтений. Эти встречи были важным способом налаживания взаимодействия между Министерством здравоохранения и Русской Православной Церковью. Само понятие «православный врач» закрепилось в общественном сознании и экспертном сообществе во многом благодаря трудам профессора Недоступа, который был и блестящим медиком-профессионалом, и глубоко верующим человеком. Он шел по стопам и следовал заветам святителя Луки (Войно-Ясенецкого), продолжая традиции просветительства и миссионерства предков по линии матери — представителей русского православного духовенства.

Профессор А. В. Недоступ — один из ведущих специалистов в области диагностики и лечения аритмий, автор более 400 публикаций, тематикой которых являются психо-вегетативные соотношения при различных болезнях сердца и их коррекция, синдром слабости синусового узла, лабильная артериальная гипертензия пожилых и др. У него было редкостно цельное клиническое мышление: по отдельным жалобам, симптомам, данным анализов он складывал цельную картину, ставил верный диагноз и назначал эффективное лечение. Изумительный клиницист и блестящий аритмолог, он стоял у истоков первого в нашей стране отделения кардиореанимации. Во многом именно благодаря его усилиям уменьшалась смертность от кардиозаболеваний.

Когда тяжело больной пациент испытывал потребность пересмотреть свою жизнь, сделать переоценку ценностей, покаяться, Александр Викторович всегда был готов поговорить по душам — не только как специалист, но и как христианин. Он считал, что сердечные отношения между людьми — главная профилактика болезней сердца. И всегда советовал больным прибегать к Таинствам Церкви для исцеления духовного и физического. Он многих людей обратил к вере.

Необыкновенное участие и сострадание Александр Викторович проявлял ко всем пациентам, являя образ врача как евангель-

ского милосердного самарянина. Он был наделен Божиим даром видеть в больном именно страдающего человека, а не клинический случай, и именно поэтому за десятилетия напряженной работы не выгорел профессионально, всегда оставался с пациентами сострадательным и чутким. Александра Викторовича отличало умение разглядеть в любом встреченном им человеке уникальную личность, понять его внутренний мир.

За свои выдающиеся заслуги на поприщах медицины и христианского служения профессор Недоступ был награжден медалью Отдела по благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви святого праведного Филарета Милостивого I степени «Во внимание к участию в делах милосердия и за деятельную любовь», орденами преподобного Сергия Радонежского III степени и святого благоверного князя Даниила Московского III степени — за участие в восстановлении храмов; Серафима Саровского III степени и Стефана Пермского I степени, медалями «За заслуги перед космонавтикой», «Юрий Гагарин», «Космическая медицина», «За труды и Отечество» — за подготовку космонавтов к полетам и другими орденами и медалями.

Александр Викторович — учитель бесчисленного множества врачей, которым он преподавал не только курс терапии, но самые основы профессии, и все они, независимо от избранной врачебной специальности, с благодарностью называют его своим учителем. Он был и останется образцом настоящего русского врача для коллег, студентов и пациентов, которые видели в нем не только доктора, но друга, советчика, духовного наставника.

Высокую оценку литературоведов получило литературное и поэтическое творчество Александра Викторовича. Он выпустил несколько книг по духовным вопросам («Русская идея», «О постхристианстве») и художественных произведений, последним из которых стал сборник стихов 2016 г. «Из разных лет...». Скромно называя себя неумелым стихотворцем, автор предстает в своих стихах настоящим христианским русским поэтом со своим уникальным голосом и интонацией.

Время, время!.. Кремлевских курантов  
бой,

Распустившись, вянут цветы.  
Ты всегда остаешься самим собой,  
Потому что ты — это ты.  
Потому что меряешь мерой одной  
Свет и сумрак, правду и ложь,  
Потому, что небо одно над тобой,  
Потому, что в России живешь.  
Дорогие дети сегодняшних лет,  
Нынче праздник, а завтра — бой.  
Не забудьте наш стариковский завет:  
Оставайтесь самими собой!

В течение 20 лет Александр Викторович оставался духовным сыном архимандрита Кирилла (Павлова), и молитвенный покров всероссийского старца осенял его. Поэтому все начинания и труды Александра Викторовича — медицинские, педагогические, общественные, публицистические — были благословлены Богом.

В одной из своих статей, размышляя о врачебном призвании, Александр Викторович писал: «У каждого свои пути. Но не случайно Он привел именно туда, где я сейчас. Путь длинный. В конце концов, от Бога все происходит. Что будет дальше? Я думаю,

что Россия может воскреснуть, но только тогда, когда вернется к Богу. Без веры России не быть, не стоять. Это будет тогда что-то совсем другое, потому что вся наша история, вся наша государственность, вся наша система личностных ценностей исходят из Евангелия. У нас это пытались отнять. Если не вернемся к вере, то ничего не будет».

Господь подал Александру Викторовичу христианскую кончину, непостыдную, мирную и безгрешную. Накануне смерти, находясь в больнице, он сподобился причастия Святых Христовых Таин.

Мы надеемся, что молитвами Александра Викторовича, предстоящего ныне пред Престолом Божиим, православная медицина России и дальше будет уверенно развиваться. В его лице бы потеряли блистательного врача и педагога, но обрели молитвенника пред Богом. Именно о таких людях, как Александр Викторович, написано в Евангелии: «Так да светит свет ваш пред людьми, чтобы они видели ваши добрые дела и прославляли Отца вашего Небесного» (Мф. 5:16).

*При подготовке использованы материалы  
«Церковь и медицина», Православие.ру*

## Бисер духовный

Зрелый человек есть тот, кто понял природу тела, а именно, что оно тленно и недолговременно. Такой и душу прозревает в истинном свете, а именно, что она божественна и бессмертна и, будучи сотворенной Богом, соединена с телом для испытания и восхождения к богоподобию. Понявший же душу как следует, живет правильно и богоугодно, не доверяя и не давая поблажки телу. Познавая Бога умом своим, он видит умом и вечные блага, даруемые Богом душе...

*Преподобный Антоний Великий*

Вечность не заключается в том, что когда-то после смерти мы будем жить без конца. Вечность — это наша приобщенность к Богу.

*Митрополит Антоний (Сурожский)*

...Ничто так не делает нас любвеобильными, как жизнь по духу, и ничто так не убеждает духа обитать в нас, как сила любви.

*Святитель Иоанн Златоуст*

## 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
- Материалы, посвященные свт. Луке
- События, факты, комментарии

**Адрес редакции:** 194291, Россия, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4, корп. 3.  
Тел.: (812) 495-48-12; 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. Обязательно предоставление аннотации (объемом не менее 500 печатных знаков), включающей 5–7 ключевых слов, отражающей основное содержание статьи.

4. На отдельной странице должен быть представлен перевод на английский язык названия статьи, фамилии, имени, отчества, ученой степени автора (авторов), название учреждения, его адрес (включая адрес электронной почты), аннотации и ключевых слов.

5. 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).

6. 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.

7. 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.

8. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. 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 пептиды 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.

9. 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.

10. 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.

11. Статьи, оформленные не по правилам, не рассматриваются. Рукописи, не принятые к печати, обратно не возвращаются.