

Во время Великой Отечественной войны, как свидетельствует «Акт комиссии по расследованию преступлений немецко-фашистских захватчиков и их соучастников, совершенных в Несвижском районе» от 4 февраля 1945 г., «здания лечебно-профилактических учреждений, как аптека, детская консультация, поликлиника, немцами были приспособлены под склады и при отступлении были сожжены. Кроме этого уничтожены и сожжены... 3 аптеки, аптечный склад и ряд других». После войны аптека в г. Несвиже восстановлена в соседнем здании рядом с центральной площадью, открыты аптеки в д. Лань, д. Сейловичи, аптечный киоск в г. п. Городея.

В настоящее время аптечная сеть Несвижского района представлена 10 аптеками, в том числе 4 аптеками негосударственной формы собственности.

Литература

1. Тихонко, І.В. 3 гісторыі аптэк у Нясвіжы / І.В. Тихонко // Нясвіжскія навіны. – 2003. – 20 студ. – С. 7.
2. Грицкевич, В.П. С факелом Гиппократата / В.П. Грицкевич. – Минск: Наука и техника, 1987. – С. 63 - 68 .
3. ГУ «Национальный исторический архив Беларуси». – Ф. 134. – Оп. 1. – Д. 257. – Л. 4 – 211.
4. Памятная книжка Минской губернии на 1916 год. – С. 58.
5. Сосонкина В.Ф. Состояние и развитие фармацевтического дела в Западной Беларуси в межвоенный период (1919 – 1939 гг.) / В.Ф. Сосонкина // Вестник фармации. – 2012. - № 3. – С. 89, 96.

Матвейчик Т.В., Цецевич-Щенсна Г.Е.

ВРАЧЕВАНИЕ МИЛОСЕРДИЕМ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Беларусь*

Люблинский медицинский университет, Люблин, Польша

Беспощадная война требует неисчислимых жертв раненых воинов и мирного населения. Начавшаяся в 1914г. Первая мировая война «по своей кровопролитности и продолжительности превзошла все войны XIX столетия, вместе взятые» [1].

Напряженный труд военных и гражданских ведомств осуществляли сообща врачи и медицинские сестры. Одной из множества задач была подготовка «умелого женского персонала для нужд военного времени» [7]. Армии требовались руки многих помощников, которые могли бы осуществлять и попечение о бедных гражданских лицах, и утешить скорбящих, и привести на путь истинный тех людей, которые предались поро-

кам, и воспитывать беспризорных детей и исправлять их дурные наклонности, однако все эти цели во время войны отошли на второй план.

К началу Первой мировой войны существовали десятки общин милосердия, самой крупной из которых была имени святого Георгия с 1603 сестрами, несколько меньше было людей в общинах им. М.П. фон Кауфмана, святой Евгении, Александринской, Павловской, Марфо - Мариинской обителях. Эти сестры (17436, по данным 1916г.) прилежно трудились в полевых учреждениях Красного Креста и в тылу.

Милосердие, которое предоставляли врачи и сестры – это готовность помочь кому-либо или простить кого-нибудь из сострадания, человеколюбия. По мысли Святителя Тихона Задонского, «...милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует пред Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце и милосердие, потому что молитва без милостыни – как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов». Служение сестёр милосердия наполнено миссионерским духовным содержанием их ратных трудов [2].

Известно, что вера людей в Бога способствует, при достойной организации и выполнении определенных условий, облегчению состояния человека перед порогом смерти, поэтому одним из компонентов взаимоотношений раненых бойцов и сестер милосердия становится духовная составляющая. Особенно важным это было для тех, кто ограничен в правах и свободе передвижения, т.е. инвалидов. Отношение сестер милосердия к воинам было особенным, обостренным боевой обстановкой.

Если в мирное время «Болезнь – один из самых серьезных кризисов, «потому что она ставит человека перед лицом целого ряда новых переживаний и ощущений: болезнь говорит о том, что он смертный, а значит, не имеет над собой власти» (Антоний Сурожский). Во время войны это может стать экзистенциальной встречей с самим собой. В этот период раненые бойцы могут открыть свои глубинные болевые структуры, что может само по себе приносить облегчение, а порой может служить исцелением от ран.

Страдания и боль на войне приводит бойцов ко встрече с сестрой милосердия. Эта встреча становилась полноценной, если сестра услышит раненого, его «внутренний голос», его переживания, если сумеет увидеть собеседника. Тогда медик и пациент вступают в диалог и могут стать партнерами в борьбе с болью. Отвергаясь от своих стереотипов, авторитета, взглядов на лечение, сестра сумеет услышать запросы бойца на оказание (или не оказание) помощи, в которую он верит.

Начало диалога – желание быть выслушанным. Это на войне не просто потребность выговориться, разрядиться, но и еще желание быть услышанным. По этому поводу митрополит Антоний Сурожский писал: «Надо очень осторожно, мудро и смиренно подходить к больному челове-

ку. Это надо делать так, чтобы больной знал, что вы пришли на неограниченное время, вы не спешите, вы совершенно присутствуете. Больной не должен чувствовать, что мы только и ждем момента, когда сможем уйти. Мы знаем, как выглядит посещение, если человек присаживается, и по его лицу явно, что у него десять минут времени. Так часто мы озираемся вокруг, смотрим по сторонам, и человек, которого мы будто бы пришли навестить, чувствует, что на самом деле мы не с ним. Физически – мы тут, но мысли разбегаются, мы думаем о своих планах, проблемах.

Если вы кого-то посещаете, пусть будет ясно, что время, каким вы располагаете – пусть пять минут – принадлежит ему безраздельно, что в эти минуты ваши мысли не будут заняты ничем другим, что нет человека более значительного, чем тот, с кем вы находитесь».

Целостное восприятие человека в неразрывном единстве душевных, духовных и телесных составляющих, бережное и уважительное отношение к душе человека раскрывается в жизни и творчестве многих святых подвижников-медиков. Проявились эти качества и в ратных трудах сестер милосердия. Они сумели увидеть в каждом человеке страдающее Божье создание, нуждающееся в его помощи.

«Ты хочешь, чтобы тебе оказали милость? Окажи милость своему ближнему», руководствовались они словами Иоанна Златоуста.

Патриотический подъем, наблюдаемый в период мобилизации населения в начальный период Первой мировой войны не смог обеспечить потребности армии. Врачебного и сестринского персонала крайне не хватало. Дефицит врачей составлял более 3 тыс. человек, аналогичная ситуация была и с медицинскими сестрами. Для восполнения недостатка в сестрах существовал резерв в виде многочисленных общин сестер милосердия, входящих в состав Российского общества Красного Креста с практическим опытом организации учебы и работы более чем полстолетия.

Первой базой для подготовки специалистов по сестринскому делу была в 1844г. община сестер милосердия, организованная Великой княгиней Александрой Николаевной и названная с 1873г. Свято-Троицкой.

Первый выпуск сестер милосердия состоялся в 1841г. В предвоенные годы число общин постепенно увеличивалось: так, в 1853г. Великой княгиней Александрой Петровной была учреждена Покровская община на 20 коек для взрослых и 30 педиатрических коек, в 1866г. княгиней Н.Б. Шаховской организована община «Утоли мои печали» с сиротским приютом для девочек, больницей и амбулаторией. Типичным было вхождение в структуру общин сестер милосердия больниц или амбулаторий для неимущих, богаделен для неизлечимых больных, приютов для сирот. В общину вступали женщины разного социального происхождения в возрасте 18-40 лет, финансирование было комплексным (государственные субсидии, пожертвования частных лиц, доходы от лечебной практики)[4-5].

В каждой общине было подразделение по профессиональному обучению в течение 4 лет в 2 этапа. В гимназический (подготовительный) период сестры получали общие знания по основным предметам: математике, истории, языкам. В медицинский (специальный) период проходили обучение анатомии, физиологии, клиническим дисциплинам, малой хирургии, демурии, уходу за пациентами. Преподаватели были профессионалами обучения, в Никольской общине г. Москва руководителем первых курсов был врач-гуманист Ф.П. Гааз, эпидемиолог Е.И. Марединов, психиатр М.Ю. Лахтин, что позволяло учить качественно и с увеличением числа обучающихся: в 1888г. было обучено 583 чел., в 1900г. – 3600 чел. [6].

Понимание неоднородности и неравномерности боевых потерь в разные периоды военных действий, как одна из особенностей, влияющих на средний уровень боевых потерь, в Первую мировую войну приходило к военным медикам не только опытным путем, но и благодаря анализу опыта военных действий в прошлом. Например, в первый период Отечественной войны 1812г. в боях под Малоярославцем (28 июня-25 октября 1812г.) потери ранеными и контуженными составили 34708 чел., из них в Бородинскую битву, длившуюся более 2-х суток, пришлось 19339 чел, т.е. более половины. За время русско-японской войны от сражения под Тюронченом до Портсмутского мирного договора, боевые санитарные потери составляли 146519 чел, из них на реке Жахэ (7 суток) – 30014 чел.(21%).

Комплексное оказание помощи позволяло заниматься и социально-педагогической поддержкой и реабилитацией воинов-инвалидов, выдачей денежных пособий, направлений на бесплатное курортное лечение, снабжение инвалидов протезами, костылями, очками, обеспечение бесплатной медицинской помощью в лечебных заведениях [3].

В 1914г. это стало значительным подспорьем в формировании оказания помощи раненым, в 1916г. на фронт было отправлено 17436 чел., которые трудились в 2 тыс. полевых и тыловых учреждениях Красного Креста (госпитали, санитарные поезда, дезинфекционные подразделения, рентгеновские и летучие хирургические отряды, бактериологические станции). Сестры на фронте теряли жизни здоровье наравне с бойцами. В 1916г. 28 сестер заразилось и умерло от инфекционных заболеваний. 5 убито, 4 погибло от несчастных случаев. Санитарные потери составили среди мирных медиков 0,21%.

Слова: «Сестры милосердия, Ваши геройские души пережили Ваши маленькие, слабые тела», сказаны были о кавалере ордена Св. Георгия IV степени Ж.Г. Ивановой, но могут быть отнесены ко всем сестрам-участницам Первой мировой войны, которые своим милосердием, кротостью, смирением и необычайной внутренней силой помогли тысячам раненых в боях за Отечество.

Литература

1. Будко А.А. История военной медицины России. XIX - начало XX в. /А.А. Будко, И.Ю. Быков, Е.Ф. Селиванов [и др.]. – М.: Воениздат, 2008. - Т.3. - 559с.
2. Грибанов Э.Д. Женщина со светильником (к 175-летию со дня рождения Флоренс Найтингейл) //Медицинская помощь.-1995.-№3.-С.52.
3. Крючок Г.Р. Очерки истории медицины Белоруссии /Г.Р. Крючок. – Минск: Беларусь, 1096. -259с.
4. Мирский М.Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) /М.Б. Мирский, Е.М. Тищенко, Н.Е. Хильмончик. - Гродно: ГрГМУ.2007.-160с.
5. Тищенко Е.М. История медицины в 20 веке /Е.М. Тищенко. - Гродно: ГрГМУ.2002.-444с.
6. Нургалиева Е.Ю. Общины сестер милосердия в период Первой мировой войны (1914-1918). /Медицинская сестра. -2014. –№1. –С.54-55
7. Устав состоящего под покровительством Ея Императорского Величества государыни императрицы Общества о раненых и больных воинах. - СПб, 1873 г.

Михалюк С.Ф.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ БЕЛОРУССИИ В НАЧАЛЕ XX ВЕКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Основываясь на изучении исторического опыта развития медицинской помощи организаторами здравоохранения разрабатываются оптимальные пути организационных форм лечебно-профилактической помощи сельскому населению, которые по-прежнему остаются актуальными. Нами проведен краткий обзор организации медико-санитарного обеспечения сельского населения на рубеже XX века.

В предреволюционные годы и в годы первой русской революции (1905-1907) отмечалось расширение сети медицинских учреждений на селе. В Минской губернии за 1903-1906 годы число врачебных участков увеличилось вдвое (с 18 до 36), а в Могилевской - с 26 до 36 [6].

С введением в 1911 году выборных земств во всех пяти белорусских губерниях возросло число медицинских учреждений. Средний радиус сельских врачебных участков составил по Витебской губернии до 14,7 версты, по Гродненской - до 18,6, по Минской - до 20,6 и по Виленской - до 23,6. Вместе с тем, имелись участки, в которых до больницы насчитывалось до 60- 80, а иногда и больше верст. На одного врача в среднем приходилось: в Виленской губернии - 19700 жителей, в Гродненской - 19000, в Минской - 25300, в Витебской - 26300, в Могилевской - 32900. Губернские больницы были малодоступны для крестьян, а уездные пред-