

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



Глубокоуважаемые коллеги и читатели!

Очередной номер журнала «Церковь и медицина» посвящён XVII Международным Рождественским образовательным чтениям, проходившим в феврале 2009 г. в Москве.

Они ознаменовались благословением новоизбранного Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, интронизация которого состоялась 1 февраля 2009 г.

Заседание медицинской секции было посвящено вопросам семьи, материнства и детства, медицинским проблемам среди подрастающего поколения.

В четвёртом номере публикуются оригинальные авторские статьи, размещённые в новых рубриках, а также фотографические материалы исполнительного комитета Общества православных врачей России и представителей региональных отделений, присутствовавших на февральском заседании ОПВР в Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата.

Выход номера приурочен ко II съезду православных врачей России в г. Воронеже. Надеемся, что размещённые публикации вызовут живой интерес у делегатов съезда для перспективных дискуссий и выработки коллективных для Церкви и общества решений.

*С глубоким уважением,
главный редактор,
профессор, доктор медицинских наук,
кандидат богословских наук
протоиерей Сергей ФИЛИМОНОВ.*



По благословению
Председателя Общества
православных врачей России
Митрополита Воронежского
и Борисоглебского Сергия

Главный редактор:

протоиерей Сергей Филимонов,
кандидат богословия,
доктор медицинских наук,
профессор СПбГМА
им. акад. И. И. Павлова

Зам. главного редактора:

В. Я. Плоткин, доктор медицин-
ских наук, профессор

Ответственные секретари:

В. А. Горбенко,
В. В. Горбенко

Редакционная коллегия:

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

Верстка, дизайн:

Л. Ю. Шундалова

Редакционный совет

Митрополит
Санкт-Петербургский
и Ладожский Владимир

Митрополит Воронежский
и Борисоглебский Сергий

Архимандрит Ианнуарий
(Ивлиев), профессор
Санкт-Петербургских духовных
школ (Санкт-Петербург)

Протоиерей Аркадий Шатов,
председатель Комиссии по
церковной социальной деятель-
ности при Епархиальном Совете
Москвы (Москва)

Игумен Филипп (Филиппов),
врач (Сыктывкар)

Протоиерей Георгий Зверев,
магистр медицины (Полтава)

Протоиерей Алексей Бабурин,
секретарь московской епархи-
альной комиссии по связям с
медицинскими учреждениями
(Москва)

Протоиерей Александр
Степанов, председатель Отдела
по благотворительности Санкт-
Петербургской епархии РПЦ
(Санкт-Петербург)



Основан в 2005 г.
в Санкт-Петербурге

ЦЕРКОВЬ и МЕДИЦИНА

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ОРГАН ПЕЧАТИ
ВСЕРОССИЙСКОГО
ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ
ВРАЧЕЙ РОССИИ
И ОБЩЕСТВА
ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ОБЩЕСТВО ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО)

XVII МЕЖДУНАРОДНЫЕ

РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ

15–17 февраля 2009 г. 5

Слово Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла на открытии
XVII Международных Рождественских образовательных чтений 7

У направление XVII Рождественских образовательных чтений –

«Церковь и Общество». Конференция на тему:

«МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСТВА.

УЧАСТИЕ ЦЕРКВИ В ИХ РЕШЕНИИ» 10

ДОКЛАДЫ КОНФЕРЕНЦИИ 10

Митрополит Воронежский и Борисоглебский СЕРГИЙ, Председатель
Отдела по церковной благотворительности и социальному
служению Русской Православной Церкви

**Медицинские и социальные проблемы детства и юношества
с точки зрения Православной Церкви и пути их преодоления 10**

К. В. Зорин, старший преподаватель кафедры педагогики
и психологии МГМСУ, бакалавр религиоведения, медицинский психолог,
врач-терапевт

**Дородовый период как важный этап формирования здоровья
человека 15**

Л. И. Дмитриенко, врач-педиатр высшей категории,
диетолог ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, выпускница
Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета

**Здоровье детей из православных многодетных семей в условиях
мегаполиса 22**

Н. Ф. Жарков, врач высшей категории, член правления СПб Общества
православных врачей во имя святителя Луки (Войно-Ясенецкого)

Проблемы нерожденного ребенка и его первый выход в мир ... 28

Л. В. Баль, ведущий научный сотрудник научной группы по проблемам
детской гигиены Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова

**Новые риски нарушений здоровья детей, связанные с образом
жизни 49**

И. В. Соловьева, ответственный секретарь Комиссии
по церковной социальной деятельности при
Епархиальном Совете г. Москвы

Попечение Церкви о детях-сиротах 53

З. А. Короева, директор Реабилитационного центра при Аланском
Богоявленском женском монастыре

**Реабилитация детей, переживших военные действия
и чрезвычайные ситуации
(на примере Беслана и Южной Осетии) 56**

В.Д. Бадмаева, руководитель отдела судебно-психиатрических проблем детского подросткового возраста Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского
Проблемы психических расстройств, возникающих у детей в результате деструктивных семейных отношений 60

НАШИ ДРУЗЬЯ И КОЛЛЕГИ

(Обмен опытом между региональными обществами православных врачей) 63
ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ Г. ТВЕРИ 65
ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ Г. ВЛАДИВОСТОКА 70

ИСТОРИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ 73

С.М. Воробьев, Ю. Я. Никитина
СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА – ВРАЧ И ЕПИСКОП 75
МУДРОВ МАТВЕЙ ЯКОВЛЕВИЧ 79
ФЕДОР ПЕТРОВИЧ ГАЗ 84

ЖИТИЯ СВЯТЫХ ЦЕЛЕБНИКОВ 87

СВЯТЫЕ ЦЕЛИТЕЛИ 89
Святые бессребреники Косма и Дамиан Ассийские 89

ДИСКУССИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ 93

В ЗАЩИТУ ВАКЦИНАЦИИ 95
Харитонова
Мифы о прививках и их разоблачение 95

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ 99

В.Б. Некрасова, действительный член Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы, д.т.н., профессор Санкт-Петербургской государственной лесотехнической академии им. С.М. Кирова

ПАСТЫРСКОЕ СЛУЖЕНИЕ В БОЛЬНИЦЕ 105 **СЛУЖЕНИЕ ЛЮБВИ**

(Интервью священника Димитрия Мурзюкова) 107
Протоиерей Сергей Филимонов, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга, профессор, доктор медицинских наук, кандидат богословия, настоятель храма святого великомученика и целителя Пантелеимона
ЧЕМУ МОЖЕТ НАУЧИТЬ СМЕРТЬ.

Клинические случаи с умирающими больными 111

НАШИ ЮБИЛЯРЫ 115

НИКОЛАЮ ПАВЛОВИЧУ ШАБАЛОВУ – 70 ЛЕТ 117
Н.П. Шабалов
Медицинская этика и деонтология педиатра 119

АЛЕКСАНДРУ ВИКТОРОВИЧУ НЕДОСТУПУ – 70 ЛЕТ 124

А.В. Недоступ
Вернуть человека к радости 125

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ 127

Игумен Серафим (Кравченко), ответственный секретарь Синодального отдела по церковной благотворительности (Москва)

Иерей Александр Лапин, доктор медицинских наук, магистр богословия (Вена)

Редакционный совет

А. Г. Чучалин, президент Российского респираторного общества, главный пульмонолог России, директор НИИ пульмонологии МЗИСР РФ, академик РАМН, профессор (Москва)

А. В. Недоступ, профессор Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Председатель Московского Общества православных врачей (Москва)

Н. А. Геппе, заведующая кафедрой детских болезней Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, профессор (Москва)

И. В. Силуянова, зав. кафедрой биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета, профессор, доктор философских наук (Москва)

А. Е. Черкасова, заведующая медицинским сектором Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата, доктор медицинских наук (Москва)

Г. Л. Микиртичан, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики Санкт-Петербургской государственной медицинской академии, профессор (Санкт-Петербург)

Н. А. Машукова, канд. мед. наук Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова (Москва)

Н. Н. Пустограев, кандидат медицинских наук, детский диетолог Института питания РАМН (Москва)

Тираж 500 экз. Заказ
Отпечатано в типографии

ISBN

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ XVII МЕЖДУНАРОДНЫХ РОЖДЕСТВЕНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЧТЕНИЙ

ПРАВОСЛАВНОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

ШКОЛА В XXI ВЕКЕ

СЕМЬЯ В XXI ВЕКЕ

ПУТИ ПРОМЫСЛА БОЖИЯ И СВЯТООТЕЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ

ЦЕРКОВЬ И ОБЩЕСТВО

В рамках пятого направления XVII Международных Рождественских образовательных чтений – «Церковь и общество» состоялась конференция «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСТВА. УЧАСТИЕ ЦЕРКВИ В ИХ РЕШЕНИИ», в работе которой деятельное участие приняло Общество православных врачей России

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

1-е заседание

Председатель – Митрополит Воронежский и Борисоглебский Сергей. Сопредседатель – д. м. н., проф. А. В. Недоступ.

10.30–10.50 – Председатель Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, Митрополит Воронежский и Борисоглебский СЕРГИЙ: «Медико-социальные проблемы детства и юношества с точки зрения Православной Церкви и пути их решения».

10.50–11.10 – Директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития РФ В. И. Широкова: «Охрана здоровья детей – важнейшая государственная проблема России».

11.10–11.30 – Руководитель детского научно-практического центра противорадиационной защиты, главный детский специалист-реабилитолог Минздравсоцразвития РФ, профессор, д.м.н. Л. С. Балева: «Актуальные аспекты состояния здоровья детей Российской Федерации».

11.30–11.50 – Старший преподаватель кафедры педагогики и психологии МГМСУ К. В. Зорин: «Дородовый период как важный этап формирования здоровья человека».

11.50–12.10 – Врач высшей категории, член правления Общества православных врачей Санкт-Петербурга Н. Ф. Жарков: «Проблемы нерождённого ребенка и его первый выход в мир».

12.10–12.30 – Профессор кафедры детских болезней ММА им. И. М. Сеченова, д.м.н. А. Б. Малахов: «Дискуссионные вопросы вакцинации».

12.30–12.50 – Иерей Александр Ильяшенко, настоятель храма Всемилоственного Спаса г. Москвы, зав. сектором Синодального отдела по взаимодействию с Вооруженными силами и правоохранительными учреждениями: «Нравственные аспекты воспитания школьников».

12.50–13.00 – Сотрудник Научного центра здоровья детей РАМН Л.И. Дмитриенко, д.м.н. В. И. Бондарь: «Здоровье детей в православных многодетных семьях в условиях мегаполиса».

13.00–13.30 – обсуждение докладов.

13.30–14.30 – перерыв.

2-е заседание

Председатель – д.м.н., протоиерей Сергей Филимонов. Сопредседатель – д.м.н. А. Е. Черкасова.

14.30–14.50 – Ведущий научный сотрудник научной группы по проблемам детской гигиены ММА им. И. М. Сеченова, к. м. н. Л. В. Баль: «Новые риски нарушений здоровья детей и подростков»

14.50–15.10 – Ответственный секретарь Комиссии по церковной социальной деятельности при Епархиальном Совете г. Москвы И. В. Соловьева: «Деятельность Комиссии по церковной социальной деятельности при Епархиальном Совете г. Москвы в сфере попечения детей-сирот».

15.10–15.30 – Директор Ковалевского детского дома Костромской епархии протоиерей Андрей Воронин: «Адаптация детей группы риска на примере Ковалевского детского дома».

15.30 – 15.50 – Ассистент кафедры детских болезней ММА им. И.М.Сеченова, к.м.н. Н.Г.Машукова: «Нравственные и психосоциальные аспекты работы с больными детьми».

15.50–16.10 – Руководитель отдела судебно-психиатрических проблем детского и подросткового возраста Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, к. м. н. В. Д. Бадмаева: «Проблемы психических расстройств, возникших в результате деструктивных семейных отношений».

16.10 – 16.25 – Директор Реабилитационного центра при Аланском Богоявленском женском монастыре Ставропольской епархии З. А. Короева: «Реабилитация детей, переживших военные действия и чрезвычайные ситуации (на примере Беслана и Южной Осетии)».

16.25–16.40 – Заведующая медицинским сектором Синодального Отдела по церковной благотворительности и социальному служению, д. м. н. А. Е. Черкасова: «Опыт усыновления: история с продолжением».

16.40 – 17.00 – подведение итогов.



**XVII
МЕЖДУНАРОДНЫЕ
РОЖДЕСТВЕНСКИЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ
ЧТЕНИЯ**

15–17 февраля 2009 г.

ПРАВОСЛАВНАЯ



СЛОВО СВЯТЕЙШЕГО ПАТРИАРХА МОСКОВСКОГО И ВСЕЯ РУСИ КИРИЛЛА НА ОТКРЫТИИ XVII МЕЖДУНАРОДНЫХ РОЖДЕСТВЕНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЧТЕНИЙ

Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл выступил на открытии XVII Международных Рождественских образовательных чтений «Наука, образование, культура: духовно-нравственные основы и пути развития».

Уважаемые члены президиума, Преосвященные архипастыри, досточтимые отцы, дорогие братья и сестры!



Сегодня, в праздник Сретения Господня, мы вспоминаем, как пророк Симеон и пророчица Анна удостоились встретить в Иерусалимском храме Богомладенца Иисуса, в Лице Которого встретились Божество и человечество. «Для нас встретить Господа – значит воцарить Его над своим умом, над волей и над сердцем... Тогда ум будет занят единым Господом... В воле и совести запечатлеются заповеди Божии», – так писал святитель Феофан Затворник. Развивая данную мысль, можно сказать, что в согласии совести и воли, движимой любовью к ближним, заключается основа истинно христианского образа жизни. Этот образ жизни спасителен для людей всех возрастов и особенно важен для молодых людей, для юношества.

Знаменательно, что именно к празднику Сретения приурочен в России День православной

молодежи. Ведь нынешний праздник символизирует не только встречу Ветхого и Нового Завета, закона и благодати, но и встречу старости с юностью. Многие из вас молились здесь утром за Божественной литургией, в которой участвовали люди разных поколений – и умудренные многолетним опытом пастыри и педагоги, и представители православных молодежных организаций. Именно в Церкви, в соприкосновении с вечностью, созидается, живет и продолжается в наших молитвах духовная связь поколений и преодолевается пресловутая проблема конфликта между отцами и детьми.

Эта связь поистине бесценна, ибо ни без мудрости и опыта пожилых, ни без дерзновения и энергии молодых Церковь не сможет исполнить свою спасительную миссию, не может быть внутренне едина. А единство – одно из сущностных, неотъемлемых свойств Церкви, согласно учению святого апостола Павла, который говорит нам: «Вы – тело Христово, а порознь – члены» (1 Кор. 12:27). «Таинство единства» и «союз неразрывного согласия» должны быть бережно хранимы, – призывает нас священномученик Киприан Карфагенский.

О единстве Церкви, о ее многообразии было очень ясно сказано на недавнем Поместном Соборе. Отдавая дань благодарной памяти Святейшему Патриарху Алексию II, Собор напомнил, что почивший оберегал Церковь «от расколов и разделений, объединяя людей разных национальностей, поколений, социальных слоев». «И сегодня, памятуя заветы почившего Первосвятителя, – читаем мы в Послании Собора, – нам нужно хранить и укреплять церковное единство, не допуская, чтобы кто-либо посеял между нами даже тень разделения». Роль Рождественских чтений в укреплении этого единства, в поддержании общения внутри церковного организма может быть и должна быть исключительно значима.

Итак, я сердечно приветствую вас на XVII Международных Рождественских образовательных чтениях. Свидетельствую, что за годы

своего существования чтения стали представительным общецерковным форумом, удачно сочетающим научно-образовательные конференции, круглые столы, практические семинары, многоразличные формы братского общения. Отрадно отметить, что в рамках чтений ежегодно работают несколько десятков секций, посвященных проблемам образования, науки, современных информационных технологий, различных сторон церковной жизни. Тематика и проблематика чтений охватывает практически все, что волнует сегодня Церковь и общество.

Тема, избранная на этот год, – «Наука, образование, культура: духовно-нравственные основы и пути развития». Сегодня мир оказался в новой для себя ситуации, столкнулся со многими вызовами. Международный терроризм, экономический и экологический кризис, нравственная деградация миллионов людей – все это требует ответа от благонамеренных сил общества. А значит, требует диалога и сотрудничества служителей Церкви со светскими учеными, педагогами и тружениками культуры. Многие острые проблемы, в частности, нравственное оскудение общества, беспокоят не только православную совесть. Голос совести как верный и надежный критерий, как самый отзывчивый камертон, должен объединять людей перед лицом всех нынешних угроз и опасностей.

Мы знаем, что в духовной сокровищнице Православия таится неисчерпаемый источник мудрости и силы. Церковь призвана помочь людям осознать свое предназначение в жизни и найти достойное, осмысленное применение для творческой энергии в той или иной сфере народного бытия, включая науку и технику, образование и просвещение, культуру и искусство. Говоря о духовно-нравственных основах и путях развития науки, образования и культуры, мы должны ясно и с полной ответственностью понимать, что у нашего народа вообще нет будущего, если наука и образование не станут национальными приоритетами; что у нас нет достойного будущего, если настоящая культура будет влачить жалкое существование на фоне расслабляющей вакханалии масскульты. Мировой опыт свидетельствует, что лишь те страны, в которых науке и образованию уделяется должное внимание, могут сохранить свой суверенитет и успешно развиваться.

Полагаю, что Русская Православная Церковь должна помочь государству и обществу в координации научных, творческих и просветительских усилий. «Богу – Богово, а Ньютону – ньютоново» – такой принцип поведения недавно предложен нам известным интеллектуалом Виталием Третьяковым. Речь идет, наверное, о том, что Церковь не должна покушаться на ес-

тественнонаучное знание и на институт рационального образования. И мы можем принять этот принцип, но при одном неперемennom условии: должен быть обязательно соблюден основополагающий принцип иерархии ценностей, когда на первом месте безусловное и непререкаемое «Богу – Богово».

Исходя из такого миропонимания, православные христиане должны быть всегда открыты к диалогу и сотрудничеству с окружающим миром, в том числе с педагогами, людьми науки и культуры. Об этом ясно сказал и Поместный Собор, призвавший пастырей и мирян «развивать диалог с окружающим обществом, включая гражданские объединения, мир науки и культуры. Православные христиане, которые так поступают, лучше знают реальную жизнь, нужды, чаяния и вопрошания людей, живущих рядом с нами и испытывающих духовную жажду. Вот почему нам нужно идти навстречу этим людям и вступать с ними в общение, являя им христианский образ жизни и говоря о наших ценностях, ведь «вера от слышания, а слышание от слова Божия», как говорит апостол Павел (Рим. 10:17)».

Должен отметить, что творческое развитие образования, науки и культуры возможно лишь на основе духовной преемственности, запечатленной в лучших образцах, в эталонах. Мне уже приходилось подчеркивать, что в период государственного атеизма в России сложилась уникальная ситуация. Собственный голос Церкви, чрезвычайно ограниченной в своих скромных возможностях, был тогда народу почти не слышен, и Евангелие возвещалось не священниками-миссионерами, а деятелями культуры. О Христе продолжали свидетельствовать шедевры многовекового культурного развития – литература и музыка, церковное зодчество и живопись. Православное мировосприятие и мировоззрение, библейские изречения и церковная мудрость продолжали жить в сознании народа, сохранялись в его песнях, пословицах, поговорках. Таким образом, именно культура оставалась носительницей христианского благовестия. Это драгоценное качество русской культуры и сейчас является ее неотъемлемым достоянием. Подлинная культура продолжает нести свою добрую службу, и наш долг ее сохранять и развивать.

Глубоко убежден, что национальная образовательная система не может устраняться от духовного и нравственного воспитания личности. Только сильные духом и чистые сердцем люди справятся с проблемами, стоящими перед современным миром. И не нужно бояться признаться себе и окружающим в том, что религиозная и нравственная мотивация накрепко взаимосвязаны для большей части людей в России и мире.

Да, Россия и другие страны нашего канонического пространства – это светские государства, где религиозные институты отделены от органов го-

сударственного управления. Мы уважаем конституционные основы сложившегося государственного строя. Но в то же самое время мы не можем не уважать права и свободы граждан, в том числе их право получать образование и давать образование своим детям именно в духе того мировоззрения, которого придерживаются в семье. Это право признается не только самой логикой нашего национального законодательства, но и такими международно-правовыми документами, как Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Декларация о ликвидации всех форм нетерпимости и дискриминации на основе религии или убеждений, Протокол № 1 к Конвенции Совета Европы о защите прав человека и основных свобод и так далее.

Сегодня в России уже широко распространилась практика преподавания в школах основ религиозной культуры – православной, исламской и некоторых других. Эта практика очевидно востребована учащимися и их родителями, не вызывает никаких конфликтов, кроме дискуссий в пределах заинтересованных кругов столичных элит. Во многих регионах заключены соглашения епархий с органами управления образованием, совместно готовятся учителя, выходят пособия. Сейчас проходит региональный этап первой Всероссийской олимпиады школьников по Основам православной культуры, в которой уже приняли участие тысячи учащихся. Приказом Министра образования и науки она утверждена в перечне предметных олимпиад.

Полагаю, что практика преподавания основ религиозной культуры не должна быть разрушена. Раз вкусив доброго плода, человек уже не откажется от него – так, школьники, изучающие основы православной культуры, и их родители не согласятся с тем, чтобы их лишили такой возможности. Накопленный опыт преподавания основ православной культуры (а этот опыт обобщался Министерством образования и науки, а также Общественной палатой), не может быть выброшен за борт.

Сказав это, хотел бы особо подчеркнуть, что Церковь всегда настаивала на добровольности изучения какой-либо из религиозных культур, а также на праве вообще не изучать ни одну из них, заменив соответствующий предмет уроками светской этики для неверующих школьников. Не раз приходилось говорить, что такая модель принята почти повсюду в Европе и прекрасно действует.

Основы религиозной культуры должны преподаваться дипломированными педагогами, подготовленными при участии соответствующих религиозных общин в признанных центрах высшего образования или повышения квалификации. Обучение данному предмету необходимо вести по пособиям, написанным профессиональными

авторами, имеющими высокий научный и общественный авторитет в стране и уважаемые в своих религиозных общинах. Через эти пособия верующим людям надо уметь корректно представить свою культуру и свои взгляды не только самим себе, но и приверженцам других убеждений.

Для сохранения и закрепления практики, о которой я только что сказал, наша Церковь готова интенсифицировать процесс согласования позиций с государством, привлекая к этому процессу ученых, педагогов-практиков, широкую общественность. Трудности, которые раньше возникали в этом диалоге, отношу на счет недоумений, нечетких формулировок, неудачной критики и неудачной защиты от нее. В результате в некоторых кругах сложился ложный, карикатурный образ предлагаемой Церковью системы изучения основ религиозной культуры. Убежден, что сегодня мы можем и должны, через диалог с Министерством образования и науки и всеми заинтересованными кругами и структурами, прийти к решениям, которые были бы приняты и Церковью, и государством, а главное – нашим народом. В процессе диалога мы должны выступать как партнеры, использующие не язык спора, но язык взаимной поддержки и общего дела. Ведь у Церкви и светской педагогики, по большому счету, одна задача: воспитать не только знающего и работоспособного человека, но и полноценную личность, живущую осмысленно и одухотворенно, имеющую нравственное измерение своих слов и дел, приносящую пользу не только себе, но и ближним, равно как и своему Отечеству.

Мы с вами призваны распространять и актуализировать духовные ценности Православия, настоятельно требующие единства веры и знания, молитвы и дела. Только тогда станет возможен синтез науки, образования и культуры в едином интегральном поле. С Божией помощью, благодаря в том числе позитивному опыту Рождественских чтений, опираясь на разработки Отдела религиозного образования и катехизации, других Синодальных учреждений Русской Православной Церкви, наших духовных школ, а также всех вас, работающих в регионах, сегодня мы подошли к новым рубежам.

Дорогие участники чтений! Единственный прямой путь к возрождению нашего народа – это созидание крепкой семьи, духовно-нравственное воспитание и образование, возвращение к историческим корням, к подлинной культуре. Пришло время возрождать истинные традиции Добротолубия и Домостроя, повышать в общественном сознании ценность семьи как «малой Церкви» и Церкви как большой семьи.

Желаю всем нам преуспеть в этом священном деле.

МИЛОСТЬ БОЖИЯ И ЕГО БЛАГОСЛОВЕНИЕ ДА ПРЕБЫВАЮТ СО ВСЕМИ НАМИ.

16 февраля 2009 г. в рамках направления прошла конференция

«МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСТВА. УЧАСТИЕ ЦЕРКВИ В ИХ РЕШЕНИИ»

ДОКЛАДЫ

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСТВА И ЮНОШЕСТВА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ



**Митрополит
Воронежский
и Борисоглебский
СЕРГИЙ,
Председатель Отдела
по церковной
благотворительности
и социальному
служению Русской
Православной Церкви**

Церковь с особенной заботой и ответственностью относится к детям, которые всегда находились в сфере ее постоянного внимания. Еще нерожденный, находящийся во чреве матери ребенок, уже освящен Богом и призван Им к святости. «Я образовал тебя во чреве... и прежде нежели ты вышел из утробы, Я освятил тебя» (Иер. 1. 5-6). Эти слова, сказанные Господом пророку Иеремии, относятся и к каждому человеку. Христова Церковь и современное светское общество не одинаково относятся к ребенку. Спаситель говорит: «пустите детей приходить ко Мне и не возбраняйте

им; ибо таковых есть Царствие Божие. Истинно говорю вам: кто не примет Царствия Божия, как дитя, тот не войдет в него». (Лк. 18,16-17.) Однако, как во времена Христова пребывания в мире, так и теперь, для многих людей ребенок – это лишь только возможность стать полноценным членом общества. Дети зачастую рассматриваются как потенциал страны наподобие ее природных ресурсов. Для Христа же ребенок – это уже совершенный образ того, как человек должен принимать евангельскую весть и с какой простотой он может жить по законам небесного Царства здесь на земле. Христианство поднимает ребенка на невиданную высоту, уподобляя его этическому образцу. Современные социальные и медицинские проблемы детей – это препятствия, угрожающие их нравственной чистоте в обществе, где отношения между людьми оказались искаженными грехом. «Не обманывайтесь: худые сообщества развращают добрые нравы» (1 Кор. 15, 33), – говорит апостол Павел. Понимая это, Церковь осознает необходимость постоянного диалога с государственной властью, с вами – медицинскими и социальными работниками, а также со средствами массовой информации для прояснения своей позиции по вопросам демографической, социальной политики и охраны здоровья детей и подростков.¹

С глубокой тревогой Церковь констатирует, что численность детского населения России интенсивно убывает.² За последние два десятилетия она уменьшилась в полтора раза. При этом обычно

ссылаются на низкую рождаемость вследствие экономических трудностей воспитания детей в современном обществе. Однако за последние двадцать лет материальное благосостояние нашего народа не становилось хуже. Бесспорно: купить квартиру, дачу, машину или путевку для зарубежной поездки в другую точку планеты легче, чем родить ребенка. Но не потому, что рождение дитя обходится дороже, а потому что покупки делаются ради любви к себе, а детей нужно рождать и воспитывать не для себя, а для Бога. Поэтому главной причиной уменьшения численности детей все же следует признать не низкие доходы, а дефицит жертвенности в семье и в обществе в целом. Неслучайно поэтому многодетные семьи – это семьи, укорененные в христианской вере и в жертвенной христовой любви.

Негативные тенденции зафиксированы и в отношении здоровья детей России: более половины их имеют так называемые функциональные отклонения, не менее 16% – хронические заболевания. Лишь 5% выпускников средних школ признаются здоровыми.³ Коэффициент младенческой смертности в нашей стране в 2 раза выше, чем в среднем по странам Европы.⁴ Мы видим в этом свидетельство того, что грех не является лишь нравственной категорией. Наши грехи – грехи взрослых, простираются далеко за пределы нас самих. Именно они разрушают Богом установленный порядок мироздания, отношения людей друг с другом и с природой, являются причиной наших болезней, болезней наших детей, они же становятся источником неэффективной организации системы здравоохранения и социальной поддержки. Поэтому Церковь считает своим долгом следить за законодательными и административными процессами в обществе, дабы воспрепятствовать принятию решений, способных усугубить и без того сложную ситуацию, сложившуюся в нашей стране в сфере медицинского и социального обеспечения детства и юношества.

Осознавая, что Христос является подлинным целителем душ и телес наших, Церковь никогда не пренебрегала врачебной деятельностью, направленной на предотвращение и облегчение человеческих страданий, с неизменно высоким уважением относясь к служению медицинских работников, которые призваны стать соработниками Христа в деле исцеления. Мы знаем, что любой христианин, в особенности ребенок, в самых глубинах страданий способен встретиться со Христом, который, по слову пророка Исаии, «взял на Себя наши немощи и понес наши болезни» (Ис. 53, 5). Однако Церковь призывает христианина смириться перед заболеванием, лишь тогда, «когда человеческие средства исчерпаны».⁵ Считаю необходимым напомнить об этом сегодня в связи с продолжающейся уже несколько лет среди наших прихожан дис-

куссией по поводу прививок. Не следует забывать о том, что в 90-е годы XX столетия в системе здравоохранения России иммунизации детей не уделялось приоритетного внимания. Это явилось одной из главных причин того, что с 1992 по 2002 год удвоилось количество детей до 14 лет, перенесших одно и более инфекционных заболеваний.⁶

Всякий ребенок в той или иной мере незащищен перед миром, обезображенным грехами взрослых, и нуждается в поддержке и защите. Но особенно это относится к детям-инвалидам, число которых только в последнее десятилетие XX века выросло в России в 4 раза.⁷ С душевной болью мы видим, что рождение больного ребенка, признающегося инвалидом с детства, в нашей стране зачастую ведет к распаду семьи. В 50% случаев отцы оставляют такую семью, и лишь 4% из них помогают воспитывать ребенка. При этом каждый третий из отцов, бросивших женщину с родившимся ребенком-инвалидом, никогда не встречается со своими детьми. Мать одна вынуждена нести все бремя забот о ребенке.⁸ Церковь не может не осудить такую форму безнравственности отцов, призывая, однако, и матерей к большей ответственности при выборе спутников жизни. Церковь всегда подчеркивала значимость в подвиге создания семьи нравственного состояния супругов, готовности их к совместному возрастанию в Боге, опираясь на поддержку Церкви. Однако эти идеалы во многом были утрачены в современном обществе.

Одной из острейших в России остается проблема детского сиротства. Если после Великой Отечественной войны было менее 700 тысяч детей-сирот, то в настоящее время – их около 800 тысяч. Церковь называет вопиющей бедой современного общества сиротство при живых родителях. Тысячи брошенных детей, которые наполняют приюты, а иногда оказываются на улице, – свидетельство о глубоком нездоровье общества.¹⁰ Только с 1999 по 2004 год число случаев лишения родительских прав увеличилось примерно на 40%.¹¹ У нас есть свое видение этой проблемы и богатый опыт усыновления детей.¹²

В России в мирное время ежегодно погибает около 15000 несовершеннолетних детей, из них половина – умирает от насильственной смерти. Более 2000 детей ежегодно становятся жертвами убийств и тяжких телесных повреждений.¹³ Библия предостерегает всех обращающихся к насилию: «Земля не иначе очищается от пролитой крови, как кровию пролившего ее» (Числ. 35. 33). Но особенно отвратительна для христианина гибель детей во время военных действий, – когда жизнь невиновных детей приносится в жертву политическим, экономическим интересам и амбициям. Всякая война является физическим проявлением скрытого духовного недуга человечества – братоубийственной ненависти (Быт. 4. 3-12). Вой-



ны сопровождали всю историю человечества после грехопадения и, по слову Евангелия, будут сопровождать ее и далее: «*Когда же услышите о войнах и о военных слухах, не ужасайтесь: ибо надлежит сему быти*» (Мк. 13. 7).¹⁴ К великой нашей скорби во исполнении и этих слов Священного Писания, в последние 15 лет на Северном Кавказе сохраняется нестабильная обстановка, что привело к необходимости организации особых мер по защите детей в этом регионе и к созданию системы реабилитации детей, переживших военные действия. В результате военных кампаний в ряде регионов Северного Кавказа остается затруднительным доступ подавляющей части населения к основным социальным услугам: водоснабжению, санитарному обеспечению, образованию и здравоохранению. Начиная с 1995 года только на территории Чеченской республики противопехотные мины послужили причиной гибели или ранений более 3 тыс. гражданских лиц, в том числе более 700 детей.¹⁵ Однако не менее драматичная война, – за души детей, за их возможность жить счастливыми и быть способными воспроизводить в своем сердце добро и любовь, – происходит ежедневно в любом уголке России.

Сознавая свою ответственность перед Богом и людьми, Церковь считает своим долгом дать духовно-нравственную оценку эпидемии заболеваний, передающихся половым путем, и ВИЧ ассоциированного СПИДа. В России 82% всех людей, имеющих ВИЧ, – это молодые люди в возрасте 15–30 лет. В возрастной группе 18–24 года 1% россиян ВИЧ-положительны.¹⁶ Подлинную первопричину и источник стремительного распространения эпидемии Церковь усматривает в достигшем невиданных прежде размеров умножении греха и беззакония, в утрате обществом фундаментальных духовных ценностей, нравственных устоев и ориентиров,¹⁷ прежде всего относящихся к сфере сексуальных природных энергий человека.

Биологический пол всегда является для ребенка сложной личностной задачей. Семья, школа и общество в целом должны помочь ребенку одухотворить все, что связано с этой сферой, помочь включить пол в пространство личности ребенка, преобразить пол нравственной ответственностью и христианским идеалом целомудрия. Добродетель целомудрия – это состояние, когда личность владеет своей собственной природой, пребывающей при этом в состоянии согласия всех душевных и телесных сил. Именно идея целомудрия должна по вере Церкви и по ее двухтысячелетнему педагогическому опыту быть основой воспитания детей во всех вопросах, связанных с полом. Так как только целомудрие является предпосылкой самой возможности той подлинной любви, – которая, по словам апостола Павла, «*никогда не перестает*» (1 Кор. 13,8).

В этом контексте Церковь дает свою оценку проблеме подростковых беременностей и абортов. Общеизвестно, что с древнейших времен православная традиция рассматривала намеренное прерывание беременности как тяжкий грех, что канонические правила приравнивают аборт к убийству. Наша позиция четко, недвусмысленно и настойчиво озвучена не только с амвонов, но и в средствах массовой информации, на многочисленных съездах и конференциях, в том числе и на Рождественских чтениях. Вместе с тем, и в настоящее время Россия занимает 1-е место по количеству абортов на душу населения не только среди стран Евросоюза, но и среди стран СНГ. Уровень абортов в России в 5,6 раза выше, чем в странах ЕС.¹⁸ Широкое распространение и оправдание абортов в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечества и явный признак моральной деградации.¹⁹ По убеждениям Церкви, причина подростковой беременности и рост числа абортов среди девушек до 15 лет²⁰ состоит не в «использовании неэффективных методов контрацепции», не в «отсутствии новых форм работы с подростками» и тем более не в нехватке «кабинетов гинекологии детского возраста» и «центров планирования семьи», а в игнорировании обществом христианских норм нравственности, в частности, идеала целомудрия. Понимая, что школа, наряду с семьей, должна предоставлять детям и подросткам знания об отношениях полов и о телесной природе человека, Церковь выступает против тех программ «полового просвещения», которые имеют уклон в область физиологии, анатомии и через информирование подростков по вопросам пола способствуют вовлечению их в сексуальную активность. Обществу следует признать, что представление детям интимных отношений как акта чисто телесного удовольствия, не связанного с глубокой внутренней общностью личностей и с какими-либо нравственными обязательствами, уподобляет такое «просвещение» детей распространению порнографии.

Кстати, не могу не сказать и об этой форме пропаганды порока, которая наносит особый вред ранимым душам детей и юношества. Специалисты признают, что более 20% детской порнографии в сети Интернет создается в России, которая уступает в этом только США, где производится около 55% всей детской порнографической продукции, являющейся формой растления и сексуальной эксплуатации детей.²¹ В этой связи следует вспомнить, что Социальная доктрина Русской Православной Церкви настаивает на том, что те, кто публикуют материалы, ведущие к растлению человеческих душ, должны подвергаться каноническим преценкам в случае их принадлежности к Православной Церкви.²² Полагаю, что эта норма должна реализовываться на практике в связи с совершенствованием института церковного суда.

Церковь, как и все российское общество, обеспокоена ростом численности детей и подростков, имеющих отклонения от общественно принятых норм поведения. Надо понимать, что детский максимализм и подчеркнутое юношеское свободолюбие в атмосфере пропаганды порока, вседозволенности и свободы, – понимаемой как свободы уклонения ко греху, – легко превращаются в девиантные формы поведения, разрушительные как для общества, так и для самого ребенка. Речь идет не только о ежегодно возрастающем в нашей стране числе психических расстройств,²³ о высоком уровне наркомании среди детей и молодежи,²⁴ но и о росте числа преступлений, совершаемых несовершеннолетними детьми.²⁵ Россия признана одной из ведущих стран мира по численности несовершеннолетних в тюрьмах.²⁶ Церковь считает, что главный источник асоциального поведения и преступлений – это помраченное состояние человеческой души. Мы считаем, что профилактика детской преступности возможна лишь через воспитание и просвещение, направленные на утверждение в самом обществе истинных духовных и нравственных ценностей. При отсутствии в народе положительных нравственных идеалов никакие меры принуждения, устрашения или наказания не смогут остановить рост числа преступлений.²⁷

Крайней формой девиантного поведения является детское самоубийство. С начала 90-х годов уровень самоубийств среди подростков почти удвоился. Коэффициент самоубийств среди молодежи от 14 до 24 лет в 3 раза выше, чем в Западной Европе.²⁸ По представлениям Православной Церкви, вину самоубийцы разделяют окружающие его взрослые люди, – родители, восприимчики и воспитатели, оказавшиеся неспособными к действительному состраданию, душевной поддержке и нелицемерному проявлению милосердия.

В этой связи уместно вспомнить и о проблеме насилия в семье. Когда нет любви к ребенку, она замещается своей противоположностью – нелюбовью, проявляющейся насилием и жестоким обращением с детьми. Только в 2004 году почти 33 000 детей самовольно ушли из дома из-за сложившийся трудной

обстановки в семье, при этом более 61000 детей находилось в розыске.²⁹ А ведь очевидно, что деструктивные семейные отношения являются основой для асоциального поведения и психических нарушений у детей. В том же 2004 году на территории РФ зарегистрировано почти 6 000 преступлений, связанных с сексуальным насилием над детьми.³⁰ В России, количество преступлений сексуального характера, совершенных в отношении подростков, возросло более чем в 3,5 раза³¹. Все это свидетельствует о поистине страшном разрушении человеческой нравственности, помрачении ума и деградации чувства любви.

Минувший год был объявлен в России «годом семьи», и наша сегодняшняя встреча посвящена обсуждению того, что в последние годы было сделано и что еще предстоит сделать для разрешения социальных и медицинских проблем наших детей. Полагаю, что переживаемый нами сейчас экономический кризис – это посланное Богом испытание, напоминающее о том, что природные ресурсы нашей Родины – ее нефть, газ, золото сами по себе не делают людей здоровыми, счастливыми, добрыми и имеют жизненно важное значение для развития нашей страны лишь в краткосрочной перспективе. Устойчивый духовный и экономический рост России всегда будет определяться нравственным состоянием ее людей и чистотой их помыслов. Поэтому мы настоятельно призываем теперь изменить государственные приоритеты и инвестиции, прежде всего, в интересах воспитания, образования и здоровья детей. Да, эпоха нравственного релятивизма, когда пропаганда эгоизма, наживы, насилия и разврата похищает души молодых людей, очень непроста для проповеди ценностей Христовой Церкви. Однако, говоря об этих трудностях в воспитании детей и юношества в своей первой же первосвятительской речи, – Святейший Патриарх Кирилл подчеркнул: «Не может человеческая мысль и человеческое слово быть сильнее слова Божия».³² Церковь призвана теперь окружить детей и молодежь особой заботой ради их и нашего спасения. Ради спасения и процветания России.

¹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. X1.4.

² Так, в 1989 году численность детей в возрасте до 16 лет составляла 36 млн человек, в 1997 году – 32 млн, в 2001 году – 28 млн, в 2005 году – 24 млн. Доклад Совета Федерации «О положении детей в Российской Федерации» (Опубликовано в «Парламентском обозрении» № 12 (28) в июне 2006 года).

³ Доклад Совета Федерации «О положении детей в Российской Федерации» (опубликовано в «Парламентском обозрении» № 12 (28) в июне 2006 года).

⁴ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 34.

⁵ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. IX. 1

⁶ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 37.

⁷ С 43 до 160 на 100 тыс. детей с 1990 по 1997 гг.: см. Защита прав детей в России в «Аналитическом вестнике Совета Федерации» №7 (324) серия «Основные проблемы социального развития России». М.:2007. С. 10. Электронная версия доклада: http://www.council.gov.ru/inf_sl/bulletin/item/285/index.html

⁸ Защита прав детей в России в «Аналитическом вестнике Совета Федерации» №7 (324) серия «Основные проблемы социального развития России». М.: 2007. С. 57.



⁹ На конец 2004 года – см. Доклад Совета Федерации «О положении детей в Российской Федерации» (опубликован в «Парламентской газете» 2 июня 2006 года).

¹⁰ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. X. 4.

¹¹ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 84.

¹² Выступление заведующего медицинским сектором Синодального Отдела по церковной благотворительности и социальному служению А.Е. Черкасовой «Опыт усыновления: история с продолжением» запланировано на данной конференции.

¹³ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 86.

¹⁴ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. VIII. 1.

¹⁵ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 90.

¹⁶ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 44.

¹⁷ Концепция участия Русской Православной Церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Введение.

¹⁸ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 37

¹⁹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. XII. 2.

²⁰ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 37.

²¹ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 87.

²² Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. XV. 2.

²³ Информация о ежегодном росте распространенности психических расстройств с 1990 года: см. Европейская база данных «здоровье для всех»: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?land=ru>

²⁴ По данным Министерства образования и науки РФ на 2005 год около 4 млн российских подростков употребляют наркотические средства, из них 1 млн являются наркозависимыми. Цитировано по: Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 48.

²⁵ В 2005 году таких преступлений зарегистрировано 154 734./Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 90.

²⁶ 17 человек на 100 000 населения./Анализ положения, дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 91.

²⁷ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. IX.1-2

²⁸ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 47

²⁹ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 86.

³⁰ Анализ положения дел в Российской Федерации за 2007 год. Материалы ЮНИСЕФ: Российского Представительства Детского Фонда ООН. С. 87.

³¹ Доклад Совета Федерации «О положении детей в Российской Федерации» (опубликован в «Парламентской газете» 2 июня 2006 года).

³² Слово Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла после интронизации 1 февраля 2009 года в соборном Храме Христа Спасителя.



ДОРОДОВОЙ ПЕРИОД КАК ВАЖНЫЙ ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

К.В. ЗОРИН,
старший препода-
ватель кафедры
педагогика
и психологии
МГМСУ, бакалавр
религиоведения,
медицинский
психолог,
врач-терапевт



Уже более десяти лет я преподаю в одном из медицинских вузов России образовательную программу «Введение в духовную культуру врача». Большой интерес у наших слушателей – студентов, аспирантов, сотрудников других медицинских кафедр – вызывает тема психического развития и воспитания младенца до рождения (пренатальная психология и педагогика). По этой теме часто задают много насущных вопросов и обращаются за индивидуальными консультациями. Я предлагаю Вашему вниманию фрагмент одного из занятий.

Трудно даже перечислить все вредные факторы, отражающиеся на нашем здоровье с момента зачатия. Но на четырех из них – рок-музыке, табакокурении, алкоголе и наркотиках – мы остановимся подробнее.

Концерт «по заявкам эмбриона»

Все живое реагирует на музыку. А эмбрион воспринимает ее через мать. Слуховые системы плода начинают действовать в мозгу с 26-й недели беременности. Звуки способствуют двигательной активности малыша и позволяют ему получать определенную информацию об окружающем мире.

Исследователи ежедневно в течение получаса включали беременным женщинам популярные песни. Потом ученые выяснили, как годовалые дети этих женщин реагируют на данные песни. Психологи давали младенцам прослушивать различные музыкальные произведения, зажигая при этом яркий свет. Через некоторое время у малышей сформировался рефлекс смотреть на свет, когда играет та или иная мелодия. И тогда ученые установили, какие именно произведения дети воспринимают положительно, отвлекаются от всего

окружающего и непрерывно глядят на свет. Больше всего малышам нравится та музыка, которую их мамы с удовольствием слушали во время беременности. Любимые песни родительниц по наследству становятся любимыми песнями отпрысков...

После рождения младенец обычно узнает ту колыбельную, которую он «слышал» в утробе. Он перестает плакать, лицо становится внимательным и сосредоточенным.

А вот другой эксперимент. Беременным женщинам предлагали прослушивать аудиокассеты. Подчеркнем: аудио-, а не видеокассеты. Это влияние на слух, а не на зрение. Музыкальные произведения расположили в одном ряду от тяжелого рока до классики и церковных песнопений. Перед этим получили согласие женщин на эксперимент и анкетировали их по поводу музыкальных предпочтений.

Как вы думаете, менялось ли поведение плода?

Когда плод «слышал» тяжелый рок, частота его сердечных сокращений повышалась, двигательная активность резко увеличивалась, и импульсы коры головного мозга напоминали приступы эпилепсии. Если магнитофон перемещали вокруг матери, эмбрион отстранялся от источника звука и мог даже запутаться в пуповине, вплоть до удущья! Это страшно!

А что происходило, когда беременным ставили более спокойные и мелодичные произведения, например, классику? Умиротворение, нормализация сердечной деятельности... Сочинения Бетховена и Брамса немного возбуждают младенца, а Моцарта и Вивальди – успокаивают. Ласковые голосовые вибрации действуют весьма благотворно, а громкие ритмичные звуки заставляют сердце биться сильнее и чаще. И вообще любое мелодичное, приятное музыкальное сопровождение, которое не вызывает раздражения у матери, влияет на плод лучше, чем какофония. По опыту православных матерей, лучше всего малыши реагируют на церковные песнопения и чтение молитв.

Но, может быть, просто мать не любит рок?! Так что же, дело в матери?!

Ну, во-первых, анкетирование заранее показывает, какие имеются предпочтения. А, во-вторых, можно было бы поставить эксперимент «в чистом виде»: матери нет рядом, плод – есть. Речь идет о ребенке, выращенном «в пробирке», «в инкубаторе». Там искусственно поддерживаются необходимые условия для нормального внутриутробного развития: температура, освещение, питание, кислород и пр. Уверен, что реакция будет такой же! На мой взгляд, дело в эмбрионе, которого нельзя подговорить: «Изобрази нам!..»



Никто никого не призывает устраивать «концерты по заявкам эмбриона». Но учитывать влияние музыкальных произведений на нерожденного ребенка надо. Вывод напрашивается сам собой. Крохотное человеческое существо показывает нам, что полезно, а что вредно. Недаром Христос учит: «Если... не будете, как дети, не войдете в Царство Небесное» (Мф. 18, 3). Не по уму, конечно, нужно уподобиться детям, а по чистоте души, простоте и нелукавству.

Итак, почему же рок сугубо отрицательно воздействует на зародыш?

Самое простое объяснение – чисто физическое. Современные рок-группы работают в диапазоне до 80 герц и ниже. Интенсивность звука доходит до 120 децибел, хотя в норме человеческий слух настроен на среднюю интенсивность 55 децибел. Переизбыток высоких или низких частот в сочетании с излишней громкостью, какофонией и специфическим ритмом является мощным психотравмирующим фактором.

Справедливости ради не будем очернять рок-музыкантов как таковых: нельзя всех стричь под одну гребенку. Среди них наверняка есть люди доброй души и христианских убеждений. Ряд отечественных и зарубежных рок-исполнителей активно выступают против наркотиков, несправедливости, насилия и войн, устраивают благотворительные концерты и перечисляют гонорары на нужды страждущих. По мнению диакона Андрея Кураева и игумена Сергия (Рыбко), песни таких представителей «русского рока», как Константин Кинчев и Юрий Шевчук, могут обратить сердца и умы к небу.

Ниже речь пойдет лишь о тех направлениях рок-музыки, ритмы которых деструктивны, дисгармоничны и «бьют по мозгам».

С духовной точки зрения, тяжелый рок – явление сложное, связанное с язычеством и сатанизмом. В Африке и на Гаити есть воистину демонический и очень живучий культ вуду. Его служители практикуют магию, заговоры, амулеты и гипнотическую музыку для введения участников ритуала в особый транс. Барабанщики поддерживают жуткую пульсацию и энергетику. С каждым ударом барабана возрастает рабская зависимость человека от проводимого обряда. Этот ритм служит фоном, аккомпанементом для заклинательных молитв, и он же лежит в основе рок-музыки. Жрецы вуду призывают своих богов и приносят им человеческие жертвоприношения. Наибольшим «спросом» пользуется кровь детей.

А теперь рассудите: Единый Истинный Бог «придет» к такому пепелищу? Ответ очевиден. Но падающие духи слетаются на кровушку и на этот ритм!

Однако возникает проблема. Допустим, человек играет или слушает рок, не обращаясь к дьяволу и вовсе не задумываясь о том, что это фон

для заклинательных молитв. Это его спасет от демонов или нет?

Данный вопрос еще предстоит решить, и однозначного ответа у меня на него нет. Но, мне кажется, уместно провести следующую параллель, именно параллель, а не доказательство.

На семинарах со студентами мы иногда позволяем себе пошутить на вполне серьезные темы. Скажем, плывет аквалангист в теплом море, довольный жизнью. Вдруг поранился. Что дальше? На запах крови приплывет акула! Он удивится: «Ой, что ты? Я тебя не звал!» А она в ответ: «А мне наплевать! Кровь пошла – вот я и приплыла!» Он скажет: «Ой, уплывай-уплывай!» А она ему: «Ага! Вот только пообедаю и уплыву!»

Думается, что тяжелый рок «заряжен» отрицательной «энергетикой» и приманивает духовных акул – бесов. Поэтому он и может плохо действовать на любого человека вне зависимости от его возраста и намерений. Эмбрион – не исключение.

«Затянись и оттянись!»

К сожалению, табачные яды (никотин, бензидин, другие канцерогенные и аллергенные соединения) проникают через плацентарный барьер. По сути, зародыш становится узником «газовой камеры»! Он не в силах выбраться за пределы матки и постоянно «окуривается» токсичными веществами. Если женщина не курит, но находится в прокуренном помещении, то она является пассивной курильщицей. Характер влияния вредных соединений на эмбрион в обоих случаях примерно одинаков. Значит, имеет значение степень и время их воздействия.

Чем же расплатится ребенок за то, что его мать курит или вдыхает табачный дым?

Курение на 36% увеличивает вероятность того, что плацента будет расположена на выходе из матки. Это очень нежелательно. Поскольку нижний сегмент матки изменяет форму с началом родов, то прикрепленная к нему плацента может отслоиться и привести к катастрофическому кровотечению. Уровень смертности детей во время родов у курящих матерей в среднем на треть выше, чем у некурящих.

У мальчиков, родившихся от курящих матерей, яички меньше размерами и ниже уровень гормона, связанного с выработкой мужских клеток. После достижения подросткового возраста концентрация сперматозоидов у них гораздо ниже по сравнению со сверстниками, рожденными от некурящих матерей. Очевидно, компоненты табачного дыма негативно влияют на те клетки плода, которые в дальнейшем отвечают за репродуктивную систему. Отсюда и ряд проблем с зачатием потомков.

Более трети новорожденных детей с низким весом рождены курящими матерями. Так, с 1959

по 1965 годы американские ученые изучили 35 тысяч детей. Было выявлено, что курение будущей матери во время беременности снижает вес новорожденного и одновременно повышает риск избыточного веса у младенца в раннем детстве. Вероятность ожирения у детей до восьми лет возрастает пропорционально числу сигарет, выкуренных матерью. Каждые новые 10 сигарет в день увеличивают риск ожирения в среднем на 17%.¹

Авторы исследования предполагают, что склонность к лишнему весу связана также с никотиновой «ломкой», которую дети переживают после рождения. Ведь ребенок уже приучен получать из крови матери определенные биологические вещества. А когда пуповину перерезают, он этого лишается. Возникает сильный стресс. У взрослых курильщиков это состояние сопровождается, как правило, потерей контроля над аппетитом, у детей – ожирением.

Если мать во время беременности курила по меньшей мере 10 сигарет в день, вероятность того, что ее ребенок попробует курить уже до 10 лет, возрастает в 5 раз. Если мать курила во время беременности более 10 сигарет в день, то риск злоупотребления наркотиками для ее дочери возрастает в 5 раз, а для сына – в 4 раза. При этом отклонения в поведении обнаруживаются в возрасте до 13 лет.²

Есть такое вещество – котинин. Он является побочным продуктом распада никотина и своеобразным индикатором наличия или отсутствия табачной зависимости. При вдыхании табачного дыма никотин превращается в котинин, и исследователи измеряют его концентрацию в крови и слюне. Концентрация котинина у детей различна.

Согласно научным данным, младенцы, родители которых курят в их присутствии, имеют самый высокий уровень котинина – в 50 раз выше, чем дети тех, кто не курит. Однако и те, кто не курит в присутствии своих чад, а только за пределами дома, все равно вредят им. Содержание котинина у таких детей в 7 раз выше, чем у детей некурящих родителей. Если ребенок живет в квартире, где кто-то из членов семьи выкуривает 1–2 пачки сигарет в день, то в моче такого ребенка обнаруживается количество никотина, соответствующее 2–3 выкуренным сигаретам.

Группа Монреальского Института грудной клетки во главе с Маргарет Беклейк наблюдала за взрослением примерно двухсот детей³. Когда им было около девяти лет, ученые измерили концентрацию котинина в их слюне. Только у одного ребенка на первом этапе исследования обнаружился уровень котинина, наводящий на мысль о том, что он уже курит.

Повторное обследование ученые провели, когда детям было примерно 13 лет. К этому моменту 44% из них курили. Примечательно, что уровень

котинина, определенный на первом этапе, – довольно точный критерий того, будут ли дети курить ко второму этапу. Особенно это касается тех, кто курит с раннего возраста. Если уровень котинина в девять лет оказался высоким, шанс пристраститься к пагубной привычке до переходного возраста вдвое выше. Для тех, кто уже вступил в период полового созревания, котинин не имел такого большого значения, увеличивая риск лишь на 20%. Следовательно, никотин, появляющийся из-за вдыхания табачного дыма, может привести к физической зависимости.

Справедливости ради отметим, что количество участников эксперимента было небольшим. Поэтому выводы надо делать с осторожностью. Тем не менее они впечатляют.

Активное и пассивное курение влияет на пол будущего ребенка. Женщины, которые подвергались воздействию сигаретного дыма, рожают мальчиков реже. Это объясняется тем, что курение уменьшает содержание женского гормона эстрогена и вызывает неблагоприятные для мужских клеток изменения в шейке матки. Шанс зачать сына значительно меньше еще и потому, что табачный дым снижает жизнеспособность клеток, несущих мужскую Y-хромосому.⁴

Страшно не только курение матери, но и отца (особенно если папаша покурил перед «этим самым делом»). Чтобы обнародовать подобное заключение, врачи Дании и Японии опросили родителей почти 12 тысяч новорожденных. Испытуемых разделили на три группы. В первую попали некурящие мамы и папы, во вторую – курящие до 20 сигарет в день, а в третью – те, кто курит более 20 сигарет ежедневно. Особое внимание было обращено на привычку «затянуться» непосредственно до или сразу после интимного контакта.

Профессор Анне Бысков из Университетской клиники Копенгагена проанализировал действие курения на мужские клетки. По его мнению, сперматозоиды с Y-хромосомами, отвечающие за рождение мальчиков, более чувствительны к изменениям в организме, вызванным курением. Клетки с X-хромосомами не столь чувствительны.⁵

Никотин – мощный мутагенный фактор, который влияет на генетический аппарат мужских клеток. Так, в норме работают антионкогены, препятствующие появлению раковых образований. А что делает курение? Блокирует антионкогены и активирует онкогены. Это, конечно, не значит, что дети курящих отцов обязательно будут болеть раком и умирать в жутких страданиях. Но они более предрасположены к онкологическим процессам, чем дети некурящих мужчин.

Представим себе двух детей – от курящего и некурящего отцов. Оба попали в равные условия воздействия канцерогенных факторов. К примеру, получили одинаковую дозу облучения или

съели одинаковую порцию канцерогенов. У ребенка со здоровой наследственностью иммунитет справится, а у другого, вероятно, начнется онкологический процесс. Вот так: «Не буди лихо, пока оно тихо!»

Никотин и угарный газ значительно ухудшают качество мужских клеток (в частности, их подвижность и плотность), а также секрецию мужских гормонов. В 2 раза чаще наблюдаются патологические изменения сперматозоидов, что ведет к рождению потомства с пороками развития.

Так что мечтающие о наследниках не должны «дымить». Получается, что пропаганда сигарет как символа мужественности (вспомним хотя бы рекламу с «ковбоями Мальборо») – это настоящая дезинформация. Напротив, антитабачная реклама основательно подкреплена научными фактами.

Однажды после семинара со студентами ко мне подошел один парень, активно участвовавший в дискуссии, и потихоньку спросил: «Скажите, за сколько времени до... нужно бросить курить?» Я ему ответил: «А вот с этого, Штирлиц, и надо было начинать. А как ты сам думаешь?» Он говорит: «Ну, наверное, за тот период времени, пока “бракованные” сперматозоиды, грубо говоря, “отксерятся” и уйдут из организма. Ну... и этого достаточно, чтобы новая порция уже была здоровой!» Я объясняю: «В норме образование мужских клеток длится 74 дня. А теперь я воспользуюсь твоим сравнением. Представь ксероксный аппарат. Он стал плохо работать: жует бумагу, печатает с черными пятнами... Ты два с половиной месяца к нему не подходишь. Он что, сам починится? Значит, вопрос не в этом. Вопрос в том, чтобы восстановить (как шутят медики) эту самую “председательскую железу”, то есть репродуктивную систему в целом. Когда ее удастся “реанимировать” полностью, процесс образования половых клеток войдет в нормальное русло».

От чего это зависит? В частности, от наследственности, иммунитета, индивидуальных особенностей человека, а также от количества и качества выкуренных сигарет, стажа курения и прочих обстоятельств, определяющих степень причиненного организму вреда. На мой взгляд, хроническое курение ведет к сексуальной инвалидности. Заработать ее гораздо проще, чем вылечить.

Итак, любая сигарета, сигара, трубка или папироса – это бомба замедленного действия. Длину ее фитиля мы не знаем. Однако с каждой новой затяжкой мы приближаем себя и наших близких к плачевному финалу...

Кто идет за «Клинским»?!

Плохо влияют на эмбрион и алкогольные напитки. Анализируя это, выделим несколько ключевых моментов.

Во-первых, важно количество выпитого. Рюмочка или ведрышко – имеет значение. У женщин, в отличие от мужчин, хуже синтезируются ферменты печени, перерабатывающие спирт, и потому быстрее возникает зависимость. Это одна из причин того, что женский алкоголизм лечится труднее. К тому же есть народы (например, североамериканские индейцы, чукчи, эскимосы и алеуты), у которых генетически эти ферменты вообще не вырабатываются. Им опасно даже нюхать спирт. Иначе у них возникают аллергические реакции вплоть до комы.

Вспомним, что делали бледнолицые с индейцами-краснокожими, дабы завоевать территорию Северной Америки? Убивали, покоряли и... спаивали их! «Огненная вода» была орудием геноцида.

Второй фактор влияния алкоголя на эмбрион – качество выпитого. С одной стороны, чистый кагор из виноградного вина, без консервантов, добавок и стабилизаторов, с другой стороны – барматуха типа «кто идет за «Клинским»?!» Реклама не спрашивает, кто и в каком состоянии вернется! Ведь банки пива стоят без холодильника много месяцев и не портятся. За счет чего? За счет того, что они буквально напичканы «фармакологией». Добавки, стабилизаторы и консерванты оказывают разное действие, в том числе онкогенное, аллергенное и мутагенное. «Аптека в животе» вредит не только взрослому человеку, но и эмбриону, что, согласитесь, вдвойне плохо.

И наконец, третий фактор влияния алкоголя на эмбрион – время выпитого. Существует закон эмбрионального развития: поражается та ткань или орган, которые формируются в момент воздействия токсичного вещества.

До зачатия происходит образование мужских и женских клеток. Алкоголь проникает в них и повреждает генетическую информацию (в частности, выпадают или переставляются местами звенья ДНК).

«Пьяное зачатие бьет без промаха» – это старинная пословица. Таких малышей с древности называли детьми карнавала или сезона сбора винограда.

До девятой недели развития клетки младенца особенно чувствительны к воздействию лекарств, спирта и тех соединений, которые в него добавляются. Так, с третьей недели вероятно появление дефектов центральной нервной системы и сердца, с четвертой – носоглотки, глаз и конечностей. А на двадцатой неделе закладывается кора головного мозга. Следовательно, ударная доза алкоголя, индивидуальная для каждой женщины, чревата тем, что ее ребенок окажется слабоумным.

Вот случай. Жили любящие друг друга супруги. Узнав, что станет мамой, жена поспешила поделиться добрым известием с мужем. Супруги устроили роскошную вечеринку с хорошим сто-

лом и дорогим спиртным – как же иначе?! И отметили... А через восемь месяцев «родила царица в ночь...»

При алкогольном синдроме плода наблюдаются задержка роста, умственная отсталость, специфические аномалии лица и другие отклонения. По мнению ученых, полученные из крови матери вредные вещества неравномерно распределяются в организме младенца. Верхние органы тела могут получить более сильное отравление. Кроме того, когда в крови матери ядовитых соединений уже нет, они остаются в околоплодной жидкости. Это означает, что даже однократный прием алкоголя длительно действует на плод. Табакокурение усиливает вредные последствия.

Даже ничтожные дозы алкоголя отравляют младенца и через грудное молоко. Он становится беспокойным, плохо спит, отстает в психическом развитии, у него бывают судороги. Если же кормящая мать страдает хроническим алкоголизмом, эти симптомы усугубляются, и возникает синдром алкогольной зависимости грудного возраста.

Тяга к алкоголю возникает еще в утробе матери. К такому выводу пришли австралийские ученые из Квинслендского университета⁶. Они опросили более двух тысяч женщин. Все участницы отвечали на вопросы об объеме и частоте потребления алкогольных напитков до, во время и после беременности. Родившихся у них детей наблюдали в течение 21 года, отмечая случаи формирования алкогольной зависимости.

Руководитель исследования Роза Алати и ее коллеги выяснили следующее: дети женщин, употреблявших в первой половине беременности за один раз три и более порции алкоголя (например, три бокала вина), к моменту 18-летия в 2,5 раза чаще страдали алкоголизмом. А к 21 году – в 2 раза чаще имели проблемы с алкоголем, чем дети матерей, не отравленных спиртным до своего рождения. Употребление вина и водки во второй половине беременности оказывает аналогичное действие.

Высокая степень риска развития алкоголизма наследуется. Такой человек будет склонен к употреблению алкоголя, а также к экстремальному поведению, опасным видам спорта, поиску наркотиков, сексуальному разнообразию, игромании... Среди причин этого – сокращение размеров той области правого полушария мозга, которая контролирует эмоции, и недостаток «гормонов счастья». Алкоголь подавляет их выработку, и организму недостает необходимых биологически активных соединений. Появляется потребность получить их извне.

Испытывая психологический стресс и физический дискомфорт, человек пытается наладить свое самочувствие обходным, биохимическим путем. В вине, водке или иным образом он ищет ост-

рых, возбуждающих чувства ощущений. Горячительные напитки частично подменяют собой функции «гормонов счастья», и порочный круг замыкается. Чем больше человек пьет, тем меньше его организм вырабатывает собственных «гормонов счастья» и сильнее нуждается в новой дозе спиртного. Так формируется одно из звеньев зависимости.

«Масло в огонь» подливает агрессивная и навязчивая реклама. Наша страна быстро катится от поколения «пепси» к поколению «пива». Люди буквально зомбируются и приучаются пить пиво всегда, везде и без всякого повода. Оно становится неотъемлемой частью быта; его воспринимают как газировку. Не удивительно, что за последние годы заболеваемость алкоголизмом стремительно выросла. Такие темпы через несколько лет приведут нас к почти повальной алкоголизации.

Пивные вакханалии характеризуются особой жестокостью и зачастую завершаются драками, убийствами, изнасилованиями и грабежами. По сути, пиво – это легальный наркотик, прокладывающий путь более мощным нелегальным наркотикам.

По вредности для организма пиво сравнивают с самогоном, поскольку в процессе спиртового брожения и там, и там образуются сильно действующие яды (альдегиды, сивушные масла, метанол, эфиры). Содержание в пиве этих веществ в десятки раз выше их допустимой концентрации в водке, полученной из спирта высшей очистки. При брожении солодковых экстрактов получают канцерогены. Поэтому стакан пива, выпитый в течение недели – казалось бы, совсем немного – значительно увеличивает риск заболевания раком молочной железы.

Кроме того, отдельные сорта пива (например, из кукурузы, злаков и хмеля) содержат не просто гормоноподобные женские вещества, но натуральные растительные женские гормоны. Представьте такую ситуацию: подростку четырнадцать лет, у него переходный период, а он цистернами хлещет пиво. Значит, без всяких медицинских рекомендаций он принимает женские гормоны.

Чем это грозит? Отложением жира, оволосением и изменением тембра голоса по женскому типу, не говоря уже об общей алкогольной деградации личности. У мальчиков и юношей скелет формируется по женскому типу (широкий таз, узкие плечи, набухание грудных желез, «пивной живот»). Кто увлекается пивом, рискует своей внешностью. К тому же подавляется выработка основного мужского гормона (тестостерона) и стимулируется синтез женских гормонов. Отсюда снижение полового влечения и бесплодие.

Достаточно трех-шести порций спиртного в неделю, чтобы на 10–20% поднять уровень эстрогенов у женщин после прекращения месячных⁷. «Ой, как здорово! – обрадовались некоторые представительницы слабого пола, у которых закончил-



ся детородный возраст. – Давай совместим приятное с полезным и помолодеем!»

Но это же «бесплатный сыр»! Уровень гормонов и сахара в крови при употреблении пива повышается и понижается скачкообразно. А это активизирует онкологические процессы. Хочешь вернуть себе молодость – расплатишься раком яичников! Когда студенты это слышат, они обычно хором отвечают: «Спасибо, не надо!»

Существует еще один миф: будто алкоголь делает женщину сексуально привлекательной. Это неправда. Поскольку этиловый спирт растормаживает низменные инстинкты и снимает «тормоза», любительница выпить становится раскрепощенной и доступной. У нее исчезает стыдливость, усиливается желание близости. Но получить удовлетворение с каждым разом все труднее. Требуется уже более длительный контакт; она жаждет изощренной ласки и пристального внимания. Для вступления в близкие отношения с мужчиной ей снова и снова нужно выпить, чтобы подстегнуть себя. В итоге тончайший механизм интимной жизни полностью ломается.

Так же и мужчина. Привыкнув к дозе, он уже не мыслит себе «удачу в постели» без спиртного. А где рюмочка, там и две. И, как говорится, понеслось. Некоторые предпочитают водку. Но это напиток жесткий, а потому и отношения подразумевает жесткие, менее романтические. Пиво же расслабляет и успокаивает. В 20-е годы прошлого века его рекомендовали как седативное средство. Когда же пиво входит не только в привычку, но и в биохимические процессы, без него уже невозможно расслабиться и отдохнуть.

В заключение подчеркнем, что христианство осуждает не винно-водочные изделия как таковые, а пьянство. Поэтому многое зависит от умения владеть собой и соблюдать меру, от жизненного опыта, возраста и... индивидуальных особенностей. Сколько надо выпить, чтобы снять напряжение, но не опьянеть? На этот вопрос нет четкого ответа. Ясно другое: алкоголь не способен подарить любовь, однако он может ее украсть.

Кайф во время чумы

Доверчивые души легко покупаются и на сказки о наркотиках. Дескать, уколись или покури травку, и ты испытаешь ошеломительное наслаждение. Многие начинают употреблять эти вещества в надежде раскрепоститься, уйти от комплексов, облегчить контакты со сверстниками, склонить малознакомого человека к близости, подчас даже ради грубого совращения. В молодежной среде ошибочно считают, что гашиш обостряет чувствительность тела к ласкам и подхлестывает интерес к противоположному (или своему) полу. А кокаину незаслуженно приписывают

«славу» стимулятора чувственности, который растормаживает и возбуждает сексуальное влечение. Якобы благодаря ему ночи полны «задора и огня».

На самом деле все это – иллюзия. У наркоманов «со стажем» весьма серьезные проблемы в интимной сфере, вплоть до снижения концентрации соответствующих гормонов и бесплодия. Зависимый человек, не успев ощутить себя героем, оказывается калекой. Поэтому новички, видя свою перспективу, стараются быстрее урвать удовольствие и надеются тут же «соскочить с иглы». По русской пословице, они кататься любят, а саночки возить не хотят. Долго ли удастся насиловать душу и тело?

Со временем интимные контакты становятся болезненными и обременительными, приносят раздражение и разочарование. Стимуляция половой активности ассоциируется с наркотиком. Вскоре пристрастие к нему перерастает, по удачному выражению специалистов, «в сексуальное пристрастие через наркотик».⁸ Без него – уже никуда.

Когда пристрастие удовлетворено, наступает некоторое облегчение. На какое-то время состояние улучшается. Человеку кажется, что жизнь стала лучше и безопаснее, исчезли неуверенность, усталость и беспокойство. Но за все это приходится платить, ведь трудности и проблемы никуда не делись. Жизнь блекнет, теряет смысл. Больного вновь одолевают печаль, тревога и презрение к себе. Он остается у разбитого корыта...

Однако ему хочется снова «чувствовать себя хорошо», причем прямо сейчас. Вот тогда человек опять обращается к довольно простому и апробированному способу решения проблем – бежит в мир иллюзий. Осознанно или неосознанно, он старается заменить свою боль удовольствием, получаемым от пристрастия. Такова духовная сущность зависимости.

Наркомания приводит к особо трагическим последствиям в отношении здоровья. В научно-популярной и христианской литературе это освещено достаточно полно.⁹ Вот лишь несколько фактов.

Токсичное действие наркотиков на зародыш бывает непосредственным (из-за повреждения хромосом и клеток) и косвенным (через нарушение образования гормонов и изменение слизистой оболочки матки). Увы, наркотики легко проникают через плаценту, медленно обезвреживаются и долго циркулируют в организме плода.

Так, у матерей, потребляющих кокаин, беременность часто заканчивается мертворождением из-за отслойки плаценты или преждевременными и трудными родами. Даже однократное принятие наркотика в последние три месяца беременности может привести к схваткам. Под воздействием кокаина у ребенка возникают расстройства поведения и интеллекта, повышенная раздражи-

тельность, замедленное развитие речи и мозговые нарушения вплоть до инсульта. При грудном вскармливании кокаин поступает прямо в молоко матери. Малыш становится беспокойным, плохо спит, иногда у него отмечаются эпилептические припадки.

При регулярном приеме опиатов (героин, морфин, кодеин, «белый китаец», «маковая соломка», «ханка», «марля») у матери и плода резко возрастает смертность. Развивается стойкая физическая зависимость. Дитя испытывает ломку уже в утробе (!), а после рождения – абстинентный синдром, поскольку организм уже не получает наркотики извне. Ребенок перевозбужден, истошно кричит, часто зевает, чихает. У него повышена температура, изменен мышечный тонус. При кормлении грудью опиаты передаются новорожденному через молоко.

Как же поступают многие мамы, чьи дети рождаются с тяжелой патологией? Отказываются от ребенка по принципу «такой мне не нужен; я себе нового заведу». И попадает бедное дитя из роддома в нашу детскую больницу, потом – в интернат, потом – в колонию для несовершеннолетних... Вот какой у него путь: вниз по скользкой дорожке, если не спасет Господь. А теперь попробуйте доказать, что дети не расплачиваются своим здоровьем и благополучием за грехи родителей!

Каким способом раз и навсегда избавить потомка от страданий и разрубить «гордиев узел» собственноручно созданных проблем? Неверующие люди советуют решиться на отчаянный шаг – аборт. Но тем самым они игнорируют библейскую истину: «Если слепой ведет слепого, то оба упадут в яму» (Мф. 15, 14).

А падать бывает больно!

¹www.adic.org.ua/nosmoking/books/unicef/reprotob/03a.htm.

²Андреева Т.И. Курение и здоровье будущих детей. – Киев, 2003. Режим доступа: <http://www.contact.tobinfo.org/books/unicef/reprotob/index.html>

³www.medlinks.ru/article.php?sid=21815

⁴www.med2.ru/story.php?id=862

⁵www.news.by/337/2006-10-27/21010/127/

⁶www.medlinks.ru/article.php?sid=26897

⁷Об этом подробнее см.: В ожидании ребенка / Авт.-сост. Г. Дюмина. – М., 2003. – С. 82–84.

⁸Шпаков А. Алкоголизм. Наркомания. Токсикомания. Курение. Природные и бытовые яды. Справочник для родителей и детей. – СПб., 2000. – с. 41.

⁹Об этом подробнее см.: Шпаков А. Указ. соч.; Иеромонах Анатолий (Берестов). Возвращение в жизнь. – М., 2000. – 224 с.; Наркомания: грех или болезнь. – М., 2000. – 256 с.



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ИЗ ПРАВОСЛАВНЫХ МНОГОДЕТНЫХ СЕМЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Л.И. ДМИТРИЕНКО,
Врач-педиатр высшей
категории, диетолог
ГУ Научный центр
здоровья детей
РАМН,
выпускница
Православного
Свято-Тихоновского
гуманитарного
университета



С середины XX века в экономически развитых государствах тенденции к малодетности и бездетности трактуются с позиций теории демографического перехода. Устойчивое снижение рождаемости детей наблюдается и в России, где с 1992 года естественная убыль населения превалирует над естественным приростом. Данный феномен вошёл в научный обиход под названием «русского демографического креста» (1).

Несмотря на наметившуюся тенденцию к улучшению ситуации в последние несколько лет, показатель прироста населения сохраняет отрицательный знак. Вследствие естественной депопуляции с 1992 года по состоянию на 01.01.2007 потери населения страны в возрасте с 0 до 14 лет составили 11 млн 893, 9 тыс. человек (2).

Одним из путей преодоления демографического кризиса в России является расширение и укрепление института многодетной семьи. В течение всей истории человечества многодетность повсеместно была распространенной и устойчивой традицией. В России до начала XX века многодетные семьи составляли большинство населения. Семья была заинтересована в том, чтобы иметь много детей: для созидания семейного благополучия рождение многих детей выступало гарантией от бездетности и бедной и незащищенной старости. Неконтролируемой смертности можно было противопоставить лишь социально поощряемую высокую рождаемость (3).

Советский период внёс коррективы в традиционный уклад жизни, резко изменив отношение к семье: нормы, связанные с феноменом многодетности, исторически изживают себя (4).

По переписи 2002 года, в России многодетные семьи составляют 2,6% от общего числа семей (1 млн 396 тыс.) (5). В настоящее время минимальное ко-

личество детей, необходимое для получения семейного статуса многодетной, снизилось с 5 до 3. В то же время из 41 млн семей однодетные составляют 34%, семьи с двумя детьми – 15%. Почти 50% семей не имеют детей (6).

Отмечают следующие группы причин появления многодетных семей:

- 1) национальные традиции или семейные нормы;
- 2) самовоспроизводство многодетности – детям, воспитанным в ее среде, прививаются нормы многодетности;
- 3) религиозно-нравственные мотивы (7).

Данная типология, несмотря на логичность, оставляет некоторые детали проблемы невыясненными. Например, можно отождествить «семейные нормы» и привитые детям «нормы многодетности». Кроме того, не был принят во внимание, хотя бы и немногочисленный, тип людей с материальным достатком выше среднего, стремящийся разумно инвестировать средства в воспитание потомства.

Вследствие приведенных причин мы считаем возможным, не углубляясь в детализацию и не претендуя на построение типологии, разделить многодетные семьи в современной России на четыре группы:

- а) конфессиональные семьи;
- б) нерелигиозные асоциальные семьи;
- в) нерелигиозные семьи, многодетность которых связана с наличием соответствующей традиции у предшествующих поколений;
- г) нерелигиозные семьи, многодетность которых, в первую очередь, обусловлена соответствующим уровнем материального обеспечения.

Среди этих групп оптимальной моделью, на которой можно изучить реальные потребности многодетных семей, является конфессиональная семья. Это обусловлено следующими обстоятельствами:

- доминированием особой психологической установки в отношении многодетности: рождение детей наполняется духовным смыслом (каждый ребенок воспринимается как дар Божий);
- культивируется религиозное воспитание, благоприятствующее развитию детей;
- вследствие религиозного воспитания детям передаются социально-психологические установки на многодетность.

Сужение области исследования до рамок православной семьи естественно вследствие традиционности православия как религии для большей части территории России. Кроме того, именно православный культурный ареал страдает от феномена «демографического креста России»: по пе-

реписи населения 2002 года, в его пределах наблюдается наибольшая убыль населения (8).

Рассмотрение положения православной многодетной семьи в условиях мегаполиса составляет значимый аспект данной темы, поскольку особенности мегаполиса как типа поселения накладывают отпечаток на образ жизни его обитателей. К ним относятся психологическая перегрузка, каждодневное преодоление больших расстояний и ограниченные возможности пребывания на природе. Принимая во внимание медицинскую направленность работы, отметим особую важность заботы жителей мегаполиса о сохранении своего здоровья. Она обусловлена неудовлетворительностью экологического качества биосферы мегаполиса, а также легкостью передачи контактиозных заболеваний.

Помимо этого, многодетная семья вынуждена справляться с невозможностью своих членов организовать приватное пространство (уединиться) в условиях городской квартиры. Существует также трудность контроля за использованием детьми своего свободного времени вследствие широты спектра предлагаемых мегаполисом возможностей организации досуга.

Наконец, конфессиональная (православная) семья сталкивается в мегаполисе с дополнительным кругом проблем. Они связаны с необходимостью соответствия реального образа жизни предписываемому Церковью уставу. Препятствует ему многочисленным стандартам мегаполиса, относимые к религиозной категории «искушения».

Таким образом, православная многодетная семья в мегаполисе является уникальным и сложным социальным образованием, что обуславливает ценность нашего исследования.

Результаты исследования

Наше исследование проводилось в НОУ СОШ (Негосударственном образовательном учреждении Средняя общеобразовательная школа) «Традиционная гимназия» г. Москвы.

В «Традиционной гимназии» учится 358 человека в 1–11 классах (данные на 01. 01. 2008). Обучение в школе проводится в соответствии с православными традициями. Каждый учебный день начинается молебном в храме, расположенном в здании гимназии, где читается сокращенное утреннее молитвенное правило и молитвы на начало учебы. Одной из традиций гимназии является то, что один раз в неделю в домовом храме гимназии служитя Литургия, в которой принимают участие учащиеся определенного класса, выполняя клиросное послушание. В дни православных праздников дети не учатся, посещают службы в своих приходах. На Пасху и Рождество, а также особые праздники для гимназии (день свт. Нико-

лая чудотворца, день памяти свт. Патриарха Тихона) также служитя Литургия, устраиваются спектакли, концерты и чаепития; в эти дни дети не учатся.

Православная традиция обуславливает то, что из общего числа учащихся в Гимназии (358 человек) 68% составляют дети из многодетных семей (244 человека). Доля многодетных семей (102 семьи) в общем числе семей (188 семей) составляет 54% (табл.1).

Таблица 1

**Соотношение числа детей и многодетных семей
к общему числу учащихся в гимназии**

	Всего	В том числе многодетные семьи	
		абсолютное число	%
Детей	358	244	68
Семей	188	102	54

В исследовании приняло участие 13 случайно выбранных семей с общей численностью 60 детей, количество детей в семьях – от 3 до 7 человек.

При обработке данных они были разделены на три группы:

- 1 группа: трехдетные семьи – 4 семьи;
- 2 группа: четырех–пятидетные семьи – 4 семьи;
- 3 группа: шести–семидетные семьи – 5 семей.

Исследование проводилось в несколько этапов.

1 этап – наблюдение – проводился в 2001–2007 годах. Мы имели возможность наблюдать детей во время учебного процесса – на переменах, когда дети обращались за медицинской помощью, и во время профилактических осмотров, данные которых стали вызывать тревогу за состояние здоровья учащихся у руководства гимназии. Одной из причин данной проблемы был назван недостаток у родителей времени и возможностей для заботы о состоянии здоровья каждого ребенка, отсутствие возможности проводить профилактические мероприятия. Следовательно, понизить уровень заболеваемости учащихся можно проведением углубленного медицинского обследования и реабилитационными мероприятиями.

2 этап – С целью организации углубленного обследования и, при необходимости, лечения нами был подготовлен договор между «Традиционной Гимназией» и КДЦ ГУ НЦЗД РАМН (Консультативно-диагностическим центром Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук), в котором определялись условия ока-

зания консультативной и лечебной помощи учащимся гимназии – детям из многодетных и малообеспеченных семей, в соответствии с которым проводился медицинский осмотр.

3 этап – С целью составления полной картины о состоянии здоровья детей был организован опрос одного из родителей по универсальным картам «Сведения о состоянии здоровья детей». Он был аналогичен классическому осмотру врачом-педиатром (пре- и постнатальный анамнез, перенесенные заболевания, наличие аллергии, вакцинация, частота простудных заболеваний, прием витаминов и микроэлементов). В начале карты предусмотрены графы для паспортных данных родителей, информации об их образовании, профессии, здоровье.

Средний возраст родителей показан на Диаграмме 1 (см. цвет. вклейку).

Первоначально наше предположение состояло в том, что с увеличением числа детей в семье средний возраст родителей должен увеличиваться. Однако, как видно из Диаграммы 1, полученные данные опровергли это предположение.

Показатели уровня высшего образования родителей представлены на Диаграмме 2.

Уровень высшего образования достаточно высок, что свидетельствует об интеллектуальном уровне обследованных семей.

Статус многодетной семьи определяет специфику занятости родителей. Статистика занятости выведена на Диаграмме 3, из которой видно, что с увеличением числа детей в семье процент занятости матери уменьшается, отец в большинстве случаев является основным кормильцем в семье. Это подтверждают и ответы родителей на специальный вопрос карты-опросника «Кто является основным кормильцем в семье?», согласно которым лишь в 1-й группе замечен факт участия матери в материальном обеспечении семьи (40%), во 2-й и 3-й группах отец является основным кормильцем семьи в 100% случаев.

Также был включен вопрос о состоянии здоровья родителей. Среднее количество диагнозов показано в табл. 2.

Таблица 2

Среднее количество диагнозов

	1 группа	2 группа	3 группа
Мать	1,5	2,25	1,4
Отец	1,25	2	1,8

С увеличением числа детей количество заболеваний возрастает. Уместно предположить, что причиной подобных результатов, учитывая при-

веденный выше средний возраст, явилась недостаточная обследованность родителей.

На состояние здоровья ребенка оказывает влияние антенатальный анамнез. С целью изучения течения беременности и родов включены вопросы по характеру течения беременности и родов и наличию гинекологических заболеваний у матери (табл. 3).

Таблица 3

Наличие заболеваний у матери %

	1 группа	2 группа	3 группа
Болезни во время беременности	58	29	38
Гинекологические заболевания	8	21	27
Осложнения в родах	25	14	37

Существенное влияние на физическое и психическое развитие ребенка оказывает длительность перерыва между беременностями, в течение которого организм матери должен восстановиться и подготовиться к следующим родам. Нами проанализирована длительность среднего перерыва между беременностями в зависимости от порядкового номера беременности. После первой беременности средний интервал составил 1 год 8 месяцев, после второй – 1 год 6 месяцев, после третьей – 1 год 3 месяца, после четвертой – 10 месяцев. Таким образом, отмечена тенденция к уменьшению интервала между беременностями с увеличением их порядкового номера, что свидетельствует о том, что не все семьи придерживаются рекомендуемого физиологического интервала между беременностями 2–3 года, в течение которого мать кормит ребенка, а затем ее организм восстанавливается к следующим родам.

Возрастно-половая характеристика обследованных детей: соотношение половых различий в 1-й группе представлено на Диаграмме 4 (а). Средний возраст детей в данной группе – 8,2 года.

Соотношение половых различий во 2-й группе представлено на Диаграмме 4 (б). Средний возраст детей в данной группе – 10 лет.

Соотношение половых различий в 3-й группе представлено на Диаграмме 4 (в). Средний возраст детей в данной группе – 9 лет.

Средний вес при рождении и продолжительность грудного вскармливания были проанализированы нами по порядковому номеру рождения. Данные показатели приведены в табл. 4.

Отмечается тенденция к уменьшению среднего веса ребенка при рождении с каждым после-

Таблица 4

	Средний вес при рождении (гр.)	Средняя продолжительность грудного вскармливания (мес.)
1-е роды	3340	5,8
2-е роды	3700	6,8
3-е роды	3540	7,1
4-е роды	3290	5,9
5-е роды	3150	10,8

дующими родами (исключение составляют первые роды). При анализе средней продолжительности грудного вскармливания видно, что грудное вскармливание сохраняется с первых по пятые роды

В карту-опросник также были включены вопросы о развитии ребенка на первом году жизни: с какого возраста (мес.) держит голову, переворачивается, сидит, ходит, говорит. На основании ответов родителей делался вывод о развитии ребенка. В 1-й группе в 100% случаев дети развивались по возрасту, во 2-й – в 93%, в 3-й – в 87%. Это свидетельствует о нарастании процента отставания в развитии с увеличением порядкового номера рождения.

Сравнительный анализ общей заболеваемости детей в разные возрастные периоды показал, что среднее количество заболеваний (за исключением первого года жизни) возрастает с увеличением числа детей в семье (Диаграмма 5).

Как видно из диаграммы, в период 11–18 лет общая заболеваемость выравнивается во всех трех группах. Примерно равны и показатели средней частоты простудных заболеваний (ОРВИ, грипп и т. д.) за последние 2 года: в первой группе 2,7 заболевания в год, во второй – 2,27, в третьей – 2,74. Частота простудных заболеваний на первом году жизни не зависела от количества детей в семье, на втором–третьем годах этот показатель возрастал с увеличением числа детей, не достигая критического уровня, определенного для часто болеющих детей (9). Дети в возрасте 3–10 лет из второй и третьей групп попадают в эту категорию, но частота простудных заболеваний у детей из таких семей снижается в возрасте 11–18 лет.

Следует отметить увеличение процента случаев пищевой аллергии с увеличением числа детей в семье (Диаграмма 6).

При исследовании охваченности прививками выяснено, что большинство детей получило прививки, но наблюдались случаи отказа от прививок в 3-й группе (20% от общего числа детей не привиты).

При обработке данных применения витаминов отмечено, что большинство детей не принимает регулярно витаминов в осеннее-зимне-весенний период. Имеются единичные случаи их применения по назначению врача. Также не отмечено регулярного применения препаратов йода у большинства семей. Данные по этим показателям представлены в табл. 5.

Таблица 5

Потребления йода и витаминов в каждой группе, %

	1 группа	2 группа	3 группа
Витамины	50	31	43
Препараты йода	25	31	0

При обследовании на каждого ребенка составлялся план, в котором указывалось необходимое количество консультаций специалистов и лабораторно-инструментальных исследований. При обработке данных обследования эти показатели также были разделены по трем группам (табл. 6).

Таблица 6

План обследования детей по группам

	1 группа	2 группа	3 группа
Консультации специалистов	4,6	4,15	4,3
Исследования	2,5	2	2,33

По итогам обследования каждому родителю ребенка было выдано заключение, в котором указывались диагнозы, результаты обследования и необходимые рекомендации. В Диаграмме 7 представлено среднее количество диагнозов по трем группам. Следует отметить, что большинство семей из 3-й группы, в связи с трудностью частого приезда в КДЦ, прекращали обследование до его завершения, что повлияло на количество диагнозов.

Таким образом, среднее количество заболеваний составило около четырех у одного ребенка.

В результате обследования в соответствии с «Методикой комплексной оценки состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах», разработанной под руководством С.М. Громбаха и Г.Н. Сердюковской в 1982 г. (10), для каждого ребенка была определена группа здоровья. Конечные результаты систематизированы нами по порядковому номеру рождения и приве-

Таблица 7

Результаты обследования детей (по порядковому номеру рождения)

	1 группа здоровья	2 группа здоровья	3 группа здоровья	4 группа здоровья
1-е дети	1	5	6	1
2-е дети		12		
3-е дети		12	1	
4-е дети	2	6	1	
5-е дети	1	5		
6-е дети	2	3		
7-е дети		2		

дены в табл. 7. Общая статистика групп здоровья представлена в Диаграмме 8, на которой видно, что дети со второй группой здоровья составляют большинство.

На основании анализа полученных в результате обследования данных мы пришли к выводу, что большая часть детей нуждается в дальнейшем обследовании и лечении (Диаграмма 9).

В социально-педагогической части исследования содержались вопросы о доходе на одного члена семьи и части дохода, потребляемого на питание. Сводные данные по ответам на эти вопросы представлены в Диаграмме 10. Выявлено, что в семьях 2-й и 3-й групп на питание тратится 70% и 63% соответственно.

Включение в анкету вопроса «Что у Вас вызывает озабоченность в состоянии ребенка (здоровье, характер, поведение...)?» позволило обобщить ответы и наглядно представить результаты в виде диаграмм (Диаграмма 11).

Полученные в ходе исследования данные позволяют сделать вывод о том, что высокие показатели здоровья имеют лишь 10% среди принявших участие в обследовании детей. Таким образом, состояние здоровья может быть охарактеризовано как неудовлетворительное. Причиной формирования такой картины могли стать различные факторы социально-бытового характера. При их анализе мы выяснили, что православный уклад жизни – долгие церковные службы и посты – не оказывает существенного влияния на здоровье. Полученные нами медицинские показатели не хуже и даже несколько лучше данных популяционных исследований здоровья всего, в том числе и нерелигиозного, детского населения мегаполиса (11).

Исключен и родительский фактор, заключающийся в недостатке заботы родителей о детях и проявляющийся, например, в асоциальных семьях. Напротив, по результатам проведенных нами в рамках данного исследования изучения стилей

воспитания, в православной многодетной семье преобладает стиль воспитания «доминирующая гиперпротекция», согласно которому родители стремятся быть в курсе всех аспектов жизни детей (12). Это полностью коррелирует с традициями православного воспитания, ставящего попечение о ребенке во главу угла (13). В то же время нельзя отрицать, что имеет место недостаточное осознание родителями важности своевременного обследования и профилактических мер, предупреждающих развитие заболеваний (отсутствие сезонного приема витаминно-минеральных препаратов, санации очагов инфекции и т. д.). Следовательно, просветительскую работу среди родителей можно считать одним из путей повышения уровня здоровья детей.

Главными причинами полученных медицинских показателей мы считаем финансовые ограничения многодетных семей и их существование в условиях мегаполиса. Несмотря на очевидную экономическую помощь многодетным семьям со стороны государства, «учащиеся частных (в том числе и конфессиональных) школ и государственных образовательных учреждений находятся в совершенно разных условиях с точки зрения их государственного обеспечения. Если для последних выделяются средства из бюджета, то первые оказываются вне пределов заботы государства, так, как если бы они не являлись его гражданами, что, несомненно, не может считаться справедливым» (14). «Традиционная гимназия» отнесена к негосударственным образовательным учреждениям. Поэтому, принимая решение зачислить в нее ребенка, родители тем самым налагают на себя определенные финансовые ограничения, что не может способствовать наилучшему обеспечению здоровья в условиях платной медицины.

Другой важной особенностью существования многодетной семьи в мегаполисе является недостаток времени для проведения регулярных медицинских обследований в диагностических центрах в условиях необходимости преодоления больших расстояний. Необходима грамотная помощь, прежде всего, со стороны участкового врача и специалистов детской поликлиники, образовательного учреждения. Учитывая религиозный образ жизни семей, требуется более осознанный, грамотный подход к диете детей на период постов с учетом здоровья ребенка и образовательных нагрузок.

Одним из путей выхода из данной ситуации мы считаем совершенствование правовой базы для взаимовыгодного сотрудничества организаций, представляющих интересы многодетных семей, и медицинских учреждений (подобно подготовленному нами договору между «Традиционной гимназией» и КДЦ ГУ НЦЗД РАМН).

Только получив постоянную возможность обращения к медицинской научно-исследовательской базе, члены многодетных семей смогут осуществлять полноценный контроль за состоянием своего здоровья и улучшать его. При данном подходе медицинские показатели многодетных семей способны значительно превысить аналогичные данные по малодетным семьям. Это повысит социальный престиж института многодетной семьи, что видится нам особенно актуальным в свете проводимой в настоящее время государственной политике в области демографии. В долгосрочной перспективе это может стать одним из наиболее важных факторов выхода России из демографического кризиса.

Список литературы

1. *Коротяев А.В., Халтурина Д.А.* Российский демографический крест в сравнительном аспекте // *Общественные науки и современность*, № 3, 2006. С. 105–118.
2. *Тишук У.А.* Современное состояние и прогнозные оценки медико-демографических процессов в Российской Федерации. // *Материалы 2-й Всероссийской конференции «Семья, дети, демографическая ситуация в России»*. Сборник докладов. М.: Национальная Корпорация Экономического Развития, 17–18 мая 2007. С. 254.
3. *Синельников А.Б.* Связь между рождаемостью и смертностью в прошлом и настоящем // *Вопросы воспроизводства и занятости населения*. М.: Институт социологических исследований АН СССР, 1984.
4. *Антонов А.И., Медков В.М.* Социология семьи. М.: Изд-во МГУ, Изд-во Международного университета бизнеса и управления («Братья Карич»), 1996.
5. Доклад Госкомстата России «Об итогах Всероссийской переписи 2002 года» на заседании Правительства Российской Федерации 12. 02. 2004 г.
6. *Лахова Е.Ф.* «Укрепление семьи – основа демографического развития России». // *Материалы 2-й Всероссийской конференции «Семья, дети, демографическая ситуация в России»*. Сборник докладов. М.: Национальная Корпорация Экономического Развития, 17–18 мая 2007.
7. *Ачильдиева Е.Ф.* Многодетная семья в современном обществе: условия жизни, общественное мнение, меры социальной политики // *Жизнедеятельность семьи: тенденции и проблемы* / отв. ред. А.И. Антонов. М.: Наука, 1990. С. 66–77.
8. *Багдасарян В.Э.* «Русский демографический крест» через призму факторного анализа. // «Власть», №9, 2006.
9. *Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А., Огнева М.Л.* Часто болеющие дети. Нижний Новгород: НГМА, 2003. С. 180.
10. *Громбах С.М.* Социально-гигиенический аспект оценки состояния здоровья детей и подростков // *Вестник АМН СССР*, 1984, №4. С. 75.
11. *Царегородцев А.Д., Кобринский Б.А., Шаранова О.В.* Всероссийская диспансеризация: основные тенденции в состоянии здоровья детей. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, №1, 2004. С. 56–61.
12. *Дмитриенко Л.И., Бондарь В.И.* Здоровье детей в православных многодетных семьях, проживающих в мегаполисе. // *Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Пятые Дамьяновские чтения»*. Курск, 2008. С. 196–201.
13. *Пестов Н.Е.* Православное воспитание детей. СПб.: Сатисъ, 1999.
14. *Патриарх Алексий II.* Служение делу христианского просвещения. XVI Международные Рождественские образовательные чтения. М., 2008. С. 11.



ПРОБЛЕМЫ НЕРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА И ЕГО ПЕРВЫЙ ВЫХОД В МИР

Н.Ф. ЖАРКОВ,
врач высшей
категории, член
правления СПБ
Общества
православных врачей
во имя
святителя Луки
(Войно-Ясенецкого)



Мы живем в «перевернутом» мире: куда-то спешим, упрощаем свою речь, заменяем отношения между близкими звонком по мобильнику...

Когда у, казалось бы, любящих друг друга супругов рождается нездоровое дитя, мы начинаем винить что угодно – жилищные условия, плохую экологию, стрессы, наследственность, родовую травму – но только не самих себя. Беда наших детей в том, что рождаются они от родителей, зачастую никем не наученных, более того, нередко уже развращенных и даже не подозревающих о горьких последствиях своего бездумного образа жизни.

Сегодня продолжается кризис духовно-нравственных отношений, кризис самого понятия семьи, как союза любящих супругов, освященного на небесах. Этот кризис усугубляется экономическим кризисом, сопровождающимся спадом производства, сокращением числа рабочих мест; и, кажется, нет уже ни времени, ни условий для создания полноценной семьи, венцом которой должно являться рождение желанного ребенка.

Если на Западе духовный кризис обусловлен отходом от христианского мировоззрения и всеобщим распространением потребительской психологии, то у нас причины кризиса кроются в другом. Они обусловлены пусть цивилизованным, но все-таки агрессивным психологическим давлением со стороны Запада и ослаблением связи сегодняшней социальной жизни с исконными православными традициями. А эти причины, в свою очередь, напрямую зависят от забвения нашей национальной культуры и нравственности.

Русская семья всегда была большой, в ней вместе жили представители разных поколений, которые совместно вели хозяйство, собирались за общим столом, вместе отмечали праздники. Старшие дети помогали по хозяйству, нянчили младших.

В Российской империи вплоть до революции семейные узы защищались государством и Церковью, поддерживались и укреплялись нацио-

нальными традициями. Число разводов составляло всего 0,4% от количества заключенных браков.

Сегодня разводом заканчивается каждый второй брак. О допустимости супружеских измен сегодня говорят почти 50% опрошенных. Еще больше людей готовы закрывать глаза на бытовое пьянство, которое, несомненно, ухудшает моральный климат в семье и отрицательно влияет как на течение беременности, так и на здоровье будущего ребенка.

А между тем вопрос о семье и браке выходит далеко за пределы моральных дискуссий. В прошедшем году численность трудоспособного населения в России сократилась на 300 тыс. человек. А в предстоящее десятилетие, согласно недавно опубликованному докладу Института экономики переходного периода, потеря может достичь 1 млн человек в год. По мнению авторов доклада, «при такой динамике удвоение ВВП, на которое рассчитывают правительство и президент, невыполнимо».

Чтобы компенсировать последствия кризиса семьи и рождаемости, Россия должна будет впустить 20–25 млн мигрантов. А это значит, что каждый 6–7-й житель страны будет приезжим и чаще всего нерусским. Переселяться будут люди с другой верой и культурой, с другими нравственными устоями и обычаями. И они будут верны своим традициям, и начнут перестраивать наш жизненный уклад согласно своим привычкам и законам.

В такой ситуации очень важно сохранить свое национальное самосознание, свою Веру, следовать в создании семьи, рождении и воспитании детей своим исконным традициям, чтобы не превратиться в людей «без роду, без племени», не стать «Иванами, не помнящими родства»...

Внимательно посмотрев на жизнь древних христиан с их высоким представлением о супружестве, можно отметить, что они не одобряли те браки, которые допускали язычники в Римской империи: например, брак между близкими родственниками и отношения конкубината – сожительства мужчины со свободной, незамужней женщиной (подобно распространенным ныне совместным проживаниям супругов без штампа в паспортах).

Брачная жизнь христиан, по учению Церкви, должна соответствовать христианским нравственным правилам: вступать в брак следует не по страсти, а с мыслью о Боге, о Его нравственном законе и во славу Его.

Декрет об отделении Церкви от государства, изданный в 1918 году, лишил церковный брак юридической силы, оставив верующим право принимать церковное благословение на брак после его регистрации в органах загса. Церковь высказала свою позицию:

«Супружеский союз мужа и жены, освященный и украшенный в Таинстве брака благодатною силою, должен быть у всех православных христиан-супругов нерушимым. Супруги, приемля с покорностью воле Божией свой жребий жизни, должны до конца дней совместно нести и радости, и тяготы супружества, стремясь осуществить слова Спасителя и Господа: «Еже Бог сочета, человек да не разлучает» (Мтф. 19, 6)» (из определения Священного Собора Православной Российской Церкви от 7 (20) апреля 1918 г.).

Однако, в последующие годы настал пик разводов и повторных браков, незаконных сожительства; началась так называемая «сексуальная революция».

Сейчас пренатальная смертность, т. е. летальность с 28-й недели беременности по 7-й день жизни равна 18 случаям на 1000 в Санкт-Петербурге, в то время как в Швеции она составляет 6,5 на 1000, а в Японии – 5,5 на 1000 родов.

70% инвалидов детства (это около 400 тысяч человек) стали ими вследствие родовой травмы.

Именно поэтому важно вовремя совершить крещение такого ребенка, дабы он не умер некрещённым. Отмечено, что даже при наличии очень тяжёлого состояния младенца при рождении, именно после немедленного крещения в первые сутки и даже первые часы после родов наступает несомненное улучшение благополучия ребёнка.

Примером этого служит житие святого праведного Иоанна Кронштадтского: «Мальчик родился очень слабым, надежды, что он выживет, почти не было, и в ту же ночь был вызван священник для крещения... И младенец – ожил».

Иногда невозможно вызвать священника в родильный дом срочно, да и у большинства наших современников вряд ли возникнет такая мысль – скорее будут требовать оказания экстренной медицинской помощи.

Обсуждению этого вопроса было в свое время посвящено одно из заседаний Общества православных врачей Санкт-Петербурга во имя святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

На Православной Руси существовала раньше общепринятая практика заботы о слаборожденном, и она называлась «крещение ради страха смертного».

Право совершать таинство Крещения принадлежит, несомненно, приходскому священнику. Однако опасен больной ребенок может быть крещен при отсутствии священника диаконом, псаломщиком и даже мирянином.

Совершенная супружеская пара породит и совершенного ребенка, но если между родителями существует непобежденный разлад, то и ребенок будет порождением этого не уничтоженного противоречия и даже продолжит его. А отсюда – нелады с поведением, низкая успеваемость в шко-

ле, неважное физическое развитие, высокая восприимчивость к различным болезням и прочее...

Через таинство Брака даруется благодать и на воспитание детей, которой христианские супруги лишь содействуют, как сказано у апостола Павла: «Не я, впрочем, а благодать Божия, которая со мною»» (1 Кор. 15, 10).

Нравственное благосостояние общества и государства всецело зависит от нравственного состояния семьи; за разрушением семьи неизбежно наступает разрушение общества и государства.

Семья, по русским народным представлениям, – опора нравственности, оплот ее. Применительно к семейному человеку понятие греха как бы усиливалось, ибо грешник в этом случае отягощал своим худым поступком совесть и других членов семьи.

Согласно евангельским заветам, муж и жена – одно целое, однако ни мужчина, ни тем более женщина не должны иметь в Браке друг над другом абсолютной власти. Насилие над волей другого, даже во имя любви, убивает саму любовь. Большинство несчастных браков происходит именно оттого, что каждая сторона считает себя собственником другого.

Величайшая мудрость христианского Брака – дать полную свободу тому, кого любишь, ибо земной наш Брак – подобие брака небесного – между Христом и Церковью. Но, в тоже время, нельзя насильно удержать детей от зла, заставить их быть такими, как этого хотят отец и мать. Ведь младенец воспринял от Бога главное – единственную и неповторимую личность со своим собственным путем в жизни. Потому для воспитания детей самое важное, чтобы они видели пример своих родителей, живущих истинной духовной жизнью и любящих друг друга.

На Руси рождение ребенка не было событием из ряда вон выходящим. Кормили детишек грудью долго, иногда до 2-х лет. Нынче забывается этот важный этап в воспитании младенца – кормление грудью. Забота о сохранении фигуры заставляет мать отказываться от грудного вскармливания. Облегчению перехода на искусственное вскармливание способствует наличие в продаже множества заменителей грудного молока. А между тем стоит ли говорить, насколько важно грудничку именно грудное молоко для правильной деятельности желудочно-кишечного тракта, формирования иммунитета, прибавления массы тела на первом году жизни.

При нарушении естественных процессов пищеварения у младенца развивается дисбактериоз. В тяжелых случаях – синдром мальабсорбции.

Одним из самых главных моментов в лечении дисбактериоза, помимо специфического лечения, является именно грудное вскармливание. Любопытнее, ребенок нуждается в материнском молоке на протяжении всего первого года жизни. Грудное молоко обеспечивает оптимальные условия для рос-



та здоровой микрофлоры и предотвращает развитие аллергических реакций.

Молодая семья должна осознать вред и отказаться от возможных вредных привычек.

Курение – страсть, которая приносит неоспоримый вред, как плоду, так и младенцу. Последнее десятилетие практически во всех странах мира имеет место выраженный рост числа курящих женщин.

Оказывается, производители сигарет долгое время тщательно анализировали состояние общества с целью привлечь к курению женщин. Для этого экспертами табачных корпораций проводились попытки изготовить сигареты с различными вкусами – шоколада, бренди, мёда, корицы, однако они так и не поступили в производство.

Зато другие разработки завершились созданием тонких сигарет, так называемых «легких», призванных создать иллюзию полной безвредности и ориентированных именно на потенциальных потребителей-женщин. Результат этих работ, как говорится, налицо: неожиданно для здоровой части населения открыто стали курить женщины, девушки и даже девочки подросткового возраста. Кроме того, стало известно о попытках создания табака с добавлением веществ, притупляющих аппетит, чтобы изготовить «сигареты для похудения». В итоге: ещё одна группа потенциальных потребителей – женщин, недовольных своим весом – под угрозой «порабощения» бесом табакокурения.

Для оценки влияния курения матерей на плод пользуются термином «фетальный табачный синдром». Неблагоприятное действие курения на плод проявляется следующими рисками:

- самопроизвольные выкидыши;
- преждевременные роды;
- увеличение перинатальной смертности;
- рост частоты недоношенности и недостаточность массы тела при рождении;
- нарушения в кормлении новорожденных;
- снижение адаптационных возможностей и развитие заболеваний новорожденных;
- увеличение числа врожденных дефектов развития;
- ухудшение физического и психического развития ребенка;
- а также угроза синдрома внезапной детской смерти (у новорожденного).

Доказано, что вдыхание табачного дыма независимо от содержания никотина в сигаретах приводит к выраженной гипоксии плода. И, как следствие, – отмечается высокая мертворождаемость в семьях, где курят и мать, и отец.

По данным ВОЗ, вредное воздействие курения матерей во время беременности сказывается на детях в течение первых 6 лет жизни. У детей курящих родителей, по сравнению с детьми из семей, в которых не курили, выявлены отклонения в развитии способности читать, социальной приспособляемости.

Кроме того, у этих детей было отмечено отставание в росте от их сверстников в контрольной группе.

По мнению некоторых авторов, курение во время беременности является важной причиной появления гиперкинетического синдрома.

Существует строгая зависимость между курением сигарет матерями и тяжелыми врожденными аномалиями. У курящих женщин чаще рождаются дети с пороками сердца и дефектами развития носоглотки, паховой грыжей, косоглазием.

У курящих беременных могут развиваться следующие заболевания:

- спонтанный аборт;
- предлежание плаценты;
- преждевременное излитие околоплодных вод;
- преждевременная отслойка плаценты;
- внутриутробная задержка развития (ВУЗР).

Курение может стать причиной бесплодия у женщин.

В 1980-е годы в мире возникла новая исследовательская специальность – «токсикология развития», которая констатировала широкий спектр вредных последствий, включающих не только врожденные дефекты, но также нейроповеденческие и другие функциональные отклонения.

Например, британские ученые советуют беременным не пользоваться духами и парфюмированной косметикой, особенно в период 8–12 недель. Как показали исследования, в них содержатся химические вещества, которые в будущем могут нарушить репродуктивные функции мальчиков вплоть до бесплодия.

Существует множество веществ, влияющих на фертильность (способность к зачатию) или на плодовитость. Употребление некоторых психоактивных веществ может снижать способность женщины к зачатию. Так, хроническое потребление марихуаны полностью блокирует овуляцию.

Есть данные, что регулярное употребление кофе в количестве 1–2 чашек в день может снижать способность женщины к зачатию и увеличивать время до возникновения беременности.

Прием кокаина снижает вероятность наступления беременности из-за изменения функции маточных труб.

При потреблении героина беременность часто может быть обнаружена уже в поздней стадии. Это связано с тем, что менструации становятся нерегулярными, а иногда и вовсе отсутствуют.

При приёме анаболических стероидов возможны изменения вторичных половых признаков, нерегулярность менструального цикла, а также уменьшение размеров матки и грудных желез.

Мать, которая во время беременности употребляет наркотики, создает угрозу для собственной жизни и жизни своего ребенка. Наиболее серьезными последствиями приема матерью наркотиков для ребенка могут быть:

- ВИЧ-инфекция;
- недоношенность;
- низкая масса тела при рождении;
- синдром внезапной детской смерти;
- микроцефалия;
- врожденные дефекты;
- задержка роста;
- плохое развитие двигательных навыков;
- поведенческие и неврологические проблемы.

Многие вещества, которыми порой злоупотребляют будущие мамы, приводят к синдрому отмены у младенца.

У детей, которые внутриутробно подвергались воздействию опиатов, отмечаются проблемы внимания и обучения.

Мало того, в литературе высказывается мнение о том, что внутриутробное воздействие того или иного наркотика может вызывать последующее обращение к сходным веществам у детей в подростковом возрасте.

Если мать курила во время беременности более 10 сигарет в день, то риск злоупотребления наркотиками для ее дочери возрастал в 5 раз, а риск проблемного поведения для сына возрастал в 4 раза. Курение матери во время беременности также предрасполагает детей к раннему началу курения. Влияние этого фактора оказалось даже больше, чем последующая жизнь ребенка в доме, где курят родители (один или оба).

Стоит наконец-таки попытаться сломать существующий в обществе стереотип представления о пиве, как о «безвредном» слабоалкогольном напитке, якобы хорошо утоляющем жажду и полезном для всех. Однако пиво, даже так называемое «безалкогольное», содержит алкоголь, и этот алкоголь будет попадать в грудное молоко кормящей матери. Исследования выявили, что дети высасывают меньше молока, если в нем присутствует алкоголь. Если кормящая мать употребляет алкоголь в любом виде, то у ребенка нарушается ритм сна и бодрствования, замедляется развитие нервной системы, а в итоге лактация совсем прекращается.

Сколько времени должно пройти с момента отказа от вредных привычек до зачатия ребенка?

Это вопрос скорее академический, нежели практический, поскольку никто не может заранее сказать, когда начнется беременность. В целом, если мужчина и женщина собираются стать родителями, то им следует заняться улучшением своего здоровья и изменением образа жизни хотя бы с того момента (если не раньше), когда такое решение принято.

И изменения эти должны касаться не только курения и других наркотиков, но и привычек в питании, устранения химических и физических вредностей на работе и в быту, бесконтрольного приема медикаментов.

Работа мобильного телефона может оказывать неблагоприятное воздействие на беременную и на

плод. Но сегодняшняя жизнь почти невозможна без «мобильника», поэтому при пользовании им следует выполнять некоторые несложные рекомендации.

- Не носите включенный сотовый телефон в кармане или на груди. Держите его в сумочке или в кармашках из специальной ткани, предотвращающей воздействие излучения (в продаже появилась одежда с такими кармашками).
- Постарайтесь свести к минимуму разговоры по мобильнику. Помните, что уровень излучения наиболее высок в момент дозвона и поиска сети. Старайтесь в этот момент держать телефон подальше от себя. Не пользуйтесь телефоном там, где плохая связь.
- Пользуйтесь устройством «hands-free».
- Не оставляйте на ночь включенный телефон около себя (под подушкой, на прикроватном столике), не используйте его в качестве будильника.
- Аппарат, которым вы пользуетесь, должен быть сертифицирован и соответствовать принятым стандартам.

Вредно для беременной «сидение» у домашних компьютеров. Но если все-таки беременной женщине никак не обойтись без работы на компьютере, ей особенно важно строго выполнять необходимые профилактические меры.

- Необходимо ограничить до минимума время пребывания у компьютера.
- Каждый час следует делать 15-минутные перерывы в работе, во время которых надо встать, потянуться, походить, наклонять и поворачивать голову, потянуться и потрясти кистями рук.
- Очень полезно во время перерыва выйти из помещения, подышать свежим воздухом.

Влияние музыки на человека замечено давно. При слушании музыки может изменяться кровяное давление, частота сердечных сокращений, ритм и глубина дыхания, вплоть до полной его остановки. В Японии провели эксперимент со 120 матерями, кормящими ребенка грудью. Одни слушали классику, другие – джаз и поп-музыку. В первой группе количество молока у мам увеличилось на 20 процентов, а у любительниц современной музыки уменьшилось наполовину.

Определенная музыка может вызвать возбуждение, тошноту, изменение остроты зрения, вкусовых ощущений и даже способствовать возникновению судорог. Звуковые волны, распространяемые от ударных инструментов, ритмов бас-гитары повышают выработку эндорфинов в мозгу человека. И тот в буквальном смысле слова пьянеет от музыки, становясь невменяемым. Монотонный ритм ударных инструментов может вызвать у человека изменение психического состояния вплоть до обморока. По мнению психолога Дмитрия Азарова, рок-музыка может довести до самоубийства. Психологи рекомендуют беременным прослушивать спокойную мелодичную музыку легкого и



классического жанров. Исследованиями доказано, что младенец чутко реагирует на музыку и пение уже в утробе матери. Колыбельные, напеваемые матерью, вызывают релаксирующее действие и действуют на плод и младенца любого возраста умиротворяюще.

Чувства и эмоции матери передаются плоду, оказывая либо положительное, либо отрицательное влияние на формирование его психики и характера. Неправильное поведение матери, ее чрезмерные эмоциональные реакции на стрессовые факторы служат причиной таких послеродовых заболеваний, как неврозы, тревожные состояния, аллергические заболевания, послеродовые психозы.

Мать и ребенок в идеале – это единое сознание, единая плоть, которая формируется во время беременности, а роды – это завершение процесса взаимного развития матери и ребенка. Если эта система сформировалась неправильно, то между матерью и ребенком после родов не будет согласия и взаимопонимания.

Немаловажная роль принадлежит и отцу. Несмотря на занятость, супруги должны найти время для разговора со своим будущим ребенком. Если беременная вместе с мужем регулярно приходит в храм на богослужения и для принятия Святых Таинств, то родившийся младенец будет спокойно воспринимать Святые дары на причастии.

Вынашивание нежеланной беременности всегда сопровождается сильными негативными эмоциональными переживаниями. В результате – патологическое течение беременности, направленное на ее прерывание. Отсюда – угроза выкидыша, преждевременные роды, рождение ослабленного ребеночка.

Напоследок хочется коснуться одной проблемы, которая пока еще не настолько актуальна для нашей страны. Эта проблема называется «кесарево сечение». Отношение многих акушеров к кесаревому сечению как к «безопасному» методу родоразрешения привело к тому, что сегодня эта операция производится не только по медицинским показаниям, но и «по требованию женщины». Нынешние молодые женщины смотрят на кесарево сечение «по-современному». Для большинства из

них это просто один из двух возможных путей, которым ребенок может появиться на свет.

Растущее число кесаревых сечений у первородящих женщин создает серьезную проблему ведения беременности и родов у повторнородящих.

Исследования показали, что, рожая, организм женщины выделяет в кровь огромное количество гормонов. Эти гормоны, выделяемые также и плодом во время схваток и собственно родов, не исчезают из организма сразу же – каждый из них продолжает играть свою особую роль во взаимоотношениях матери и ребенка в течение первого часа после родов. Установлено, что даже короткий период между рождением ребенка и отделением плаценты играет первостепенную, решающую роль в развитии способности любить. Механическое вынимание ребенка через разрез в матке разрушает эту способность.

Оберегать эмоциональное состояние беременной – вот что в идеале должно стать главной заботой близких, врачей и всех специалистов, оказывающих помощь женщинам до родов. Я считаю, что следует избегать частых визитов к разным специалистам, повторных УЗИ, которые в конечном итоге не влияют на исход беременности и не уменьшают заболеваемости в перинатальном периоде.

Важнее сосредоточиться на том, что можно исправить еще до зачатия: это забота о собственном здоровье, избавление от вредных привычек, регулярные занятия плаванием, прогулки на свежем воздухе, улучшение своего эмоционального фона.

Да, спасение России в наших детях. Но наши дети – суть продолжение нас самих. Не может быть хорошего плода от плохого дерева. Значит, спасение России и в семье. Но если мы сами, – родители, педагоги, врачи – не изменимся и не будем примером для подрастающего поколения, то нет смысла в нашем сегодняшнем существовании, которое тщетно без Православия, ибо, как говорит Господь наш Иисус Христос словами Апостола и Евангелиста Иоанна: «Истинно говорю вам: слушающий слово Мое и верящий в Пославшего Меня имеет жизнь вечную и на суд не приходит, но перешел от смерти в жизнь» (Иоанн. 5, 24).

1. www.9months.ru/

2. www.narcom.ru/publ/info/217

3. www.budumamoi.ru/sueveriya.html

4. medinfo.ru/05/disbakterioz

5. www.narkotiki.ru

6. www.infospid.ru/

7. «Российская экономика в 2008 г. Тенденции и перспективы» (дата публикации 02.04.2009) – Материалы института экономики переходного периода.

8. Ю. М. Гончаров. Городская семья второй половины XIX–начала XX в.. 2002 г.

9. Михаил Бабкин Российское духовенство и свержение монархии в 1917 г.

10. Г. Дик-Рид. Роды без страха. 1995 г.

11. Психологические особенности протекания беременности – Тульский государственный педагогический университет им. Льва Толстого. 2003

12. Л. Б. Шнейдер Психология семейных отношений. М., 2008 г.

13. Алисон Хантер, Шерли Уорд Пренатальная терапия

14. Домострой. – Л., 1992.

15. Беременность и курение – 05. 09. 2007 <http://ne-kurim.ru/>

16. Мишель Оден. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? М.: Международная школа традиционного акушерства. 2006.



*В.И. ШИРОКОВА,
Директор Департамента развития медицинской
помощи детям и службы родовспоможения
Минздравсоцразвития России*



ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ – ВАЖНЕЙШАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОБЛЕМА РОССИИ

ФОТОДОКЛАД

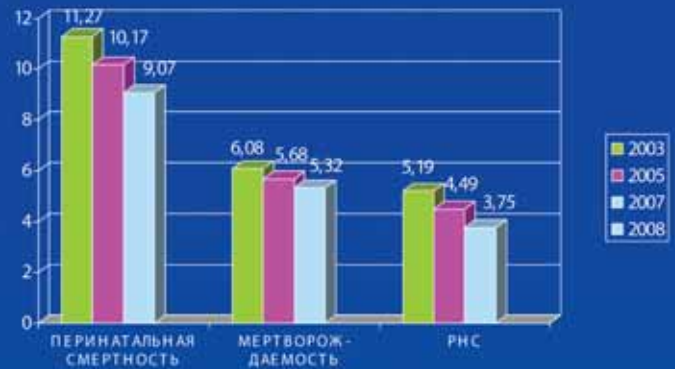


Демографические проблемы современной России

Динамика основных медико-демографических показателей в Российской Федерации за 2003 – 2008 гг. (на 1000 населения)

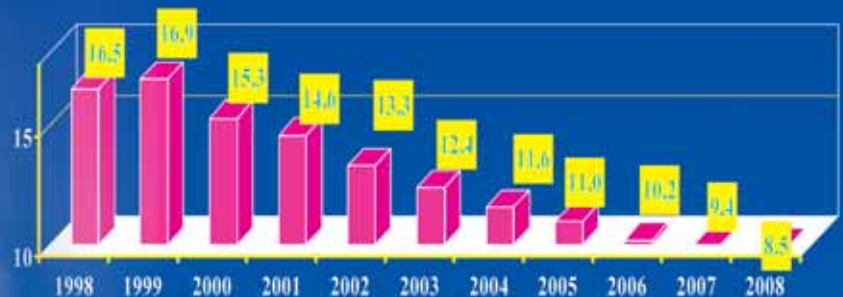
Показатели	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.
рождаемость	10,2	10,4	10,2	10,4	11,3	12,1*
младенческая смертность	12,5	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5*

Динамика перинатальной смертности в Российской Федерации



В 2008г. 1 717 481 родившихся детей, что на 107 359 больше (6,7%), чем в 2007 г. (1 610 122).

Динамика младенческой смертности в Российской Федерации на 1000 родившихся живыми (Росстат)



Материнская смертность в Российской Федерации

Низкие показатели
Белгородская обл. – 6,4
Самарская обл. – 2,9
Ростовская обл. – 2,3

Высокие показатели
Амурская область – 82,1 (9 сл.)
Республика Алтай – 73,8 (3 сл.)
Сахалинская область – 65,3 (4 сл.)



По данным Росстата

Государственные программы по родовспоможению

Развитие сети перинатальных центров

Ведется строительство и оснащение:

2 федеральных перинатальных центра – г.Подольск,
г.Санкт-Петербург

22 субъектов перинатальных центров – г.Саранск,
г. Краснодар, г.Красноярск, г.Пермь, г.Екатеринбург,
г.Благовещенск, г.Волгоград, г.Воронеж, г.Кемерово,
г.Киров, г.Курган, г.Курск, г.Ростов-на-Дону, г.Рязань,
г.Саратов, г.Тверь, г.Томск, г.Чита, г.Ярославль
г.Иркутск, г.Калининград, г. Мурманск



Реализация программы «Родовой сертификат»

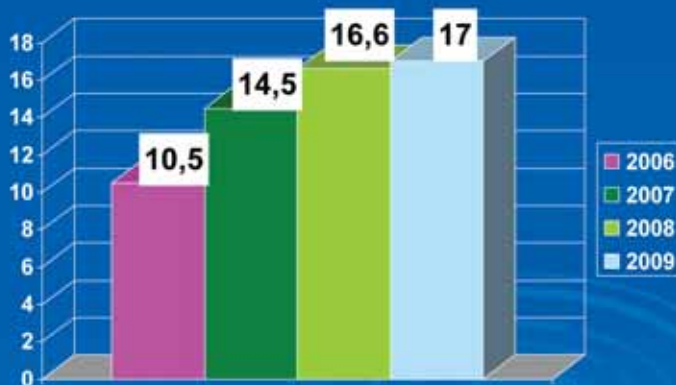
В 2008 году в учреждения здравоохранения
перечислено 16 490, 421 млн.рублей (в 2006 - 9 076,6
млн. руб., в 2007 - 13 539,2 млн.руб).

в том числе:

Для оказания амбулаторно-поликлинической помощи (Талон № 1)	Для оказания медицинской помощи в период родов (Талон № 2)	Для оказания медицинских услуг по диспансерному наблюдению ребенка за первые 6 месяцев жизни (Талон № 3-1)	Для оказания медицинских услуг по диспансерному наблюдению ребенка за вторые 6 месяцев жизни (Талон № 3-2)
4 647 528,0 тыс. руб.	9 464 231,0 тыс. руб.	1 278 191,0 тыс. руб.	1 100 471,0 тыс. руб.

С 1 января 2006 года во всех регионах России в соответствии с национальным проектом «Здоровье» начала действовать программа родовых сертификатов. Эта программа направлена на повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи. Сертификат оплачивается за счет федерального бюджета.

Динамика финансовых расходов на оплату родовых сертификатов (млрд. руб.)



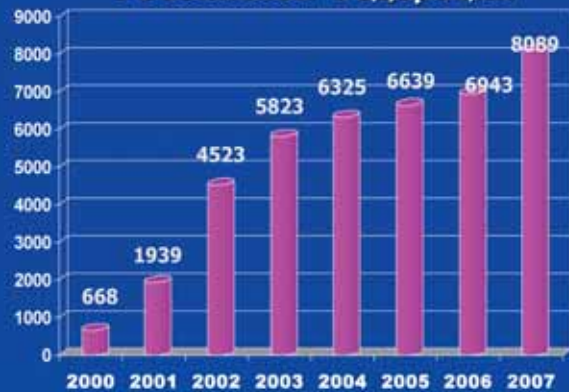


Заболевания и диагностика

В Российской Федерации на 31.12.2008 зарегистрировано 461 754 ВИЧ – инфицированных, из них – 3683 ребенка

По оперативным данным, полный курс химиопрофилактики (во время беременности, родов) прошли 85,3 % от числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин (плановое значение – не менее 85 %), завершивших беременность родами или 7138 пар мать и ребенок.

Количество родов, принятых у ВИЧ-инфицированных в акушерских стационарах Российской Федерации



За последние 8 лет в 12 раз возросло число родов у ВИЧ-инфицированных женщин с 668 в 2000 г. до 8089 в 2007 г.

Обследование новорожденных на галактоземию, адреногенитальный синдром и муковисцидоз

В 2008 году (400 млн. рублей)

68 единиц оборудования, в т. ч. 1 *тандемный масс-спектрометр*
4989 наборов *тест-систем для скрининговых исследований*

Впервые для обеспечения второго этапа неонатального скрининга на муковисцидоз у новорожденных закуплены 49 приборов

Обследование новорожденных на галактоземию, адреногенитальный синдром и муковисцидоз

обследовано выявлено обследовано выявлено

Заболевание	2008 год	2007 год
Адреногенитальный синдром	1 420 000 / 137	1 287 718 / 129
муковисцидоз	1 420 000 / 141	1 301 290 / 129
галактоземия	1 420 000 / 39	1 387 314 / 43

Аудиологический скрининг в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»

➤ Предусмотрены объемы финансирования для закупки и поставки медицинского оборудования в субъекты РФ в 2008-2010 гг. на сумму – 359,1 млн. рублей

➤ В 2008 г. осуществлены поставки 500 комплектов оборудования в 30 субъектов РФ на сумму – 83,7463 млн. рублей:

в акушерские стационары и детские поликлиники – 434 комплекта
в центры реабилитации слуха (кабинеты) – 66 комплектов

Проведено обследование более 240 тысяч новорожденных



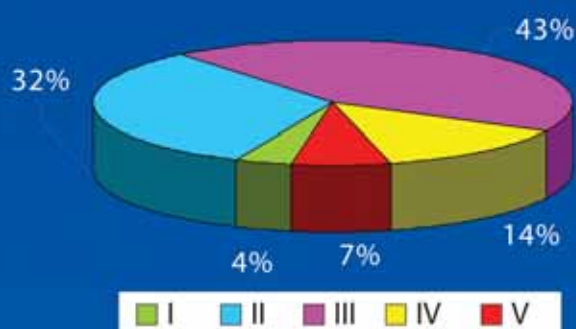
Результаты диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в стационарных учреждениях системы здравоохранения и образования составило :

- подлежащих диспансеризации ребенка - 349 494
- прошедших диспансеризацию детей* (92,7% от планового значения) - 320 859

По оперативным данным 20-30% детей, от числа обследованных нуждались в дополнительном клинико-диагностическом обследовании, в том числе в условиях стационара

Распределение по группам здоровья находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей



Показатели инвалидности детей 0–17 лет в Российской Федерации (на 10 000 детского населения)

годы	показатель
2005	193,4
2006	202,6
2007	193,7

Численность детей инвалидов в РФ.

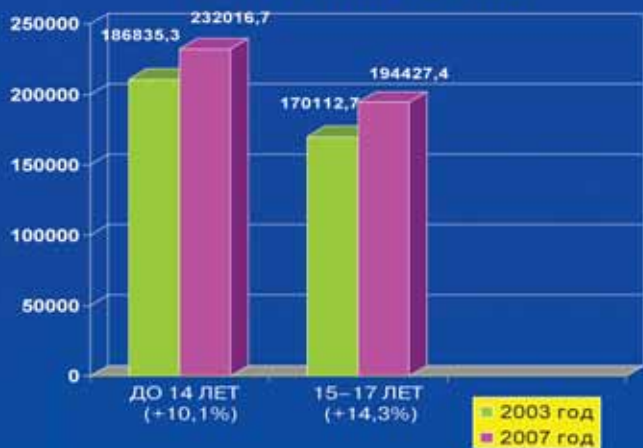
годы	число детей инвалидов 0–17 лет
2006	556 907
2007	523 204



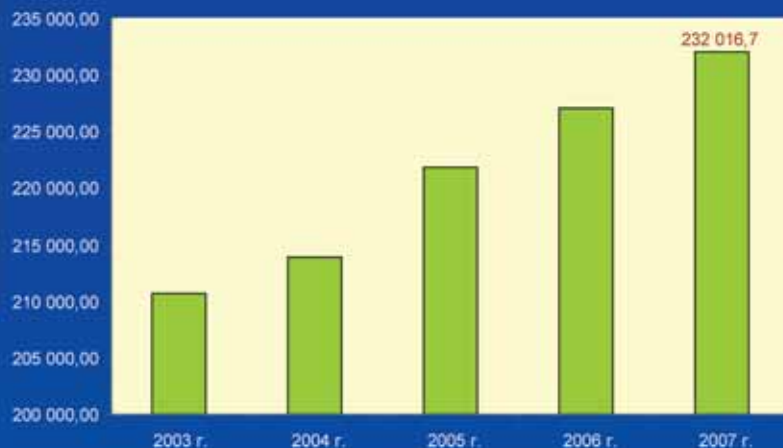


Образовательные учреждения

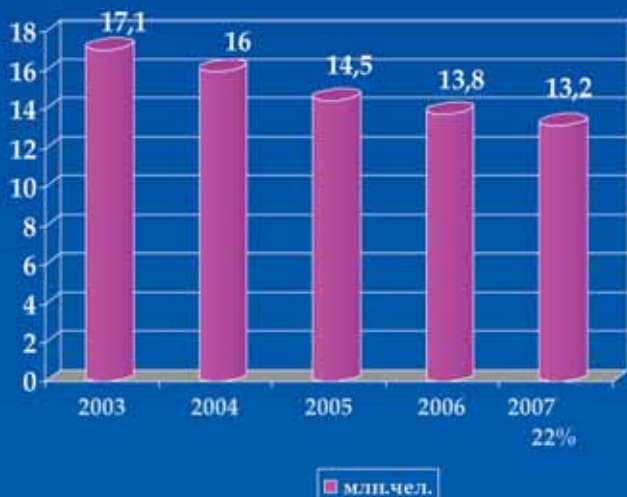
ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ



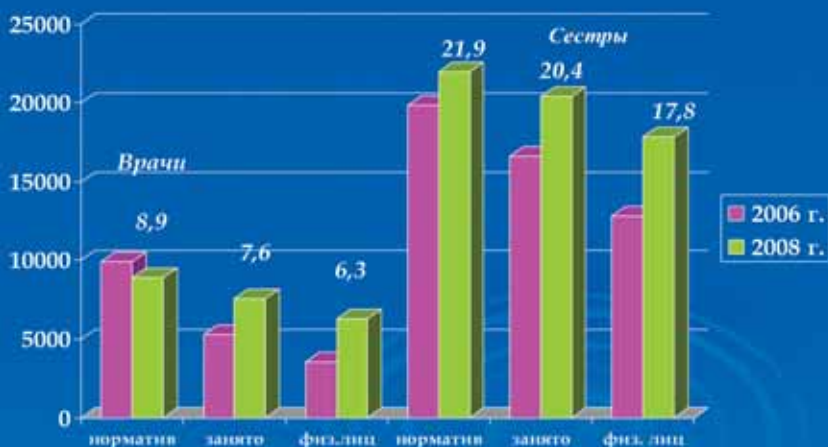
Общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет включительно (на 100 000 детей)



Численность обучающихся в общеобразовательных учреждениях по данным мониторинга в рамках ПНП «Образование»



Штаты мед. персонала в школах (тыс.чел.) (по данным мониторинга в рамках ПНП «Образование»)



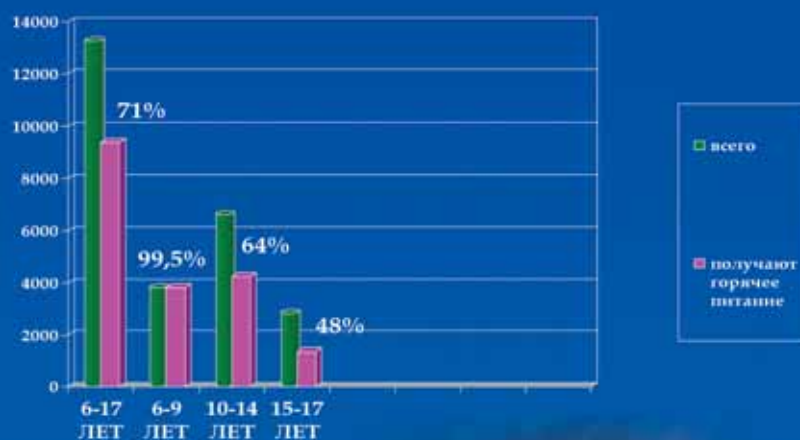
Реализация основных принципов здорового питания ШКОЛЬНИКА:

- Сбалансированность рациона
- Пищевая ценность
- Состав и качество продуктов
- Способ обработки
- Витаминизация
- Сбалансированность по микро- и макроэлементам
- График приема пищи



Охват обучающихся горячим питанием в школах (тыс.чел.)

(по данным мониторинга в рамках ПНП «Образование»)



Высокотехнологичная медицинская помощь детям

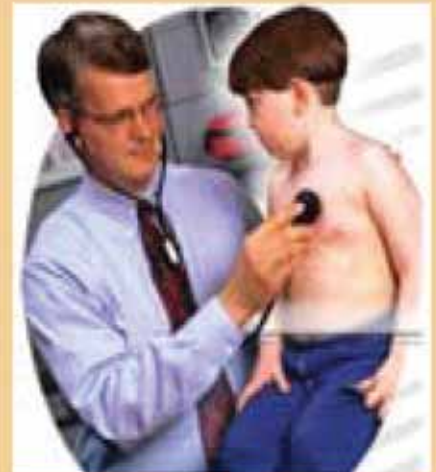
В 2007 году высокотехнологичная медицинская помощь оказана 30 997 детям (17,7% от всех пролеченных больных):

В 2008 году высокотехнологичная медицинская помощь оказана 38 011 детям (17,7% от всех пролеченных больных):



Комплекс мер по совершенствованию оказания медицинской помощи матерям и детям

- Формирование здорового образа жизни.
- Разработка и тиражирование высокоэффективных современных технологий диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии и педиатрии.
- Профилактика инфекционных заболеваний.
- Профилактика неинфекционных заболеваний у детей.
- Укрепление материально-технической базы учреждений родовспоможения и детства.
- Создание сети перинатальных центров для обеспечения выхаживания и реабилитации новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела.
- Развитие неонатальной хирургии.
- Создание системы выездных реанимационных неонатологических бригад.
- Совершенствование прививочного календаря.
- Подготовка и переподготовка кадров с учетом новых технологий в акушерстве и гинекологии, педиатрии: акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, неонатологов, педиатров и др.
- Совершенствование оказания онкологической помощи детям.
- Развитие профилактического направления медицинской помощи в учреждениях всех уровней в части охраны здоровья матери и ребенка, в том числе снижение абортот.
- Совершенствование оказания медицинской помощи детям пострадавшим в ДТП.
- Совершенствование взаимодействия службы охраны здоровья матери и ребенка и службы социальной защиты населения
- Профилактика бесплодия. Ранняя диагностика и лечения патологии репродуктивной сферы у подростков.



НРАВСТВЕННЫЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ

**(на примере подростков,
страдающих бронхиальной астмой)**

ФОТОДОКЛАД

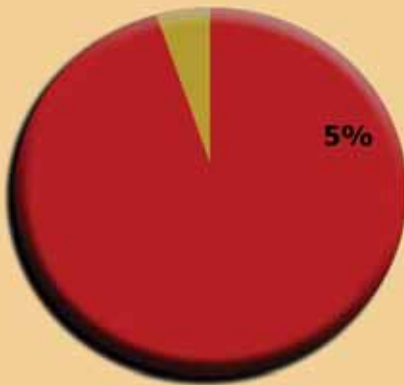


Бронхиальная астма сегодня

“...Правомочно ожидать, что у большинства больных бронхиальной астмой контроль заболевания может и должен достигаться и поддерживаться”



Контроль астмы



Недостаточный контроль
 Хороший контроль

У большинства детей астма не контролируется

28% страдали от ночных проявлений астмы в течение последнего месяца

30% были вынуждены ограничивать физическую активность

61% нуждались в приеме короткодействующих бронхорасширяющих препаратов по требованию в течение последнего месяца

Большинство родителей переоценивало уровень контроля астмы у своих детей

Глобальное исследование эпидемиологии бронхиальной астмы (AIRE - Asthma Insight and Reality)

Rabe et al. Eur Respir J, 2000

Параметры качества жизни детей инвалидов (в баллах)



И.В. Винярская, 2008 г.

Бронхиальная астма у подростков

Основные сведения о российских подростках

- Недостаточное физическое развитие (узкогрудый, низкорослый, с дефицитом веса) – 51%.
- Отставание биологического возраста от паспортного – 39%.
- Действие алкоголя испытали 83% подростков.
- Курение – 68% подростков.
- Действие наркотиков – 48%.
- Имеют желание соответствовать «нормам» группы сверстников – 87%.

Личностные особенности подростков, больных бронхиальной астмой

- Сдерживаемая неадекватная агрессия
- Инфантилизм
- Повышенная требовательность
- Негативизм



От чего зависит течение и исход бронхиальной астмы у подростка

- Самого подростка (его физического, психического, нравственного состояния здоровья)
- Родителей (наследственность, создание соответствующих условий, формирование образа жизни, ценностных установок, психологическая поддержка)
- Учителей (формирование образа жизни, ценностных установок, психологическая поддержка)
- Медиков (качество медицинской помощи, милосердия, сострадания, психологическая поддержка)
- Друзей, сверстников (психологическая поддержка)

Подростковый возраст – фактор повышенного риска осложнений и смерти от БА

- 80% смертей при БА в детском и подростковом возрасте приходится на возраст 11–16 лет (Коростовцев Д.С. 2003)
- Средняя длительность заболевания у умерших от БА детей составляла 9,1 года

Основные причины смертельных исходов:

- Катастрофически прогрессирующий приступ
- Отсутствие адекватного лечения в период приступов
- Недостаточное или позднее применение КС
- Внезапная отмена или снижение дозы принимаемых КС
- Отсутствие плана лечения у подростка

Возрастные психологические особенности, резко снижают комплаентность, т.е. терапевтическую эффективность традиционных подходов лечения



Неэффективное лечение – результат психологических, социальных и нравственных проблем?



Российское исследование “БРАТ” (Бронхиальная Астма Тинэйджеров)



Подростки

- Адаптируются к гипоксии
- Злоупотребляют бронхолитиками короткого действия (64% применяют более 2 инг/сут. КДБА)
- Игнорируют или сокращают прием базисных средств (100%)
- Нарушают нелекарственные рекомендации (курят и т.п.)

При этом для самих подростков основной проблемой является **психологический дискомфорт в связи с заболеванием** (они чувствуют себя не такими как все, иногда их высмеивают или игнорируют сверстники)

Родители

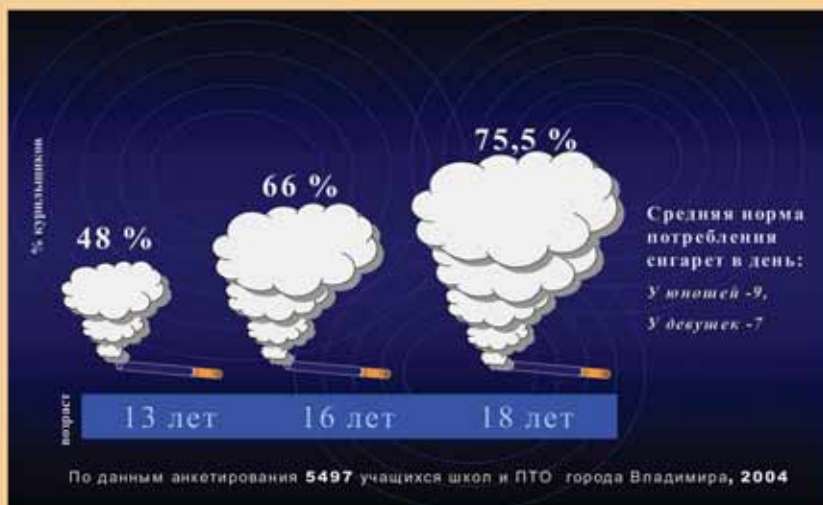
- У многих родителей существуют предрассудки и заблуждения, вследствие недоверия к медицине и низкой собственной медицинской грамотности – в особенности в отношении применения ИГКС в качестве базисной терапии
- «Чрезмерно любящие» родители, принимая во внимание психологический дискомфорт ребенка, связанный с заболеванием и с проблемами подросткового возраста – часто потакают детям, в т.ч. и в нарушении режима лечения
- «Занятые» родители могут просто вовремя не заметить возникшей проблемы
- «Родители-эгоисты» игнорируют «сложные в исполнении» рекомендации врача, порой заинтересованы в прогрессировании заболевания у ребенка в целях сохранения его инвалидности

С течением времени у родителей и подростков возникает иллюзия, что о заболевании все уже известно – **ОТСУТСТВИЕ** контроля

*“У нас в классе все смеются, если что-то не так”.
“Мне вещи никто не дает подержать – говорят, что заразятся”.*

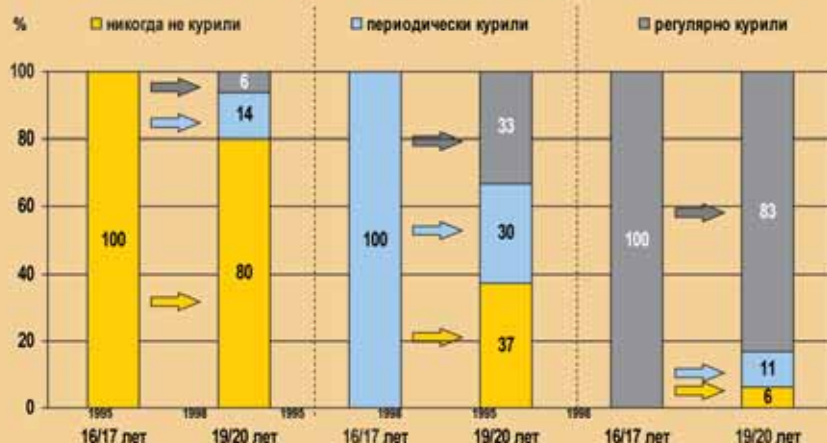
*“Да я домой пойду, если приступ начнется”.
“Я в туалет всегда выхожу, чтобы покашлять”.*

Курение подростков



Изменение доли курящих и некурящих среди 16–17-летних и 19–20-летних подростков

(по данным W.-R. Horn, Ch. Rutishauser (2007))



"Какие-то радости же должны быть? Вот и курю".
"Я уже два года курю, и ничего не изменилось".
"Я попробовала, мне не понравилось".
"Нельзя курить, противопоказано категорически".

ОТНОШЕНИЕ К КУРЕНИЮ

В настоящее время общество в целом очень терпимо относится к курению, данная привычка не порицается.

Кампании производителей табачных изделий нацелены на эмоциональное воздействие, они используют образы/идеи, привлекающие внимание подростков.

Существующая информация о вреде курения является абсолютно рациональной и для подростков не слишком значима, так как «выгоды» курения перевешивают возможный вред. Эта информация не воспринимается как абсолютный барьер для курению.

Родители хорошо осведомлены о вреде курения в целом, и в большинстве случаев знают, что при БА это может иметь особенно негативные последствия. При этом далеко не всегда родители могут или считают необходимым побуждать ребенка к отказу от курения (также как и в отношении других запретов, связанных с БА). Возможные причины:

- родители не считают запрет на курение обязательным для соблюдения, полагая, что в небольших количествах курение не будет иметь значимых последствий;
«У меня мама знает, что я курю иногда и ничего, говорит только, чтоб не увлекаться»
- не имеют достаточно близкого контакта с ребенком;
- не всегда осведомлены о том, что ребенок курит. Даже если и осведомлены, то как правило, ребенок не идет на контакт с родителями и нет возможности повлиять на него.
В данной ситуации будет весьма высока роль врача.



Бронхиальная астма с точки зрения восприятия лечения

**Терапевтическая эффективность =
клиническая эффективность × образ
жизни × комплайнс**

Успех терапии астмы зависит от:

- эффективности препарата
- определенного образа жизни
- комплайенса пациентов



Врачи

Далеко не все умеют взаимодействовать с подростками. Нужны соответствующие рекомендации. Идеальный вариант – программы семинаров/тренингов, разработанные совместно с психологами и врачами, которые успешно взаимодействуют с подростками.

Причины некомплаентности

- Отсутствие взаимопонимания врача и пациента
- Неправильное понимание инструкций и рекомендаций
- Неудовлетворенность качеством медицинской помощи
- Плохое наблюдение и обучение
- Переоценка тяжести состояния
- Забывчивость, растерянность
- Религиозные и культурные традиции

**«Нелюбящий врач – это
рецептурный автомат»**

(Иван Ильин)

Пути повышения комплаентности

- Обучение пациентов
- Эффективная система общения с пациентом.
- Вовлечение семьи / родных в процесс лечения.
- Максимальное упрощение схем лечения:
 - ограниченное число препаратов;
 - уменьшение кратности назначения.
- Представление о приоритетах пациента

Обучение пациентов

Формы обучения:

- Беседа
- Специальная литература
- Компьютерные программы, Интернет
- Игровые методики

Методы обучения:

- Индивидуальный
- Групповой
- Комбинированные



Обучение детей, страдающих бронхиальной астмой



- Обучение пациентов с БА должно проводиться во всех возрастных группах
- Дети до 3-х лет – обучение родителей
- Дети старше 3-х лет – детские адаптированные программы
- Подростки – особо проблемная группа в плане комплаентности (специальные программы с учетом возрастной психологии)



Особенности обучения детей младшего возраста

- Учет возрастной психологии и предполагаемого уровня кооперации ребенка
- Адаптация терминологии
- Сохранение необходимого объема знаний и навыков
- Использование игровых методик



Программа «Почитаем вместе сказку...»



ПРАВИЛА ИГРЫ		
Ф. _____ И. _____		
КОНТРОЛЬ	УРОВНИ	ПОМОЩНИКИ
		ТВОЙ ДЫХТЕЛЬ
		ТВОЙ ДЫХТЕЛЬ ТВОЙ ПЫХТЕЛЬ
	

Обучение детей, страдающих бронхиальной астмой

Программа «ПАРУС»

- «**П**одростки с бронхиальной
- **А**стмой» -
- **Р**оссийская
- **У**ниверсальная
- **С**истема обучения
- пациентов



Этапы проекта «ПАРУС»

- Разработка совместно с психологами универсальной системы обучения подростков с БА, включающую атисмокинг-блок
- Специальная подготовка специалистов в регионах РФ (возрастная психология, коммуникация)
- Внедрение и оптимизация образовательных программ
- Последующее открытие «ПАРУС-школ» во всех регионах
- Поддержание проекта в ММ, сайтах

Курс тематического усовершенствования
Бронхиальная астма у детей
Подготовка врачей для проведения программы «ПАРУС»,
Санаторий «Колчаново» 8-13 сентября 2008



**«Исцеление – это взаимодействие врача и больного.
Надо, чтобы возникло некое целебное «мы». А это
предполагает обоюдную симпатию... Он (пациент)
нуждается прежде всего в симпатии, сострадании,
в чувствовании, то есть –
В ЛЮБВИ»**

Иван Ильин

НОВЫЕ РИСКИ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, СВЯЗАННЫЕ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ

Л.В. БАЛЬ,

*ведущий научный сотрудник научной группы
по проблемам детской гигиены Московской
медицинской академии им. И.М. Сеченова*

Ухудшение здоровья детей в России – факт общепризнанный.

Ежегодно в Москве проходят съезды педиатров, и на каждом из них приводятся новые данные о состоянии здоровья детей, свидетельствующие о том, что благоприятных тенденций почти не наблюдается.

Большую тревогу вызывает состояние физического здоровья детей и подростков. По своим антропометрическим показателям они близки к своим сверстникам 60-х годов, однако функциональные их возможности существенно ниже.

Очень тревожны показатели хронической заболеваемости: к окончанию школы хронические болезни отмечаются у 70% выпускников, причем часто это не одно заболевание.

Озабоченность вызывает и репродуктивное здоровье девочек-подростков: более 50% из них имеют те или иные нарушения репродуктивной системы, более 10% – гинекологические заболевания.

Здоровье юношей призывного возраста – еще одна серьезная проблема. До 40% из них не могут быть призваны на военную службу по состоянию здоровья (в 1985 году их было всего 4%).

Ухудшается состояние нервно-психической сферы детей и подростков. В 2008 году в Москве прошла общероссийская конференция по этой проблеме. На ней были представлены результаты ряда исследований последних лет. Вот лишь некоторые цифры.

По числу детских суицидов, количество которых в последние 10 лет выросло на 40%, Россия занимает первое место в Европе.

Более чем у 50% школьников имеются различные нервно-психические расстройства. У 70% к окончанию школы наблюдаются различные отклонения в этой сфере, в т. ч. и психические заболевания. У 17–24% школьников отмечаются клинические психические расстройства.

По курению школьников Россия является мировым лидером. Курят регулярно около 40% подростков (в Европе – только 28%).

По употреблению алкоголя подростками наша страна занимает 7 место в Европе из 35 стран. По данным Федерального наркологического центра,

60% мальчиков и 40% девочек употребляют его регулярно. Только 10% школьников к окончанию школы алкоголь не употребляют.

Среди алкогольных напитков лидирует пиво. По его употреблению наши дети занимают 6 место в Европе. В последние 4 года подростки в 2 раза чаще стали пить вино.

Пробовал наркотики каждый второй школьник. В целом интерес к наркотикам снижается, но он смещается в пивной и винный секторы.

Формирование личности современных детей происходит в период реформ и появления связанных с ними новых рисков для здоровья. Важнейший их источник – чрезвычайно агрессивная информационная среда, новые электронные носители информации и средства коммуникации.

Появилась новая угроза, степень влияния которой на здоровье населения и в первую очередь – на физическое, психическое и нравственное здоровье детей еще предстоит оценить. Это мобильный телефон.

Фирмы-производители мобильных телефонов скрывают научные данные о влиянии этого фактора на здоровье. Между тем таких данных накапливается все больше. И фирмы платят огромные деньги за то, чтобы они не публиковались.

Вот некоторые данные о распространенности этого нового средства связи среди детей и подростков.

В США и Великобритании мобильный телефон имеют более 90% детей, в Германия – 84%, в Финляндия – 95%, в Россия он есть у каждого второго ребенка.

Вот лишь несколько примеров его влияния на нравственное и психическое здоровье. США: 71% подростков отметили, что они совершенно наслаждаются неограниченным использованием мобильным телефоном. Они стали тратить на одежду на 10% меньше денег.

Школа не мешает этому занятию: 30% тайно играют на уроках в видеоигры. 38% во время уроков посылают СМС-сообщения. 26% звонят приятелям, которых не одобряют родители. Мобильный телефон для них – элемент независимой взрослой жизни. Это символ свободы говорить



что угодно, как угодно, когда угодно, кому угодно без оглядки на родителей. Это лучшая игрушка, которая всегда рядом.

По данным ряда европейских ученых, подростки тратят на мобильный телефон столько же времени, что и на физическую активность.

Ради него каждый второй готов пожертвовать интернетом. Для 25% он важнее водительских прав.

Некоторые данные о влиянии на другие приоритеты. Из-за мобильных телефонов в Японии за последние 4 года в 2 раза снизилась распространенность курения среди подростков (с 40 до 20%). Аналогичная тенденция наблюдается в Европе, в частности, Германии.

Наличие фотокамеры в телефоне вызвало новое развлечение европейских подростков. Оно началось со «скачивания» с ТВ сцен насилия. Затем появилось новое занятие – подростки останавливают прохожего – сверстника, взрослого, старика. Жестоко избивают его или убивают – и все это фиксируется на фотокамеру телефона. Тот, кому удалось снять самые жестокие моменты, становится лидером подросткового сообщества. «Это так интересно – присутствовать при процессе умирания», – говорят они.

Фотокамера вызывает непреодолимое желание фиксировать свою жизнь. Можно снимать украдкой то, что снимать нельзя. Можно показывать свои «достижения» другим.

Мобильный телефон формирует язык подростков, вытесняя, замещая нормальную речь.

«Начинки» в подростковых телефонах самые разнообразные. Вот лишь некоторые примеры:

- голые актрисы российского кино;
- половой акт с животным и его техника;
- порнорассказы;
- оральный секс;

- знакомство с девственницей;
- принуждение к половому акту;
- геи и лесби;
- половой акт в машине;
- половой акт в присутствии мужа и т. д.

Производители убеждают, что МТ не опасен, т. к. его электромагнитное излучение слабое. Но, оказывается, именно такая сила излучения особенно опасна и губительна для клеток организма.

В 1998–2001 гг. в НИИ медицины труда РАМН проводились эксперименты на животных, людях-добровольцах и тех, кто пользуется МТ до 25 минут в день. Изучалось состояние глаза, нервной и иммунной систем. Установлено, что МТ вызывает невосстановимые изменения в исследованных органах.

По данным Института высшей нервной деятельности РАН, работающий в режиме ожидания МТ нарушает самые важные фазы сна – быструю и медленную. В экспериментах на животных обнаружено снижение скорости основных функций мозга, которая не восстанавливалась вдали от источника.

Установлено, что у людей, пользующихся МТ 15–25 минут в день в течение 2 лет, снижаются основные функции мозга – внимание, память, мышление.

Европейские педиатры бьют тревогу. У детей МТ вызывает глубокие нарушения сна – бессоницу, что беспрецедентно для детей вообще. Ею страдают 35% детей – пользователей МТ. У 10% она фиксируется каждую ночь.

У 37% детей и подростков имеются признаки зависимости от МТ – т. е. тяжелого психического расстройства.

Исследователи в Ирландии обнаружили у каждого 20-го пользователя МТ признаки переоблучения – усталость, головокружение, нарушение сна, тошноту, кожные реакции.

По данным испанских ученых, даже 2-минутное пользование МТ изменяет биоэлектрическую активность мозга ребенка в течение 2-х последующих часов после окончания разговора.





Исследование в Швеции показало, что излучение МТ вызывает слипание клеток, в результате которого нарушаются процессы межклеточных связей.

Накапливается все больше данных об онкогенном действии излучения мобильных телефонов.

Во многих странах – в США, Великобритании и др. приняты или разрабатываются законы, запрещающие пользование МТ детям до 8 лет, а в возрасте 8–14 лет разрешается их использование только в случае крайней необходимости.

В России также разработан такой закон, запрещающий пользование МТ до 18 лет, но пока он не принят. Кроме того, в нашей стране не работают механизмы контроля за исполнением законов, так что надежды на то, что это изменит ситуацию, нет.

Пивной алкоголизм подростков – еще одна проблема, которая появилась в последние годы. Этот вид алкоголизма отличается более медленным, чем при употреблении более крепкого алкоголя, развитием и распознается родителями слишком поздно.

В связи с этим интересны наши данные обследования московских школьников. Среди шестиклассников 20% употребляли пиво раньше, 40% употребляют сейчас и еще 20% собираются это сделать. К 10-му классу количество подростков, употребляющих пиво, приближается к 90%. Но все имеет начало, и в данном случае все начинается с отсутствия контроля за использованием карманных денег подростком, а также контроля за его свободным временем.

Телевизор на кухне – новый атрибут жизни сегодняшней семьи. И это серьезнейшая угроза здоровью ребенка, прежде всего психическому.

Мы изучали представления о здоровье у 6-летних детей, не умеющих писать. Детям предлагалось подумать и нарисовать как можно больше вещей, полезных для здоровья, а затем – вредных.

7 лет назад среди опасностей для здоровья дети рисовали режущие предметы, собак и кошек, которых нельзя трогать, грязные руки и т. д.

Сейчас почти 100% детей нарисовали пожар, падающий, горящий самолет, горящий вертолет, автомат, пистолет.

Мир, окружающий ребенка в 6 лет – это дом, дача, двор и немного – город. В нем нет места тому, о чем, как оказалось, знают дети. То, что нарисовали дети, вероятно, свидетельствует о том, что в доме не выключается телевизор, что телевизор «поселился» на кухне.

Сегодняшние дети испытывают крайний дефицит общения с родителями. Вечер – единственное время, когда собирается за столом семья. И вместо того, чтобы пообщаться, обсудить, как прошел день, вся семья, жуя, смотрит телевизор, из которого непрерывно льется поток насилия. Это разрушительно воздействует на психическое здоровье всех зрителей и в первую очередь – на здоровье ребенка.

Пройдет немного времени, и родители будут бить тревогу по поводу разных проблем – физического, психического здоровья, неуправляемости ребенка и т. д. Между тем причиной может оказаться телевизор.

Родители сами способствуют развитию у ребенка психических нарушений – страхов, расстройств сна, тревожных состояний, депрессии.

Есть еще целый ряд новых угроз здоровью детей и подростков, связанных с образом жизни, с его модными тенденциями.

Среди них – компьютерные клубы, из которых буквально «вырастают» опасные пристрастия – от игровой зависимости до наркомании.

Коснусь еще одной новой «игрушки» – аудиоплеера, которая есть практически у всех городских подростков. Многочисленные научные данные свидетельствуют о том, что у каждого второго пользователя этого миниатюрного приборчика имеются признаки необратимой потери слуха. На наших глазах формируется целое поколение глухих людей.

Игровая зависимость – еще одна тенденция, скорость распространения которой вызывает большую тревогу. Увлечение подростков компьютерными и другими электронными играми – обычное явление в наше время, которое все чаще приобретает характер тяжелой психической зависимости. По нашим данным, среди школьников начальных классов распространенность игровой зависимости достигает 10%.

Необходимо признать, что ни образование, ни медицина за всеми этими процессами не успевают.

Что же делать? Как защитить детей? Есть несколько возможных путей, хотя выбор небольшой.

Первый из них – законодательный, и, конечно, он должен быть использован. Опыт многих стран свидетельствует об эффективности правовых механизмов, в частности, это относится к антитабач-



ным законам. Однако в России даже при наличии законов отсутствуют или не действуют механизмы контроля за исполнением законодательства вообще. Мы – единственная страна, членами парламента которой являются представители транснациональных табачных компаний. В Государственной Думе лежит закон, запрещающий пользование мобильными телефонами лицам до 18 лет. Однако надежд, что он будет принят, очень мало.

Второй путь – образование. В сегодняшней России это единственный институт, через который возможно профилактическое воздействие на протяжении многих лет, направленное на формирование здорового образа жизни каждого ребенка. Ни один другой социальный институт не обладает таким потенциалом, как система образования. Но, к сожалению, педагоги ни методически, ни психологически к этому не готовы, хотя и понимают необходимость такой работы.

Учитывая это, мы разработали целый ряд педагогических технологий, интегрированных в разные виды педагогической деятельности в школе – на уроках и вне их, в которых использованы современные педагогические методы.

Они компактны по времени, не требуют от учителя больших усилий на подготовку, интересны и для детей, и для педагога, и главное, как показывают наши исследования – эффективны. Об этом свидетельствует, в частности, снижение распространенности курения в школах, где проходят наши эксперименты, с 42 до 10%.

К сожалению, ограничены издательские возможности – ограничен тираж изданий, и само издание занимает годы.

Еще одна возможность – участие в этой работе церкви, священнослужителей. Мы готовы к любому сотрудничеству. У нас есть методические разработки, которые могут быть использованы в общении и родителями, и с детьми. И, конечно же, они могут использоваться в православных образовательных учреждениях.

Нашей общей целью должно быть воспитание нравственной личности, способной принимать от-

ветственные решения за свое здоровье и здоровье окружающих людей, а также изменять в благоприятную для здоровья сторону среду, в которой она существует.

В заключение мне хотелось бы остановиться еще на двух проблемах и возможных направлениях сотрудничества.

Первое. Сейчас вступило в детородный возраст «поколение реформ». Это родители нового «качества». Особенность их – не только в размытости ценностных ориентиров, низком общекультурном уровне, социальном инфантилизме, но и в полной неготовности к роли родителей во всех смыслах – из-за того, что в значительной степени разрушена преемственность поколений, и естественного процесса формирования навыков родительства по этой причине не произошло.

И сегодня нужно буквально «выращивать» новых родителей, если мы хотим, чтобы не произошла полная деградация института семьи.

Выходом из этого может стать программа школьной подготовки к родительству, охватывающая весь период школьного образования и ориентированная на внеурочное время. Она должна включать исторический, культурологический, религиозный, медицинский, психологический и другие аспекты. И в этом сложность, в этой межсекторальности – кто профинансирует ее разработку? Есть и потенциальный авторский коллектив, готовый взяться за это. Нужна поддержка в продвижении этой идеи. Если взяться за это немедленно, то пройдет минимум 13–15 лет, прежде чем мы получим «новых» родителей.

И второе. Есть еще один воспитательный ресурс в формировании нравственного и физического здоровья детей – это раздельное по полу обучение в начальной школе. Опыт такой уже есть, и он окрыляет. Дети не только лучше успевают, очень многое удается за 4 года в них заложить, успеть сформировать. У них лучше и показатели здоровья, они лучше адаптируются к школе, у них существенно лучше состояние нервно-психического здоровья. Давайте сотрудничать в развитии и этого начинания.



ПОПЕЧЕНИЕ ЦЕРКВИ О ДЕТЯХ-СИРОТАХ

*И.В. СОЛОВЬЕВА,
ответственный секретарь Комиссии
по церковной социальной деятельности
при Епархиальном Совете г. Москвы*

Комиссия работает по благословению Святейшего Патриарха в составе 19 священнослужителей, представляющих все благочиния г. Москвы.

При комиссии создана круглосуточная справочно-информационная служба, ее телефон 972-97-02. Информационную поддержку Комиссии оказывает православная радиостанция «Радонеж», православный журнал о делах милосердия «Нескучный сад», у Комиссии есть свой сайт miloserdie.ru. Юридически Комиссия осуществляет свою деятельность через Региональную общественную организацию поддержки социальной деятельности РПЦ «Милосердие».

Не все, даже на уровне управленческого аппарата, знают, какими ресурсами сегодня располагает Православная Церковь. Это и патронажные службы, и богадельни, и собственные детские дома. Количество добровольцев, помогающих Комиссии, насчитывает более 700 человек. Сведения о социальной деятельности Церкви Комиссия собирает и систематизирует. Информация выложена на сайте miloserdie.ru.

Комиссией заключен договор о взаимодействии с Департаментом социальной защиты населения г. Москвы и с Департаментом здравоохранения г. Москвы.

В деле попечения о детях-сиротах Комиссия развивает работу по следующим направлениям.

Первый путь – это участие Церкви в жизни государственных домов ребенка, детских домов и приютов. Сейчас в Москве 21 дом ребенка – из них 18 окормляется Церковью, 3 категорически отказались от сотрудничества.

(Что понимается под окормлением? Обычно по устной договоренности с главным врачом существует связь в ближайшем храме, священник которого организует крещение всех некрещеных детей, служит молебны о здравии детей и сотрудников, по желанию администрации проводит катехизаторские беседы с сотрудниками, собирает группу прихожан – добровольцев для посещения дома ребенка, они выполняют там различные поручения персонала, гуляют с детьми, поздравляют с праздниками, по возможности оказывают материальную помощь. Прихожане, посещающие детский дом, водят желающих по воскресеньям в храм, (а дети очень рады выйти за пределы детского дома), затем их ведут на воскресную трапезу).

Начиная с рождения и до 3 лет, при наличии стабильных психоэмоциональных и телесных контактов со взрослыми, у ребенка формируется основа доверия к жизни и основа для установления устойчивых личностных привязанностей, которые в дальнейшем позволяют создавать собственную семью и работать в коллективе.

Именно в это время брошенные малыши лишены живого человеческого общения. В то время как человеческое тепло и общение являются базовой потребностью ребенка.

Важно, чтобы веру ребенок обрел как можно раньше, чтобы он узнал о Боге, о Церкви не в 12–14 лет, когда у него уже искажен тип личности, а в детском возрасте.

Дома ребенка представляют собой учреждения закрытого типа, куда попасть не могут ни добровольцы, ни общественные организации, ни Церковь.

Настоятель одного московского храма, сотрудник Комиссии, возродил традицию крестных наставников. В одном доме ребенка по договоренности с директором он первоначально крестил детей, причем крестными стали его прихожанки. Затем эти крестные приходили навещать малышей, и постепенно возникла устойчивая привязанность у детей к крестным. Сейчас они занимают-





ся с ними, не оставляют их при переходе из дома ребенка в детский дом.

Многие директора государственных детских домов и социальных приютов обращаются в Комиссию по церковной социальной деятельности с просьбой о духовном окормлении не только воспитанников, но и сотрудников, понимая, что без духовного роста педагогического коллектива не будет духовного роста воспитанников. 14 социальных приютов, т. е. все окормляются Церковью.

К сожалению, чаще всего Церковь пускают в детские учреждения в лучшем случае поздравить с Пасхой и Рождеством, отношения построены исключительно на личном расположении главного врача или директора к священнику. При смене руководства может поменяться и отношение к нашей помощи. Отношения Церкви и государства на этом поле не выстроены: нет основополагающих законов, нет нормативных актов местного значения.

Второй путь, по которому следует Комиссия, это создание и поддержка собственных церковных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В настоящий момент церковь имеет 10 собственных детских домов и приютов в Москве и Подмосковье и около 30 в целом по России. Эта цифра условна, многие приюты не зарегистрированы, а существуют в форме опеки.

Комиссия собирает данные о православных детских домах и приютах, выкладывая их на сайте Комиссии miloserdie.ru.

Церковную общину можно рассматривать как благоприятную среду для социальной реабилитации детей-сирот. Преимущество малого воспитательного учреждения, созданного при храме, заключается в том, что живая церковная община в какой-то степени заменяет ребенку семью. Здесь всегда много знакомых, под присмотром которых он останется, выйдя из детского дома. У детей, воспитывающихся в приходе, сохраняются связи с духовником, с друзьями в общине и после их выхода в самостоятельную жизнь. Институт Церкви – единственный, принимающий всех: больных и здоровых, образованных и необразованных, талантливых и бездарных, умных и не очень.

Современную крепкую приходскую общину можно сравнить с общиной, существовавшей в деревне, где все члены сообщества знают друг друга, имеют один идеал, имеют общие праздники и общие печали, где развиты взаимопомощь и взаимовыручка, где вполне реализованы принципы социальной справедливости – каждый может найти себе применение по способностям и получить по потребностям. Священник в приходе становится не только духовным отцом детям-сиротам, но и авторитетным, близким человеком на всю жизнь. Единоначалие и соборность – принцип существования общины. Ребенок естественным образом



учится уважать старших, «послушание» понимается как одна из добродетелей. Дети-сироты могут посещать все кружки и секции при храме, участвуют в поездках в летние и зимние лагеря, организуемые храмом. Таким образом, происходит не только духовная реабилитация, но и реабилитация через спорт, творчество. Они общаются со своими сверстниками из семей в храме, в гостях. Дети принимают участие во всех мероприятиях общины – готовят угощение на свадьбу, помогают многодетным мамам, прихожане берут детей на праздники и выходные в гости, возят на дачу, вместе совершают поездки. И все это делается по благословию настоятеля. Именно он знает, какой семье какого ребенка можно доверить.

Всем своим устроением церковная община приучает детей к дисциплине и порядку, с одной стороны и дает им чувство защищенности – с другой. Ведь если ребенок видит многодетные семьи как норму (у нас, например, семья с тремя детьми называется «малодетной»), видит, что не оставлен ни один нуждающийся, что маме с ребенком-инвалидом оказывают помощь, у него появляется уверенность и в собственном завтрашнем дне, формируется правильная модель отношений.

Почти в каждом приходе есть несколько человек, желающих посвятить себя воспитанию сирот.



При поддержке настоятеля и общины в таких приходах можно организовать попечение о 5–10 детях. Юридической формой для такого воспитания может стать опека.

Помощь сиротам в больницах. В Москве есть три больницы, в которых содержатся беспризорники перед отправкой домой или в приют. В одной из таких больниц служат под руководством священника, члена Комиссии, православные сестры милосердия и добровольцы, занимаясь с маленькими развивающими играми, гимнастикой, взрослым помогают выполнять уроки, беседуют, стараются понять, почему убежали из дома, как помочь вернуться.

Патронажная служба, существующая при Комиссии, востребована для ухода за иногородними малышами-сиротами, находящимися в столичных клиниках. Детям-сиротам из других городов не могут назначить операцию до тех пор, пока не будет найдена сестра по уходу на послеоперационный период.

Особое попечение Церкви о детях-сиротах инвалидах. В специальных учреждениях с младенчества содержатся дети с врожденными пороками. Из 8, расположенных в Москве, домов для детей-инвалидов Церковью окормляются 6. В 3 детских домах для детей-инвалидов под руководством Комиссии работают группы сестринского ухода. Государству это не стоит ничего, а больным детям и персоналу огромная помощь и облегчение. Наша задача создать отделения сестринского ухода для особо тяжелобольных детей в каждом доме для детей-инвалидов.

Образовательная деятельность. При Комиссии действовали бесплатные курсы по специальностям «воспитатель детского дома» и «православная няня», курсы для усыновителей и опекунов, курсы патронажных сестер.

Оказывается материальная, юридическая, психологическая помощь обращающимся в Комиссию усыновителям и опекунам.

Комиссия поддерживает общественные благотворительные проекты, защищающие сирот. В рамках проекта «Территория детства» действует группа добровольцев, которые решили защитить сирот от «мафии нищих». Власть не всегда знает, что происходит с детьми. Народное добровольческое движение «Курский вокзал. Бездомные дети» родилось как ответ на бездействие государства в отношении беспризорников, ютящихся под платформами вблизи Курского вокзала. Православные люди вот уже пять лет кормят зимой детей-бродяг, помогают им вернуться домой или устраивают их в приют. Дети доверяют именно этим добровольцам, которые свое личное время, после основной работы, тратят на то, чтобы отвести беспризорника к врачу, купить ему лекарства, подобрать одежду.

В заключение стоит отметить, что потенциал Церкви высок и будет расти, мы живем в такое время, когда все больше и больше людей понимают, что высший смысл жизни в служении Богу через служение ближним.

Нам кажется, что пришло время подведения некоторых итогов. Прошло достаточно времени с момента организации православных приютов, детских домов. Появились выпускники, некоторые из них стали взрослыми. Какой статистикой мы можем похвастаться? Каков процент успешной социализации выпускников православных детских домов? Хотелось бы уже в ближайшее время организовать конференцию руководителей православных учреждений для детей-сирот, на которую бы приехали уполномоченные с подготовленной статистикой. Это единственный способ доказать эффективность работы православных учреждений для детей-сирот и просить Государство о выделении финансирования под эти программы. Ведь дети, воспитывающиеся в наших детских домах – это те же государственные дети, наши общие дети.



РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ ВОЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ БЕСЛАНА И ЮЖНОЙ ОСЕТИИ)

З.А. КОРОЕВА,
директор Реабилитационного центра при Аланском Богоявленском женском монастыре



Монастыри издревле были «реабилитационными центрами», в них находили приют сирые и бездомные, искали смысл жизни падшие и заблудшие, обретали душевное равновесие сломленные жизненными невзгодами. Сегодня Православная Церковь тоже не стоит в стороне от социальных проблем, а поскольку в обществе случаются все новые трагические обстоятельства, то возникают все новые и новые формы помощи.

Наш Центр на территории Богоявленского Аланского женского монастыря возник как отклик на трагедию в Беслане по инициативе Архиепископа Ставропольского и Владикавказского Феофана и Архиепископа Берлинского и Германского Марка, которые 10 марта 2005 года в присутствии Патриарха Московского и всея Руси Алексия II подписали соответствующее соглашение. Часть финансирования проекта взял на себя Детский фонд Германии.

К нашему великому сожалению, людей, пострадавших в терактах, становится все больше. Только в нашей маленькой Осетии уже было несколько терактов, и в некоторых из них заложниками были дети. После сентябрьской трагедии живыми из школы вышли 558 детей до 18 лет. Поскольку было понятно, что последствия трагедии для них будут сказываться еще долгие годы, Церковь остановилась именно на такой форме помощи, как реабилитация.

Спустя 3 года ситуация с пострадавшими выглядит следующим образом:

- многие дети потеряли матерей и отцов, поэтому есть семьи, где детей растят бабушки, где детей растит один отец или есть приемная мать, где детей усыновили близкие родственники;

- родители пострадавших детей из-за чувства вины не справляются с воспитанием, особенно трудно с подростками. Нарушены нормальные детско-родительские отношения;
- пострадавшие в теракте противопоставляют себя обществу, для них мир поделился на пострадавших и на всех остальных. В то же время в обществе есть раздражение против пострадавших, потому что они пользуются льготами и все время требуют от правительства дополнительных;
- у пострадавших уязвлено чувство справедливости, и они изо всех сил борются за справедливость, которую часто видят в распределении материальных благ, путевок в различные поездки (из-за чего много недовольных и раздраженных друг на друга даже между пострадавшими);
- есть дети, боящиеся спать без света, боящиеся замкнутого пространства, есть агрессивные, есть замкнутые, не идущие на контакт. Есть родители, никуда не отпускающие детей одних.
- есть еще категория нуждающихся в медицинском и санаторно-курортном лечении.

При этом психологическая помощь скомпрометировала себя с самого начала и обращаются к ней крайне неохотно. Дело в том, что после трагедии в Беслане практиковали все подряд: как светила самых разных школ, так и просто шарлатаны. Кто-то собирал материал для диссертации, а кто-то вымогал деньги за «воскрешение». Люди стали уклоняться от назойливой «помощи», а в среде самих психологов родилось выражение «догнать и причинить добро».

Сейчас в обществе к Церкви доверия больше, чем к психологам, поэтому к нам охотно едут семьями. Хотя это не всегда просто с нашим контингентом. У нас есть одна бабушка, которая, потеряв в теракте взрослую дочь, всю свою жизнь посвятила трауру, она каждый день ходит на кладбище и проводит там весь день. При этом она воспитывает пятилетнюю внучку, которая осталась без мамы, а на ребенка не остается времени. Когда она согласилась поехать к нам с девочкой на несколько дней, ей было неловко, что она не на кладбище пойдет, а куда-то отдыхать поедет. А девочке явно не хватает внимания – она теребила всех наших педагогов, громко что-то говорила, старалась, чтобы на нее смотрели. Другая бабушка приехала с внучкой, которую воспитывает. Эта бабушка ходит как тень, в постоянно угнетенном



состоянии, у нее во время теракта погиб внук, который не хотел в тот день идти в школу, а она его отправила. Реабилитация детей не может быть в отрыве от реабилитации взрослых. Семья создает поле, в котором растет ребенок, а если взрослые сами не имеют душевного здоровья, то это сказывается на детях. Проблемы в семьях самые разные: есть мать, у которой один сын погиб, а другой выжил – и в доме теперь культ погибшего, а живой сын ее раздражает, вплоть до того, что высказываются сожаления, что погиб не он. А есть семьи, где родители, испытывая чувство вины, ни в чем детям не перечат, во всем потакают, и некоторые уже плачут от результатов такого воспитания.

Чем мы можем им помочь? Настоящая реабилитация пострадавших должна быть делом индивидуальным и комплексным. Ведь речь идет не о чьей-то частной травме, а практически о целом городе, ставшем заложником Страха и Горя, не на 3 дня, а на длительный период. В течение года Беслан не мог вернуться к нормальной жизни: несколько месяцев длилась идентификация трупов, были случаи эксгумации и перезахоронения. Все это время по городу были расклеены плакаты «Разыскивается» с портретами не найденных среди живых и погибших. Учитывая, что город небольшой и все друг другу родственники или знакомые, поминки и траур были общими. В течение года в школах даже не проводились утренники. Понятно, что последствия такой масштабной трагедии не могли пройти бесследно за короткое время. Тем не

менее, пока нет никаких комплексных планов реабилитации, и даже не ведется мониторинг, поэтому программы, которые осуществляются в Беслане, никак не связаны между собой, и каждый делает то, что сам считает нужным и правильным.

Когда писали программу для нашего Центра, учитывались объективные условия ее реализации:

- центр очень удален от Беслана (почти 60 километров);
- в нем нет условий для продолжения учебного процесса, а отрывать учеников от школы надолго – нежелательно;
- центр находится на территории православного монастыря;
- центр может принять одновременно 23 человека детей и родителей.

Чтобы не создавать проблем с посещением школы, годовой график работы охватывает все школьные каникулы, а в остальное время работает в пятницу, субботу и воскресенье. В каникулы одна группа детей приезжает на 10 дней. Таким образом, в течение года получается 186 дней приема.

Цель программы – создать для пострадавших ситуацию доверительного общения и творческого содружества. Уже сами условия проживания – в каждой спальне по 6–8 человек – заставляют строить тесные взаимоотношения с разными людьми. Причем пострадавшие в группе составляют 30–40 %, остальные дети могут быть не только из Беслана, из любых населенных пунктов, в последнее время это были дети из Цхинвала. Кроме по-



страдавших в теракте, мы принимали детей-инвалидов, детей из многодетных и малообеспеченных семей. Усилиями нашего диспетчера по набору к нам попадают дети, пережившие смерть родителей или другие драматические ситуации. Поскольку Центр уже известен в республике, некоторые находят нас сами: недавно одна мама привезла в монастырь девочку 13 лет, которая пережила сильный стресс во время последнего теракта: она сама была дома, а мама – в районе взрыва. С тех пор девочку мучают страхи, и мама везде водит ее за руку.

За короткое время пребывания в Центре с детьми проводятся различные занятия: театром, музыкой, рисованием, рукоделием, спортом. Причем все игры и занятия стоятся таким образом, чтобы дело было общим: если это рисование – то в итоге должна получиться общая книжка, газета или выставка, то же с музыкой и театром – в последний день обязательно концерт, подготовленный общими усилиями.

Также программой предусмотрен труд по самообслуживанию и дежурства по кухне, никто не должен чувствовать себя «гостем» и «потребителем». Родителям предлагается сотрудничать с педагогами, между ними распределяется ответственность за некоторые участки работы.

Поскольку в Центр приезжают дети разного вероисповедания и из атеистических семей, то мы сразу оговариваем, что молитвы обязательны только для православных. А всем остальным предлагается из уважения к принимающему их монас-

тырю находиться рядом. За все время работы Центра у нас ни разу не возникло на этой почве ни одного недоразумения. Желающие могут побыть на службе, несколько человек детей и взрослых захотели именно здесь покреститься. Дети очень любят прогулки по монастырю, мы обязательно посещаем храм, рассказываем о православных праздниках, если позволяет время – совершаем экскурсии к наиболее интересным древним христианским памятникам и в музей. Монахини сами тоже приходят в Центр, часто с подарками, с иконами, книжками, дети всегда ждут их на свои концерты.

В августе и сентябре прошлого года Центр принимал беженцев из Южной Осетии. Монастырь расположен на Транскавказской автомагистрали, поэтому монахини были первыми, кто встречал спасающихся людей после пересечения границы. За время войны монастырь пропустил через себя тысячи беженцев, а Центр принял более двухсот человек (50 находились в Центре постоянно, остальные, получив первую помощь, регистрировались и распределялись далее). Мы принимали только матерей с детьми. Были сложности с размещением такого количества человек, пришлось устанавливать раскладушки на верандах и в актовом зале. Кроме кроватей понадобились детские коляски и манежи, ходунки, инвалидные коляски. Также были приняты меры к тому, чтобы у людей была возможность стирать и сушить белье.

В эти дни самая большая нагрузка легла на медперсонал: они проводили первичный осмотр



всех прибывших и заботились о том, чтобы при таком большом количестве тесно проживающих людей не было распространения инфекционных заболеваний. Многие действительно были с гнойной ангиной и воспалением легких, потому что просидели по нескольку суток в холодных подвалах. Женщины, нашедшие у нас убежище, не хотели ложиться в больницу, возможно потому, что боялись потерять место. Несмотря на большую перегруженность и тесноту, здесь были созданы относительно хорошие условия по сравнению с палаточными городками, в которых ютились одновременно до 10 000 человек. Семьи, в которых были больные, переводились в монастырь, где так же проживали беженцы, а в недостроенной гостинице было устроено что-то вроде изолятора.

Все поступающие беженцы были в состоянии стресса, но более всего война сказалась на детях: они были испуганы, отказывались от пищи, не играли, все время держались за мам, а при случившейся летней грозе начали плакать и просить, чтобы их отвели в подвал. К тому же им передавалось волнение мам, которые переживали за судьбу оставшихся защищать город мужей и сыновей.

Монахини и педагоги Центра помогали беженцам устраиваться и сразу организовывали их свободное время, наладили четкий ритм жизни. Женщины были включены в дежурства по кухне, уборку территории и помещений. Это не только помогало поддерживать чистоту, но и отвлекало их от переживаний. Когда дети немного освоились, с ними проводились игры и занятия. Все время, пока беженцы жили в Центре, им оказывалась психологическая помощь не только силами местных специалистов, были замечательные «десанты» из Московского НИИ психиатрии Росздрава (Корень Евгений Владимирович и Кичатова Ирина Сергеевна). Это был пример такого душевного неформального подхода, что они звонили нам даже после отъезда, присылали материалы для работы. Их волновало не только состояние беженцев, но и состояние сотрудников Центра.

Монастырь оказал помощь беженцам не только тем, что дал им возможность проживания, но и организовал помощь в восстановлении утраченного имущества, распределял денежную помощь, приобретал одежду, школьные принадлежности, учебники, игрушки. Помощь не прекратилась и сейчас, сестры поддерживают связь с теми, кто у нас жил, матушка Нонна, настоятельница монастыря, выезжает периодически в Цхинвал с адресной помощью. Одну из женщин, мать десятирех детей, во время боевых действий из Южной Осетии вывезли сестры. Она так и оставалась в монастыре с восьмью детьми до возвращения домой, пока двое её стар-

ших сыновей вместе с отцом воевали на юге. Зная, что эта семья находится под патронажем нашего монастыря, Благотворительный отдел Московской Патриархии позаботился о них, приобретя им большой и удобный дом в Цхинвале. Это значительная помощь, так как ранее семья проживала в двух маленьких комнатах.

С этого года мы начали принимать детей из Южной Осетии вместе с бесланскими детьми. Для обеих республик это удивительный прецедент, поскольку разделенный народ Осетии пока еще только мечтает о воссоединении, а пока таковой единой для всех осетинских детей территорией стал Реабилитационный центр Богдавленского Аланского женского монастыря.

Вообще со всеми, кто так или иначе соприкоснулся с Центром, мы сохраняем добрые человеческие отношения, взрослые и дети звонят нам по разным поводам, многие берут номера телефонов сотрудников и отношения перерастают в дружбу. Мы имеем обратную связь от людей, побывавших в Центре, это в основном благодарности и пожелания приехать еще раз, но у нас есть специальная коробка – «Обижулькины записки», в нее каждый может положить письмо со своим замечанием или недовольством. Коробка вскрывается на педсовете, эти записки обсуждаются и сохраняются. Итоги каждого заезда подводятся на педсовете, если были срывы, или просто что-то не получилось, выясняются причины. Такая практика позволяет не повторять ошибки.

О результатах работы Центра говорить еще рано, первый год стал временем знакомства с основным контингентом: у нас побывала почти половина пострадавших первого круга. Только некоторые посетили Центр второй и третий раз, этого, конечно, очень мало, но мы уже видим изменения в поведении детей, которые в первый раз держались стороной и ни в чем не хотели принимать участия. Они уже смелее участвуют в общих делах, охотнее включаются в игры, чаще улыбаются.

День открытия нашего Центра (6 ноября) совпал с днем чествования иконы Божией Матери «Всех скорбящих радость». В этот день звучали замечательные слова тропаря: «Всех скорбящих Радосте, и обидимых Заступнице, и алчущих Питательнице, странных Утешение, обуреваемых Пристанище, больных Посещение, немощных Покрове и Заступнице, Жезл старости, Мати Бога Вышняго Ты еси, Пречистая; потщися, молимся, спасиися рабом Твоим».

Для нас это значимо, мы надеемся на помощь Пресвятой покровительницы и стараемся внести свою лепту в то служение людям, которое несет Богоявленский Аланский женский монастырь.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВОЗНИКАЮЩИХ У ДЕТЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

«Каждый ребенок в нашем мире имеет право на уровень жизни, необходимый для его физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития»

Конвенции ООН о правах ребенка; р. 6).

В.Д. БАДМАЕВА
руководитель
отдела судебно-
психиатрических
проблем детского
подросткового
возраста Государ-
ственного научно-
го центра соци-
альной и судебной
психиатрии
им. В.П. Сербского



Кардинальные перемены, происходящие в обществе, отражаются на всех сферах социальной жизни, в том числе на институте семьи, которая претерпевает во всем мире значительные изменения. Одним из проявлений таких изменений является резкий рост количества разводов и детей, воспитывающихся в условиях неполных или восстановленных семей. Так, в 2007 г., по данным Госкомстата, в России на 1262,6 тыс. заключенных браков пришлось 685,9 тыс. разводов. Современный анализ ситуации предлагает рассматривать развод, как протяженный во времени процесс, в котором выделяются последовательные стадии со свойственной им динамикой супружеских и детско-родительских отношений (Kaslow & Schwartz, 1987). Среди распадающихся семей зарубежные исследователи выделяют группу с высоким уровнем супружеского конфликта («high conflict divorce»), который оказывает наиболее травматичное и стрессогенное влияние на детей и их последующее развитие (Johnston J.R., 1994; Ramsey, S.H., 2001; Kelly J.B., 2002).

Практически подтвержден тот факт, что у детей, перенесших развод родителей, существенно увеличивается риск возникновения проблем адаптации как в детском и подростковом возрасте, так и в последующей взрослой жизни. Исследования,

в которых сравнивались дети разведенных родителей и из полных семей, показали, что даже в том случае, когда ребенку удалось адаптироваться к первоначальным эмоциональным проблемам, вызванным разводом родителей (если развод произошел в возрасте между 7 и 22 годами), то в возрастном промежутке между 20 и 30 годами у него отмечаются отсроченные негативные последствия. Эти данные демонстрируют растущий в течение лет разрыв между детьми, перенесшими развод, и детьми из полных семей. В зарубежных лонгитудных исследованиях был обнаружен более высокий уровень депрессии у женщин, родители которых развелись, а также повышенный риск частой смены места работы, внебрачного родительства и развода в собственных семьях у людей, в детстве переживших развод родителей, вне зависимости от их половой принадлежности (Rodgers, 1994). Конечно, необходимо учитывать, что в то же время в большинстве случаев нарушенные семейные отношения не являются единственным этиологическим фактором в формировании у ребенка тех или иных психических нарушений, но они вносят значительный вклад в развитие психических расстройств и, в связи с этим, должны учитываться и анализироваться.

Сложная экономическая ситуация последних десятилетий приводит к увеличению количества семей, не имеющих возможности обеспечения должных условий для воспитания и содержания своих детей. Кризис семьи, девальвация традиционных семейных ценностей, включая моральную и финансовую ответственность родителей за детей, привел к росту числа так называемых неблагополучных семей (с родителями, страдающими алкогольной или наркотической зависимостью). По данным исследований, в некоторых российских районах (селах, городах) у 80% взрослого трудоспособного населения выявляются клинические признаки алкоголизма. Пребывание детей в асоциальных семьях особенно опасно для их физического, психического здоровья и нормального развития. По данным МВД России, на учете в под-

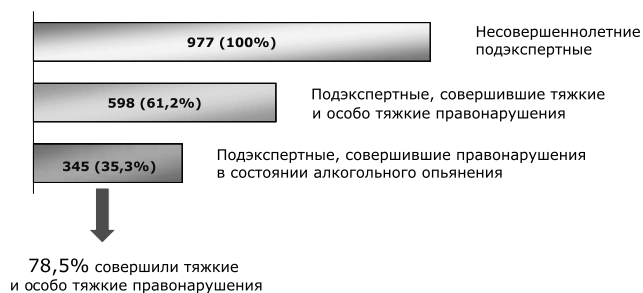


Рис. 1. Характеристика правонарушений, совершенных подростками, проходившими экспертизу в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского с 2000–2006 гг.

разделении по делам несовершеннолетних (ПДН МВД РФ) в 2007 г. в связи с неисполнением надлежащим образом обязанностей по воспитанию несовершеннолетних, отрицательным влиянием на их поведение, жестоким обращением с детьми состояло 173 787 родителей (или лиц, их заменяющих). Всего же в условиях семейного неблагополучия (в семьях асоциальных, материально необеспеченных, педагогически несостоятельных, повышено конфликтных и т. п.) по приблизительным подсчетам проживает более 6 млн детей¹.

По данным министра МВД Р. Нургалиева, «в течение последних пяти лет почти ежегодно находятся в розыске от 50 до 55 тыс. несовершеннолетних, а по данным Генпрокуратуры РФ – 60 тыс. детей, самовольно ушедших от родителей либо из детских воспитательных учреждений». На профилактическом учете в ПДН МВД РФ состоят 334 тыс. неблагополучных подростков.

Семья становится тоже не самым безопасным местом для детей. Эксперты считают, что сейчас уровень латентности преступлений в сфере семейно-бытовых отношений стал одним из самых высоких в мире. По данным статистики Генпрокуратуры РФ, в 2007 году 65 тысяч родителей были лишены родительских прав, причем 2600 из них – за жестокое обращение с детьми. А по сводкам милицейской статистики, в 2007 г. родители и отчумы совершили против детей более 6 тыс. преступлений.

Ежегодно около 2 млн детей в возрасте до 14 лет становятся жертвами насилия со стороны родителей, при этом 10% из них гибнут, 2 тыс. заканчивают жизнь самоубийством. По данным Всесоюзного суицидологического центра, 52% самоубийств детей обусловлено семейными конфликтами.

К сожалению, насилие над детьми в настоящее время становится обычной практикой и является глобальной мировой проблемой и допускают эту

форму жестокого обращения с детьми лица первого окружения ребенка (родители, ближайшие родственники).

Насилие над ребенком или жестокое обращение оказываются причиной многих психологических проблем, которые в дальнейшем могут оказывать влияние на различные сферы жизни человека. Жестокое обращение с детьми приводят к психическим расстройствам различной степени выраженности от кратковременных психогенных до ПТСР и нарушений развития. Именно тяжестью и разнообразием последствий жестокого обращения с ребенком продиктовано то пристальное внимание, которое уделяется этой проблеме в настоящее время.

В НЦПЗ проведено исследование с целью проследить роль внутрисемейного перманентного физического насилия в возникновении психических нарушений, начиная с раннего детства. Результаты данного исследования были опубликованы в журнале «Психиатрия» №5, 2003 г. (Марголина И.А., Козловская Г.В., Проселкова М.Е.). В группу наблюдения вошли 80 детей (50 раннего и дошкольного и 30 младшего школьного возраста). У одного и того же ребенка врачами и юристами были верифицированы повторные физические повреждения: неоднократные ушибы, переломы в 74 случаях, множественные гематомы, черепно-мозговые травмы. В результате исследования было выявлено, что у детей из условий физического насилия прослежены в зависимости от возраста следующие виды психической патологии: нарушение психического развития (парциальная и тотальная ретардация); психопатологические феномены, которые включают депривационные нарушения, аффективные колебания, вегетативные дисфункции. Характерными являлись расторможение влечений с ранними садистическими наклонностями, и, наконец, формирование личности с эмоциональной искаженностью, некритичностью, внушаемостью, подчиняемостью, виктимностью (поведением жертвы), отсутствием позитивных социальных установок со стремлением к асоциальному группированию и криминализации. Выявленный определенный стереотип динамики психических нарушений у детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия позволил подтвердить наличие особого симптомокомплекса – «синдрома насилия». Наблюдения показали, что раз возникшие, связанные с физическим насилием нарушения быстро включаются в структуру личности ребенка, они мало обратимы, даже после прекращения воздействия психогенного фактора физического насилия.

По данным отделения судебно-психиатрической экспертизы детей и подростков ГНЦ ССП

¹ Обращение к гражданам России Министра внутренних дел РФ Р. Нургалиева и председателя Общественного совета при МВД России И. Резника. Российская газета. 20.06.2007 г.

им. В.П. Сербского с 2000–2006 гг. прошли стационарное освидетельствование 977 несовершеннолетних правонарушителей. Анализ совершенных ими правонарушений показал, что более 60% из них совершили агрессивно-насильственные действия против личности (ст. 105, 111, 112, 118, 119, 131 и 132 УК РФ), причем 86% из этого числа – убийства и нанесение тяжких телесных повреждений, повлекшие смерть потерпевшего (ст. 105 и 111 ч. 4 УК РФ), 12% совершили правонарушения сексуального характера (ст. 131, 132 УК РФ). В состоянии алкогольного опьянения в период совершения ООД находились более 1/3 из них (35,3%). Причем 78,5% совершили тяжкие и особо тяжкие деликты, будучи в состоянии алкогольного опьянения, 50% из них были признаны невменяемыми в связи с психическим расстройством.

При изучении микросоциальных факторов оказалось, что более 80% несовершеннолетних правонарушителей воспитывались в неблагополучных семьях в условиях эмоциональной депривации, причем 55% из них подвергались физическому насилию и нескольким формам насилия одновременно, а 30% несовершеннолетних, совершивших преступления против половой неприкосновенности (ст. 131, 132 УК РФ) сами в прошлом были жертвами сексуального насилия и злоупотребления.

Следовательно, в результате жестокого обращения подростки становятся потенциальными преступниками. Насилие со стороны родителей толкает детей на ответные действия. Таким образом, в формировании агрессивного поведения у детей и подростков наряду с рядом факторов (биологических, экзогенно-органических, соци-

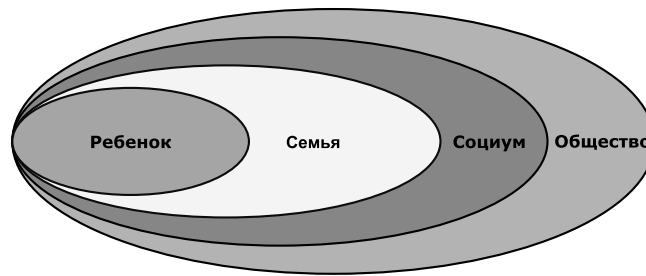


Рис. 3. Экологическая модель жестокого обращения с детьми

альных и т. д.), немаловажную роль играет фактор «научения в семье» агрессии (Baron, Richardson, 1983).

Отсутствие в семье положительных эмоциональных связей приводит к социально-психологическому отчуждению ребенка. Выброшенные из семьи подростки в поисках самоутверждения и защиты зачастую попадают в группы антиобщественной направленности. Их негативная социализация проявляется, с одной стороны, через открытый конфликт с окружающими, с другой стороны – через перенесение основной активности в другие сферы, – такие как злоупотребление психоактивными веществами, что усугубляет их озлобленность и агрессию, а в итоге негативно отражается на статистической картине преступности несовершеннолетних.

Таким образом, социальное сиротство, депривация, алкогольная зависимость и психические аномалии у родителей, так называемый наследственно-генетический паттерн, представляет собой психосоциальный фактор, который, наряду с биологическим фактором, влияет на формирование ранних эмоционально-волевых расстройств у детей и подростков, искажает их социализацию, способствуют девиантным и делинквентным формам поведения.

Представленная экологическая модель помогает понять многогранную природу насилия, жестокого обращения, проявляемую родителями по отношению к своим детям. Впервые эта модель была использована в конце 1970-х годов для изучения жестокого обращения с детьми. Данная модель исследует взаимосвязи между личностью самого ребенка и окружающими его людьми – его микромиром и контекстуальными факторами (социокультуральная система – общество) и рассматривает насилие как продукт множества факторов, влияющих в итоге на психическое здоровье и социальное функционирование детей.

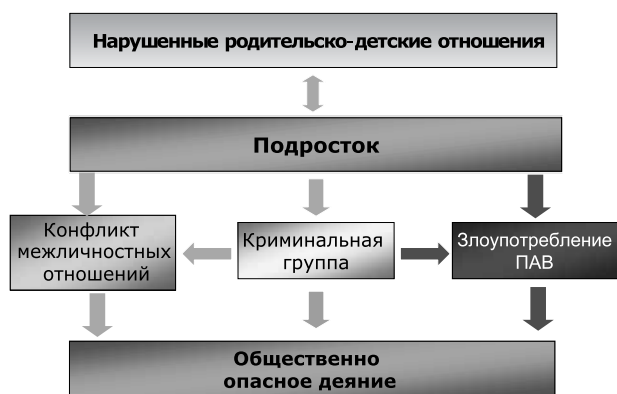
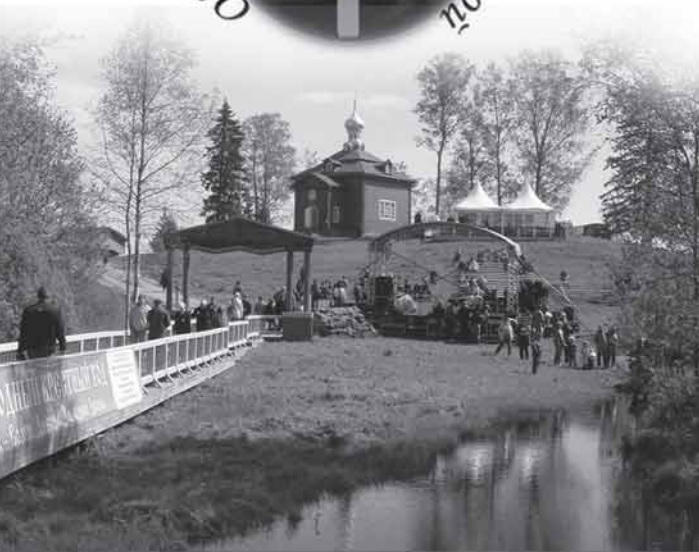


Рис. 2. Негативная социализация несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации



НАШИ ДРУЗЬЯ И КОЛЛЕГИ

**(ОБМЕН ОПЫТОМ МЕЖДУ
РЕГИОНАЛЬНЫМИ ОБЩЕСТВАМИ
ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ)**



Общество
православных врачей
г. Владивостока

Деятельность в защиту жизни и
традиционных семейных ценностей



ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ г. ТВЕРИ

История создания

Общество православных врачей г. Твери имеет сравнительно небольшую историю.



Юрий Евгеньевич Лошкарев

Оно было учреждено 21 ноября 2007 г. Толчком к созданию объединения верующих медиков послужил съезд православных врачей России в г. Белгороде в сентябре 2007 г., на котором по благословению Архиепископа Тверского и Кашинского Виктора присутствовали и тверские представители в лице клирика Покровского храма священника Романа Манилова и врача-нейрохирурга 4-й Горбольницы А.В. Чаплыгина.

При выборе председателя Общества православных врачей на учредительном собрании единогласно был избран глава Департамента здравоохранения г. Твери, врач-невролог высшей категории Юрий Евгеньевич Лошкарев. Духовником Тверского общества православных врачей стал священник Роман Манилов.

Не секрет, что современное общество пока настороженно и с некоторым недоумением воспринимает существование самой православной медицины. Поэтому необходима всесторонняя пропаганда идей православной медицины и христианских принципов милосердия и заботы о человеке во врачебном искусстве. Без православного понимания причин болезни невозможно полное излечение. Медицина есть беззаветное служение страдающему, больному человеку.

Само собой пришло желание называть Общество православных врачей г. Твери именем первой русской сестры милосердия и проповедницы христианских идей в медицине – Екатерины Михайловны Бакуниной.

Во имя любви и добра

Есть в Тверской области старинное село под названием Прямухино, вся история которого связана с родом Бакуниных. Род этот, существующий более 500 лет, вписал много славных страниц в российскую и мировую историю, дав целую плеяду блестящих дипломатов, губернаторов, военных, ученых, литераторов.

Екатерина Бакунина была блестящей светской дамой, но душа ее все время хотела чего-то большего; стремления быть нужной, помочь ближнему перевешивали желания развлечений и удовольствий. В 1853 году началась Крымская война. Для оказания медицинской помощи раненым основоположник военно-полевой хирургии Николай Пирогов и великая княгиня Елена Павловна создали в Петербурге Крестовоздвиженскую общину сестер милосердия. Екатерина Бакунина одной из первых прошла медицинскую подготовку и в составе 3-го отряда прибыла в Крым. В осажденном Севастополе кровь уже лилась рекой...

«Ежедневно днем и ночью можно было ее застать в операционной, ассистирующей при операциях, в то время когда бомбы и ракеты... ложились кругом... Она обнаружила со своими сообщницами присутствие духа, едва совместимое с женской натурой».

Н. Пирогов

В конце 1855 года Екатерина Михайловна возглавила особое отделение медсестер для перевозки раненых в Перекоп. А позднее она получает предложение возглавить Крестовоздвиженскую общину. Вместе с почетным назначением приобретает и новые обязанности, в том числе и контроль за всеми временными военными госпиталями, где оставались еще тысячи раненых. Она возвращается в Крым...

Летом 1860 года Бакунина оставляет общину и уезжает в деревню. Здесь, в Новоторжском уезде Тверской губернии, начинается новый, не менее яркий этап ее жизни. В то время одна за другой вспыхивали опасные эпидемии – чумы, холеры, оспы, тифа, унося тысячи жизней. Население уез-



*Сестры Крестовоздвиженской общины сестер милосердия во время Крымской войны.
«...Крестовоздвиженская община – произведение патриотического чувства, стремящегося участвовать в
общем деле, испытывающего сильное сочувствие к стольким страданиям и готовность разделить
общую опасность и труды»*

Н. Пирогов



Возложение цветов к месту, где был семейный склеп Бакуниных

да обслуживал всего один врач, и Екатерина Михайловна открывает на свои средства маленькую больничку на восемь коек, ведет амбулаторный прием. К концу уже первого года количество получивших помощь превысило две тысячи, а через год удвоилось и далее нарастало. Так был заложен первый камень земской медицины в Новоторжском уезде.

В 1877 году началась русско-турецкая война, и Бакунина, как одна из опытейших организаторов госпитального дела, была востребована руководством российского Общества Красного креста. Несмотря на 65-летний возраст, она едет на Кавказ в качестве руководительницы медсестер временных госпиталей. Ее деятельность здесь была еще более обширной, чем в годы Крымской войны. В 1893 году, за год до смерти (а умерла Бакунина, перешагнув через 80-летие), она написала живые и яркие «Воспоминания сестры милосердия Крестовоздвиженской общины». Такова была эта удивительная женщина. Сегодня лучшие медсестры России награждаются международной медалью имени современницы Бакуниной – англичанки Флоренс Найтингел, которая вошла в историю мировой медицины как героиня той же Крымской войны и создательница системы подготовки медсестер в Англии. Имя же нашей соотечественницы, врачевательницы простых людей было забыто. Поэтому одно из направлений деятельности Общества православных врачей г. Твери – восстановление памяти о добрых делах Екатерины Бакуниной.

Направления деятельности ОПВ

Основные направления работы – просветительская деятельность, всестороннее участие в реализации и пропаганде программы «Естественные роды», организация культурных программ, работа по возрождению историко-культурных

ценностей и духовного наследия. Все деятельность ОПВ г. Твери проходит в тесном взаимодействии с Тверской епархией. Большая роль отводится и совместной работе с Тверской государственной медицинской академией.

Просветительская работа ОПВ г. Твери

Первым мероприятием Тверского общества православных врачей стала открытая конференция «С верой, наукой и милосердием к здоровью каждого человека», которая прошла в Тверской государственной медицинской академии 25 января 2008 г.

На конференцию приехали известные московские ученые, являющиеся членами российского общества православных врачей. В насыщенную программу конференции вошли интересные доклады на темы истории и принципов православной медицины, бесценного вклада ее основоположников в дело врачевания души и тела человеческого. Не остались вне обсуждения проблемы социальной медицины, демографии, врачебной этики и многие другие.

14–18 апреля 2008 г. в Москве прошел XV Международного конгресса «Человек и лекарство». На конгрессе впервые заработала секция «Православие и медицина», в заседаниях которой активное участие приняли члены Общества православных врачей России, в том числе и из г. Твери. В качестве некоторых результатов работы секции можно назвать:

- учреждение серебряной медали Е.М. Бакуниной – для повышения статуса профессии медсестры и награждения лучших сестер милосердия;
- присвоение имени Екатерины Бакуниной Тверскому медицинскому колледжу и учреждение Бакунинской стипендии для лучших студенток.



Дни славянской письменности и культуры. Медицинская секция. Тверская государственная медицинская академия



В мае 2008 г. ОПВ приняло активное участие в работе Дней славянской письменности и культуры в Твери. Работала Медицинская секция.

17–21 июня 2008 г. Тверское ОПВ участвовало в конференции «Психическое здоровье и национальная безопасность» в г. Архангельске.

**Программа ОПВ г.Твери
«Естественные роды»**



В настоящее время в женских консультациях и роддомах нашей страны, увы, наблюдаются мно-



Сотрудничество с Московским центром «Радость материнства». Передача в роддома и женские консультации г. Твери икон Божией Матери «Помощница в родах»

гочисленные случаи негативного отношения к женщинам, желающим родить третьего-четвертого ребенка. В них открыто действуют 200 филиалов Ассоциации планирования семьи. Комитет по биоэтике при Московской Патриархии не раз заявлял, что действия этой Ассоциации противоречат национальным интересам России. Отношение специалистов к родовспоможению у нас в стране – как к клиническому воздействию. В карте женщины, приходящей в роддом, чтобы родить ребенка, ее состояние априори называется «болезнь». Но рожать – это так же естественно, как дышать, общаться, говорить. Естественные роды ставят во главу угла мать и ее малыша. Естественные роды физиологичны, это роды, которые приносят чувство радости и гармонии. При естественных родах присутствует понимающий и думающий врач, который помогает женщине, считается с ее чувствами, заботится о здоровье ее и малыша. И самое главное, любое медицинское вмешательство в процесс

«Духовные раны могут быть уврачеваны только духовными средствами. Русская Православная Церковь имеет такие средства. Она дает человеку возможность обрести жизнь во Христе и свободу от греха. Через это, например, врач освобождается от необходимости клятвопреступления и совершения убийства неродившихся душ; педагог – от навязывания детям безнравственности и стремления к земному благополучию любой ценой; матери – от убийства своих неродившихся детей ради легкой жизни. Стремление к получению удовольствия, ставшее основной целью современного человека, исказило взаимоотношения между супругами, между родителями и детьми. Эгоистическую мотивацию и потребительские установки в поведении людей, особенно молодежи, надо заменить самоотвержением ради любви к Богу и служению ближним. Для этого их сознание должно формироваться на основе православного учения о предназначении человека, о смысле его жизни, об основных принципах бытия».

Митрополит Калужский и Боровский Климент

естественных родов проводится только в случае действительной, а не мнимой необходимости.

Программа «Естественные роды» направлена на воцерковление врачей-акушеров и возрождение культуры родовспоможения.

В рамках программы проходит сотрудничество с Московским центром «Радость материнства», православные медики участвуют в международном семинаре Мишеля Адена, известного врача-акушера.

Культурно-просветительское сотрудничество

Совместно с Тверской Государственной медицинской Академией проводятся вечера духовной музыки. Широкое признание получили концерты авторской духовной песни Светланы Копыловой и «Покровские вечера». ОПВ г. Твери принимает деятельное участие в движении за возрождение дворянских усадеб как духовно-культурного комплекса.



Светлана Копылова

Несмотря молодость ОПВ г. Твери, мы можем смело сказать: начало положено. Рубикон пройден! Надо идти дальше.



ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ г. ВЛАДИВОСТОКА



Встреча руководителя общества о. Александра с врачами 5-го роддома г. Владивостока

Общество православных врачей (ОПВ) г. Владивостока было создано и зарегистрировано в апреле 2004 г. Создание общества – отклик на реалии сегодняшнего дня: культ потребительства, вседозволенности и эгоизма. В наше время становятся редкостью проявления милосердия, самопожертвования. Но для православных врачей именно эти нравственные категории являются определяющими. Деятельность общества включает в себя лечебно-консультативное и просветительское направления.

Лечебно-консультативная помощь оказывается членами общества несколько раз в неделю в течение рабочего дня. Координирующим стержнем является диспетчерская служба. Каждый человек может позвонить на сотовый телефон и задать вопросы, касающиеся здоровья, социальных проблем и получить полезную информацию. Очень часто люди обращаются по социальным вопросам: помощь инвалидам, престарелым.

Диспетчер нашего ОПВ – женщина с высшим немедицинским образованием, закончившая 2-годичные катехизаторские курсы при епархии, она имеет необходимый опыт работы и общения с людьми. За год поступает около 100 звонков.

Нарколог и психолог ОПВ помогают в реабилитации при алкогольной и наркотической зависимостях в душепопечительском центре (ДПЦ), созданном в том же году, что и Общество православных врачей г. Владивостока.

Председатель ОПВ г. Владивостока – протоиерей Александр Талько, по медицинской специальности травматолог. Он же – духовник ДПЦ и сестричества сестер милосердия, возглавляет социальный отдел епархии.

Просветительская деятельность включает: ежемесячные тематические заседания ОПВ на клинических базах, участие в конференциях, заседаниях других медицинских обществ.

Православные врачи ежегодно принимают участие во Всероссийских общеобразовательных чтениях памяти святых Кирилла и Мефодия, готовят работу секции социального служения церкви на данных чтениях, выезжают на административные районные конференции Приморского края, выступают с актуальными докладами, рассказывают о проблемах нравственности в медицине и общества в целом.

Врачи ОПВ участвуют в актуальных программах местного телевидения.

Стало доброй традицией выступление протоиерея Александра перед студентами и курсантами Владивостокского Государственного медицинского университета. В этом университете периодически на разных кафедрах выступает секретарь Общества православных врачей, частая тема его докладов – жизнь и деятельность святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

Силами общества ежегодно выпускаются информационные листки. Члены ОПВ ежегодно пи-



В медицинских учреждениях представители ОПВ размещают информационные стенды

шут статьи в местные медицинские и научно-популярные журналы. Опубликована статья председателя ОПВ в центральном светском журнале.

В рамках всероссийского движения «За жизнь и семейные ценности» (региональное Приморское отделение создано на базе ОПВ) появился центр «Колыбель», где врачами ОПВ оказывается психологическая, лечебно-консультативная, материальная помощь беременным женщинам, оказавшимся в кризисной ситуации. Проводятся акции «В защиту жизни», «5000 свечей», приуроченные ко Дню защиты детей 1 июня и день памяти 14000 убиенных младенцев в Вифлееме 11 января. Еже-

недельно по четвергам в Покровском кафедральном соборе проводятся молебны об укреплении семьи перед иконами «Три радости», «Млекопитательница», «Алабазинская икона Пресвятой Богородицы – Помощница в родах», свв. Петра и Февронии Муромских.

В женских консультациях, медицинских центрах организованы тематические стенды «Спаси и сохрани» о недопустимости абортов. На территории храмов вывешиваются баннеры по данной теме.

В родильных домах размещены стеллажи с православной литературой.

Каждый член ОПВ – воцерковленный врач, живущий духовной жизнью в своем приходе (исповедающийся и причащающийся). Ежемесячно (4-й четверг месяца) в больничном храме во имя святого Великомученика и целителя Пантелеимона проходят молебны с чтением акафиста свт. Луке (Войно-Ясенецкому).

Еженедельно (каждый четверг) там же читаются акафисты св. Луке членами ОПВ.

По благословению председателя ОПВ совершаются паломнические поездки в монастыри епархии врачей ОПВ совместно с невоцерковленными врачами различных клиник г. Владивостока.

В ОПВ состоят около 13 действительных членов, 11 кандидатов в члены ОПВ, 4 ассоциированных члена (с учетом ежегодной динамики: выбыл – прибыл).



Акция «Свечи Памяти» в канун Дня защиты детей становится в г. Владивостоке ежегодной



В ЗАЩИТУ ЖИЗНИ



Зажжено 5000 свечей по числу ежедневно совершаемых в России абортов





**ИСТОРИЧЕСКИЕ
МАТЕРИАЛЫ**



СВЯТ ЛУКА
Духовникъ

Исповѣдникъ
Синодальныи

СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА – ВРАЧ И ЕПИСКОП

ПЕРЕСЛАВЛЬ-ЗАЛЕССКИЙ ПЕРИОД ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗЕМСКОГО ВРАЧА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО (1910–1917 гг.)

*С. И. ВОРОБЬЁВ, Московская государственная
академия тонкой химической технологии
им. М.В. Ломоносова.*

*Ю. Я. НИКИТИНА, Государственный Пере-
славль-Залесский историко-архитектурный и
художественный музей-заповедник.*

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий – один из лучших хирургов своего времени, известный анатом, профессор, доктор медицинских наук, автор 55 научных трудов по медицине и анатомии, а так же 10 томов православных проповедей. Его многогранная фигура привлекает внимание многих исследователей, по его учебникам преподают в медицинских учебных заведениях, его проповеди читают и изучают.

В.Ф.Войно-Ясенецкий родился в городе Керчи 27 апреля 1877 году. После окончания учебы на медицинском факультете Киевского университета В.Ф.Войно-Ясенецкий посвятил свою жизнь земской медицине, став простым земским врачом. Валентин Феликсович являлся главным хирургом эвакогоспиталя во время Великой Отечественной войны. Одновременно был крупным религиозным деятелем Русской Православной Церкви. Удостоен Сталинской премии первой степени за книги «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при огнестрельных ранениях суставов» в 1946г., награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.». Избран почетным членом Московской Духовной академии, награждён Бриллиантовым крестом на клобук Патриархом в 1944г.

Практика хирурга-врача началась в 1904 году в Чите, когда разразилась русско-японская война. Он сразу же стал оперировать на костях, суставах и черепе. Как и другие хирурги, Валентин Феликсович работал, не покладая рук. Там он познакомился с сестрой милосердия Анной Васильевной Ланской, которая покорила хирурга «исключительной добротой и кротостью характера». Вскоре они поженились.

Семья Войно-Ясенецких переехала в Курскую губернию. Валентин Феликсович все время совершенствовал свое мастерство. Его хирургическая и глазная практика становится широко известной. К нему едут за помощью из других уездов и губерний.

В 1909 году вместе с семьей Валентину Феликсовичу пришлось уехать в Москву. Сначала он по-

ступил экстерном в клинику профессора Петра Ивановича Дьякова – основателя журнала «Хирургия», а затем в Институт топографической анатомии и оперативной хирургии.

В земских больницах хирургу приходилось сталкиваться с проблемами обезболивания при операциях. Бывали случаи тяжелых осложнений после применения общего наркоза, и молодой врач стал искать новые пути анестезии. Книга немецкого хирурга Г.Брауна «Местная анестезия, ее научное обоснование и практические применения» стала для него источником вдохновения и толчком к собственным разработкам. Молодой хирург живо интересовался регионарной анестезией, и поставил перед собой задачу заняться разработкой новых ее методов.

В ноябре 1910 году Валентин Феликсович получил предложение на работу хирургом в Переславль-Залесской земской больницы на 30 коек. С этого времени начался его переславский период. С этим городом многое связывает В.Ф.Войно-Ясенецкого: здесь он много трудился, защитил диссертацию, увлекся научной работой, задумал свой труд по гнойной хирургии, здесь у него родился сын.

Можно предположить, что именно на священной Переславской земле – Земле Русской святости произошёл постепенный переход врача В.Ф.Войно-Ясенецкого к глубокой православной вере. История этого города удивительна. Роль Переславль-Залесского в становлении Москвы трудно переоценить. С присоединением Москвы к Переславль-Залесскому княжеству в 1175 году будущая столица из бедного и неизвестного удела превратилась в сильное и богатое княжество. Именно с тех пор началось возвышение Москвы, превращение её в центр объединения всех государственных сил. Переславль-Залесский посещали почти все великие князья и цари рода Рюриковичей, Годуновых и Романовых.

Великие святые просияли в земле Переславской: св. благоверный великий кн. Александр Не-



вский; св. благ. князь Андрей Смоленский; св. преподобный Никита Столпник; св. преподобный Даниил Переславский; св. преподобный Корнилий Молчальник; св. преподобный Дмитрий Прилуцкий; св. преподобный Герасим Болдинский; местночтимый святой блаженный Мишенька Христа ради юродивый. В Переславль-Залесском посвящали в игумены св. преподобного Сергия Радонежского в древнейшем Спасо-Преображенском соборе XII века, построенным великим князем Юрием Долгоруким и св. великим князем Андреем Боголюбским. Переславль-Залесский - колыбель Российского флота связан с именем Петра I. В Переславль-Залесском в 1611–1613 гг. был сбор отрядов ополченцев князя Пожарского, перед освобождением Москвы от польских интервентов. В мае 1913 году Переславль-Залесский посетил император Николай Александрович, он ознакомился с местами связанными с памятью супруги Иоанна Грозного Анастасии Романовны и её сына Феодора, также императора Петра.

В Переславль-Залесском к тому времени, когда впервые приехал В.Ф.Войно-Ясенецкий, осталось 4-е древних монастыря из более чем полутора десятков, а также 28 храмов. Религиозная атмосфера древнего православного города навеяла особое настроение на молодого врача В.Ф.Войно-Ясенецкого. В своих воспоминаниях о периоде жизни в Переславле - Валентин Феликсович пишет: «Быть священно-служителем, а тем более епископом, мне и во сне не снилось...» Сам не понимал, почему в книге «Очерки гнойной хирургии» будет стоять подпись «епископ», вспоминал Валентин Феликсович.

Кроме того, в медицинских отчётах того времени можно было узнать, что довольно часто услугами хирурга В.Ф.Войно-Ясенецкого пользовались семьи священников, насельники Переславских монастырей, монахини Федоровского монастыря, стоящего недалеко от земской больницы.

Действительно, Переславль-Залесский считается землёй Русской святости. Красота древнего города с его великолепными храмами и монастырями, огромным Плещеевым озером, по-видимому, произвела большое впечатление в религиозном плане на В.Ф.Войно-Ясенецкого.

Через два года работы в Переславле - в 1912 году В.Ф.Войно-Ясенецкий принимает дела от главного врача больницы Ф.Г.Буткевича и становится не только хирургом, но и главным врачом Переславской земской больницы. Под его руководством делается многое для улучшения лечения больных и работы врачей земской больницы.

Отношения с властями города и земства сложились для Валентина Феликсовича благоприятно. Его уважали «отцы» города, Переславская земская управа охотно давала деньги на реконструкцию и оборудование больницы. Любили его и горожане, его имя в городе было окружено глубочайшим почтением.

Летом 1912 года было построено новое каменное здание для аптеки и амбулатории. В освобожденные помещения частично поместили расширяющееся терапевтическое отделение. Благодаря этому появилась возможность лучше обеспечивать лечением больных этого отделения. В 1913г. была закончена постройка нового заразного барака на 16 коек и 2-х этажного каменного здания для прачечной и дезинфекционной камеры.

На плечи Валентина Феликсовича легли не только лечебные, но и организационные вопросы. Он подводит результат работы больницы в отчете за 1912-1913 гг., сетуя на то, что хирургическое отделение постоянно переполнено: большинство нуждающихся в стационарном лечении обходятся амбулаторным лечением, многим больным приходится отказываться в стационарном лечении. Особенно это касается глазных больных. Поэтому Валентин Феликсович предлагает передать две палаты терапевтического отделения, для послеоперационных глазных больных. Кроме того, он предлагает открыть в больнице родильное отделение, проявляя заботу о женщинах разных сословий.

«В Переславской больнице врачам сплошь и рядом приходилось иметь дело с самыми трудными в диагностическом и лечебном отношении больными, - пишет Валентин Феликсович. В больнице делались самые ответственные и самые опасные операции, как, например, операции на мозге, почках, желчных путях. Это все обязывало иметь в больнице все диагностические и технические средства...». Что и добивался главный врач больницы.

В «Отчете о деятельности Переславской земской больницы» Валентин Феликсович сообщает о проведенных операциях, способах анестезии, приводит примеры из истории болезней.

В отчетном докладе главный врач больницы приводит таблицу хирургических операций, которые с 1907 года постоянно растут.

За 1907 год было выполнено 254 операции, за 1909 год - 266 операции, в 1911 году число оперативных вмешательств возросло до 370, в 1913 году - до 424 случаев.

И это только в стационаре. В амбулатории В.Ф.Войно-Ясенецкий вместе с фельдшером делал в год от 600 до 700 «малых» операций.

В 1913 г. зарегистрировано общее число историй болезней - 978, но в отчет Валентин Феликсович выбрал лишь 214, те случаи, которые представляют больший интерес. Даже отчетный доклад можно считать промежуточной работой над научной темой.

Главный врач Переславской больницы делал в своей операционной решительно все, что делали хирурги начала двадцатого века. Медицинскую помощь, которую оказывал в Переславле земский врач Войно-Ясенецкий, в наше время могут повторить разве, что специалисты шести или семи хирургических специальностей.

Год 1914 – начало первой мировой войны. Для врачей это трудная и напряженная работа. В Переславле создается комитет по сбору пожертвований на устройство лазарета, который обращается с ходатайством на имя Переславского уездного земского собрания. В Переславль поступало немного раненых в связи с тем, что город перевозили только тех, кому была незатруднительна транспортировка за 20 верст от железной дороги. Главный врач сокрушался такому обстоятельству, так как в Переславской больнице было бы возможно лечение тяжело раненых в гораздо большей степени.

В годы войны В.Ф.Войно-Ясенецкий оперировал не только гражданских больных, но и военных, в том числе и раненых плененных противника. В связи с условиями военного времени в 1914 году больница работала напряженно. Об этих событиях делится Валентин Феликсович: «В течение года поступило 1464 больных, 74 из них умерло, 22 после хирургических операций, 52 в терапевтическом отделении». Всего 5% летальности – это не большой процент, учитывая военное время. Число коек в больнице увеличилось в 1914 году до 84, вследствие открытия заразного лазарета на 16 коек для раненых, поступивших с театра военных действий.

Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий начал использовать регионарную анестезию в Переславской земской больнице и на основе приобретённого опыта приступил к работе над научным трудом «Регионарная анестезия». В условиях военного времени доктору Валентину Феликсовичу пришлось ограничить применение регионарной анестезии, так как не было новокаина. Поэтому увеличилось число операций, производимых под общим наркозом, для которого, как и прежде применялся эфир в форме капельного наркоза с обыкновенной маской Эсмарха. Практика, проведённая, в это время показала, что наркоз протекал, как правило, хорошо, и серьезных осложнений не наблюдалось. Предварительное подкожное впрыскивание морфия проводилось лишь в немногих случаях. Часто достаточно легко удавалось усыпить эфиром даже крепких мужчин. В случаях, когда долго не наступал сон от эфира, применялся хлороформ до полного усыпления, а затем наркоз поддерживался опять эфиром.

В 1915 году в Петрограде вышла книга В.Ф.Войно-Ясенецкого «Регионарная анестезия», блестяще иллюстрированная самим автором, в которой он обобщил и результаты исследований, и свой богатейший хирургический опыт. За эту работу Варшавский университет присудил Валентину Феликсовичу премию имени Хойнацкого. Московские «маститые» врачи, много лет равнодушно взирали на изыскания провинциального хирурга. И вдруг они прозрели на защите диссертации В.Ф.Войно-Ясенецкого: для своего времени его работа действительно являлась крупным событием.

В 1916 году, живя в Переславле, Валентин Феликсович защитил диссертацию по своей монографии «Регионарная анестезия» и получил степень доктора медицины. Интересен был отзыв профессора Мартынова, приват-доцента. Он сказал следующее: «Мы привыкли к тому, что докторские диссертации пишутся обычно на заданную тему с целью получения высших назначений по службе и научная ценность их невелика. Но когда я читал вашу книгу, то получил впечатление пения птицы, которая не может не петь, и высоко оценил ее».

В диссертацию «Регионарная анестезия» включены труды и отчеты о деятельности Переславской земской больницы, отличные иллюстрации и фотографии, кстати, фотографированием святитель начал увлекаться в Переславле.

Прекрасно владея техникой глазных операций, он многим слепым возвращал зрение. Глазные операции проводились Валентином Феликсовичем вкапыванием кокаина, но были случаи замораживания хлор-эфиром.

Читая истории болезни написанные святителем, вырисовывается коллективный портрет переславского сельского и городского обывателя. Здесь раскрывается быт мужика, как, например: «ушиб ногу упавшим бревном», «ударил в лицо копытом лошадь», «упал с воза», «свалился со стога». И бесчисленные грыжи: пупочные, паховые, которые указывают на тяжелый труд людей. «В праздник получил колом по голове», «тесть ткнул вилами в бок», «пьяный сам упал с крыльца», «на Петров день получил удар в грудь ножом».

По воспоминаниям переславского врача И.В.-Миронова, земский врач В.Ф.Войно-Ясенецкий ездил в больницу на извозчике, хотя жил он недалеко в доме помещицы Лилеевой, в которой семья снимала квартиру из пяти комнат. Жила семья скромно: мебель была простенькая, но приходило много книг по почте. Иногда посещал В.Ф.Войно-Ясенецкий церковную службу в древнейшем Спасо-Преображенском соборе, построенном в XII веке кн. Юрием Долгоруким и св. кн. Андреем Боголюбским. Происходило это не часто, по большим праздникам, с правой стороны у Валентина Феликсовича было свое место. Но имеются сообщения, что Валентина Феликсовича посещал и соседний храм Владимирский, который стоит рядом со Спасо-Преображенским собором.

Семья жила изолированно – Валентин Феликсович был занят научной работой или проводил операции. Гостей семья почти не принимала. На службе Валентин Феликсович сдружился с семьёй Михневичей: врачами Софьей Дмитриевной и Иваном Михайловичем. Софья Дмитриевна дружила с игуменьей Фёдоровского монастыря Олимпиадой, которая, в свою очередь «навещала семью врача попить чайку».

Хорошо знала семью Войно-Ясенецких Анна Петровна Альбицкая, дочь профессора военно-



медицинской академии Петра Михайловича Альбицкого (1880-1922 гг.) и жена профессора этой же академии Михаила Ивановича Граменицкого (1882-1942 гг.). Михаил Иванович был племянником Петра Михайловича Альбицкого (сын его сестры). У Михаила Ивановича и Анны Петровны в 1922 году родился сын Петр Михайлович, который также окончил, как дед и отец военно-медицинскую академию в С-Петербурге. Это плеяда выдающихся учёных медиков, имена которых тесно связаны с Санкт-Петербургской военно-медицинской академией и Переславль-Залесским.

Занимаясь исследованием и внедрением в практику регионарной анестезии, Валентин Феликсович в это же время задумал изложить свой опыт работы в книге, которую решил озаглавить как «Очерки гнойной хирургии».

В монографии «Очерки гнойной хирургии» приводится 273 примера из истории болезни всей его практики, 42 из них взяты по Переславской земской больнице и касаются пациентов города Переславля-Залесского и уезда.

«Очерки гнойной хирургии» были изданы четырежды: 1934г., 1946г., 1956г. и 2000 году. В предисловии к первому изданию В.Ф.Войно-Ясенецкий пишет, что книга, которую он написал, подводит итог его многолетним наблюдениям в области гнойной хирургии, которые он собирал с особенной любовью. Цель этого труда в том, чтобы, показать молодым врачам, что топографическая анатомия является важнейшей основой лечения диагностики гнойных заболеваний и выработки плана оперативного лечения.

Чрезвычайно тяжелый путь земского хирурга-самоучки, который пришлось пройти, научил Валентина Феликсовича весьма многому, поэтому возникло желание на склоне его хирургической деятельности, поделиться опытом. «Первое, что я болезненно почувствовал, начав работу на селе, - писал Валентин Феликсович - это крайняя недостаточность полученной мной в университете подготовки по диагностике и терапии гнойных заболеваний, которые, однако, оказались самой важной, самой повседневной частью хирургии для врача, работающего среди крестьян и рабочих. Надо было собственными силами пополнять этот тяжелый пробел, и я всю жизнь усердно занимался этим делом».

Предисловие к третьему изданию книги «Очерки гнойной хирургии» писали известные научной общественности профессора А.Н.Бакулев и П.А.-Куприянов. Они подчеркивают, что профессор В.Ф.Войно-Ясенецкий известен, как крупный специалист по гнойной хирургии. Его «Очерки гнойной хирургии» привлекли к себе общее внимание широтой охвата предмета и глубоким клиническим анализом заболеваний.

«Очерки гнойной хирургии» – являются фундаментальным трудом, и автор его по праву был удостоен Сталинской премии. Уже много лет монография В.Ф.Войно-Ясенецкого является настольной книгой многих и многих врачей.

В марте 1917 год профессор В.Ф.Войно-Ясенецкий переезжает из-за тяжелой болезни жены из Переславль-Залесского в далёкий южный город Ташкент. С 1917 году начался ташкентский период, который был связан с началом первых репрессий, с продолжением научной и медицинской деятельности, с лечением больных и глубокой религиозностью Валентина Феликсовича, который в дальнейшем принимает монашеский постриг с наречением имени апостола, Евангелиста, врача и художника святого Луки.

В Переславль-Залесском в 2001 году в память о деятельности В.Ф.Войно-Ясенецкого была открыта мемориальная доска на здании Переславской больницы: «Здесь, в бывшей земской больнице с 1910-1916 гг. работал главным врачом и хирургом профессор медицины святитель Лука, архиепископ Крымский (Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий) 27.04.1877-11.06.1961».

Литература

В.А.Лисичкин «Крестный путь святителя Луки» //Подлинные документы из архивов КГБ. И-во Московской патриархии, 2001г.

Н.Ильичева «Архиепископ Лука (В.Ф.Войно-Ясенецкий)» //Отдых христианина. Москва. 2001г.

Доктор медицины В.Ф.Ясенецкий-Войно. «Отчет о деятельности земской больницы» // Журналы Переславских земских собраний, 1914-1915 гг. Переславль-Залесский. В электронно-печатном виде. О.А.Федосеевой, 1916 г. ИНВ №1978.

В.Ф.Ясенецкий-Войно «Отчет о деятельности Переславской земской больницы 1914г.» // Переславль-Залесский. «Просвещение», 1915г. ИНВ №1947.

В.Ф.Ясенецкий-Войно «Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1910г.» // Владимир на Клязьме , 1911г. ИНВ № 1975.

В.Ф.Ясенецкий-Войно «Отчет о деятельности Переславской земской больницы за 1912 и 1913 годы» // Владимир на Клязьме, 1914г. ИНВ № 1976.

В.А.Поляков «Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий» // Журнал Хирургия № 8, Медгиз, Москва. 1957г.

Автобиография. Святитель Лука Крымский (В.Ф.Войно-Ясенецкий) «Я люблю страдания» // Москва, 2001г.

Журналы Переславской городской думы за 1910г. // Переславль, типография А.М.Шаланина. Семеновская улица, собственный дом, 1911г.

МАТВЕЙ ЯКОВЛЕВИЧ МУДРОВ

(1772, Вологда — 1831, Санкт-Петербург) — ординарный профессор патологии и терапии Московского государственного университета



Матвей Яковлевич Мудров — один из основателей русской терапевтической школы, первый директор медицинского факультета Московского университета — родился 23 марта 1776 года в Вологде. Первым в России он ввел во врачебную практику опрос больного и составление истории болезни, разработал схему клинического исследования больного.

Его отец — Яков Мудров, был священником. По стопам отца пошел старший сын Иван, а трое других — Алексей, Кирилл и Матвей — учились в семинарии. Бойчее других был Матвей: красивый, статный парень с черными бровями, кудрявыми волосами, он невольно привлекал к себе внимание. Заглядывались на молодого семинариста и вологодские девицы.

Сосед-переплетчик научил Матвея премудростям своего ремесла. Пригодилась эта наука молодому семинаристу, который стал деньги зарабатывать переплетом тетрадей своих товарищей. А потом и самому переплетчику стал помогать в деле продления жизни книгам.

Отец рано приучил Матвея к грамоте и на всю жизнь привил любовь к книге. Научил и латыни. Не было в Вологде лучшего чтеца во время богослужений. И быть бы Матвею хорошим священником, но, к счастью для русской медицины, встретился на его пути человек, перевернувший всю его жизнь. В поисках заработка молодой семинарист обратился в зажиточные семьи, где были дети, не нужен ли им учитель русского или латинского

языка. У штабс-лекаря Осипа Ивановича Кирдана подрастали два сына — Илья и Аполлон. Мечтал штабс-лекарь отправить их учиться в Москву, но перед тем надо было дать им азы науки. И стал Матвей учительствовать.

Как-то отец сказал Матвею: «Брось ты эту науку семинарскую, ищи свою дорогу в мирских делах. Вот твой отец — три языка знает, врачевать может, все псалмы и молитвы знает, а от бедности никуда не ушел». Задумался Матвей над словами отца, и решил стать медиком.

Книги Гиппократ и Цельсия были первыми, по которым Мудров выучил латинский язык. Не просто как науку о врачевании воспринял медицину Матвей. Он ее видел, как добавление к религии, которая призывает думать о ближнем, об его счастье. Узнав о решении Матвея ехать в Москву учиться медицине, Кирдан предложил взять Матвею своих детей, а он напишет письмо старому товарищу, нынче профессору Московского университета Керестури, чтоб помог поступить Матвею в университет.

В 1794 году 22 лет от роду подался Матвей в Москву в университет. Кирдан, как и обещал, написал письмо своему старому другу Францу Францевичу Керестури, венгру по происхождению, с просьбой помочь Мудрову с поступлением в университет. Как только приехали в Москву, повез старый профессор молодежь на Моховую, в университет.

Официально открытие Московского университета с тремя факультетами, в числе которых был и медицинский, состоялось в 1755 году, но деления на факультеты не было. Произошло оно только в 1764 году. Поэтому именно эту дату также считают знаменательной — она вошла в историю как дата организации первого Московского медицинского института.

Директор Московского университета Павел Иванович Фонвизин доброжелательно принял молодых людей. Он долго говорил с Матвеем о древних языках, которые тот знал хорошо. Директор остался доволен подготовкой парня из глубинки. По существующей процедуре каждый, прежде чем поступить в университет, должен пройти испытания в университетской гимназии. Матвея для обучения наукам определили сразу в старший класс, в виде исключения. Мало того, он произвел такое впечатление, что его приняли с оплатой из



университетского фонда и бесплатным проживанием в университете.

В университете училось всего 100 студентов. Инспектор Петр Иванович Страхов показал комнаты на втором этаже, в которых жили студенты, на третьем этаже – зал для торжеств с хорами, здесь же помещается кабинет естественной истории, а напротив – залы для занятий математикой и физикой. Четвертый этаж занимала гимназия. В левом крыле находились аудитории философского, юридического и медицинского факультетов, где была и гимназия для дворян.

Год пролетел быстро. И вот уже Матвею вручают шпагу окончившего гимназиста. Вручение производил куратор гимназии Михаил Матвеевич Херасков – старейшина русских литераторов, автор «Россияды». Не догадывался, вручая шпагу, Херасков, что перед ним будущий великий русский врач и преподаватель медицины, который прославит великую Русь.

Наконец-то Матвей переходит на третий этаж левого крыла университета, где размещался медицинский факультет. Клиник в университете еще не было, и вся медицина преподавалась теоретически. Кафедр было мало, каждый профессор читал несколько предметов. Схоластика отталкивала студентов от медицинского факультета. Попечитель университета М.Н. Муравьев, пытавшийся изменить систему обучения, описывая университет, признавал: «Медицинский факультет оставался без действия по малой склонности студентов к сему учению.»

Матвей любил лекции С.Г. Забелина, который читал правила медицины по книге Людвига, химию – по Фогелю, рецептуру – по медицинскому учебнику Миза. Семен Герасимович Забелин был одним из первых воспитанников Московского медицинского факультета и одним из первых, кто по окончании его был командирован учиться за границу и, наконец, первым, кто читал лекции на русском языке. Курс врачебных наук читали Фома Иванович Борецк-Моисеев и европейски образованный врач Федор Герасимович Политковский, преподававшие терапию, семиотику, гигиену и диетику. С этих врачей, можно сказать, и началась российская медицина.

С большим интересом слушал Матвей лекции М.И. Скидана (ум. в 1802 году), читавшего патологию, общую терапию, физиологическую семиотику, диетику, историю и энциклопедию медицины, и с величайшим удовольствием посещал лекции Керестури, первого своего знакомого в Москве. Керестури прошел большой путь практического врача, работал в Лефортовском госпитале. Показывая и проводя вивисекции, он не просто ограничивался перечитыванием того или иного анатомического строения, но и рассказывал, что происходит при тех или иных болезнях.

В конце первого курса за глубокое познание теоретических наук Матвей получил свою первую золотую медаль. В 1796 году он был допущен к курсу врачебных наук. Однако его поджидало разочарование. Курсы врачебных наук, как и все преподавание медицины, велись в отрыве от практики. Студенты не видели больных и даже на фантомах работали редко. Признавая прекрасные лекторские способности и знания профессора Виля Михайловича Рихтера, читавшего хирургию и повивальное искусство, студенты справедливо роптали, что профессора не знакомят их с повседневными трудами врача, диагностикой и лечением. Мудров впоследствии говорил: «Мы учились танцевать, не видя, как танцуют».

В жизни Мудрова было много случайностей, которые круто изменили его судьбу. Таким событием было знакомство с известным в Москве семейством Тургеневых. И.П. Тургенев заменил Фонвизина на посту директора университета и часто посещал университетскую церковь, в хоре которой пел Мудров. Пение понравилось, и Тургеневы пригласили Матвея к себе в дом. В этот вечер Матвей познакомился и с В.А. Жуковским, и с масоном сенатором И.В. Лопухиным, и с А.Ф. Мерзляковым, и с дядей А.С. Пушкина – Василием Львовичем Пушкиным. Послушав разговоры, юноша понял, что мало быть знающим врачом, надо быть еще широко образованным человеком. И засел за книги.

И вновь судьба сдала Матвею счастливую карту. Попросил однажды Ф.Г. Политковский способного студента Мудрова вскрыть оспенные нарывы на лице одиннадцатилетней Софьи, дочери университетского профессора Харитона Андреевича Чеботарева. Впоследствии она стала женой Мудрова и родила ему троих детей, из которых двое мальчиков, недолго пожив, умерли. Женитьба сына бедного вологодского священника на дочери одного из самых известных профессоров Московского университета откроет путь Мудрову в московское общество, даст возможность продвигаться по научной стезе, значительно облегчит вхождение в высокопоставленные круги общества, даст богатую клиентуру.

В 1800 году Матвей окончил Московский университет, и ему присвоили звание кандидата медицины, наградив второй золотой медалью за успешную учебу. А тут, кстати, император Павел брешил показать благосклонность к наукам и повелел отправить наиболее одаренных выпускников университета за границу для усовершенствования в науках. Мудров поедет на стажировку в медицинские школы Берлина, Парижа и Вены. Перед поездкой Софья, с которой Мудров обручился, помогала совершенствоваться ему в языках.

В марте 1801 года Мудров решил на отъезд. За границу можно было выехать из Санкт-Петербурга, где в одном из министерств служил чинов-

ником его брат – Алексей Яковлевич Мудров. Приехав в город, Матвей застал своего брата на смертном одре, тяжелобольным. Алексей скончался, оставив на руках Матвея малолетнюю дочь без каких-либо средств к существованию. Матвей вспомнил о рекомендательном письме будущего тестя Х.А. Чеботарева к Андрею Федоровичу Лобзину, конференц-секретарю Академии художеств.

Семейство Лобзиных приютило Матвея и его малолетнюю племянницу. Пока суд да дело, Матвей устроился работать в Морской госпиталь. Там, лечя «цинготных» больных моряков он познал азы практической медицины. Вначале из любопытства, а потом и для пополнения своих знаний он стал посещать лекции Медико-хирургической академии, сравнивал московских и петербургских профессоров, их знания и стиль преподавания. В академии работали тогда известные профессора П.А. Загорский (1764-1846), И.Ф. Буш и др.

Но вот вновь незадача. Темная мартовская ночь 1802 года оказалась не только трагичной для императора Павла, задушенного в своем замке, но и перечеркнула в связи с этим планы Мудрова. Было объявлено, что в связи со смертью императора Павла Петровича отъезд стипендиатов за границу на неопределенное время откладывается.

Что было делать, не возвращаться же в Москву! Полгода провел Мудров в Санкт-Петербурге, бегая по госпиталям и слушая лекции хирургов Загорского и Буша, которые помогали ему понять достижения лучших клиник Берлина, Вены, Парижа в области медицины. Не было бы счастья, да несчастье помогло. Именно здесь, в Петербурге, сформировался Матвей Мудров как русский врач. Здесь закладывались его знания практической медицины.

А за границу он все же поехал и как раз вовремя в Берлине как раз велась запись в клинике знаменитого Христиана Гуфеланда, работы которого Мудров изучал в Московском университете. Потрудившись в Берлине, он отправился в Лонсхут, а оттуда в другую «Мекку» медиков – Бомберг, где сияла звезда профессора Решлауба. Мудров быстро покинул один и второй университеты, твердо поняв, что только в опыте, в практике может быть истинная суть медицины, что теории, которые существуют в настоящее время, далеки от истины.

Летом 1803 года Мудров знакомится с Лейпцигским, а потом и с Дрезденским университетами. Осенью того же года он появляется в Геттингене, и останавливается на квартире своего друга Александра Тургенева. Здесь, в Геттингене, была одна из лучших в Европе клиник повивального искусства, которой руководил Озиандр. Заплатив 30 талеров, Мудров все дни проводил в клинике, изучая акушерство. В Вюрцбурге Мудров совершен-

ствовался в анатомии и хирургии, он оперировал вместе с Зибельтом, профессором этой клиники. В Вене он задержался в глазной клинике Беера.

Занятия в Париже Мудрову оказались не по карману, пришлось подрабатывать в семье князя Голицына, обучая его детей русскому языку. Заработка хватало, чтобы слушать лекции ведущих профессоров Пинеля, Порталья, Бойе и др. Весной 1804 года Мудров посылает в Московский университет написанную им в Германии диссертацию «Самопроизвольное отхождение плаценты», за которую он получит степень профессора медицины. В этом же году его будущий тесть Х.А. Чеботарев избирается первым ректором Московского университета. В Париже до Мудрова дошла весть об утверждении советом университета его докторской диссертации. Совет медицинского факультета присвоил ему звание экстраординарного профессора за его работу и труды, опубликованные за рубежом и присланные в Россию.

По просьбе попечителя университета Михаила Никитовича Муравьева Мудров пишет и направляет в Москву программу реорганизации системы обучения. На основании опыта работы лучших университетов Германии, Австрии, Франции он предлагает конкретные меры улучшения характера преподавания, чтобы приблизить обучение студентов к задачам практической медицины. Предоставляя «чертеж практических врачебных наук, снятый с главных училищ Германии и Франции», он высказал при этом свой взгляд на их преподавание. «Заблаговременное соединение теории с практикой составляет особый круг в медицине. Как науки, они имеют свои идеальные начала, почерпнутые из существа вещей. Как науки практические, они преосуществляются в искусство. Кто соединил науки с искусством, тот художник». Предложения понравились М.Н. Муравьеву, и в своих новых формах преподавания в Московском университете он из них многое заимствовал.

Голицыны, устав от Парижа, собрались в Италию и зовут Мудрова с собой. Но он рвется в Россию и отказывается от лестного предложения. В начале 1807 года вместе с побежденной при Аустерлице русской армией Мудров возвращается на родину. Проезжая через Вильно, он получил просьбу правительства поработать в Главном госпитале действующей армии. Этот госпиталь, как и другие в Вильно, был переполнен больными солдатами. Пользование недоброкачественными продуктами во время похода привело к вскрытию острых кишечных заболеваний. В Вильно не хватало врачей. Эпидемия «заразительных кровавых поносов», как в то время называли дизентерию, охватила значительную часть армии.

В 1807 году Мудров на французском языке издает сочинение о военно-полевой хирургии «Принципы военной патологии». Этот труд был



первым руководством по военно-полевой хирургии, написанный русским врачом. Он сыграл важную роль в подготовке военных врачей и организации лечения раненых в ходе Отечественной войны 1812 года.

Эпидемия кончилась. Мудров выполнил поставленные перед ним задачи и возвратился в Москву. Работа Мудрова, его печатные труды были высоко оценены не только медицинским обществом, но и правительством. Он получил чин надворного советника, одновременно из кабинета самого императора ему было выдано 2 тысячи рублей, что составляло в те годы приличную сумму. Руководство университета пожаловало Мудрову квартиру в университетском доме на Никитской улице.

М.Н. Муравьев пригласил из Германии 11 профессоров. Германская методичность, логика, точность и научная добросовестность пользовались всемирным уважением. Новый ректор университета Ф.Г. Баузе из-за засилья немцев никак не находит места Мудрову. Военный министр граф А.А. Аракчеев вместе с Генеральным инспектором военной медицины небезызвестным лейб-медиком царя Я. Виллье представили предложение о подготовке врачей, и государь одобрил его. Керестури предложил Баузе организовать специальный курс по данному вопросу и дать его вести Мудрову, тем более что он на Западе специально этот вопрос изучал. Так как все кафедры были заняты, Мудрова назначили профессором академического курса по преподаванию гигиены и военных болезней.

17 августа 1808 года Мудров впервые пришел в стены Московского университета как профессор, руководитель кафедры, преподаватель. И до 1831 года, до последних дней, его жизнь будет связана с университетом, который стал ему родным домом.

Матвей Яковлевич после Аустерлицкой битвы первым в России читает курс военной гигиены. Он автор первого руководства по военной гигиене, или науки сохранения здоровья военнослужащих, которое было опубликовано три раза – в 1809, 1813 и в 1826 годах. Он также был один из основоположников русской военно-полевой хирургии и терапии. Знаменательно, что его учеником в университете был будущий великий хирург Н.И. Пирогов. Мудров любил говорить молодым врачам: «Держитесь сказанного Гиппократом. С Гиппократом вы будете и лучшие люди, и лучшие врачи».

Весной 1809 года подал в отставку профессор Политковский – учитель Мудрова, руководитель кафедры патологии и терапии. 15 апреля 1809 года Мудров был утвержден в звании ординарного профессора кафедры патологии и терапии Московского университета, а через четыре года, в октябре, – московского отделения Медико-хирургической академии (1813–1817). В декабре 1811 года

Мудрова награждают орденом Владимира IV степени, а весной 1812 года избирают деканом Московского медицинского факультета.

Началась новая глава в жизни Мудрова – руководителя терапевтической клиники, на базе которой образовалась целая терапевтическая школа, давшая многих известных профессоров и практических врачей. С его именем связана реорганизация преподавания медицинских наук; были введены практические занятия для студентов и преподавание патологической и сравнительной анатомии, усилено оснащение кафедр учебно-вспомогательными пособиями и т. п. Он создал первую школу русских терапевтов, рассматривавших болезнь как страдание всего организма; подчеркивал, что основная задача врача – распознавание и определение причин заболевания, проведение комплексных лечебно-профилактических мероприятий. Он первым заявил о медицине профилактической. А его работы по дизентерии, холере, в борьбе с которой он погиб, – разве это не подвиг врача, о котором, к сожалению, забыли?

Вместе с большинством домов в 1812 году сгорел Московский университет. Невзирая на протест жены, Матвей Яковлевич дает деньги на строительство нового здания для своего храма науки и передает свою и своего тестя библиотеки взамен сгоревших книг. В январе 1817 года был назначен новым попечителем Московского университета – Андрей Петрович Оболенский. Для Мудрова это была большая радость, так как тот был не только хорошим знакомым Матвея Яковлевича, но и его пациентом. Мудров просил князя Оболенского, чтобы он добился у императора Александра I ассигнований на строительство Медицинского института. В это время Александра Ивановича Голицына назначили министром народного просвещения, с ним Мудрова связывали долгие годы знакомства.

В 1819 году было закончено сооружение нового анатомического театра, строительство которого курировал Мудров. Одновременно император Александр I подписал предложение московского генерал-губернатора и министерства просвещения о выделении денег на строительство университетской учебной больницы. Мудрову не терпелось как можно скорее получить учебную больницу и медицинский институт – первый медицинский институт в России. Небольшой клинический институт существовал с 1805 года, но в нем было всего 12 коек, да и те больше использовались для амбулаторных больных. К сентябрю 1820 года были готовы и новое здание больницы, и новое здание университета. Ученый совет единодушно просил вышестоящие инстанции о назначении первым директором Медицинского института при университете М.Я. Мудрова. Не было в то время в Москве фигуры более значительной для занятия такого почетного и ответственного поста.

Матвей Яковлевич был семейным врачом Голицыных, Муравьевых, Чернышевых, Трубецких, Лопухиных, Оболенских, Тургеневых и других именитых семейств. Представляет огромный интерес, что с самых первых дней своей практики Мудров начал скрупулезно записывать в тетрадках и собирать истории болезни. Кроме того, на каждой странице своей записной книжки он записывал имена больных, которых посещал. Имена тяжелобольных с трудным диагнозом он подчеркивал либо одной, либо двумя, либо тремя черточками, в зависимости от того, как часто должен был их посещать. По истечении года тетрадки переплетались и вместе с записной годовой книжкой, на которой золотом наносился год работы, помещались в специальный шкаф. За 22 года своей врачебной практики он накопил 40 томов, некоторые из них имели толщину энциклопедии.

Это собрание историй болезни будет его величайшим богатством. В них были подробные записи о диагнозе, особенностях течения болезней и тех средствах, которые применялись для лечения, а также об их эффективности. Мудрову это позволяло в любой момент найти историю болезни того или иного больного, к которому его приглашали, и воскресить в памяти способ лечения, который использовался в данном конкретном случае. Нередко много лет спустя после первого посещения того или иного больного к Мудрову обращались пациенты с просьбой отыскать в его книгах рецепт препарата, который им помог. Ни один врач Москвы, даже самый знаменитый, не располагал таким собранием практических наблюдений. Мудров дорожил и берег это бесценное сокровище.

Богатейшие материалы Мудрова, к сожалению, были утеряны. Его ученик Петр Страхов, которому он поручил после своей смерти издать их, не выполнил просьбу учителя.

В 1826 году Мудров издает одну из своих лекций в разделе «Практическая медицина», в которой представляет новую классификацию болезней. Вторая часть его «Практической медицины» появляется спустя три года. В ней он излагает конкретные принципы диагностики, в частности, план обследования больного. Он довольно деталь-

но обсуждает значимость и возможности новых методов диагностики – перкуссии Ауэнбруггера и аускультации Лаэннека. Мудров заговорил о языке как «о вывеске желудка» и описал ряд ценных для диагностики симптомов.

В лекции, прочитанной при открытии Московского медицинского института, называемой «Слово о способе учить и учиться медицине практической при постелях больных», Мудров первым высказал идею о болезни как процессе, поражающем весь организм. Научные изыскания Мудрова были началом разработки русскими врачами проблем этиологии и патогенеза заболеваний, подходов к их лечению, положили начало разработки диагностики внутренних болезней. Он впервые в русской медицине ставит вопрос о возможности возникновения болезни в связи с «нервными процессами». Мудров высказался в пользу индивидуализации лечения.

В университете складывалась тяжелая ситуация. С большим трудом Мудров протянул долгих три года. В 1828 году он подал прошение об отставке с поста директора Медицинского института.

В конце 1829 года эпидемия холеры, достигла Поволжья. Течение болезни было крайне тяжелым, половина заболевших умирала. Вечером 4 сентября Мудров был назначен председателем центральной комиссии по борьбе с холерой, и он выехал в Саратов. В течение 1830-1831 годов Мудров принимал активное участие в борьбе с холерой.

Казалось, довольно испытывать судьбу. Но весной 1831 года холера появилась в Петербурге. Первые случаи заболевания вызвали всеобщую панику. Пригласили Мудрова как специалиста, имеющего опыт борьбы с эпидемиями.

Удивительный человек и врач, Мудров умер от холеры 8 июля 1831 года в Петербурге. «Жизнью жертвую ради жизни других» – этот латинский афоризм как нельзя больше подходит к Матвею Яковлевичу Мудрову – великому русскому врачу, человеку хрестоматийной скромности. Последний приют он нашел на холерном кладбище, которое было создано на Выборгской стороне, за церковью Святого Самсона. На его могиле когда-то стоял темный гранитный памятник, который со временем затерялся среди других.

www.tunnel.ru



«БОЖИЙ ЧЕЛОВЕК» ДОКТОР ГААЗ

(Фридрих-Иосиф, нем. Friedrich-Joseph Haas; 1780, Бад-Мюнстерайфель — 1853, Москва) — русский врач немецкого происхождения, филантроп, известный под именем «святой доктор»



Фридрих Йозеф Гааз (Хааз) родился в 1780 г. в небольшом рейнском городе Мюнстерайфеле в семье медика. Он учился в Йене и Вене. Стал ассистентом профессора Шмидта, известного окулиста. Вняв уговорам князя Репнина, своего пациента, он приезжает в Москву. Так в 1803 г. он становится Федором Петровичем Гаазом. Молодой доктор быстро приобретает известность. Он внимательно и заботливо выслушивает и лечит больных, подробно беседует о причинах и ходе болезни сначала по-французски, а впоследствии уже и по-русски. Он не делает различий между барами и крепостными, богачами и нищими. В 1807 г. доктор Гааз был назначен главным врачом военного госпиталя. В 1809–1810 гг. он совершает поездку на Кавказ, где открывает, исследует и описывает минеральные источники, вокруг которых вырастают со временем – Железноводск, Пятигорск, Ессентуки, Кисловодск. Доктор Гааз практически закладывает основы курортологии. Император Александр I награждает его Владимирским крестом, он получает титул надворного советника.

В 1812–1814 гг. доктор Гааз в качестве военного врача сопровождает русские войска в походах от Москвы до Парижа. На обратном пути он заезжает в свой родной город, хоронит отца и возвращается в Москву, где остается уже навсегда. Он становится богатым. В его владении подмосковная деревня с сотней крепостных, суконная фабрика, большой домо на Кузнецком мосту и белоснежные рысаки. В 1822–1826 гг. он занимает должность штатд-физика, то есть главного врача всей Москвы. В 1826 г. доктор Гааз способствует открытию глазной больницы в Москве, а в 1828 г. получает назначение в Комитет попечительства о тюрьмах, учрежденный особым императорским указом. За четверть века он пропустил только одно из 293 ежемесячных заседаний комитета, когда сам уже был тяжело болен.

Доктор Гааз был главным врачом всех тюремных больниц и опекал всех заключенных, ссыльных, каторжников, которых через Москву гнали в Сибирь. Каждую колонну провожал доктор Гааз, осматривал больных, детей и женщин, приносил им еду, белье, теплую одежду.

Во время эпидемий, в том числе холеры, доктор Гааз лечил главным образом бедняков: богатые боялись заразы и избегали врачей. Он расширил и улучшал существующие больницы, учреждал новые, руководил их постройкой. Через несколько лет доктор Гааз продает свой дом и деревню. Все деньги уходят на строительство и оборудование новых лечебных заведений, на пособия больным, арестантам. Сам же он отныне живет при больницах. Сперва – в здании Старо-екатерининской (ныне больница Московского областного клинического института в Орловском переулке), а с 1844 г. – в «полицейской» больнице в Малоказенном переулке (теперь это переулок Мечникова, а в здании бывшей больницы размещен Институт гигиены детей и подростков; именно там установлен памятник доктору Гаазу).

В последние годы доктор жил с одним слугой, не покидавшим его до конца дней. Все, что оставалось от его имущества, все, что он получал от богатых пациентов и благотворителей, Гааз расходовал на расширение больниц, на лекарства, пищу, одежду и другие необходимые вещи для бедняков, арестантов, ссыльных и их детей.

Доктор Гааз считал, как отмечает в биографическом очерке о нем А.Ф. Кони (1897 г.), что необходимо справедливое, без напрасной жестокости отношение к виновному, деятельное сострадание к несчастному и призрение больного. За это доктор Гааз боролся всю жизнь. Слова «спешите делать добро» были его лозунгом, который он подтверждал день за днем. С непоколебимой любовью к людям и к правде делал он все возможное для смягчения участи несчастных страдальцев. Сильное душевное потрясение, видимо, испытанное при первом соприкосновении с ними, наложи-

ло отпечаток на чуткую душу этого просвещенного и благородного человека. Все его состояние уходит на помощь униженным и обездоленным. В 1853 г. видного и известного московского врача, ставшего странным чудачком, «утрированным филантропом», хоронят за счет полиции.

Никакое начальство не могло заставить доктора Гааза поступиться своими убеждениями. Вот один из примеров. Две девушки-арестантки, сестры, просили не разлучать их. Одна из них была больна, и тюремное начальство соглашалось оставить ее на некоторое время на пересылке. Другой же, которую уже дважды задерживали из-за болезни сестры, было отказано в ее просьбе. Доктор Гааз убедительнейше просит полицеймейстера Миллера оставить обеих. Тот не соглашается. Доктор настаивает, говоря, что «редкие случаи могут быть столь достойны уважения, как просьбы сих девушек, кои, будучи довольно молоды, могут лучше друг друга, нежели одна по себе, сберечь от зла и подкреплять к добру». Доктор продолжает: «Говоря с господином Миллером на языке, который окружающие не разумели (то есть на иностранном), я сказал ему, что считаю себя обязанным о таком происшествии довести до сведения государя, но сим не успев преклонить волю господина Миллера к снисхождению, дошел до того, что напомнил ему о высшем суде, пред которым мы оба не минуем предстать вместе с сими людьми, кои тогда из тихих подчиненных будут страшными обвинителями. Господин Миллер, сказав мне, что тут не место делать катехизм, кончил, однако же, тем, что велел оставить обеих сестер».

С колоссальным упорством доктор Гааз борется за своих подопечных, всячески стараясь облегчить их печальную участь. Делать это становится все труднее, противодействие нарастает, в том числе со стороны самых высоких ответственных лиц. Но упорный доктор не сложил оружия. И постепенно ему уступают. Как пишет А.Ф. Кони, быть может, некоторым его противникам из-за серой массы «развращенных арестантов», с упованием и благодарностью смотревших на оскорбляемого, но настойчивого чудачка, — стал видеться тот ангел Господень, на которого он с такою уверенностью ссылался и у которого был «свой стайный список».

Вот еще одно свидетельство. «Я встречал иногда в некоторых домах Москвы доктора Гааза, — он энергической своею осанкою напоминал Лютера; я застал его в 1850 г. при человеколюбивой деятельности его в качестве врача при пересыльном арестантском замке на Воробьевых горах. В одно воскресенье поехал я туда для присутствия при тяжком зрелище отправления этих несчастных в Сибирь; в числе их была одна женщина — присужденная к каторжным работам; она уже была поставлена в общий строй для шествия пеш-

ком, когда приехал гражданский губернатор; на просьбу этой арестантки позволить ей сесть на одну из телег, всегда сопровождающих конвой и назначенных для детей и слабосильных, он в резких выражениях отказал; тогда приблизился к ней доктор Гааз и, удостоверившись в крайнем истощении ее, обратился к губернатору с заявлением, что он не может дозволить отправления ее пешком; губернатор возражал и упрекал его в излишнем добродушии к преступнице, но Гааз настаивал и, отозвавшись, что за больных отвечает он, приказал принять эту женщину на телегу; губернатор хотел отменить это распоряжение, но Гааз горячо сказал, что он не имеет на это права и что он тотчас донесет об этом генерал-губернатору Закревскому; тогда только губернатор уступил, и женщина отправлена была в телеге. В тот же день я был очевидцем, как одного каторжника заковали, и так неумело, что нога его оказалась в крови и он от боли не мог встать — тогда Гааз велел его расковать, приняв на себя ответственность за возможный побег. Возвратившись в Москву, я поехал к Рогожской заставе, через которую проходил конвой арестантов, и здесь опять встретил доктора Гааза, желавшего удостовериться, не отменены ли его приказания относительно слабосильных арестантов, и вновь подошедшего с одобрением и теплыми словами к женщине, сидевшей на телеге и освобожденной им от пешего хождения по этапам.»

Доктор настаивает на отмене распоряжения прогонять этап окраинами Москвы, минуя ее оживленные и населенные улицы и не тревожа спокойствия их обитателей видом ссыльных и звоном кандалов. Мысль об ограждении «счастливых» от напоминаний о «несчастных» была непонятна Гаазу и казалась ему идущей вразрез с добрыми свойствами русского человека, не хранящего злобы против наказанного преступника. Этот иностранец глубже, чем официальные власти, понимал высокий нравственный смысл сострадательного отношения русского человека к несчастным. Кроме того, провод ссыльных по окраинам лишал их обильных подаваний, отовсюду сыпавшихся им на пути через Замоскворечье, Таганку и Рогожскую часть.

Мы читаем у А.Ф. Кони, как к Рогожскому полуэтапу подъезжала утром в понедельник известная всей Москве пролетка Федора Петровича и выгружала его самого и корзины с припасами, собранными им за неделю для пересыльных. Доктор ободрял колодников, а к некоторым, в которых успел подметить «душу живу», обращался со словами: «Поцелуй меня, голубчик», — и долго провожал глазами тронувшуюся партию, медленно двигавшуюся, звеня цепями, по знаменитой Владимирке. Иногда встречные москвичи, торопливо вынимая подавание, замечали, что вместе с партией шел — нередко много верст — старик во фраке, с Владимирским крестом в петлице, в старых баш-



маках с пряжками и в чулках, а если это было зимою, то в порыжелых высоких сапогах и в старой волчьей шубе. Но москвичей не удивляла такая встреча. Они знали, что это «Федор Петрович», «святой доктор» и «Божий человек», как привык звать его народ. Они догадывались, что ему, верно, нужно продлить свою беседу с ссыльными, или, быть может, какое-нибудь свое пререкание с их начальством.

Глубочайшие христианские побуждения, лежавшие в основе всего того, что делал доктор Гааз, поразительны и неизменны. Характерен следующий эпизод. Председателю тюремного комитета, знаменитому митрополиту Филарету, наскучили постоянные ходатайства доктора за «невинно осужденных» арестантов. «Вы все говорите, Федор Петрович, – сказал Филарет, – о невинно осужденных... Таких нет. Если человек подвергнут каре – значит, есть за ним вина». Вспыльчивый и сангвинический Гааз вскочил с своего места. «Да вы о Христе позабыли, владыко!» – вскричал он, указывая тем и на черствость подобного заявления в устах архипастыря, и на евангельское событие – осуждение невинного Иисуса Христа. Все смутились и замерли на месте: таких вещей Филарету, стоявшему в исключительно влиятельном положении, никогда еще и никто не дерзал говорить. Но глубина ума Филарета была равносильна сердечной глубине Гааза. Он поник головой и замолчал, а затем, после нескольких минут томительной тишины, встал и, сказав: «Нет, Федор Петрович. Когда я произнес мои поспешные слова, не я о Христе позабыл, – Христос меня позабыл!..» – благословил всех и вышел.

При посещении императором Николаем I московского тюремного замка «доброжелателями» Гааза был указан государю старик 70 лет, приговоренный к ссылке в Сибирь и задерживаемый доктором в течение долгого срока в Москве по дряхлости. «Что это значит?» – спросил государь Гааза, которого знал лично. Вместо ответа тот стал на колени. Думая, что он просит таким своеобразным способом прощения за допущенное им послабление арестанту, государь сказал ему: «Полно! Я не сержусь, Федор Петрович, что это ты, встань!» – «Не встану!» – решительно ответил Гааз. – «Да я не сержусь, говорю тебе... Чего же тебе надо?» – «Государь, помилуйте старика, ему осталось немного жить, он дряхл и бессилён, ему очень тяжело будет идти в Сибирь. Помилуйте его! Я не встану, пока вы его не помилуете». Государь задумался... «На твоей совести, Федор Петрович!» – сказал он, наконец, и изрек прощение. Тогда счастливый и взволнованный Гааз встал с колен.

Гааз не ограничивался помощью и утешением. Он настойчиво распространял среди арестантов евангельское учение, раздавал книги. «Нужно видеть то усердие, с которым люди сии книг

то услаждение, с которым они их читают!» Для этого он вошел в официальные сношения с богатым петербургским купцом Арчибальдом Мерилизом. «В российском народе, – писал он ему, прося помощи, – есть пред всеми другими качествами блистательная добродетель милосердия, готовность и привычка с радостью помогать в изобилии ближнему во всем, в чем он нуждается, но одна отрасль благодетельности мала в обычае народном: сия недостаточная отрасль подаяния есть подаяние книгами Священного Писания и другими назидательными книгами». Мало этого. В 1841 г. Гааз издает на свой счет книжку в 44 страницы под заглавием: «А. Б. В. христианского благонаравия. Об оставлении бранных и укоризненных слов и вообще неприличных на счет ближнего выражений или о начатках любви к ближнему». Эту книжку Гааз раздавал всем уходившим из Москвы по этапу. Доктор сам сделал для хранения ее особые сумочки, которые вешались на шнурке на грудь. И сумочки, и книжки он привозил с собою на этап и там оделял ими всех.

Доктор Гааз упорно боролся и за общее смягчение нравов, и за смягчение законодательства, в частности, в отношении крепостного права. Возможно, впервые он решительно и настойчиво вводит в обиход такие понятия, как права арестантов, каторжников, ссыльных. Особенно сердечным было его отношение к больным. Он буквально выплакал (перед князем Щербатовым) себе право неограниченного приема больных, так что на «беспорядки» все, начиная с генерал-губернатора, стали по молчаливому соглашению смотреть сквозь пальцы.

Врачуя тело, Гааз умел врачевать и упавший или озлобленный дух, возрождая в людях веру в возможность добра на земле. Верный путь к счастью, по его словам, не в желании быть счастливым, а в том, чтобы делать других счастливыми. Нужно любить их, причем, чем чаще проявлять эту любовь, тем сильнее она будет, подобно магниту, сила которого сохраняется и увеличивается оттого, что он непрерывно находится в действии.

Последние дни доктора Гааза были мучительны. У него сделался громадный карбункул, но переносил страдания доктор спокойно и мужественно, и лицо его, как всегда, сияло «каким-то святым спокойствием и добротою». На похороны стеклось до двадцати тысяч человек, и гроб несли на руках до Введенского кладбища. После смерти доктора один из его коллег издал рукопись Гааза «Appel aux femmes», где в форме духовного завещания-обращения к русским женщинам излагаются те нравственные и духовные начала, которыми была проникнута жизнь доктора, описываются проявления любви и сострадания. Всей своей жизнью доктор Гааз утверждал: и один в поле воин!

Журнал «Истина и Жизнь», № 4 за 1992 год



**ЖИТИЯ
СВЯТЫХ
ЦЕЛЕБНИКОВ**

СВТС. КОСМА СВТС. ДАНИЛЪ.



СВЯТЫЕ ЦЕЛИТЕЛИ

СВЯТЫЕ БЕССРЕБРЕНИКИ КОСМА И ДАМИАН АССИЙСКИЕ

Братья, святые-бессребреники, врачеватели и чудотворцы, по церковной традиции предположительно жившие во второй половине III — начале IV вв.

День памяти 14 ноября (1 ноября по старому стилю)

Святые бессребреники Косма и Дамиан были родные братья. Отечество их – Асия. Так в древние времена называлась часть Малой Азии.

Отец их был грек, язычник, мать – христианка, по имени Феодотия. В ранних летах они лишились своего родителя, но это послужило к их счастью. Мать могла свободнее заняться воспитанием детей. Решившись на всю жизнь остаться вдовой, она ревностно исполняла закон христианский; отказавшись от всех радостей жизни, она о том только заботилась, чтобы угодить Господу. Словом, была истинною вдовицею, каких восхваляет апостол Павел: истинная вдовица и уединена, уповает на Бога и пребывает в молитвах и молении день и ночь (1 Тим. 5, 5). Святая Церковь причла ее к лику святых, наименовала преподобною и творит память ее вместе с ее чадами.

Можно понять, какое воспитание получили дети под руководством матери. С самого младенчества она старалась внушить им страх Божий и любовь к добродетели. А как скоро дети стали приходить в возраст, она отдала их в научение грамоте к некоему богобоязненному мужу. Здесь, конечно, главной наукой было Божественное Писание, но в то же время они, движимые любовью к страждущему человечеству, изучали врачебную науку, узнавали целительные свойства растений.

Господь благословил благое их намерение и даровал им особенную благодать – дар исцелений и чудотворений. Болезни прекращались, как скоро начинали лечить Косма и Дамиан. Это, разумеется, привлекало к ним множество болящих всякого рода.

Слепые, хромые, расслабленные, бесноватые окружали чудотворцев. Но святые этим не отягощались. Мало того, чтобы быть доступнее для болящих, они сами искали их и для сего переходили из города в город, из веси в весь, и всем больным, без различия пола и возраста, звания и состояния, подавали исцеление.

И это делали они не для того, чтобы обогатиться или прославиться, но с самою чистою, высокою

целью – служить страждущим ради Бога, любовь к Богу выразить в любви к ближним. Поэтому они ни от кого никогда не принимали никакой награды за свои труды, никаких даже знаков благодарности за собственные благодеяния. Они твердо знали – и верно сохранили заповедь Спасителя: болящих исцеляйте, прокаженных очищайте, мертвых воскрешайте, бесы изгоняйте: туне приясте, туне дадите (Мф. 10, 8).

Даром получили они благодать от Бога, даром и раздавали ее. Об одном только просили они исцеленных ими: чтобы те твердо веровали во Христа, свято жили во Христе; если же врачующие еще не были просвещены светом Евангелия, то старались обратить их к христианской вере. Таким образом, врачую телесные недуги, они в то же время врачевали и недуги душевные.

За это бескорыстное служение страждущему человечеству, за эти чудесные исцеления болезней неисцельных Святая Церковь величает их бессребрениками и чудотворцами.

Но не на людей только простиралась врачебная сила святых врачей. Они не забывали и бессловесных животных. Праведник милует души скотов, говорит слово Божие (Притч. 12, 10). Верные сей заповеди, они ходили по домам, пустыням и лесам, сами отыскивали болящих животных и подавали им исцеление. Благодарные животные чувствовали их благодеяния, знали своих благодателей и, как скоро сии показывались в пустынях, ходили вслед за ними целыми стадами.

Однажды случилось им зайти в одно пустынное место. Здесь они нашли едва живого верблюда. Сюда загнал и здесь разбил его диавол; святые сжалились над животным, исцелили его и отпустили здоровым в свое место. После, как увидим, животное не осталось неблагодарным к ним.

В таких делах милосердия прошла вся жизнь святых бессребреников. Братья никогда не расставались друг с другом, вместе молились, вместе ходили, вместе врачевали. И это они делали не без цели. Дав обет никогда ни от кого ничего не брать, они опасались, чтобы кто-либо из них в тайне не



взял от исцеленных каких-либо даров. Всю свою жизнь хранили они обет свой, и только под конец ее одному из них Господь попустил нарушить его.

В те времена была некоторая жена, именем Палладия. Несколько лет страдая тяжкою болезнию, не получая облегчения ни от каких врачей, чувствуя уже приближение смерти, она вдруг услышала о святых врачах, которые исцеляют всякие болезни.

С верою в чудодейственную их силу она послала просить их к себе. Святые исполнили ее просьбу, и, как только вошли в дом ее, больная получила исцеление и встала совершенно здоровою. В благодарность за исцеление она готова была отдать им все свое имение, предлагала богатые подарки, но святые ничего не принимали.

Тогда она придумала средство хотя бы одного из них упросить принять от нее ничтожный дар. Взяв три яйца, она тайно пришла к святому Дамиану и закланала его именем Божиим взять от нее эти три яйца во имя Святой Троицы. Дамиан долго отказывался, но ради клятвы жены, ради имени Божия, уступил ее просьбе.

Косма об этом узнал, весьма огорчился и тогда же сделал завещание, чтобы, по преставлении их, не полагали вместе с ним тело Дамиана, как нарушившего обет Господу, взявшего мзду за исцеление. В ту же ночь явился Господь Косме и сказал: «Для чего ты скорбишь ради взятых трех яиц? Они взяты не ради мзды, но ради клятвы жены в Мое имя...» Косма утешился, но никому не сказал о своем видении. Сотворив после сего еще много знамений и чудес, с миром почил святой Косма.

Через несколько времени после его кончины почил с миром и святой Дамиан. Люди, чтившие их память, окружили тело Дамиана и недоумевали, где положить его. Завещание Космы было у всех в свежей памяти, нарушить его страшилось.

И вот, когда они в недоумении стояли при святом теле, внезапно подошел к ним верблюд. Люди молчали, заговорил верблюд. «Человецы Божиим, — так начал речь бессловесный, — много насладившиеся знамений и чудес от святых Космы и Дамиана, и не только вы, но и мы, животные, данные вам на службу Богом. Как слуга я пришел к вам поведать тайну Космы, чтобы не разлучать их друг от друга, но вместе положить их.»

Верблюд этот был тот самый, который некогда был исцелен святыми. Люди, окружившие тело святого, возблагодарили Господа, так чудесно открывшего тайну Свою, и, положив святые мощи бессребреников в одну раку, погребли их на месте, называемом Фереман (ныне не существует, разрушен турками). Судя по описаниям подлинников, они скончались в средних летах.

Вскоре на месте их погребения устроена была церковь чудная и преславная, как говорит их жиз-

неописатель. В эту церковь из ближних и дальних стран стекались всякого рода болящие.

Видя такое неоскудное и неизживаемое богатство святых, недужные постоянно окружали их храм. После сего можно судить, как много совершено было чудотворений святыми бессребрениками. Недаром жизнеописатель их говорит, что легче измерить море и пересчитать звезды, нежели поведать все чудеса святых. Из множества чудес он описал двенадцать, и довольно подробно. Димитрий, митрополит Ростовский, в своих Четых-минеях описал только два чуда. Мы из двенадцати кратко расскажем о шести.

В Феремане жил некто Малх. Однажды, отправляясь в далекий путь, он привел жену свою к церкви святых бессребреников и сказал ей: «Вот, я отхожу далеко, а тебя оставляю под покровительством святых Космы и Дамиана. Живи дома до тех пор, пока я не пришлю к тебе какой-нибудь знак, который ты верно узнаешь, что он мой.» Сказав это, они расстались.

Через несколько времени диавол, приняв на себя вид знакомого человека, пришел к жене Малховой, показал ей тот самый знак, о котором говорил муж ее, и сказал: «Муж твой прислал меня, чтобы я проводил тебя к нему.»

Жена, увидев знак, данный мужем, поверила, но идти к нему решила не прежде, как провожатый дал клятву в церкви святых бессребреников на пути ничем не оскорблять ее. Но что значила клятва для беса? Ему нужно было ослабить в людях веру в покровительство святых бессребреников.

И вот, как только приехали они в дикое, пустынное место, дьявол столкнул женщину с ослицы, на которой она ехала, и хотел убить. Жена в ужасе вскричала: «Святые Космо и Дамиане, помозите ми и избавите мя!»

Святые всегда близки ко всем, призывающим их. Внезапно явились два всадника. Злой дух узнал, кто были эти всадники, побежал на высокую гору, бросился в пропасть и исчез. А всадники, взяв жену, благополучно возвратили в дом ее. Жена кланялась им и благодарила, но только просила сказать, кто они, спасители ее? «Мы, — отвечали святые, — Косма и Дамиан, которым вручил тебя муж твой, отходя в путь.» Сказав это, они стали невидимы. Жена же от страха и радости упала на землю.

Пришед в себя, она поспешила в храм святых бессребреников и там слезно благодарила их, и всем рассказала о своем спасении.

Некоторый юноша, от испуга лишившийся ума, приведен был в храм святых бессребреников с надеждою получить исцеление. Несколько дней и ночей провел он при церкви святых, не получив исцеления.

Через несколько времени пришел к нему отец его, благочестивый старец. Молитва родителя была услышана. Сын, доселе не узнававший отца, стал уз-

навать его. Наконец святые, невидимо возложив на него руки, совершенно исцелили его и, явившись отцу, повелели ему идти в свой дом, слава Бога.

Некоторый муж, страдавший болезнию в легких, сопровождавшейся кровохарканием, пришел к раке мощей святых бессребреников просить исцеления. Болезнь его была так опасна, что все считали его уже близким к смерти, а жена его даже готовила все нужное для погребения. Нужно заметить, что больной доселе не верил в чудодейственную силу святых и нередко изрыгал хулу на Бога.

Святые исцелили его от того и другого недуга. В ночном видении они возвестили, чтобы ищущий исцеления отселе никогда не говорил хульных слов и целый год воздерживался от употребления мяса. Больной с радостью принял то предложение и верно исполнил его. Тогда повелением святых кровь, шедшая гортанью, остановилась, легкие укрепились, и больной, возблагодарив чудных врачей, с радостью пошел в дом свой.

Пришла в церковь святых бессребреников некоторая жена немая и глухая. Страдая много лет этою тяжкою болезнию, она, кроме небесной, никакой не могла ожидать себе помощи. Долго, неотступно, со слезами молила она святых врачей исцелить ее от того и другого недуга. Наконец, молитва ее была услышана. Немая и глухая часто в уме своем повторяла Трисвятое. Чрез Трисвятое явили чудо и святые бессребреники.

Во время вечернего богослужения в храме их, когда, по обычаю, пето было Трисвятое, внезапно глухая услышала поющих и, доселе немая, с поющими начала петь Трисвятое. Пораженная необыкновенным чудом, она громогласно исповедала величие Божие, явленное чрез святых бессребреников.

Святые бессребреники совершали чудеса и в странах языческих. Случилось одному эллину, поклоннику Кастора и Поллукса (боги языческие), впасть в тяжкий, невыносимый недуг. Друзья советовали ему идти в храм святых бессребреников Космы и Дамиана. Больной послушался. Здесь, видя множество недужных, множество исцелеваемых, он, наконец, и сам убедился в чудодейственной силе врачей и с верою начал просить их о помиловании.

Святые, явившись ему оба вместе, сказали: «Друг! Для чего ты пришел к нам? Для чего ты просишь нас! Да и не сам ты пришел к нам, а друзьями послан. Мы не Кастор и Поллукс, но рабы Христа – бессмертного Царя, именем Косма и Дамиан. Итак, если верою познаешь нашего Владыку, то получишь от Него исцеление.»

Эллин, страдая нестерпимыми муками, познал Бога Истинного, непрестанно взывал к святым о помиловании и дал обет принять христианскую веру. Святые, провидя чистоту его веры, возложили на него руки и подали совершенное избавление. Исцелевший исполнил обет свой – принял

святое крещение. Возвратившись в дом свой совершенно здоровым, он с великою радостью рассказывал всем о чудесах святых бессребреников, о ничтожестве Кастора и Поллукса, о превосходстве учения христианского. Многие из слушателей умилялись и, презрев свою веру, принимали христианство.

Некто – любитель народных зрелищ – страдал болезнью в груди. Ни в чем не находя себе облегчения, он, наконец, вынужден был идти в храм святых бессребреников. Святые врачи, видя его усердие, умилились над больным.

В следующую же ночь они явились ему и повелели выпить одну чашу смолы (пекла). Больной не исполнил их повеления. Святые явились ему во второй раз и к одной чаше прибавили другую. Когда же он и этого не исполнил, явились ему в третий раз и велели ему выпить три чаши.

Несмотря на болезнь, которая увеличивалась в нем с каждым днем, он никак не хотел исполнить повеления святых. Наконец, они снова явились ему во сне и с веселыми лицами сказали: «Друг, что так вопиешь к нам? Если тебе неприятно для своего здравия выпить три чаши смолы, то вылей их в один сосуд и, дождавшись глубокого вечера, иди с ним в гору, на место зрелищ, и там зарой его так, чтобы никто тебя не видел. Если это сделаешь, то получишь исцеление.»

Больной с радостью исполнил все, как было приказано. Но все, что он делал, видел один запоздалый на том месте человек. Объясняя его странный поступок чародейством, он, заметив место, пошел и привел с собою многих других людей. Те, удостоверившись в истине показания, взяли и представили мнимого волхва на суд. Стали допрашивать. Он рассказал всю правду – ему не верили.

Наконец, решили тем, что если действительно таково было повеление святых бессребреников, то в виду всех он должен выпить эти три чаши и получить исцеление. Больной с радостью принял сосуд, который казался ему неприятным, в виду всех выпил его, и тотчас же силою святых бессребреников получил исцеление; с радостью пошел он в храм их и, воздав благодарение, всем рассказывал, как святые бессребреники и от болезни его исцелили, и послушанию научили, и от народных зрелищ отучили.

Все эти чудеса совершены святыми бессребрениками во Азии, и большею частью в их храме, при святых мощах. Конечно, там же составлялось и описание их. На славянский язык оно переведено с греческого, что доказывают многие слова, оставленные в славянском тексте без перевода. Нет сомнений, что благодать чудотворений святых бессребреников проявлялась и в нашем Отечестве. Недаром предки наши так много воздвигли святых храмов во имя их.



В нашем Отечестве святые бессребреники Косма и Дамиан (Асийские) преимущественно считаются покровителями детей. К ним прибегают с молитвою при начале учения грамоте, чтобы они укрепили еще слабые детские силы и содействовали их правильному развитию.

Конечно, такое убеждение в нашем народе составилось недаром. Основанием для него могли послужить, отчасти самое житие их, отчасти, и церковная им служба: во-первых, в житии их есть сказание о том, как они были отведены своею матерью в научение грамоте. Этот случай из их жизни изображается и на иконах. Во вторых, в церковной службе они прославляются как мудрые врачи, тайноучимые живописным словесам, всякого разума и мудрости исполненным, которые всем знание подают.

В Четвях-минях митрополита Макария есть поучение на память святых бессребреников Космы и Дамиана (1 ноября), в котором из дневного Евангелия избрана тема: «Каковому должно быть учителю». В развитие ее есть такие выражения: «Святые учителя тело врачевали чудесами, душу поучением. Они прихождаху к ним чудес ради, они же поучения ради. Ничто же ино так подобает учителю, яко же смирение и нестяжание име-

ния.» Все это так близко подходит к святым бессребреникам. Конечно, в древние времена это поучение читалось в храме. Народ его слышал и начал приходить к святым бессребреникам не только «чудес ради, но и поучения ради».

Православный народ, видя на иконах, читая в их житии сказание о научении грамоте их самих, слыша в храмах, что они всем знание подают, не мог не прийти к тому заключению, что они особенно покровительствуют учащимся. А благодать святых бессребреников бесконечна есть, как говорит Святая церковь. Они не только мудрые врачи, но и мудрые наставники; помогая всем, приходящим к ним с верою, могут ли они отказать детям?

Оканчивая описание жизни святых бессребреников, иже от Азии, нельзя не упомянуть о похвальном им слове, которое в древних списках помещалось вслед за описанием их жизни и которое, конечно, в память их читалось при богослужении. Происхождение его, как думают ученые, русское, потому что в конце его упоминается о правоверном князе. В нем, после вступления, содержится похвала или величание святым бессребреникам, изложенное в форме акафиста, а в конце делается молитвенное к ним обращение.

<http://days.pravoslavie.ru>

Тропарь святым Косме и Дамиану, глас 8-й:

Святии безсребреницы и чудотворцы Космо и Дамиане, посетите немощи наша: туне приясте, туне дадите нам.

Кондак святым Косме и Дамиану, глас 2-й:

Благодать приемше исцелений, простираете здравие сущим в нуждах, врачеве, чудотворцы преславнии; но вашим посещением ратников дерзости низложите, мир исцеляюще чудесы.

Молитва святым Косме и Дамиану

О, чудотворцы славнии, врачеве безмезднии, Космо и Дамиане! Вы, от юности Христа Бога возлюбивше, не врачевания токмо искусство, но паче неоскудную благодать исцеления всяких недугов от Бога прияли есте. Темже и нас, пред честною иконою вашею припадающих, скоро услышите. Юныя дети, ваша помощи во учении книжном просящия, молитвами своими наставите, да вашему житию ревнующе, не земное точию приобрящут, и паче во благочестии и правей вере непрестанно да преспевают. На одре болезни лежащим в человечестей помощи отчаявшимся, к вам же тепле с верою и усердною молитвою прибегающим, исцеление болезней вашим милостивым чудодейственным посещением даруйте: такожде и от лютых недугов уныние, малодушие и роптание пришедшия, данною вам от Бога благодатию в терпении утвердите и наставите, да уразумеют волю от них Божию святую и совершенную, и причастницы соделаются Божия спасительныя благодати. Всех, к вам усердно прибегающих, от болезней лютых невредимы сохраните, и от внезапныя смерти оградите, и мощным ходатайством вашим к Богу в праве вере тверды соблюдайте, во благочестии же преспевающая, да с вами вкупе сподобятся в будущем веце присно воспевати и славити всесвятое и великолепое имя Отца и Сына и Святаго Духа, во веки веков. Аминь.

Величание

Величаем вас, чудотворцы славнии, Космо и Дамиане, и чтим святую память вашу, наставницы заблуждшим, исцелители болящим и собеседницы Ангелом.



**ДИСКУССИОННЫЕ
ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНЫ**

Миф

«Прививки являются причиной значительного количества смертей, увечий и материальных трат...

Однако осложнения не регистрируются, а случаи смертельных исходов просто скрываются от общественности» – пишут оппоненты иммунизации

Реальность

□ АКДС	124/1	□ Паротитная	12
□ АДС	30/1	□ Бешенства	11
□ БЦЖ	249	□ Гриппозная	2
□ Коревая	42/2	□ Прочие	36

Всего в периоде 1991–1997 гг.: 506/4

Вестник МЗ России, 1998, Н.В.Медуницын, "Вакцинология", Москва, "Триада", 1998.

БЕЗ ПРИВИВОК

«Угрожающие жизни болезни представляли бы повседневный риск. Мы жили бы в страхе смертельной угрозы дифтерии, столбняка, кори. Полиомиелит постоянно грозил бы детям параличом. А оспа продолжала бы убивать и уродовать лица. Все эти болезни уносили бы жизни людей в огромном количестве на глазах беспомощных членов семей. Жизнь стала бы недолгой, а передвижения людей серьезно ограничены. Города стали бы местами, из которых следует бежать при малейшем слухе об инфекции, а не центрами культуры, просвещения, торговли...»

Из доклада генерального директора Всемирной организации здравоохранения, 2007 г.



Если бы не компания 1988–2003 гг., около 5 миллионов людей были бы сегодня парализованы в результате перенесенного полиомиелита.

ЛЮБОЕ НЕЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА, ВОЗНИКШЕЕ В ТЕЧЕНИЕ НЕОПРЕДЕЛЕННО ДЛИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ ПРИВИВКИ, ЧАСТО ПРИПИСЫВАЕТСЯ ВАКЦИНЕ.

- С 1977 по 1999 гг. ГИСК им. Л.А.Тарасевича зарегистрирован 51 случай смертельных исходов, совпадающих по времени с прививками, не связанных с вакцинами.
- В 39 случаях причиной гибели детей явились:
 - ОРВИ с отеком мозга (11)
 - менингококковая инфекция (9),
 - гнойный менингоэнцефалит (6),
 - воспаление легких (6),
 - кишечная инфекция (5),
 - цитомегаловирусная инфекция (2)

В ПЕРИОД С 1977 ПО 1999 ГГ. В РФ ПОДТВЕРЖДЕНО 12 СЛУЧАЕВ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ОТ ОСЛОЖНЕНИЙ, ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ВЫЗВАННЫХ ВАКЦИНАМИ:

ОТ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АКДС – 3;
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ БЦЖ-ИНФЕКЦИИ – 6;
ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ЭНЦЕФАЛИТА – 6, В ТОМ ЧИСЛЕ
– 5 ПРИ ВВЕДЕНИИ АКДС,
– 1 ПРИ ВВЕДЕНИИ ЖИВОЙ КОРЕВОЙ ВАКЦИНЫ.



В ЗАЩИТУ ВАКЦИНАЦИИ

МИФЫ О ПРИВИВКАХ И ИХ РАЗОБЛАЧЕНИЕ



ХАРИТОНОВА

МИФЫ

- Я не вижу этих инфекций, значит, они не существуют.
- Прививки губят естественный иммунитет.
- Отложите все прививки.
- Подождите с прививками до года.
- Поголовное иммунологическое картирование детей.
- Лучше вводить вакцины по отдельности, нежели вместе.
- В 1992 г. дифтерией болели только привитые.
- Гепатит В не грозит детям первого года жизни.
- Многие не прививаются и не болеют.
- Живые вакцины засоряют организм.

Я не вижу этих инфекций, значит они не существуют

(Цитата: «Родителей часто запугивают высокой вероятностью встречи с туберкулезом. Обычно это звучит так: «Сейчас вокруг столько туберкулеза! Вы так рискуете! Давайте все-таки защитим Вашего ребенка – сделаем ему прививку!» Может быть, туберкулеза вокруг и правда много – но я почему-то его не вижу».)

Характерная для человека реакция на попытку защитить его от того, с чем он еще не столкнулся. «Не вижу, не знаю, а значит, этого нет» (пока гром не грянет...). Вряд ли нужно убеждать в необходимости прививки против гепатита В человека, у которого только что выявили носительство этого вируса. То есть на момент, когда человек сталкивается с фактом инфекции, заниматься профилактикой (делать прививки) уже поздно или бесполезно.

Опасно это хотя бы потому, что ребенок попросту рискует переболеть всеми инфекциями до тех пор, пока мама наконец не убедится, что вокруг нее и ее ребенка есть и туберкулез, и гепатит В, и коклюш, и столбняк.

Прививки губят естественный иммунитет

(Цитата: «И многие ученые уже соглашаются с тем, что у большинства людей существует естественный иммунитет ко многим болезням, а если такому человеку ввести вакцину, то иммунитет может быть разрушен»).

Хотелось бы взглянуть на этих «ученых»... Естественного специфического (то есть направленного против конкретных вирусов и бактерий) иммунитета не существует. Да, существуют врожденные неспецифические механизмы – образование интерферона, некоторые вещества на коже и слизистых (лизоцим), крови, но «естественного» врожденного иммунитета против гепатита В, дифтерии, столбняка, гриппа увы не существует, иначе зачем бы нужно было изобретать прививки?

Отложите все прививки

(Цитата: «Если Вы кормите ребенка грудью, то Ваш иммунитет передается ребенку в течение всего периода кормления, поэтому нет смысла спешить делать прививки. Пока иммунная система ребенка не созрела, лучше не рисковать его здоровьем и избегать встреч с чужеродным белком».)

Известно, что Т-клеточное звено иммунной системы впервые начинает работать в 18 месяцев и только к 5 годам полностью завершает свое развитие. Получается, что до 5 лет прививки делать не надо? И все-таки на самом деле логика должна быть как раз обратная – если ребенок не может до 5 лет самостоятельно справиться с инфекцией, может быть, стоит ему помочь?

«Иммунитет передается во время кормления». Это заблуждение, поскольку иммунитет от мамы передается не с молоком, а еще в утробе, во время беременности. Именно таким образом передается защита от кори, паротита, краснухи, ветрянки (если у мамы есть иммунитет к этим болезням, конечно), и именно поэтому до годовалого возраста прививки против этих инфекций не делаются, чтобы «мамин иммунитет» не



инактивировал живую вакцину еще до того, как она сработает.

Да, немного антител матери передается с грудным молоком, но они не защищают от воздушно-капельных инфекций – хотя бы потому, что в дыхательные пути ребенка эти антитела не попадают, в лучшем случае достигая верхнего отдела кишечника, где они и перевариваются. В любом случае, кормление грудью не обеспечивает надежную защиту от инфекций, поскольку ни точного количества, ни качества этих антител определить невозможно. Иначе бы груднички не болели бы ни коклюшем, ни гриппом, ни всеми теми ОРЗ, которыми вы болели за свою жизнь.

Подождите с прививками до года

(Цитата: «Подождите хотя бы до года, а потом начинайте делать прививки».)

Почему бы тогда не подождать до двух, трех или пяти лет? Чем годовалый возраст так замечателен, что его стоит ждать? Авторы мифа ответить не удосужились. Как мы писали выше, более-менее значимые изменения в зрелости иммунной системы происходят в 1,5 года и 5 лет.

Так стоит ли ждать, или не стоит? Риск встречи с инфекциями, от которых защищают прививки, очевиден – встретиться в районной детской поликлинике в одной очереди с ребенком, у которого выявлен коклюш, абсолютно реально. На памяти два случая, произошедшие в одну и ту же неделю осени 2001 г., когда две, никак не связанные друг с другом мамы, рассказали, что детям с кашлем, стоявшим в очереди первыми, по выходу из кабинета педиатра, как выяснилось, был поставлен диагноз «коклюш». Это жизнь.

Столбнячные палочки живут в кишечнике людей и встречаются повсеместно, в том числе и в городских условиях. Замечательные способности палочки к выживанию в окружающей среде хорошо известны.

Полиомиелит. Можно и не делать ОПВ, но в этом случае ребенок все равно рискует получить вакцинный вирус от тех детей, кто все-таки получил эту прививку и результат этой встречи может быть непредсказуем, коль скоро существенная часть случаев вакциноассоциированного паралитического полиомиелита регистрируется именно у «контактных» детей.

И еще одна вещь, о которой стоит упомянуть. Дозировки антигенов в АКДС- и АДС-вакцинах очень велики, и рассчитаны они на плохо развитую иммунную систему ребенка, как раз с тем расчетом, чтобы «достучаться» до иммунной системы и получить при этом минимум побочных реакций. Именно эта логика имелась в виду при разработке российского и зарубежных календарей прививок. Именно по этой причине детей старшего

возраста (российской АКДС-вакциной старше 4 лет, французской – после 6 лет) не прививают АКДС-вакцинами. Таким образом, никакой выгоды, в плане побочных реакций в переносе всех прививок на второй или позже годы жизни ребенка, нет – и даже наоборот, риск побочных реакций с возрастом только увеличивается.

Поголовное иммунологическое картирование детей

(Цитата: «В идеальном случае следовало бы составлять индивидуальные календари прививок для каждого человека, а для этого пришлось бы проводить исследование крови и составлять «иммунную карту крови», чтобы не уничтожать уже имеющийся иммунитет»).

Итак, перед нами трехмесячный ребенок. Для того чтобы составить пресловутую иммунную карту крови, по нашим оценкам, на основе существующих методов лабораторной диагностики, потребуется около 50 мл крови, которые взять у младенца будет совсем не просто. Но это дело техники, наконец, и при большом желании может быть осуществлено.

Далее, коль скоро «естественного» специфического иммунитета не существует (см. выше), остается лишь пассивно переданный от матери иммунитет против определенного набора заболеваний. (см. выше).

И еще один аспект этой «карты» – ее стоимость. В условиях, когда шансы обнаружить какие-либо готовые антитела в крови ребенка стремятся к нулю, есть ли смысл тратить 200 долларов на столь малополезное и травматичное занятие?

Лучше вводить вакцины по отдельности, нежели вместе

(Цитата: «Некоторые врачи считают, что правильнее было бы делать прививки от всех этих болезней по отдельности, а не все вместе – тогда организму было бы легче справиться с введенными бактериями»).

Во-первых, живые бактерии вводятся только в случае вакцины БЦЖ (само собой, мы не говорим здесь об экзотических вакцинах наподобие туляремийной). Поэтому ни о каком суммировании бактерий речи не идет.

Далее, уместно вспомнить пример бутерброда – никто наверняка не знает сколько именно антигенов в этом ястве, но, судя по всему, иммунная система отлично справляется с каким бы там ни было их количеством. Наиболее точно иммунную систему можно охарактеризовать как систему истинной многозадачности, поскольку за счет множественности формирующих иммунитет элементов и их независимости друг от дру-

га, она способна «обрабатывать» параллельно несколько задач без ущерба для каждой. Расчеты, основанные на количестве иммунных клеток в организме, скорости их репродукции и др., а также практический опыт с одновременным введением тысяч антигенов, показывают, что иммунная система человека может полноценно и эффективно обработать около 10 тысяч антигенов. Такое количество антигенов в прививках не вводится даже за самый прививочный, первый год жизни ребенка.

Реальное практическое доказательство мировых тенденций к созданию поливалентных препаратов – регистрация шестивалентной вакцины «Гексавак» производства «Авентис Пастер» в Западной Европе, имевшая место в 2000 г. Помимо этого, в Европе и на Американском континенте широко применяются пятивалентные препараты – АКДС+ИППВ+ХИБ-вакцина («Пентавак» и «Пентасэль» соответственно).

И еще один небольшой, но немаловажный момент. Балластных веществ в нескольких вакцинах всегда больше, чем в комбинированных.

В 1992 г. дифтерией болели только привитые

(Цитата: «Существуют данные, что из тех, кто заболел дифтерией, почти 85% своевременно проходили вакцинацию. Получается, что вакцинация не спасает от болезни? Тогда в чем же ее смысл?»)

Эти данные проистекают от г-жи Червонской, свидетелем тому – посетители ее «просветительских семинаров», которые проводятся на базе московского гомеопатического центра. Официальные же источники, которым нет основания не доверять, свидетельствуют об обратном: большинство заболевших – непривитые или пропустившие (!) прививки в положенный срок. В частности, среди заболевших большую часть составляли взрослые, пропустившие календарные ревакцинации против дифтерии и столбняка. Г-жа Червонская утверждает, что 85% заболевших были детьми, тогда как согласно официальной статистике, такой процент составили именно взрослые, и это объясняется тем, что прививки среди детей организованы гораздо лучше.

Большинство заболевших в памятные годы в начале 1990-х составляли имевшие контакт с «экспортёрами» дифтерии из некоторых южно-азиатских стран СНГ, где вакцинацию забросили вместе с обретением независимости. В лучшем случае, даже в развитых странах охват прививками АДС-М среди взрослых составляет около 30%. И это без учета своевременности прививок...

См. также:

- Таточенко В.К. (российский эксперт ВОЗ по вакцинации) «Уроки эпидемии дифтерии»;

- Чудная Л. (НИИ эпидемиологии Украины) «Эпидемия дифтерии в Украине: итоги и обобщения».

Гепатит В не грозит детям первого года жизни

(Цитата: «Вакцинация предписывается следующим «группам риска»: дети первого года жизни; медицинские работники; пациенты на гемодиализе или получающие в больших количествах препараты крови; лица, проживающие в районах с высоким уровнем хронического носительства вируса гепатита В; наркоманы; гомосексуалисты; здоровые лица, имеющие в качестве полового партнера носителя HBs антигена; любые сексуально активные люди, имеющие большое число половых партнеров; индивидуумы с длительным сроком заключения в тюрьмах; пациенты учреждений для лиц с отставанием в развитии. Вы обратили внимание, как «гармонично» вписываются в этот пестрый ряд наши многострадальные младенцы?»).

У противников прививок на первом году жизни перечисление групп риска по гепатиту В всегда вызывает нездоровый смех: «Наш младенец еще не живет половой жизнью!» Давайте разберемся, насколько все это смешно.

Для начала обобщим все риски получения вируса и сведем их к следующим:

- медицинские манипуляции, подразумевающие контакт с кровью;
- половые контакты, предусматривающие контакт со спермой и влагалищным секретом;
- бытовые контакты с носителями – предметы, которые могут быть контаминированы кровью носителей вируса (расчески, зубные щетки, игрушки и пр.); контакт с кровью матери-носительницы вируса во время родов.

Насколько смешон риск получения вируса гепатита В при медицинских манипуляциях, при операциях и анализах? Насколько смешны 3–8% носительства ВГВ среди населения г. Москвы?

Итак, в чем смысл прививок против гепатита В здоровым детям на первом году жизни? При заболевании гепатитом В на первом году жизни, ребенок с почти 100%-ной вероятностью становится хроническим носителем и распространителем инфекции. Во-вторых, можно быть уверенным, что хотя бы на ближайшие 10–15 лет дети будут защищены от гепатита В при всех условиях. Уверены ли родители, что все родственники и знакомые из окружения ребенка не входят в число тех 3% населения и не являются носителями вируса? Помимо этого, делать прививки на первом году жизни выгоднее, поскольку чем меньше возраст, тем лучше работают гепатитные В вакцины.



Многие не прививаются, и не болеют

(Цитата: «Наверное, стоит упомянуть и прививки против гриппа, которые часть нашего населения делает весьма охотно каждый год и считает, что это помогло перенести грипп в более легкой форме, а другая часть населения не делает вообще никогда и не болеет гриппом, хотя, конечно, есть и обратные примеры: некоторые из сделавших прививку тоже не болеют, а некоторые из непривитых все-таки заболевают»)

Ошибочно полагать, что те, 10 или 30 человек, которых мы близко знаем в нашей жизни – это репрезентативная выборка, которая является мериллом здоровья нации. Другими словами, если наши знакомые не алкоголики, это вовсе не значит – в России нет проблемы алкоголизма.

Сравнивать нужно сравнимые вещи, поэтому для корректного сравнения нужны одинаковые по возрасту, полу, наличию сопутствующей патологии, степени риска инфицирования и прочим факторам группы. Иначе получатся те самые бузина и дядька в Киеве. При правильном сравнении разница в заболеваемости тем же гриппом среди привитых и непривитых будет более чем очевидной – 2 и даже 4-кратная разница при хорошей вакцине и своевременной вакцинации, что было доказано не менее чем тысячей исследований разного масштаба по всему миру.

Посмотрим на это с другой стороны. Например, в Москве пока не очень большое число людей прививается против гепатита А, следовательно, большинство людей – не прививаются и не болеют. И это не удивительно, коль скоро актуальность гепатита А в Москве относительно невысока (за исключением школ и садилов). Но если сравнение в заболеваемости привитых и непривитых провести в эндемичном регионе, где гепатит А более актуален, очень быстро выяснится, что болеют только непривитые и вопросов в необходимости прививок не возникнет.

Живые вакцины засоряют организм

(Червонская, «Совершенно секретно» (№12 за 2000, С.16: «Живые вакцины засоряют и организм, и биосферу модифицированными, то есть целенап-

равленно измененными, не встречающимися в природе штаммами.»)

В отличие от природных («диких») вирусов, вакцинные микроорганизмы намеренно лишены опасных свойств, в том числе вызывать заболевание у самого привитого и способность к заражению других. По сути, вакцинному варианту вируса оставляется только одно свойство – формировать иммунитет. Именно поэтому вакцинные вирусы кори или краснухи не передаются от привитого непривитым, и на фоне массовых прививок нет эпидемий «вакциной кори» и «вакциной краснухи». Срок жизни вакцинных микроорганизмов ограничен пятью днями, как при обычной инфекции. Вакцинных вирусов, которые бы жили в организме привитого в течение длительного времени после прививки, не существует. Какой прок в прививке, которая сама бы вызывала хроническую инфекцию?

Исключений из этого правила несколько. Во-первых, это живая полиомиелитная вакцина ОПВ, распространение вирусов которой от привитых к окружающим крайне редко, но приводит к инфекции (1 случай на 1 млн первых прививок против полиомиелита). Помимо этого, в истории медицины описаны единичные случаи, когда вирус из ОПВ в течение многих лет сохранялся, однако у всех этих людей был выявлен иммунодефицит. В конце концов, дабы не подпадать под все эти исключения, можно просто привиться более современной инактивированной полиовакциной (ИПВ).

Другим исключением являются случаи прививок, сделанных с грубыми нарушениями техники вакцинации и применяющиеся в крайне ограниченных масштабах вакцины против сибирской язвы и туляремии (возможна инфекция по контакту) и не применяющаяся в России вот уже более 20 лет оспенная вакцина.

И напоследок, о «засорении биосферы». Галине Червонской как биологу должна быть известна теория эволюции биологических видов, согласно которой ослабленные особи в окружающей среде не выживают. Вакцинные, ослабленные недовирусы не могут засорить биосферу, так как намеренно лишены способности к распространению. Это все равно что выпустить на улицу лабораторных мышей – какое там засорение зоосферы, их слопают максимум через 10 минут.



БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ДОБАВКИ В ПИТАНИИ ПРАВОСЛАВНОГО ЧЕЛОВЕКА

В.Б. НЕКРАСОВА,
академик *Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы, д. т. н., профессор Санкт-Петербургской государственной лесотехнической академии им. С.М. Кирова*



По статистическим данным все население России можно разделить на 3 группы: здоровые – 5–7%, условно здоровые (преморбидное состояние или предболезнь) – 75–80% и больные – около 20%. Больными, проходящими лечение в стационарах, занимаются врачи, но более 80% населения предоставлено само себе и часто имеет слабое представление о своем здоровье, о необходимости профилактики «болезней века» – сердечно-сосудистых, инфекционных, онкологических.

Первое место по статистике обращений граждан к врачам занимают инфекционные болезни – 26%, притом 90% от всех инфекционных болезней составляют грипп и другие ОРВИ; растет количество вирусных гепатитов, СПИДа, туберкулеза, грибковых заболеваний.

В России наблюдается стабильный рост сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний на 1,5–2,0% в год. К этому приводят многие негативные факторы: возрастающее загрязнение окружающей среды, вредные привычки (особенно курение), обилие синтетических добавок в продуктах питания, нервные перегрузки и многое другое. В начале XXI века от «сердечных болезней» в РФ ежегодно умирает более 1 млн 300 тыс. человек. Сердечно-сосудистые заболевания занимают устойчивое первое место в структуре смертности населения (око-

ло 60%), это каждые 3 смерти из 5. И хотя от сердечно-сосудистых заболеваний умирает гораздо больше людей, чем от рака, «онкологическая статистика» в России тоже удручает: в 2000 г. (последний год, по которому имеются полные данные), зарегистрировано 448602 новых случаев болезни, или 51,2 заболевания в час; умерло более 295000 чел. [1].

В отличие от России, в высокоразвитых странах (например, в США), заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых и онкологических болезней ежегодно снижаются на 1,5–2,0%. Этому способствуют борьба за улучшение экологического состояния окружающей среды, устойчивая привычка следить за своим здоровьем, ранняя диагностика, борьба с курением и качественная профилактика. В развитых странах принимают оздоровительные концентраты. В Японии такие концентраты употребляет 90% населения, в США – 80%, в странах ЕЭС – 60%, тогда как в России – примерно 7–10% [1], а по некоторым данным – не более 5% [2]. Если учесть, что россияне приобретают биологически активные добавки к пище (БАД), полагаясь, в основном, на агрессивную рекламу, часто не соответствующую действительности, то применение БАД может оказаться бесполезным и даже вредным. Поэтому можно понять врачей, которые категорически против применения БАД – это честная, уважаемая мною позиция. Если существует недоверие к продукту, лучше его не применять. Но попробуем разобраться, можно ли сегодня обойтись без качественных, эффективных профилактических средств, к которым относятся БАД?

В нашей стране особое беспокойство вызывает состояние здоровья населения мегаполисов, промышленных регионов России, жителей территорий, подвергавшихся экологическим катастрофам. Отрицательно влияют на здоровье человека продукты питания, поскольку их замораживают, сублимируют, дезодорируют, рафинируют, ректифицируют, консервируют,



загрязняют синтетическими пищевыми добавками, генетически модифицированными компонентами. Из-за малоподвижного образа жизни люди страдают гиподинамией и ожирением, для них возникает насущная необходимость потреблять не более 2,5 тысяч ккал, но при этом многие привлекательные, ароматные, аппетитные продукты и напитки содержат избыток сахара, жиров, синтетических добавок при недостатке натуральных витаминов, минералов, пищевых волокон. Человек, испытывающий слабость, недомогание, чаще всего занимается самолечением либо обращается к врачу.

Медицина и фармакология шагнули далеко вперед, но спасенные врачами пациенты, перейдя из состояния «больных» в категорию «условно здоровых», часто страдают от аллергических эффектов; от токсического действия сильнодействующих лекарств на печень, желудочно-кишечный тракт, кровь и другие системы; от ослабленного иммунитета; от устойчивости к антибиотикам; от лекарственной болезни; снижения способности организма к самовосстановлению. Для ликвидации побочного действия фармацевтических препаратов, устранения дефицита жизненно важных микронутриентов, витаминов, эубиотиков в еде, адаптации организма к вредным факторам окружающей среды можно и нужно применять биокорректоры питания, к которым, прежде всего, относятся БАД.

Доказано, что большая часть населения России находится в состоянии «предболезни»: недомогание очевидно, но нет еще видимых оснований, чтобы обращаться к врачу, а у врачей нет показаний, чтобы назначать лечение. Условно-здоровые люди обычно имеют 1–2 хронических заболевания в стадии устойчивой ремиссии. Этим людям, в первую очередь, нужны биокорректоры питания. Их нельзя путать с лекарствами, которые должен назначать только врач в острой фазе заболевания. БАД применяют в комплексном лечении в качестве вспомогательных средств, в дополнение к лекарствам, но чаще всего, когда лекарства не нужны. Патологический процесс может протекать бессимптомно, т. е. болезни еще нет, а патология уже существует. Биокорректоры воздействуют на патологический процесс, но не на острую фазу этого патологического процесса. Поэтому, в отличие от лекарств, биокорректоры нужны всегда или достаточно долго с перерывами. При клинических проявлениях БАД бессильны. Оздоровительные мероприятия – это то, что направлено на сохранение, укрепление и восстановление здоровья. Лечение, лекарствами занимаются врачи и система здравоохранения. Забота о сохранении, укреплении и восстановлении здоровья остается личной ответственностью

каждого. В этой ситуации важна информированность граждан [3].

Известны факторы, влияющие на здоровье человека, главными из них являются питание (30%) и курение (30%), в числе других факторов: стиль жизни – 5%, инфекции – 5%, генетика – 5%, остальные факторы суммарно – 25%. Отсюда вытекает насущная потребность борьбы с курением, как это происходит и в других странах, и пропаганда натурального полноценного питания. Если невозможно потребление полноценной еды, ее следует восполнять натуральными биокорректорами питания. К последним относятся следующие оздоровительные продукты: БАД, продукты функционального питания, продукты специального питания, которые восполняют дефицит витаминов, минералов, других полезных компонентов пищи.

БАД, или food supplement, нутрицевтики, парафармацевтики, эубиотики, про- и пребиотики – эти термины вошли в медицину сравнительно недавно, хотя природные биологически активные вещества (БАВ) используются человечеством с глубокой древности. В XIX – начале XX века синтетические фармакологические препараты потеснили традиционные народные лекарственные и профилактические средства, созданные природой. Однако в настоящее время природные биологически активные вещества (БАВ) вновь привлекли внимание врачей и населения – началось бурное развитие фармаконутрициологии – пограничной области между наукой о питании и фармакологией. Это полностью соответствует видению великого ученого-диетолога, одного из основоположников НИИ питания РАМН, д. м. н., академика РАМН А.А. Покровского: «Пищу следует рассматривать не только как источник энергии и пластических веществ, но и как весьма сложный фармакологический комплекс». Здоровье можно сохранить, если удовлетворяются потребности организма в необходимых ему веществах. Отклонения от так называемой формулы сбалансированного питания рано или поздно, но неизбежно приводят к нарушению различных функций.

Диетологи много пишут о необходимости профилактики сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, уделяя большое внимание качественному питанию, призывая всех не злоупотреблять насыщенными жирами (менее 10% от калорийности), трансжирами – маргаринами (менее 2% от калорийности); холестерином (менее 300 мг), поваренной солью (не более 6 г в день). Необходимо употреблять рыбу – не реже 2 раз в неделю; овощи и фрукты – 400 г и более в день; ограничивать употребление алкоголя, (не более 20 г в день в пересчете на чистый спирт); съедать пищевых волокон – до 35 г в день с про-

дуктами из цельных зерен, отрубями злаковых, овощами и фруктами. Настоятельно рекомендуется применять БАД и другие биокорректоры питания, содержащие антиканцерогенные вещества. Здоровому питанию принадлежит главная роль в профилактике патологий современного человека: сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей, сахарного диабета, метаболического синдрома, остеопороза, дисбактериоза и других.

По мнению В.Г. Беспалова – д. м. н., руководителя лаборатории химиопрофилактики рака и онкофармакологии НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, БАД к пище – «это незаконно-рожденное дитя двух уважаемых родителей – диетологии и фармакологии. НИИ питания РАМН в свое время выдвинул термин «фармаконутрициология» в связи с биодобавками, но в 1999 году Федеральный закон все-таки причислил их к продуктам питания»[1].

Наиболее удачный термин для БАД – «биокорректоры питания» предложен академиком РАЕН д. б. н. А.Н. Ореховым. Биокорректоры – это нелекарственные оздоровительные средства, которые служат не для лечения, а для оздоровления. Под оздоровлением подразумевается сохранение, укрепление и восстановление здоровья, и места лечению здесь нет[3].

В настоящее время БАД относят к пищевым продуктам (см. Федеральный закон 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»). БАД не следует отождествлять с другой группой пищевых продуктов – пищевыми добавками: консервантами, красителями, осветлителями, отдушками, которые вводят в продукты питания для повышения потребительских свойств

(цвета, запаха, консистенции и пр.). Синтетические пищевые добавки снижают пищевую ценность продуктов питания, их потребление следует свести к минимуму. Современные химики научились синтезировать соединения, позволяющие имитировать сосиски, масло, мясо и другие продукты питания, вот только пользы здоровью они не принесут. Для сохранения здоровья нам, как и прежде, нужна только натуральная пища.

БАД, содержащие природные витаминные комплексы и органически связанные микроэлементы (растительные концентраты), не следует путать с синтетическими витаминами и минеральными солями. И в научной литературе, и в средствах массовой информации периодически публикуют данные о вреде для здоровья синтетических витаминов и минеральных солей, об аллергических проявлениях от употребления синтетики [4]. Из этого следует, что человек не стал умнее Бога и Природы. Для сохранения собственного здоровья целесообразно применять только натуральные продукты питания, восполняя их натуральными поливитаминными комплексами – натуральными БАД. Такие растительные комплексы целесообразно применять ослабленным людям и во время постов. Они не нарушают поста, не прибавляют калорий, но восполняют дефицит микронутриентов и витаминов, помогая сохранить здоровье.

В соответствии с законодательством «БАД – это природные (или идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов для повышения пищевой ценности». Наша на-

Таблица

Различия между лекарствами, БАД и пищевыми добавками

Лекарства (фармацевтические препараты)	Биологически активные добавки к пище (БАД)	Пищевые добавки
Могут содержать вредные, токсичные, синтетические, наркотические, ядовитые, модифицированные компоненты	Природные (или идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов для повышения пищевой ценности	Красители, ароматизаторы, консерванты, эмульгаторы, понизители вязкости, загустители и другие добавки для придания продуктам требуемых потребительских свойств и товарного вида
Принимаются по назначению и под контролем врача строго определенными курсами	Принимаются длительными курсами или постоянно	Применяются только в технологических процессах
Реализуются только через аптечную сеть	Реализуются через аптечную сеть и специализированные секции продуктовых магазинов с обязательной маркировкой «не являются лекарством»	Не подлежат реализации населению



учная школа отдает предпочтение натуральным БАД, не использует БАД «подобные натуральным», понимая огромную разницу между ними.

В законе «О качестве и безопасности пищевых продуктов» № 29-ФЗ от января 2000г. существует четкое разграничение терминов «лекарства», «БАД» и «пищевые добавки» (таблица), но эти понятия часто путают даже врачи и фармацевты. В отличие от лекарств, БАД не должны содержать вредных, токсичных, наркотических компонентов, безопасны даже при 6-кратном превышении дозы. БАД и другие оздоровительные продукты являются важным средством профилактики населения и вспомогательным средством в комплексном лечении многих заболеваний, особенно на стадиях восстановления и реабилитации, а также при хронических заболеваниях для снижения доз лекарств, в период ремиссии для снижения побочных эффектов фармакотерапии.

Русские ученые Н.В. Лазарев, Ф.Т. Солодкий и другие еще в 40-х годах XX века предлагали восполнять дефицит витаминов в питании за счет натуральных экстрактов из хвои и других растений отечественной экологической ниши. Но только в 90-х годах XX столетия Минздрав РФ начал решать проблему БАВ, относя их то к продуктам питания, то к «пищевым добавкам», к парафармацевтикам, и, наконец, они получили статус БАД. Санитарными правилами и нормами, разработанными в НИИ питания РАМН и утвержденными Минздравом (СанПиН 2.3.2.1290-03), БАД придается большое значение для использования в качестве «дополнительного источника пищевых и биологически активных веществ; для оптимизации углеводного, жирового, белкового, витаминного и других видов обмена; для нормализации и/или улучшения функционального состояния органов и систем; для снижения риска заболеваний; нормализации микрофлоры желудочно-кишечного тракта; в качестве энтеросорбентов. Постановлением правительства РФ от 10.08.1988 г. № 917 и Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О мерах по совершенствованию питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» № 330 от 05.08. 2003 г. рекомендовано провести коррекцию диет в лечебно-профилактических учреждениях России путем дополнительного включения в рацион дието-лечебных пищевых продуктов, в том числе БАД.

По данным Роспотребнадзора (письмо Г.Г. Онищенко «О надзоре за биологически активными добавками к пище» от 05.10.2007), «в настоящее время на территории Российской Федерации в обороте находится более 6000 БАД,

являющихся источниками пищевых и биологически активных компонентов, витаминов и микронутриентов. Только в 2006 году Роспотребнадзором было зарегистрировано 1825 биологически активных добавок к пище. Из них – 1135 отечественного производства и 690 – зарубежного». Очевидно, что не только потребителям, но и фармацевтам в аптеках, и врачам в поликлиниках трудно разобраться, какие БАД наиболее эффективны, какие просто безвредны, а какие могут причинить вред здоровью.

По нашему мнению, доверие могут вызывать только натуральные БАД известного химического состава, прошедшие доклинические и клинические испытания в сертифицированных научно-медицинских центрах России. Результаты исследований фиксируются в научных отчетах, научных публикациях, монографиях.

«Отправные точки», заложенные в основу регистрации БАД, периодически претерпевают изменения вслед за изменением структуры Минздрава РФ. Эти изменения не всегда в пользу потребителя. В полном соответствии с требованиями СанПиН 2.3.2.1290-03 в «Заключении НИИ питания РАМН» указано, на какие системы организма БАД оказывает положительное влияние. Оценка эффективности БАД производится на основании результатов доклинических и клинических испытаний субстанций и БАД в известных научно-медицинских центрах или непосредственно в НИИ питания РАМН. Но в Роспотребнадзоре выводы экспертов НИИ питания не учитываются. В Свидетельство о государственной регистрации вносятся только информация, источником каких БАВ является продукт, если этого компонента более 20% от суточной нормы. Роспотребнадзор в «Свидетельство...» не вносит ни одного пункта, указывающего на полезное физиологическое действие продукта на организм. Производитель не может проинформировать потребителей о выводах НИИ питания или других научно-медицинских центров. Таким образом, врачи и население фактически лишены возможности узнать об эффективности и полезных свойствах БАД. Трудно объяснить, почему Роспотребнадзор «засекречивает» от россиян данные, подтвержденные в медицинских центрах и НИИ питания. Кроме того БАД – это обычно комплекс БАВ, многие из которых содержатся в небольших количествах. Они, безусловно, оказывают на организм комплексное действие совместно с указанными на этикетке компонентами, но о воздействии компонентов в совокупности информации на этикетках нет. Об истинной эффективности БАД узнают только участники научных конференций и регулярно читающие специальную научную литературу врачи.

Из многотысячного количества зарегистрированных Роспотребнадзором БАД, далеко не все так эффективны и полезны, как представляется в рекламе. Как было указано выше, основная часть населения не имеет возможности пользоваться данными клинических испытаний. Официальная информация на этикетке и в паспорте качества ровно ничего не скажет потребителю, которому, прежде всего, хотелось бы узнать: для профилактики чего нужна БАД, в каких случаях целесообразно ее использовать в качестве вспомогательного средства. Что такое «сквален», «стерины», «производные хлорофилла», «растворимые или нерастворимые волокна» – не известно потребителю. Единственным доступным источником информации является агрессивная, зачастую недобросовестная реклама, поэтому у врачей и потребителей складывается негативное отношение ко всем БАД, в том числе к полезным и необходимым.

В то же время роль натуральных клинически изученных БАД трудно переоценить. Ежегодно проводятся международные, всероссийские и региональные научные конференции и симпозиумы, на которых врачи разных специальностей (терапевты, гематологи, эндокринологи, диетологи, геронтологи, онкологи, спортивные и ЛОР-врачи) приводят уникальные данные о свойствах БАД и перспективах их применения для профилактики населения и в качестве вспомогательных средств в комплексном лечении многих заболеваний. О полезных свойствах БАД опубликованы научные статьи и монографии. Да и часть населения уже поняла, что БАД приносят пользу, помогают справиться с дефицитом в питании витаминов, минералов, других жизненно важных компонентов; с помощью БАД можно повысить иммунитет, улучшить физическое состояние организма, предотвратить или ослабить вирусные заболевания, увеличить период ремиссии хронических болезней.

Удачным примером использования полезных свойств БАВ из хвои и пищевых бурых водорослей является продукция научно-производственной фирмы «Фитолон-Мед». В основу производства БАД положены разработки профессора Санкт-Петербургской государственной лесотехнической академии им. С.М. Кирова, д.т.н Федора Тимофеевича Солодкого – основоположника лесобиохимического направления в лесохимии. Ученики и последователи Ф.Т. Солодкого за последние 20 лет создали ряд натуральных БАД – иммуномодуляторов и антиоксидантов: поливитаминно-фитонцидный комплекс «Лесмин» – хвойные таблетки [5-7]; кроветворное средство на основе медного комплекса хлорофилла из липидных концентратов

хвои и ламинарии [6-8]; сироп для профилактики и лечения дисбактериоза [8-10]; средство для профилактики и комплексного лечения фиброзно-кистозной мастопатии из ламинарии «Альгиклам [6, 7, 11]; «Йод-Элам» для профилактики йоддефицитных и кальцийдефицитных состояний [6, 7, 12] Приобрели известность и доверие врачей и потребителей биокорректоры питания и других добросовестных отечественных производителей.

Широкое применение БАД – попытка на новом витке спирали развития вновь прийти к гармонии с природой, существенно расширить адаптационные возможности человека в условиях постоянно нарастающего техногенного и эмоционального стресса [13-14].

Литература

1. Беспалов В.Г. Основы саногенеза онкологических заболеваний. Нелекарственные средства, защищающие от онкологических заболеваний /Рынок БАД, № 1 (40), 2008, С. 11 – 16.
2. Исаев В. А. БАД – спрос и доверие /Рынок БАД. – № 2 (41). – 2008. – С.7-10.
3. Орехов А.Н. Перспективы применения нелекарственных оздоровительных продуктов – новый социально значимый тип продуктов. Сертификация оздоровительных продуктов. Проблемы оценки эффективности в России и за рубежом. / Рынок БАД. – 2007. – № 7 (39). – С. 8 – 12.
4. А. Мельников. В чем обвиняют «А» и «Е»? /Аргументы и факты. – № 11. – 2008. – С.33.
5. Осидак Л.В., Дринецкий В.П., Эрман Е.С., Головачева Е.Г. и др. Лесмин. Использование для оздоровления, в комплексной терапии и профилактике гриппа и других ОРВИ /СПб.: Методическое пособие для врачей. – Нордмедиздат. – 2008. – 24 с.
6. Некрасова В.Б., Виноградова Т.И., Лозовская М.Э., Осидак Л.В. Применение фитоадаптогенов для профилактики и в комплексном лечении туберкулеза / СПб.: Нордмедиздат. – 2008. – 70 с.
7. Некрасова В.Б., Дрожжина В.А., Иорданишкили А.К., Федоров Ю.А. Средства гигиены и биокорректоры питания для профилактики и комплексного лечения заболеваний полости рта / СПб.: методическое пособие. – 2008. – 40 с.
8. Осидак Л.В., Эрман Е.С., Афанасьева О.И., Королева Е.Г. и др. Фитолон. Использование для оздоровления и в качестве лечебно-профилактического средства /СПб.: Методическое пособие для врачей. – Нордмедиздат. – 2008. – 36 с.



9. Косенко И.М., Пирогова З.И. Обоснование алгоритма коррекции кишечной микрофлоры у детей / СПб.: методическое пособие для врачей. – 2008. – 24 с.

10. Александрович Н.Ж., Пирогова З.И. Нарушения микробного пейзажа человека и пути их коррекции / Клиническое питание. – 2005. – №2. – 43-46.

11. Беспалов В.Г., Некрасова В.Б., Вершинин А.С., Жинкова Н.М. и др. Альгиклам – биоактивный комплекс из ламинарии / СПб.: методическое пособие для врачей. – 2008. – 52 с.

12. Йод-Элам / Информационный листок НПФ «Фитолон. – 2008 – 2с.

13. Тутельян В.А. Биологически активные добавки к пище: и чтобы не заболеть, и чтобы выздороветь / Медицинский курьер. – 1997. – № 3 (4). – С.9-10.

14. Изучение и применение лечебно-профилактических препаратов на основе природных биологически активных веществ / СПб.: кн. под ред. В. Г. Беспалова и В. Б. Некрасовой/ Эскулап. – 2000. – 472 с.



**ПАСТЫРСКОЕ
СЛУЖЕНИЕ
В БОЛЬНИЦЕ**

Священник Димитрий Мурзюков – председатель отдела по связи с медицинскими учреждениями Московской епархии, благочинный Люберецкого округа Московской епархии, настоятель храма Спаса Преображения города Люберцы (Московская область), больничного храма во имя святителя Луки (Войно-Ясенецкого) при Люберецкой детской больнице, где располагается также областной детский ожоговый центр.



СЛУЖЕНИЕ ЛЮБВИ

ИНТЕРВЬЮ СЯЩЕННИКА ДИМИТРИЯ МУРЗЮКОВА

Беседу ведут: Анна Черкасова, заведующая медицинским сектором Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата (ОЦБСС МП), д. м. н.

Алла Андрианова, главный редактор журнала «Вестник-Жизнь» – издания православного медико-просветительского центра «Жизнь» при храме Благовещения Пресвятой Богородицы в Петровском парке.

И наш первый вопрос о. Димитрию:

– В отличие от Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, в Московской епархии социальная работа и связь с медициной осуществляются представителями разных отделов. Какова цель создания медицинского отдела Московской епархии? Какие задачи ставит перед собой отдел?

– В действительности социальная работа очень часто соприкасается с медицинскими проблемами. Но так как территория Московской области очень велика, а проблем в медицине и в социальной сфере весьма много, то для удобства работа в этих направлениях была разделена. Но это не значит, что отделы не имеют точек соприкосновения в своей деятельности. Вполне естественно, что есть вопросы, которые приходится решать вместе.

Отдел по социальному служению в Московской епархии возглавляет протоиерей Димитрий Оловяников – благочинный Мытищинского округа. Работа этого отдела поставлена очень интересно, и плоды её видны повсеместно.

Но и медицинский отдел тоже стремится не отставать. Основное направление нашей работы – это создание в медицинских учреждениях условий для совершения церковных таинств. Помимо этого, очень важно наладить и укрепить взаимодействие работников медицинской сферы региона и духовенства Московской епархии. Для этого мы проводим мероприятия, которые способствуют прояснению тех задач, которые нам придётся выполнять совместно на благо общего дела – помощи больным и страждущим по врачеванию души и тела.

– О. Димитрий, какова структура отдела? Какие формы работы вы используете?

– В каждом благочинии имеется ответственный священнослужитель по работе в медицинских учреждениях. Несколько раз в году мы проводим об-

щее собрание всего епархиального отдела. На этих совещаниях мы обсуждаем всё, что нас волнует, делимся опытом, пытаемся сообща решить проблемы. Помимо отчётов и выступлений членов отдела, мы знакомим всех собравшихся с опытом непосредственной работы по взаимодействию с медицинскими учреждениями в благочиниях. Так, недавно мы посмотрели, как совершается духовное окормление Люберецкой детской больницы. Больница имеет ещё и статус областного ожогового центра, и сюда попадают дети со всего Подмосковья. Сейчас мы закончили обустройство здесь больничного храма. Храм получился светлый. Имеется здесь небольшая подборка книг и журналов. Но главная святыня нашего храма – ковчег со святыми мощами святителя Луки Крымского.

Очень важно показать на примере, как можно организовать и обустроить храм на территории любой больницы, имея ограниченное помещение и небольшие средства. Как наладить добрые отношения с администрацией больницы.

Мы это и сделали. Как-то наше собрание проходило на базе детского санатория «Малаховка». Там тоже есть домовый храм. А в последний раз отдел собирался у нас на приходе Преображенского храма. В этот день мы все вместе проехали в зал, где располагалась выставка «Молчаливая революция». Эта мобильная выставка в защиту жизни нерождённых детей и семейных ценностей стала иллюстрацией того, что можно провести по всей епархии без вложения больших средств, но с большой отдачей. Выставка никого не оставляет равнодушными и может оказать существенную помощь в медико-просветительской работе с учреждениями образования. Священнослужители всех округов смогли непосредственно познакомиться с экспозицией. Многие взяли этот пример на вооружение и в своих округах стали инициаторами проведения подобных выставок.

– Скажите, пожалуйста, сотрудничают ли священники Московской епархии, которые связаны по своему светскому образованию с медициной, с медицинскими учреждениями Московской области? Или это, скорее, исключение из правила?

– Конечно, медицинское образование на данном поприще является неким подспорьем. Допустим, священнослужителю, который имеет образование психиатра, легче проводить работу по духовному окормлению психиатрических лечебниц. Такие при-



меры есть у нас в епархии. Но в то же время многие ошибочно думают, что если священник был врачом, то он и должен заниматься медицинскими проблемами, будучи рукоположен в сан священнослужителя. И также, что если священник не имеет медицинского образования, то он не должен заниматься этим направлением. В реальной жизни и по существу задача священнослужителя вовсе не в правильной постановке диагноза и не в том, чтобы выписать то или иное лекарство, а в том, чтобы раскрыть и больному, и врачу смысл болезни и христианского отношения к ней. Главное, чтобы священник помог найти путь к духовному выздоровлению, а вслед за ним придет и выздоровление физическое.

– Есть ли у вашего отдела контакты с Московским обществом православных врачей?

– Да, многие его члены являются практикующими врачами в подмосковных клиниках. Заседания и конференции общества часто проходят в Православном медицинском центре во имя блаженной Ксении Петербургской, что располагается в Коломне в Свято-Троицком Ново-Голутвином женском монастыре. Более плодотворное и тесное сотрудничество на новом уровне только начинается. Выражается это в том, что на местах проходят встречи с медицинскими работниками области, а их участниками являются члены Московского общества православных врачей. В частности, профессор Александр Викторович Недоступ, профессор Ирина Васильевна Силуянова постоянно принимают участие в Пантелеимоновских чтениях в Павлово-Посадском благочинии.

– Есть ли в Московской епархии сестричества милосердия?

– Несомненно, что помимо организации богослужебной жизни в больницах, задачей священнослужителей епархии является и организация помощи мирян. Таким примером может послужить опыт прихода святого великомученика Пантелеимона в г. Жуковском Раменского благочиния. Среди прихожан установлена периодичность дежурств в молитвенных комнатах при больницах. Дежурные обходят палаты с тяжело больными, готовят их к таинствам Исповеди и Причащения, совершают прогулки с ходячими больными, сестры помогают в покупке необходимых лекарств и продуктов питания, а по необходимости сопровождают нуждающихся на консультации в Москву.

Из таких волонтеров при этом храме в 2008 году создано сестричество во имя преподобномученицы великой княгини Елизаветы. Разработаны и утверждены Положение и Перспективный план развития сестричества, предусматривающие строительство богадельни на 15 мест. На это получено согласие городской администрации. В настоящее время уже оформлены разрешительные документы и разрабатывается проектно-сметная документация.

При Троицком соборе г. Щелково создана группа медико-социальной и патронажной помощи инвалидам, пациентам больниц и иным нуждающимся «Милосердие». Обучение патронажу и оказанию первой медицинской помощи проводят медработники 1-й городской больницы г. Щелково.

В Егорьевском благочинии при центральной районной больнице активно действует сестричество во имя преподобномученицы великой княгини Елизаветы. Сестры оказывают помощь медперсоналу в уходе за тяжелыми больными, не имеющими родственников, бомжами, людьми, попавшими в больницу, но не имеющими местной прописки. На собранные сестричеством пожертвования приобретаются лекарственные средства и предметы патронажного ухода.

Сестры милосердия принимают участие в проведении бесед в отделениях ЦРБ, участвуют в подготовке и проведении семинаров и конференций. Так, в рамках празднования пятилетнего юбилея сестричества для студентов Егорьевского медицинского училища и медработников больницы были проведены семинары на темы «История создания общин милосердия в России в XIX – XX вв.» и «Христианская антропология, как основа духовно-нравственного воспитания человека». Сестричеством выпускается газета «Елизаветинский бюллетень», формируется библиотека, распространяется духовная литература. Имеются сестричества и в городах Лыткарино и Орехово-Зуево.

– То есть это – деятельность фактически инициативных групп мирян-катехизаторов и социальных работников при больницах?

– Под руководством священника. Эти люди помогают не только в патронажном уходе, но и при больничных храмах. Желающим помогают правильно подготовиться к таинствам Церкви, проводят беседы с больными. Справедливости ради стоит сказать, что очень трудно бывает привлечь прихожан к служению любви. Необходим пример самого пастыря. И не один год потребуется, чтобы брошенное зерно проросло. К сожалению, сегодня люди с трудом решаются на такой подвиг. Но когда этот путь выбран и человек идет по нему, то, слава Богу, всё получается.

– Это, наверно, самая настоящая жертва, в полном смысле слова. Ведь найти денежку на свечку – это хорошо, но не требует подвига. А когда человек регулярно и безвозмездно, каждую неделю делает то, что ему трудно дается, например, выносить за больным судно, – вот это жертва. Потому что за эту черновую, незаметную работу порой никто и спасибо не скажет. В лучшем случае батюшка психологически поддержит. Но это настоящее служение любви.

– Вы знаете, совсем недавно в Люберецкую детскую больницу привезли несколько ребятшек из интернатов с серьезными нарушениями психики и сложными заболеваниями. На них даже смотреть

было страшно. И они требовали особого ухода. Из прихожан мы сформировали группу милосердия в помощь медсестрам.

– Батюшка, больничный храм при Люберецкой детской больнице был устроен в 2007 году. Не так много времени прошло с тех пор, но вот сейчас, когда мы посетили его вместе с Вами, увидели, что для охраны, да и для всех вокруг – Вы и священник Сергей Жигало, несущий там послушание, – не чужие люди. И появление священника в больнице – обычное дело. Мало того, даже лифтерша отметила, что храм преображает больничную жизнь. Работники больницы теперь тоже имеют возможность почаще бывать в храме, помолиться, свечку поставить.

– В первую очередь пастырь сам должен быть заинтересован в своём служении даже на таком сложном месте – в маленьком больничном храме среди самых разных, чаще невоцерковлённых людей – больных детей и работников светского государственного медучреждения. Но именно здесь – в детской больнице – Слово Божие и Дары Божии – быть может, более, чем где-либо, необходимы.

Что касается такого благорасположения к нам в Люберецкой детской больнице – это всё-таки результат того, что здесь люди сами пошли навстречу и сами имеют желание общаться с духовенством. И присутствие священника в больнице – необходимо. Это люди чувствуют. Желание и необходимость привели к созданию храма.

Кстати, День медицинского работника в больнице мы начинаем праздновать с молебна в больничном храме. Все, кто может покинуть пост – приходят на службу. Обязательно присутствует в этот день и главный врач больницы Елена Афанасьевна Рузова. Перед мощами святителя Луки мы благодарим Бога за то, что Он дал нам такую возможность – благодарить Его в стенах больницы.

– Много ли больничных храмов в Московской епархии?

– На сегодняшний день – 67 больничных церквей, из которых 49 – домовых и 18 стоят на территории медицинских учреждений – это могут быть храмы, которые поставлены давно, но оказались на территории больницы в связи с новым строительством или реконструкцией старого больничного комплекса.

Некоторые храмы – новопостроенные. Два таких новых храма были возведены в Красногорске в 2007–2008 годах: храм великомученика и целителя Пантелеимона на территории Пятого Клинического госпиталя и храм священноисповедника Луки (Войно-Ясенецкого) – на территории Третьего госпиталя имени Вишневского. В Кашире заканчивается строительство ещё одного нового храма.

– По чьей инициативе создаются больничные храмы? Где берутся средства на их строительство?

– Инициатива, безусловно, бывает с двух сторон. Средства собираются благотворительно.

– Есть ли необходимость подготовки священников для служения в больничных храмах? Может, стоит создать некие курсы для тех, кто не имеет базового медицинского образования, но служит при больнице?

– Говорить о медицинском курсе я бы не стал. А вот об организаторском – вполне уместно. Прежде всего, это должно вкладываться в умы студентов духовных учебных заведений. Сегодня священник должен быть не только попечителем душ, но и грамотным организатором приходской жизни. Что касается больничных храмов, то здесь, безусловно, есть своя специфика попечения, и это мы обсуждаем на собраниях отдела.

– Кстати, есть ли в духовных семинариях специальный курс по психиатрии не как медицинский курс, а что-то, что помогает в пастырской деятельности с больными людьми?

– Имеется общий курс – «Основы приходской жизнедеятельности», который включает и эту тематику. Во время моего обучения в стенах Московских духовных школ у нас был курс психиатрии. Благодаря знаниям, полученным от специалиста, я на практике смог распознать ступор у человека (неожиданно пригодились такие специфические знания, и я смог вовремя и адекватно среагировать). Вот подходит девушка к исповеди и – всё – остолбенела, её с места не сдвинешь – полностью отключилась от реальности. Я спокойно к этому отнесся, потому что знал, что это такое и как действовать при этом психическом заболевании. Никакой паники, спокойно вызвали бригаду «скорой помощи».

А специфика общения с больными людьми, в том числе и психически больными, должна, безусловно, вытекать из осмысления самого пастырского служения. Как говорит Апостол Павел, суметь для всех быть всем. Это самое важное.

Об организаторских моментах говорится и на собраниях епархиального отдела. Во всех благочиниях намечаются положительные тенденции в окормлении медицинских учреждений. Там, где нет возможности создать храм, священник обязательно совершает регулярные молебны, где-то – два раза в месяц, где-то – еженедельно. Во все подмосковные больницы, во все отделения священников допускают для совершения таинств, если больной попросит об этом через своих родственников или по телефону. Практически не было случаев препятствования этому.

– Как осуществляется работа отдела с наркоманами и алкоголиками?

– Это направление подлежит более детальной разработке, не просто найти правильный подход в этом сложном деле. Централизованно же эта работа ведётся только на нескольких приходах. Но



и каждый священнослужитель у себя на приходе ведет работу в этом направлении, когда сам человек, одержимый этой страстью, обращается за помощью. Имеется практика проведения внебогослужебных бесед о церковной жизни, за которыми разъясняется смысл богослужений и церковных таинств. Такое общение способствует духовному возрастанию человека и помогает ему уходить от своих вредных привычек и наклонностей.

– Имеется ли в епархии специальная программа, направленная на формирование у православных людей здорового образа жизни?

– Формирование здорового образа жизни в православных кругах в настоящее время заключается в деятельном участии подрастающего поколения в тех программах, которые сейчас широко проводятся во многих округах Московской епархии. Я имею в виду летние лагеря с выездом на природу целым приходом со священником, спортивные мероприятия в зимний период.

Сейчас у нас очень широко пропагандируется День православной молодёжи, который отмечается на двенадцатый церковный праздник Сретения Господня. К этому дню приурочивается проведение спортивных молодежных соревнований практически во всех благочиниях Московской епархии. Это и есть пропаганда здорового образа жизни. То, что ты православный – не значит, что ты должен быть скрыт от мира. Наоборот, ты являешься членом этого большого мира, маленькой его частицей. Если ты сам себя будешь соблюдать в чистоте, в правильном духовном устройении, то и всё вокруг тебя станет преображаться.

– Есть ли у отдела связи с Министерством здравоохранения области?

– Конечно. С Министерством здравоохранения Московской области мы сотрудничаем очень близко. Так, 29 октября 2008 года мы совместно провели Подмосковный медицинский форум: «Церковь – общество – здоровая семья» (РЕЗОЛЮЦИЯ прилагается), участие в котором принимали все ответственные за связь с медучреждениями епархии, представители всех муниципальных округов, главные врачи подмосковных медучреждений. Мы делились опытом совместной работы. Причём у врачей (я сам этого не ожидал) была живая заинтересованность. Люди горячо обсуждали доклады. И уровень этого мероприятия был очень высоким.

Следующий Форум планируем провести в городе Видное. По результатам таких мероприятий мы будем выпускать специальное издание, в котором будут помещаться доклады участников.

– Расскажите о воспитательной работе, которая проходит в медицинских учебных заведениях, о той программе, которая была подготовлена для студентов-медиков.

– Сейчас она проходит апробацию. (ПРОГРАММУ можно посмотреть в приложении.) Содействие руководителей средних медицинских учебных заведений в Сергиевом Посаде выявило, что на основе этой программы, учитывая список рекомендованной литературы, каждый вырабатывает свое направление деятельности, в соответствии с уровнем восприятия.

Так, например, в Орехово-Зуевском медицинском колледже была проведена исследовательская работа о взаимодействии Церкви и медицины в истории России поэтапно: здесь и дореволюционное время, и советский период, и сегодняшний день. Ребята использовали современные технические средства, подготовили красочные иллюстрации: графики и схемы, копии репродукций и прочее. Это показывает их заинтересованность.

Священник должен быть проводником христианского знания в медицинских кругах. К сожалению, сегодня еще бывает так, что когда медсестра или врач вдруг видят в больнице священника – они просто теряются: а что ему тут надо? Когда я пришел в реанимацию, чтобы причастить своего прихожанина, который сам позвонил и попросил меня об этом, врач спрашивает: «А зачем? Ведь он ещё не умирает?..»

А другой врач, видя это, тут же предложил: «Проходите, проходите, непременно...». Это разный уровень восприятия.

Для медицинских работников мы должны создать какую-то катехизическую форму, которую они могли бы воспринять на разных этапах. Первый этап: когда студенты-медики ещё только получают профессиональное образование. Вот мы и начали с колледжей и медучилищ. Следующий этап – для практикующих врачей. Для них мы должны устраивать встречи на другом уровне.

– Что Церковь ждёт от медицины?

– Деятельного сотрудничества. Церковь должна помочь больному человеку познать причину своих болезней, если они связаны с нездоровым, греховным образом жизни. Она помогает также правильно отнестись к болезни – терпеливо переносить ее и дисциплинированно лечиться. Многие свидетельствуют, что это приносит большую пользу, позволяет даже повысить качество восстановительного лечения. Люди верующие быстрее приходят к выздоровлению, а у тех, кому осталось лишь доживать свой век на земле, формируется правильное отношение к жизни и смерти. Это очень важный момент. Полагаю, люди, работающие в медицине, должны понимать, что Церковь обязана присутствовать в медицинских учреждениях. Везде, где человеку плохо, всегда должна быть рядом Церковь. А больница как раз такое место.

ЧЕМУ МОЖЕТ НАУЧИТЬ СМЕРТЬ

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ С УМИРАЮЩИМИ БОЛЬНЫМИ

**Протоиерей
Сергий ФИЛИМОНОВ,
председатель Общества
православных врачей
Санкт-Петербурга,
профессор, доктор меди-
цинских наук, кандидат
богословия, настоятель
храма святого
великомученика
и целителя Пантелеимона**



Многие современные врачи стараются бороться за жизнь больного всеми возможными способами, ошибочно воспринимая смерть как зло. Иная группа врачей придерживается другой крайней точки зрения, что больные имеют право на досрочную смерть, распоряжаясь жизнью не как даром Божиим, а по своему усмотрению, как личной собственностью. Только часть врачей воспринимает смерть как необходимое благо, милостью Божией, прерывающую цепь земных человеческих страданий, искушений и испытаний.

К сожалению, сегодня огромное количество людей умирают без Бога. Такой важной и необходимой встречи больного с Богом в момент смерти, в том числе и по вине врачей и медперсонала, не происходит. Святой Николай Сербский говорит: «Это не просто проблема – это трагедия жизни человеческой в последние времена».

В этом контексте задачей врача в последние минуты жизни больного является помощь ему хотя бы в том, чтобы он обратил свой взор к Богу, увидел Его через смертные пелены и с Его помощью преодолел предсмертные искушения.

Преподобный Никодим Агиорит перечисляет четыре основных искушения от демонов в час смерти: «1) колебания веры; 2) отчаяние; 3) тщеславие; 4) разные образы, в какие облакаются демоны и какие представляют отходящим».¹

Первое искушение – колебание веры. Сутью этого искушения является появление у умирающего христианина помыслов неверия в существование бога и истинности Слова Божия в Священном Писании или извращении его смысла, ибо что-

бы из Писания ни напоминал враг, «все то на пагубу... направляется посредством кривого толкования и извращения истины слов Божиих».²

Преподобный Никодим советует преодолевать такие колебания веры молитвой «Боже мой!.. Ускорь на помощь мне и не дай мне поколебаться... в истине святой веры Твоей, но благоволи, чтоб я... кончил и жизнь мою смертную во славу имени Твоего».

Врачу следует напомнить умирающему о необходимости постоянного призывания имени Божия.

Второе искушение — отчаянием. В канун смерти может возникать страх от воспоминания множества содеянных за жизнь грехов. «Страха сего миновать нельзя; но он умеряется верою в искупление грехов наших крестною смертью Христа Спасителя».³

Св. Силуан Афонский говорит: бойся двух помыслов «ты — святой, и ты — не спасешься». Это две крайности помыслов, в которые может попасть и умирающий.

Помыслы из рода «ты не спасешься» ведут к отчаянию и могут привести к разным пагубным последствиям: оскорблению Бога проявлением маловерия в Его любовь и милосердие; досрочным желанием прекратить жизнь, так как в ней уже нет смысла — все равно погиб. Это может подтолкнуть к самоубийству и согласию на эвтаназию. Этого-то и добивается враг.

Для преодоления этого искушения православному врачу следует укреплять в сердце больного «крепкую веру в искупительную силу крестной смерти Господа»⁴ молитвой за него и чтением Святого Евангелия, особенно тех мест, где говорится об искупительной жертве Господа Иисуса Христа. Бог Свою любовь к нам доказывает тем, что Христос умер за нас, когда мы были еще грешниками. Посему тем более ныне, будучи оправданы Кровию Его, спасемся Им от гнева. (Рим. 5: 8-9).

Печаль не по Богу следует помочь перевести в печаль по Богу, «покаянную печаль», которая очистит и умягчит сердце и умиротворит ум. «Такому воспоминанию свойственно породить смирение, сокрушение и скорь сердечную об оскорблении Бога праведного, но и всемилостивого; почему оно, хотя поражает страхом, но таким, который не погашает надежды на милость Божию, и будучи ею ра-

¹ Прп. Никодим Агиорит. Невидимая брань. С. 256.

² Там же. С. 257.

³ Там же С. 258.

⁴ Там же С. 258.



створяем, дает место дерзновенному упованию спасения, отражая всякое чувство отверженности.

И вот какую молитвой прилично... вступая во врата смерти, возмолиться к Господу Богу...: «Господи! Множество имею я причин опасаться, чтоб Ты не осудил меня и не отверг за грехи мои по правде Твоей; но еще большее имею дерзновение надеяться на помилование по безпредельному милосердию Твоему, во Христе Иисусе, Искупителе нашем и Спасителе. Почему умоляю безмерную Твою благодать, пощади меня, бедную тварь, осуждаемую грехами своими, но омываемую безценною кровию Сына Твоего и Бога нашего, да воспрославлю Тебя во веки. Всего себя предаю в руки Твои; сотвори со мной по милости Твоей. Ты — единый Владыка жизни моей».⁵

Третье искушение — тщеславием. Дьявол, зная, что тщеславие губительно для нашей души, может за считанные мгновенья уничтожить и пожечь плоды всех духовных усилий и добрых дел за жизнь. Через внушение тщеславных помыслов умирающему дьявол старается заставить человека все добрые дела жизни приписать себе и вызвать самодовольство проведенной жизнью. Как денница спал с Неба за гордость, так и человек навечно ниспадает с лестницы спасения за тщеславие незадолго до смерти. Посему врачу следует пояснять это больному и наставлять его примерно так: «если случится, что тебе придёт на ум какое-либо твое доброе дело, помышляй, что это Бог совершил его в тебе и тобой, а не ты, и что оно от Него единого произошло, исповедуй искренно, что все твои рвения, усилия и подвиги были бы тщетны и бесплодны, если б Бог не взял их под крыле благоволения Своего, не посодествовал им, и не действовал в них».⁶

Четвёртое искушение — призраками. Умиравшие люди могут видеть разные образы и видения. В одном случае это видения потустороннего мира, которые ранее были преждевременны и недоступны. В другом — плод больного воображения. В третьем — бесовское наваждение в виде различных призраков, постигаемых обычным зрением. Святые Отцы запрещают входить в общение с какими бы то ни было призраками, так как человек может выйти из этого общения умоповрежденным и даже духовно погибнуть вследствие обольщения похвалами и достоинствами.

Поэтому, врачу следует упомянуть своему подопечному и об этом искушении, назидая его следующими словами прп. Никодима: «Хотя бы, по некоторым явным признакам, подумалось тебе, что видишь истинные видения, Богом тебе данные; и в таком случае не спешить верить им, а скорее погрузись в сознание своего недостойнства и ничтожества. Не бойся,

что оскорбишь тем Бога; потому что Ему никогда не бывают неприятны наши смиренные чувства. Если такие видения нужны для тебя, то Бог знает, как сделать, чтобы ты не закрыл от них очей своих».⁷

Умиравшие испытывают и другие искушения и трудности не только духовного, но и естественного характера — боль, физические и душевные мучения, оставленность Богом и людьми и др.

По нашему опыту, согласно физическим, психическим и духовным особенностям существует 9 основных групп умирающих больных.

Врач может столкнуться с искажением некоторыми больными понимания Церковных Таинств, суеверием и мнительностью.

Больному П., 70 лет (2008 г.) незадолго до смерти было предложено исповедоваться, причаститься и собороваться. Больной выразил согласие. Сестра милосердия приготовила пациента к Таинствам. В день, когда со священником было договорено совершение Таинств, родственники больного отказали в проведении Таинств со следующей мотивировкой: «Эти мероприятия необычны для нашей семьи, они психологически окажут на нас тяжелое воздействие. Соборование совершается, как мы слышали, для умирающих людей, а мы надеемся на выздоровление»

Следовательно некоторые больные воспринимают Таинства церкви искаженно и суеверно, понимая их не как укрепление души и тела на перенесение и борьбу с болезнью, а как последнюю печать, фиксирующую окончание их земной жизни.

Из-за отчаяния и безысходности («искушение отчаянием») некоторые умирающие больные, цепляясь за последний шанс, обращаются за помощью к колдунам и «целителям». Врачу следует знать об этом и стараться ограждать больных от этого рокового шага, который может пагубно отразиться на загробной участи.

Больная М., 35 лет около 5 лет назад вышла замуж за мусульманина, под давлением мужа отреклась от христианства и приняла ислам. В 2007 г. Тяжело заболела. Имела разговор с крестной матерью о возвращении в православие. Около полугода не могла принять решения по причине угроз со стороны мужа физической расправой. Через полгода заболела раком гортани. Была прооперирована, прошла курс лучевой и химиотерапии. Через некоторое время были обнаружены метастазы. После разговора с крестной матерью решила на тайное возвращение в православие. Прошла краткий курс подготовки, катехизации по обращению к православной вере от магометанства. Подготовлена сестрами к исповеди и при-

⁵ Прп. Никодим Агиорит. Невидимая брань. С. 258–259.

⁶ Там же. С. 260.

⁷ Прп. Никодим Агиорит. Невидимая брань. «Знание». СПб., 2000. С. 261.

частью. Тайно прошла чин присоединения к православно́й церкви, исповедовалась и причастилась. Через некоторое время в связи с отсутствием улучшения состояния и исцеления от рака обратилась за помощью к экстрасенсам и колдунам. Спустя два месяца скончалась без покаяния.

Ряд больных предчувствуя скорую смерть быстрее задумываются и принимают решение, влияющее на спасение души.

Больная К., 57 лет, находилась на гинекологическом отделении больницы по поводу неоперабельной опухоли матки. Около 15 лет назад отошла от православия и стала ходить к протестантам. После беседы с сестрой милосердия и священником изъявила желание вернуться в православную церковь. Высказывала сомнения и страх, что не сможет нормально изучить основы православия и быть настоящей христианкой, так как после выписки из больницы будет практически прикована к постели и плохо себя чувствовать. Примет ли Господь такое воцерковление? Больная была успокоена тем, что Господь «целует» и намерение и «двумя лептами» малыми не гнушается. Поэтому надо воцерковляться, а Господь все Сам управит. Больная согласилась, прошла чин присоединения к православию, исповедовалась, причастилась. Господь упредил ее внутренние терзания. Через три дня больная с умиротворенной совестью неожиданно умерла.

Такая смерть, приносит большую пользу, так как застаёт человека в примиренном с Богом состоянии и упреждает возможные будущие терзания и ошибки.

Смерть может научить врача уважать, понимать и принимать Промысел Божий о каждой отдельной душе.

Один пятилетний мальчик около 200 лет назад умирал от дифтерии гортани. Его мама усиленно молилась о сохранении во что бы то ни было жизни ребенка, но при этом не добавляла «Да будет воля Божия», «Не как я хочу, а как Ты хочешь». Господь ответил на мольбы женщины. Ей была показана вся жизнь будущего ребенка в разных возрастах: юность, учебный корпус, офицерство, война, тайный кружок, попытка переворота власти, камера и виселица. Когда женщина воскликнула: «О нет!», было поздно. Ребенок был здоров, болезнь исчезла. Через 30 лет, став государственным изменником против царя, он закончил жизнь на виселице.

Смерть показывает также, что цепляясь за последнюю соломинку некоторые больные соглашались на предложение врача вызвать священника. Однако, врачу надо быть готовым к тому, что это согласие будет неискренним, потребительским по отношению к Богу. Внутренним принципом таких больных является «попробую церковное – может быть поможет».

Больной Х., 53 лет, заведующий хирургическим отделением одной из больниц города, невоцерковленный, находясь в тяжелом состоянии незадолго до смерти, согласился на уговоры верующего медперсонала исповедоваться и помолиться: «и так плохо — может быть что-нибудь церковное поможет». После исповеди, молитв и помазания елеем согласился подготовиться к причастию. Вскоре наступило резкое улучшение состояния, исчезли жар, температура, появились силы ходить и аппетит. Когда на этом фоне священник повторно пришел, чтобы причастить больного, тот не пустил его в палату, и, замахав руками, восклицал «идите, идите, ничего больше не надо». Через три недели пациент скончался.

Врач не должен унывать, когда будет разочарован победным случаем, а смиряться перед тем, что у каждого человека свой выбор и свой жизненный путь и смертный опыт, и давать каждому умирающему больному шанс встречи с Богом через священника, даже если этого не произойдет. Все в руках Божиих.

Врач не всегда может добиться христианского приготовления к смерти. Бог попускает больному выбирать. Врач должен искать контакт с самим умирающим и донести до него его личную ответственность за свою судьбу.

Больной А., молодой врач 30 лет, в сентябре 2008 г. поступил на проктологическое отделение городской больницы. В результате обследования был поставлен диагноз: рак прямой кишки. Родственниками жены больного был приглашен священник. После разговора со священником больной согласился первый раз в жизни исповедоваться и причаститься. К больному была направлена сестра милосердия, которая подготовила больного к исповеди. Вскоре к сестре поступил звонок от отца больного, что в услугах священника его сын не нуждается. Сестра милосердия доложила священнику, и тот благословил услышать отказ от Таинства непосредственно из уст пациента. Сестра позвонила, но трубку сына поднял отец и повторно в жесткой форме отказал в предсмертном христианском напутствии сына, взяв ответственность на себя: «мы к этому не привыкли, мы этого не понимаем». Священник благословил сестру прекратить попытки прорваться к больному и доложил родственникам жены о происшедшем, но те ничего не смогли сделать в сложившейся ситуации. Через два дня больной умер. Мать больного, несмотря на возражения отца, совершила над сыном чин христианского погребения.

Еще один момент, который следует учитывать врачу и который напоминает, что у Бога нет бессмысленных страданий. Врач должен понимать христианский смысл страданий. Врачу следует помнить, что если больной не потерял для Бога в плане спасения души до последних секунд жиз-



ни, значит он не потерян и для врача, для его терпения и молитв. Бог может проявить вмешательство в любую угасающую жизнь, непосредственно, по Своим Воле и Желанию. В этом убедил нас следующий случай.

Больная Г., 59-ти лет, бывшая главная сестра терапевтического отделения больницы, невоцерковленная, периодически находилась в 1996 г в стационаре для поддерживающей терапии по поводу рака матки, с метастазами в тела позвонков. С конца 1996 г была обездвижена. В течение 1,5 лет сестры милосердия неоднократно беседовали и осуществляли медицинский уход за больной. Больная продолжала оставаться неверующей, неоднократные встречи со священником также не привели к положительному результату. Во время последней встречи со мной больная заявила, что пока она сама не побывает на том свете и не общается с умершими, не уверует. Священник покинул палату, помолился за больную и принял решение прекратить бесполезные разговоры. Через три недели больная сама вызвала священника и попросила научить ее молиться, поисповедовать и причастить. Сама она рассказала следующее: в ночь на праздник Введения во храм Пресвятой Богородицы она временно умерла и попала на тот свет. Там она действительно встретила со своими умершими родственниками и общалась с ними, ей был показан вход в рай и вход в ад, но к райским дверям она не смогла даже приблизиться, так как не знала ни одной молитвы, и мост через огненную реку был для нее закрыт. Она просила у Бога помощи, так как испытывала сильный болевой синдром в спине при жизни. Ей было сказано, что в данный момент ее не могут принять, так как на небе идет большой церковный праздник в честь Божией Матери. Ей дали небольшое молитвенное правило в виде самых простых молитв: Господи помилуй — 12 раз и славословия Богу. Затем она была отправлена обратно на землю с благословением совершать это правило утром и вечером. Ей было показано — кто из персонала больницы умрет в ближайшее время и в какой последовательности. Так в последствии и произошло, хотя сначала ей не особенно верили. Когда она пришла в себя, то почувствовала, что боли прошли и в течение последующих трех дней обходилась без наркотических анальгетиков, хотя до этого использовала их около трех раз в день. Очнувшись, она кричала из палаты на все отделение: «Верьте люди, Бог есть». Больная скончалась примерно через три месяца после события. За это время она исповедовалась, неоднократно причастилась, соборовалась. Умерла она глухо боко верующим человеком.

Я помню некрещеную озлобленную умирающую больную в реанимации в 1997 году. На каж-

дую сестру милосердия она реагировала криками: «Пошла вон». За несколько минут до смерти она сама попросила ее покрестить, что и было совершено.

Монах И. 75-ти лет в 1996 г. попал в реанимационное отделение городской больницы г. Киева в предсмертном состоянии. Через несколько дней после поступления рядом с ним был госпитализирован другой человек, оказавшийся некрещеным. Через несколько дней после совместных бесед с монахом больной принял Святое Крещение, причастился Святых Христовых Тайн. Через несколько дней соборовался и вскоре скончался и был погребен как христианин. После кончины больного и монаха И. наступило быстрое выздоровление, он был выписан и прожил еще несколько лет.

Протоиерей В. 80-ти лет в 2007 г., в предсмертном состоянии был соборован в реанимации ВМеда Санкт-Петербурга. Рядом с ним оказалась умирающая женщина, изъявившая желание так же быть соборованной. После прочтения 1 Святого Евангелия, молитв и 1 помазания о. В. Скончался, а в те же минуты умирающая женщина встала с одра болезни совершенно здоровой и на своих ногах вышла из реанимации в коридор, испугав дежурного врача словами: «Мне здесь больше нечего делать». На следующий день она была выписана.

Врач, особенно анестезиолог-реаниматолог, должен быть внимателен к выявлению религиозного статуса пациента (доверять, но перепроверять).

Зав. Реанимационным отделением одной из клиник ВМеда СПб обратился в 1995 г. за помощью пособоровать своего друга врача, поступившего в реанимацию. После выяснения у родственников крещенный он или нет, оказалось, что много лет тот ходил в церковь и проявлял уважение к вере, а крещеным не был. Больной потерял сознание, так время было упущено. Реаниматолог сокрушался, что не выяснил религиозного статуса умирающего друга, когда тот был в сознании, и было возможно покрестить его страха ради смертного.

Врачу следует помнить, что «там, где вмешивается Господь нарушается естества чин» и относиться к своим медицинским знаниям с этой поправкой. В 1998 г. священника пригласили к больной в состоянии комы. В момент прихода священника в палату больная вышла из комы, совершенно сознательно исповедовалась, причастилась, беседовала. К вечеру она опять впала в кому и через несколько дней умерла. Такие случаи редки, но могут быть. Врачам и священникам следует знать, что они бывают и быть готовыми не упустить драгоценные минуты.



НАШИ ЮБИЛЯРЫ

ПОЗДРАВЛЯЕМ!



Н. П. Шабалов



А. В. Недоступ



НИКОЛАЮ ПАВЛОВИЧУ ШАБАЛОВУ – 70 ЛЕТ

21 марта 2009 года исполнилось 70 лет выдающемуся отечественному педиатру, профессору, доктору медицинских наук, Заслуженному деятелю науки РФ Николаю Павловичу Шабалову.

Николай Павлович родился в Ленинграде в 1939 году, вместе с матерью пережил все 900 дней блокады. Именно с этих дней он ведет счет своему единению с Ленинградским Педиатрическим медицинским институтом (ЛПМИ), где, будучи блокадным ребенком, был спасен от тяжелой пневмонии. В 1956 году Николай Павлович поступил в ЛПМИ и, не покидая его стен, прошел путь от студента до профессора. Основным учителем и наставником, эталоном нравственности для Николая Павловича стал профессор Александр Федорович Тур. И это определило не только основные направления научных интересов Николая Павловича, но и отношение к больному, к жизни, к коллегам.

После окончания института в 1962 году по инициативе Академика АМН СССР А.Ф. Тура Н.П. Шабалов был оставлен на кафедре госпитальной педиатрии клиническим ординатором, а затем аспирантом. В 1967 году аспирант стал ассистентом кафедры, активно совмещая преподавательскую деятельность с научными исследованиями, и в 1968 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Аденозинтрифосфатазная активность эритроцитов при остром лейкозе у детей». Докторскую диссертацию Николай Павлович защитил в 1978 году. Она была посвящена актуальной проблеме патогенеза, клиники, диагностики и лечения идиопатической тромбоцитопнической пурпуры у детей и стала классическим трудом, прояснившим важнейшие этиологические и патогенетические закономерности этого заболевания, установившим его наследственный характер.

С 1979 года Николай Павлович занимал должность профессора кафедры госпитальной педиатрии ЛПМИ, а с 1985 года является заведующим кафедрой педиатрии с курсами перинатологии и эндокринологии факультета повышения квалификации и постдипломной переподготовки ныне

уже Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. В 1993 году Николай Павлович был избран на должность заведующего кафедрой и клиникой детских болезней Военно-медицинской академии и одновременно был назначен Главным педиатром Министерства обороны РФ.

Совмещая руководство двумя кафедрами, он объединил научные интересы двух коллективов, работающих ныне в тесном сотрудничестве. Сегодня Николай Павлович – педиатр с мировым именем, человек высокой культуры, талантливый врач, добрый и понимающий учитель, но в то же время строгий и требовательный руководитель. Им опубликовано более 560 научных работ. Безусловно, особое место принадлежит учебнику «Детские болезни». Учебник для педиатрических факультетов, вышедший в 1979 году, переиздавался 6 раз, каждый раз с существенными изменениями, и уже 30 лет является настольной книгой отечественных педиатров. Классическим стал и учебник «Неонатология», переизданный за короткий срок 5 раз. Приобрел известность вышедший впервые в 2002 году учебник «Педиатрия» для лечебных факультетов медицинских ВУЗов, который переиздается почти ежегодно, в настоящее время готовится к выходу 5-е издание. Дважды издавался «Справочник педиатра» под редакцией Николая Павловича (2005, 2007).

Среди публикаций нельзя не упомянуть такие важнейшие руководства и учебные пособия, написанные Николаем Павловичем лично и соавторстве, как: «Кровь здоровых детей различных возрастов» (1970, в соавторстве с А.Ф. Туром), «Острые пневмонии у детей раннего возраста» (1978, 1986), «Геморрагические диатезы у детей» (1982), «Руководство для участкового педиатра» (1982, 1990), «Справочник неонатолога (1984), «Клиническая фармакология новорожденных» (1984, 1993), «Асфиксия новорожденных» (1990, 2003), «Антибиотики и витамины в лечении новорожденных» (1993), «Клиническая перинатология» (2004), «Основы перинатологии» (3 издания). Безусловно,



но, наибольшая часть научно-практических работ профессора Н.П. Шабалова посвящена делу всей его жизни – гематологии, перинатологии и неонатологии. Они касаются особенностей реактивности и адаптации ребенка к условиям внеутробной жизни, перинатальной гипоксии и инфекций, особенностей гемостаза, сепсиса новорожденных, повреждений ЦНС, неонатальной фармакологии. По каждому из этих направлений Н.П. Шабалов и его ученики внесли много нового не только в разработку научных проблем, но и в практику здравоохранения. Н.П. Шабалов – один из организаторов первого в стране специализированного отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Совместно с реаниматологами он разработал принципиально новый алгоритм первичной помощи новорожденным. Чрезвычайно важным результатом деятельности является снижение неонатальной смертности в Санкт-Петербурге, которая уже более 10 лет является самой низкой в стране (1,6–1,65‰ в 2006–2007 годах) и равной показателям самых развитых и богатых стран.

Николай Павлович является членом правления общества детских врачей России, президентом Петербургского Союза педиатров, членом редколлегии ряда журналов, председателем специализированного Совета по защите кандидатских и докторских диссертаций СПбГПМА, членом учебно-методической проблемной комиссии по педиатрии Минздравсоцразвития РФ.

За свою 45-летнюю деятельность Н.П. Шабалов вырастил большое количество учеников и последователей, работающих ныне во всех концах России, СНГ и мира. Под его руководством защищено 67 кандидатских и 21 докторская диссертация, его ученики руководят кафедрами в Санкт-Петербурге, Архангельске, Чите, Нальчике, Иркутске, Самарканде, Бишкеке. Указом Президента РФ от 11 мая 2009 года Николай Павлович награжден орденом Почета.

Велики достижения нашего Профессора, но не только за них он пользуется любовью, уважением и авторитетом среди сотрудников, профессоров и простых врачей. Годы не стерли доброты и душевности этого удивительного человека, стремления помочь ближнему. Свои глубокие знания, мышление и опыт клинициста Николай Павлович охотно передает сотрудникам, врачам курсов усовершенствования, курсантам и студентам, создавая особую теплую обстановку, сердечность в жизни коллективов, которыми он руководит. Николая Павловича отличает особая чуткость к больному ребенку, к его медицинским и парамедицинским проблемам.

Общение с таким человеком, каким является Николай Павлович, изменяет нас, внушает уверенность в важности, незыблемости и необходимости соблюдения важнейших общечеловеческих, христианских, нравственных ценностей, которые являются определяющими в жизни врача независимо от сложностей окружающего нас мира.



МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ПЕДИАТРА

Н. П. ШАБАЛОВ

«Каждый врач должен сам выработать для себя представление о врачевании, которое в сущности есть умение разместить себя, пациента, науку и культуру во времени и пространстве».

А. Ф. Билибин

Этика (от греч. *ethos* – обычай, характер) – система норм нравственного поведения людей, их обязанностей по отношению друг к другу, к обществу, Родине на основе общечеловеческих представлений о добре и зле; а также – философское учение о морали, нравственности, как одной из форм идеологии, о ее сущности, законах исторического развития и роли в общественной жизни.

Проще говоря, этика – методология защиты человека от человека и даже нравственного самосохранения человека. Великий русский врач Николай Иванович Пирогов писал жене: «Вспомни, что вся наша жизнь – бесконечная цепь: в одно мгновение мы высоки, добры, прекрасны; в другом – низки, злы и подлы, и даже делая доброе по его следствиям, может быть худо внутренне, и, делая злое, по его следствиям, можем быть высоки и добры внутренне».

Медицинская этика рассматривает всю совокупность моральных критериев, которыми руководствуется работник здравоохранения в повседневной работе, направленной на удовлетворение потребностей общества и каждого человека в сохранении и укреплении состояния здоровья или возвращении его при болезни.

Медицинская деонтология (от греч. *deon*, *deontos* – должное, надлежащее; *logos* – учение) – совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей, а также принципов поведения, профессиональных приемов психологического общения с обратившимся к врачу здоровым или больным человеком. Таким образом, деонтология – составная часть медицинской этики, и если этика – методологическое, то деонтология – методическое понятие. Если медицинская этика не несет в себе специфики отдельной врачебной специальности, то медицинская деонтология имеет прикладной характер, обусловленный той или иной медицинской профессией, то есть различают деонтологию аку-

шера-гинеколога, педиатра, терапевта, эндокринолога, андролога, хирурга, судебного медика, онколога, рентгенолога, венеролога и т. д.

Деонтологические принципы работы врача выработались веками работавшими до нас поколениями врачей, и знание этих принципов – одно из необходимых условий успешного врачевания. Эти принципы касаются взаимоотношений: врач и больной, врач и родственники больного, врач и коллеги, врач и медицинская сестра, врач и общество, врачебная тайна, деонтология медицинской документации, деонтология научных исследований и применения новейших научных сведений, деонтология анализа медицинских ошибок, деонтология работы медицинских учреждений. Деонтология не столько изучается студентами как отдельная дисциплина, сколько усваивается во время всего хода учебы в институте, общения с учителями, врачами, пациентами и в дальнейшем всей повседневной врачебной жизнью. Опыт предшествующих поколений врачей, заложенный в принципах медицинской этики и деонтологии, должен срабатывать в повседневной практике еще до того, как врач начинает рассматривать данный конкретный случай заболевания, что поможет и пациенту, и врачу, то есть он должен, как бы подсознательно, действовать еще до того, как вступает в действие рассудок.

Несомненно, что медицинская этика, имея свою специфику, в то же время базируется на принципах общечеловеческой этики как методологии «защиты человека от человека» и осознании человеком целей его жизни.

А. С. Пушкин писал, что умение проявить себя в природном существе есть признак совершенства. Каково же природное существо человека? На этот вопрос на протяжении истории человечества ученые и философы не смогли дать общепризнанного ответа. В последние десятилетия особенно популярна парадигма – «права человека». При этом акцент делается прежде всего на правах челове-



ка, получаемых от общества... В нашей стране эта парадигма антропоцентризма, эгоцентризма стала доминировать, наряду с парадигмой рыночной экономики, после распада социалистического государства – СССР. Однако тысячелетняя история христианства в России привела к несколько иной расстановке акцентов.

Христианская православная этика. Митрополит Санкт-Петербургский и Ладожский Иоанн (Снычев) писал: «Русское общество, всегда стремившееся настроить свое бытие в унисон с требованиями христианского мировоззрения, от века строилось на воспитании в человеке прежде всего осознания своих религиозных, гражданских и семейных обязанностей. Горький опыт междоусобных распрей крепко-накрепко выучил наших предков: акцент на «права» неизбежно порождает упреки в их несоблюдении, взаимные претензии, обиды и склоки. Благородная, на первый взгляд, идея абсолютизации «прав» питает гордыню, высокоумие и тщеславие, ведет к обособлению, разделению, противопоставлению интересов и, в конечном счете, к сословной и классовой вражде, к войне «всех против всех», по живому рассказу народной телом («Самодержавие духа», СПб., 1996, с. 344). Означает ли сказанное игнорирование прав человека? Нет, конечно, нет. В «Евангелии от Матфея» читаем: «Иисус сказал ему: «Возлюби Господа Бога своего всем сердцем твоим, и всей душой твоею, и всем разумением твоим». Сия есть первая и наибольшая заповедь; вторая же подобная ей: «Возлюби ближнего твоего, как самого себя». На сих двух заповедях утверждается весь закон и пророки» (Мтф. 22: 37-40).

Напомним основные заповеди Ветхого Завета. «Не делай себе кумира. Почитай отца твоего и мать твою, чтобы продлились дни твои на земле... Не убивай. Не прелюбодействуй. Не кради. Не произноси ложного свидетельства на ближнего твоего. Не желай дома ближнего твоего; не желай жены ближнего твоего, ни раба его, ни рабыни его, ни вола его, ни осла его, ничего, что у ближнего твоего» (Исх., 20:4-17), а также Нового Завета, сказанные Иисусом Христом в Нагорной проповеди: «Не судите, да не судимы будете; Ибо каким судом судите, таким будете судимы; и какою мерою мерите, такою и вам будут мерить. И что ты смотришь на сучок в глазе брата своего, а бревно в твоём глазе не чувствуешь? Или, как скажешь брату твоему: «дай, я выну сучок из глаза твоего»; а вот, в твоём глазе бревно? Лицемер! вынь прежде бревно из твоего глаза, и тогда увидишь, как вынуть сучок из глаза брата твоего... Итак, во всем, как хотите, чтобы с вами поступали люди, так поступайте и вы с ними...» (Мтф., 7:1-5,12). Из прочитанного понятно, что ни о каком игнорировании прав человека здесь и речи нет, все как раз наоборот.

«Человек сам по себе – микрокосм, малый мир, отражающий в своей таинственной глубине все

многообразие вселенной... Две силы действуют в сердце человеческом. Сила первая – Закон Божий, незримо начертанный всемогущим перстом Его на скрижалях нашей души. Совесть – вот неусыпный страж и глашатай этого Закона. Сила вторая – мятежные порывы разрушительных страстей: гордыни и властолюбия, тщеславия и алчности, похоти и злобы, зависти и лицемерия. Каждая из двух сил свидетельствует о себе приличным ей образом, пытаясь склонить на свою сторону нашу свободную волю. Здесь – место брани духовной. Здесь решается индивидуальная человеческая судьба и определяется ход мировой истории» – Митрополит Иоанн (Снычев), «Русский узел».

Итак, одним из основных догматов христианства является «возлюби ближнего как самого себя». Легче любить человечество, чем конкретного человека. «И презирал он человека, и человечество любил» (П. А. Вяземский) Мы все хотим, чтобы окружающие не обращали внимания на наши недостатки, замечая и ценя главное, что в нас есть; но обратная реакция достаточно проста – видеть прежде всего в окружающем не его недостатки, а достоинства.

«Три добродетели, необходимые христианину для вечной жизни, для спасения: Вера, Надежда, Любовь. Семь грехов смертных для христианина: Гордость. Сребролюбие. Блуд. Гнев. Чревоугодие. Зависть. Уныние. Им же противостоят: Смирение. Нелюбостязание. Целомудрие. Кроткость. Воздержание. Доброжелательство. Упование» («Молитвослов»).

Священное Писание учит: «Погибели предшествует гордость, и падению – надменность» (Пр. 16:18). «Гордость стоит на пути любви. Бог гордым противится, – говорит Библия, – по той причине, что эгоист любит только себя, а это противоречит всеобъемлющей любви Творца». Современный архиепископ Екатеринбургский и Верхотурский Викентий говорит (2004): «Быть только нравственным мало. Требуется гарантия нравственности от неверной мотивации, для сохранения целостности личности человека – духовность. Многие добрые поступки и дела внешне могут быть оценены как весьма нравственные и этические. Однако нам известно и такое выражение: «святой сатана», который делает все правильно, а дух его исполнен гордости и тщеславия... Мы не знаем выше этики, чем та, которую открыл людям Христос, и основы которой изложены в Нагорной проповеди в 5-й, 6-й и 7-й главах Евангелия от Матфея, в притче о Страшном Суде и в посланиях святого апостола Павла».

Не случайно идея «культы прав человека» родилась в странах католического мира, ибо если православие зиждется на воспитании в человеке радости отдавать, то католичество – на уважении права любого человека получать. Согласно православию дар Божий – получать больше удовлетво-

рения дая, оделяя, уча, чем получая, учась. «Что отдал – сохранил, что сберег для себя – то потерял» – учит православие. «Мое то, что я отдал» (преп. Максим Исповедник). Первичным в сердце человека должна быть любовь к миру, и из нее вытекает долг перед другими людьми – основа православия, тогда как по католической трактовке первичен долг перед другими, а любовь – следствие осознанного долга. Эта мысль на наш взгляд – фундаментальная в «Легенде о великом инквизиторе», где Ф. М. Достоевский гениально показывает крах второй традиции трактовки Христа.

А. П. Чехов писал: «Желание служить общему благу должно непременно быть потребностью души, условием личного счастья, если оно происходит не отсюда, а из теоретических соображений, то оно не то».

Русский религиозный философ В. С. Соловьев считал, что в процессе совершенствования человека поддерживают три первичных свойства человеческой природы: стыд, жалость и милосердие, благоговение. Человек стыдится своей животности, несовершенства и проявляет половой стыд. Чувство жалости и сочувствия проявляется человеком ко всем живым существам, обнаруживая солидарность с ними, что по Соловьеву является непременным условием общественной жизни, а эти три чувства в совокупности и выражают специфическое отношение человека к тому, кого он считает ниже себя, равным себе и выше себя. При этом надо не только благоговеть перед Богом, но и почитать предков и учителей. Вина перед чужой болью – одна из основ христианской нравственности, так же, как и любовь – мост между нашим несовершенным миром и миром Творца. «Смысл человеческой любви есть оправдание и спасение индивидуальности через жертву эгоизма» (В. С. Соловьев). Архиепископ Лука (профессор, хирург, автор замечательной книги «Очерки гнойной хирургии», Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий) писал: «Любовь не может заключаться в себе самой, ибо основное ее свойство – потребность изливаться на кого-нибудь и на что-нибудь, и эта потребность привела к созданию Богом мира» («Дух, душа, тело», СПб., 1995, с. 14). Он также подчеркивает, что согласно Священному Писанию органом чувств и особенно высших чувств, высшего подсознания у человека является сердце. Не случайно на большинстве икон Богородица держит младенца на левой стороне у сердца.

Каждый человек повседневно сердцем решает: делать ему доброе или злое, хорошее или дурное, и никто за него это решить не может. В народе говорят: «Сердце подсказало». Сердце каждого человека – арена борьбы добра и зла. Уменьшить зло в мире надо, прежде всего, активным воспитанием собственного сердца и творением добра, а не «борьбой со злом». Там, где мало добра –

торжествует зло. В этом смысле у врача уникальная профессия – он ежедневно должен творить добро, с добрым сердцем.

Митрополит Иоанн (Снычев) напоминал: «К духовным добродетелям относятся искоренение из своего сердца раздражительности, злобы, злопамятства, осуждения и снискание великодушия и терпения, чистоты душевной. Дух, согласно учению Церкви, есть та сила, которую вдохнул Бог в человека, завершая сотворение его. Он есть искра богоподобия, горящая в душе человеческой, возвышая его безмерно надо всякою земной тварью. Совесть – вот первое осязательное проявление духовной жизни» («Нам доверено отечество»).

Согласно выдающемуся русскому физиологу Алексею Алексеевичу Ухтомскому, в основе природы человеческого сознания лежит принцип доминанты, а важнейшей доминантой, организующей сознание, является «доминанта на лицо другого»: «Только там, где ставится доминанта на лицо другого как на самое дорогое для человека – впервые преодолевается проклятие индивидуалистического отношения к жизни, индивидуалистического миропонимания, индивидуалистической науки. Ибо ведь только в меру того, насколько каждый из нас преодолевает самого себя и свой индивидуализм, самоупор на себя – ему открывается лицо другого, сам человек впервые заслуживает, чтобы о нем заговорили как о лице».

Видный современный нейрохирург профессор Л. Б. Лихтерман вспоминает (2004), как на лекции, которую он слушал в студенческие годы, В. Ф. Войно-Ясенецкий доказывал существование Бога: «Я – хирург, я сердце человеческое много раз держал в руках своих, но любви в нем не видел. Я – хирург, я мозг человеческий много раз держал в руках своих, но разума в нем не видел. Так и Бог есть, но мы его не видим». Далее Л. Б. Лихтерман пишет: «Однако не в доказательствах дело. Богу, если он есть, не нужны доказательства его существования. Нужна вера в него. Если под этой верой понимать стремление человека к совершенству, нравственности и объяснению вечного вопроса о мироздании и смысле жизни, то Бог близок любому живущему и врачу в том числе... Я думаю, что все, кто лечит людей, верующие или неверующие, служат Богу». Конечно же, вера – методология нравственного самосохранения человека, и врач, блюдуший принципы биоэтики (см. ниже), вольно или невольно – «верующий», ибо он делает то, что хочет Бог.

С. П. Боткин говорил: «Необходимо иметь истинное призвание к деятельности практического врача, чтобы сохранить душевное равновесие при различных неблагоприятных условиях жизни, не впадая при неудачах в уныние или самообольщение при успехах. Нравственное развитие врача – практика поможет ему сохранить то душевное равнове-



сие, которое даст ему возможность исполнить священный долг перед ближними и Родиной, что будет обуславливать истинное счастье его жизни».

Великие русские медики С. П. Боткин, Н. И. Пирогов, И. П. Павлов были православными людьми, горячими патриотами своего Отечества.

Типичными чертами русского народа, согласно митрополиту Санкт-Петербургскому и Ладожскому Иоанну, следует считать:

1. Соборность – сознание духовной общности народа, коренящееся в общем служении, общем долге.
2. Державность – сознание каждым ответственности за всех, за нравственное здоровье общества, выраженное в формуле митрополита московского Филарета: «Любите врагов своих, сокрушайте врагов Отечества, гнушайтесь врагами Божиими».
3. «Всечеловечность», открытость русского характера – отрицание фальшивой национальной спеси, отрицание самоценности национальной принадлежности, готовность бескорыстного соединения с каждым, приемлющим святости и нравственные устои национальной жизни.

Он писал: «Русская история учит, что общество, желающее сохранить в себе державные черты, должно признавать – верховная власть в стране принадлежит не партии какой-нибудь, не организации или сословию и даже не народу в целом: она принадлежит основополагающим принципам нравственности. «Не лги!», «Не вору!»», «Не блуди!», «Не скупись!», «Не завидуй!», «Не злобься!», «Не гордись!» – вот что должно определять нашу жизнь... Понятие «русский» в этом смысле не является исключительно этнической характеристикой. Соучастие в служении русского народа может принять каждый, признающий Богоустановленность этого служения, отождествляющий себя с русским народом по духу, цели и смыслу существования, независимо от национального происхождения» (Иоанн «Россия, Русь, храни себя, храни!»).

Современный митрополит Калининградский и Смоленский Кирилл добавляет к характерным чертам русского народа такие: справедливость, жертвенность и целомудренность. «Если в жизни есть смысл и цель, то смысл этот и цель вовсе не в нашем счастье, а в чем-то более разумном и высоком. Делайте добро!» (А. П. Чехов). «Спешите делать добро!» – девиз выдающегося русского врача-гуманиста Федора Петровича Гааза. Российская традиция – прощать обидчика, ибо, если кто-то обидел – то ему плохо, и человек, которому хорошо, никогда не обидит другого. Вся русская история XX века – проявление жертвенности русского народа. Выдающийся современный русский поэт иеромонах Роман (Матюшин) написал (1992):

«Сколько боли кругом, сколько боли! Горьководна вода бытия. Только радости – вольная воля. Да

сомнительна радость сия. И уже, как ни думай, ни охай, Беспросветность не станет светлей... Я назвал бы Россию Голгофой, Но Голгофа одна на земле».

В течение 100 лет, начиная с январской революции 1905 г., в России не было длительного периода спокойной жизни народа по законам, соблюдаемым всеми без исключения членами общества, государственного правления в интересах именно ныне живущих людей, что подорвало веру народа в существование государственной справедливости в стране. Особенно тяжелым в этом плане был конец XX века, когда стало наиболее очевидным бесстыдство власть имущих (ох, как прав И. Кант: «обладание властью извращает свободное суждение разума»). Но в тысячелетней истории России были времена и гораздо хуже (достаточно вспомнить недавнюю Великую Отечественную Войну 1941-1945 гг.), и страна и духовность народа всегда возрождались, ибо верили. Вл. Соловьев писал: «Не искушаться видимым господством зла и не отречься ради него от невидимого добра – это подвиг веры. В нем вся сила человека. Кто не способен на этот подвиг, тот ничего не сделает. Люди факта живут, но не они творят жизнь. Творят жизнь люди веры». Россию всегда спасала и будет спасать Вера народа.

На русском языке человек в ответ на сделанное кем-либо ему добро отвечает «Спасибо», то есть спаси Бог вас. В царской России в паспорте надо было указывать не национальность, а вероисповедание. Ф. М. Достоевский, провозгласивший: «Мир спасет красота!», прежде всего имел в виду красоту подвига Христа, отдавшего свою жизнь во искупление грехов человечества, красоту христианской любви, которая, по его мнению, и спасет Россию. Западная философия – философия права, русская философия – философия любви. Любовь – чувственное и духовное осознание гармонии и красоты индивидуальной неповторимости, воплощенности Божественного начала и осмысленности в другом живом существе в сочетании с ощущением бесконечности жизни и единства мира, в котором все взаимосвязано и требует взаимного понимания, поддержки и помощи.

Любовь – дар, счастье единения и осуществления долга служения. «У нас в России брак не по любви презирается, чувственность внушает отвращение» (А. П. Чехов). В то же время А. И. Куприн писал: «...все люди обладают музыкальным слухом, но у миллионов он, как у рыбы трески или как у штабс-капитана Васильченки, а один из миллиона – Бетховен. Так во всем: в поэзии, в художестве, в мудрости...И любовь, говорю я вам, имеет свои вершины, доступные лишь единицам из миллионов».

В 1-м послании от Иоанна Святого Евангелия читаем: «Бог есть любовь, и пребывающий в любви пребывает в Боге, и Бог в нем», «В любви нет стра-

ха, но совершенная любовь изгоняет страх, потому что в страхе есть мучение; боящийся не совершенен в любви» (1-е Ин., 4:16-18). А в 1-м послании Корифинянам апостола Павла также читаем: «Если я говорю языками человеческими и ангельскими, а любви не имею, то я – медь звенящая, или кимвал звучащий. Если имею дар пророчества и знаю все тайны, и имею всякое познание и всю веру, так-что могу и горы переставлять, а не имею любви – то я ничто... Любовь долготерпит, милосердствует, любовь не завидует, любовь не превозносится, не гордится, не бесчинствует, не ищет своего, не раздражается, не мыслит зла, не радуется неправде, сорадуется истине; все покрывает, всему верит, всего надеется, все переносит...А теперь пребывают сии три: вера, надежда, любовь; но любовь из них больше» (1-е Кор., 13,1-13).

Нет ничего более несовместимого с христианской любовью, чем право сильного обидеть, унижить слабого. Конечно, речь идет не только о физической силе, но и, прежде всего, об интеллектуальной и о материальной. Обладатель высокого интеллекта, материальных богатств не имеет права снисходительно, свысока относиться, презирать не обладающих ими. Интеллектуальная мощь – это не только и даже не столько заслуга индивидуума, сколько дар Божий, обязанность служения, долг перед людьми, Отечеством.

Конечно, не следует думать, что сказанное относится лишь к христианской религии. Авиценна (Ибн Сина) еще в X веке писал: «Заповедны десять вещей для благородного человека,

Из которых шесть благородному человеку не присущи:

*Зависть, подлость, ложь,
Показ (своей) нужды, слабости и боли.
Когда есть (у тебя) богатство, друзьям руку
Нужно протянуть для даяния и помощи.
Когда же бывает (тебе) трудно, не раскрывай тайны,
Пусть лицо твоё пожелтеет от боли».*

В Коране сказано, что кто спасет жизнь одному ребенку – спасет мир. Л. Н. Толстой, как известно, в конце жизни «отпавший» от православия, так изложил заповеди:

1. Не сердитесь и будьте в мире со всеми.
2. Не забавляйтесь похотью блудной.
3. Не клянитесь никому и ни в чем.
4. Не противьтесь злу, не судите и не судитесь.
5. Не делайте различия между разными народами и любите чужих так же, как своих.

Л. Н. Толстой различал три вида нравственности: – нравственно то, что служит на пользу моему «я». Это – нравственность дикости; – нравственно то, что служит на пользу тому кругу, который есть мой. Это – нравственность варварства;

– нравственно то, что служит на пользу всему человечеству. Это нравственность общечеловеческая.

Он писал, что хороший человек живет своими мыслями и чужими чувствами, плохой – своими чувствами и чужими мыслями.

Русская Православная Церковь подчеркивает: «Патриотизм православного христианина должен быть действенным. Он проявляется в защите отечества от неприятеля, труде на благо отчизны, заботе об устройении народной жизни, в том числе путем участия в делах государственного управления. Христианин призван сохранять и развивать национальную культуру, народное самосознание...

Православной этике противоречит деление народов на лучшие и худшие, принижение какой-либо этнической или гражданской нации. Тем более не согласны с православием учения, которые ставят нацию на место Бога или низводят веру до одного из аспектов национального самосознания». («Церковь и мир» – Основы социальной концепции Русской Православной Церкви; 2000, II. 3 – II. 4).

«Рыночная» экономика, доминирующая пока в нашем обществе, основные принципы которой: все на продажу, торгуют все, не продашь – не проживешь, достоинства человека определяются тем, что у него есть, что продать, способствует накоплению материальных ценностей у узкой группы людей, которые даже у них не столько облегчают, сколько отягощают жизнь. Это приводит к «пандемии падения нравственности». Наша сегодняшняя жизнь подтверждает справедливость положения: «В прямом соответствии с ростом стоимости мира вещей растет обесценивание человеческих ценностей, нематериального мира» (К. Маркс).

Упомянем, что, согласно православной этике, бескомпромиссное отношение ко злу, греху должно сочетаться с терпимостью к тем, от кого они исходят, стремлением помочь им освободиться от греха и зла, прежде всего, осознав их пагубность для бессмертной души человеческой. В недавнем же социалистическом прошлом страны терпимость ко злу (готовность допустить несправедливость, зло ради отстаиваемого абстрактного добра) влекла к нетерпимости к тем, кто виделся как источник греха и зла в тогдашнем понимании. В этом коренное отличие этики православной от этики коммунистической. Основное направление православной этики – попечение о душе, духе человека, а коммунистической (и «рыночной экономики» тоже) – забота о телесной сущности человека.

Николай Иванович Пирогов писал: «Быть счастливым счастьем других – вот настоящее счастье и земной идеал жизни всякого, кто избирает врачебную профессию».



АЛЕКСАНДРУ ВИКТОРОВИЧУ НЕДОСТУПУ – 70 ЛЕТ



Александр Викторович Недоступ родился в 1939 году в Москве в семье инженера и библиотекаря. Предки по материнской линии – священники Тулы и ее окрестностей – Раевские, Говоровы, Русаковы. Дед – протоиерей Александр Раевский.

В 1956 г. с золотой медалью окончил школу, поступил в I Московский медицинский институт им. И. М. Сеченова, который окончил с отличием в 1962 году. С 1962 года по настоящее время работает в старейшей в России Факультетской терапевтической клинике им. В. Н. Виноградова – ординатором, аспирантом, ассистентом, доцентом, с 1990 года – профессором. Доктор наук. Автор более 300 научных работ, в том числе трех монографий, в основном в области кардиологии. Признанный авторитет в области аритмологии.

Один из инициаторов создания первого в России общества православных врачей (1995) – ОПВ

Москва и его бессменный председатель. С 1998 года – сопредседатель Совета по биомедицинской этике при Московской Патриархии. С 2007 года – председатель Исполкома Общества православных врачей России.

В 1998 году награжден орденом прп. Сергия Радонежского III степени за участие в восстановлении храмов клинического городка на Девичьем поле, в 2008 году – медалью за заслуги перед космонавтикой, за работу по отбору и подготовке к полету экипажей космических кораблей.

Жена – засл. артистка России Ольга Фомичева (Москвитина), артистка московского театра им. М.Н. Ермоловой, постоянный автор и исполнитель литературно-музыкальных композиций на патриотической радиостанции «Народное радио».



ВЕРНУТЬ ЧЕЛОВЕКА К РАДОСТИ

А.В. НЕДОСТУП

Главная задача врача – помочь страждущим независимо от того, сможет он вылечить больного или не сможет. Для нас ясно одно: все равно мы избавить человека от смерти не сможем, рано или поздно он, как и все мы, умрет. Но помочь больному, пусть безнадежному, мы должны. В этом долг любого врача, тем более православного.

Через верующего врача, ведущего христианский образ жизни, посещающего храм, исповедующегося и причащающегося Святых Христовых Тайн, нередко, действует Промысл Божий, помогая больным.

Очень важно понять, как соотносятся друг с другом медицина и религия. Они, конечно, стоят очень близко, а когда-то храм и медицина вообще сливались в одно целое. Потому что человек состоит из двух ипостасей: тела и души. Но в душе есть еще верхняя субстанция – дух. Этой частью души человек принадлежит к горнему миру, общается с Богом. Хотя в принципе человек неразделим, это мы так разделяем. И вот медицина занимается телом, психиатры и в какой-то степени психологи занимаются душой. А дух сегодня – прерогатива священников.

Но, все равно, единство такое неразрывное, что повреждение духа очень часто приводит к повреждению души, а отсюда и тела. Отчасти это признавалось медицинской наукой. Но только отчасти: там говорится о соотношении души, то есть высшей нервной деятельности, мозга и – тела. В стороне остается то, что над душой, над эмоциями, над волей, над интеллектом есть еще и духовная жизнь, а ее не определишь словами. Как не определить словами понятие "благодать".

И поэтому, общаясь с больным человеком, всегда ищешь те причины, которые привели его на свидание с врачом. Не хочу сказать, что болезнь, страдание обязательно есть следствие лишь того, что человек погряз в грехах, но в очень значительной степени это, действительно, так. Ты согрешил, и совесть – твой стопор внутренний, голос Бога внутри тебя – подсказывает, что ты не прав. Отгоняешь, изгоняешь это из себя. Но в мозгу уже сидит ощущение неблагополучия. Оно влияет на низшие центры, где представлены внутренние органы. И пошло-поехало. Тут тебе и сердце, и гипертония, и язва.

Возникает вопрос: есть люди почти святые, которые тоже страдают от страшных недугов. Почему? Вот преподобный Амвросий Оптинский – он же очень был болен, семь рубашек за ночь сменяли от пота. К большому сожалению, много и сегодняшних примеров можно привести. Как ответить на этот вопрос? Не надо забывать, что человек по своей природе не вполне здоров. После первого грехопадения по нашему вероучению, человек стал несовершенен, его телесная сущность изначально повреждена – и значит, подвержена разным болезням. Сам человек может быть прекрасен, а эта несостоятельность телесная его подводит. Так уж устроен этот мир, такими приходим в него.

Бывает, что ты болеешь для того, чтобы прийти к Богу. Знаю людей, которые только в этот момент начинали впервые задумываться о себе – гром не грянет, мужик не перекрестится, как известно. Я всегда думаю: если бы хороший журналист в церкви записал ответы ста человек на один и тот же вопрос: как ты пришел к вере? Такая книжка получилась бы!

Иногда болезнь дается словно в назидание окружающим: смотрите, учитесь, как переносит человек боль. Страшный вопрос: почему болеют дети? Они же безгрешные, невинные.

Говорят, что это Бог наказывает родителей за их грехи. Неправильно, Бог никого не наказывает, мы сами себя наказываем. Коль скоро ты от Бога отвернулся, ты предоставил себя той, другой силе, и разбирайся с ней как знаешь. И опять же – дети бывают несовершенны телесно, поэтому их тоже постигает такая участь. Эти вопросы неизбежны, когда рассуждаешь о медицине и религии.

Так вот, имея дело с больным, всегда думаешь, как же ему помочь – таблетками, беседами, каким-то психотерапевтическим воздействием? И, конечно, очень важно привести его к исправлению духовной жизни, привести к Богу. Если врач верующий, он это сделает. А если неверующий – ему невдомек.

Мы стараемся, по возможности, с больными об этом говорить. Увидишь, скажем, на шее крестик, и поинтересуешься для моды это, для формы, или есть внутреннее чувство, потребность бывать в церкви? Разумеется, не каждому такой вопрос задашь. Но нередко завязывается доверительный разговор, в ходе которого можно, не переходя гра-



ниц, не учительствуя, на что ты не уполномочен, сказать человеку, что ему надо бы исповедаться, причаститься, а кому-то, может, и креститься. Конечно, было бы идеально, если бы врачи, пусть не все, были еще и священниками, но это не получается.

Правда, среди моих друзей есть бывшие врачи, а ныне духовные лица, священники. Но подавляющее большинство из них оставило медицину, потому что она очень ревнива. Оба эти служения, и медицина, и священство, берут человека полностью, без остатка. Сочетать одно с другим невероятно трудно. Хотя такие примеры мы все-таки знаем. Был Войно-Ясенецкий - архиепископ Лука. Я знаю ныне действующих хирургов-священников. Есть отоларинголог - отец Сергей Филимонов. Он настоятель храма и председатель питерского Общества православных врачей. Но это редко все-таки.

Самая большая профессиональная радость - это, конечно, выздоровление больного. Вер-

нуть человека к жизни, к радости - это самое главное. Врачебная профессия безумно трудная, но благодатная. Я студентам говорю: «Вы, ребята, счастливые люди, потому что, ложась спать, можете сказать себе, что день прошел не впустую. Даже если никого не вылечили окончательно, вы работали с больными людьми, вы смогли хотя бы на минутку кому-то облегчить страдания, в ком-то посеять семена веры в выздоровление».

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.



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:

- Передовые статьи
- Оригинальные статьи
- Исторические материалы
- Обзоры и лекции
- Дискуссии
- Новые концепции
- Святоотеческое учение
- Основы православия
- Случаи из практики
- Краткие сообщения
- Информация о планах проведения конференций, симпозиумов, съездов
- Новости

При оформлении статей для печати редакция журнала просит придерживаться следующих правил.

1. На первой странице статьи указываются ее название, инициалы, фамилия, ученая степень автора (авторов), полное название учреждения, город.

Статья должна быть подписана всеми авторами. Следует указать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция может вести переписку, его точный почтовый адрес, телефон, e-mail.

2. Объем оригинальной статьи не должен превышать 10 страниц (1 страница - не более 2000 знаков с пробелами), включая таблицы, схемы и рисунки; краткого сообщения - не более 4 страниц. Объем других видов работ (лекции, обзоры и др.) согласуется с редакцией заранее.

3. Статья должна быть набрана на компьютере в формате редактора Word-98 или другом совместимом редакторе. В редакцию направляются дискета 3,5" или любой другой электронный носитель информации и два экземпляра распечатки текста (на одной стороне листа формата А4, кегль - 12, двойной интервал между строками, поля: сверху и снизу - 20 мм, слева - 30 мм, справа - 10 мм).

4. Количество графического материала должно быть минимальным (не более 5 рисунков). На обороте рисунков карандашом должны быть указаны фамилии авторов и название статьи. Каждый рисунок должен иметь подпись, в которой дается объяснение всех его элементов (кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений). Данные

рисунков не должны повторять материалов таблиц. На каждый рисунок должна быть сделана ссылка в тексте.

5. Таблицы должны содержать только необходимые данные. В них должны быть представлены только обобщенные и статистически обработанные данные. Каждая таблица должна иметь заголовок. В тексте статьи на каждую таблицу должна быть ссылка.

6. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Список литературы составляется в алфавитном порядке - сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (статьи), место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуска, страницы (от и до). Например:

Штрубе Ю., Штольц П., Майер В. В какой степени аминокислоты и пептиды определяют эффективность потенцированных лекарственных средств? // Биологическая медицина, 2002. N 2. С. 9-14.

Бочаров А. С., Чернышев А. В. О небесном и земном. М.: Паломник, 2001.

7. К статье должно быть приложено краткое резюме для перевода на английский язык, с указанием названия статьи, инициалов и фамилий авторов, объемом не более 400 знаков (с пробелами). Желательно сопроводить резюме качественным переводом на английский язык. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях.

8. Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, статья возвращается на доработку. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных статей.

9. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. За издательством остается право на оформление и издание журнала. При перепечатке статьи или ее части ссылка на журнал обязательна.

10. Статьи, оформленные не по правилам, не рассматриваются. Рукописи, не принятые к печати, обратно не возвращаются.

Адрес редакции: 194291, Россия, Санкт-Петербург, пр. Луначарского, д. 49



ПЕРВЫЙ ВЫБОР ПРИ ГОЛОВОКРУЖЕНИИ И ШУМЕ В УШАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ



ФОРМА ВЫПУСКА

1 таблетка содержит 8, 16 или 24 мг бетагистина дигидрохлорида.
20, 30 и 60 таблеток в упаковке.

ПОКАЗАНИЯ

Болезнь и синдром Меньера, определяемая следующими тремя основными симптомами:

- головокружение (сопровождается тошнотой/рвотой)
- снижение слуха (тугоухость)
- шум в ушах

Симптоматическое лечение вестибулярного головокружения.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Бетасерк[®] действует главным образом на гистаминовые H1 и H3 рецепторы внутреннего уха и вестибулярных ядер ЦНС.

Путем прямого агонистического воздействия на H1 рецепторы сосудов внутреннего уха, а также опосредованного через воздействие на H3-рецепторы улучшает микроциркуляцию и проницаемость капилляров, тем самым нормализует давление эндолимфы в лабиринте и улитке. Вместе с тем увеличивает кровоток в базилярных артериях.

Бетасерк[®] также обладает выраженным центральным эффектом, являясь ингибитором H3-рецепторов ядер вестибулярного нерва. Нормализует проводимость в нейронах вестибулярных ядер на уровне ствола головного мозга.

Клиническим проявлением указанных свойств является снижение частоты и интенсивности головокружений, уменьшение шума в ушах, улучшение слуха в случае его понижения.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Внутри во время еды. Бетасерк[®] 24 мг 1 таблетка 2 раза в день. Улучшение обычно отмечается уже в начале терапии, стабильный терапевтический эффект наступает после двух недель лечения и может нарастать в течение нескольких месяцев лечения. Лечение длительное. Длительность приема препарата подбирается индивидуально

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

С осторожностью назначать при лечении больных с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки в анамнезе.

Пациенты с феохромоцитомой и бронхиальной астмой в период лечения должны регулярно наблюдаться у врача.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Бетасерк[®] не влияет на способность управлять автомобилем или работать на станках и механизмах. Случаи взаимодействия или несовместимости с другими лекарственными средствами неизвестны.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Повышенная чувствительность к какому-либо из компонентов препарата.
- В связи с недостаточностью данных по эффективности и безопасности:
- беременность и период кормления грудью
- возраст до 18 лет

Более полная информация содержится в инструкции по применению препарата.

