

I ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ

Белгород, 28 сентября 2007 года

ПРОГРАММА

07.33 – Прибытие в г. Белгород (ж/д вокзал). Трансфер в гостиницу «Южная» (пр-т Ватутина, 2). Размещение. Завтрак (ресторан «Алькор», г-ца «Южная»).

09.30 – Отъезд в БГУ.

Молодежный культурный центр Белгородского государственного университета (ул. Победы, 85)

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

1-е заседание

Председатель: акад. РАМН А.Г. Чучалин.

Сопредседатель: иеромонах Серафим (Кравченко).

10.00-10.10 – Приветственное слово Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Алексия.

10.10-10.20 – Приветственное слово Полномочного представителя Президента РФ в Центральном Федеральном округе Г.С. Полтавченко.

10.20-10.30 – Приветственное слово Архиепископа Белгородского и Старооскольского Иоанна.

10.30-10.40 – Приветственное слово Губернатора Белгородской области Е.С. Савченко.

10.40-10.50 – Документальный фильм о святителе Луке, архиепископе Симферопольском.

10.50-11.10 – Митрополит Воронежский и Борисоглебский Сергей, Председатель Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата: «Святитель Симферопольский Лука: неразделенное единство веры и медицины».

11.10-11.30 – Акад. РАМН А.Г. Чучалин: «Святитель Лука, архиепископ Крымский, – выдающийся врач России».

2-е заседание

Председатель: Митрополит Воронежский и Борисоглебский Сергей.

Сопредседатель: акад. РАМН О.П. Щепин.

12.00-12.20 – Акад. РАМН О.П. Щепин: «Демографическая ситуация в современной России».

12.20-12.40 – Проф. И.А. Гундаров: «Духовные истоки демографического кризиса в России».

12.40-13.00 – Проф. А.В. Недоступ, председатель Московского общества православных врачей: «Понятие православной медицины».

13.00-13.20 – Протоиерей Сергей Филимонов, д.м.н., председатель Санкт-Петербургского общества православных врачей: «Духовный облик православного врача».

3-е заседание

Председатель: акад. РАМН П.И. Сидоров.

Сопредседатель: д.м.н. протоиерей Сергей Филимонов.

14.30-14.50 – Иеромонах Анатолий (Берестов), проф.: «Духовные основы здоровья».

14.50-15.20 – Проф. О.В. Шарапова: «Состояние здоровья детей России».

15.20-15.40 – Протоиерей Алексей Бабурин: «Душепечение наркологических больных в условиях прихода».

15.40-16.00 – Проф. И.В. Силуянова: «Актуальные вопросы биомедицинской этики».

16.00-16.20 – Акад. РАМН П.И. Сидоров: «Социальная экология духовного и ментального здоровья».

16.20-17.00 – Обсуждение докладов.

17.15 – 18.00 – Пресс-конференция (БГУ).

УЧРЕДИТЕЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ 29 сентября

1-е заседание

Председатель: Архиепископ Белгородский и Старооскольский Иоанн.

Сопредседатели: акад. РАМН А.Г. Чучалин, ген. директор санатория «Валуево» В.Н. Иванов.

11.00-11.30 – Митрополит Крутицкий и Коломенский Ювеналий: «Архиепископ Лука – святитель и врач».

2-е заседание

Председатель: проф. Н.А. Геппе.

Сопредседатели: проф. А.В. Недоступ, д.м.н., проф. протоиерей Сергей Возулкин.

12.00-14.00 – Выступления представителей регионов и епархий о деятельности местных обществ православных врачей.

3-е заседание

Председатель: иеромонах Серафим (Кравченко).

Сопредседатели: проф. В.А. Ревякина, к.м.н. игумен Филипп (Филиппов).

15.00-16.45 – Проф. А.В. Недоступ, председатель Московского общества православных врачей: «О программе Общества православных врачей России».

Учреждение ОПВР.

Принятие Устава ОПВР.

Выборы руководящих органов ОПВР.

Утверждение образца эмблемы ОПВР.

16.45 – Митрополит Воронежский и Борисоглебский Сергей: заключительное слово.

Заккрытие Учредительной конференции.

17.00 – Отъезд в г. Белгород.

18.15-19.15 – Посещение Областной клинической больницы им. святителя Иоасафа, епископа Белгородского.

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО СВЯТЕЙШЕГО ПАТРИАРХА МОСКОВСКОГО И ВСЕЯ РУСИ АЛЕКСИЯ II

координаторам и участникам I Всероссийского съезда православных врачей

*Ваши Высокопреосвященства, дорогие отцы,
братья и сестры!*

Сердечно приветствую всех вас, собравшихся в богоспасаемом граде Белгороде на I Всероссийский съезд православных врачей.

Отраднo, что столь представительный форум имеет своей целью создание Общества православных врачей России, которое объединит и тружеников практического здравоохранения, и деятелей медицинской науки, дабы каждый из них получил бы новые возможности для применения своих сил и талантов на благо ближних.

В своем служении православный врач обязан прежде всего руководствоваться Христовым законом любви, которая *«долготерпит, милосердствует, не завидует, не превозносится, не гордится, не бесчинствует, не ищет своего, не раздражается, не мыслит зла, не радуется неправде, всё переносит»* (1 Кор. 13,4-7).

О том, что вы – православные врачи, должны свидетельствовать не столько ваши слова, сколько ваше служение больным и немощным. В истории нашей Церкви мы находим замечательные и поучительные свидетельства заботы о ближних: достаточно вспомнить имена Киево-Печерских целбников – преподобных Агапита и Дамиана; основательниц Марфо-Мариинской обители труда и милосердия преподобномученицу Великую княгиню Елисавету Феодоровну; врача и ученого-святителя Луку, архиепископа Крымского. И ныне необходимо следовать примерам подвигов благочестия и милосердия, оставленным нам святыми подвижниками земли Русской.

Православные врачи призваны нелицеприятно и профессионально оценивать с точки зрения христианской нравственности новые медицинские технологии, средства и способы лечения. Какие бы перспективы для медицины ни открывал научно-технический прогресс, он не сделает лучше жизнь человека, потерявшего связь с Богом и одержимого идеей бессмертия в порабощенном греху земном теле.



Ценность человеческой личности, уважение в ней образа и подобия Божия должны лечь в основу деятельности учреждаемого Общества православных врачей России. Именно при этом условии прогресс медицинской науки и технологий станет способствовать действительному благу человека и общества.

Желаю вам, дорогие труженики медицины, милостивого сердца, неуываеваемого терпения и ревности в своем служении больным. Господь да благословит ваши труды, дабы преуспевать вам *«в правде, благочестии, вере, любви, терпении, кротости»* (1Тим. 6, 11) ради сохранения здоровья людей.

+ АЛЕКСИЙ, Московский и всея Руси

И.А. ГУНДАРОВ

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ СВЕРХСМЕРТНОСТИ В РОССИИ (анализ с позиций доказательной медицины)

Кризис профилактической медицины

Мировая профилактическая медицина, достигшая больших успехов в борьбе с преждевременной смертностью, неожиданно оказалась к концу XX века в глубоком кризисе. Об этом свидетельствует неспособность предсказать и предупредить резкое ухудшение здоровья в странах Восточной Европы при проведении социально-экономических реформ, беспомощность в объяснении механизмов роста смертности в богатых постсоветских государствах (Россия, Украина, Латвия, Литва, Эстония, Венгрия, Восточная Германия и др.) на фоне снижения смертности в бедных государствах (Грузия, Таджикистан, Узбекистан, Туркмения, Азербайджан), низкая эффективность традиционных профилактических технологий во влиянии на продолжительность жизни и др.

В России уровень общей смертности поднялся за 1986-1994 гг. в 1,5 раза, оставаясь высоким по настоящее время. Этот подъем назвали избыточной смертностью, или «сверхсмертностью», т.е. превышающий фоновый уровень в силу действия какого-то необычного фактора. Сильнее всего выросли психические и инфекционные заболевания. Однако по абсолютному объему наибольший прирост дали болезни сердечно-сосудистой системы – около 50%. Внешние причины (несчастные случаи, травмы, отравления и др.) составили 35%. Величина демографических потерь оказалась настолько неожиданной и значительной, что ее определили в западной литературе как наиболее удивительное событие здравоохранения конца XX века.

Предпринимаемые меры по исправлению ситуации оказались недостаточно эффективными. Реализация Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ», выполнение Национального проекта «Здоровье» и другие меры не смогли существенно изменить ситуацию к лучшему. За последние 16 лет Россия потеряла избыточно умершими 10,6 миллионов человек: за первое восьмилетие – 4,7 млн. человек, за второе восьмилетие – 5,9 млн. человек. Продолжительность жизни россиян от рождения равна 65 годам – самый низкий уровень в СНГ. В Армении, Грузии, Азербайджане он составляет 72-73 года, в Белоруссии – 69 лет, в Молдавии, Украине – 68 лет. Мужчины в России живут меньше женщин на 13 лет, гарантируя им 15-18 лет вдовства, учитывая, что девушки обычно выбирают мужа на 3-5 лет старше.

Оказалось, что остановить вымирание с помощью активизации только лечебных мероприятий и разрозненных профилактических акций невозможно. Требуется широкомасштабная программа системных действий по оздоровлению населения. Однако здравоохранение по-прежнему основное внимание уделяет лечению заболеваний, имитируя заботу об охране и укреплении здоровья. Профилактический подход больше декларируется, чем реализуется на практике.

Решение столь сложных демографических задач требует участия специалистов разных направлений: эпидемиологов, демографов, антропологов, социологов, специалистов по профилактической медицине и др. Тем не менее, за последние 15 лет

не было проведено ни одной научной конференции, ни одной сессии ВОЗ, РАН и РАМН, посвященных всестороннему анализу причин и механизмов демографического кризиса на постсоветском пространстве и выработке реальных путей его преодоления. В политическом руководстве страны сложилось мнение, что основные причины вымирания населения хорошо известны, и они носят экономический характер. Поэтому разработкой программы демографического развития и национального проекта «Здоровье» занимались в основном финансисты, организаторы здравоохранения, политики. Основные финансовые потоки направлены на повышение заработной платы врачей первичного звена и на строительство 15 супердорогих диагностических и хирургических центров. Но разве доказано, что сверхсмертность была вызвана их отсутствием? Принципы доказательной медицины на этот счёт оказались полностью проигнорированы.

В самом руководстве здравоохранением, включая уровни министра и председателя комитета по охране здоровья Государственной Думы, господствуют далёкие от научного обоснования взгляды на природу демографического кризиса, свидетельствуя о дилетантском подходе к решению проблемы. Понятие «сверхсмертность» нередко оказывается под негласным запретом: нет понятия – нет и самого явления. Значит, не надо отвечать за его устранение. Предлагается говорить просто о высокой смертности, причинами которой демографы утверждают: а) постарение населения, б) «накопленную усталость поколений», в) когортный эффект, г) «отсроченную смертность» тех, кто сохранил жизнь в благоприятные демографические годы начала «перестройки»; д) продолжение негативных демографических тенденций 70-х годов; е) «запоздалую смертность» алкоголиков, которым не позволили умереть благодаря антиалкогольного указа 1985 г.

Классическая медицина считает причинами высокой смертности традиционные факторы риска: курение, нездоровый образ жизни, злоупотребление алкоголем, экологическое неблагополучие, бедность, распространение наркотиков и СПИДа. Соответственно основные профилактические усилия предлагается направить на их устранение. Каков вклад перечисленных факторов в демографический кризис? От ответа зависит распределение профилактических усилий общества и государства. В медицине хорошо известен принцип: «Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит». Требуется поставить диагноз социальному заболеванию, выявить его причины, понять механизмы развития? Только тогда возможно приступить к разработке эффективных мер лечения и профилактики, исходя из требований доказательной медицины.

Достоверность факта сверхсмертности

Многие отечественные и зарубежные учёные первоначально не поверили в достоверность выраженного роста смертности россиян с началом 90-х годов. Высказывались предположения, что всему виной – интенсивная иммиграция из стран СНГ, которая не учитывается государственной статистикой. Потребовались специальные исследования, чтобы доказать истинность трагичных цифр. Во-первых, для 1,5-кратного роста смертности в 147-миллионной стране количество иммигрантов должно было составить десятки миллионов человек. На самом деле положительное сальдо миграции в 1992-1994 гг. не превышало в среднем 0,5 млн. человек в год. Во-вторых, демографический кризис развился и в других постсоветских республиках, с низкими иммиграционными потоками: Латвия, Литва, Эстония, Молдова и др. В-третьих, если бы демографический кризис объяснялся нелегальным поступлением жителей из соседних государств, то увеличение смертности от различных заболеваний происходило бы примерно в одинаковой пропорции. В действительности рост за 1990-1994 гг. был крайне неравномерным, в диапазоне от 354% у психических расстройств до 2% у злокачественных новообразований. В-четвертых, при наблюдении с помощью регистров за фиксированными контингентами населения рост смертности у них был такой же, как и по всей популяции.

Постарение населения как причина ухудшения здоровья несостоятельна, поскольку стандартизованный по возрасту уровень смертности вырос в такой же пропорции. Показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), нивелирующий возрастные различия популяций, уменьшился на 6 лет – с 70 лет в 1986 г. до 64 лет в 1994 г.

При «накопленной усталости поколений» в первую очередь ухудшение здоровья отмечалось бы у наиболее «уставших» – пожилых и стариков. На самом деле наибольший рост смертности имелся среди лиц молодого и среднего возраста. Первый выраженный подскок смертности отмечался в возрастной группе 15-19 лет, а максимальное увеличение наблюдалось среди 40-44-летних. У пожилых и стариков динамика была незначительной.

Под когортным эффектом понимается зависимость нынешней смертности от трудностей предыдущей жизни, например, репрессий, войн. Эту «зарубку» имеют не все, а только жившие в соответствующий неблагоприятный период истории. Такие группы населения называют когортами. Соответственно когортный эффект отсутствует там, где смертность подскакивает сразу среди широкого диапазона возрастов. В начале 90-х годов смертность значительно выросла у лиц 15-69 лет, т.е. в 48-летнем интервале. Это были когорты 1927-1975 годов рождения. Значит, сверхсмер-



ность – это не когортный эффект, и её причины лежат не в 1927-1975 гг., а в 1992-1993 гг.

При проведении медицинских профилактических программ, а также в условиях естественного оздоровления населения, никогда снижение смертности не сопровождалось её отложенным ростом, если обстоятельства жизни сохранялись благоприятными.

Что касается продолжения негативных демографических тенденций 70-х годов, то в 1986-1988 гг. они были полностью преодолены, и смертность пошла на убыль. Среди трудоспособных возрастов снижение достигло 25-30%. Но даже если бы этого не произошло, все равно с началом либеральных реформ скорость демографического неблагополучия значительно увеличилась. Если в 1965-1985 гг. прирост смертности происходил со скоростью 0,19 промилле в год, то в 90-х годах – 0,66 промилле, т.е. стал в три раза интенсивнее. Это означает не только восстановление негативных свойств периода «застоя», но и добавление новых.

Новизна патогенных факторов, появившихся в 1990-1994 гг., подтверждается их избирательностью воздействия на лиц молодого и среднего возраста, а также преимущественным поражением мужчин, продолжительность жизни которых сократилась на 7 лет против сокращения на 3 года у женщин.

Медицинские факторы риска

Классическими медицинскими факторами риска основных неинфекционных заболеваний (ОНЗ) считаются курение, повышенный холестерин крови, высокое кровяное давление, избыточная масса тела, низкая двигательная активность, экологическое неблагополучие. В документах ВОЗ, Всемирного банка, Комитета по охране здоровья населения Государственной Думы РФ, Министерства здравоохранения, большинства научных конференций именно они рассматриваются главными виновниками демографического неблагополучия. Соответственно основные профилактические усилия предлагается направлять на их устранение. Рассмотрим аргументированность перечисленных приоритетов.

Относительно курения табака Россия начала 90-х не являлась самой «курящей» страной, если судить по распространенности этой привычки и количеству потребляемых сигарет на душу населения. В 1996 г. россияне затрачивали на них 1% семейного бюджета, тогда как греки 3,5%, англичане 2,5%, шведы 2,0% и т.д. Доля «табачных» денег в семейном бюджете снизилась за 90-е годы в два с лишним раза. Что касается российских женщин, они были и остаются самыми малокурящими в сравнении с женщинами других развитых государств. В начале 90-х годов распространенность

курильщиков среди взрослого населения, как свидетельствуют специальные исследования, не выросла.

Среди биологических факторов риска ОНЗ к числу наиболее важных относится повышенная концентрация холестерина крови. По данным репрезентативных обследований бюджетов домашних хозяйств, к 1994-1995 гг. по сравнению с 1990 г. потребление жиров сократилось на 21%, белков на 18%, углеводов на 4%. Россияне стали потреблять меньше содержащих холестерин продуктов: мяса на 17%, молока на 19%, яиц на 12%. Концентрация холестерина в крови уменьшилась.

Неблагоприятное влияние на здоровье оказывает избыточная масса тела вследствие переизбытка. С началом шоковых реформ суточная калорийность питания снизилась на 11-15%, поэтому доля лиц с ожирением уменьшилась. Актуальной стала проблема недостаточного веса вследствие неполноценного питания. Распространенность дефицита массы тела у детей дошкольного возраста выросла с 8,8% до 12,4%. Степень упитанности подростков уменьшилась на 10-15%

Гиподинамия не выросла, поскольку повысился общий уровень двигательной активности населения. Многие граждане стали работать на двух-трех работах, что неизбежно сопровождалось увеличением дистанции ежедневной ходьбы.

Экологическая ситуация в России 90-х годов, при пересчете на площадь территории проживания, была благоприятнее, чем в развитых странах Западной Европы. В дальнейшем она продолжала улучшаться благодаря двукратному падению промышленного производства и уменьшению химизации сельского хозяйства. Выбросы вредных веществ снизились в 2-3 раза. Доза пестицидов в продуктах питания уменьшилась. Сброс загрязненных вод существенно снизился. Потребление воды стало меньше. По данным Росгидромета, в 1991-1996 гг. уменьшилась запыленность по 245 крупным городам, ниже стала концентрация основных металлов в атмосферном воздухе, сточные воды стали чище. Сократилась площадь вырубаемых лесов, что способствовало улучшению показателей воздушной среды.

Проведенное в середине 90-х годов на территории России обследование представительной выборки населения показало, что с позиций классических медицинских факторов риска люди стали вести более здоровый образ жизни. Аналогичный вывод следует из результатов сибирских ученых, которые осуществляют многолетнее наблюдение за динамикой основных факторов риска с помощью регистра сердечно-сосудистых заболеваний. В 1987-1999 гг. по Новосибирску отмечалось снижение распространенности артериальной гипертонии, избыточной массы тела, курения, высокого холестерина плазмы крови, гиподинамии. Тем

не менее, демографическая ситуация продолжает ухудшаться.

Предполагаемое влияние на смертность катастрофы в Чернобыле не подтверждается многолетним наблюдением за более чем 179000 ликвидаторов. Такой вывод содержится в документе «Уровни облучения и последствия чернобыльской аварии», представленном Научным комитетом по действию атомной радиации ООН на 49-й сессии этого комитета. При сравнении регионов Украины, наиболее пострадавших от Чернобыльской аварии, не выявлено в 90-х годах увеличения сердечно-сосудистых заболеваний и смертности.

Качество лечения артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца, наиболее распространенных болезней системы кровообращения, не ухудшилось. Потребление необходимых медикаментов больными увеличилось. В стране активно реализуется Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ».

Бедность

В социальной медицине доказана зависимость здоровья населения от материального благосостояния. В развитых странах мира рост достатка с начала XX века привел к резкому снижению смертности. Наоборот, бедность и принадлежность к низкому социальному классу уменьшают жизнеспособность за счет неполноценного питания и плохих жилищных условий, ограничения возможностей адекватного отдыха и доступа к достижениям здравоохранения, трудностей в получении образования и др.

С началом реформ экономическое положение большинства россиян существенно ухудшилось. По данным выборочных обследований бюджетов домашних хозяйств, проводимых Госкомстатом, к 1994 г. подушевое потребление основных продуктов питания снизилось: мяса на 18%, молока на 20%, рыбы на 40% и т.д. Компенсаторно увеличилось потребление хлеба на 19% и картофеля на 20%. В целом показатели достатка опустились до уровня начала 60-х годов.

Однако в 60-х годах смертность в СССР была самой низкой среди развитых государств мира. Достигнутый тогда уровень в 6,9 промилле до сих пор не смогли превзойти ведущие страны Европы и Америки. К тому же можно перечислить большое количество бедных государств (Мексика, Бразилия, Куба, Китай, Венесуэла, Корея и др.), у которых смертность ниже, чем в богатых странах (ФРГ, Швейцария, Швеция, Норвегия, США и др.).

Среди регионов Российской Федерации экономически самым бедным является Дагестан. В 1997 г. здесь потребляли меньше по сравнению с остальной Россией мяса на 67%, молока на 10%,

фруктов и ягод на 74%, яиц на 50%. Тем не менее, демографическая динамика была одной из наиболее благоприятных, прирост смертности за 1986-1994 гг. по сравнению с остальной страной оказался меньше в 1,8 раза.

Уровень экономического развития оказывает сильное влияние на состояние здравоохранения: техническую оснащенность и использование научных достижений, доступность квалифицированной медицинской помощи, обеспеченность современными лекарственными средствами и др. За годы реформ медицинское обеспечение населения России ухудшилось. Однако степень ухудшения не имела драматического характера. По данным опросов населения доступность основных видов квалифицированной врачебной помощи сохранялась на достаточном уровне.

С началом реформ динамика экономической ситуации в бывших республиках СССР характеризовалась двумя векторами – выраженным спадом примерно до середины 90-х годов и медленным подъемом по настоящее время. Такая двунаправленность траекторий дает возможность проверить силу связи между динамикой экономического благополучия и смертности. В качестве объектов изучения были использованы Россия, Украина, Белоруссия, Таджикистан. Оказалось, что снижение ВВП у всех сопровождалось ростом смертности, но и увеличение ВВП также сочеталось с ростом смертности. Это означает, что в целом связь между обоими процессами отсутствовала.

В 12-летнем наблюдении по материалам пятнадцати республик бывшего СССР изучена корреляция между динамикой промышленного производства и смертности. Достоверных связей не обнаружено.

За время существования СССР при рассмотрении по отдельности в разные годы также не выявлено обратной зависимости между экономическим потенциалом республик и смертностью населения.

Стресс

Социально-экономические факторы оказывают влияние на здоровье не только своей абсолютной величиной, но и скоростью изменений. Если условия жизни ухудшаются очень быстро, человек не успевает к ним приспособиться, и развивается патологический стресс (дистресс). Его влияние проявляется по отношению к широкому кругу заболеваний. Начало 90-х годов характеризовалось в России появлением мощного стрессогенного фактора в виде распада СССР и резкого ухудшения благосостояния большинства населения. Для изучения влияния этого потрясения на демографическую ситуацию используем метод исторических аналогий.



В США за время Великой экономической депрессии с 1929 г. по 1932 г. промышленное производство сократилось на 47%. Инвестиции упали в 4 раза. Тяжелая промышленность оказалась загруженной всего на 15-20% от имеющихся мощностей. Банковская и биржевая системы лопнули. Разорились миллионы крупных и мелких держателей акций. Страну захлестнула волна массовых банкротств. Численность полностью или частично безработных достигла трети трудоспособного населения. По свидетельству очевидцев, интенсивность и затяжной характер экономического спада привели к резкому росту бедности, вызвали крупномасштабную миграцию и значительные страдания широких слоев населения. Идентичные процессы происходили в странах Западной Европы.

Как видно из перечисленного, социально-экономическая обстановка развитых государств Запада 30-х годов напоминала по степени разрушений те процессы, с которыми столкнулась Россия начала 90-х. Сходство масштабов и скорости обоих кризисов позволяет ожидать идентичности стрессовых реакций, а значит и сходного ухудшения демографических показателей. Однако факты не подтверждают такого предположения. В США показатели общей смертности с начала 30-х годов продолжали снижаться, другие показатели здоровья сохраняли благоприятную динамику. В Европе демографическая ситуация не претерпела существенных изменений: в Англии смертность выросла всего на 5%, в Германии на 2%, Швеции на 1%, у остальных государств показатели здоровья оставались стабильными.

Распад Советского Союза явился сильным стрессогенным фактором для населения всех входивших в него республик. Тем не менее, траектории смертности у них имели разнообразную направленность – выраженный рост у одних стран (Россия, Украина, Белоруссия, Литва, Латвия, Эстония, Молдавия) и снижение у других (Туркменистан, Таджикистан, Азербайджан, Узбекистан). Это означает, что наряду со стрессом стал действовать ещё какой-то важный фактор «X», неизвестный науке.

Присутствие этого загадочного фактора доказывается динамикой смертности в России за последние восемь лет. После дефолта 1998 г. в стране отмечается отчетливое улучшение экономической ситуации, рост реальных денежных доходов населения, повышение объема розничной торговли. Сократилось число безработных, почти исчезли забастовки. Произошла стабилизация политической ситуации. Общество сплотилось вокруг признанного национального лидера. Стрессогенность жизни в целом значительно снизилась. Тем удивительнее представляется сохранение высоких уровней смертности вплоть до 2007 г.

СПИД

К причинам демографического неблагополучия часто относят эпидемию СПИДа. Однако факты этого не подтверждают. В 2006 г. было зарегистрировано по всей России менее тысячи взрослых больных ВИЧ. Это достаточно точная цифра, в отличие от дискутируемого количества ВИЧ-инфицированных, поскольку болезнь поддается лечению, и пациенты заинтересованы в её ранней диагностике. Получается, что на одной чаше весов находятся более 10 миллионов избыточно умерших от «сверхсмертности», а на другой – 1000 ВИЧ-больных. Разумеется, обе проблемы имеют важное значение, но если первая по размерам предстает как «гора», то вторая – как «мышь».

Зато в информационном отношении наблюдается обратная пропорция, в том числе и при анализе международных различий. В американской политической литературе распространено представление о России как наиболее опасном источнике ВИЧ-инфекции. Каковы факты? В США с 1979 г. по 2000 г. было выявлено 806157 новых случаев ВИЧ заражений, что в пересчете на 100 000 населения в год составляет 14 человек. По законам эпидемиологии, при сильных инфекциях соотношение заболевших и инфицированных составляет 1 к 10 или более. Значит, ежегодно в США становились ВИЧ-больными как минимум 1,4 человека на 100 000 жителей. По всей стране – это 3920 новых случаев заболевания в год. В России за указанный период диагностировано 448 заболевших, или 0,014 случая на 100 000 жителей в год. Это в 1000 меньше, чем в США.

Парадоксы алкогольной смертности

Отсутствие аргументированного объяснения причин российской «сверхсмертности» заставляет приписывать всю вину злоупотреблению алкоголем. В материалах многочисленных научных публикаций и конференций настойчиво внушается мнение, что для России алкоголь есть главный виновник сверхсмертности. Ему отводится основная ответственность за рост не только алкогольных отравлений, но также сердечно-сосудистых заболеваний и травматизма. Доказательством правоты такой гипотезы считается снижение смертности среди республик СССР за годы антиалкогольной кампании начала «перестройки». А рост смертности россиян начала 90-х годов трактуется как «отсроченная» смертность тех алкоголиков, которым не дали умереть в середине 80-х годов.

Однако материалы последних 20 лет обнаруживают множество парадоксальных ситуаций по рассматриваемой проблеме. Чтобы разобраться в них, требуются точные расчеты количества вы-

питых спиртных напитков. Официальная статистика такими данными не располагает из-за неучтенного производства и нелегального ввоза алкогольной продукции. Поэтому в настоящей работе дополнительно используются результаты обследований репрезентативных выборок домашних хозяйств, проводимых Госкомстатом ежеквартально с помощью дневниковых записей, а также данные общенациональных репрезентативных опросов (РМЭЗ).

Первый парадокс обнаруживается до «перестройки», в 1980-1984 гг., когда потребление вино-водочных изделий в СССР оставалось без существенных изменений. Тем не менее, смертельные алкогольные отравления тогда необъяснимо снизились на 12%.

Спад продолжился в 1985-1987 гг. с началом «перестройки». Причём, если уменьшение потребления спиртных напитков составило 25%, то спад алкогольных отравлений достиг двукратно большей величины – 46%. Снижение общей смертности среди трудоспособных мужчин равнялось 25-33%. Неалкогольная природа такого оздоровления доказывается аналогичными процессами в странах Восточной Европы, где смертность тоже снизилась, хотя запретительных мероприятий там не проводилось. В среднеазиатских республиках потребление алкоголя до «перестройки» было настолько низким, что его уменьшение не имело для здоровья реального значения. Значит, снижение смертности здесь однозначно имело неалкогольную природу.

После отмены антиалкогольного указа подушевое потребление спиртных напитков в 1989-94 гг. вернулось к показателям 1984 г. Тем удивительнее, что общая смертность оказалась в 1,5 раза выше начала 80-х годов, а алкогольные отравления – в 1,9 раза выше. Особенно поразительным представляется 1993 год, когда продажа вино-водочных изделий поднялась на 4%, а смертельные отравления выросли на 76%, алкогольные психозы – на 141%. Доля недоброкачественных спиртосодержащих продуктов в 1993 г. поднялась в абсолютном объеме с 12% до 26%. Даже если предположить, что эти 14% прироста были ядом, все равно несопоставимой представляется разница между динамикой его количества и многократно большими негативными последствиями.

На Украине после 1990 г. производство спиртных напитков снизилось в 1,9 раза, население потребляло около 2 литров абсолютного алкоголя на человека. Даже если брать во внимание домашнее производство спирта, все равно по сравнению с Россией это в три раза меньше. Троекратное уменьшение производства сахарной свеклы и сахара значительно затруднило самогонварение. Тем не менее, общая и алкогольная смертность украинцев оказалась такой же высокой, как и у россиян.

В целом с 1988 г. по 1994 г. подушевое потребление алкоголя в России увеличилось на 16%, хотя алкогольные отравления выросли на 385%. Причины столь разительного расхождения между дозой и эффектом не анализировались.

В 1994-1998 гг. общее потребление алкоголя в населении оставалось стабильным, даже несколько выросло у пьющих. Зато смертельные отравления снизились на 53%. Неалкогольная природа благоприятного эффекта подтверждается одновременным снижением смертности от большинства инфекционных и неинфекционных болезней. В 1998 г. позитивная динамика была прервана шоком от дефолта, после которого через полгода вновь выросла смертность от алкогольных отравлений.

В целом по России сила связи между количеством потребленных спиртных напитков за 1980-2001 гг. и смертностью от алкогольных отравлений составила по коэффициенту «детерминации» 58%. Это означает, что остальные 42% алкогольных смертей были вызваны действием неалкогольного фактора. Люди стали умирать при концентрации спирта в 1,5 раза меньшей, чем это происходило в 80-х годах.

Алкогольная тема широко используется за рубежом для представления россиян как деградирующей от алкоголизма нации. Однако в 1994 г., когда прирост смертности в России был наибольшим, подушевое потребление алкоголя при пересчете на чистый этанол составило у нас всего 6,8 литра. Значительно больше пили во Франции – 11,4 л, Португалии – 10,8 л, Германии – 10,3 л и т.д.

Разумеется, сравнение официальных данных алкогольного оборота в разных странах требует их коррекции на неучтенное производство и нелегальный ввоз вино-водочных изделий. При этом неверно думать, что корректировке должны подлежать лишь российские показатели. Неучтенная продукция существует везде. В Финляндии, например, она составляет 15-20% от официально декларируемого объема, в Норвегии 30-40%, во Франции 50%. Введение стандартизированной оценки позволит предупредить односторонность заключений и фальсификацию выводов. Например, анализируя ситуацию в России, нередко ссылаются на заключения экспертов ВОЗ, согласно которым потребление более 14 литров абсолютного спирта на душу населения означает факт генетической деградации нации. Такой тезис опровергается житейским «опытом» Франции, население которой выпивало абсолютного алкоголя в 1928-1932 гг. и в 1948-1950 гг. более 20 литров на душу населения, многократно превышая показатели Швеции – 3-4 литра, США – 4-5 литров, Великобритании – 5-6 литров. И до сих пор генетической неполноценности у французов не выявлено.

Иногда ссылаются на то, что российский способ питания – «водочный» (редко, но помногу) хуже,



чем западный – «винный» (меньше за один раз, но каждый день). Хотя научных доказательства преимущества второго способа перед первым, при одинаковом объеме спиртовой нагрузки, не представлено. В противном случае в конце рабочей недели отмечались бы подскоки смертельных отравлений. Проведенные исследования не выявили такого явления.

Что касается влияния алкоголя на смертность, то в условиях реально живущего населения эта зависимость оказалась незначительной. При сопоставлении государств с разной динамикой потребления спиртных напитков за 1990-1994 гг., от увеличения на 90% в Китае до снижения на 15% в Канаде, не выявлено убедительных связей с динамикой общей смертности. Даже если сравнивать сугубо крепкие напитки и рассматривать их потребление в наиболее «яркие» годы, то и тогда не удается обнаружить значимых корреляций.

В США в 1920 г. был введен «сухой» закон. Однако общая смертность продолжала прежнюю динамику, снижаясь с начала века. В Польше за последние 50 лет траектория потребления алкоголя претерпела значительные вариации: рост на 60% за 1947-1963 гг., рост на 220% за 1963-1979 гг., снижение на 70% за 1979-1982 гг., рост на 128% за 1985-1992 гг. При этом траектория смертности не реагировала на перечисленные зигзаги, подчиняясь действию каких-то иных закономерностей. В Венгрии конца 80-х годов произошло снижение потребления алкоголя на 10%. Вопреки этому, смертность от алкогольных психозов выросла на 36%, от алкогольных циррозов печени – на 87%.

Во многих исследованиях показан защитный эффект умеренных доз алкоголя. Прогноз жизни ухудшается не только среди много пьющих, но и тех, кто совсем не пьет. Наименьшая смертность обнаружена среди употребляющих умеренное количество алкоголя. Среди много пьющих она увеличивалась примерно на 15%, а среди непьющих – на 110%.

И последнее, вне зависимости от характера злоупотребления алкоголем, его вклад в уровень общей смертности был незначительным. В структуре всей смертности доля связанных с алкоголем смертей за рассматриваемый период составляла всего 1,5-2%.

Геноцид

Среди ряда политиков распространено мнение о геноциде русского народа как главной причине демографической катастрофы. Геноцид есть действие, в котором умышленно используются методы массового уничтожения населения по национальному признаку. В качестве аргумента приводят, так называемый, «русский крест», когда в 1992 г. произошел перекрест между падающей рождаемостью и нарастающей смертностью.

Однако реальные факты не дают оснований такому заключению. Аналогичные кресты демографии поднялись также над Латвией, Литвой, Эстонией, Венгрией, Болгарией, Чехией и др. И это при том, что Запад был заинтересован в расцвете Прибалтийских стран. В бывшую ГДР канцлер Западной Германии Г.Коль инвестировал более 3 триллионов марок, а в ответ получил взлёт смертности и спад рождаемости. Никак нельзя заподозрить в геноциде белорусского народа президента А. Лукашенко, хотя смертность среди белорусов выросла к 2005 г. в 1,5 раза по сравнению с серединой 80-х годов.

В самой Российской Федерации максимальный прирост смертности за 1989-1994 гг. отмечался среди балкарцев – на 290%, армян – на 130%, хакасов – на 100%, белорусов – на 70%, украинцев – на 50%. У русских прирост составил 40%. Руководство страны в те годы не могло сознательно вызвать эпидемию «сверхсмертности» от сердечно-сосудистых и других опасных болезней, поскольку ни один из известных науке факторов риска не играл в этом существенной роли.

Получается, что предупредить возникновение «сверхсмертности» в России с началом либеральных реформ было невозможно, поскольку никто не ожидал такой драматической демографической реакции. В то же время, несостоятельность обвинения по статье «геноцид» не означает отсутствие многомиллионной гибели россиян в 1992-2007 гг. из-за неадекватных действий государственной власти. Подобная ситуация может классифицироваться как халатность, приведшая к человеческим жертвам, или непреднамеренное убийство в массовом масштабе.

Парадоксы инфекционных эпидемий

Последние 20-25 лет в России наблюдается парадоксальная динамика смертности от инфекционных заболеваний. Во время «перестройки» (1985-1990 гг.) заболеваемость основными инфекциями в республиках СССР пошла на спад. В РСФСР снижение составило десятки процентов для брюшного тифа и паратифов, острых кишечных инфекций, скарлатины, коклюша, менингококковой инфекции и др. Инфекционная смертность уменьшилась на 36%, хотя специальных санитарно-эпидемиологических мероприятий тогда не проводилось.

С началом либеральных реформ (1991-1996 гг.) траектория смертности изменилась на противоположную. Рост инфекционных и паразитарных болезней достиг в ряде регионов сотен и тысяч процентов. Так, заболеваемость чесоткой увеличилась в Камчатской области на 1027%, Хабаровском крае на 848%, республике Карелии на 401%,

в целом по стране на 566%. Заболеваемость коклюшем в России выросла в 1993 г. на 302%, дифтерией на 296%, коклюшем на 64% и др. Инфекционная смертность увеличилась к 1996 г. на 77%. Наиболее беспрецедентным оказался рост дифтерии, заболеваемость которой поднялась на 5900%, а смертность на 675%.

Попытки объяснить рост инфекционной заболеваемости низким охватом населения профилактическими прививками и снижением качества противоэпидемической работы не подтверждается материалами отчетов санитарно-эпидемиологической службы. В 1989-1995 гг. охват детей профилактическими прививками против туберкулеза, столбняка, коклюша, полиомиелита, кори и др. не снизился, в том числе среди младших и старших возрастных групп. Умершие от дифтерии были на 80% взрослые люди, детство которых пришлось на период регулярного проведения прививочных компаний. Среди заболевших детей 71% оказались привитыми. Потребности учреждений здравоохранения по группам важнейших иммунологических препаратов в 1992-1994 гг. удовлетворялись полностью. Потребление вакцин массового применения увеличилось на 15%, анатоксинов на 30%, в т.ч. дифтерийных на 550%, противодифтерийной жидкой сыворотки на 270%. Количество санитарно-бактериологических исследований выросло на десятки процентов, число вирусологических исследований стало больше в два раза.

В 1996-1998 г. неожиданно произошло улучшение эпидемической обстановки: снизились на десятки процентов заболеваемость дизентерией, дифтерией, паратифами, сальмонеллезами, гепатитом «А». Частота новых случаев дифтерии сократилась до исходно низкого уровня. В целом смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний уменьшилась на 11%. Объяснить это мерами по повышению коллективного иммунитета не представляется возможным, поскольку в 1996 г. федеральные санитарно-эпидемиологические программы практически не финансировались.

Следующим парадоксом оказалось ухудшение эпидемической ситуации после 1998 г. К 2000 г. заболеваемость в России выросла на десятки процентов для бактериальной дизентерии, вирусного гепатита, скарлатины и др. Инфекционная смертность увеличилась на 32%.

Амплитуды взлётов и падений инфекционной заболеваемости были настолько загадочными, что современная эпидемиология оказалась в теоретическом шоке. Не было ни одного научного обсуждения парадоксальных эпидемических процессов. Наука отказалась воспринимать их как реальность. Но от этого факты не перестали быть фактами.

Духовное неблагополучие как причина «сверхсмертности» в России

Неспособность классической науки объяснить причины сверхсмертности в России ещё раз подтверждает наличие не идентифицированного фактора «X», вероятно и являющегося главной причиной демографического кризиса. Обнаружены следующие его свойства:

- 1) большая скорость распространения по огромному пространству, в результате чего смертность увеличилась за короткий срок на преобладающей части Восточной Европы и бывшего СССР;
- 2) синхронность действий на территориях, отдаленных друг от друга тысячами километров;
- 3) невосприимчивость к нему детей до 15 лет и наибольшее влияние на лиц молодого и среднего возраст;
- 4) преимущественное поражение мужчин по сравнению с женщинами;
- 5) наличие негативного и позитивного влияния на здоровье;
- 6) быстрота смены вектор на противоположный;
- 7) неспецифичный характер действия на все основные неинфекционные и инфекционные заболевания.

Ни один из известных науке материальных агентов не обладает перечисленными признаками. Следовательно, фактор «X» имеет нематериальную природу. В философии хорошо известно, что окружающая нас реальность может быть материальной и нематериальной. Последнее десятилетие в эпидемиологии появились работы по изучению влияния духовных факторов на демографические процессы. Под духовностью здесь понимается деятельность сознания, направленная на поиск смысла жизни и своего места в ней, на определение критериев добра и зла для оценки событий, людей и руководства к действию.

Как и все в природе духовность может быть со знаком плюс (позитивная) и со знаком минус (негативная). Позитивными видами духовности служат альтруизм, взаимопомощь, сострадание, целомудрие, социальный оптимизм, наличие высокого смысла жизни и т.п. К негативным видам духовности относятся эгоизм, алчность, половая распущенность, тоска, безысходность и др.

Для научного изучения духовных процессов на уровне общества предлагается использовать метод «экологических исследований» (ecological studies). В этом случае предметом оценки служат не отдельные индивиды, а целые регионы (города, страны), где изучаемыми признаками выступают данные официальной статистики. Подобные исследования называют еще «исследованиями совокупного риска» (aggregative risk studies), поскольку в них исследуемый фактор определяется в среднем по группе.

Маркерами духовных состояний могут служить поступки людей, через которые эти состояния проявляются. Крайняя степень агрессивнос-



ти выражается убийствами, крайняя степень безысходности – самоубийствами, несправедливое распределение собственности проявляется в кражах, грабежах и разбоях, дисбаланс семейных отношений выражается разводами и т.д. Суммарным показателем духовного неблагополучия служит общая преступность. Использование перечисленных индикаторов для измерения духовных процессов лежит в основе нового научного направления – эпидемиологии духовности.

Динамика духовных процессов в России после Второй мировой войны характеризовалась чередой позитивных и негативных периодов. До середины 60-х годов преступность снижалась, что говорит об улучшении нравственного климата в стране. После окончания «оттепели» преступность стала нарастать, указывая на ухудшение духовного состояния населения. С началом «перестройки» преступность упала, а после старта либеральных реформ драматически выросла. Затем она снизилась к 1998 г., а после дефолта снова выросла, оставаясь высокой по настоящее время.

Для изучения закономерных связей между колебаниями духовного состояния россиян и смертностью были использованы статистические фильтры, позволяющие «нащупывать» причинные ситуации. Рассмотрена зависимость между динамикой преступности и смертности в России за длительный период 20 лет. Рассчитывался коэффициент детерминации между преступностью в один год и смертностью на следующий год. Сила связи между такими сдвинутыми на год явлениями составила по коэффициенту детерминации 90%. Наоборот, если преступность предшествовала на год смертности, коэффициент детерминации уменьшался. В указанной связке ни один из параметров не являлся причиной изменений другого. Значит, существовал третий фактор, «серый кардинал», который «диктовал» поведение обоим. Такой скрытой причиной выступало духовное состояние населения, ухудшение которого приводило к росту преступности и через год – к росту смертности. Наоборот, улучшение психического состояния общества сопровождалось уменьшением преступности, а через год падала смертность.

Закон духовно-демографической детерминации

Обнаруженная в России психо-демографическая зависимость способна приобрести статус закона, если обнаружится её устойчивая воспроизводимость при аналогичных обстоятельствах в других странах. С этой целью изучены материалы государственной статистики стран СНГ. Выше показано, что в республиках СССР (СНГ) с началом реформ отмечалось веерное расхождение траекторий смертности: снижение у одних и повы-

шение у других. Логично предположить, что такое же веерное расхождение должна иметь и динамика преступности за 1986-1994 гг. Действительно, в тех странах, где преступность повысилась, там выросла и смертность: Россия, Белоруссия, Украина, Кыргызстан, Казахстан, Молдавия, Грузия, Армения. Зато в республиках со снижением преступности произошло уменьшение смертности: Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Азербайджан.

Длительное 18-летнее наблюдение над сцепленностью между преступностью и смертностью проведено по материалам Украины, Белоруссии и Таджикистана. Везде коэффициенты детерминации между сдвинутыми на год рядами были высокими 72-87%. Сила связи всегда была сильнее, если сначала учитывалась преступность, а через год – смертность.

Для вычленения самостоятельного вклада в динамику смертности отдельных факторов провели статистический анализ с помощью пошаговой линейной регрессии на материале 12 стран СНГ. Динамика уровня жизни за 1992-1996 гг. оценивалась по 14 показателям: промышленное производство, производство товаров легкой промышленности, сельскохозяйственное производство, розничный товарооборот, потребление мяса, молока, яиц, хлеба, белков, алкоголя (в 1995 г.), животных жиров, суточная калорийность пищи, ввод в эксплуатацию жилья, загрязнение воздушной среды, загрязнение сточных вод. Духовное состояние определялось по динамике агрессивности (маркер – убийства) и безысходности (маркер – самоубийства). Из 16 перечисленных переменных в итоговую регрессионную модель вошли убийства, самоубийства и потребление хлеба. (Известно, что рост потребления хлеба на фоне снижения потребления более дорогих продуктов свидетельствует об обнищании населения). В целом динамика общей смертности среди стран СНГ определялась на 73% динамикой агрессивности, на 11% динамикой безысходности, на 16% остальными условиями. Для сердечно-сосудистой смертности вклад агрессивности составил 61%, безысходности 10%, остальные факторы 29%.

Из приведенных расчётов следует, что в структуре детерминант динамики смертности населения стран СНГ ведущую роль играют агрессивность и безысходность. Это позволило сформулировать понятие агрессивно-депрессивного синдрома как ведущей причины сверхсмертности в России.

Учитывая воспроизводимость психо-соматических связей в изученных странах, становится возможным говорить о законе «духовно-демографической детерминации». В соответствие с этим законом, ухудшение (улучшение) нравственно-эмоционального состояния населения сопровож-

дается, при прочих равных условиях, ростом (снижением) смертности. Тем самым закладываются основы нового научного направления – психодемографии.

Выявленные в его составе сверхбыстрые демографические реакции дают надежду на возможность нормализации демографического положения в России за короткие сроки.

Механизм перехода духовной «энергии» в соматический риск смерти

Какие физиологические изменения происходят в организме под влиянием психогенных факторов, увеличивая или уменьшая риск смерти? Выше говорилось, что траектории инфекционных и неинфекционных заболеваний в России шли параллельно, с синхронными взлетами и падениями. Такая синхронизация действий могла возникнуть от двух механизмов: внешнего и внутреннего.

Первый генерируется внешней средой. Под его влиянием должны синхронно менять свою вирулентность (или численность) многочисленные бактерии (дизентерийная, дифтерийная и др. палочки, микобактерия туберкулеза, стрептококки и стафилококки, сифилитическая спирохета и гонококки и др.), вирусы, простейшие организмы. Одновременно по этим же траекториям должны менять свою активность (или количество) разнообразные детерминанты неинфекционных заболеваний: канцерогены, атерогены и др.

Такое предположение мало вероятно даже теоретически. Но, допустим, в начале 90-х годов стали действовать гипотетические космические волны или глобальные планетарные циклы, ухудшившие бактериальный фон. Гипотеза не подтверждается фактами, поскольку по данным санитарно-эпидемиологической службы в 1988-1993 гг. при обследовании водоемов, почвы, воздуха отмечалось уменьшение числа проб, не отвечавших гигиеническим нормативам по бактериологическим показателям.

К тому же, при активизации патогенной флоры дети пострадали бы сильнее, поскольку их иммунная система менее устойчива к микробной агрессии. В действительности всё случилось наоборот. Если среди трудоспособного населения смертность от инфекций выросла за 1990-2000 гг. на 171%, то у детей до года она снизилась примерно на 60%, среди детей до пяти лет снижение составило 32%.

Остаётся второе предположение, по которому механизмом подъема инфекционной и неинфекционной смертности у взрослых явилось изменение адаптивных резервов организма под влиянием духовных воздействий. Неспецифический резерв способен обеспечивать человеку перекрестную устойчивость к широкому кругу патогенных

факторов. Тогда становится объяснимой разница в динамике инфекционной заболеваемости взрослых и детей. Хотя они и жили в одинаковых материальных условиях, но высшая психическая функция у детей слабо развита, а у младенцев отсутствует совсем. Осознание себя как личности появляется примерно после 15 лет. Поэтому выраженный рост смертности от инфекционных болезней начинался с возрастной группы 15-19 лет. Тем самым, управляя неспецифическими резервами можно влиять на специфическую, в том числе и инфекционную заболеваемость.

Какие структуры и функции формируют соматический резерв здоровья? Фундаментом служит энерго-пластический гомеостаз, обеспечиваемый многочисленными физическими, биохимическими, физиологическими, гормональными и др. процессами. Со стороны сердечно-сосудистой системы в него входят гемокинетический блок (ударный индекс сердца, интенсивность тканевого кровообращения) и ангиотонический блок (тонус сосудов, эластичность, гибкость их стенки). В этой связке, чем ниже основной обмен и хуже кровоснабжение тканей, чем менее эластичны артерии и больше сосудистое напряжение, тем быстрее организм изнашивается, тем он менее устойчив к процессам повреждения и умирания. Наоборот, увеличение энерго-пластических процессов и улучшение гибкости сосудов сочетается с укреплением резерва здоровья и снижением смертности.

Величина резерва здоровья может увеличиваться и уменьшаться под воздействием образа жизни, характера питания, производственных и экологических условий. Последние годы появились работы, в которых обнаружена зависимость резерва здоровья от психического состояния человека – эмоций, ценностных установок, жизненных приоритетов, смысла жизни. По этому поводу ещё К.М.Курцин, выдающийся советский физиолог, ученик И.П.Павлова, писал в 1947 г.: «А между тем с глубокой древности известна зависимость тела от «духа» ... Клиника в настоящее время склонна признать, что перекидывается мост между двумя как бы несоединимыми мирами: психикой и соматикой. Вскрытие природы явлений, которые кажутся и до настоящего времени загадочными, а именно, каким образом то субъективное, что мы называем душевным состоянием, может влиять на деятельность органов, обеспечивающих основные жизненные функции, требует разрешения вопроса о взаимосвязи между анимальными и вегетативными процессами».

Обнаружение психо-демографической зависимости подтверждает правоту религиозных мыслителей, сформировавших учение о «смертных грехах». К ним относятся нравственно-эмоциональные характеристики человека и общества,



ведущие к душевной смерти – гордыня, гнев, тоска, сребролюбие, блуд и др. Жизнь показала, что перечисленные психические состояния ведут и к физической гибели, являясь, по сути, эпидемиологическим факторами риска общей смерти.

В длительных когортных исследованиях показано, что депрессия, безысходность, бессмысленность жизни, тревожность, агрессивность ведут к угнетению защитных систем организма и увеличению риска развития сердечно-сосудистых, онкологических, инфекционных и других заболеваний. Озлобленность, враждебность, цинизм, гневливость ведут к значительному сокращению продолжительности жизни. Страх потерять работу и неуверенность в завтрашнем дне увеличивают заболеваемость и смертность. Наоборот, оптимизм, наличие смысла жизни, вера в способность контролировать ситуацию, доверие к другим и положительное отношение к себе, удовлетворенность жизнью оказывают положительное влияние на резерв здоровья, снижая риск опасных заболеваний. Оздоровительным эффектом обладают социальная поддержка, ощущение общественной значимости, наличие планов на будущее.

Перечисленные психические характеристики не являются стрессом. Стресс – это реакция организма, ограниченная временем действия стрессора. С его исчезновением устраняется и стресс. В нашем случае речь идет об устойчивой программе психического функционирования человека. Это его базовый нравственно-эмоциональный фон, внутреннее состояние души, обозначаемые термином «настроение» (mood). Влияние нематериальной энергии настроения на материальные процессы в организме изучается в рамках психосоматической медицины: психоэндокринологии, психоиммунологии, психофизиологии и т.д.

С позиций психофизиологии обнаруживается, что негативные психические состояния ведут к снижению основного обмена, уменьшению выброса крови сердцем и уменьшению тканевого кровообращения, росту напряжения артерий и увеличению периферического сосудистого сопротивления, уменьшению концентрации гемоглобина в крови, нарастанию скорости оседания эритроцитов, развитию дисфункции эндотелия артерий. Происходит уменьшение защитных возможностей организма, способствуя развитию сердечно-сосудистых, онкологических и других неинфекционных заболеваний. Пациенты из семей с выраженной внутрисемейной тревогой и социальной усталостью имели сниженные уровни сердечного индекса и мозгового кровообращения, повышенные показатели периферического сосудистого сопротивления и тонуса мозговых артерий. Такое уменьшение тканевого обмена и интенсивности кровообращения, увеличение сосудистого тонуса и периферического сопротивления, вместе с ком-

плексом сопровождающих их процессов, снижают резерв здоровья, повышая риск неинфекционных и инфекционных заболеваний и преждевременной смерти.

В биохимическом аспекте негативное действие психической энергии реализуется через гормоны гипоталамуса, гипофиза, надпочечников. Позитивное влияние психических факторов осуществляется через опиоидные и другие нейропептиды, мет-энкефалин, бета-эндорфин, нейротензин, пролактин, субстанцию «Р».

Духовное неблагополучие оказывает повреждающее влияние на организм не только непосредственно, но и косвенно, стимулируя другие механизмы риска: вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания), избыточный или недостаточный вес и др. Их распространенность значительно повышается в условиях безысходности, потери смысла жизни, агрессивности. Например, курильщики, как выявлено в популяционном исследовании, характеризуются более рискованным поведением: меньшей удовлетворенностью жизнью, наличием депрессивных симптомов, меньшим жизненным оптимизмом и т.п. Аналогичные особенности отмечаются и у лиц, злоупотребляющих алкоголем, что позволяет говорить о «сцепленных» с курением и алкоголизмом факторах риска опасных заболеваний и преждевременной смерти.

С позиций психодемографии становятся объяснимыми перечисленные ранее демографические парадоксы на постсоветском пространстве. Начало «перестройки» характеризовалось выраженным нравственно-эмоциональным подъемом, вызванным надеждой на новую, более справедливую жизнь. Аналогичные духовные процессы происходили и в странах Восточной Европы. Через психосоматические механизмы это сопровождалось в организме людей повышением обмена веществ, увеличением притекающей к органам крови, уменьшением периферического сосудистого сопротивления, снижением тонического напряжения артерий. Перечисленные процессы способствовали увеличению неспецифических резервов здоровья и снижению риска смерти.

Начало шоковых реформ, наоборот, вызвало рост духовного неблагополучия, проявившегося эпидемией агрессивного-депрессивного синдрома. Это привело к уменьшению интенсивности обмена веществ, уменьшению кровообращения в тканях, росту жесткости артерий, увеличению сосудистого сопротивления. В результате произошло уменьшение резервов здоровья и повышение риска смерти.

В 1995-1998 гг. общество оправилось от первоначального шока, что сопровождалось улучшением психологической атмосферы. На это указывают результаты социологических опросов, а так-

же снижение убийств, самоубийств, общей преступности. В результате адаптивные резервы выросли, и это обеспечило снижение смертности.

Стресс от дефолта в 1998 г. вызвал резкое ухудшение психического состояния людей, снижение объема адаптации и рост смертности. В течение последующих 1999–2006 гг. социальное настроение продолжало быть неблагоприятным, о чём свидетельствует рост преступности в 1,5 раза. Из-за этого резерв здоровья остаётся низким, создавая патологические условия высокой смертности.

Эпидемическая природа сверхсмертности

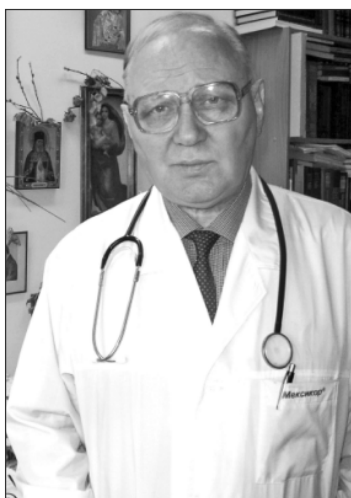
Эпидемия есть массовое увеличение заболеваемости или смертности, связанное с воздействием заразного фактора, передающегося от человека к человеку. Контагиозный характер возбудителя может иметь инфекционную и неинфекционную природу. Происходящие в России демографические процессы явились результатом действия факторов духовного неблагополучия: озлобленности, тоски, потери смысла жизни, безысходности и т.п. Это те реализующие «инструменты», которые напрямую воздействовали на людей, повреждая сначала сознание, а затем и тело. Процесс имел эпидемический характер, поскольку движущим началом выступал передающийся от человека к человеку «заразный» фактор в виде разрушающей психику притягательной информация или панических эмоций. Средствами распространения «инфекции» служили СМИ, межличностные контакты, неадекватные государственные законы, создающие «поле» негативного духовного воздействия на общество. Восприимчивые люди, заражавшиеся деструктивными идеями и эмоциями, становились ретрансляторами нравственно-эмоциональной «инфекции», порождая лавинообразный поток психосоматических повреждений.

Зависимость инфекционной смертности от духовно-эмоционального состояния населения проверена путём «экологического исследования» по статистическим материалам России, Белоруссии, Украины и Таджикистана. Везде обнаружены сдвинутые на год прямые связи между преступностью и инфекционной смертностью, имевшие высокий коэффициент детерминации, достигавший 50–70%.

Эпидемические психосоматические закономерности могли действовать и в сфере токсикогенных процессов. Статистический анализ показал, что в 1980–2001 гг. алкогольные отравлениями в России имели наиболее сильные прямые связи с подшевым потреблением алкоголя и уровнем агрессивно-депрессивного синдрома, измеренным по величине убийств и самоубийств. Можно полагать, что в 1992–1994 гг. нравственно-эмоциональное неблагополучие население сопровождалось настолько сильным угнетением антитоксических функций организма, что алкогольные психозы и смертельные отравления стали наступать при значительно более низких концентрациях спирта в крови, подтверждая тем существование неалкогольных механизмов алкогольных отравлений.

Для ликвидации любой эпидемии (инфекционной и неинфекционной) недостаточно выявить возбудителя и механизмы передачи. Требуется также нахождение источника возбудителя, поставяющего «заразного» агента во внешнюю среду. Что явилось источником духовного разложения России? Откуда дул ветер нравственно-эмоционального разложения, ведущего общество к смерти? Почему начало демографической трагедии стало зарождаться с 1989 года? Изучение данного круга вопросов не ставилось задачей настоящего исследования. Оно требует выхода в сферу политики и экономики для оценки адекватности проводимых реформ интересам населения. Это – предмет последующего научного анализа.

ЧТО ТАКОЕ ПРАВОСЛАВНАЯ МЕДИЦИНА



**Доктор
медицинских наук,
профессор
А.В. НЕДОСТУП**

В последнее время нами, православными врачами, часто используется термин «православная медицина». Возможно ли такое словосочетание, допустимо ли вообще такое понятие? До определенного момента мне эта мысль не приходила в голову – настолько привычным сделался этот термин. Поводом же к размышлениям о том, что такое православная медицина и вправе ли мы вообще о таковой говорить, послужили для меня два обстоятельства.

Во-первых, ко мне как к терапевту и кардиологу нередко обращаются знакомые и незнакомые люди с просьбой о консультации – моей или какого-либо иного православного специалиста. При этом иногда больные ожидают, что православные врачи будут их лечить какими-то особыми методами – травами, массажем, диетой, но только не лекарствами. Помню разочарование одного моего недавнего собеседника (происходил телефонный разговор), которому нужна была консультация для сына, страдавшего пороком сердца, когда я сказал, что перед осмотром надо будет снять ЭКГ, сделать ультразвуковое исследование сердца и т.д. «Я думал, что раз вы православный врач, у вас какие-то другие методы», – сказал этот человек и больше общаться со мной не стал. Предлагали мне и выступления по телевидению, явно ожидая, что речь пойдет о лечении травами, массажем и т.п.

В другом случае мне предложили принять участие в составлении библиотечки для прихожан наших храмов; предполагалось издание серии книжечек типа «Советы православного кардиолога», «Советы православного дерматолога» (пульмонолога, уролога и т.д.). Поначалу согласившись, я очень быстро понял, что делать этого не следовало бы: в каждой такой книжечке сначала речь пойдёт о православном понимании болезни, поведении заболевшего православного человека (необходимость причастия, иногда соборования и проч.), а затем будут даны

специальные советы (в зависимости от характера болезни) – без сомнения, нужные, но без специфического православного наполнения. Следовательно, нужна книжка о православном осмыслении связи болезни с грехом, о лечении как сложном процессе исцеления души и тела и т.д. (такие книги, слава Богу, уже есть), а специальные брошюры типа «Советы больному гипертонической болезнью» можно найти в любом магазине.

Собственно, из сказанного уже многое становится ясным, но поскольку я сначала всё-таки бездумно согласился написать несколько брошюр о советах православного врача, а, с другой стороны – продолжают телефонные звонки с просьбой показаться православному врачу-специалисту скорее в области народной медицины, я решил довести дело для конца и сформулировать для себя и для возможного читателя: существует ли всё-таки православная медицина или нет? Тем более, что аналогии не помогают: ясно, что нельзя, например, говорить о православной аэродинамике, православной геологии, но вполне возможно – о православной педагогике или психологии. Неожиданно для меня четко определить, что же такое православная медицина, оказалось не так-то просто.

Вначале необходимо уточнить, из чего складывается само понятие «медицина». Оно включает в себя четыре части. Во-первых, это довольно сложная система общественных отношений: организация здравоохранения, финансирование, обучение врачей и т.д. Далее, это само врачевание как процесс излечения. Затем – больной как субъект врачевания. Наконец, врач (и вообще медицинский работник), без которого медицина невозможна (см. нашу старую публикацию в журнале «Москва», 1995).

Начнём именно с врача. Здесь понятие «православный врач» вполне уместно. Ясно, что это должен быть не просто верующий специалист, но такой профессионал, который старается жить и работать по заповедям Христа. В частности, он должен подчинять свою врачебную деятельность законам любви; должен быть бескорыстным («Туне прияте – туне дадите»); должен, конечно, всячески стремиться, как принято говорить, повышать свою квалификацию, чтобы как можно лучше исполнять своё дело на том месте, куда его привёл Господь. Однако все эти качества могут быть свойственны и просто хорошему, порядочному доктору – хотя и неверующему (лишний повод вспомнить, что по Тертуллиану душа человеческая – по природе христианка). Православного же врача отличает христианское понимание болезни, смерти, греха, лечения. Влияет ли это на его профессиональную деятельность? Конечно; для верующего православного врача, следующего, например, заповеди «не убий», неприем-

лемы такие реалии сегодняшнего дня в медицине как аборт, фетальная терапия, лечение эмбриональными стволовыми клетками и проч.

Есть ли гарантия, что православный врач всегда будет блестящим специалистом? Конечно, нет. Это зависит от его образования, от врачебного таланта, способности к нашему делу, но в любом случае это будет доктор, считающий свою профессию, медицину, как о том говорил Иван Александрович Ильин, делом служения, а не наживы, не тягостным отбытием времени в присутствии. Здесь будет уместно привести примечательные слова Ильина на эту тему. В своей работе «Путь к очевидности», в главе «О призвании врача», цитируется письмо семейного врача Ильиных (имя его по просьбе самого врача Ильин не открывает). В ответ на просьбу Ильина охарактеризовать тот «метод», которым пользовался его доктор (и всегда, как пишет Ильин, «иначе, чем иностранные доктора, лучше, зорче, глубже, ласковее... и всегда с большим успехом»), этот врач пишет следующие замечательные строки (цитируем самое начало письма):

«То, что Вы так любезно обозначили, как мою «личную врачебную особенность», по моему мнению, входит в самую сущность практической медицины. Во всяком случае, этот способ лечения соответствует прочной и сознательной русской медицинской традиции.

Согласно этой традиции, *деятельность врача есть дело служения, а не дело дохода*; а в общении с больными – это есть не обобщающее, а индивидуализирующее рассмотрение и в диагнозе мы призваны не к отвлечённой «конструкции» болезни, а к созерцанию её своеобразия. Врачебная присяга, которую приносили все русские врачи и которую мы все обязаны русскому Православию, производилась у нас с полной и благоговейной серьёзностью (даже и неверующими людьми): врач обязывался к самоотверженному служению, он обещал быть человеколюбивым и готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимым; он обязывался безотказно являться на зов, по совести помогать каждому страждущему; а XIII том Свода Законов (ст. 89, 132, 149 и др.) вводил его гонорар в скромную меру и ставил его под контроль.

Но этим ещё не сказано самое важное – то, что молчаливо предполагалось как несомненное. Именно – любовь. Служение врача есть служение любви и со-страдания: он призван любовно обходиться с больным. Если этого нет, то нет главного двигателя, нет «души» и «сердца». Тогда всё вырождается и врачебная практика становится отвлечённым «подведением» больного под абстрактные понятия болезни (*morbis*) и лекарства (*medicamentum*). Но на самом деле пациент совсем не есть отвлечённое понятие, состоящее из абстрактных симптомов: он есть живое существо, душевно-духовное и страдающее; он совсем индивидуален по своему телесно-душевному составу и совсем своеобразен по своей болез-

ни. Именно таким должен врач увидеть его, постигнуть и лечить. Именно к этому зовёт нас наша врачебная совесть. Именно таким мы должны полюбить его, как страдающего и зовущего брата».

В этих замечательных словах отражена вся суть христианского подхода к лечению больного. Здесь воплощается евангельский принцип любви к ближнему.

Конечно, с таким врачом легче будет общаться **православному больному** – их сближает с врачом общее понимание смысла его болезни, необходимости (особенно тщательной в болезни) соблюдать правила духовной жизни, понятие дозволенного и недозволенного в лечении (та же фетальная терапия), наконец, молитва друг за друга. Такому врачу больной, как правило, будет доверять больше, чем атеисту (да и врачу проще работать с братом или сестрой по вере).

Конечно, этим мы вовсе не хотим сказать, что верующим необходимо выстраивать некую замкнутую, по типу секты, ячейку внутри общества, в данном случае – в больничном отделении, поликлиническом кабинете и т.д. Напротив, православный врач **обязан** иметь духовный контакт с **любым** пациентом, быть, по мере сил и возможностей, его проводником в область неведомого пациенту огромного мира веры, к которому нередко приводит болезнь (не впадая, конечно, в учительство и вовремя привлекая, с согласия больного, священника – для беседы, крещения, исповеди, причастия, соборования).

Итак, как видно, правомерно понимание православности и у врача, и у пациента, как особого состояния души, привносящего в сам процесс врачевания столь же особые качества, лежащие в сфере **духовной жизни**.

Рассмотрим теперь, что представляет собой процесс **православного врачевания**. Исходить здесь надо из того, что болезнь человека чаще всего является следствием греха. Мы не касаемся здесь других аспектов понимания болезни – таких, как, прежде всего, следствия изначально, от рождения поврежденной – со времён первородного греха – сущности человека, включая и его телесную природу (это снимает вопрос о «неадекватности» тяжести болезни личной греховности человека – как мы хорошо знаем, болели и святые); не затрагиваем и понимания болезни как «способа» заставить человека остановиться, посмотреть на себя и свои дела, задуматься о вечности и своей посмертной судьбе; о понимании болезни, достойно переносимой болящим, как назидательном для окружающих примере христианского отношения к скорбям, и т.д. В данном случае основным для нас является именно понимание болезни как следствия греховности. Человек, как мы знаем, по природе своей двуедин и состоит из тела и души, а последняя включает и дух, как высшую часть нетелесной сущности человека. Поврежденность духа неминуемо отрицательно сказывается на состоянии души (эмоциях, волевых качествах и т.д.) и, далее, на



состоянии тела. Это должно быть ясно и неверующему: тот или иной нехороший поступок, совершённый против совести, обязательно «застревает» в сознании человека, рано или поздно меняет его душевный настрой, порождает внутренний дискомфорт, депрессию, тревогу – а отсюда рукой подать до гипертонии, язвенной болезни и т.д.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев болезни человеческой души и тела есть следствие болезни духа. Отсюда совершенно ясно, что целостное лечение человека должно включать терапию тела (чем и занимаются терапевты, хирурги, дерматологи, офтальмологи и т.д.), терапию души (сферу психиатрии) и, наконец, терапию духа – а это уже дело Церкви и её служителей. О том, как Церковь врачует больной дух, см. в прекрасной книге греческого митрополита Иерофея (Влахоса) «Православная психотерапия» (под этим термином владыка Иерофей подразумевает именно врачевство духа, а не души, как это принято в медицине), изданной в 2004 г. Троице-Сергиевой Лаврой. Следовательно, православное врачевание включает работу с больным врачом и священником и требует деятельного участия самого пациента, стремящегося осознать свои грехи (покаяние в них), обрести понимание своей болезни, надежду на милосердие Божье. Конечно, мы имеем в виду, говоря о православном врачевании, и обращение к иным, помимо покаяния, церковным таинствам – причастию, соборованию, а также к молитве, употреблению святой воды и т.д.

Между прочим, отметим, что как врач должен быть осторожным при общении с больным на уровне толкования вероучительных проблем (привлекая, как уже говорилось выше, с этой целью священника), так и священник должен быть осторожным при тех или иных рекомендациях, лежащих уже в сфере компетенции врача («оперироваться – не оперироваться», пить или не пить «таблетки» и т.п.). Не столь уж редкое нарушение этого правила иногда ставит врача в очень трудное положение. Мне не раз приходилось видеть, какую осторожность проявлял в подобных советах, испрашиваемых больными, архимандрит Кирилл (Павлов); обычно о Кирилл благословлял найти опытного (лучше православного) врача и довериться его рекомендациям.

Из вышесказанного ясно, что медицина в её биологической (душевной и соматической) адресованности не может считаться православной – поэтому нелепо звучат такие слова как «православная оториноларингология», «православная неврология» и т.д. Отсюда очевидна, кстати, и невозможность таких понятий, как упомянутая выше «православная аэродинамика» или «православный бухгалтерский учёт». В то же время все специальности, имеющие дело с **духовным началом** человека, могут быть православными. Кроме медицины, это, несомненно, педагогика (воспитание духа), психология (имеющая дело с душевной и духовной сущностями человека),

искусство (цель которого, в духовном, православном понимании, состоит в «выявлении» божественного начала в окружающем мире и человеке).

Возвращаясь к медицине, можно предвидеть возращения типа: «А при чём православие в случае, скажем, ампутации конечности или лечения антибиотиками тифа или холеры?» Но каждый врач знает, какую огромную роль играет и в хирургии, и в инфекционной клинике состояние макроорганизма – его защитных сил, способности противостоять болезни – а состояние духа при этом имеет весьма важное значение (вспомним святителя Луку, выдающегося русского медика В.Ф. Войно-Ясенецкого, сочетавшего в своём врачебном искусстве духовное врачевство и талант хирурга).

Ещё раз напомним при этом, что и «чисто врачебная» деятельность православного христианина также должна проводиться с соблюдением заповедей Божьих.

Между прочим, из сказанного становится понятным, чего ищут больные, обращаясь к православным врачам – здесь и, конечно, бескорыстие врача (очень немаловажное при теперешней всеобщей нищете и полунущете), и надежда встретить понимание своего отношения, как верующего человека, к болезни и принципам её терапии, и уверенность в порядочности врача, понимании им своей ответственности. Очень может быть, что ранее больные не встретили всего этого при общении с миром медицины. Именно из этого последнего проистекает боязнь современных врачебных методов диагностики и лечения – под подозрение берётся всё, что пришло из чуждого «цивильного» мира, не одухотворённое идеей Бога. Больной боится, не явится ли очередной врач просто придатком к мёртвой технике; он ищет такого лечения, когда врач не станет использовать враждебные человеку методы, а будет применять веками апробированные, природные средства – травы, пищевые продукты, водолечение и проч. Известные основания для опасений, что в компьютеризированной медицине врач, действительно, теряет навык общения с больным, есть; однако квалифицированному православному врачу (и больному) нет смысла бояться современной техники, которая есть всего лишь усовершенствование способностей человека видеть, слышать, считать – имеются в виду рентгеновская, ультразвуковая и другая аппаратура, сложные вычислительные системы и проч. Важно, что на первом плане при этом остаётся личность врача, и конечно прекрасно, если этот врач будет православным христианином.

Нам осталось теперь рассмотреть четвертый содержательный аспект медицины – систему общественных отношений, относящихся к понятию **«здоровоохранение»**. Ясно, что для того, чтобы соответствовать православному пониманию охраны здоровья, само построение здравоохранения должно опираться на соответствующие принципы бытия, продиктованные соблюдением Божьих заповедей. Уже из того

факта, что церковь у нас отделена от государства (вполне секулярного), следует, что такое соответствие в нашей стране нереально. Хотя соблюдение при построении системы здравоохранения этических нормативов, приближенных к православным, позволило бы приблизить к православной и саму эту систему. Несведущему человеку может показаться удивительным, что старая, советская система здравоохранения, признанная в 1977 г. Всемирной организацией здравоохранения лучшей в мире, гораздо больше соответствовала православным этическим нормам, нежели та, что создана трудами «реформаторов». Причины этого можно было бы проанализировать, но это не является предметом данной публикации.

Плоды этой «реформаторской» деятельности налицо: смертность в России превышает рождаемость на 1 млн. человек в год; государство не справляется с резким ростом заболеваемости; бремя финансовых затрат на медицину перенесено в значительной мере на плечи нищего населения (это ещё не предел) – при том, что в Конституции декларируется бесплатная медицинская помощь; практически ликвидирована система профилактики (кроме прививок).

Этот последний пункт, на который обращают очень мало внимания, чрезвычайно важен. «Победоносно спорить с недугами масс может лишь профилактическая медицина», – писал когда-то великий русский терапевт Григорий Антонович Захарьин. В то же время в сегодняшней России большинству населения стал недоступен летний полноценный отдых, разрушена система спортивно-оздоровительных учреждений, люди плохо питаются, живут в страхе потерять работу (отсюда «перехаживание» болезней на ногах) или остаться в старости без средств к существованию, откуда возникает хронический стресс, происходит алкоголизация населения, не принимаются меры по борьбе с курением, отсутствует пропаганда здорового образа жизни, взамен чего насаждается культ наживы, конкуренции, разврата и насилия. Следует ли добавлять, сколь далеко всё это отстоит (точнее – прямо противостоит) от христианских заповедей!

В современной нам России извращаются отношения «врач-больной», начиная с замены термина «медицинская помощь» на «медицинские услуги» (подразумеваемая их оплата). Вместо старого патерналистского (отеческого) принципа отношений между врачом и больным внедряется финансово-договорной, с поощряемыми судебными тяжбами (больной против врача), с подписанием больным перед диагностической или лечебной процедурой «информированного согласия» (безграмотная калька с зарубежного выражения) – защитой врача от больного.

При этом на все лады повторяется тезис о вхождении («медленном возвращении») России в «семью цивилизованных народов». Следовало бы добавить – антихристианских, поскольку всё изложенное настолько полярно христианскому отноше-

нию к ближнему и к самой жизни, что невольно заставляет задуматься: куда мы идём? Ответ ясен – туда, куда давно сползает западный мир, прямо являющийся о «постхристианской» эпохе своего бытия – антихристианской на деле, поскольку никакого «постхристианства» быть не может.

В связи со всем изложенным ясно, что в секулярном обществе о православной медицине говорить не приходится. Однако к этому надо добавить – медицине, понимаемой именно как государственная система здравоохранения. В части же медицины как православного врачевания духа, души, тела, осуществляемого Церковью и православными врачами – такая медицина, к счастью, вполне возможна и, несомненно, существует, будучи как бы растворённой в неправославном мире. Поистине, «Царство Божие внутри вас есть».

После всего сказанного можно попытаться сформулировать понятие «православная медицина». Итак, **православная медицина есть медицина, которая в своих представлениях о происхождении и сущности болезни опирается, помимо естественнонаучных, на христианские вероучительные положения и учитывает их при лечении и профилактике заболеваний.**

Можно ли мечтать о возможности существования православной медицины не как островков в океане секулярного общества, а как мощной государственной системе? Мечтать, конечно, можно, но отдавая себе отчёт, что для этого требуется христианизация всего общества. В настоящее же время крайне трудно даже создание православных лечебниц – уже хотя бы потому, что сегодняшний день медицины требует очень больших средств – если иметь в виду оснащение таких лечебниц современной аппаратурой, лекарствами и проч.; на содержание такой, по сути, альтернативной медицины, у Церкви нет средств. Кроме того, мы рискуем не найти нужного количества православных медиков. Ограничиться же бедными полупельдшерскими, полу-врачебными пунктами при приходах, конечно, можно, но, опять-таки, отдавая себе отчёт, что в них мы будем диагностировать и лечить на уровне медицины позавчерашнего дня.

Отвлекаясь от невесёлых реалий сегодняшней российской жизни, можно отметить, что и в целом мире сегодня нет страны, где была бы возможна православная (христианская) медицина как государственная система. Слишком далеко от христианства отделилось современное общество.

Православная медицина **во всей своей полноте**, видимо, столь же недостижима, как невозможна для постижения абсолютная истина. Однако не следует забывать и о том, что в каждый данный момент мы владеем частью этого абсолюта. Приобщение к этой радости даёт нам силы жить в современном мире. Полноценная же православная медицина возможна только в пакибытии, но там она уже просто не будет нужна, так как в том мире, естественно, не будет никаких болезней.



Полезные материалы по теме:
Пастырское попечение наркологических больных

ДУШЕПОПЕЧЕНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПРИХОДА

В той или иной мере все мы нуждаемся в духовном врачевании, так как, будучи по святому крещению воинами Христа, мы постоянно находимся на поле брани с духами злобы поднебесной и не обходимся без ран.

Как на поле битвы, помощь в первую очередь оказывается тяжелораненым, так и тяжело пострадавшим на невидимом фронте, надо незамедлительно помочь. Бывают смертельные ранения, есть и смертные грехи. К последним относятся пьянство, наркомания и токсикомания, распространяющиеся в наше время, как пожар.

Понятно, душепопечение наркологических больных при храмах возможно в том случае, если есть на приходе люди, которые понимают природу недуга страждущих, не боятся общения с ними, в состоянии видеть и решать собственные проблемы. Вместе с тем, человек, желающий помочь недугующему, сталкивается с ощущением собственного бессилия, т.к. не может в одиночку справиться со всеми проявлениями наркологического заболевания. Он ищет поддержку у клириков и других прихожан.

Священнослужители, церковнослужители, прихожане, имеющие медико-психологическое и социально-педагогическое образование, а также люди, прошедшие через горнило наркологических страданий и с Божьей помощью исцеленные от этих пристрастий, должны вместе участвовать в разветвленной и многосторонней работе со страждущими.

Собственно душепопечение наркологических больных – это длительная целенаправленная деятельность по оказанию помощи страждущим в преодолении последствий духовно-телесного недуга и сопряженного с ним греховного порочного образа жизни. Во многих случаях происшедшие изменения носят либо почти необратимый характер, либо находятся в стадии, когда люди не в состоянии без посторонней квалифицированной помощи сориентироваться и идти по пути трезвого благочестивого образа жизни. Забота об их ду-

шевном и духовном развитии, иногда тесно связанная с милосердным вспомоществованием, составляет общее направление деятельности душепопечения.

Душепопечение не может осуществляться «строим», насильственно, по указке, без учета свободы воли человека. Духовное развитие и воцерковление – процесс длительный, требующий каждодневных усилий.

В реабилитационной работе душепопечителям очень важно учитывать особенности состояния страждущих.

Наркологические больные нередко отличаются внешне выраженным состоянием подавленного настроения, грубостью личностных реакций, зачастую подозрительностью и раздражительностью.

Им свойственны честолюбивые черты, своеволие, стремление полностью переложить ответственность на душепопечителя.

Для них весьма характерны интуитивное восприятие и неумение анализировать свои поступки и чувства, примитивные когнитивные конструкции в объяснении поведения других людей, приписывание окружающим тайных грехов, желание вникнуть в чужую жизнь и вынести собственное суждение, повышенное доверие к себе и своим оценкам, сниженный уровень общения – дистанции, дерзость, недисциплинированность.

Среди них часто встречаются сильно выраженные сетования о социальной несправедливости, склонность к расслабленности и избеганию трудностей, нежелание со смирением принимать реальность жизни.

У них проявляются эгоцентрическое неадекватное восприятие своих собственных семейных отношений с обвинениями родственников, нежелание видеть последствия своих поступков и отказать полностью от своего пристрастия.

Нередко у них наблюдается повышенный интерес к ощущениям и состояниям жизни плотской, как самой главной и необходимой жизненной

составляющей, гипертрофированный интерес к запретным предметам и мистическому злу.

Различного рода пристрастия снижают духовно-нравственный потенциал человека, заставляя отказываться от многих ранее любимых занятий и общения со значимыми в его жизни людьми.

Сам человек за собой этого не замечает и оправдывает свое поведение тем, что он не такой уж и грешник. Окружающие пытаются раскрыть ему глаза на себя, но он наглухо «закрывает» для раздумления лукавыми ухищрениями и оправданиями, которые услужливо подсказывают ему страстные помыслы.

Таким образом, психическое состояние становится зависимым от наличия предмета пристрастия. Лишение этого предмета даже на непродолжительное время меняет состояние в сторону подавленности. Поэтому, чтобы решиться на смену образа жизни, надо быть готовым понести бремя страданий. А удержаться на спасительном пути можно будет только лишь, приобретя навыки работы над собой. Чтобы человеку, лишившему себя предмета страсти, заполнить пустоту и прийти в доброе расположение духа, нужно многое переосмыслить и изменить.

Если страждущий человек обращается к нам за помощью, проявляет добрую волю к исправлению, то не только близкие, но и другие люди на приходе должны его поддержать, оказать внимание и терпеливо подвигать к благочестивому трезвому образу жизни. Душепопечителям надо научиться не поддерживать честолюбивых устремлений и сетований недугующих на неустроенность жизни, а, напротив, всячески способствовать принятию ими наличной ситуации, расширить уровень понимания ими их возможностей и подлинных причин возникших трудностей. Не следует полностью пытаться устроить жизнь страждущего и каждому душепопечителю руководить его жизнью, раздавая советы (кроме, разумеется, духовника и священников, которые знают, как вести себя в таких случаях). Надо довериться божественному промыслу о человеке и ждать, когда ценности и нормы благочестивой жизни будут им вполне усвоены и суждения его приобретут иной характер. Учитывая, что страстные желания могут переходить на другие объекты, хотелось бы, чтобы душепопечительская работа учитывала в основном не конкретику страстей, а общий механизм их зарождения и развития.

Особой заботы требуют те страждущие, которые время от времени впадают в прежние прегрешения и находятся в тяжелом душевном состоянии после очередного срыва. Здесь нужно от душепопечителей понимание того, что срывы, после которых наступает раскаяние, не исключают возможности дальнейшего духовного совершенствования и могут приводить человека к более глу-

бокому осознанию своей греховной немощи и необходимости жить по заповедям Божиим. От душепопечителя требуется тактичное необвиняющее поведение и от всех окружающих на приходе понимание состояния человека после срыва. Однако, если страждущий, почувствовав более мягкое расположение к нему после исповеди, начнет позволять себе вновь и вновь погружаться в состояние греховного опьянения, надо дать ему понять, что такое поведение отдаляет его от прихода и прихожан, что покаяние требует изменения образа жизни и образа мысли, и что необходимо умереть для греха. Духовная жизнь и сопутствующая ей духовная невидимая брань требует решимости и сосредоточенности на главном – христианском подвиге отказа от греховных страстей и следовании по пути возвращения добродетелей. И если человек это в состоянии понять, он не будет злоупотреблять добротой окружающих и манипулировать ими.

Также необходимо остановиться еще на очень важном моменте в помощи наркологическим больным на приходе.

Семейные нарушения у такого рода страждущих очень заметны. Большая семья – это примета нашего времени, многие семьи нуждаются как в психологической помощи, так и духовном окормлении. Но у людей, имеющих те или иные пристрастия, семейные проблемы прямо и непосредственно связаны с их злоупотреблениями.

Наиболее распространенными являются так называемые явления созависимости и потворствующего поведения, которые в настоящее время описаны в научной литературе.

Родственники страждущих ведут себя и духовно ощущают так же, как и сами недугующие. И не только пастыри в данном случае могут способствовать духовному оздоровлению всей семьи, но и приходские душепопечители.

Само собой разумеется, что в реабилитационной работе необходимо также учитывать медицинские и социальные аспекты проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ.

Разрешите проиллюстрировать общие положения моего доклада примером того, как могут осуществляться реабилитация и ресоциализация лиц с наркологическими проблемами в отдельно взятом приходе.

В докладе Юбилейному архиерейскому собору (Москва, 13 – 16 августа 2000 года) «О деятельности отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата в межсоборный период (1997-2000 гг.)» митрополит Сергей (Фомин) сказал: «Сегодня назрела острая необходимость вернуться к методам и опыту церковного врачевания социальных недугов общества. Имеющийся опыт борьбы за народную трезвость и воздержание, накопленный



прежде в лоне Русской Православной Церкви, становится сегодня как никогда актуален. Возрождение этих традиций при участии Отдела по церковной благотворительности и НИИ наркологии Министерства здравоохранения можно видеть на примере приходов Московской епархии – храма святых мучеников Флора и Лавра и храма святителя Николая в селе Ромашково, где действуют терапевтические общины (семейные клубы) трезвости и воздержания на основе опыта церковного врачевания недугов пьянства»[1].

Действительно, по благословению митрополита Крутицкого и Коломенского Ювеналия, в Душепопечительном центре имени преподобномученицы Великой Княгини Елисаветы при церкви святителя Николая в подмосковном селе Ромашкове уже более пятнадцати лет успешно работает программа помощи людям, страдающим алкоголизмом, наркоманией, табакокурением и игроманией.

Программа построена на богатом отечественном опыте преодоления пьянства и использует методологию «семейных клубов трезвости» Владимира Удолина[2], с которой мы ознакомились через посредство Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата.

Семейные клубы трезвости

В 1964 году югославский профессор Удолин (1922-1996), работая на кафедре психиатрии медицинского факультета Загребского университета, основал первый семейный клуб трезвости. Сегодня такие клубы действуют в 33 странах, и в одной Италии их насчитывается около 2300.

Семейные клубы трезвости помогают людям изменить образ жизни и решать самые разные жизненные проблемы, обусловленные злоупотреблением психоактивными веществами.

В своей работе Душепопечительский центр придерживается концепции Владимира Удолина, согласно которой пристрастие к психоактивным веществам представляет собой *интегральную экосистемную антрополого-спиритуальную биопсихосоциальную проблему*.

Однако в наше время отечественная наркология сосредоточивает внимание преимущественно на медико-психологическом и социологическом аспектах химической зависимости. Не отрицая роли соматического плана, мы отводим ведущую роль в экосистеме человека духовности. А потому рассматриваем наркологическую болезнь, прежде всего, как болезнь духовную, как греховную страсть, формирующую соответствующий образ жизни.

Наш подход ко врачеванию людей, пристрастившихся к тем или иным наркотическим веществам, азартным играм, представляет собой сочетанное воздействие на их личность церковных

таинств, пастырского и врачебного искусства, психотерапии и психокоррекции, терапии социальной средой. Остановлюсь на перечисленных компонентах подробнее.

Церковь как лечебница

О катарсическом действии таинства покаяния написано и сказано столь много, что в этом уже мало кто сомневается. Но нельзя забывать главной сути покаяния (греч. – «метанойя») – изменения ценностей, личностных смыслов, значимостей, образа жизни. Это существенный момент во врачевании страстей человека, без которого невозможно исцеление как таковое.

Терапевтическое действие Таинств Елеосвящения и Святого Причащения на душу человека составляют квинтэссенцию духовного врачевания. Они способствуют воссозданию целостности нашего естества. Это становится возможным после глубокой исповеди, осознания необходимости обращения за помощью к Всесильному Богу, принятия твердого и непоколебимого решения отказаться от употребления спиртных напитков и дачи обещания Богу и людям жить трезво.

Церковь как лечебница наша предлагает нам эти бесценные врачевства. К сожалению, для некоторых людей стало обыденным делом посещать церковь и машинально прибегать к ее таинствам, не ощущая уже их целебного преображающего действия. Чтобы это действие глубоко прочувствовать, надо открыть свое сердце и ум, что достижимо под руководством духовника, под влиянием его пастырского искусства. Только при надлежащей подготовке к Таинствам, мы приобретаем их не в осуждение и усугубление наших болезней, а в исцеление души и тела.

В процессе общения со священником и товарищами по несчастной страсти у человека, посещающего общину трезвости, появляется понимание, что только полноценная духовная жизнь в Церкви, участие в Таинствах Церкви, может дать силы выдержать непростую борьбу с искушениями мира. По мере воцерковления весь образ жизни его преобразуется, изменяется иерархия ценностей, перестраиваются интересы, мотивы деятельности, преображается вся личность человека. Жизнь его становится не просто трезвой, но и благочестивой.

Статистика

Задавшись целью определить эффективность используемого нами подхода в утверждении трезвого образа жизни среди членов общины трезвости, мы проанализировали все имеющиеся у нас сведения за последние 7 лет (с 1 января 1998 года по 28 февраля 2005 года).

Вот что мы получили.

За этот период в программе ресоциализации участвовали 184 человека.

Среди них 68 человек (56 мужчин и 12 женщин) имели пристрастие к алкоголю, 13 (9 мужчин и 4 женщины) – к наркотикам и 6 (5 мужчин и 1 женщина) – к тем и другим психоактивным веществам. 17 человек приходили в общину только по причине имеющихся у них душевных расстройств.

Остальные 80 человек, посещавших общину, были членами семей одержимых страстью пьянства и наркомании.

За указанный период еще 204 человека пришли на консультативный прием и побывали на ознакомительных встречах в общине трезвости, но по каким-то причинам более не появлялись вновь.

Люди посещали общину в разные сроки и с разной периодичностью, что видно из приведенной ниже таблицы.

Род пристрастия	Периодичность и число лиц, посетивших общину					
	Эпизодически (1-2 раза в месяц)			Регулярно (1 раз в неделю)		
	от 3 до 6 месяцев	от 6 до 12 месяцев	до 1,5 лет	от 3 до 6 месяцев	от 6 до 12 месяцев	до 1,5 лет
К алкоголю	3/0	5/3	7/5	6/3	9/5	38/29
К наркотикам	1/0	1/1	6/3	1/0	–	4/3
К алкоголю и наркотикам	–	–	3/2	1/0	1/1	1/1
Всего страждущих	4/0	6/4	16/10	8/3	10/6	43/33
	0%	66%	62,5%	37,5%	60%	76,7%
	Процент людей, воздерживающихся от алкоголя и наркотиков					

К каким выводам мы приходим? Те, кто преисполнились решимости изменить свой образ жизни и последовали призыву безвозвратно отказаться от употребления психоактивных веществ на всю оставшуюся жизнь, посещали еженедельно занятия в общине в течение полутора лет, в 77 процентах случаев достигали поставленной перед собой цели. Среди этих людей оказались прежде всего те, кто дал обет трезвости (23 из 43 страждущих).

Нельзя не подчеркнуть важности поддержки семьи. Ведь наша община трезвости – семейная. Из упомянутых выше 33 человек, воздерживающихся от употребления психоактивных веществ в течение длительного времени, 19 приходили на занятия вместе с супругами, родителями, а иногда – детьми. Были случаи, когда за столом на наших встречах собиралось сразу несколько поколений одной семьи, пришедшие поддержать своего страждущего недугом пьянства сродника.

К нам приходят по рекомендации с других приходов или самотеком. Жители Москвы составляют две трети от общего числа посещающих заня-

тия. Конечно, не все из них воцерковлены, не все живут духовной жизнью. Большинство неоднократно пользовались медицинскими услугами, «кодировались», были случаи безуспешного прохождения программы «12 шагов». Стаж злоупотребления алкоголем в среднем варьируется от 5 до 20 лет и более, причем в 99% случаев наблюдается не только психологическая, но и физическая зависимость от алкоголя. Что касается проблем соматического характера, то они всякий раз решались в соответствующих учреждениях здравоохранения.

Как это происходит?

Общники и общницы, вставшие на путь трезвого благочестивого здорового образа жизни, собираются при храме для поддержания морального духа раз в неделю (в количестве 10-12 семей). Занятия начинаются и заканчиваются общей молитвой. На встречах в доброжелательной атмосфере, в духе любви, за чашкой чая, проводятся беседы на темы, волнующие всех и каждого, исключая политику. С пристрастившимися к алкоголю, наркотикам, прочим психоактивным веществам лицами и их близкими проводит занятия священник-врач вместе с квалифицированным психологом (в разные годы ими были Г.А.Никитенко, Ю.А.Ракитская, Е.Ю.Иконникова, Г.В.Гусев). Длительность занятий – 2,5 часа. В среднем проводится 40 занятий в год. Регулярно на приходе служится специальный молебен о недугующих страстью пьянства перед иконой Божией Матери «Неупиваемая Чаша». В собраниях общины нередко принимают участие священники, врачи и психологи. Так у нас бывали протоиерей Валериан Кречетов, игумен Валерий (Ларичев), протоиерей Сергей Бельков, протоиерей Роман Сыркин, иерей Валентин Жохов, иерей Алексей Белявский, иерей Сергей Горбачев, иерей Евгений Трemasкин, иеромонах Анатолий (Берестов), иеромонах Диомид (Кузьмин) и другие клирики.

Священник всякий раз проводит вероучительную беседу, тематически связывая ее, как с церковным календарем, так и с проблемами, которые особо беспокоят собравшихся людей. Завязывается общий разговор. Предметом его могут быть семейные отношения, воспитание детей, ситуации на работе, поучительные истории из жизни любого члена общины. Разумеется, обсуждаются проблемы, обусловленные патологическим пристрастием к химическим веществам, приведшим людей в общину. Поводом для возобновления разговора на эту тему обычно является приход в общину нового члена. «Ветераны» общины, люди с большим стажем воздержания, делятся своим опытом с новенькими. Рассматриваются медицинская сторона алкоголизма и наркомании, стадии и закономерности их развития, условия, при которых



можно остановить их пагубную разрушительную работу. При этом многие вновь пришедшие убеждались в наличии у них симптомов алкоголизма и более объективно уже смотрели на свое пристрастие.

Некоторые встречи специально посвящены разбору закономерностей возникновения и развития греховных страстей и аскетических путей освобождения от них.

Такого рода беседа является той основой, на которой происходит формирование у собеседников установки на трезвость. Иными словами, секрет используемой нами методики в духовно-ориентированном диалогическом собеседовании. Об этом говорила доктор психологических наук Тамара Александровна Флоренская на международной конференции «Культурно-исторический подход: развитие гуманитарных наук и образования», посвященной 100-летию Л.С.Выготского и проходившей в Москве с 21 по 24 октября 1996 года.

Участники собраний в клубе трезвости в процессе общения учатся диалогическому типу отношений. Внимательно выслушивая собеседника, принимая его, сочувствуя ему, важно не разделять его негативного эмоционального состояния. Наоборот, нужно стремиться, стремиться быть на стороне его духовного «Я», голоса совести. Не морализировать, не поучать, а говорить на уровне понимания собеседника. «Не воздействовать, а влиять», – так учила Тамара Александровна.

Итак, участие во встречах общины предполагает развитие духовных возможностей и способностей человека. Это позволяет ему приобрести навык рассуждения о началах добра и зла, дисциплинировать разум, что находился до сих пор в хаотических блужданиях, и сдерживать грубые проявления страстей.

«Сократические» диалоги постепенно приводят нового члена общины к пониманию двух важнейших моментов. Во-первых, возвращение к здоровому, благочестивому, полноценному образу жизни, возможно только с помощью Божьей – через покаяние, молитву, церковные Таинства и воцерковление. Во-вторых, только абсолютное воздержание от алкоголя (или другого наркотического вещества) может предохранить его от срыва в новые эксцессы.

Обет трезвости

Когда люди свыкаются с этой разумной парадигмой, у них нередко появляется решимость дать обет трезвости – сначала на какое-то время, а может быть, и сразу на всю жизнь. Это значит, попросив у Бога помощи, дать Ему обещание без специальных предписаний врача не употреблять никаких психоактивных веществ. Человек присягает перед Крестом и Евангелием в Таинстве исповеди и в особом чинопоследовании молебного пе-

ния при изъятии обета трезвости. Этот шаг нами приветствуется – при отсутствии каких-либо противопоказаний. Задолго до дачи обетов трезвости рекомендуется ежедневно читать молитву о даровании трезвости. Давшему торжественное обещание, вручается обетная грамота. В дальнейшем настрой на трезвость регулярно подкрепляется церковными беседами, ежедневным чтением 60-го псалма (в его русском переводе содержится упоминание об обетах), благодарственного тропаря Спасителю («Благодарны суще, недостойнии, раби Твои, Господи...»). Кстати сказать, с целью противодействия пьянству мы рекомендуем молиться не только мученику Вонифатию, но и Пророку, Предтече и Крестителю Господню Иоанну, апостолу Иакову (брату Господню по плоти), святым Праотцам пророку Самуилу и Сампсону, мученикам Маккавеям, святителям Василию Великому, Иоанну Златоусту, Димитрию Ростовскому, Тихону Задонскому, преподобным Феодосию Киево-Печерскому, Арсению Коневецкому, Корнилию Комельскому, Нилу Столобенскому, Пахомию Нерехтскому, Серафиму Вырицкому, священномученикам митрополиту Киевскому и Галицкому Владимиру (Богоявленскому), архиепископу Астраханскому Митрофану (Краснопольскому), пресвитерам Феодору Московскому (Грудакову), Григорию Кронштадтскому (Поспелову), Философу Петербургскому (Орнатскому), Василию Бежаницкому (Триумфову), Николаю Верхне-Гнутовскому (Попову), Мокию Амфипольскому, преподобномученице Великой Княгине Елизавете, святому праведному Иоанну Кронштадтскому, страстотерпцу царю Николаю.

Все они были поборниками и ревнителями трезвости.

Что такое обет трезвости по существу своему? Это – добровольный срочный или пожизненный пост христианина. А страсти, как известно из Евангелия, изгоняются молитвой и постом. С подобными обетами мы встречаемся в Библии. Вспомним Сампсона, Самуила, Иоанна Крестителя. Не последнее место в их способности к восприятию даров Святого Духа занимала трезвость.

Обеты трезвости получили в России очень широкое распространение с конца XIX века. Сотни тысяч людей давали на особом молебне обещание Богу не пить вина на заранее определенный срок в присутствии священника и народа. Они активно вступали в общества трезвости, и с Божьей помощью, при взаимной поддержке, воздерживались от употребления спиртного.

Только в Даниловском обществе трезвости в Москве с 1905 г. по 1908 г. было дано 173966 обетов, то есть в среднем каждый день около 119 человек связывали себя словом не употреблять спиртных напитков на тот или иной срок. В эти годы врач А.В.Марковников, по собственному признанию,

«нерелигиозный человек, и, кроме того, большой поклонник и пропагандист лечения алкоголизма гипнозом» решил исследовать действенность подобных «зароков» и сделал вывод об их безусловной пользе. По данным доктора, обеты, данные на один год, выдерживались в дореволюционной России в среднем в 56 % случаев [3].

Отметим, что за это время человек имеет возможность оценить все преимущества трезвой жизни и решиться окончательно расстаться с пищевой потребностью, продлив свое воздержание от употребления алкоголя на всю жизнь.

Другой выступавший на съезде, священник Трехсвятительской церкви у Красных ворот в Москве, Николай Колосов, оценивая отдаленные результаты дачи пьющими обетов трезвости, утверждал: «количество действительно исправляющихся и бросающих пить или по крайней мере выдерживающих обещания колеблется между двумя третями и тремя четвертями всего числа дающих обещания». [4] При этом отец Николай говорил: «Конечно, священник не должен прерывать связи с давшими обещание и пастырски наблюдать и поддерживать их». [5]

С 1998 по 2004 год обеты трезвости в ромашковской общине дали 39 человек. 28 из них дали обещания воздерживаться от спиртного всю оставшуюся жизнь. 20 человек эти обещания на сегодняшний день держат. Пятеро, к сожалению, обеты нарушили; трое оступились, но после этого уже много лет продолжают вести трезвый образ жизни. 1 человек, отказавшись после обета от спиртного, со временем перешел на наркотики и прекратил ходить на встречи.

Из 14 человек, давших обеты от винопития на год, 6 человек сдержали их, 8 – нарушили. Все три человека, давшие обет трезвости на полгода, сдержали его. Обет на три года давала одна семейная пара, которая, по прошествии указанного срока, дала обет воздержания от спиртного на всю жизнь и благополучно живет в трезвости и сегодня.

Таким образом, те, кто дает обещание жить трезво всю жизнь и при этом посещает общину в течение года – полутора лет, более мотивированы изменить свой образ жизни, чем те, кто соглашается дать обет на короткий срок и приходит на встречи от случая к случаю. Отсюда становится понятным, кому можно посоветовать для подкрепления сил дать обет трезвости. Опыт показывает, что обет не следует рекомендовать людям, имеющим психопатические черты характера.

Паломничества

По традиции обеты трезвости общники и общины обычно дают в паломнических поездках у мощей святых угодников Божиих. Мы побывали в Серпухове, Звенигороде, Санкт-Петербурге, Ко-

строме, Вологде... А появилась традиция в 1999 году, когда двое членов общины дали обеты воздержания от винопития и табакокурения на всю жизнь в день 925-летия блаженной кончины прп. Феодосия Киево-Печерского в храме прпп. Антония и Феодосия в Дальних пещерах Киево-Печерской Лавры. В 2000 году у мощей прп. Пахомия Нерехтского обеты дали 7 человек, в 2001 у мощей свт. Тихона Задонского году – 8 (в том числе двое – от наркотиков). В 2003 г. у мощей прп. Нила Столобенского обет давало 9 человек. Тогда же мы посетили и село Татево, помолились на могиле учителя трезвости С.А. Рачинского. [6]

В 2006 году прихожанин Никольской церкви с. Ромашково А.В. Материкин на свои средства организовал для Общины трезвости 5-дневную теплоходную поездку. Это отнюдь не дешевое путешествие явилось совершенно бесплатным для 32 общинников, давших обеты трезвости и в течение нескольких лет воздерживающихся от винопития и табакокурения. Маршрут поездки (Санкт-Петербург – Коневец – Валаам – Александр-Свирский монастырь – Кижки) выбран не случайно. Именно на Валаам в начале XX века совершали ежегодные паломничества члены Александр-Невского братства трезвости. [7] Это общество было основано в 1898 году по инициативе отца Александра Рождественского (1872-1905) и насчитывало в своих рядах до 70 тысяч человек.

Спектакль

Уже не первый год на сцене Московского драматического театра «Камерная сцена» с успехом идет спектакль «По самому по краю». Пьеса создана на основе документальных материалов (протоколы встреч, истории реальных семей), накопленных в общине трезвости. Большинство актеров – как профессионалов, так и любителей – занятых в спектакле, являются членами общины и в свое время сами отказались от алкоголя или наркотиков. Сценическое воплощение идеи принадлежит режиссерам, заслуженным деятелям искусств РФ Тамаре Басниной и Михаилу Щепенко. Спектакль занимает существенное место в репертуаре театра и его гастрольных планах. Постановка вызывает живой интерес у «коллег» – православных трезвенников со всей страны.

Традиция

В июне 1912 года в Москве состоялся Всероссийский съезд практических деятелей по борьбе с алкоголизмом на религиозно-нравственной основе. При его открытии архиепископ Новгородского Арсения (Стадницкий) сказал: «В соответствующей обстановке, которую дает Церковь, и под ее благодатным воздействием дающий обеща-



ния воздерживаться от пьянства укрепляется мало помалу и, наконец, совершенно отстает от этого порока. Поступок ведет к привычке, привычка создает характер, а характер создает человека в полном христианском смысле этого слова». Делегаты съезда тогда единодушно приняли следующую резолюцию: «Приходские общества трезвости при современном состоянии приходской жизни суть необходимые учреждения в каждом приходе и являются нравственно-обязательным пастырским делом каждого священника».

Тринадцать лет назад Святейший Патриарх Алексий II обратился ко всем нам со своим Пасхальным Посланием, в котором ясно было сказано: «Церковь призвана восстановить имевшуюся у нее в дореволюционное время весьма эффективную программу борьбы с алкоголизмом и использовать накапливаемый ею опыт спасения молоде-

жи, равно как и людей всех возрастов, от смертельной опасности, вызванной наркоманией»[8].

Слава Богу, в православной среде мало помалу набирает силу трезвенническое движение, базирующееся на бесценном опыте наших предшественников. Однако противостояние массовому пьянству не сопоставимо с размахом этой деятельности до I Мировой войны: в 1912 году в стране насчитывалось около 2000 обществ трезвости, включая приходские, в которые входило свыше полумиллиона человек [9].

Памятуя призыв святителя Иоанна Златоуста: «Составляй, человек, товарищества для того, чтобы истреблять страсть к пьянству»[10], будем молить «Господина жатвы, чтобы выслал делателей на жатву Свою» (Матф. 9:38), достойных продолжателей славных дел апостолов трезвости.

[1] <http://www.sedmitza.ru/index.html?sid=80&did=72>

[2] Бабурин А.Н., Ермошин А.Ф., Жохов В.Н., Карпова М.Н., Никулин А.В., Турбина Л.Г. Опыт работы семейных клубов трезвости. // Вопросы наркологии. – 1994. – № 2. – С.91-94.

[3] Труды II -го Всероссийского Съезда практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, Москва, 6 – 12 августа 1912 года. Том первый. Марковников, А.В., д-р. Значение народного обычая – обетов воздержания от алкоголя, так называемых «зароков». С. 1135-1138.

[4] Там же. С.191.

[5] Там же. С.191.

[6] Рачинский Сергей Александрович (1833-1902), русский педагог, ботаник, публицист и общественный деятель. В своем родном селе Татеево основал общество трезвости, послужившее образцом для тысяч ему подобных по всей России.

[7] М.Горев // Как трезвенники ездили на Валаам/С.-Петербург, 1904.-65 с.

[8] Пасхальное послание Патриарха Московского и всея Руси Алексия II архипастырям, пастырям и всем верным чадам Русской Православной Церкви //Журнал Московской Патриархии. 1994. № 5.

[9] Всеподданнейший отчет обер-прокурора Святейшего Синода по ведомству православного исповедания за 1911-1912. СПб., 1913. С. 213.

[10] Святого отца нашего Иоанна Златоуста, архиепископа Константинопольского, толкование на Второе послание к Тимофею. Беседа 1. Полное собрание творений Св. Иоанна Златоуста в двенадцати томах. – С.-Петербург, издание С.-Петербургской Духовной Академии, 1905.-Т. 11.-Книга 2. – С. 762.

АБСОЛЮТНЫЕ ЦЕННОСТИ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ ИЛИ ВСЕ ЛИ ОТНОСИТЕЛЬНО?



**Профессор, д.ф.н.,
зав. кафедрой
биомедицинской
этики Российского
государственного
медицинского
университета
И. В. СИЛУЯНОВА**

Периодические социологические опросы студентов-медиков и медицинских работников выявили, что одним из самых распространенных штампов современного нравственного сознания является принцип релятивизма или убеждение в относительности ценностей и моральных норм.

«Все относительно!» – этот принцип со времен Ф. Ницше является краеугольным основанием этического нигилизма и аморализма. Нет более опасного и разрушительного для нравственного сознания человека принципа. Вместо прочных и устойчивых опор для движения по жизненному пути, релятивизм предлагает головокружительную карусель знаков и значений. Релятивизм утверждает изменчивость норм и стандартов человеческого поведения, их обусловленность меняющимся миром и различными обстоятельствами жизни. И эта, как правило, всегда несовершенная «материя» человеческих отношений и рассматривается релятивистами как реальность, единственно значимая для человека. Если принять принцип релятивизма за непреложную истину, то подлинный духовно-нравственный мир – реальность истинных христианских ценностей – любви, добра, мира и милосердия, лишается не только своего абсолютного значения, но и самого права на существование.

«Все ценности и нормы относительны», – вслед за Ницше и Марксом, классиками морального релятивизма, повторяли и повторяют многие учителя в школе и многие преподаватели в универси-

тете, не упоминая о существовании устойчивой системы отсчета их относительности. Реальность поведения человека и житейских поступков действительно нравственно относительна, т.е. соотносительна с системой их оценки. На протяжении не только жизни, но даже одного только дня один человек способен совершить самые разные действия – достойные и недостойные, низкие и великие, справедливые и несправедливые. Как же формируются эти оценки?

Что представляет собой значимая для этики «система отсчета», или принцип абсолютности моральных норм и ценностей? Ответ на этот вопрос связан, в частности, с рассмотрением различий в существующем смысловом содержании понятий «нравственность» и «мораль».

По происхождению слово «нрав» восходит к исконно русскому *норов*. Это как нельзя лучше свидетельствует о том, что слова «нрав», «нравственность» описывают эмоционально-психический склад человека, который отнюдь не постоянен и не всегда оценивается положительно.

«Норов» или «нрав» человека может быть вспыльчивым, угрюмым, жестоким и т.п. Отрицательный смысл нрава сохраняется, когда поступок человека оценивается как нравственный (человек действовал по своему нраву), но не морально (т.е. вопреки нормам общества). За понятием «мораль» прочно закрепилось значение оценки нравов, приемлемых (должных, добрых) и неприемлемых (недолжных, злых) для общества, а также значение совокупности принципов и норм поведения людей в обществе.

Схематично каждый поступок человека является результатом взаимодействия (включая противоборство) его нрава («норова», «природы», «потребностей») и моральных норм («долга», «обязанности»). «Ибо знаю, что не живет во мне, то есть в плоти моей, доброе; потому что желание добра есть во мне, но чтобы сделать оное, того не нахожу. Доброго, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, делаю» (Рим. 7, 18-19). Проявления взаимодействия нрава и моральных норм беспредельно разнообразны. Многообразие возможных комбинаций и сочетаний в этом взаимодействии определяется многообразием характеров, ситуаций, эмоциональных состояний и составляет реальность нравственных отношений. Именно это исходное многообразие нравственной реаль-



ности и фиксируется в этике понятием «относительности», что вполне оправдано. Однако перенос этого понятия с уровня многообразия нравственных отношений – на уровень моральных норм и принципов методологически не корректен. Корректно ли говорить, например, об относительности Библейского Декалога (Десять заповедей Моисея), которому свыше 3000 лет? Он принят разными культурными традициями, разными народами, как моральная основа жизни. История культурных сообществ неоспоримо свидетельствует, что существует фундаментальное единобразие в главнейших моральных ценностях, а удивительное разнообразие культур и духовных традиций с этической точки зрения отличается поразительным согласием в важнейших и принципиальных оценках человеческих поступков. Современные исследователи приходят к заключению, что «индивиды и культуры не очень глубоко различаются в отношении того, что они считают конечными этическими ценностями»¹. К абсолютным этическим ценностям относятся милосердие, забота, сочувствие, спасение жизни. Напомним один пример, подтверждающий сказанное выше. В 1998 году в Токио проходил Всемирный Международный конгресс по биоэтике. На нем была поставлена задача – определить общие и принимаемые всеми странами и народами моральные принципы, которые должны регулировать научную, в частности, медицинскую деятельность. Некоторые сомневались: возможно ли это? Ведь на конгрессе представлены разные государства, находящиеся на разных уровнях экономического развития, культура которых сформирована различными религиозными традициями. Если встать на точку зрения классического релятивизма – это невозможно по определению. Однако опыт реальной работы конгресса доказал обратное – это вполне возможно! Вот принципы, единодушно одобренные конгрессом в Токио, – «не навреди», «принцип автономии личности», «принцип справедливости» и принцип «твори благо».

Абсолютное значение моральных ценностей врачевания обнаруживается и при сравнении трех документов, различных эпох и культур. Первый документ – текст V века до н. э. «Клятва» Гиппократов. Второй документ национального законодательства конца XX века – статья 60 «Клятва врача» «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993). Третий – документ международного права XXI века «Всеобщая Декларация о биоэтике и правах человека» (ЮНЕСКО, 2005). Эти документы разделяет время, тип государств, культура, религии. Казалось бы есть все, чтобы подтвердить «великий» принцип относительности. Но так ли это? Попытаемся вычленив из каждого документа основные позиции или принципы и сравнить их.

«Клятва» Гиппократов содержит 9 этических принципов или обязательств. Это – обязательства перед учителями, коллегами и учениками, принцип не причинения вреда, обязательства оказания помощи больному (принцип милосердия), принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного, принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии, принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам, обязательство об отказе от интимных связей с пациентами, обязательство личного совершенствования о врачебной тайне (принцип конфиденциальности).

«Клятва врача России» (ст.60 «Основ законодательства об охране здоровья граждан РФ» (1993 г.)) содержит 8 этических принципов и обязательств:

- принцип врачебного долга (предупреждение и лечение заболеваний)
- обязательства оказания помощи больному (принцип милосердия),
- обязательство сохранения врачебной тайны (принцип конфиденциальности),
- принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного,
- принцип соблюдения справедливости,
- принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии,
- обязательства перед учителями, коллегами и учениками,
- принцип профессионального совершенствования.

Во «Всеобщей Декларации о биоэтике и правах человека» ЮНЕСКО (2005г.) мы находим 12 этических принципов и обязательств:

- принцип человеческого достоинства и прав человека,
- принцип равноправия, справедливости и равенства,
- принцип благодеяния и не причинения вреда,
- принцип уважения культурных различий и плюрализма,
- принцип недопущения дискриминации и стигматизации,
- принцип автономии и личной ответственности,
- принцип информированного согласия,
- принцип невмешательства в личную жизнь и конфиденциальность,
- принцип солидарности и сотрудничества,
- принцип социальной ответственности,
- принцип распределения благ,
- принцип ответственности по отношению к биосфере.

Если рассматривать этот документ ЮНЕСКО отдельно, то нельзя не отметить, что он имеет непреходящее значение для доказательства относительности принципа относительности. Этот документ свидетельствует о возможности пре-

одоления относительных различий между народами, нациями, культурами, религиями и реальности выхода, несмотря и вопреки различиям, на уровень принятия и признания всеми сообществами общих принципов и правил биомедицинской этики.

В результате проведенного анализа становится очевидно, что существует 4 принципа, которые принимаются множеством поколений людей разных вероисповеданий и национальностей и сохраняют свое абсолютное значение на протяжении 25 веков существования европейской культуры. К принципам, объединяющим три документа – «Клятву» Гиппократова, «Клятву врача России», Декларацию ЮНЕСКО относятся принцип уважения человеческого достоинства, принцип справедливости, принцип невмешательства в личную жизнь и конфиденциальность, принцип солидарности и сотрудничества.

1. Принцип уважения человеческого достоинства. Он объединяет принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии, принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам (Клятва Гиппократова), принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии (Клятва врача России) и принцип уважения человеческого достоинства Декларации ЮНЕСКО.

2. Принцип справедливости. Он предполагает соблюдение равноправия, равенства, уважения культурных различий и плюрализма, недопущения дискриминации и стигматизации (Клятва Гиппократова, Клятва врача России, Декларация ЮНЕСКО).

3. Принцип невмешательства в личную жизнь и конфиденциальность или принцип соблюдения врачебной тайны равнозначен и для Клятвы Гиппократова, и для Клятвы врача России, и для Декларации ЮНЕСКО.

4. Принцип солидарности и сотрудничества провозглашается в Декларации ЮНЕСКО, и раскрывает свое содержание как обязательство перед учителями, коллегами и учениками и в «Клятве» Гиппократова и в Клятве врача России.

Перечисленные принципы, безусловно, могут быть определены как всеобщие и абсолютные.

С точки зрения методологии, принятой в естествознании, искомые параметры «абсолютного» в профессиональной этике дает реальность представленных мнений, и главное – вычленение именно в их многообразии неких устойчивых характеристик.

Действительно, внимательный анализ существующих позиций необходим для того, чтобы выявить относительность самого принципа относительности в этике.

Тем не менее, нельзя не обратить внимание, что обозначенный путь не является методом собствен-

но этическим. Своеобразие этики как науки заключается в наличии специальных – отличных от познавательных приемов естествознания – методов исследования действительности нравственных отношений. Мы не можем не учитывать аксиоматичные для этического знания суждения Канта о сущностном отличии естествознания (физики) и этики. В своей работе «Основы метафизики нравственности» (1785) он констатировал, что это отличие заключается в том, что законы природы (законы физики) «определяются как законы, по которым все происходит». Законы же этики – это «законы, по которым все должно происходить»².

Именно «должное» является реальностью, исходной и абсолютной для этического знания.

В чем же заключается «должное», абсолютность которого заключается в том, что именно соотносительно с ним происходит любая человеческая оценка?

В традиции этического знания характеристики «должного» представлены в философии Сократа, Платона, Аристотеля, в христианской этике, в практической философии Канта, в русской религиозной философии. Сущность «должного» – это одно из сложных образований. Например, для Аристотеля оно представлено в идеи Блага, соотносимости с которой «делает благими другие частные к нему вещи»³.

Для христианской этической традиции соотносимости наших ценностей с главной заповедью – заповедью любви – придает им значение соизмеримое с абсолютным.

П.А. Флоренский называет «Гимном любви» отрывок из послания ап. Павла к коринфянам, где детально раскрывается содержание этого главного закона человеческих отношений.

« 1 Если я говорю языками человеческими и ангельскими, а любви не имею, то я – медь звенящая или кимвал звучащий.

2 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.

3 И если я раздам все имущество мое и отдам тело мое на сожжение, а любви не имею, нет мне в том никакой пользы.

4 Любовь долготерпит, милосердствует, любовь не завидует, любовь не превозносится, не гордится,

5 не бесчинствует, не ищет своего, не раздражается, не мыслит зла,

6 не радуется неправде, а сорадуется истине;

7 все покрывает, всему верит, всего надеется, все переносит.

Любовь никогда не перестает, хотя и пророчества прекратятся, и языки умолкнут, и знание упразднится.» (1Кор.13, 1-8).



Соизмеримы ли этические принципы медицинской деятельности с христианской заповедью любви?

«Если я говорю языками человеческими и ангельскими, а любви не имею, то я – медь звенящая или кимвал звучащий».

Для нас это значит, что даже если объединятся врачи – представители многих языков или народов, государств, вероисповеданий, но при создании своих этических или правовых документов войдут в противоречие с заповедью любви к человеку, эти документы будут по сути пусты.

«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».

Для нас это значит, что даже если достижения науки достигнут всех возможных вершин и пределов, но будут использоваться без любви к человеку, то они не имеют никакой цены.

«И если я раздаю все имущество мое и отдаю тело мое на сожжение, а любви не имею, нет мне в том никакой пользы».

Даже, если врач будет досконально исполнять свои обязанности безупречно владеть профессиональными навыками, но не будет любить своего пациента, то нет в его профессионализме никакой пользы.

Вряд ли можно найти противоречие между заветом, что любовь не превозносится, не гордится, не бесчинствует, милосердствует и принципом уважения человеческого достоинства, между заветом, что любовь не ищет своего, не мыслит зла и принципом справедливости, между положением, что любовь все покрывает, всему верит, всего надеется, все переносит, долготерпит и принципом невмешательства в личную жизнь и конфиденциальность, между свидетельством, что любовь не завидует, не раздражается, не радуется неправде, а сорадуется истине и принципом солидарности и сотрудничества.

Именно эта непротиворечивость и согласие между «должным» и принятыми человеческими обязательствами превращают их в принципы, имеющие непреходящее, универсальное и абсолютное значение для профессионального сообщества.

Независимо от того, на каком континенте работает врач или в какой стране живет пациент, несмотря на существующие временные и пространственные границы между людьми и их культурно-национальные различия, эти ценности и принципы понимаются и принимаются всеми врачами. И благодарными им за этот выбор пациентами.

¹ Сурия Пракаш Синха. Юриспруденция. Философия права. М., 1996, с. 87.

² Иммануил Кант. Основы метафизики нравственности. Соч. в 6-ти томах. Т.4, ч.1. М. Мысль, 1965, с.222.

³ Аристотель. Большая этика. Сочинения в 4-х томах, Т.4. М. Мысль, 1984, с.297.

МЕДИЦИНА И ПРАВОСЛАВИЕ: СОПРИКОСНОВЕНИЕ В ВЕКАХ



*Доктор
медицинских наук,
заведующая
медицинским
сектором Отдела
по церковной
благотворительности
и социальному
служению
Московского
Патриархата
А. Е. ЧЕРКАСОВА*

О том, что медицина в нашей стране, так или иначе, соприкасалась и взаимодействовала с Православной Церковью, сейчас знают уже многие врачи. Но вот что именно об этом знаем мы, выпускники медицинских институтов? Кто-то из нас вспомнит больницы при монастырях, другой отметит вклад общин сестер милосердия в становление профессиональной сестринской помощи. Попробуем систематизировать наши знания.

В результате такой систематизации мы можем выделить следующие периоды взаимодействия между медициной и Церковью в нашей стране: 1) монастырский период (со второй половины XI в. до 1844 г.), 2) период общин сестер милосердия (с 1844 г. до 1917 г.), 3) советский период (с 1917 г. до 1988 г.), 4) период разнообразия форм взаимодействия (с 1988 г. до настоящего времени).

Итак, монастырская медицина – это первый шаг на пути рука об руку медицины и Православия. Лечебная работа осуществлялась некоторыми

ми из монахов посредством того, что сегодня мы назвали бы амбулаторным приемом. Кроме того, монастыри создавали приюты для больных и беспомощных – что-то вроде больниц в нашем понимании.

Конечно, можно спорить, были ли эти приюты и больницы прообразами действительно медицинских или только социальных учреждений. Но все же не подлежит сомнению, что люди – нищие, бесприютные, увечные – не просто находили в монастырях кров и стол, но и получали медицинскую помощь. В научной историко-медицинской литературе упоминаются следующие монастыри, где монахи занимались лечебной работой: Киево-Печерский, Ферапонтов, Успенский горный девичий, Троице-Сергиев, Корнилийев, Печерский (в Пскове), Новоспаский, Ново-Девичий, Ново-Иерусалимский, Пафнутиево-Боровский, Кирилло-Белозерский. Наиболее известны в этом отношении Киево-Печерский монастырь (Лавра) и Троице-Сергиев монастырь (Лавра) не только в связи с их размером, духовной значимостью и славой их основателей, но и благодаря масштабам лечебной деятельности.

Окончание периода монастырской медицины в XIX веке связано с возникновением нового явления во взаимодействии системы здравоохранения с Церковью, а именно общин сестер милосердия.

Как следует из правил для сестер милосердия, сестрами милосердия могли стать женщины всех христианских вероисповеданий, умеющие читать и писать по-русски, в возрасте от 20 до 45 лет, физически и психически здоровые. Их нравственное наставление в период обучения и дальнейшей работы, а также «приучение их к религиозно-нравственному попечению о больных и раненых воинах» было поручено православным



священникам. Обучение сестер продолжалось обычно около двух лет.

Деятельность общин была высокоорганизованной и тщательно регламентированной. За последнюю четверть XIX в. было опубликовано несколько вариантов правил, инструкций для сестер милосердия, а также много уставов отдельных общин. Сохранились подробнейшие отчеты о деятельности общин.

В связи с возникновением в России сестер милосердия появилась новая для нашей страны социальная роль. Аналогом этой роли в древней Церкви были диаконисы, в западной Церкви – сестры милосердия, возникшие там в XVII в. Сердобольные вдовы, которые работали в российских больницах с начала XIX в., были явлением гораздо менее распространенным и потому менее влиятельным в отношении всей медицинской жизни того времени. Их роль сводилась, в основном, к обязанностям сиделок.

Для медицины роль сестры милосердия была прообразом роли медицинской сестры. Во многом они схожи: та же медицинская работа, те же белые одежды. Вот только религиозное наполнение жизни среднего медицинского персонала советская медицина допустить не могла.

Сестер милосердия к концу XIX в. было уже много – десятки тысяч. Но нужно признать, что не все они принадлежали в это время к православным общинам. Уже разворачивало свою работу Российское общество Красного Креста, у этого общества было множество своих сестер милосердия. Хотя оно ориентировалось в своей деятельности на христианские ценности, все же это общество не было подотчетно церковному начальству.

Еще не будем забывать, что в период общин сестер милосердия были и другие формы сотрудничества системы здравоохранения и Церкви. Например, по-прежнему развивались больницы при монастырях, процветала приходская благотворительность (например, общества трезвости). Во время военных действий на Дальнем Востоке священники были привлечены в состав персонала госпиталей. Впрочем, конечно, ведущее место в этот период взаимодействия медицины и Православия принадлежало общинам сестер милосердия.

Но грянул 1917 год. С приходом советской власти существенные перемены коснулись жизни и Церкви, и системы здравоохранения. Значимой вехой в истории Церкви явился декрет «Об отделении Церкви от государства и школы от Церкви», опубликованный в 1918 г. Последовавшие за этим трагические события – репрессии духовенства и мирян – в наши дни общеизвестны.

Видимое, внешнее взаимодействие между медициной и религией в этот период не было возмож-

но. Хотя, наверно, какое-то внутреннее, сокрытое от глаз посторонних сотрудничество (выражаясь научным языком – внутренний аспект взаимодействия двух социальных институтов) все же было: священников приглашали в больницу причастить верующего больного, делали это втайне, и священник приходил в палату, скорее всего в гражданской одежде...

Перелом в отношениях двух социальных институтов легко проследить по публикациям в медицинских периодических изданиях. Уже с 1988 г., когда страна отмечала 1000-летие крещения Руси, появились первые статьи, в которых взаимодействие медицины с Церковью расценивалось как положительное явление, необходимое медицинской общественности и больным. Именно 1988 год можно считать рубежом, с которого взаимодействие между медициной и Церковью стало развиваться в современном его виде.

Первая половина 1990-х годов характеризовалась лавинообразным увеличением масштабов этого социального процесса. Священников повсеместно приглашали в больницы, открывались храмы и часовни при больницах. Почти все крупные московские сестричества милосердия были образованы в период с 1991 по 1995 гг. Это движение шло на фоне возвращения российского населения в Церковь, на фоне многообразных реформ общества. Оно развивалось повсеместно, но несколько хаотично, еще не подкрепляясь договоренностями на уровне руководящих инстанций.

В конце 1980-х – начале 1990-х гг. сформировалось новое для постсоветского времени распределение социальных ролей в области взаимоотношений между системой здравоохранения и Церковью. Священники и сестры милосердия появились в больничных палатах, а больные и персонал ЛПУ – в больничных храмах.

В 1996 г. было подписано первое Соглашение между Минздравом России и Московской Патриархией. Соглашения 2003 и 2005 гг. подтвердило намерение дальнейшего сотрудничества.

Нынешний период отношений между медициной и Церковью характеризуется настоящей свободой: можно делать все, что соответствует интересам обеих сторон. Больничные храмы и часовни, сестричества и группы милосердия, благотворительные фонды, медико-просветительские организации, центры духовной помощи наркоманам и алкоголикам – вот далеко не полный перечень форм сотрудничества.

Будем надеяться, что нынешняя ситуация свободы сотрудничества медицины и Церкви сохранится надолго, лучше сказать – навсегда. Если так, то у современных православных врачей дел хватит на всю жизнь. И, слава Богу!

ЧЕГО МЫ ЖДЕМ ОТ ОБЩЕСТВА

(Интервью с председателем Московского общества православных врачей профессором А.В. Недоступом)

- Александр Викторович! Как возникло ваше первое в России Общество православных врачей? Почему появилась такая необходимость?

– Наше Общество было основано весной 1995 г. После моего выступления на радио «Радонеж» «О русском врачевании вчера, сегодня и завтра» ко мне пришли православные врачи, сотрудники Министерства Здравоохранения России Николай Филимонов и Татьяна Агасарян и сотрудник Отдела церковной благотворительности и социального служения Московского Патриархата Виктор Антипенков и предложили создать общество православных врачей. После благословения архиепископа Сергия (в настоящее время митрополита Воронежского и Борисоглебского), председателя Отдела церковной благотворительности и социального служения и пастырской поддержки духовника Троице-Сергиевой Лавры архимандрита Кирилла (Павлова) мы начали работу.

Надо сказать, что вначале мы лишь в самых общих чертах представляли, для чего создается Общество. Во-первых, мы видели, как вследствие «реформ» разрушалась «старая» медицина (по общему мировому признанию построенная по лучшей модели) – и это на фоне резкого повышения заболеваемости и смертности и снижения рождаемости (так называемый «русский крест»). Мы видели, как отечественное здравоохранение вступает в область рыночных отношений, как больные начинают обращаться к колдунам, «целителям» и т.д.

С другой стороны, освобождение Церкви от гнета атеистического государства давало возможность идти навстречу верующим больным в плане их духовного кормления. Наконец, накапливались многочисленные вопросы, связанные с развитием новых медицинских технологий – таких, как допустимость фетальной терапии, искусственного оплодотворения (в том числе, экстракорпорального), новых методик психотерапевтического воздействия и т.д., требующих оценки с точки зрения православного вероучения. Обсуждением этих проблем, поисками их решения мы и стали заниматься на своих ежемесячных собраниях.

Одновременно с этим разворачивалась деятельность иеромонаха Анатолия (Берестова), профессора, доктора медицинских наук, в плане душепопечительской работы с наркозависимыми больными, лицами, пострадавшими от тоталитарных сект; священников-врачей Алексея Бабурина и Валентина Жохова, работавших с людьми, подверженными алкоголизму, и их семьями. Был

накоплен большой опыт протоиереем Аркадием Шатовым, организовавшим и возглавившим православное училище сестер милосердия.

Что происходило дальше?

Первые же месяцы работы Московского общества православных врачей показали целесообразность такого объединения. Выявлялся круг общих интересов, отсеивались те, кто искал в Обществе чего-то иного. С первых же наших шагов мы осознали целесообразность постоянного духовного кормления, которое и стал осуществлять архимандрит Кирилл (Павлов), один из современных нам великих русских старцев.

Стала очевидной невозможность сотрудничества с внецерковными деятелями в области биоэтики. Очень быстро стала понятна целесообразность вынесения наших проблем на ежегодные Международные Рождественские Образовательные чтения, где мы встречались с коллегами, озабоченными теми же проблемами.

Вскоре общества православных врачей стали возникать в других городах России. Прежде всего, в Санкт-Петербурге (председатель доктор медицинских наук протоиерей Сергей Филимонов), где накоплен очень большой опыт плодотворной работы. Стали налаживаться контакты и с представителями Украины и Белоруссии. Таким образом, деятельность обществ православных врачей стала фактом.

В 2005 году нас, Московское общество православных врачей, в связи с десятилетием работы, тепло поздравил Святейший Патриарх Московский и Всея Руси Алексей. Помимо ежегодных встреч на Рождественских чтениях, православные врачи дважды собирались на представительные международные конференции – в Москве (2004 г.) и Санкт-Петербурге (2005 г.).

К настоящему времени стала очевидной необходимость создания объединения всех обществ православных врачей из разных регионов в единую организацию. Очень большую роль в инициировании усилий по созданию единого Общества православных врачей России, в организации нашего первого учредительного съезда сыграл известный отечественный врач, ученый и общественный деятель, главный терапевт России, академик православных врачей России Александр Григорьевич Чучалин. Инициатива медиков была поддержана митрополитом Воронежским и Борисоглебским Сергием. Создание Общества благословил Патриарх Московский и Всея Руси Алексей.



Администрация и Священноначалие Белгорода в лице губернатора Евгения Степановича Савченко и архиепископа Белгородского и Старооскольского Иоанна гостеприимно предложили провести первый учредительный съезд Общества на дорогой сердцу русских людей земле Белгорода в дни проведения Съезда Славянских народов. Мы надеемся на успех нашей совместной работы.

– Чего Вы ожидаете от деятельности Общества православных врачей России?

– Ответ на этот вопрос дан в проекте Программы и Устава Общества. Нашими главными задачами станут налаживание взаимодействия и взаимопомощи региональных обществ православных врачей, координация их усилий в целях привнесения христианских ценностей в современную медицину в России.

Что мы имеем в виду, говоря о христианизации отечественной медицины? Внесение в повседневную жизнь нашей медицины основных принципов христианства – любви к ближнему, жертвенного служения больному. Может быть, правильнее будет говорить о сопротивлении попыткам погасить этот жертвенный огонь, всегда озарявший деятельность русских врачей. Рыночные отношения, активно внедряемые свыше в нашу медицину, гасят этот огонь. Думаю, примеры приводить не надо.

В чем конкретно может выразиться наша деятельность? Во многом. Здесь и благотворительная помощь больным, которые часто не в состоянии заплатить за серьезную консультацию и лечение. Надо, конечно, представлять, что создать «вторую», бесплатную медицину мы не сможем – у нас нет ни достаточного числа людей для этого, ни, конечно, средств, но что-то сделать мы можем, да уже и делаем это повсеместно.

Конечно, мы планируем и распространение христианских идей и знаний среди медиков (естественно, в тактичной форме, не «навязываясь»). И содействие созданию больничных храмов, часовен, молитвенных комнат, оказание духовной помощи больным людям (крещение, исповедь, соборование, причастие).

Государство сейчас прилагает определенные усилия для преодоления кризиса в современной русской медицине – мы должны сделать встречные шаги, понимая, что без «одухотворения» медицины эти усилия не дадут должного результата.

Мы должны также активно содействовать государственным мероприятиям, направленным на преодоление демографического кризиса – прежде всего, участвуя в движении против массового проведения аборт, лишаящих страну ежегодно более двух миллионов будущих граждан (это по официальной статистике). Нам надо вместе с

православными педагогами бороться за создание полноценной семьи, основанной на традиционных устоях, против растления молодежи, которым усердно занимаются СМИ и даже школьные программы.

Нам надо чутко реагировать на появление новых международных технологий, в основе которых лежат недопустимые с моральной точки зрения действия – как правило, связанные с прерыванием жизни народившегося человека (свежие примеры – эксперименты со стволовыми клетками, полученными из эмбриональной ткани, а также так называемое терапевтическое клонирование). Мы должны использовать все возможности (информирование общественности, публичная полемика, обращение к научному содружеству и т.п.) для останова подобных аморальных действий.

Мы также имеем право и должны обращаться в законодательные органы с тем, чтобы предотвратить появление в российском законодательстве статей, в основе которых лежит нарушение христианских заповедей (например, закона о допустимости эвтаназии, о том же терапевтическом клонировании).

Как православные люди, члены Русской Православной Церкви, мы должны после осмысления всех новаций такого рода информировать об этом священноначалие с целью возможной реакции на антихристианские инициативы.

Можно достаточно долго рассказывать о других задачах Общества и путях их решения. Но следует обратиться к другой цели создания Общества православных врачей России. Я имею в виду те возможности, которые дает объединение наших региональных организаций в единый союз. Это позволит наладить живой обмен опытом, помочь вновь возникающим региональным организациям, соборного обсуждения острых вопросов, в том числе, по новейшим медицинским технологиям, быстрого принятия решений.

Современные технические средства связи, прежде всего, Интернет, раскрывают широкие возможности для нашего общения. Кроме того, планируется создание собственного периодического издания (начало этому положено петербургским обществом православных врачей), а также регулярные встречи на съездах (рамки «Рождественских чтений» стали для нас тесны).

Очень важен принцип постоянного духовного кормления деятельности Общества священноначалием, без которого мы не мыслим нашу работу.

Мы очень надеемся, что с Божией помощью объединение местных обществ православных врачей в единую организацию принесет свои плоды на благо больным и самим врачам, поможет созданию в русском обществе здоровой духовно-нравственной атмосферы.

XVI МЕЖДУНАРОДНЫЕ РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ЧТЕНИЯ

30 января 2008 года

*Иерей Виктор ГУСЕВ,
клирик храма Державной иконы
Божией Матери при Научном Центре
Психического Здоровья РАМН*

ВРЕМЯ ВТОРОГО ПРИШЕСТВИЯ ХРИСТА И «КОНЦА СВЕТА»

(Православный взгляд.
Анализ воззрений «пензенской группы»)

1. ПРАВОСЛАВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ВРЕМЯ ВТОРОГО ПРИШЕСТВИЯ ХРИСТА

1.1. Ожидание второго пришествия как общехристианская черта

Напряженное ожидание скорого второго пришествия Христа и конца этого мира характерно для христиан, начиная с самых ранних времен. Уже в Новом Завете мы находим этому свидетельства. Так святой апостол Павел посвятил этой теме целую главу послания своим ученикам в Фессалониках (2 Сол, 2), успокаивая их и убеждая, что пока не настало время и конец наступит еще не сейчас (в качестве основного аргумента, апостол говорит о том, что еще не открылся «сын погибели» (2 Сол, 2, 3)).

Причина особого отношения к этой теме понятна. Она связана, прежде всего, с чаянием Царства Небесного и с той ролью, которое играет это событие в жизни каждого человека и в его дальнейшей судьбе. Поэтому желание «достойным образом» подготовиться к «достойной встрече» является естественным. Другое дело, что эта подготовка должна проводиться на протяжении всей жизни человека, а не только в последние дни, хотя и роль

последних дней очень высока – «В чем застану, в том и сужу», – говорит Господь.

Ожидание реального и близкого конца этого мира стало возможным, прежде всего, потому что Господь Иисус Христос оставил нам явные признаки Своего следующего пришествия. И, начиная с первого века, люди видели их сбывающимися.

1.2. Признаки второго пришествия.¹

Что же это за признаки? Прежде всего, это непосредственные свидетельства самого Господа. Затем – это откровения, донесенные до нас апостолами в посланиях и в Апокалипсисе св. Иоанна Богослова. Их условно можно разделить на события, которые должны произойти до рождения антихриста, а также, на события, которые последуют после его появления. Рассмотрим их вкратце.

1.2.1. События до пришествия антихриста.

Все три евангелиста-синоптика (и Матфей, и Марк, и Лука) согласовано и очень сходно друг с другом повествуют об этом. Итак:

- Кончина мира последует не раньше, чем «...проповедано будет сие Евангелие Царствия по всей вселенной, во свидетельство всем народам; и тогда придет конец» (Мф. 24, 14).
- Произойдет обращение Израиля ко Христу, о чем говорится в Рим. (11, 25-27). Из той же гла-



вы следует, что это обращение будет в последние времена: «...если отвержение их – примирение мира, то что будет принятие, как не жизнь из мертвых» (Рим. 11, 15).

- Явление пророка Илии. «...правда, Илия должен прийти прежде и устроить все» (Мф. 17, 11, см. также Мк. 9, 12). О том же пророчествовал пророк «...Я пошлю к вам Илию пророка перед наступлением дня Господня...» (Мал. 4, 5).
- Усиление зла. Речь идет прежде всего о безбожии и антихристианстве. Нечестие последних времен ап. Павел называет тайной беззакония и отступления (греч. Апостасия) (2 Фес. 2, 3 и 7). При этом, чертами усиления зла являются:
 - Пришествие лжепророков, лжехристов и ложных учений. «...многие придут под именем Моим и будут говорить: «я Христос» и многих прельстят» (Мф. 24, 5); «... в последние времена отступят некоторые от веры, внимая духам обольстителям и учениям бесовским» (1 Тим. 4, 1); «...будет время, когда здравого учения принимать не будут, но по своим прихотям будут избирать себе учителей, которые льстили бы слуху» (2 Тим. 4, 3).
 - Падение нравственности. «...по причине умножения беззакония во многих охладет любовь» (Мф. 24, 12); «...друг друга будут предавать и возненавидят друг друга» (Мф. 24, 10). Господствующими состояниями духа в эти времена будут уныние, недоумение и страх (Лк. 21, 25-26), а также состояние скорби (Мф. 24, 29).
 - Общественные бедствия и войны. «Также услышите о войнах и военных слухах... ибо восстанет народ на народ, и царство на царство» (Мф. 24, 6-7).
 - Природные бедствия. «...будут глады, моры и землетрясения по местам» (Мф. 24, 7), также «...будут знамения в солнце и луне и звездах, море восшумит и возмутится» (Лк. 21, 25) Как видно, большинство из перечисленных признаков можно наблюдать в окружающей нас действительности сейчас. И с древнейших времен, всматриваясь в окружающую их жизнь, христиане находили эти признаки исполнившимися.

Однако, непосредственно перед пришествием Христовым диавол воздвигнет особое орудие лжи и зла – антихриста, при котором отступления и различные бедствия достигнут полной силы. Наиболее подробно об этом говорится в Апокалипсисе.

1.2.2. Об антихристе

Сама приставка «анти» в греческом языке может иметь два значения: «против» и «вместо». По отношению к антихристу оба эти значения правомочны, потому что антихрист, согласно церковно-

му учению, есть противник Христа, а, с другой стороны – тот, кто пытается поставить себя на место Христа. В Священном Писании само это слово употребляется двояко. В широком смысле слово «антихрист» – это всякий, «отвергающий Отца и Сына» (1 Ин. 4, 3). Но в строгом смысле это наименование употребляется в отношении к определенному лицу, о котором также говорит ап. Иоанн Богослов: «...вы слышали, что придет антихрист...» (1 Ин. 2, 18). Имя антихриста неизвестно, известно только его число – 666. По объяснению свщмч. Иринея Лионского, «имя его неизвестно потому, что оно недостойно быть возведенным от Духа Святого» (Против ересей, кн.5, гл.30).

Антихрист – это человек. Он произойдет, по преданию, от колена Данова. По словам прп.Иоанна Дамаскина (Точное изложение... кн.4, гл.26), «антихрист будет воспитан тайно, потом внезапно восстанет, возмутится и воцарится». Он будет бороться против всех религий и «придет во имя свое» (Ин. 5, 43).

Согласно Апокалипсису, характерной чертой антихриста будет богохульство (Откр. 13, 5-6). Он усвоит себе Божественное достоинство и потребует Божеского поклонения и служения: «...в храме Божиим сядет он, как Бог, выдавая себя за Бога» (2 Фес. 2, 4).

В своей борьбе против христианства и всех своих противников антихрист будет пользоваться следующими средствами: ему будут помогать лжепророки, которые «...дадут великие знамения и чудеса...» (Мф. 24, 24); явление антихриста «...по действию сатаны, будет со всякою силою и знамениями и чудесами ложными» (2 Фес. 2, 9).

Антихрист будет обладать огромной силой. Сатана даст ему «...силу свою и престол свой и великую власть» (Откр. 13, 2). Царствование антихриста будет всемирным: «...и дана была ему власть над всяким коленом и народом, и языком и племенем» (Откр. 13, 7). Для христиан невозможно будет пользоваться гражданскими правами: «И он сделал то, что всем, малым и великим, богатым и нищим, свободным и рабам, положено будет начертание на правую руку их или на чело их, и что нельзя будет ни покупать, ни продавать, кроме того, кто имеет это начертание, или имя зверя, или число имени его» (Откр. 13, 16-17).

Церковь в эти времена будет скрываться в пустыне (Откр. гл. 12), однако «...врата ада не одолеют ее» (Мф. 16, 18), и принесение Евхаристической жертвы не прекратится до Второго пришествия Христова (1 Кор.11, 26).

Царствование антихриста вызовет против себя открытое сопротивление и продлится три с половиной года (Дан. 7, 25; Откр. 11.2; 13, 5; 12, 6). В борьбе против антихриста людям будет дана Божественная помощь (Откр. гл. 15, 16).

Победит антихриста непосредственно Сам Господь Иисус Христос Своим Вторым пришествием: «...Господь Иисус убьет духом уст Своих и истребит явлением пришествия Своего» (2 Фес. 2, 8).

1.3. Невозможность точного знания времени Второго Пришествия

О неизвестности момента совершения этого события говорит Сам Господь Иисус Христос: «О дне же том и часе никто не знает, ни ангелы небесные, а только Отец Мой один» (Мф. 24, 36), «ни Сын» – добавляет евангелист Марк (Мк. 13, 32); «...бодрствуйте, потому что не знаете, в который час Господь ваш придет» (Мф. 24, 42). Перед вознесением Господь говорит апостолам: «...не ваше дело знать времена или сроки, которые Отец положил в Своей власти» (Деян. 1, 7). Пришествие Христово для большинства людей будет неожиданным (1 Фес. 5, 2)

1.4. Необходимость комплексного подхода к признакам

Как мы уже говорили, многие из перечисленных признаков имели место как в настоящем, так наблюдались они и в прошедшие времена. Именно этот факт, казалось бы, и давал основания ожидать близкого Второго Пришествия. Но из Писания невозможно выбросить ни одной черты, а значит – должна исполниться вся полнота пророчеств до того момента, как наступит страшная и великая кончина мира. Об этом нам нужно помнить; и об этом часто забывают сектанты.

1.5. О двух подходах к Священному Писанию

Для сектантского подхода вообще характерен «свободный» подход к толкованию Священного Писания. То есть они позволяют себе толковать его, опираясь только лишь на собственное понимание священных текстов, а затем такое, вообще говоря – произвольное понимание они принимают за Истину.

Здесь уместно будет отметить, что Православная церковь всегда призывала к очень аккуратному отношению к Святому Писанию: «Никакого пророчества в Писании нельзя разрешать самому собою,» – предупреждает апостол Петр (2 Пет., 1, 20). И 19-м правилом VI Вселенского Собора всем христианам предписывается толковать Библию «не иначе, разве как изложили светила и учителя Церкви в своих писаниях». Так что пророчества Писания в толковании святых отцов Церкви – то есть, прославленных ею великих учителей – и есть

то, чему мы всецело должны доверять. Ведь святые своей жизнью явили чистоту сердца и – следовательно – близость к Богу. Именно поэтому в них беспрепятственно может действовать Святой Дух, открывая истинный, не искаженный смысл Священного Писания вообще и пророчеств – в частности.

Душа же не очищенная от страстей, помраченная грехом не способна к восприятию Святого Духа и постижению действительного смысла Писания. Поэтому в толковании человека, не освободившегося от влияния страстей, неизбежно возникают искажения – душа, неспособная подняться на высоту Божественного смысла, низводит, «опускает» его до уровня обыденного, ограниченного человеческого понимания. При этом истинный смысл искажается, а зачастую и попросту подменяется произвольными фантазиями и представлениями.

При этом, как правило, такие «толкователи» воспринимают Священное писание лишь частично, не будучи способными охватить его целиком и усвоить его дух. В результате возникают искаженные, зачастую – фантастические представления, из которых появляется какая-то «своя» – также искаженная – этика и «свои» представления о пути ко спасению. Причем, это новое возникшее учение начинает обладать для его адептов качеством абсолютной истины и полной непререкаемости, оттесняя, подменяя само священное Писание. А истинное Божественное слово, в котором Сам Бог открывает нам пути жизни и спасения так и остается не понятым, отвергается ими.

Есть свой идеолог и у пензенской группы. По словам самого Кузнецова, им является 47-летняя сестра Зоя. Она родилась в городе Новочеркасске Ростовской области. Служила в одной из воинских частей в Кабардино-Балкарии, потом ушла в отставку в звании прапорщика в запасе. После увольнения увлеклась религией. В 2000 году лечилась в психиатрической больнице. Несколько лет назад Никитина жила в городе Прохладный, что в Кабардино-Балкарии, и даже была прихожанкой православного храма. Известно, что последние полтора года Зоя Никитина прожила в Пензенской области и вместе со своим сподвижником Петром Кузнецовым готовила идеологическую почву для затвора под землей в ожидании конца света последователей их учений. С помощью «схимонаха Максима» (как называл себя «отец» Петр), она выпустила книгу «Семь голов, десять рогов России». Этот литературный труд и заменил сектантам настоящую Библию. «Отец» Петр, находясь в больнице, постоянно говорит: «Найдите Зою. Только она сможет вам все объяснить. Только она знает, как надо истинно трактовать Евангелие. Найдите ее...»

В качестве еще одного примера приведем «свидетелей Иеговы», которые неоднократно пред-



сказывали точную дату Второго Пришествия – в 1914, 1918, 1955 и в 1975 годах. Примечательно, что их не останавливали ни прямые слова Господа о невозможности таких предсказаний, ни неоднократные провалы их собственных пророчеств. Предсказывает точную дату конца света и руководитель пензенской группы.

2. ВЗГЛЯДЫ «ПЕНЗЕНСКОЙ ГРУППЫ»

Основателем этой группы является Петр Кузнецов. Ему 47 лет, работал инженером в «Пензаэнерго» и два раза попадал под суд за растрату. Три года назад, как рассказывает замглаврача пензенской психиатрической больницы Василий Сапегин, впервые попал на лечение с психическим расстройством. Его привезли к ним обросшего, грязного, с язвами на теле. «Он даже от еды отказался, питался отбросами», – говорит врач.

Петр начинал с весьма богоугодного дела – хотел возвести часовню. Однако потом вдруг объявил, что «учение церкви неправильное, а истинное слово Божье идет из его уст.»

В 2004 г. Кузнецова не приняли в один из монастырей, и тогда Петр «затаил глубокую обиду и объявил отсчет последнего дня перед вторым пришествием».

Он высчитал, что конец света наступит весной 2008 года, когда в России, «не выдержавшей натиска Антихриста, сменится десятый царь».

«Вы ничего не понимаете! – заявлял «отец» Петр. – Лучше помолитесь и почитайте мою книгу. В ней я вывел формулу конца света. Апокалипсис грянет в мае 2008 года. Люди, которые сейчас замурованы в склоне оврага, единственные, кто спасется. Ибо место это святое». Он говорил, что уже в январе, согласно Писанию, начнется всеобщий хаос.

Остановимся на минуту и обратим внимание на некоторые примечательные моменты. Первое – несмотря на неоднократные прямые предостережения Господа, Петр Кузнецов вычисляет точное время наступления Апокалипсиса и начала хаоса. Но последнюю дату мы уже пережили и ничего подобного не наблюдали. А затвор под землей и ожидание Второго Пришествия продолжается. Второе – по мнению «отца Петра» спасает место. «Святое». Склон оврага. При этом не имеет значение ни вера, ни очищение души, ни стяжание добродетелей, ни уподобление Богу – ничто внутреннее, относящееся к устройению души. Механически спасает место. Такое утверждение совершенно чуждо православию и христианству вообще. Поскольку весь Новый Завет содержит призыв прежде всего к изменению, очищению души человека, без чего спасение просто невозможно.

Вместе с основателем все сектанты ждут конца света, утверждая, что в последнее время ежедневно в четыре часа утра ковш созвездия Боль-

шой Медведицы переворачивается кверху дном, и этот факт означает, что от Большой Медведицы в сторону планеты Земля несется большая комета, которая и положит всему конец.

Сам Петр Кузнецов говорит, что его цель – встретиться со Священным синодом и донести правду о грядущем конце света. Пока еще есть время спастись, но для этого Небо велит нам, грешным, обратиться к заповедям и жить строго по библейскому уставу.

В то же время, к Церкви сектанты относятся крайне негативно. Они уверяют, что действующий институт Русской Православной Церкви коммерциализирован, церковь имеет ИНН (это страшно, поскольку церковь «соединилась с государством через сатанинский номер – ИНН. Я вот говорила священникам и монашествующим: зачем ИНН принимать? Это же “знак зверя”») и ведет коммерческую деятельность, тогда как они представляют настоящую Русскую православную церковь: «Вы же приняли ИНН, вы приняли имена рогатого! Вы торгуете не только свечками и крестиками, вы торгуете душами людей! Ведь люди вам верят, думают, если батюшка благословил, значит, будет все хорошо, и не понимают, что приближается страшный конец! Конец света уже наступил! Люди показали, что им наплевать на ту жертву, которая была две тысячи лет назад. И вы в том людям потворствуете. Вы золотом покрываете купола ваших церквей, вы погрязли в материальной роскоши!»

Разочарование в Церкви и разрыв с нею является для них типичным. В то же время они считают, что они не сектанты и не раскольники – и не от «православия уходят, а от ереси церковной бегут». «Мы ведь православные, – уверяет например, одна из adeptов, показывая лежащую перед ней на столе книгу “Жития святых”. – Тремя перстами крестимся, на иконы молимся (опять же обратим внимание на главные признаки православия, которые приводятся – и.В.)». Они убеждены, что твердо встали на путь спасения, который указал пророк – «отец» Петр.

Закапываться под землю нужно, убежден Петр Кузнецов, чтобы «спастись на время Апокалипсиса», подобно Ною, которому в свое время было велено спастись в ковчеге. Идея же «спастись» под землей пришла одному из сектантов, видимо, во сне – «одному из наших было ночное видение». По мнению сектантов, молитвы в укрытии также не будут отвлекать их от мирских дел.

Сектанты добровольно устранились от окружающего мира. Некоторые из них ехали в Никольское, бросая семьи и хозяйство. «Муж мой плакал, а дети спрашивали: мама, зачем это тебе?» – спокойно рассказывает Ольга Денисович, прибывшая из Белоруссии. Отношение сектантов к своим самым близким – их моральные нормы, отношение любви и ответственности видны здесь очень явно.

Люди, которые зарылись в пещере, считают свою общину чем-то вроде Ноева ковчега. По их верованиям, после майского апокалипсиса в живых останутся только они и еще небольшое количество праведников в разных странах. От них пойдут новый род человеческий, но уже более нравственный, качественный.

Покидать «Ковчег» сектанты сами не собираются и утверждают, что «если их попытаются силой достать, они себя взорвут, а перед Богом это уже не иудин грех, не самоубийство, потому что души свои от Антихриста уберегут».

Обратим внимание: их угроза самоубийства и готовность пойти на этот шаг – это тот факт, который в наиболее яркой форме, с одной стороны, показывает отсутствие христианских и этических норм у сектантов, а с другой стороны – подчеркивает полное непонимание истинного отношения человека к Богу и того, что ждет Бог от человека. Вообще складывается впечатление, что их вера не богоцентрична, а антихристо-центрична. Ведь в центре веры, богопочитания и мировоззрения каждого христианина стоит Бог, стремление к Нему, желание навсегда соединиться с Ним. В центре же внимания сектантов стоит всепоглощающее стремление убежать от антихриста; а Бог, Его заветы, призывы, указания пути, похоже, отсутствуют вовсе. А ведь «христианин, – по слову преподобного Иоанна Лествичника, – есть тот, кто, сколько возможно человеку, подражает Христу словами, делами и помышлениями, право и непорочно веруя во Святую Троицу»².

Они отвергают все блага цивилизации, ограничивают себя в еде. По их мнению, комфорт, деньги, телевидение, интернет и штрих-код на продуктах – главные враги человечества. Опять же обратим внимание – среди главных грехов не нашлось месту ни греху, ни страстям человеческим, а предписания их носят внешний, поведенческий характер.

Электричеством и электроприборами они не пользуются – «всё это от лукавого». Принцип такой – «телевизор не смотреть, радио не слушать, паспорт сжечь (поскольку в нем находится «число зверя» – В.Г.), деньги в руки не брать – готовиться к концу света.» Так муж одной из «сестричек», работающий в Жабинковском СПК, по их словам, отказался садиться за новый трактор, увидев внутри бортовой компьютер.

Они называют себя адептами «настоящей Русской православной церкви», истинными православными христианами.

На самом деле, наверное ни у кого из сколькихнибудь воцерковленных людей не возникнет сомнения, что так называемая «пензенская группа» не исповедует православия. Такой вывод можно сделать хотя бы потому, что они не признают Церковь, а значит – не признают 10-й член Символа Веры и, тем самым, отказываются от всего Симво-

ла. Поэтому у нас нет оснований считать их православными.

Кроме того, они сознательно и упорно действуют вопреки прямым словам Иисуса Христа (о возможности знать день Второго Пришествия). То есть, они сознательно не принимают Христа, противятся Ему. Поэтому вообще возникает вопрос – можно ли их считать христианами?

Да, они используют текст Священного Писания, но, отталкиваясь от него в своих толкованиях совершенно не держатся его Духа. Более того, их собственные произвольные толкования и выводы становятся для них самодовлеющими, обладающими почти абсолютным значением и ценностью. Священное же Писание – слово Самого Бога – как бы отступает в тень и практически исчезает, лишь временами подавая пищу для новых своевольных толкований. Таким образом Писание, по сути, перестает быть для них Священным и – как следствие – меняется все Учение, вся вера.

То есть, адепты этой группы исповедуют свое собственное учение, которое лишь изначально опирается на текст Нового Завета. Причем это учение – именно оно, а не Священное Писание – становится для них мерилom истины. Поэтому движение это, действительно, по словам проф. А.Дворкина – «псевдоправославное».

3. ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Нам представляется важным определить свое отношение к пензенской группе, чтобы определить, что мы можем и должны сделать в этой ситуации и как нам следует это делать. Прежде всего, надо постараться помочь им в той мере, в которой это возможно и в той степени, в которой они эту помощь могут (желают) принять.

Здесь нужно иметь в виду, что группа достаточно большая и наверняка является неоднородной, а значит и стать учениками «отца Петра» они могли по различным причинам. Поэтому можно выделить несколько направлений деятельности, помогающей разным членам группы осознать свое действительное положение.

Прежде всего, это медицинская поддержка, направленная на тех адептов, которые страдают соматическими или психическими заболеваниями и нуждаются в помощи.

Затем – поддержка со стороны Церкви. Дело в том, что многие из пензенской группы были членами православной церкви. В этой ситуации, на наш взгляд, можно предпринять следующее. Первое – это молитва за них. Так владыка Филарет, архиепископ Пензенский и Кузнецкий, относится к этой группе, как к людям, крещенным в православной вере, обычным православным, но сбившим с толку их лидером и находящимся в состоянии заблуждения, прелести. А самой действен-



ной помощью человеку, находящемуся в прелести является молитва³. Поэтому по распоряжению владыки рядом с землянкой в Пензенской области развернута палатка, где ежедневно совершается Божественная Литургия, на которой молятся о затворниках; кстати, владыка Филарет написал особую молитву о них. Второе – это попытка переубедить сбитых с толку людей через явление им православного отношения к происходящему. С этой целью на переговоры с затворниками приезжают самые авторитетные представители пензенского духовенства, однако переговоры идут плохо – «подземельцы» отвечают обвинениями Церкви в вероотступничестве и служении сатане.

И, наконец, психологическая поддержка, направленная на восстановление нарушенных эмоциональных связей у затворившихся людей с их родными и близкими. Также, возможна помощь в разрешении их психологических проблем, не решенных и актуальных до сих пор.

Используемая литература

1. Иерей Олег Давыденков «Догматическое богословие. Курс лекций», Свято-Тихоновский Богословский институт, 1997.

2. Преп. Иоанн Лествичник «Лествица, или скрижали духовные».

Используемые интернет-ресурсы

<http://news.flexcom.ru/russia/2007/11/22/283245/#1>
<http://www.newsland.ru/News/Detail/id/208899/>
<http://www.newsland.ru/News/Detail/id/115389/page/1/>
<http://www.newsland.ru/News/Detail/id/115406/>
<http://www.newsland.ru/News/Detail/id/115874/>
<http://www.newsland.ru/News/Detail/id/116994/>
<http://www.newsru.com/russia/16nov2007/penz.html>
<http://www.regnum.ru/news/914228.html>
<http://www.regions.ru/news/location01827/2110232/>
<http://www.regio.ru/arch/16Nov2007/news/15734.html>
<http://www.runewsweek.ru/theme/?tid=144&rid=2225>

¹ Параграфы 1.2 и 1.3 представляют собой слегка сокращенный текст книги иерея Олега Давыденкова «Догматическое богословие. Курс лекций», Свято-Тихоновский Богословский институт, 1997, Раздел IV, параграфы 2.1., 2.2.

² Преп. Иоанн Лествичник «Лествица, или скрижали духовные». гл. 1, 4

³ Очень показательным с этой точки зрения является житие святителя Никиты, епископа Новгородского, затворника Печерского (1108). Память его празднуется 31 января, 30 апреля и 14 марта (ст. стиль).

О НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ПРОБЛЕМЫ «ПСИХИАТРИЯ И РЕЛИГИЯ»

В последние полтора десятилетия в нашем обществе произошли коренные изменения системы ценностей, духовной атмосферы. Одно из направлений этих сдвигов – оживление религиозности, причем это не только обращение к традиционному православию, но и повышенный, порой доходящий до экзальтации интерес к нетрадиционным для России воззрениям и практикам.

Утрата опыта религиозных переживаний, церковного уклада жизни (наследие прошлого века), непривычность и необычность вновь открываемых духовных состояний делают указанные процессы еще более сложными для осмысления. Перед психиатром и психотерапевтом они по-новому ставят вопрос о норме и патологии, об особенностях нервно-психических расстройств у душевнобольных-верующих, о целебно-психотерапевтическом (или, быть может, патогенном для психики – такой подход чаще всего предполагается по отношению к так называемым тоталитарным сектам) воздействии веры.

Полагаем, что содержательный и достаточно четкий ответ на эти вопросы невозможен без привлечения трихотомической концепции личности. Митрополит Антоний Сурожский подчеркивал, что «учение о Святой Троице является основой, корнями социологии и человеческих отношений...., в нем разрешается целый ряд психиатрических проблем нашего времени». В отечественную психиатрию трихотомия введена известным психиатром профессором Д.Е.Мелеховым («Психиатрия и проблемы духовной жизни», 1997). Наверное, вполне естественно, что в «клинической трихотомии» (термин наш) основные понятия – слагаемые этой структуры получают некоторую специфику.

Трихотомию удобно представить в виде трех вписанных друг в друга окружностей. Внутренний круг – тело – органы и системы органов в их взаимосвязи и взаимодействии. В случаях патологии это поле деятельности врачей – интернистов. Душа – это ансамбль, складывающийся из отдельных психических процессов (мышление, эмоции, сознание и т.д.). Психические – душевные – болезни – это нарушение – искажение, опу-

стошение именно этих структур. Дух – это содержание психической деятельности, ее ценностный аспект, это то, что человек ставит выше себя, ради чего он живет. Вера «располагается» именно здесь.

По нашему мнению, трихотомия – наилучший инструмент для решения проблем «гениальность и помешательство», «преступность и психические аномалии», «психиатрия и инакомыслие», «психиатрия и религия». С нею становятся еще более убедительными, почти осязаемыми различия в деятельности священнослужителя и врача-психиатра. Об этом неоднократно писалось, упомянем лишь главное: священник спасает душу мирянина, охваченную грехом – сфера духовного, – врач лечит и по возможности устраняет душевные расстройства второй круг (по В.Франклу)

В одной из своих работ я решился ввести понятие «крест психиатра», констатируя этим тот трагический аспект мышления врача этой специальности, вследствие которого в ходе диагностического процесса за внешней оригинальностью представшей перед ним личности, привлекательностью или удивительностью (позвольте так выразиться) ее интересов, пристрастий, воззрений, образа жизни он распознает зловещую, поступательно-разрушительную логику болезни – искажение, опустошение душевных процессов. Тем самым психиатр как бы отнимает у человека его внутреннюю личную свободу. (Но здесь же уточним, что сферой духовного – а свобода относится именно к ней – психиатр не занимается, а главное состоит в том, что, как писал Карл Ясперс, дух не может заболеть (в медицинском смысле).

Далее я буду говорить только о главном психическом заболевании – шизофрении (расстройствах шизофренического спектра по современной терминологии). Не имею возможности сколько-нибудь подробно описать ее проявления, отмечу лишь что для возникновения этого заболевания несущественны ни жизненные несчастья – стрессы, ни внутренние – телесные – заболевания, важна, но не абсолютно, наследственность. Для психиатра разграничение нормы и патологии принципиальных затруднений не вызывает, хот в конкретном отдельном случае диагностические со-



мнения вполне вероятны. Однако, у людей, далеких от психиатрии, даже такие особенности поведения их близкого как сочетание несочетаемого – мирное сосуществование в воззрениях больного христианства и буддизма, занятие иконописью и церковным шитьем, осуществляемое под поп-музыку и т.д. могут пониматься как особый духовный путь, а не душевная болезнь. Так при разговоре об одном из таких пациентов психиатр услышал от его духовника: «Никакого психоза у этого юноши нет. Просто он опытным путем проверяет нравственный закон.» Это мнение, как и антипсихиатрические концепции в целом – не ситуативное проявление идеологической борьбы, не психогигиеническое невежество, а одно из проявлений стремления человека и человечества к свободе, к бессмертию.

В поисках выхода из этого противостояния – вера или болезнь – мы пытались найти способ по возможности убедительно разграничить духовное и душевное, и для этого каким-то образом охарактеризовать духовную сферу душевнобольных-верующих. Специальной психологической методикой – семантическим дифференциалом оценивался тот «семантический слой субъективного образа мира» (Е.Ю.Артемяева), который затрагивает духовно-религиозное бытие человека. Результаты обрабатывались математически и фиксировались в прямоугольной системе координат. (Ни в каком виде не подразумевался экзамен по Закону Божию – осуществлялось лишь опосредованное изучение значений, смыслов, соотношений некоторых понятий, в данном случае относящихся к христианству, экзистенциальной психологии, медицине – категория болезни. Обследовались больные, считающие себя православными христианами. Вопросы об участии в богослужениях, чтении Писания, молитвенном правиле задавались в деликатной форме и ответы на них оценивались не по катехизической правильности, а чаще всего несли клиническую информацию. Так, например, больная отвечает: «Я хожу и в православный храм и в лютеранский – там хороший орган.» (больная – профессиональная певица). Но дальше следует «Причащаюсь и там, и там.»

Диагностически это были больные шизофренией и близкими к ней формами психозов, с разными типами течения – от непрерывного, неблагоприятного до периодического с незначительными болезненными изменениями личности.

По взаимоотношениям веры и болезни больные распределились по трем группам (группы были статистически сопоставимы):

Первая включала больных, у которых переживания с религиозной тематикой целиком и полностью являлись симптомами болезни. Таковы галлюцинаторные «разговоры с Богом», «мессианское и\или «искупительно-жертвенное предназ-

начение», «греховность вселенского масштаба» и т.п. В этой группе организация предлагавшихся понятий (в системе координат) оказалась наиболее хаотичной, дисгармоничной, бессвязной. Повторно обратим внимание на то, что в первой группе верующие по существу отсутствовали (хотя они могли обнаруживать весьма глубокую эрудицию в вопросах веры). Их религиозно окрашенные переживания были лишь проявлением болезни.

Вторая группа – больные, чья вера сформировалась до начала заболевания, но переживания религиозного плана вошли в картину болезни, как правило, в структуру острого приступа. (Так, например, больная, живущая в полной мере церковной жизнью, в период обострения, проявляющегося депрессивными и бредовыми переживаниями, холодным ноябрьским днем переплывает Москву-реку для того, чтобы «искупить все грехи мира». Другой больной во время литургии ощущал направленное на него гипнотическое воздействие-зомбирование, исходившее от священнослужителей). Здесь была выявлена промежуточная по упорядоченности организация понятий (в сопоставлении с первой и третьей группой).

Третья группа – больные, у которых вера и болезнь «не соприкасались», духовная, церковная жизнь существенно не нарушалась, а содержанием болезненных переживаний были преследование, воздействие со стороны близких, соседей, преступных группировок и т.п. Результаты обследования с помощью семантического дифференциала в этой группе были близки характеристикам, полученным в четвертой группе.

Четвертая группа – контрольная – психически здоровые верующие, стремящиеся жить максимально полной христианской церковной жизнью. Распределение понятий в системе координат здесь было наиболее гармоничным, упорядоченным, стройным.

Эти результаты, по нашему мнению, осязаемо показывают, что при болезни, в особенно тяжелых ее вариантах, духовной, религиозной жизни (по крайней мере актуальной) – нет. В этих случаях речь идет о патологическом душевном, выступающим под видом духовного, не об «искушении в виде болезни», как объяснял свои психопатологические переживания один из подобных пациентов, а о «болезни в виде искушения» – так следовало бы сказать психиатру. Практически это означает, что жизненный путь такого человека направляется логикой болезни, а не духовным поиском, целенаправленным или интуитивным.

Здесь уместно повторить то, что сегодня напомнил нам Владыка – болезнь – это стесненная в своей свободе жизнь. Дух неуничтожим, но он может быть стеснен страданием. Но разграничение духовного и душевного не категорично, не абсолютно, их взаимоотношения динамичны. У Митропо-

лита Антония Сурожского находим очень важные замечания о взаимоотношении духовного и душевного: «Нельзя сказать, что где-то кончается душевное и начинается духовное: есть какая-то область, где самым нормальным образом совершается взаимное проникновение». В острых болезненных состояниях жизнь, активность больных направляются преимущественно сферой душевного, болезненными переживаниями, которые поддаются прежде всего лекарственной терапии. При улучшении состояния, смягчении грубых расстройств становятся все более значимыми духовные воздействия.

Из вышеперечисленных разграничений следуют различающиеся по группам психотерапевтически-реабилитационные рекомендации относительно духовной (церковной) жизни больных (они носят чисто медицинский – врачебный, но никак не пастырский характер).

Больным первой группы участие в церковно-приходской жизни не показано, по крайней мере, на период обострения симптоматики. Пациенты второй группы могут участвовать в деятельности общины на общих основаниях. Какая-либо особая активность, развертывание инициатив, к чему такие личности нередко активно стремятся, во время приступа также должна быть ограничена. Третий контингент может следовать установившемуся модусу своей духовной жизни без существенных ограничений.

Все больные-верующие (здесь речь идет о вере в собственном смысле слова, больные первой группы исключаются) Независимо от полноты церковной жизни констатировали благотворное воздействие личной веры на отношение к своей болезни. Они «воспринимали болезнь как крест» и это «приносило им облегчение», а клинически проявлялось прежде всего, как более ответственное отношение к стационарному и амбулаторному лечению, как смягчение поведенческих расстройств. Эта тенденция прослеживалась и в случаях неблагоприятного течения душевного заболевания (учащение приступов, необходимость применения более мощных лекарственных препаратов и проч.).

Подобное отношение к болезни, смысл болезни формируется и формулируется постепенно. В тезисе «болезнь» посылается за грехи» для конкретного больного раскрываются не универсальные истоки страдания, патологии, а результаты означивания элементов цепи жизнь-грех-болезнь. Именно в такой персонально организованной форме и реализуется психотерапевтически-реабилитационное воздействие духовной, ценностной сферы. В этом контексте замечание Д.Е.Мелехова о возможности духовного выздоровления при душевном и телесном страдании наполняется конкретным содержанием. Но никакие упрощения на этом пути недопустимы. А ведь у больных и у их

родственников нередко встречается стремление к максимально быстрому воцерковлению, к сио-минутному Крещению как к единственному и гарантированному способу исцеления. Предостерегая от такой скоропалительности, священнослужители подчеркивают, что установку на исцеление не следует путать с целью и смыслом таинства Крещения: «Исцеление может произойти, и так или иначе произойдет, когда такой путаницы не будет» (свящ. Георгий Кочетков).

Самоочевидно, что для врача недопустимо навязывание или «исправление» веры. Миссионерско-катехизаторская деятельность, по-своему прекрасная, не входит в компетенцию врача, в том числе и психотерапевта: «Не следует стеснять жизнь больных более того, сколько этого требует лечебная цель и соблюдение порядка в больнице. Что больным, имеющим потребность в религиозном утешении, должна быть дана к тому полная возможность – само собой разумеется, Настоящая религиозность выражается не в навязывании больному духовного чтения или стеснении его, как провинившегося школьника, а в том, чтобы сделать все необходимое и полезное для его здоровья» писал известный психотерапевт А.Молль еще в 1903 году.

При построение психотерапевтически-реабилитационной тактики важно учитывать клинически оцениваемые мотивы – психопатологические переживания, иногда оказывающиеся отправной точкой для знакомства с христианством. Таковы, например, больные с резидуальным (сохранившимися после острого приступа болезни) «механизмом» религиозных переживаний. Религиозность может формироваться при поиске способов избавиться от вялотекущих сенесто-ипохондрических (тягостных телесных ощущений, имеющих психопатологическую, а не соматическую природу) расстройств или же на основе постшизофренического изменения личности. Именно у таких больных нередко православные воззрения мирно (и в то же время весьма вычурно) сочетаются с язычеством, вульгарным оккультизмом, философским резонерством. Такие больные требуют особенно тщательно индивидуализированного подхода – поддержания здоровых, плодотворных сторон своей веры и «оттеснения» на задний план (без директивности, авторитарности, дискуссий и запретов) болезненно искаженных религиозных воззрений.

Клиническая реальность, лечебно-диагностическая практика свидетельствуют о том, что различные, действительно, весьма своеобразные, не имеющие аналогов в обыденной жизни психические процессы, упражнения, медитации выявляют предрасположенность, «слабость» психики, имеющуюся у больных ранее, изначально. Аналогичные ситуации широко распространены в повсед-



невной клинической практике, Напомним, что некоторые психически больные весьма своеобразно переживают гипнотические состояния, упражнения из арсенала аутогенной тренировки. Нередко реакция на эти психотерапевтические методики приобретает дифференциально-диагностическое значение.

Также с чрезвычайной осторожностью следует относиться к стремлению душевнобольных буквально следовать в своей жизни практике Святых Отцов. Ее следует представить пациенту не как медицински-психологический эталон психики, но как уникальный (в самом буквальном смысле) духовный опыт. Аскетика и мистика не тождественны психогигиене и психопрофилактике. Каждый человек, тем более душевнобольной, способен вместить образцы, знания, навыки лишь в меру своей духовной и душевной зрелости.

Решение подобных психотерапевтически-психопрофилактических задач наиболее эффективно может осуществляться при содружественной деятельности священника и врача. Ни один из них не может заменить, подменить другого.

Особой клинической проблемой является «ложная мистика». Укажем лишь самые общие ориентиры в этой области. При изучении больных с расстройствами шизофренического спектра, определяющих себя как верующих (православных христиан) было установлено, что диагностическое значение имеют (рассматриваемые обязательно в контексте всей клинической картины) следующие признаки: одномоментность («вдруг») «религиозного обращения» или же изменение качества («инакость») религиозных переживаний по сравнению с периодом, предшествовавшим болезни, исчезновение «Я» на высоте расстройств, сочетание несочетаемого в религиозных воззрениях и ряд других характеристик, свойственных опреде-

ленным типам острых психотических расстройств вне зависимости от содержания (религиозного или какого-либо иного) переживаний. Для врачбно-психотерапевтического подхода к подобным состояниям бесценна формула, предложенная Митрополитом Антонием Сурожским: «Господи, если этот дар от Тебя, пусть он со мной останется, если он от злой силы или просто естественный и может меня повлечь в гордыню и в разрушение – сними!»

Сформулируем некоторые итоги:

- трихотомия – наиболее адекватная, полная, содержательная методологическая основа клинической психиатрии.
- взаимоотношения веры и болезни многообразны и это имеет диагностическое и лечебно-реабилитационное значение,
- духовные воздействия, целебно организуемые самим пациентом, его окружением (и врачом), могут существенно смягчать, компенсировать душевные (и телесные) расстройства даже в случаях их нарастания при неблагоприятном течении заболевания. Эти воздействия не могут быть сведены к разовым, строго очерченным, формализованным актам, а выстраиваются в глубоко индивидуализированный духовный путь.

Позвольте в завершение привести еще одну мысль Митрополита Антония Сурожского – выдающегося пастыря и врача: «...роль медика, как и священника, не уклоняться от вызова, какой ставит нам жизнь, не быть тем, кто делает людей податливыми, трусливыми, беспомощными, Это профессия, у которой есть видение жизни, потому что у нас есть видение смерти и их противостояния, потому что у нас есть видение того, что такое человек, и благодаря этому видению мы не смеем позволить себе или кому бы то ни было быть ниже человеческого роста».

Председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга, профессор, доктор медицинских наук, кандидат богословия, настоятель храма святого великомученика и целителя Пантелеимона протоиерей Сергей ФИЛИМОНОВ; врач-психиатр А.А. ВАГАНОВ; к.м.н., врач-психотерапевт НИИ им. Бехтерева М.Ю. МЕЛИК-ПАРСАДАНОВ; к.м.н., детский психиатр Н.Е. МАРЦИНКЕВИЧ; врач-психиатр И.П. ОЗЕРНАЯ

ОПЫТ ДУШЕПОПЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ПРИХОДЕ

«Психически больной человек не потерял для Церкви».

Архиерейский Собор 2000г.

Окормление психических больных на приходе имеет свои особенности. В докладе использован конкретный опыт душепопечения психических больных священниками и психиатрами в приходе Св.вмч.и цел.Пантелеимона-на-ручье и общесте православных врачей Санкт-Петербурга.

В настоящее время по опыту приходов г.С-Петербурга в обычных городских храмах среди прихожан бывает от 10 до 50 % психически больных людей. Количество психически больных людей на приходах достаточно велико и это бросается в глаза священнослужителям. Следует понимать чем это обусловлено. Многие люди сегодня приходят в храм вследствие жизненных драм и кризисных личностных ситуаций: в результате разводов, супружеских измен, предательства дома или на работе, смерти близких родственников или детей, жизненной безысходности. Например, *мама пришла в храм после того как ее сын выбросился из окна больницы с 9 этажа, написав «прости мама-больше нет сил».* Сын закончил институт с красным дипломом, работал в прокуратуре, испытывал постоянные стрессы и умственно-физические перегрузки, духовной опоры в жизни не имел. После смерти сына у мамы развилось острое реактивное состояние с которым она пришла в церковь.

Другой пример. *Женщина, мать двоих детей, забеременела третьим ребенком. Муж заявил, что если она не сделает аборт, он выгонит ее из дома. В церковь обратилась в состоянии сильной депрессии. После беседы со священником успоко-*

илась, приняла решение о сохранении ребенка и действительно была выставлена мужем на улицу, будучи беременной и с двумя детьми. В течение года скиталась по знакомым. Как тут сохранить свое психическое здоровье?

Сегодня во многих частных фирмах не соблюдается принцип нормированного рабочего дня. В погоне за прибылью сотрудников нагружают работой, не учитывая необходимость их физического и душевного восстановления. Сотрудники таких учреждений постоянно находятся в состоянии стресса потери работы и неустроенности личной жизни. Будучи неверующими людьми многие не видят выхода из этих беспросветных ситуаций, срываются, заболевают психически и потеряв работу приходят в храм за помощью: как построить свою дальнейшую жизнь.

Увлеченность современными оккультными практиками приводит к психическим заболеваниям либо самих адептов, либо членов их семей. К сожалению, в церковь обращаются тогда, когда человек уже неизлечимо болен и имеет инвалидность по психиатрии. На вопрос родственников «что же нам теперь делать?» в таких случаях священнику трудно бывает ответить утешительно.

Мама имеет двух взрослых дочерей. Одна из дочерей стала ходить на сеансы экстрасенсов и практиковать оккультные знания. Вскоре, через три месяца занятий развилась шизофрения, ушла из института с третьего курса получив инвалидность второй группы по психиатрии. До этого была круглой отличницей.



Психические заболевания развиваются также у людей верующих и воцерковленных вследствие сознательного нарушения ими заповедей Божиих и сознательного совершения грехов. Такие психические расстройства относятся к Божиим пощущениям.

Пример. *Воцерковленная девушка полюбила молодого человека и стала с ним сожителем, т.е. жить в блуде. При этом она периодически причащалась Св. Христовых Тайн. Священник наложил на нее прецение и запретил причащаться. Тяжело заболев и осознав свой грех девушка просила исповедать и причастить ее. Пообещала священнику больше не блудить. Через несколько дней после причасти я поступила по скорой помощи в психиатрический стационар в состоянии шизофрении, беспрестанно повторяя: «я не могу совершить грех, но я его люблю, как мне быть?».*

Другой пример. *Во время божественной литургии в прошлом году пожилая прихожанка вошла в алтарь церкви и была поймана в двух метрах от престола. Имели место полная потеря ориентировки в месте и окружающих событиях, помрачение сознания, заторможенность. После выяснения обстоятельств оказалось, что эта женщина регулярно подавала на проскомидию записки, в которые вписывала родственников, ушедших в секты и отрекшихся от Христа. После изъятия записок из свечного ларька психическое состояние восстановилось.*

Нередко развитие психического заболевания или измененного сознания является для нас, священников, индикатором, свидетельством того, что прихожанин совершает неправильные церковные действия: не вычитывает правила перед причащением, живет в блуде, читает или использует оккультную литературу, причащается без подготовки и не натоцкак, берет на себя непосильное молитвенное правило или чрезмерный пост без благословения священника или совершает запрещенные православной церковью молитвы воображительного типа и т.д. Если в этот момент не разобраться и не привести все в должное соответствие вскоре возможно манифестное психическое заболевание.

Условно психических больных на приходе можно подразделить на следующие группы.

По степени постоянства пребывания в приходе

- 1 - постоянные прихожане храма, имеющие психические заболевания
- 2 - церковнослужашие и рабочие, имеющие психические отклонения, не препятствующие выполнению трудовых обязанностей
- 3 - прихожане храма, приобретшие заболевания за время воцерковления и пребывания в храме
- 4 - новоначальные прихожане, имеющие психические расстройства и состоящие на учете в ПНД

По форме сочетанности психического заболевания

- 1 - психическое заболевание, имеющее чисто медицинскую природу
- 2 - психическое заболевание, развившееся в результате оккультного поражения
- 3 - психическое заболевание, развившееся в результате пребывания в секте, нарко-, алкоголе-, киберзависимостей
- 4 - психическое расстройство, явившееся результатом ошибок в духовной жизни и впадения в «прелесть», т.е. имеющее чисто духовную природу.

К каждой из вышеперечисленных групп осуществляется специфический подход.

В приходах конкретная нозологическая форма как правило не имеет принципиального значения. Священнослужителю интересно в первую очередь наличие или отсутствие видений и голосов и их характер – насколько он соответствует характеру демонического воздействия на человека, а также наличие суицидных помыслов и их частота. Все это выясняется во время исповеди больного. Тема пастырской психиатрии рассматривалась в нескольких церковных изданиях – архимандритом Киприаном Керном и игуменом Евмением.

В современных приходах большое количество прихожан имеют те или иные психические расстройства. Для успешной реабилитации психических больных на приходе или поддержания устойчивой ремиссии заболевания существуют различные формы церковного душепопечения.

- 1 – прежде всего участие в церковной жизни и основных таинствах церкви – исповеди и причасти Св.Христовых Тайн
- 2 – объединение в церковно-приходские братства для взаимной поддержки, чтения молитв по согласию, молебнов, акафистов, совместных паломничеств в святые места
- 3 – совместный труд на благо Церкви, конкретного прихода – уборка храма, территории, благоустройство загородных реабилитационных центров, несение разовых послушаний
- 4 – получение специализированной психиатрической и медицинской помощи в епархиальных отделах и православных душепопечительских центрах.

ДПП при «Обществе православных врачей СПб им. Свт. Луки (Войно-Ясенецкого)», был организован в 2000г. В ДПП православные священники и врачи совместно участвуют в лечении духа, души и тела больных на единой мировоззренческой основе. В основе лечебного процесса лежит понимание того, что вне Церкви и церковной жизни достичь основной цели лечения во всей полноте невозможно. В этом свете основная цель лечения – продолжение жизни человека для покаяния.

Одно из направлений в деятельности ДПЦ – оказание специализированной, организованной на благотворительной основе, психологической, психиатрической и психотерапевтической помощи в рамках амбулаторного консультативного приёма в кабинете ДПЦ, консультативного приёма по месту штатной работы, консультаций по телефону и в исключительных случаях – посещения болящих на дому.

Так, за 2007г. была оказана помощь 325 психически больным пациентам, из них 223-м больным на приёме, проведена 101 телефонная консультация, 3 пациента посещены на дому. А всего с 2002г. психиатрами, психотерапевтами и психологами ДПЦ была оказана помощь 1717 пациентам.

Всех пациентов можно разделить на условные диагностические группы:

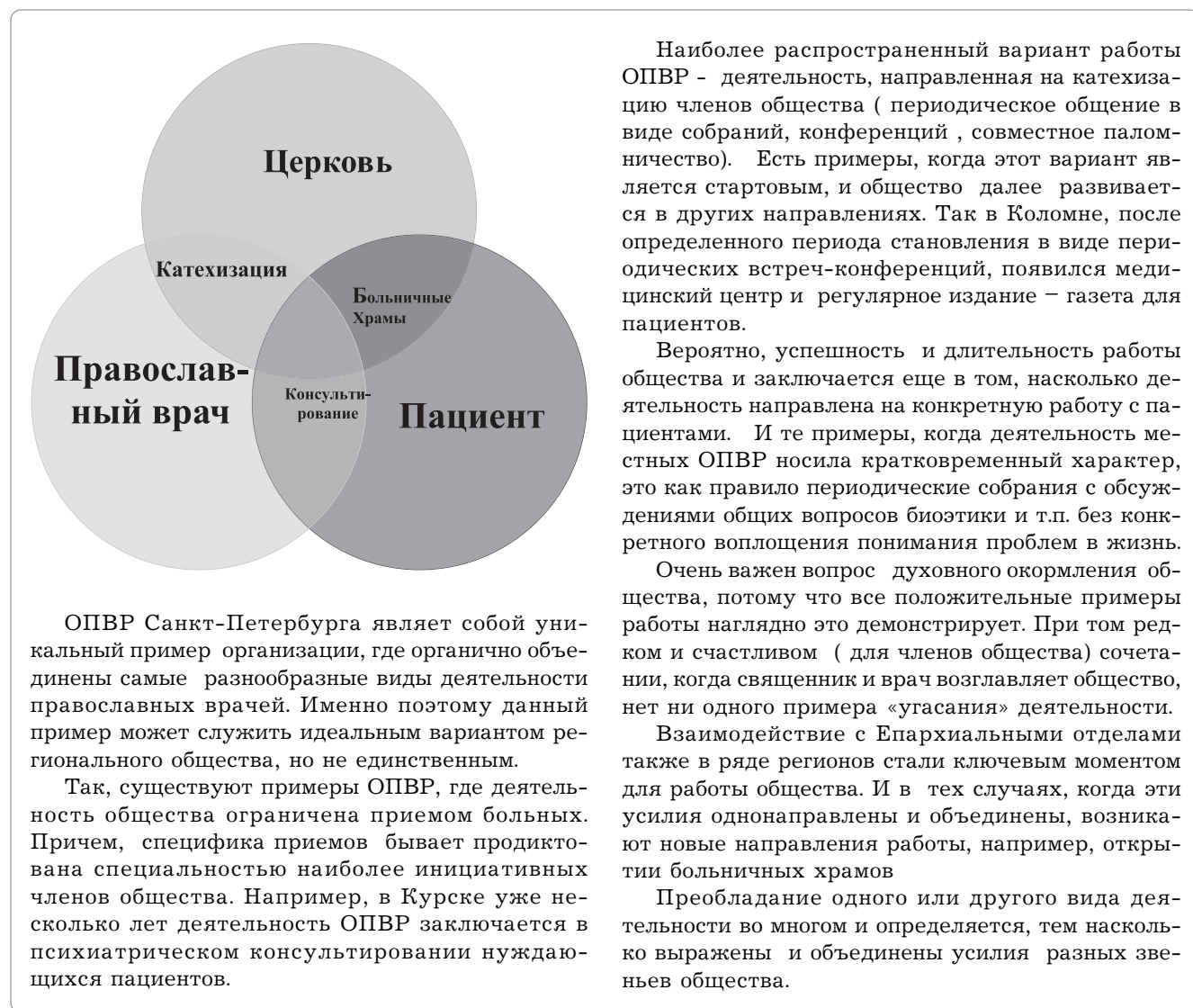
1. Оккультные поражения
2. Оккультные поражения + психические заболевания
3. Психические заболевания и др.

Всего в ДПЦ на данный момент работают 4 психиатра, в т.ч. 1- детский, 1 психотерапевт, 4 психолога, в т.ч. 1- детский.

Основными принципами работы православного психиатра, психотерапевта в ДПЦ являются:

1. Исповедание Православия и привнесение его духовной чистоты в лечебный процесс. Врач, соприкасаясь с душой своего подопечного, должен иметь чувство благоговения, ибо каждый человек обладатель величайшего дара Божьего – святости души, которая есть образ и подобие Творца.
2. Базирование на святоотеческом наследии.
3. Исключение из лечебной работы методов, связанных с насилием над личностью, ложью, лицедейством.
4. Неприятие оккультно-мистических модификаций, механистических психотехник (типа программирования, кодирования и прочих), низводящих богоподобную сущность человека до уровня машины.
5. Обучение пациентов специальным навыкам в аспектах самопознания, духовного совершенствования и нравственного воспитания.

Задачей врача ДПЦ является не только лечебно-консультативная помощь, но и реабилитация лиц с проблемами в психической сфере, а также





тех пациентов, которые пострадали от оккультизма (целителей, колдунов, экстрасенсов и т.п.). Поэтому врачи в беседах с пациентами, помимо профессиональных рекомендаций, стараются привести больного к правильному осмыслению болезни, побудить его к активной работе по выявлению причин заболевания, в основе которого, как правило, лежит греховное начало, повреждающее и тело и душу человека; показать необходимость осознанного очищения через покаяние, путём Исповеди и Причастия святых Христовых Таин. Беседы коррекционного направления осуществляются при неременном тесном взаимодействии со священнослужителями православных храмов.

В процессе общения с пациентами можно отметить следующее: как сам больной, так и его родственники активно ищут контакта с православным врачом, т.е. верующий человек предпочитает обратиться со своими проблемами к верующему врачу, испытывая к нему, по понятным причинам, большее доверие. Целью обращения является уточнение диагноза, удостоверение в правильности рекомендованного лечения, в уточнении и корректировке назначенных доз. Иногда самым важным для пациента оказывается возможность выговориться, рассказать о своих переживаниях, ощущениях, настроении. Зачастую на беседу с пациентом у православного психиатра в ДПП уходит до 2-х часов. Нередко больные начинают вспоминать свою жизнь, эпизоды из детства, юности, кажущиеся для них значимыми; рассказывают о взаимоотношениях в семье, пытаются самостоятельно найти в своих прошлых поступках корни нынешних недугов. Делясь своими переживаниями, больные как бы «раскладывают по полочкам», систематизируют события своей далеко не безупречной жизни и к концу беседы нередко приходят к пониманию необходимости упорядочить свою жизнь, обещают выполнять предписания врача и наставления священнослужителя. Постепенно больной начинает испытывать ощущение сопереживания, понимания, участия и готовность врача бескорыстно помочь ему, в связи с чем снижается уровень тревожности, ослабевает чувство одиночества, беспомощности, укрепляется доверие к врачу, возникает стремление к последующим контактам.

«Б-ной К., 38л., архитектор, женат, имеет дочь. Работая в строительной фирме, перестал справляться с проф. обязанностями, был уволен без выходного пособия. Оказавшись в стрессовой ситуации, самостоятельно справиться с ней не смог: был возбуждён, гневлив. Гнев сменился неверием в собственные силы, отчаянием. Появилось желание отомстить начальнику, готов был к неадекватным действиям. Наблюдаясь в ПНД, получал фармакотерапию, стал испытывать потребность в контакте с православным врачом. Обратился в ДПП.

При проведении консультации подробно рассказал о своих переживаниях и получив рекомендации продолжать назначенное врачом ПНД лечение, посещать храм, богослужения, исповедоваться, причащаться – пациент уже во время беседы постепенно успокоился, почувствовал себя увереннее. Мысли о мести оценил как греховные. В скором времени устроился на новое место работы по специальности, выполняет (не без усилий), предъявляемые требования. Периодически посещает как своего лечащего врача в ПНД, так и психиатра в ДПП».

В подобных случаях православный врач оказывается в деликатной ситуации, ибо в его задачу входит корректировка отношения пациента со своим светским коллегой (врач ПНД) – без применения медикаментозных средств ослабить настороженность и недоверие б-го; не высказывая сомнения в установленном диагнозе или назначенном лечении, мягко, с корректной настойчивостью объяснить роль лечащего врача, необходимость постоянно наблюдаться у него и вместе с ним, как с заслуживающим доверие профессионалом, решать медицинские и некоторые соц. вопросы (назначение инвалидности, опеки, рекомендации о смене работы и т.д.)

Оказывая консультативную помощь больному, врач, в свою очередь, ощущает необходимость целостного рассмотрения различных психических проявлений у человека во всей полноте и естественном, органичном сочетании его духовного и психофизического бытия. Т.е. перед врачом встает задача уточнить, что в переживаниях больного является проявлением нарушения мозговой деятельности, поражения «естества» и требует медикаментозного лечения; и что в его страданиях имеет непосредственно духовную причину и следовательно, требует духовного врачевания.

Известно, что нарушения при так называемой «пограничной патологии» являются следствием личностного склада пациентов и в большинстве своём определяются духовными причинами.

Анализируя динамику посещений нужно заметить, что в первые годы работы ДПП наиболее многочисленную группу составляли пациенты с оккультными поражениями. Активная работа по реабилитации этой группы привела к значительному улучшению (в 80% случаев) психического состояния пациентов а, следовательно и к снижению числа посещений психиатра.

В последние годы растёт число посещений больных с психическими расстройствами. Большая часть этой группы состоит на учёте в ПНД, периодически лечится в стационаре, принимает (нерегулярно) психотропные препараты.

Но даже у этих больных с выраженной психопатологической симптоматикой по мере воцерковления (не всегда успешного) можно отметить пе-

риоды улучшения в психическом статусе: снижение степени эмоционального напряжения, внутренней агрессивности, возбудимости, уменьшение чувства страха, тревоги, навязчивостей, наплыва галлюцинаторных переживаний. Больные сами отмечают улучшение своего состояния после принятия ими Святого Причастия, даже если это улучшение кратковременное. Благоприятное влияние молитвы отмечено многими верующими больными. Молитва не только смягчает больного, позволяет проводить с ним коррекционные беседы, но иногда освобождает от тяжёлых психических переживаний:

«Б-ной Р., 43 л., в течение ряда лет страдает тяжёлым психическим расстройством, постоянно принимает поддерживающие дозы нейролептиков. К своему состоянию относится с частичной критикой. Периодически испытывает приступы слуховых псевдогаллюцинаций императивного характера. Во время одного такого, особенно мучительного, приступа бросился на колени перед образом Спаса Нерукотворного и в течение 2-х часов непрерывно произносил Иисусову молитву. Галлюцинации прекратились!!!»

При наличии в статусе больного суицидальных мыслей, реализация таковых у верующих осуществляется значительно реже, чем у больного, не нашедшего ещё дорогу к Храму. Воцерковлённый депрессивный больной обычно говорит: «Мне тяжело, нет желания жить, но я никогда не наложу на себя руки – это непростительный грех».

Регулярное посещение храма, Частое Причащение Святых Христовых Таин смягчает течение

психического заболевания, снимает агрессию, стимулирует компенсаторные возможности человека и зачастую позволяет снизить дозы принимаемых психотропных препаратов.

В завершение хочется уделить внимание вопросу безопасности врача при работе с оккультно-поражёнными пациентами. Исходя из личного опыта приёма подобных больных хочется сказать, что сам неоднократно во время беседы с ними испытывал такие симптомы, как внезапную слабость, головокружение, приступы сильной головной боли, тошноты. Приходилось немедленно прекращать приём, просить пациента выйти из кабинета, самому прибегать к молитве и принятию святой воды. Поэтому сосуд со святой водой обязательно должен присутствовать в кабинете у врача, также как и иконы. Подобные ситуации возникали с пациентами, чей анамнез был отягощён длительным пребыванием в сектах, многократным посещением экстрасенсов, всевозможных целителей, магов и чародеев с участием в различных обрядах и ритуалах, а также самих занимавшихся оккультными техниками.

В заключении следует отметить, что к глубокому сожалению сегодня в церковь люди приходят не по доброй воле познания Бога, а в основном для решения выхода из кризисных жизненных ситуаций, в том числе связанных с развитием психического заболевания у себя или близких родственников. Количество психически больных прихожан в последнее время имеет тенденцию к дальнейшему увеличению.



ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ У ДЕТЕЙ – «ПЛОХАЯ ЭКОЛОГИЯ», «ГЕНЕТИКА» ИЛИ ОТСУТСТВИЕ СТРАХА БОЖИЯ У РОДИТЕЛЕЙ?

(на примере г. Ангарска)

*Иван Владимирович ГАЙКАЛОВ,
сотрудник отдела религиозного
образования Иркутской епархии*

Введение

Цель работы: проведение анализа зависимости экзогенных факторов среды (на примере атмосферных выбросов промышленности и автотранспорта) и частоты рождения детей с антенатальными патологиями.

Задачи:

1. Проанализировать имеющиеся литературные данные по рассматриваемой проблематике;
2. Оценить географические и климатические характеристики города Ангарска и его окрестностей;
3. Провести сбор данных о количестве совокупных выбросов в городе Ангарске и его окрестностях в течение ряда лет (с 1982 года по 1995 год), в рамках которого было бы возможно применение статистических методов исследования.
4. Выявить динамику количества совокупных выбросов загрязняющих веществ в городе Ангарске и его окрестностях в изучаемый период.
5. Собрать и проанализировать данные о частоте рождения детей с врожденными пороками развития, количестве спонтанных аборт и постнатальной смертности.
6. Проанализировать взаимосвязь между экзогенными факторами среды и антенатальными патологиями в городе Ангарске в изучаемый период.

Актуальность проблемы: проблема детских пренатальных патологий очень остро стоит в России в целом и Иркутской области в частности. Более того, Иркутская область занимает одно из первых мест по количеству детских пренатальных патологий среди остальных регионов Российской Федерации. Необходимо отметить, что рассматриваемая проблема представляет собой одно из центральных и в то же время малоизученных направлений экологии, эмбриологии и медицины, имею-

щее важное теоретическое и прикладное значение. В настоящее время существует большое количество данных о негативном воздействии факторов окружающей среды (главным образом антропогенных) на здоровье матери и ребенка. Тем не менее, до сих пор практически нет данных, описывающих реальную степень воздействия этих факторов на процесс антенатального развития. Не меньшее значение данная проблема занимает в поле деятельности Русской Православной Церкви. Одной из задач, которая всегда ставилась перед Церковью, является сохранение в чистоте духа и тела православных христиан. Врожденные пороки, как показала история человечества, и специализированные научные исследования нередко являются следствием прямого нарушения заповедей Господних.

Объект исследования: частота антенатальных патологий.

Предмет исследования: взаимосвязь врожденных патологий и экзогенных факторов.

Гипотеза: промышленные атмосферные выбросы в городе Ангарске и его окрестностях являются основной причиной увеличения частоты рождения детей с антенатальными патологиями.

Методологическую основу исследования составляют работы С. Стокгарда, Е. Д. Черствого, П. Г. Светлова, а также Прусакова В.М.

Методы исследования: в ходе работы были применены следующие методы: библиографический анализ, сбор и группировка данных, метод графического представления данных, методы описательной статистики, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, метод регрессионного анализа.

Научная новизна и практическая значимость: данная работа посвящена изучению взаимосвязи экзогенных факторов среды и нарушений пренатального развития ребенка. Эта проблема на сегодняшний день стоит особенно остро и имеет мно-

жество неразрешенных вопросов. В работах, посвященных рассматриваемой проблематике, проводившихся ранее, не проводился статистический анализ связей экзогенных факторов и частоты врожденных патологий. Тем более, по отношению к городу Ангарску, такой анализ не проводился вообще. Между тем, известно, что город Ангарск занимает одно из лидирующих мест по показателю частоты пренатальных патологий в Иркутской области и России в целом.

Врожденные пороки развития: теоретический анализ проблемы

Одной из наиболее острых проблем как медицинских, так и социальных на сегодняшний день является увеличение количества рождающихся детей с врожденными патологиями или, как их чаще называют в народной среде, «уродствами». Термин «уродство» не случайно взят в кавычки, так как является скорее социальным, чем строго научным и, кроме того, далеко не всегда точно отражает всю широту проблемы. Проблема появления детей с перинатальными патологиями остро стоит на протяжении всего периода существования человека как биологического вида. Наиболее древние следы повышенного внимания к этой стороне человеческой жизни встречаются в глубинах неолитических пещер, так, например, на австралийском континенте в пещерах найдены рисунки изображающие сиамских близнецов. Приблизительный возраст данных изображений насчитывает около 13000 лет. Еще большей известностью пользуется древнеегипетское (свыше 5000 лет назад) изображение больного с хондродисплазией. В Вавилонской клинописи (3800 – 2000 лет до нашей эры), переведенной и изданной Британским музеем в 1870 году, имеется таблица, в которой определены 62 врожденных порока, а в иудейском Талмуде, отредактированном во втором веке до нашей эры приводится перечень более 100 видов врожденных пороков и аномалий. Именно поэтому он является наиболее полным из всех древних источников. [Лазюк, 1981].

В течение человеческой истории появление ребенка с врожденной патологией вызывало страх и отторжение. До появления христианской веры судьба таких детей была одинакова – смерть. Наиболее показательным примером является практика принятая в древней Спарте, где таких детей просто сбрасывали со скалы, на которой стоял город. Но и в христианской цивилизации все было далеко не безоблачно. Многие слышали об «охоте на ведьм», возникшей в среде католической и протестантской Европы, одной из причин, которой было рождение детей с врожденными аномалиями. Для подтверждения этого преследования, можно привести цитату из официальных «Настав-

лений к допросу ведьм»: «...Вредила ли она в силу своей клятвы людям и кому именно? Ядом? Прикосновением, заклятиями, мазиями? Скольких она до смерти извела мужчин, женщин и детей? Сколько беременных женщин?... Как она добывает уродов, которых подкидывает в колыбели, и кто дает их?...» [Шпренгер, Инститориус, 1990]. Хорошо видно из приведенного текста отношение средневековых людей к таким случаям. Нередко при этом не «искали ведьму» на стороне, а обвиняли несчастную мать в сожительстве с фавнами, демонами или даже с самим Дьяволом. В случае такого обвинения женщину нередко ждал костер, а ребенка сбрасывали со скалы или хоронили заживо.

Христианство всегда рассматривало врожденные пороки у детей как следствие греховной жизни родителей и во многих аспектах такое отношение оказывается абсолютно верным. В то же время в обществе культивируется мнение о том, что основной причиной врожденных патологий является неблагоприятная экологическая обстановка. При этом часто умалчивается факт влияния социальных «болезней» современного общества – повсеместного алкоголизма (в том числе и среди молодежи), огромного количества наркозависимых. Современная пропаганда свободного образа жизни не стесненной никакими рамками, проводимая в СМИ, также превратилась в своеобразный экзогенный фактор, в силу того, что такая жизненная позиция ведет к распространению в обществе блудных пороков, которые являются одной из наиболее серьезных причин появления детей с ВПР, вследствие воздействия на формирующегося в утробе матери-блудницы ребенка биологических инфекций передающихся половым путем (примером такого воздействия могут служить случаи рождения детей с врожденным сифилисом и ВИЧ, который хотя и не приводит в отличие от сифилиса к видимым патологиям, но обрекает ребенка на недолгую мучительную жизнь). Для понимания причин возникновения врожденных патологий приведем их классификацию.

Классификации причин врожденных пороков развития

В качестве классификационного критерия выступает этиология (причина возникновения) пороков.

Причины возникновения врожденных пороков развития можно классифицировать по выбранному критерию следующим образом [Петровский, 1986]:

1. Эндогенные
2. Экзогенные
3. Мульти-факториальные



Эндогенные причины

В группу **эндогенных** пороков входят наследственные заболевания, являющиеся следствием либо генетических изменений (мутаций) кариотипа гамет, либо подобных изменений в стадии зиготы. Из-за того, что изменения происходят на различных уровнях организации генетического материала, различают генные, хромосомные и геномные мутации. [БЭС «Биология», 1998]

Генные мутации – это изменения состояния гена на молекулярном уровне, которые происходят вследствие изменения основания, делеции либо замены нуклеотида. Этот тип мутаций захватывает как нуклеарные гены, так и цитоплазматические (гены органоидов клетки).

Хромосомные мутации (абберации) – это изменение структур хромосом более чем в одной нуклеотидной паре. В их число входят **транслокации, делеции, дупликации и инверсии**. [БЭС «Биология», 1998]

При всем разнообразии структурных перестроек хромосом, клинически все хромосомные болезни, связанные с этими перестройками, сводятся к последствиям либо частичных трисомий, либо частичных моносомий.

Геномные мутации – это изменения количества хромосом. Выделяется несколько форм геномных мутаций, сообразно кратности увеличения числа: анеуплоидии и полиплоидии.

Анеуплоидные мутации могут возникать в результате либо прибавления хромосом (три-, полисомии), либо утраты одной из хромосомы (моносомии). Крайне редкой формой анеуплоидии являются нуллисомии – утрата пары хромосом. Наиболее известными формами трисомии являются синдромы Дауна (21 пара хромосом) и Патау (13 пара хромосом), наиболее известной формой моносомии является синдром Тернера-Шерешевского (X0) – утрата парной X-хромосомы у детей женского пола. [Грин и др., 2003; Билич, 2002]

Мутации на всех уровнях организации могут возникать спонтанно (1/100000 детей), являясь следствиями изменений внутренней клеточной среды, и как следствие воздействия индуцирующего внешнего фактора. Индуцированные мутации составляют подавляющее большинство среди пороков развития, возникающих вследствие эндогенных причин. [Жимулев, 1998]

Экзогенные и мульти-факторные причины

Многие врожденные аномалии возникают в результате воздействия **экзогенных факторов**. Экзогенными принято называть пороки, возникшие в результате действия тератогенных факторов, то есть факторов внешней среды, вызывающих, в

случае воздействия во время эмбриогенеза, нарушение развития тканей и органов. Согласно принятой классификации, экзогенные факторы среды подразделяются на следующие типы:

- физические факторы – радиационные, механические;
- химические факторы – лекарственные вещества, химические вещества, применяемые в промышленности и в быту, неполноценное питание;
- биологические факторы – возраст родителей, вирусы, протозойные инфекции.

Поскольку пороки развития, вызванные тератогенами, могут копировать генетически детерминированные пороки развития, их нередко называют **фенокопиями**. В то же время фенокопии в клинической практике наблюдаются редко, достоверных же случаев фенокопий хромосомных и генных синдромов множественных врожденных пороков у человека вообще не описано. [Ярыгин, 2003].

Мульти-факториальными называют пороки, которые развиваются под влиянием как экзогенных, так и генетических факторов. Также в эту группу объединены все пороки развития, в отношении которых четко не выявлены генетические или средовые причины. По данным научной группы ВОЗ, пороками мульти-факториальной этиологии называют те, которые произошли от совместного воздействия генетических и экзогенных факторов, причем ни один из них отдельно не является причиной порока. [Лазюк, 1981]

Условность приведенной этиологической классификации очевидна, поскольку генные и хромосомные мутации, лежащие в основе наследственных пороков, также индуцированы различными факторами. Более того, исходя из положения, что «нет такой черты фенотипа, которая была бы совершенно независима от генотипа или среды» [К. Штерн], в происхождении врожденных пороков имеют определенное значение как генетические, так и средовые факторы. Вместе с тем для профилактики врожденных пороков и медико-генетического прогноза важно знать, какой фактор является ведущим в происхождении порока (генетический или средовой). Уровень наших знаний не позволяет в каждом конкретном случае установить ведущий фактор, однако мы должны к этому стремиться. По данным Ф. Фрейзера (1977), среди известных причин пороков около 40% приходится на мутации и около 50% пороков мульти-факториального происхождения. [Лазюк, 1981]

За последние несколько лет были проведено много исследований взаимосвязи частоты рождения детей с перинатальными патологиями и различными генетическими, эндо- и экзогенными факторами. Одной из таких работ является и данная квалификационная дипломная работа, напи-

санная и представленная к защите в 2004 году. В данной работе рассматривалась степень корреляции между частотой появления детей с ВПР (врожденный порок развития) и экзогенными атмосферными химическими факторами, на примере города Ангарска Иркутской области во временной выборке с 1982 по 1995 годы. Выбор данного класса токсикантов объясняется их преобладающей значимостью в ряду экзогенных факторов в данном регионе, а также тем фактом, что наиболее опасным является ингаляционный путь поступления токсинов в организм.

Как уже подчеркивалось выше, на сегодняшний день, наиболее распространенным мнением среди населения (а подчас даже специалистов в сфере медицины и экологии) о причинах случаев антенатальных патологий является тезис, что частота появления детей с ВПР напрямую коррелирует с экологической ситуацией (причем, наиболее часто, именно с химическим загрязнением среды) в рассматриваемом регионе или населенном пункте. Причем особенно часто такие мнения можно услышать в городах с развитой химической промышленностью, в число которых входит Ангарск.

Действительно показана положительная трендовая корреляция между физическими экзогенными факторами, такими как ионизирующее излучение, но такие данные получены в регионах с резко повышенным среднегодовым радиационным фоном, например, в Аларском и Осинском районах Усть-Ордынского Бурятского автономного округа, где радиационный фон повышен вследствие ветрового переноса атмосферных воздушных масс с Семипалатинского ядерного полигона, где в течение большого временного промежутка проводились ядерные испытания с 1949 по 1962 годы. [Хабибуллина, 2003] По сравнению со средними значениями по

Иркутской области, значения радиационного фона в названном районе превышают в несколько раз. Причем данные по городу Ангарску даже в территориях близко расположенных к АЭХК (Ангарский электролизно-химический комбинат) не выходят за рамки среднестатистических по области.

Что же касается воздействия химических реагентов источником которых является химическая (например, нефтеперерабатывающая) промышленность на формирующийся в материнской утробе плод, то, как ни парадоксально это прозвучит, ситуация здесь совсем не соответствует ожидаемой. Чаще всего предполагается прямая (причем, часто можно услышать мнение и четкой выраженности) коррелятивная зависимость. Но как показали статистические исследования ситуация чаще всего прямо противоположная. Схожие результаты получены (исследования проводились в городе Ангарске, независимо друг от друга в разные периоды времени) разными исследователями (академик РАМН Бочков Н. П., 1998 – 1999, Гайкалов И. В., 2004). Далее приведены статистические данные, полученные в процессе написания данной работы. В течение выбранного временного периода наблюдалось снижение аэровыбросов химических предприятий по всем основным соединениям имеющим доказанный тератогенный эффект. Приведем несколько цифр. В представленной ниже Таблице 1 четко прослеживается последовательное уменьшение количество выбрасываемых в атмосферу токсикантов. В качестве основного источника информации послужила форма статистической отчетности 2ТП-воздух утвержденная Министерством по природным ресурсам РФ¹. В данном отчете приводятся данные об атмосферных выбросах основных промышленных предприятий города за период с 1982 по 1995 годы (Табл. 1).

Таблица 1. Динамика промышленных выбросов в атмосферу города Ангарска в период 1982 – 1995 годов (в тыс. тонн)

Год	Диоксид серы*	Оксиды азота	Твердые	Оксид углерода	Аммиак	Фенолы	Сероводород	Углеводороды	Всего
1982	151,22	34,90	143,03	99,35	1,08	0,28	1,28	118,95	550,09
1983	150,20	34,59	144,64	98,58	0,95	0,25	1,18	115,63	546,01
1984	143,57	36,66	146,12	92,32	0,97	0,23	1,05	110,08	530,99
1985	130,09	36,49	134,37	88,76	1,62	0,92	0,92	107,26	500,44
1986	124,83	33,02	139,63	64,53	1,41	0,20	0,84	106,72	471,17
1987	134,96	29,38	121,38	63,31	1,37	0,19	0,22	106,59	457,39
1988	129,39	29,85	106,92	61,47	1,31	0,16	0,79	98,74	428,62
1989	116,10	27,67	67,23	43,48	1,16	0,12	0,65	89,29	345,71
1990	122,77	26,53	99,32	45,79	1,28	0,08	0,35	79,12	375,23
1991	106,08	60,12	81,83	24,79	0,95	0,08	0,36	78,29	352,48
1992	96,80	47,60	59,74	22,96	0,95	0,06	0,36	75,37	303,83
1993	90,81	42,94	51,27	20,41	0,79	0,05	0,22	58,44	264,93
1994	82,69	28,42	43,28	16,49	0,90	0,06	0,19	53,32	225,34
1995	84,83	30,45	38,80	14,96	1,02	0,06	0,11	55,73	225,96

Примечание: * – среднегодовые показатели по всем источникам загрязнения.



Следует отметить, что количество выбросов токсичных соединений автотранспортом даже на период 2000 года составляет всего 7% от общего количества аэровыбросов. Эти значения значительно уступают таковым в Иркутске – 51% или Усть-Илимске – 20 %. Также следует отметить значительно более низкие показатели вклада автотранспорта в начале изучаемого периода, что связано с меньшим количеством его в частном владении.

В целом, по всем классам анализируемых веществ, в исследуемый период происходит заметное снижение количества вредных выбросов в атмосферу (Табл. 1), что может быть связано с постройкой в середине 80-х годов очистительных комплексов, а также снижением производственных мощностей в 90-е годы. Тем не менее, снижение количества выбросов происходило достаточно медленно с некоторыми колебаниями, в течение всего этого времени.

По классам веществ, основной вклад в загрязнение атмосферы вносят диоксид серы, твердые вещества (комплекс различных твердых мелкодисперсных соединений), углеводороды и оксид углерода. Менее четко прослеживается вклад оксидов азота. Фенольные соединения, аммиак и сероводород выделяются не в столь значительных количествах, но эти соединения отличаются крайне высокой токсичностью, как для взрослого населения, так и для детей. Еще более выражено их эмбриотоксическое и тератогенное действие. Подобная ситуация сохраняется в течение всего изучаемого периода.

Отдельного рассмотрения заслуживают вещества источниками, которых являются все промышленные производства города. Кроме того, критерием отбора служит их тератогенное воздействие на формирующегося ребенка.

Наибольший интерес вызывает динамика поступления оксида углерода и оксидов азота, способных индуцировать гипоксические нарушения в организме матери и плода, в связи с инактивацией гемоглобина в эритроцитах; твердых соединений и углеводородов. Также интересно рассмотреть динамику изменения количества выбрасываемого диоксида серы, тератогенное действие которого пока не доказано, но который является основным загрязнителем атмосферы.

Для наглядности приведем данные представленные в таблице в графическом виде.

В рассматриваемый период, наблюдается резкое снижение количества выбрасываемого оксида углерода, особенно заметное в девяностые годы. Данная тенденция была подтверждена при расчете коэффициента регрессии (R_x/y), показавшего уменьшение выбросов оксида углерода в рассматриваемый период на 7,42 тыс. тонн. Подобная динамика снижения количества выбросов, хотя и

не столь выраженная, обнаруживается и при построении графиков для оксидов серы, твердых веществ (например, сажи), углеводородов и фенольных соединений. Доказано, что воздействие большинства этих соединений (кроме оксидов серы, действие которых до сих пор вызывает дискуссии) имеет выраженный тератогенный и эмбриотоксический эффект.

Несколько отличная динамика наблюдается при анализе выбросов оксидов азота. Наибольшие количества этих соединений, крайне токсичных для развивающегося ребенка, поступали в атмосферу до 1980 года, то есть до начала временного периода выбранного для исследования. В 1980 году были построены очистные сооружения, значительно снизившие уровень поступления в атмосферу этого класса соединений. Тем не менее, количество выбрасываемых оксидов азота в заданный временной промежуток существенно, особенно заметным оно становится в период начала 90-х годов, что связано с повышением выбросов оксидов азота теплоэлектроцентралями города и, в некоторой степени, увеличением количества автотранспорта. Наибольшая их концентрация приходится на 1991 год, причем такой резкий прирост был скачкообразным и, лишь к 1994 году, количество вновь достигло прежних отметок. В целом следует отметить стабильно высокие показатели выбросов оксидов азота, с небольшим ежегодным приростом (по данным коэффициента регрессии темп прироста за изучаемый период (с учетом скачкообразного увеличения количества выбросов 1991 – 1993 годов) составляет 0,29 тысяч тонн в год).

Территория города Ангарска в целом отличается неблагоприятными фоновыми климатическими условиями, недостаточными для поддержания необходимого уровня чистоты воздуха при интенсивном промышленном освоении. На территории города в течение года преобладают штили, не способствующие рассеиванию атмосферных выбросов.

Район города относится к местностям с высоким потенциалом загрязнения атмосферы и плохой самоочищающейся способностью. Ситуация усугубляется местными мезоклиматическими особенностями формирования климата различных ландшафтов и орографического строения местности.

В свою очередь, создание мощного территориально-промышленного комплекса, являющегося источником значительных тепло-, паро-, газовыделений, в районе с неблагоприятными метеорологическими условиями и своеобразной орографией местности (город расположен на территории, очерченной двумя реками) привело к созданию дополнительных условий, в свою очередь, ухудшающих процессы рассеивания выбросов. Это, прежде всего,

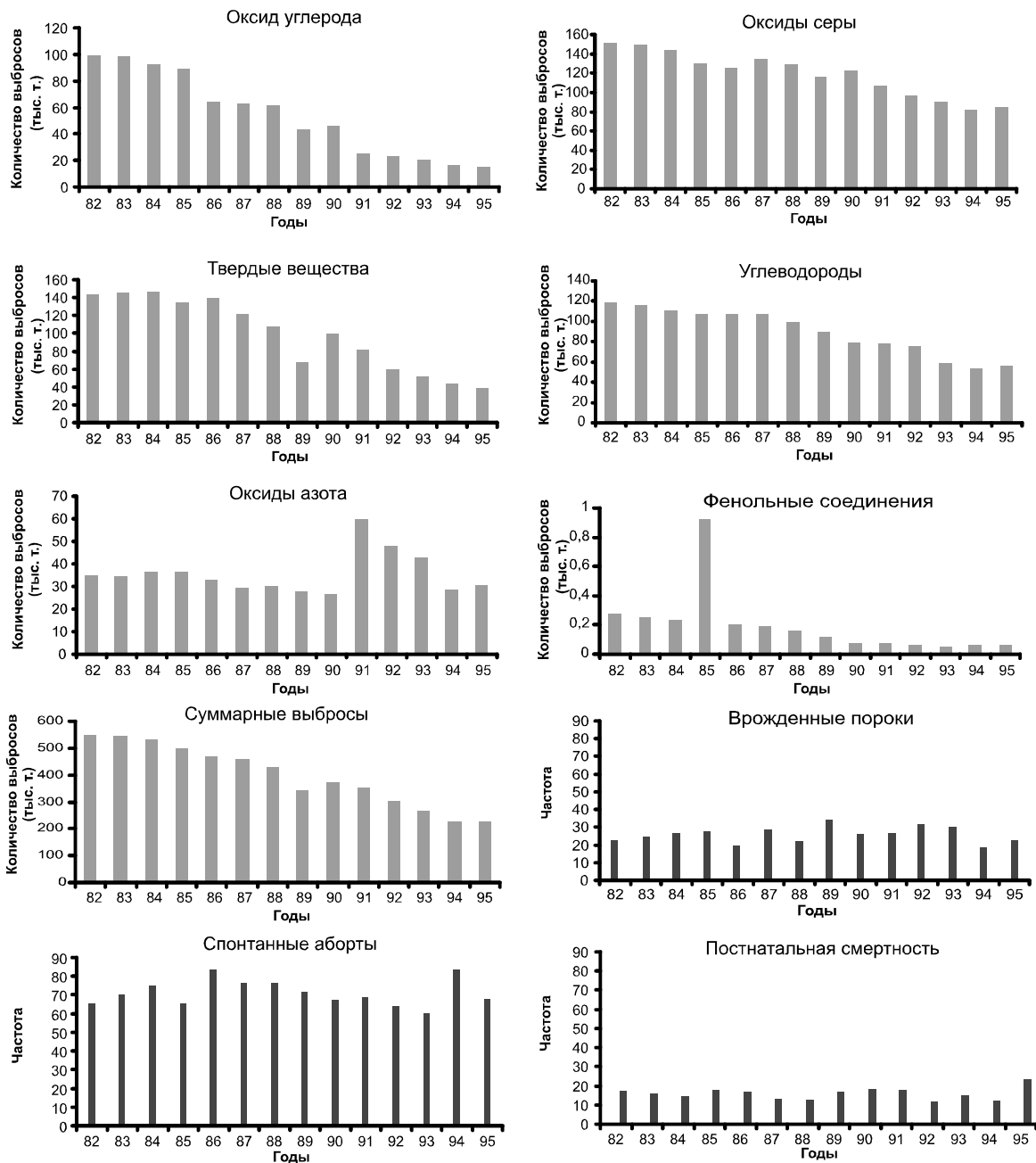


Рисунок 1. Графики динамики изменения количества аэровыбросов за период 1982 – 1995 гг. в г. Ангарске и частот рождения детей с ВПР, спонтанных абортов и постнатальной смертности.

возникновение микроциркуляций воздуха, изменение вида, мощности и глубины инверсий, образование местного задерживающего слоя при слабой ветровой деятельности, увеличение числа туманов, дымок, мглы промышленного происхождения.

При штилевых и близких к ним состояниях в районе рассматриваемого промышленно-энергетического комплекса возникают местные горизонтальные и вертикальные потоки, создавая условия как бы замкнутой циркуляции и способствующие повышению загрязнения воздуха на расстояниях 2 – 3 км от промплощадки. Наиболее значительно и регулярно повторяющиеся местные воздушные потоки возникают над территорией, расположен-

ной к западу от промышленной площадки АО АНХК, в том числе имеющей жилую застройку. Выявленные особенности ветровых условий, очевидно, обусловлены влиянием, прежде всего, АО АНХК как источника тепла [Прусаков, 1996].

Прежде чем начать рассмотрение корреляций между предложенными факторами необходимо остановиться подробнее на так называемых социально-биологических факторах химической природы, в число которых входят продукты сгорания табака и психотропные вещества: этиловый спирт и наркотические средства. Для России проблема злоупотребления этими веществами стоит на первом плане.



В состав табачного дыма входит целый комплекс веществ с различной степенью токсичности. Наиболее токсичными для зародыша являются никотин, бенз(а)пирен и полоний – токсичный радиоактивный элемент, свободно проникающие через плацентарный барьер, а также оказывающие токсическое действие на организм матери. Действие никотина в основном проявляется в нарушении функции ЦНС (возбуждение, сменяющееся торможением), а также на деятельности сердечно-сосудистой системы. Никотин влияет на дыхательный центр матери, способствуя артериальной гипертензии и тахикардии, что приводит к плодной гипоксии. Пренатальную гипоплазию объясняют прямым воздействием никотина на сосуды матки. Бенз(а)пирен и полоний могут стать индукторами эмбриональных онкологических патологий, чаще всего приводящих к внутриутробной смерти ребенка [Бодяжина, 1963; Петровский, 1986].

Среди психотропных веществ наиболее часто в России применяется этанол. Употребление алкоголя может привести к нарушению гаметогенеза и последующим гамеопатиям. Но значительно более опасно воздействие алкоголя на ребенка во время его пренатального развития, приводящее к развитию алкогольной эмбриофетопатии, характеризующейся резким умственным и физическим отставанием развития, что связано с органическим повреждением ЦНС и других органов систем.

Л. О. Бадаляном и Е. М. Мастюковой прослежены особенности последующего развития фетального алкогольного синдрома. Уже в первые годы жизни у таких детей наблюдается отставание в психомоторном, особенно речевом развитии, часто сочетающееся с гипертонической и двигательной расторможенностью.

Развитие синдрома связывают со снижением в тканях эмбриона и плода содержания фолиевой кислоты, которое развивается под воздействием ацетальдегида, длительно циркулирующего в крови, поскольку у плода уровень алкогольдегидрогеназы, метаболизирующей алкоголь, составляет всего 10% от нормы для взрослых. Дозовая зависимость не определена и во многом индивидуальна. По некоторым данным алкогольный синдром развивается в 70% при хроническом употреблении алкоголя во время беременности, причем только в том случае, когда содержание ацетальдегида в крови матери достигает 30 мкмоль/л [Лазюк, 1981; Бадалян, 1984].

Наркотические средства не дают определенного специфического спектра ВПР, но, тем не менее, они обладают четко выраженным общетоксическим эффектом, который в особенности проявляется в организме формирующегося ребенка. Показано увеличение числа спонтанных аборт у матерей страдающих наркотической зависимостью.

Связь антенатальных патологий с аэровыбросами в городе Ангарске и его окрестностях за четырнадцать лет

В качестве показателей динамики частоты врожденных пороков были использованы численные данные, собранные городским отделом здравоохранения города Ангарска. Оцениваются следующие критерии: частота врожденные пороков развития, частота спонтанных аборт и показатель постнатальной смертности. В результате исследования необходимо выявить корреляционную зависимость между частотой пренатальных патологий и количеством выбросов промышленных предприятий города, а также транспортных средств.

Для того чтобы определить степень корреляции между атмосферными выбросами и частотой рождения детей с пренатальными патологиями необходимо проанализировать динамику частоты пренатальных заболеваний в городе в течение исследуемого периода. Прежде всего, следует отметить, что антенатальные патологии можно разделить на несколько групп по тяжести поражения организма плода. Условно выделим патологии, приводящие к врожденным порокам развития, внутриутробной смерти и спонтанному абарту, а также заболевания, с возникновением которых ребенок рождается нежизнеспособным и погибает в первые часы после рождения (постнатальная смертность).

Эти показатели необходимы для оценки степени воздействия тератогенных факторов, вне зависимости от их природы, а также для анализа наиболее частых патологий. Данные о врожденных патологиях, приведенные в представленном выше рисунке (на 1000 новорожденных).

Несмотря на то, что большинство показателей атмосферных выбросов неуклонно (лишь с небольшими колебаниями) снижается, тем не менее, частота врожденных патологий колеблется в ограниченных пределах, более того на 1986 и 1994 годы приходятся скачки тяжелых врожденных патологий, приведших к спонтанному абарту. Отсюда следует вывод, что вместо ожидаемого спада количества антенатальных патологий, мы наблюдаем стабильно высокие значения этих показателей на протяжении всего исследуемого периода.

Показать положительную либо отрицательную динамику по полученному графическому представлению тенденций изменения антенатальных патологий в период 1982 – 1995 годов не представляется возможным. Графический метод может считаться начальным этапом визуализации данных, не всегда четко показывающим те или иных изменения показателей. В современной доказательной биологии для этих целей используются

различные статистические критерии. Одним из таких критериев является коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R_s).

Данные, полученные указанным критерием, приведены в табл. 2.

Используя коэффициент регрессии для основных веществ, исследуемых в работе, было показано, что по большинству показателей количество выбросов неуклонно снижается, причем показательно снижение количества соединений, эмбриотоксическое и тератогенное действие которых является абсолютно доказанным – оксида углерода ($R_x/y=-7,42$), твердых соединений ($R_x/y=-9,32$) и углеводов ($R_x/y=-5,34$). Оксиды азота, также как и оксид углерода, способные индуцировать врожденные пороки развития, имеют отличную от рассмотренного ранее динамику – небольшой, но постоянный прирост количества выбросов ($R_x/y=0,29$).

Рассмотрим подробнее те же показатели применительно к врожденным патологиям. С учетом предыдущего разделения антенатальных патологий на три основных группы при помощи коэффициента регрессии были получены следующие результаты: врожденные пороки и частота постнатальной смертности выявили динамику небольшого увеличения частоты (0,078 и 0,064 соответственно). Спонтанные абортс напротив имеют динамику снижения ($R_x/y=-0,154$). Исходя из этого, можно предположить некоторую тенденцию к снижению общего количества тяжелых пренатальных патологий в городе Ангарске, что возможно связано со снижением выбросов веществ – токсикантов, так как некоторое количество пренатальных патологий, так или иначе, было индуцировано поступлением в организм матери именно этих соединений.

Отсутствие достоверных значений корреляции между исследуемыми показателями может быть объяснено мульти-факториальностью воздействий на организм плода. Это вполне согласуется

с данными Ф. Фрейзера приведенными выше. Также необходимо подчеркнуть, что в данной работе были исследованы воздействия только химических факторов, которые являются лишь составной частью всего спектра экзогенных причин. Тем не менее, известный факт, что химические загрязнители атмосферы значительный вклад в увеличение частоты антенатальных патологий. Это подтверждается тенденцией к снижению частоты спонтанных абортс, вслед за снижением количества выбросов.

Процесс пренатального развития ребенка крайне сложен и многостадийен. И если внимательно проанализировать графики динамики пренатальных патологий, то можно отметить, что всплески их частоты приходятся на годы социальных и экономических кризисов. Доказано, что в подобные периоды увеличивается количество новорожденных с синдромом алкогольной эмбриофетопатии и врожденных пороков, причиной которых являются поражения плода факторами биологической природы. По данным ежегодных отчетов Ангарского городского Дома ребенка, в эти периоды преобладали именно указанные врожденные пороки, а также пороки, вызванные генетическими нарушениями (например, синдром Дауна). Данные восьмидесятых и девяностых годов несколько отличаются, так как в восьмидесятые годы среди врожденных пороков (с доказанной индукцией экзогенными факторами среды) преобладал синдром алкогольной эмбриофетопатии, а в девяностые годы – врожденные пороки, вызванные венерическими заболеваниями (в том числе врожденный сифилис и врожденная ВИЧ-инфекция).

Выводы

Исходя из всего выше сказанного, можно сделать следующие выводы о том, что проблема появления детей с врожденными патологиями

Таблица 2. Оценка связей между врожденными патологиями и экзогенными факторами в городе Ангарске и его окрестностях

Патологии	Загрязняющие вещества							
	Диоксид серы	Оксиды азота	Твердые	Оксид углерода	Аммиак	Фенолы	Сероводород	Углеводороды
ВПР	-0,06 ⁻	0,28 ⁻	-0,14 ⁻	-0,11 ⁻	-0,08 ⁻	-0,15 ⁻	-0,09 ⁻	-0,07 ⁻
СПА	0,09 ⁻	-0,47 ⁻	0,21 ⁻	0,11 ⁻	0,3 ⁻	0,19 ⁻	0 ⁻	0,09 ⁻
ПС	0,05 ⁻	-0,05 ⁻	0,04 ⁻	0,09 ⁻	0,33 ⁻	0,2 ⁻	0,05 ⁻	0,12 ⁻

Примечание: « - » – $P > 0,05$; ВПР – врожденные пороки развития, СПА – спонтанные абортс, ПС – пренатальная смертность.



ями крайне сложна и, к сожалению, далеко не полно изучена. Ответить на поставленный в названии работы вопрос однозначно нельзя, но, тем не менее, необходимо выделить несколько моментов:

1. Распространенное мнение о прямой корреляции между количеством выбросов в атмосферу и увеличением значений частоты рождения детей с ВПР в целом не верно. Это позволяют утверждать данные проведенных статистических материалов и поведенный на их основании статистический коррелятивный анализ, показавший отрицательные значения корреляции.
2. Наиболее значимыми причинами увеличения частоты ВПР являются генетические и мульти-факториальные факторы, на долю которых приходится более 70% ВПР.
3. Среди химических факторов наиболее значимым оказалось действие так называемых «социально-биологических» факторов – этилового спирта и других токсических веществ, употребляемых людьми в повседневной жизни.
4. Сравнимое значение в увеличении частоты случаев ВПР имеют биологические факторы, например венерические заболевания матери, возникающие вследствие прямого нарушения седьмой заповеди Божией.

Исходя из этого, можно сказать, что одним из наиболее значимых факторов увеличения частоты ВПР является отсутствие социальных и моральных устоев, одной из причин которого стало целенаправленное разрушение в XX веке российского Православия, которое ограждало человека от подобных влияний. Проповедуемое ныне свободомыслие и неприятие каких-либо этических норм, пропаганда так называемой «свободной любви» и пивной культуры отрицательно отражается не только и даже не столько на взрослом населении, сколько на детях даже еще должных появиться на свет Божий. Частный пример, показанный в данном исследовании, выявляет то, что главными средовыми факторами, приводящими к увеличению частоты ВПР, являются не заводы или автотранспорт (хотя Ангарск входит в число городов России с крайне неблагоприятной экологической обстановкой), а токсиканты, которыми человек добровольно и даже охотно отравляет себя и своего будущего ребенка.

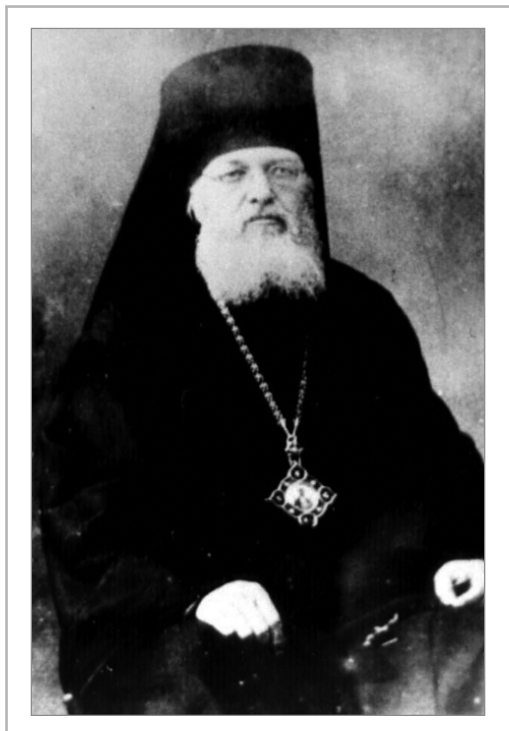
Ответ на поставленный в названии темы вопрос не однозначен, но все же можно сделать вывод о том, что отсутствие страха Божия в современном обществе является одним из самых серьезных «экзогенных» факторов влияющих на появление детей с врожденными патологиями, на увеличение разбитых семей и разрушенных жизней.

Список использованной литературы:

1. Болезни плода, новорожденного и ребенка. / Под ред. Черствого Е.Д./ 2-е изд. Минск: Вышэйшая школа, 1996. – 412 с.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М.: Медицина, 1984. – 196 с.
3. Биология: В 2 кн.: / В.Н. Ярыгин, В.И. Васильева, И.Н. Волкова, В.В. Синельщикова; / Под ред. В.Н. Ярыгина. – М.: Высшая школа, 2003. – Кн. 1. – 430 с.
4. Биология. Большой энциклопедический словарь / Гл. ред. М.С. Гиляров. – 3-е изд. – М.: Большая Российская энциклопедия, 1998. – 864 с.: ил., 30 л. цв. ил.
5. Бодяжина В. И. Вопросы этиологии и профилактики нарушений развития плода. – М.; Медгиз, 1963. – 207 с.
6. Большая медицинская энциклопедия. / Главный ред. Петровский Б.В./ В 30-ти т. АМН СССР. 3-е изд. М.: Изд. «Советская энциклопедия». 1986.
7. Вредные вещества в промышленности; В 2-х т. Т. 2. / Под ред. Н. В. Лазарева. – Изд-во «Химия», Ленинградское отделение, 1971. – 619 с.
8. Грин Н., Стаут У., Тейлор Д., Биология; В 3-х т. Т. 3; пер. с англ./ Под ред. Р. Сопера / – М., ООО «Издательский дом «Оникс 21 век» 2003. – 376 с., ил.
9. Жимулев И. Ф. Общая и молекулярная генетика: учеб. для вузов/Сибирское университетское издательство, 1998. – 459 с., ил.
10. Керпель-Фрониус Э. Педиатрия /Издательство академии наук Венгрии. Будапешт, 1975. – 621 с., ил.
11. Оценка риска для здоровья населения от стационарных источников загрязнения атмосферного воздуха в г. Ангарске. Раб. доклад. Прусаков В. М., Вержбицкая Э. А. 1996. – 59 с.
12. Руководство по детской дерматовенерологии. /Скрипкин Ю.К. и др./ Л. Медицина. 1983. – 213 с., ил.
13. Справочник по педиатрии. /Под ред. Устиновича А.К./ Мн. Беларусь 1979. – 524 с.
14. Тератология человека. Руководство для врачей. /Под ред. Лазюка Г.И./2 – изд. М. Медицина. 1981. – 480 с., ил.
15. Химия. Большой энциклопедический словарь / Гл. ред. И.Л. Кнунянц. – 2-е изд. – М.: Большая Российская энциклопедия, 1998. – 792 с.
16. Шпренгер Я., Инститорис Г. Молот ведьм. – М.: Интербук, 1990. – 306 с.
17. Экологическая токсикология: В 2 кн.: / И.И. Барышников, А.О. Лойт, М.Ф. Савченко. – Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1991. – Кн. 1. – 112 с.

¹ Данные предоставлены Ангарским институтом биофизики.

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО (АРХИЕПИСКОПА ЛУКИ)



27 апреля 2007 г. исполнилось 130 лет со дня рождения выдающегося хирурга XX в, профессора (1920), доктора медицинских наук (1916), лауреата Государственной (Сталинской) премии СССР (1946), великого подвижника Русской Православной Церкви – Архиепископа Луки, в миру – Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого.

В.Ф. Войно-Ясенецкий родился 27 апреля 1877 г. в г. Керчи Таврической губернии в семье провизора. Выпускник 2-ой Киевской гимназии (1896), он в 1903 г. окончил с «отличием» медицинский факультет Киевского университета им Святого Владимира. После окончания университета В.Ф. Войно-Ясенецкий трудился в глазной клинике г. Киева. В январе 1905 г. с началом русско-японской войны Валентин Феликсович с Киевским лазаретом Красного Креста был добровольцем направлен на фронт. Продолжая работу в г. Чите заведующим хирургическим отделением, он приобрел богатый практический опыт. В 1905 - 1908 гг. работал хирургом в земских больницах Симбирской, Саратовской, Курской и Ярославской губерний, а затем врачом-экстерном кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета Императорского Московского университета (1908 – 1909 гг.), а в годы первой мировой войны был хирургом и главным врачом лазарета. [2, 5, 6, 7, 11].

И.Д. КОСАЧЁВ заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке;

П.Ф. ГЛАДКИХ, заслуженный работник Высшей школы, профессор, полковник медицинской службы в отставке;

А.Е. ЯКОВЛЕВ, слушатель ординатуры по специальности «Хирургия», майор медицинской службы.

Затем в 1908 – 1909 гг. - совершенствовался в клинике профессора П.И. Дьяконова и в Институте топографической анатомии и оперативной хирургии Императорского Московского университета у профессора Ф.А. Рейна, после чего вновь вернулся к практической хирургической деятельности земского врача. В.Ф. Войно-Ясенецкий увлеченно работал в сложных условиях уездных больниц, проводил различные общехирургические, нейрохирургические, сердечно-сосудистые, гинекологические, урологические, офтальмологические, ортопедические, а также пластические операции [2, 4, 6, 7, 11]. Активно занимался научной деятельностью и начал публиковаться вначале в журнале «Хирургия» со статьями, посвященными вопросам регионарной анестезии, а затем в немецком журнале «Zbl. für Chirurgie» [2, 3, 4, 6, 9].

С 1910 по 1916 гг. В.Ф. Войно-Ясенецкий – заведующий земской больницей в Переславле-Залесском Владимирской губернии. Был активным участником 11-го съезда Российских хирургов, проходившего 19 – 22 декабря 1911 г. под председательством профессора Ф.А. Рейна в г. Москве [2, 3, 5, 12].

В то же время завершил написание монографии «Регионарная анестезия» (1915). Монография была блестяще иллюстрирована самим автором и удостоена специальной премии Варшавского университета [2, 3, 5, 9, 11].

В 1916 г. Валентин Феликсович, проработав земским врачом в течение тринадцати лет, защитил в Московском университете диссертацию по монографии «Регионарная анестезия», за которую получил ученую степень доктора медицинских наук и которая была очень высоко оценена специалистами [2, 3, 5, 6, 7, 11].

С 1917 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий – главный врач и хирург городской больницы в г. Ташкенте, с 1920 г. – профессор кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Ташкентско-



го университета, одним из инициаторов создания которого он был [2, 3, 5, 9, 11, 13].

Во время первой мировой войны в нем пробудилось религиозное чувство, которое усилилось после смерти жены. Он начал постоянно посещать церковь, православное религиозное общество, ближе сошелся с духовенством и принимал участие в церковных делах.

После выступления профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого на епархиальном съезде (1921) Епископ Ташкентский Иннокентий (Пустынский) сказал ему: «Доктор, Вам нужно быть священником». «Я принял это как Божий призыв», – вспоминал профессор и, не минуты не раздумывая, ответил: «Хорошо, Владыко, я буду, если это угодно Богу» [3, 5, 6, 11]. В 1921 г. в день Сретения Господня Валентин Феликсович был тайно рукоположен в дьяконы в Пенджикенте, а в феврале – в иерея и был назначен младшим священником в Ташкентский Кафедральный Собор, оставаясь при этом профессором кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Ташкентского университета. В начале мая 1923 г., приняв постриг, был наречен в честь евангелиста Луки, который был врачом и художником, получил от Патриарха Тихона наказ, подтвержденный затем Патриархом Сергием: «Не оставлять научную и практическую деятельность по хирургии». 12 мая 1923 г. был тайно возведен в Епископа Ташкентского и Туркестанского [2, 3, 5, 11, 13, 22].

Начиная с 1923 г. для В.Ф. Войно-Ясенецкого настали тяжелые времена. В результате доносов и ложных обвинений о его священнослужительской деятельности он прошел трехлетнее тюремное заключение и трижды – административные ссылки в городах Енисейске, Туруханске, Архангельске, Новосибирске, Тюмени, Омске, Красноярске с перерывами по 1943 год [3, 5, 6, 7, 11].

В Туруханске профессор был очень популярен и любим, так как очень много занимался лечебной практикой, оказывая высококвалифицированную хирургическую помощь местному населению, несмотря на то, что инструментария не хватало, оборудование было устаревшим и примитивным.

В.Ф. Войно-Ясенецкий, будучи в архангельской ссылке, письменно обратился к народному комиссару здравоохранения с просьбой предоставить возможность заниматься гнойной хирургией в исследовательском институте, но ему было отказано.

Вернувшись после ссылки в Ташкент, профессор продолжил работу в отделении гнойной хирургии городской больницы и научные исследования на трупах. Проводимая им работа стала исходным материалом, который в последствии стал основой для книги «Очерки гнойной хирургии» [2, 5, 6, 7, 11, 13], а в 1934 г., после 20 лет научно-исследовательской работы по диагностике и лечению гнойных заболеваний, профессор В.Ф. Войно-Ясенец-

кий издал уникальную монографию «Очерки гнойной хирургии», но продолжал свой труд по дополнению и совершенствованию до второго ее переиздания в 1946 г., а также и в последующие годы [2, 3, 5, 6, 7, 11].

По свидетельству его современников коллег-хирургов эта монография – классический, фундаментальный труд, охватывающий практически все аспекты гнойной хирургии. Материал книги изложен ясно, четко, понятно и, вместе с тем, высокопрофессионально. Так мог писать человек, который сам начинал работать без практической помощи и руководителя. При условии невозможности применения антибиотиков, когда нет другой возможности бороться с гноем, кроме, как хирургическим путем, опыт, изложенный в монографии крайне необходим хирургу. «Очерки гнойной хирургии» написаны с большой любовью к страдающему человеку и к читателю [1, 6, 11].

В начале Великой Отечественной войны, находясь в ссылке, В.Ф. Войно-Ясенецкий обратился к Председателю Президиума Верховного Совета М.И. Калинину с просьбой об оказании медицинской помощи раненым и больным воинам в условиях фронта или тыла, с дальнейшим возвращением по окончании войны в ссылку.

С аналогичной просьбой о предоставлении работы по лечению раненых и больных профессор обратился в Народный комиссариат здравоохранения и к главному хирургу Красной Армии Н.Н. Бурденко и вскоре получил разрешение на переезд в краевой центр для работы в лечебном учреждении, но всё же на правах ссыльного [3, 5, 6, 7, 9, 11].

В 1941 г. по ходатайству главного хирурга Красноярского края Валентин Феликсович был назначен главным хирургом эвакуационного госпиталя для тяжелораненых № 1515 в г. Красноярске. В госпитале Валентин Феликсович занимался не только практической деятельностью, но и проводил систематическое обучение врачебного персонала.

В это же время профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий, оставаясь в положении ссыльного хирурга, без разрешения властей не мог участвовать в конференциях, должен был постоянно отмечаться в милиции, находился на грани нищеты, жил в ужасных бытовых условиях, постоянно голодал, так как на госпитальной кухне ссыльного хирурга-консультанта кормить не полагалось, но он, по-прежнему, продолжал много оперировать и консультировать в госпиталях.

К весне 1942 г. власти, осознав значимость В.Ф. Войно-Ясенецкого, стали проявлять постоянную заботу об улучшении условий его работы и быта [3, 5, 6, 7, 9, 11].

В г. Красноярске он совмещал лечение раненых с Архиерейским служением в Красноярской епархии. По окончании работы в эвакуационном госпитале № 1515 он получил благодарственную

грамоту Западно-Сибирского военного округа [3, 5, 6, 7, 9, 11].

В 1943 г. после окончания ссылки Валентин Феликсович был назначен Архиепископом Тамбовским и одновременно хирургом-консультантом эвакуационных госпиталей на Тамбовщине, где в его ведении находилось 105 госпиталей с коечной емкостью от 500 до 1000 коек в каждом. Кроме того, он консультировал больных в хирургических отделениях городской больницы г. Тамбова, где также оперировал наиболее тяжелобольных.

В Тамбовский период жизни В.Ф. Войно-Ясенецкий, находясь в зените хирургического мастерства, ярко сочетал в себе две ипостаси: активно восстанавливал храмы, служил в Кафедральном Соборе, выступал с проповедями и плодотворно занимался педагогической, научной и практической хирургической деятельностью [2, 3, 5-7, 10, 11, 22-24].

Оперативная и научно-методическая работа В.Ф. Войно-Ясенецкого в эвакуационных госпиталях Тамбовщины способствовала резкому снижению смертности до 0,2% среди раненых и хирургических больных со второго полугодия 1944 г., во всех госпиталях значительно увеличилась хирургическая активность врачей. В эвакуационных госпиталях № 5355 и № 5356 при ранениях крупных суставов В.Ф. Войно-Ясенецким широко применялась хирургическая тактика, которая была изложена в его монографии «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». В эвакуационном госпитале торакального профиля № 5894 на 400 коек с приходом профессора оперативная активность выросла с 81 операции за второе полугодие в 1943 г. до 507 операций в первом полугодии 1944 г. В этом же госпитале им проводилась научно-исследовательская работа на тему: «О течении хронической эмпиемы и хондритах».

В мае 1944 г. и августе 1945 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий выезжал на заседания Пленума госпитального совета Народного комиссариата здравоохранения Российской Федерации в г. Москву, где принимал активное участие в его работе. В 1944 г. в г. Тамбове проходило совещание начальников и главных хирургов военных госпиталей на котором профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий в облачении Архиепископа представил доклад об огнестрельном остеомиелите. В последующем, в г. Тамбове он выступал с докладами на конференциях и с лекциями для врачей, опубликовывал работы по диагностике и лечению раневого остеомиелита, раневого сепсиса, хронических эмпием плевры и поздних резекций при инфицированных ранениях суставов. В мае 1944 г. в г. Тамбове принимал активное участие в работе 4-го съезда сельских врачей, а 30 сентября 1945 г. в г. Тамбове на 5-м съезде сельских медицинских работников области выступал с докладом о важности изучения и лечения сепсиса [3, 10, 11, 15-24].

В то же самое время архиерейская деятельность Архиепископа Тамбовского и Мичуринского Луки имела большое значение для подготовки Архиерейского Собора Русской Православной Церкви в 1943 г. Он, будучи членом Священного Синода, принял непосредственное участие в составлении документов Собора. Митрополит Сергей привлек Владыку Луку к участию в «Журнале Московской Патриархии», с которым его сотрудничество продолжалось около 10 лет.

В 1946 г. Валентин Феликсович выпустил тиражом в 20 тыс. экземпляров второе, значительно дополненное издание «Очерков гнойной хирургии». Он считал, что этим была достигнута главная цель его жизни, привлечь внимание врачей к гнойной хирургии как чрезвычайно важному разделу хирургии [3, 10, 11, 15-24].

К этому времени В.Ф. Войно-Ясенецкий являлся автором свыше 40 научных работ. За издание фундаментальных монографий «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» в 1946 г. он получил Государственную (Сталинскую) премию СССР «За выдающиеся достижения в медицине». Значительную часть премии он пожертвовал на помощь сиротам – жертвам Великой Отечественной войны. В 1956 г. знаменитые хирурги А.Н. Бакулев и П.А. Куприянов писали: «До выхода в свет труда В.Ф. Войно-Ясенецкого, пожалуй, никому не удалось провести с такой последовательностью анатомо-топографический принцип в изучении нагноительных процессов, т.е. тот принцип, который впервые был выдвинут великим Н.И. Пироговым» [1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 15-24].

В 1945 г. за архипастырскую деятельность и патриотические заслуги Архиепископ Лука был награжден Патриархом всея Руси правом ношения креста на клобуке. В декабре 1945 г. исполнительным комитетом Тамбовского областного совета «депутатов трудящихся за большую работу, проведенную в госпиталях г. Тамбова, способствующую возвращению в строй раненых офицеров и бойцов Красной Армии и за успешную работу по повышению квалификации врачей» профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» [9, 11, 15-24].

В 1946 г. Валентин Феликсович переезжает в г. Симферополь и становится Архиепископом Крымским и Симферопольским. Здесь он публикует новые работы по гнойной хирургии [2, 6]. В 1947 г. Когда ему исполнилось 70 лет, вследствие резкого ухудшения зрения, В.Ф. Войно-Ясенецкий был вынужден оставить хирургическую практику. Несмотря на полную слепоту, с 1958 г. продолжал служение правящим архиереем на кафедре Симферопольской и Крымской епархии до последнего дня своей жизни.



В 1956 г. тиражом в 30 тыс. экземпляров вышло третье издание его монографии «Очерки гнойной хирургии». В предисловии к нему А.Н. Бакулев и П.А. Куприянов подчеркнули, что «Очерки гнойной хирургии» – капитальный и оригинальный труд; привлекли к себе общее внимание широтой охвата предмета и глубоким клиническим анализом заболеваний. К изучению клиники нагноительных процессов профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий подходит с анатомио-физиологических позиций. С большой убедительностью он показывает необходимость знания топографической анатомии при решении вопросов топической диагностики и рационального оперативного лечения нагноений. Уже много лет сочинение В.Ф. Войно-Ясенецкого является настольной книгой врачей, в основу которой положен богатейший личный клинический опыт автора». Не случайно Г.А. Митерев – бывший Народный комиссар здравоохранения в годы Великой Отечественной войны отметил: «В.Ф. Войно-Ясенецкому, его исследованиям обязаны своей жизнью многие сотни раненых, что ставит этого хирурга в один ряд с самыми выдающимися врачами нашего времени» [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 20].

Книга написана не только со знанием хирургического дела, любовью к больному человеку, но и с большим литературным мастерством. Только труды Г. Мондора, Ф. Лежари, С.С. Юдина и других величайших хирургов могут быть поставлены в один ряд с ней. «Публикация в 1934 г. «Очерков гнойной хирургии» вызвала всеобщий интерес. Восторженный отзыв о книге дал выдающийся хирург И.И. Греков. С тех пор, вот уже более 40 лет ни одна сколько-нибудь значительная работа по гнойной хирургии не появляется без ссылок на «Очерки гнойной хирургии» и ее автора...», – писал в 1977 г. В.И. Колесов в «Вестнике хирургии» [6].

Умер В.Ф. Войно-Ясенецкий 11 июня 1961 г. в г. Симферополе и был похоронен у храма «Всех святых», а в марте 1996 г. святые мощи Святителя Луки были перенесены в Кафедральный Свято-Троицкий собор г. Симферополя [2, 3, 5, 6, 9, 14].

Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий – Архиепископ Лука в 2000 г. Собором Русской Православной Церкви причислен к лику Святых (3,14). В городах: Красноярске, Тамбове, Симферополе и Москве в благодарность за его заслуги, установлены памятники с надписью: «Профессору В.Ф. Войно-Ясенецкому (Архиепископу Луке)».

До настоящего времени опыт и фундаментальные труды профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого вошли в «золотой фонд» хирургической науки и являются актуальными для современной хирургии. На протяжении почти четверти века он разрабатывал вопросы хирургии и, прежде всего, гнойной. Своей монографией он фактически положил начало научной хирургии гнойного процесса. Ему принадлежит авторство многих операций. Закономер-

но, что авторы многотомника «Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» многократно ссылаются на опыт хирурга-консультанта военных эвакуационных госпиталей профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. Его именем (эпонимами) названы некоторые нозологические формы гнойной хирургической патологии и виды полостных операций. До сих пор его монографии многократно переиздаются (последнее переиздание «Очерков гнойной хирургии» были в 2005 г., в г. Санкт-Петербург) и вызывают большой профессиональный интерес среди хирургов.

Литература

- 1) Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии / В.Ф. Войно-Ясенецкий. – Л., 1956. – С. 1-3.
- 2) Большая медицинская энциклопедия. – Издание третье. – Том 4. – М., 1976. – С. 388.
- 3) Быкова В.И. Архиепископ Лука – Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий в Тамбове / В.И. Быкова, Ю.К. Щукин. – Тамбов, 2002. – 36 с.
- 4) Варшавский С.Т., Змойро И.Д. // Урология и нефрология. – 1989. – № 5. – С. 66-68.
- 5) Киммер Е. // Журнал Московской патриархии. – 1977. – № 4. – С. 55-63.
- 6) Колесов В.И. // Вестник хирургии. – 1977. – № 9. – С. 134-136.
- 7) Котельников В.П. // Клинич. Медицина. – 1987. – Т. 65, № 10. – С. 152-155.
- 8) Матяшин И.М. Справочник хирургических операций. (Эпонимы) / И.М. Матяшин, А.М. Глузман. – Киев, 1979. – 312 с.
- 9) Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории / М.Б. Мирский. – М., 2000. – С. 682.
- 10) Митерев Г.А. В дни мира и войны / Г.А. Митерев. – М., 1975. – С. 227.
- 11) Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий). Автобиография. «Я полюбил страдание». – М., 2005. – 205 с.
- 12) Список членов 11 съезда Российских хирургов. // Хирургия. – 1912. – Т. 31. – С. 208.
- 13) Хроника. // Туркестанский медицинский журнал. – 1922. – № 1. – С. 84-85.
- 14) Шевченко Ю.Л. // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – М., 2006. – Т. 1, № 1. – С. 10-21.
- 15) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 1529; оп. 4, д. 43.
- 16) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 65.
- 17) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 217 «А».
- 18) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 227.
- 19) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 282.
- 20) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 2, д. 85.
- 21) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 2, д. 92.
- 22) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 5220; оп. 1, д. 53.
- 23) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 5220; оп. 2, д. 2.
- 24) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 5220; оп. 2, д. 3.

«ПРОФЕССОР В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ. ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ «ОЧЕРКОВ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ»

«В тяжелое время, полное неотступной скорби для думающих и чувствующих, чувствующих по-человечески, остается одна жизненная опора – исполнение по мере сил принятого на себя долга».

(Из письма И.П. Павлова профессору В.Ф. Войно-Ясенецкому, во время его ссылки в г. Туруханск, 1925 г.)

27 апреля 2007 г. исполняется 130 лет со дня рождения выдающегося хирурга XX века, профессора, доктора медицинских наук, Лауреата Государственной (Сталинской) премии СССР, великого подвижника Русской Православной Церкви – Архиепископа Луки, в миру – Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого. Его опыт и фундаментальные труды вошли в «золотой фонд» хирургической науки и до сих пор актуальны для современной хирургии.

Исследование жизненного опыта уникального человека – профессора, погруженного во Христа, и в то же время не чуждого истинно научного мировоззрения, жившего общественными и научными интересами – является интересным и ценным опытом, значимость которого для обновляемой России трудно переоценить. За свои фундаментальные труды: «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» в 1946 г. он, будучи Архиепископом Тамбовским и Мичуринским, был удостоен Государственной (Сталинской) премии СССР [2, 9, 13, 14].

Родился В.Ф. Войно-Ясенецкий 14/27 апреля 1877 г. в г. Керчи [2, 5, 9, 13]. Из старинного польского дворянского рода русского происхождения герба «Трубы», известного с 16 века [4], сын провизора [9]. Так о себе, студенте-медике, вспоминал В.Ф. Войно-Ясенецкий: «Я учился на одни пятерки. Изучал кости, рисовал и дома лепил их из глины, а своей препаровкой трупов сразу обратил на себя внимание... Уже на втором курсе мои товарищи единогласно решили, что я буду профессором анатомии, и их пророчество сбылось». К Валентину Феликсовичу, блестяще сдавшему государственные экзамены, обратился профессор общей хи-

рургии: «Доктор, вы теперь знаете гораздо больше, чем я, ибо вы прекрасно знаете все отделы медицины...» [9]. В 1903 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий медицинский факультет Киевского университета окончил с «отличием» [2, 5, 6, 9, 13] и позже вспоминал: «Товарищи по курсу спросили меня, чем я намерен заняться. Когда я ответил, что намерен быть земским врачом, они с широко открытыми глазами сказали: «Как, Вы будете земским врачом?! Ведь Вы ученый по призванию!» Я был обижен тем, что они совсем меня не понимают, ибо я изучал медицину с исключительной целью быть всю жизнь деревенским, мужицким врачом, помогать бедным людям» [9].

После окончания университета в 1903 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий трудился в глазной клинике г. Киева. Амбулаторного приема и операций в клинике ему было недостаточно, и он стал лечить больных и у себя дома. «Наша квартира, – вспоминала его сестра Виктория, – превратилась на какое-то время в глазной лазарет. Больные лежали в комнатах, как в палатах. Валентин лечил их, а мама кормила». Слава об операциях, которые делал молодой доктор, росла так стремительно, что хирург не успевал осматривать всех желающих оперироваться [9].

В январе 1905 г., в начале русско-японской войны, Валентин Феликсович в составе Киевского лазарета Красного Креста был направлен на фронт. Продолжая работу в г. Чите заведующим хирургическим баракком, под руководством О.А. Юцевича, приобрел большой хирургический опыт. С 1905 г. работал хирургом в земских больницах Симбирской, Саратовской, Курской и Ярославской губерний, а в годы первой мировой войны был хирургом и главным врачом лазарета для раненых.



Совершенствовался в клинике профессора П.И. Дьяконова и Институте топографической анатомии и оперативной хирургии у профессора Ф.А. Рейна, после чего вновь вернулся к практической деятельности хирурга [5, 6, 9, 13]. Будучи земским врачом, В.Ф. Войно-Ясенецкий увлеченно работает. В сложных условиях уездных больниц он оперирует на мозге, сердце (при ранении), желчных путях, желудке, почках, костях, глазах, также проводит гинекологические и урологические операции [2, 6]. В 1908-1909 гг. в журнале «Хирургия» В.Ф. Войно-Ясенецкий опубликовал свои первые научные работы, посвященные вопросам регионарной анестезии. В 1908 г. во «Врачебной газете» публикует свою статью «О способах анестезии, наиболее удобных в земской практике», в 1909 году в «Трудах Тамбовского физиологического медицинского общества» - статью «Регионарная анестезия», а в «Трудах Московского хирургического общества» - статью «Регионарная анестезия при операциях на шее, языке и верхней челюсти».

11 октября 1910 г. земский врач В.Ф. Войно-Ясенецкий выступил с докладом на Киевском хирургическом обществе «О первичном остром остеомиелите позвоночника». До 1914 г. он опубликовал 14 научных работ, часть из которых были напечатаны в немецком журнале «Zbl. fur Chirurgie» [6, 9].

С 1910 по 1916 гг. - заведующий земской больницей в Переславле-Залесском. Владимирской губернии. Одновременно занимался наукой, обобщенный материал изложил в монографии «Регионарная анестезия» (1915), блестяще иллюстрированной самим автором и которая была удостоена Варшавским университетом премии Хайнацкого [6, 9]. Во время первой мировой войны в нем пробудилось религиозное чувство, забытое было за множеством научной работы, и он начал постоянно посещать церковь. С 1917 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий - главный врач и хирург городской больницы в г. Ташкенте, с 1920 - профессор кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Ташкентского университета [2, 5, 9].

Оценивая свою работу молодого земского хирурга, профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий говорил: «Мне приходилось принимать амбулаторных больных, приезжавших во множестве, и оперировать в больнице с девяти часов утра до вечера, разъезжать по довольно большому участку и по ночам исследовать под микроскопом вырезанное при операции, делать рисунки микроскопических препаратов для своих статей, и скоро не стало хватать для огромной работы и моих молодых сил» [9].

Хирургия для будущего Святителя имела огромное значение, так как благодаря ей он мог служить бедным и страждущим людям. О том, как молодой хирург относился к своей работе, во вре-

мя его совершенствования в клинике профессора П.И. Дьяконова, он сообщает в своем письме к жене: «Из Москвы не хочу уезжать, прежде, чем не возьму от нее того, что нужно мне: знаний и умения научно работать... Работа предстоит большая... Потом будет мне широкая дорога» [9].

Проработав земским врачом в течение тринадцати лет, в 1916 г. В.Ф. Войно-Ясенецкий в Московском университете защитил докторскую диссертацию по своей монографии «Регионарная анестезия». Профессор А.В. Мартынов так охарактеризовал эту работу: «Когда я читал... книгу, то получил впечатление пения птицы, которая не может не петь, и высоко оценил ее» [9].

И в это время Валентин Феликсович находил возможность бывать в соборе, где у него было постоянное место. Несмотря на большую практическую работу, он готовил материалы для монографии «Очерки гнойной хирургии», которую начал еще в 1915 г. И вспоминал: «С самого начала своей хирургической деятельности... я ясно понял, как огромно значение гнойной хирургии. Я поставил своей задачей глубокое самостоятельное изучение диагностики и терапии гнойных заболеваний... У меня появилась неотвязная мысль: «Когда эта книга будет написана, на ней будет стоять имя епископа» [9]. Продолжая работу главным врачом больницы, он круглосуточно оперировал и обрабатывал свои наблюдения, - «Для этого мне нередко приходилось делать исследования на трупах в больничном морге, куда ежедневно привозили повозки, горою нагруженные трупами... Свою работу на этих трупах мне приходилось начинать с собственноручной очистки их от вшей и нечистот. Многие из этих исследований легли в основу моей книги «Очерки гнойной хирургии»... Однако работа на покрытых вшами трупах обошлась мне не дешево. Я заразился возвратным тифом в очень тяжелой форме, но, по милости Божией, болезнь ограничилась одним тяжелым приступом и вторым - незначительным... Оторваться от хирургии мне было крайне трудно». Старший сын профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого - Михаил, вспоминающая о том времени, рассказывал: «Отец работает днем, вечером, ночью. Утром мы его не видим, он уходит в больницу рано. Обедаем вместе, но отец и тут остается молчаливым, чаще всего читает за столом книгу. Мать старается не отвлекать его. Она тоже не слишком многоречива. Мебель в Переславльском доме была до последней степени неказистая. Сбережений ни тогда, ни потом отец не имел». Бывшая горничная Войно-Ясенецких - Е. Кокина с большой любовью вспоминала о них: «Вина, табуку в доме не держали, сладостей тоже никогда не бывало. Книг только ему по почте много шло. Книг было много... Барин был суровый. Лишнего слова никогда не говаривал. После вечернего самовара уходил к себе в кабинет. Пишет

там, читает, пока весь керосин в лампе не выгорит. Часто его ночью в больницу вызывали. Молча собирается, едет. Никогда не сердился, если вызывали... Он справедливый был». По свидетельствам коллег, профессора ни разу не видели гневным, вспыльчивым или раздраженным. Он всегда говорил спокойно, негромко, неторопливо, глуховатым голосом, никогда его не повышая. Это не значит, что он был равнодушен, - многое его возмущало, но он никогда не выходил из себя, а свое негодование выражал тем же спокойным голосом [9].

К 1919 г. здоровье супруги Анны Васильевны ухудшилось. Наступил голод. Валентин Феликсович, по воспоминаниям детей, вечером мыл полы, накручивая на половую щетку старые бинты. «Семье профессора стали приносить из больничной кухни обед - квашеную тухлую капусту, плавающую в мутной воде. Анна раздавала пищу детям, а сама питалась той же капустной похлебкой, что и муж. Окончательно ее здоровье подорвал арест мужа по лживому доносу во время восстания Туркменского полка. От расстрела по суду «чрезвычайной тройки» профессора, буквально чудом спас партиец, знавший Валентина Феликсовича в лицо. И к назначенному часу уже подготовленный к операции больной был доставлен в операционную. Минута в минуту - хирург встал к операционному столу и работал скальпелем так, как будто ничего не случилось». В 1919 г. его жена скончалась от туберкулеза, оставив четырех детей, после чего В.Ф. Войно-Ясенецкий углубился в изучение богословия [9].

В сложных операциях он изыскивал и первым применял методы, получившие затем повсеместное признание [2, 9]. Посещал православное религиозное общество, изучал богословие, ближе сошелся с духовенством, принимал участие в церковных делах. Однажды он выступал на епархиальном съезде «по одному очень важному вопросу» с большой горячей речью. После съезда Епископ Ташкентский Иннокентий (Пустынский) сказал ему: «Доктор, Вам нужно быть священником». «Я принял это как Божий призыв», - вспоминал Архиепископ Лука и, не минуты не раздумывая, ответил: «Хорошо, Владыко, я буду, если это угодно Богу» [5, 9]. В 1921 г. в день Сретения Господня был тайно рукоположен в дьяконы в Пенджикенте, а в феврале - в иерея и назначен младшим священником в Ташкентский Кафедральный Собор, оставаясь профессором Ташкентского университета, одним из инициаторов создания которого он был. В начале мая 1923 г. приняв постриг, был наречен в честь евангелиста Луки, который был врачом и художником, получил от Патриарха Тихона наказ, подтвержденный затем Патриархом Сергием: «Не оставлять научную и практическую деятельность по хирургии». 12 мая 1923 г. был тайно хиротонисан (возведен) в Епископа Ташкентского и Туркестанского [5, 6, 9, 13].

Принятие священного сана дьякона профессором В.Ф. Войно-Ясенецким было воспринято его коллегами с крайним удивлением и произвело огромную сенсацию среди общественности г. Ташкента. Молодые студенты пытались делать замечания и «обличать» хирурга-священника. В ответ на это, как вспоминала профессор З.И. Умидова, он только снисходительно улыбался. В первый же день, как он пришел в больницу в рясе, его ученица А.И. Беньяминович заявила: «Я неверующая, и что бы вы там не выдумали, я буду называть вас только по имени-отчеству». Как вспоминал профессор Ошанин, В.Ф. Войно-Ясенецкий ходил по городу в рясе с крестом, с крестом на груди читал лекции студентам и тем очень нервировал Ташкентское начальство. Был он к тому времени главным врачом городской больницы и общепризнанным у нас первым хирургом, председателем союза врачей г. Ташкента. Много занимался В.Ф. Войно-Ясенецкий и живописью: писал иконы для храма и анатомические таблицы для проведения занятий в университете. Власти долго все это терпели, уговаривали его бросить церковные дела, но он не поддавался». В больнице главный хирург перед проведением операции сосредоточенно молился, осенял себя крестным знаменем и благославлял больных перед образом иконы Божией Матери, которая находилась в операционной городской больницы много лет [5, 9]. В начале 1920 г. одна из ревизионных комиссий приказала убрать икону. В ответ на это Валентин Феликсович ушел из больницы и заявил, что вернется только после того, как икону вернут на место. И в это время крупный «партиец» привез в больницу свою жену для экстренной операции. Больная категорически заявила, что желает, чтобы ее оперировал профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий. «Его вызвали в приемную, - вспоминал профессор Ошанин. - Он подтвердил, что очень сожалеет, но, согласно своим религиозным убеждениям, не пойдет в операционную, пока икону не повесят обратно...» Лишь после данного профессору обещания, что икона завтра же будет возвращена на место, хирург-священник В.Ф. Войно-Ясенецкий экстренно и успешно прооперировал ее. На следующее утро икона уже действительно находилась в операционной [9]. Многие врачи рассказывали, что профессор всегда с большой любовью и глубоким уважением относился к каждому больному и его отношение к делу «было идеальным».

Даже неверующие коллеги не могли не видеть высокой нравственности православного священника, будущего Архиепископа. Бывшая медицинская сестра Ташкентской городской больницы М.Г. Нежанская говорила о нем: «В делах, требовавших нравственного решения, Валентин Феликсович вел себя так, будто вокруг никого не было. Он всегда стоял перед своей совестью один.



И суд, которым он судил себя, был строже любого трибунала». «Это страшно, это непосильно человеку – совесть, – такая страшная вещь. Она возлагает такие ужасающие бремена, но без нее нельзя жить», – писал хирург-священник В.Ф. Войно-Ясенецкий [5, 9].

В г. Ташкенте профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий был одним из инициаторов открытия университета, в котором и стал профессором кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии [2, 5, 6, 9, 13].

Прежде, чем Владыко Лука был отправлен в ссылку, он успел обратиться к Наркому просвещения СССР А.В. Луначарскому. Заключение Архиепископ-профессор просил у Наркома не свободы и не справедливого суда. Он лишь хотел, чтобы на обложке будущей монографии рядом с фамилией автора был обозначен его духовный сан. Луначарский ответил решительным отказом, так как Советское правительство не могло выпускать книг, подписанных Епископом. Отпечатанный ответ Наркома В.Ф. Войно-Ясенецкий с большим огорчением показывал позднее в ссылке студенту-медику Ф.И. Накладову. Впоследствии Владыко все же опубликовал в немецких журналах несколько своих работ, подписанных им как «Епископ Лука» [9, 13].

Он прошел трехлетнее тюремное заключение и трижды – административные ссылки, общим сроком 11 лет в период с 1923 по 1943 год с короткими перерывами в Енисейске, Туруханске, Архангельске, Новосибирске, Тюмени, Омске, Красноярске [5, 6, 9, 13]. Владыко Лука никому не отказывал в помощи, ничего не брал за лечение. На каждую операцию с участием ссыльного хирурга требовалось получать отдельное разрешение, которое давалось начальством неохотно, и растущая популярность ссыльного крайне раздражала городское руководство. Сохранились интересные воспоминания: «В Енисейске Архиепископа-профессора однажды вызвали в ГПУ. Едва он, как всегда в рясе и с крестом, переступил порог кабинета, чекист закричал на него: «Кто это Вам позволил заниматься здесь практикой?» На что, Владыко Лука, как всегда, спокойно ответил: «Я не занимаюсь практикой в том смысле, какой Вы вкладываете в это слово. Я не беру денег у больных. А отказать больным, уж извините, не имею права». К Владыке-врачу несколько раз подсылали «разведчиков», но оказалось, что никакой платы с больных он действительно не берет, а в ответ на благодарность пациентов отвечает: «Это Бог Вас исцелил моими руками. Молитесь ему» [9]. На Енисее в то время свирепствовала трахома, что являлось причиной потери зрения многих местных жителей. Бывший начальник Енисейского пароходства И.М. Назаров передавал слова, услышанные им в тридцатые годы о ссыльном профес-

соре от звенка Никиты из Нижнего Имбацка: «Большой шаман с белой бородой пришел на нашу реку. Скажет поп-шаман слово – слепой сразу зрячим становится. Потом уехал поп-шаман, опять глаза у всех болят». Предприниматели от медицины – местные медики, вернее, бывшие фельдшера, которые в то время вели частную практику, «сколотившие» капиталы в годы НЭПа лицемерно жаловались властям на «попа», который производил «безответственные» операции... В Туруханске, по воспоминаниям санитарки районной больницы, «профессора Луку» знал «весь народ», и что он возвращал здоровье множеству людей, несмотря на то, что оборудование в больнице в те годы было самым примитивным: инструменты, например, перед операцией кипятили в самоваре». Владыко Лука жил очень бедно, почти не имел вещей, только книги. «До его приезда, – писала дочь местного священника В.М. Савинская, – совсем мало людей посещало церковь, а с его приходом приток прихожан в церковь значительно усилился. Верующие туруханцы выстилали ему дорогу от больницы до церкви красным сукном, коврами». По воспоминаниям Архиепископа-хирурга, в больнице он никому не отказывал в благословении. Как и в Ташкенте, в операционной на тумбочке стояла икона, а возле нее зажженная лампада. Перед операцией Владыко молился и ставил йодом крест на теле больного [9, 13].

Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий еще до окончания своей архангельской ссылки послал Наркому здравоохранения Владимирскому письмо с просьбой предоставить ему возможность заняться гнойной хирургией в специальном исследовательском институте, в чем ему было отказано. Перенеся операции по поводу отслойки сетчатки, Валентин Феликсович, лежа с завязанными глазами обдумывал как продолжать работу по гнойной хирургии. «Я обдумывал, как снова написать Наркому здравоохранения, и с этими мыслями заснул», – вспоминал он. Вернувшись после ссылки в Ташкенте, профессор продолжил работу в гнойно-хирургическом отделении и свои исследования на трупах. Ему ни раз приходила мысль о недопустимости такой работы для епископа. Проводимая им работа, от которой, по словам профессора, он не мог оторваться, давала ему значимые научные открытия, и собранные наблюдения составили в последствии основу для книги «Очерки гнойной хирургии». Во время молитв, как вспоминал профессор, он «понял, что, – «Очерки гнойной хирургии» были угодны Богу, ибо в огромной степени увеличили силу и значение моего исповедания имени Христова в разгар антирелигиозной пропаганды» [9].

В 1934 г., после 20 лет наблюдений и обобщения опыта по диагностике и лечению гнойных процессов, профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий издал мо-

нографию «Очерки гнойной хирургии», и продолжил свой труд по ее совершенствованию и дополнению вплоть до второго ее переиздания в 1946 г. [1, 2, 5, 6, 9, 13]. По свидетельствам, в том числе, и неверующих людей, даже не зная, что «Очерки гнойной хирургии» написаны Архиепископом, нельзя не заметить, что книгу написал христианин. Есть в ней и строки, показывающие, с каким вниманием, по-христиански относился Владыко к больному: «Приступая к операции, надо иметь ввиду не только брюшную полость, а всего больного человека, который, к сожалению, часто именуется «случаем». Человек в смертельной тоске и страхе, сердце у него трепещет не только в прямом, но и переносном смысле. По-этому, не только выполните весьма важную задачу, но и позаботьтесь о том, чтобы избавить его от тяжелой психической травмы: вида операционного стола, разложенных инструментов, людей в белых халатах, масках, резиновых перчатках – усыпите его вне операционной. Позаботьтесь о согревании его во время операции, ибо это чрезвычайно важно» [6].

«Многие из моих исследований... легли в основу моей книги «Очерки гнойной хирургии». Чрезвычайно тяжелый путь сельского хирурга-самоучки, который мне пришлось пройти, научил меня весьма многому, чем хотелось бы теперь, на склоне моей хирургической деятельности, поделиться с молодыми товарищами, чтобы облегчить их трудные задачи», – писал будущий Владыко в предисловии к первому изданию своей уникальной монографии, ставшей настольной книгой многих поколений врачей. По свидетельству коллег-хирургов, эта монография – классический, фундаментальный труд, охватывающий практически все аспекты гнойной хирургии [1]. Материал книги изложен необыкновенно ясно, четко, понятно и, вместе с тем, высокопрофессионально. Так мог писать человек, который сам начинал работать без практической помощи и руководителя. При условии невозможности применения антибиотиков, когда нет другой возможности бороться с гноем, кроме, как хирургическим путем, опыт, изложенный в монографии крайне необходим хирургу. «Очерки гнойной хирургии» написаны с большой любовью к страдающему человеку и к читателю [1].

Известно, что находясь в тюрьме, Валентин Феликсович написал Наркому обороны СССР К.Е. Ворошилову о своей книге «Очерки гнойной хирургии», о том, что она необходима нашей Родине и, особенно, в условиях ведения войны. Он не просил себе свободы, а только хотел получать из дома научные материалы и, хотя бы, на два часа в день уединяться для работы. По воспоминаниям М. Раима, одного из сокамерников В.Ф. Войно-Ясенецкого, он «в камере был со всеми ровен и сдержан, готов был любому оказать медицинскую помощь, мог поделиться и пайкой хлеба. Относились к Вла-

дыке Луке в камере уважительно. Даже начальство его выделяло: Владыку освобождали от мытья туалетов и выносов параша». И в тюрьме Владыко продолжал свою деятельность Святителя, рассказывал и о своей жизни. В том числе, и интересный случай о том, как в Сибири ему пришлось делать полостную операцию крестьянину перочинным ножом, а рану зашивать женским волосом, и, причем, нагноения не было. Профессор из Ташкента А.А. Аковбян, когда-то слушавший лекции профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого в университете, а в последствии оказавшийся в одной камере с Владыкой, отмечал, что пережитые Епископом Лукой скорби ни сколько не подавили его, а напротив, утвердили и закалили его душу. Однажды, как позже вспоминал Валентин Феликсович, находясь в тюрьме, ему «...удалось спасти жизнь молодому тяжело больному жулику. Я видел, что молодой тюремный врач совсем не понимает его болезни. Я сам исследовал его и нашел абсцесс селезенки. Мне удалось добиться согласия тюремного врача послать этого больного в клинику, в которой работал мой ученик доктор Ротенберг. Я написал ему, что и как найдет он при операции, и Ротенберг позже мне писал, что дословно подтвердилось все, написанное в моем письме... Жизнь жулика была спасена, и долго еще после этого на наших прогулках в тюремном дворе меня громко приветствовали уголовные заключенные и благодарили за спасение жизни жулика». Находясь в ссылке в селе Большая Мурта Красноярского края, Валентин Феликсович о продолжении своей работы в районной больнице вспоминал: «Позже тамошний врач и его жена говорили мне, что я едва ходил от слабости, после очень плохого питания в ташкентской тюрьме, и они считали меня дряхлым стариком. Однако довольно скоро я окреп и развил большую хирургическую работу в Муртинской больнице» [9].

Продолжая усердно трудиться над «Очерками гнойной хирургии», он в письмах к детям просил их прислать необходимые ему книги, журналы, истории болезни. Оперировал профессор не только в Мурте, но и в Красноярске. Валентин Феликсович переутомлял себя научной работой и считал, что ему «необходима регулярная практическая работа на пол-дня, чтобы не трудиться целый день мозгом». По просьбе профессора ему высылались истории болезней из гнойного отделения ташкентской больницы, и как вспоминал В.Ф. Войно-Ясенецкий, он – «Имел возможность, благодаря этому, написать много глав своей книги «Очерки гнойной хирургии». В результате посланной мною телеграммы из Ташкентской тюрьмы маршалу К.Е. Ворошилову с просьбой дать мне возможность закончить свою работу по гнойной хирургии, очень необходимой для военно-полевой хирургии, мне разрешено ехать в г. Томск для ра-



боты в очень обширной библиотеке медицинского факультета. За два месяца я успел перечитать всю новейшую литературу по гнойной хирургии на немецком, французском и английских языках, и сделал большие выписки из нее. По возвращении в Большую Мурту, вполне закончил свою большую книгу «Очерки гнойной хирургии» [9].

Бывший начальник Енисейского пароходства И.М. Назаров рассказывал, что в начале войны В.Ф. Войно-Ясенецкий отправил телеграмму Председателю Президиума Верховного Совета СССР М.И. Калинину: «Я, Епископ Лука, профессор Войно-Ясенецкий, отбываю ссылку (по такой-то статье) в поселке Мурта Красноярского края. Являясь специалистом по гнойной хирургии, могу оказать помощь воинам в условиях фронта или тыла, где будет мне доверено. Прошу ссылку мою прервать и направить в госпиталь. По окончании войны готов вернуться в ссылку. Епископ Лука». С просьбой о предоставлении работы по лечению раненых профессор так же обращался в Наркомздрав СССР и к главному хирургу Красной Армии Н.Н. Бурденко. И получил только разрешение переехать в краевой центр, но, все еще в качестве ссыльного, для работы в лечебном учреждении [9].

В конце июля 1941 г. к профессору В.Ф. Войно-Ясенецкому в Большую Мурту прилетел главный хирург Красноярского края и просил профессора лететь с ним в г. Красноярск, где Валентин Феликсович был назначен главным хирургом эвакогоспиталя

1515. В этот госпиталь поступали тяжелораненые в бедро, крупные суставы, грудь, таз. Поступали через 2-3 месяца после ранения, нередко в тяжелом, септическом состоянии, и лишь радикальные операции могли спасти им жизнь. Он много оперирует раненых с гонитами, кокситы, эмпиемами плевры, абсцессами мозга и т.д. Проработав в нем до 1944 г., профессор отмечал, что «воспоминания об этой работе остались у меня светлые и радостные. Раненые офицеры и солдаты очень любили меня. Когда я обходил палаты по утрам, меня радостно приветствовали раненые. Некоторые из них, безуспешно оперированные в других госпиталях по поводу ранения в большие суставы, излеченные мною, неизменно салютовали мне высоко поднятыми прямыми ногами». Бывший хирург В.А. Суходольская вспоминала: «Мы, молодые хирурги, к началу войны мало что умели делать. На Войно-Ясенецкого смотрели с благоговением. Он многому научил нас. Остеомиелиты никто, кроме него, оперировать не мог, а гнойных больных было – тьма. Он учил и на операциях, и на своих отличных лекциях. Лекции читал в десятой школе раз в неделю». Доктор Бранницкая рассказывала: «В операционной В.Ф. Войно-Ясенецкий работал спокойно, говорил с персоналом

тихо, ровно, конкретно. Сестры и ассистенты никогда не нервничали на его операциях». Хирург В.Н. Зиновьева, ученица профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого по госпиталю 1515, вспоминала, что Владыко Лука учил своих помощников и «человеческой хирургии»: с каждым раненым он, как бы, вступал в личные отношения, помнил каждого в лицо, знал фамилию, держал в памяти все подробности операции и послеоперационного периода. Широко известны слова профессора: «Для хирурга не должно быть «случая», а только живой страдающий человек» [9]. Проявления равнодушия к врачебному долгу крайне возмущали Епископа-хирурга, с чем он категорически жестко боролся в среде своих коллег.

О том, как знаменитый хирург переживал смерти в операционной сохранились рассказы Ташкентских врачей. Акушер-гинеколог А.А. Шорохова вспоминала: «Валентин Феликсович болел душой за каждую свою неудачу. Однажды, задержавшись на работе, когда все больные уже покинули больницу, я зачем-то зашла в предоперационную хирургического отделения. Внезапно из открытой двери операционной до меня донесся «загробный» голос: «Вот хирург, который не знает смертей. А у меня сегодня второй...» Я обернулась на голос и увидела Валентина Феликсовича, который пристально и грустно смотрел на меня. Поразила его угнетенная поза: он стоял согнувшись и упирался руками в край операционного стола, на котором лежал больной, умерший во время операции...» В надежде спасти тяжелых больных, Валентин Феликсович шел и на рискованные операции, несмотря на то, что это налагало на него большую ответственность... Когда, войдя в палату, он замечал, что нет больного, которого он оперировал два дня назад, он, ни о чем не спрашивая, поднимался на второй этаж и запирался в своей комнате. Из воспоминаний ученицы профессора – хирурга А.И. Беньяминович: «Его не видели потом в отделении часами. Мы знали: каждая смерть, в которой он считал себя повинным, доставляла ему глубокие страдания». Об умерших Валентин Феликсович молился дома, так как действующего храма в г. Красноярске не было. В письме к старшему сыну Валентин Феликсович сообщал, что работать приходится в невыносимых условиях: штат неумел и груб, врачи не знают основ хирургии. К его протестам никто не прислушивается, хотя речь шла буквально о преступлениях. Великому хирургу с почти сорокалетним опытом в условиях Советской России приходилось сталкиваться с всеобщим беспорядком в медицинских коллективах. По этому поводу он стал нервничать, случалось, даже выгонял нерадивых помощников из операционной. На него жаловались, возникали разбирательства, периодически госпитали посещали многочисленные комиссии. Все это негативно отражалось на

здоровье профессора. Во время операций хирургу часто приходилось опускаться на стул, так как «не держали ноги» [9].

Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий, оставаясь в положении ссыльного хирурга, дважды в неделю был обязан отмечаться в милиции. Выезжать на научные конференции в другой город он мог только по рапорту и с разрешения чекистов. Зимой 1942 г. он жил в сырой холодной комнате, до войны принадлежавшей школьному дворнику, и находился на грани нищеты. На госпитальной кухне, где готовилась пища на тысячу двести человек, ссыльного хирурга-консультанта не полагалось. А так, как у него не было ни времени, чтобы отovarивать свои продуктовые карточки, ни денег, чтобы покупать продукты на черном рынке, то он постоянно голодал. Профессор не только много оперировал, но и консультировал во многих госпиталях. Часто консультации завершались его пометкой: «Раненого (такого-то) перевести в школу № 10 (там располагался его госпиталь). Как и прежде, в годы тюрем и ссылок, Владыко все терпел с глубокой преданностью воле Божией. В одном из писем той поры он писал сыну Михаилу, что «полюбил страдание, так удивительно очищающее душу» [9].

К весне 1942 г. государственные чиновники, осознав значимость профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, стали заботиться об улучшении условий его работы, разрешили ему питаться на общей кухне. В Иркутске на межобластном совещании главных хирургов Архиепископу-хирургу «устроили настоящий триумф, – как писал он сыну Михаилу. – Мнение обо мне в правящих кругах самое лучшее и доверие полное. Слава Богу!» Он делает ряд открытий, его операции, лекции, доклады на конференциях высоко ценили в медицинских кругах. «Почет мне большой: когда вхожу в большие собрания служащих или командиров, все встают», – вспоминал Владыко; и в своем письме Н.П. Пузину сообщал: «За мной исключительно ухаживают... Реввоенсовет представил меня к награде, по-видимому, к ордену. – Поистине, стремительная эволюция от *persona odiosa* к *persona grata*... Уже четыре недели я не работаю вследствие очень тяжелого переутомления. Три недели пролежал в больнице крайкома, теперь лежу у себя на квартире... А до сих пор я работал до восьми-девяти часов и делал четыре-пять операций... Продолжается моя большая переписка с Митрополитом Сергием». И далее, к сыну Михаилу: «Открылась маленькая церковь в Николаевке, предместье Красноярска, а я назначен Архиепископом Красноярским... Конечно, я буду продолжать работу в госпитале... Невроз мой со времени открытия церкви прошел совсем и работоспособность восстановилась» [9].

В г. Красноярске он совмещал лечение раненых с Архиерейским служением в Красноярской епархии. По окончании работы в эвакогоспитале

1515 он получил благодарственную грамоту Западно-Сибирского военного округа [2, 5, 6, 9].

В 1944-1946 гг. после окончания ссылки (1943) судьба связала В.Ф. Войно-Ясенецкого с г. Тамбовом. Он был назначен Архиепископом Тамбовским и Мичуринским и одновременно хирургом-консультантом эвакуационных госпиталей на Тамбовщине, где на его попечении находилось сто пятьдесят госпиталей, от пятисот до тысячи коек в каждом [9, 11, 13, 14]. Консультировал он также хирургические отделения Советской городской больницы г. Тамбова, где и оперировал наиболее тяжелых больных [10]. В Тамбовский период жизни В.Ф. Войно-Ясенецкий, находясь в зените хирургического мастерства, ярко сочетал две ипостаси: активно восстанавливал храмы, служил в Кафедральном Соборе во имя Покрова Пресвятой Богородицы, выступал с проповедями и одновременно плодотворно занимался научной и практической хирургической деятельностью.

Оперативная и методическая работа в эвакогоспиталях профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого способствовала резкому снижению смертности до 0,2 % со второго полугодия 1944 г. Во всех госпиталях с приходом профессора значительно увеличилась хирургическая активность врачей. В эвакогоспиталях №№ 5355 и 5356 при ранениях крупных суставов профессором В.Ф. Войно-Ясенецким широко применялась та хирургическая тактика, которая изложена в его монографии «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». В эвакогоспитале торакального профиля № 5894 на 400 коек с приходом профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого оперативная активность выросла с 81 операции за второе полугодие 1943 г. до 507 операций в первом полугодии 1944 г. В этом же госпитале им проводилась научно-исследовательская работа «О течении хронической эмпиемы и хондритах». В мае 1944 г., июле-августе 1945 г. профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий выезжал на заседания Пленума госпитального совета НКЗ РСФСР в г. Москву. В 1944 г. в г. Тамбове проходило совещание на чальников и главных хирургов госпиталей Воронежского округа. В.А. Поляков – ведущий хирург эвакогоспиталя № 5954 (г. Котовск, Тамбовская область), вспоминал: «В зал вошел человек огромного роста, в очках и черной широкой рясе. Его седые волосы ниспадали до плеч. Легкая, прозрачная, белая кружевная борода покоилась на груди. Ниже ее, колеблемые дыханием, висели на тонких цепях большой серебряный крест и панагия, увенчанная русской императорской короной... Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий – Архиепископ Лука начал доклад об огнестрельном остеомиелите. Мы услышали слова хирурга, мастера-лектора, стоявшего на самых революционных, самых радикальных позициях по отношению к огнестрельному остеомиелиту и его

осложнениям. Докладчик призывал к ранней диагностике, к полному иссечению всех пораженных, мертвых и инфицированных тканей, к внимательному и настойчивому проведению общего лечения раненых, к предупреждению и активной терапии гнойного процесса и возможных осложнений, и самих операций» [5, 6, 8 - 15].

Он выступал с докладами на конференциях и с лекциями для врачей, публиковал работы по диагностике и лечению раневого остеомиелита, раневого сепсиса, хронических эмпием плевры и поздних резекций при инфицированных ранениях суставов [2, 3, 9, 11, 13 - 15]. Так, в соответствии с приказом начальника отдела эвакуогоспиталей г. Тамбова от 6.01.1945 г.: «Для повышения квалификации врачей эвакуогоспиталей Тамбовской области» с 1.01.1945 г. по 1.10.1945 г. профессором В.Ф. Войно-Ясенецким был проведен цикл лекций на тему «Учение об остеомиелитах» [15]. 30.09.1945 г. он выступал с докладом о сепсисе на 5-ом Тамбовском областном съезде медицинских работников: «Изучение сепсиса является одной из важнейших задач научной медицины... Недостаточно знать о классификации и клинике сепсиса, необходимо знать об организме в общем, нужно знать те изменения, которые происходят во внутренних органах... Главным образом – не мучить больного, а устранить причину сепсиса в септическом очаге... Страшно то, что врачи не могут различить местный процесс от настоящего сепсиса, где нужно немедленное хирургическое вмешательство. Оно стоит во главе всех видов лечения сепсиса. Нельзя вылечить сепсис, если не устранен очаг... Никак нельзя оставить без внимания весь организм в целом... Огромное значение играет уход и содержание больных... Постарайтесь всеми силами дойти до такого уровня в своих теоретических и практических знаниях, при котором вы сумеете отличить настоящий сепсис» [12].

Архиепископ-хирург прилагал много стараний, чтобы вышло второе дополненное издание «Очерков гнойной хирургии». В 1943 г. ему удалось получить разрешение на ее переиздание, и он писал об этом Н.П. Пузину: «У меня большая радость. 2 мая я послал Сталину письмо о своей книге с приложением отзывов профессоров Мануйлова и Приорова, превозносящих книгу до небес. Результат - письмо из «Медгиза» от 26 июня с просьбой прислать рукопись для издания» [9].

Архиерейская деятельность Святителя Луки имела большое значение для подготовки Собора Епископов Русской Православной Церкви 1943 г. Он, будучи членом Священного Синода, принял непосредственное участие в составлении документов Собора. Митрополит Сергей привлек Владыку Луку к участию в «Журнале Московской Патриархии», с которым его сотрудничество продолжалось около 10 лет [1, 13].

В 1946 г. Архиепископ Тамбовский и Мичуринский Лука – профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий выпускает тиражом в 20 тыс. экземпляров «второе, значительно дополненное» издание «Очерков гнойной хирургии» [9, 11, 13, 14]. В предисловии к нему автор пишет: «Большое удовлетворение доставили мне живой интерес и всеобщее одобрение, с каким было встречено первое издание этой книги. Достигнута главная моя цель – привлечь внимание врачей к гнойной хирургии, показать, что она не скучное и неприятное дело, а чрезвычайно важный отдел хирургии, полный глубокого научного интереса, очень нелегкий в отношении диагностики и оперативного лечения» [1].

Он является автором свыше 40 научных работ [2, 5, 6, 9]. За изданные фундаментальные монографии «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов» в 1946 г. профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий получил Государственную (Сталинскую) премию СССР [2, 5, 9, 13]. Почти всю премию (130 из 200 тыс. руб.) Высокопреосвященный Лука пожертвовал на помощь сиротам – жертвам войны [9, 13]. В 1956 г. выдающиеся хирурги А.Н. Бакулев и П.А. Куприянов писали: «До выхода в свет труда В.Ф. Войно-Ясенецкого, пожалуй, никому не удалось провести с такой последовательностью анатомо-топографический принцип в изучении нагноительных процессов, т.е. тот принцип, который впервые был выдвинут великим Н.И. Пироговым» [1]. Авторы многотомника «Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945» многократно ссылаются на опыт хирурга-консультанта военных эвакуационных госпиталей профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. Его именем (эпонимами) названы некоторые анатомо-топографические ориентиры, нозологические формы гнойной хирургической патологии и виды полостных операций [2, 7].

В 1945 г. за архипастырскую деятельность и патриотические заслуги Архиепископ Лука Митрополитом Сергием был награжден правом ношения креста на клобуке [5, 9, 13]. В декабре 1945 г. решением исполнительного комитета Тамбовского областного совета «депутатов трудящихся» № 1174: «За большую работу, проведенную в госпиталях г. Тамбова, способствующую возвращению в строй раненых офицеров и бойцов Красной Армии и за успешную работу по повышению квалификации врачей» профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий был награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» [13, 14].

В 1946 г. Валентин Феликсович переезжает в г. Симферополь и становится Архиепископом Крымским и Симферопольским. Здесь он публикует новые работы по гнойной хирургии [5, 6]. В 1956 г. тиражом в 30 тыс. экземпляров вышло третье издание его монографии «Очерки гнойной хирур-

гии». В предисловии к нему профессора А.Н. Бакулев и П.А. Куприянов подчеркнули, что «Очерки гнойной хирургии» – капитальный и оригинальный труд; привлекли к себе общее внимание широтой охвата предмета и глубоким клиническим анализом заболеваний. К изучению клиники нагноительных процессов профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий подходит с анатомо-физиологических позиций. С большой убедительностью он показывает необходимость знания топографической анатомии при решении вопросов топической диагностики и рационального оперативного лечения нагноений... Уже много лет сочинение В. Ф. Войно-Ясенецкого является настольной книгой автора, в основу которой положен богатейший личный клинический опыт автора» [1]. Не случайно Г.А. Митерев – бывший Нарком здравоохранения СССР в годы Великой Отечественной войны, отметил: «В.Ф. Войно-Ясенецкому, его исследованиям обязаны своей жизнью многие сотни раненых, что ставит этого хирурга в один ряд с самыми выдающимися врачами нашего времени» [8].

«Публикация в 1934 г. «Очерков гнойной хирургии» вызвала всеобщий интерес. Восторженный отзыв о книге дал выдающийся хирург И.И. Греков. С тех пор, вот уже более 40 лет, ни одна сколько-нибудь значительная работа по гнойной хирургии не появляется без ссылок на «Очерки гнойной хирургии» и ее автора...», – писал в 1977 г. В.И. Колесов в «Вестнике хирургии», № 9. Книга написана не только со знанием хирургического дела, любовью к больному человеку, но и с большим литературным мастерством. Только труды Г. Мондора, Ф. Лежари, С.С. Юдина и других величайших хирургов могут быть поставлены в один ряд с ней. И до сих пор монография многократно переиздается и мгновенно расходуется по читателям «с исключительной целью...- делать людям добро».

Мы преклоняем головы перед профессором В.Ф. Войно-Ясенецким - Святителем Лукой, причисленным в 2000 г. Собором Русской Православной Церкви к лику Святых. В музеях истории медицины г. Тамбова и г. Симферополя представлены материалы об этом ярком талантливом челове-

ке. На доме, в котором он жил в г. Тамбове, и на здании хирургического корпуса Тамбовской областной больницы (ранее: Советской городской больницы г. Тамбова), где он также оперировал, в его честь установлены почетные мемориальные барельефы. Второй городской больнице г. Тамбова присвоено имя Архиепископа Луки.

В городах: Красноярске, Тамбове, Симферополе и Москве - в благодарность за свершенные им богоугодные деяния, жителями установлены памятники – «профессору В.Ф. Войно-Ясенецкому (Архиепископу Луке)». «И наша радость в том, что духовная ценность не может укрыться, так же как град, стоящий на верху горы» (Мф. 5,14).

Литература

- 1) Бакулев А.Н., Куприянов П.А. // Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. – Л., 1956. – С. 1 - 3.
- 2) Большая медицинская энциклопедия. – Издание третье. – Том 4. – М., 1976. – С. 388.
- 3) Быкова В.И., Щукин Ю.К. Архиепископ Лука - Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий в Тамбове. – Тамбов, 2002. – 36 с.
- 4) Брокгауз Ф.А., Эфрон И.А. Энциклопедический словарь. – Том 6 «А». - С.Пб., 1892. – С. 939.
- 5) Киммер Е. // Журнал Московской патриархии. – 1977. - № 4. – С. 55 – 63.
- 6) Котельников В.П. // Клинич. Медицина. – 1987. – Т. 65, № 10. – С. 152 - 155.
- 7) Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. (Эпонимы). – Киев., 1979. – 312 с.
- 8) Митерев Г.А. В дни мира и войны. – М., 1975. – С. 227.
- 9) Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий). Автобиография. «Я полюбил страдание». – М., 2005. – 205 с.
- 10) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 1529; оп. 4, д. 43.
- 11) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 217 «А».
- 12) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 227.
- 13) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 5220; оп. 1, д. 53.
- 14) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 5220; оп. 2, д. 2.
- 15) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 5220; оп. 2, д. 3.



Слушатель ординатуры 3-го года обучения по специальности «Хирургия» майор медицинской службы А. Е. ЯКОВЛЕВ

«ПРОФЕССОР В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ – «ВРАЧЕВАТЕЛЬ ДУШ И ТЕЛ»

(г. Тамбов, 1944–1946 гг.)

Мне хотелось бы сегодня в этой замечательной аудитории представить Вашему вниманию уважаемых коллег и учителей, неравнодушных к медицине, истории и культуре нашей страны и Православия, интересные факты из биографии неординарного человека - выдающегося хирурга XX века, профессора, доктора медицинских наук, лауреата Государственной (Сталинской) премии СССР, Архиепископа Русской Православной Церкви – Луки, в миру – Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого в период его жизни с 1944 по 1946 год в г. Тамбове, которому 27 апреля 2007 года исполнится 130 лет со дня рождения.

Они связаны с его непосредственной деятельностью в качестве священнослужителя - Архиепископа Тамбовского и Мичуринского. И в то же время талантливейшего практического хирурга, хирурга-консультанта тамбовских эвакуационных госпиталей для тяжелораненых и больных. «Крестом и скальпелем» врачевавшего не только тела раненых, но и души православных христиан.

Мы не перестаем удивляться гением этого человека. Его жизнь является примером доброты, а хирургический труд – примером профессионализма, что убедительно свидетельствует о непреходящей красоте православной культуры, о высоком предназначении человека жить и творить в соответствии с Евангельскими заповедями Христа – Спасителя.

Для нынешнего поколения врачей одной из путеводных звезд в освоении милосердной профессии, конечно же, является жизнь и профессиональная деятельность Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого.

Однажды, как он сам рассказывал, он выступал на Епархиальном съезде с большой горячей речью. После съезда Епископ Ташкентский Иннокентий (Пустынский) сказал ему: «Доктор, Вам нужно быть священником». «Я принял это как Божий призыв», – вспоминал Архиепископ Лука

и, не минуты не раздумывая, ответил: «Хорошо, Владыко, я буду, если это угодно Богу...».

В 1944-1946 гг. судьба связала В. Ф. Войно-Ясенецкого с г. Тамбовом. Он был назначен Архиепископом Тамбовским и Мичуринским и одновременно хирургом-консультантом военных эвакуационных госпиталей на Тамбовщине, где на его попечении находилось сто пятьдесят госпиталей, от пяти сот до тысячи коек в каждом. Консультировал он также хирургические отделения областной больницы. В годы Великой Отечественной войны г. Тамбов был мощной госпитальной базой для тяжелораненых больных, где в ноябре 1942 г. (в здании городской школы № 19) проходила первая конференция хирургов Воронежского фронта с участием известных военных хирургов Н.Н. Бурденко, С.С. Гирголова, М.Н. Ахутина, В.В. Гориневской.

Приняв священнический сан, нареченный в честь евангелиста Луки, который был врачом и художником, профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий получил от Патриарха Тихона наказ, подтвержденный затем Патриархом Сергием: «Не оставлять научную и практическую деятельность по хирургии». Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий служил людям «крестом и скальпелем» - успешно оперировал, спасая жизнь пациентов, большинство из которых были раненые на фронте солдаты и совершал архиерейские служения в местном тамбовском Храме – Соборе в честь Покрова Пресвятой Богородицы. Этот Храм был заложен в 1763 г. и стал единственным действующим Храмом в г. Тамбове в годы Великой Отечественной войны. Этот храм, долгие годы содержавший под своей кровлей рабочие общежития, доведен был до последней степени запустения. Обитатели его раскололи иконы, сломали и выбросили иконостас, исписали стены ругательствами. Святитель Лука принял наследие атеистов, отремонтировал храм, собрал приход, вел службы, продолжая и врачев-

ную работу. Владыко Лука по-прежнему работал сутками, несмотря на то, что скоро ему должно было исполниться семьдесят лет.

«Приводим церковь в благолепный вид... Работа в госпитале идет отлично... Читаю лекции врачам о гнойных артритах... Свободных дней почти нет. По субботам два часа принимаю в поликлинике. Дома не принимаю, ибо это уже совсем непосильно для меня. Но больные, особенно деревенские, приезжающие издалека, этого не понимают и называют меня безжалостным архиереем. Это очень тяжело для меня. Придется в исключительных случаях и на дому принимать», - писал он сыну.

Сохранившиеся на Тамбовщине немногочисленные дневниковые записи, письма, проповеди, научные материалы убеждают, что Богом данный ему дар проявлялся в самых разных направлениях.

Из письма Архиепископа Луки к сыну Михаилу (г. Тамбов, 26.03.1944 г.): «Город недурной, почти полностью сохранивший вид старого губернского города. Встретили меня здесь хорошо... По просьбе Президиума хирургического общества я сделал доклад об остеомиелите... Выступал и заседал в Президиуме в рясе, с крестом и панагией». С горячей любовью и благодарностью вспоминают своего Владыку прихожане тамбовского кафедрального собора: «...Сначала у него не было облачения для службы. Прислали ему облачение перед Великим постом. Он служил первый раз и обратился к верующим с кратким словом: «После долгого духовного голода мы сможем снова собираться и благодарить Бога... Я назначен к вам пастырем». Потом благословил каждого человека в храме».

Не зная отдыха, в тяжелых условиях тыла Преподобный Лука делал необычайно сложные хирургические операции, вернувшие к жизни тысячи людей, но в духе сталинской эпохи и он подвергся гонениям, клевете и злобе властителей. Из архива – «В Тамбовский облизполком тов. Медведеву, от председателя Совета по делам Русской Православной Церкви при СНК СССР П.Г. Карпова (08.04.1944 г.), «В отношении Тамбовского Архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого) сообщают:

1. Архиепископ Лука в своих проповедях приводит ряд неправильных положений и допускает клевету.
2. Архиепископ Лука в хирургическом отделении госпиталя № 1494 повесил икону и перед проведением операции проводит молитвенные служения.
3. Присутствие Архиепископа Луки, как профессора, на межобластном совещании врачей эвакуационных госпиталей в полном архиерейском облачении, безусловно, является демонстрацией и не должно быть допущено, о чем руководству совещания нужно было Архиепископа предупредить.

В случае попыток со стороны Архиепископа Луки делать какие-либо противозаконные дей-

ствия и дальше, и этим самым превышать предоставленные ему права, Вам следует, как уполномоченному Совету в деликатной форме разъяснить Архиепископу Луке.

О неправильных действиях профессора Войно-Ясенецкого мною информирован Наркомздрав РСФСР».

Но не ожесточился Архиепископ Лука, не потерял доброту, верил в лучшее будущее. И, пройдя трехлетнее тюремное заключение и трижды - административные ссылки общим сроком 11 лет в период с 1923 по 1943 год с короткими перерывами в Енисейске, Туруханске, Архангельске, Новосибирске, Тюмени, Омске, Красноярске, веря, что к русским людям придет прозрение и в их душах откроется свет, он продолжал нести людям глубокий позитивный потенциал, ибо в основе его проповедей были заповеди любви, сострадания и помощи ближнему. «Русский человек без Бога - дрянь», - в свое время говорил Ф.М. Достоевский. На пути развития духовного мира прихожан, Архиепископ Лука открывал им прекрасный мир церковного искусства, дал им соприкоснуться с богатейшим православным духовным наследием, по-отечески сопровождал их на пути становления как личности. Погружаясь в его записи, понимаешь, что он - «Человек вечности», чьи дела и мысли о жизни и духе не вмещаются во временные рамки. Целью и задачей духовной школы Архиепископа Луки являлось воспитание христиан в рамках истинно духовных и исторических ценностей русского народа и Православной Церкви. И Архиепископ Лука своей жизнью и служением, проповедями и культурно-просветительной деятельностью являл тому достойный пример людям.

«Только теперь в Тамбове я чувствую себя в полной мере Архиереем, и все мое поведение изменяется соответственно этому», - сообщал в письме Архиепископ Лука своему сыну Михаилу 15.05.1944 г.

Богослужения, совершаемые Архиепископом Лукой, отличались высокой духовностью и молитвенностью. Много сил он отдал просвещению паствы: «Там много-много я проповедовал и внушал всем великую любовь к преподобному Серафиму, так что после каждой службы всем народом пели тропарь преподобному перед образом его».

Вместе с тем, Архиепископ Лука, по призванию и велению Божьему, активно оперирует в эвакуационных госпиталях г. Тамбова, читает лекции по хирургии, передавая свой опыт словом и делом. Он был великим ученым, талантливейшим хирургом-практиком, который ради медицины жертвовал многим в своей жизни. «Для хирурга не должно быть «случая», а только живой страдающий человек», - говорил профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий. По поводу неумелого, грубого обследования пациентов некоторыми врачами профессор



В.Ф. Войно-Ясенецкий в 1946 г. писал: «Мы часто видели врачей, грубо тычущих рукой в очень болезненный живот, ничего при этом не узнающих и сразу лишаящихся доверия больных. А между тем, не только при воспалительных процессах в брюшной полости, но и при полной болезненности ее, больные резко реагируют защитными движениями на всякое неделикатное ощупывание. Наши врачебные задачи нередко ставят нас в необходимость причинять боль, а больных считаем необходимыми терпеть ее».

Оперативная и методическая работа в эвакуационных госпиталях профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого способствовала резкому снижению смертности до 0,2 % со второго полугодия 1944 г. Во всех госпиталях с приходом профессора значительно увеличилась хирургическая активность врачей. В эвакуационных госпиталях №№ 5355 и 5356 при ранениях крупных суставов профессором В.Ф. Войно-Ясенецким широко применялась та хирургическая тактика, которая изложена в его монографии «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». В эвакуационном госпитале торакального профиля № 5894 на 400 коек с приходом профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого оперативная активность выросла с 81 операции за второе полугодие 1943 г. до 507 операций в первом полугодии 1944 г. В этом же госпитале им проводилась научно-исследовательская работа «О течении хронической эмпиемы и хондритах». В мае 1944 г., июле-августе 1945 г. профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий выезжал на заседания Пленума госпитального совета НКЗ РСФСР в г. Москву. В 1944 г. в г. Тамбове проходило совещание начальников и главных хирургов госпиталей Воронежского округа. В.А. Поляков – ведущий хирург эвакуационного госпиталя № 5954 (г. Котовск, Тамбовская область), вспоминал: «В зал вошел человек огромного роста, в очках и черной широкой рясе. Его седые волосы ниспадали до плеч. Легкая, прозрачная, белая кружевная борода покоилась на груди. Ниже ее, колеблемые дыханием, висели на тонких цепях большой серебряный крест и панатия, увенчанная русской императорской короной... Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий – Архиепископ Лука начал доклад об огнестрельном остеомиелите. Мы услышали слова хирурга, мастера-лектора, стоявшего на самых революционных, самых радикальных позициях по отношению к огнестрельному остеомиелиту и его осложнениям. Докладчик призывал к ранней диагностике, к полному иссечению всех пораженных, мертвых и инфицированных тканей, к внимательному и настойчивому проведению общего лечения раненых, к предупреждению и активной терапии гнойного процесса и возможных осложнений, и самих операций».

Он выступал с докладами на конференциях и с лекциями для врачей, публиковал работы по диагностике и лечению раневого остеомиелита, ра-

невого сепсиса, хронических эмпием плевры и поздних резекций при инфицированных ранениях суставов. Так, в соответствии с приказом начальника отдела эвакуационных госпиталей г. Тамбова от 6.01.1945 г.: «Для повышения квалификации врачей эвакуационных госпиталей Тамбовской области» с 1.01.1945 г. по 1.10.1945 г. профессором В.Ф. Войно-Ясенецким был проведен цикл лекций на тему «Учение об остеомиелитах». 30.09.1945 г. он выступал с докладом о сепсисе на 5-ом Тамбовском областном съезде медицинских работников: «Изучение сепсиса является одной из важнейших задач научной медицины... Недостаточно знать о классификации и клинике сепсиса, необходимо знать об организме в общем, нужно знать те изменения, которые происходят во внутренних органах... Главным образом – не мучить больного, а устранить причину сепсиса в септическом очаге... Страшно то, что врачи не могут различить местный процесс от настоящего сепсиса, где нужно немедленное хирургическое вмешательство. Оно стоит во главе всех видов лечения сепсиса. Нельзя вылечить сепсис, если не устранен очаг... Никак нельзя оставить без внимания весь организм в целом... Огромное значение играет уход и содержание больных... Постарайтесь всеми силами дойти до такого уровня в своих теоретических и практических знаниях, при котором вы сумеете отличить настоящий сепсис».

Хирург-консультант военных эвакуационных госпиталей В.Ф. Войно-Ясенецкий опыт практического хирурга реализовал в «Сборнике работ госпитальной базы 1-го Украинского фронта» и других научных печатных изданиях тех лет. Он является автором свыше 30 научных работ, среди которых «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов», за которые в 1946 г. получил Государственную (Сталинскую) премию. «Множество поздравлений отовсюду, – писал Владыко Лука после получения премии, – Патриарх, митрополиты, архиереи, Карпов (Председатель Совета по делам РПЦ), Митерев, Третьяков, Академия Медицинских наук, Комитет по делам высшей школы, Богословский институт, профессора и проч., и проч. Превозносят чрезвычайно... Моя слава – большое торжество для Церкви, как телеграфировал Патриарх». Почти всю премию Высокопреосвященный Лука пожертвовал на помощь сиротам – жертвам войны. Его частные приемы, консультации были бесплатными. Научную свою деятельность, публикации книг и статей, получение Государственной премии Владыко Лука рассматривал как средство поднять авторитет Церкви.

Сейчас уже невозможно установить скольким тысячам своих пациентов и прихожан залечил физические и душевные раны этот необыкновенный, необычайных способностей и величайшей

духовности, человек. Со слов В.П. Дмитриевской, учительница-пенсионерка из Тамбова О.В. Стрельцова описывает следующий случай...

«При обходе больных красноармейцев госпиталя профессором В.Ф. Войно-Ясенецким больной красноармеец позволил себе нанести ему обиду, сказав: «Зачем здесь ходит длинноволосый?» И что же случилось: в этот же вечер обидчику было возмездие и вразумление. Ночью с ним случился приступ, который вразумил его. И он, больной, слезно просил дежурного врача вызвать к нему профессора, то есть Владыку Луку.

Он приехал ночью же, вошел в палату к больному, который со слезами просил прощения у Архиепископа-врача за свою обиду и умолял спасти ему жизнь, так как он, больной, чувствовал уже приближение смерти. Владыко, как он обычно поступал, спросил у больного, верует ли он в Бога, так как не профессор возвратит ему жизнь. А Бог рукой доктора. Больной, не прекращая слез, ответил, что он теперь верует и сознает, что заплатил за грубую насмешку над Архиепископом. Владыко-профессор, сделав срочную операцию, возвратил больного к жизни».

Один из четверых детей В.Ф. Войно-Ясенецкого, которые впоследствии стали хорошими врачами, – Валентин вспоминал о любопытном факте: «Тончайшее чувство осязания, очевидно, было врожденным у отца. Он как-то, беседуя с нами, его детьми, рассказывая о хирургической технике... сложил десять листков тонкой белой бумаги. А затем попросил давать ему задания: одним взмахом острого (это было обязательным условием) скальпеля разрезать любое количество листков. Опыт оказался весьма удачным. Мы были поражены!» В.Ф. Войно-Ясенецкому было свойственно внутреннее спокойствие. Его никогда не видели в гневе, «вспыльчивым» или просто раздраженным. Голос – негромкий, глуховатый, он никогда его не повышал. Его многое возмущало, но он никогда не выходил из себя. Свое негодование выражал спокойным голосом. Не видели его и по-настоящему веселым, хотя он нередко улыбался и даже смеялся.

«Одна женщина-вдова стояла возле церкви, когда Владыко шел на службу. «Почему ты, сестра, стоишь такая грустная?» – спрашивает Владыко. А она ему: «У меня пятеро детей маленьких, а домик совсем развалился». – «Ну, подожди до конца службы, я хочу с тобою поговорить». После службы он повел вдову к себе домой, узнал, какие плохие у нее дела и дал денег на постройку дома».

«Владыко с книгой начинал день, с книгой, да с молитвой и кончал. Библиотеку ему оставила монахиня Любовь, она была из князей Ширинских-Шихматовых, находившаяся в Тамбове в ссылке».

Еще живы спасенные им тамбовчане – свидетели благородных деяний Святителя Луки. И вот несколько интересных эпизодов...

Лейтенанту Н. Дутову в эвакуационных госпиталях буквально по косточкам собирали уже многократно оперированную раздробленную ногу. Надежды врачей на ее сохранение таяли с каждым днем и консилиумом было вынесено решение об ампутации. Раненый категорически отказывался от этого и на костылях вернулся в родную Жердевку. Но, вскоре, прослышав о профессоре-хирурге, в одеянии священнослужителя, творящем, буквально, чудеса, Н. Дутов приехал в г. Тамбов и добился встречи. Валентин Феликсович оставил Николая, пролечил... Домой тот возвратился без костылей...

А вот, что рассказал об Архиепископе Луке тамбовчанин А. Житенев: «Было это летом 1944 г. Мне было чуть больше шести лет и лет пяти во время бомбежки я повредил руку и ногу. Нога зажила. А рука и после лечения не распрямлялась, оставалась в согнутом состоянии. Конечно, подробности я не помню... Запомнил, как во двор госпиталя, где моя мама, Анна Петровна, работала медицинской сестрой, где мы ребятишки и играли, вошел большой дядя, вроде священник. Почему-то он обратил на меня внимание и поинтересовался моим увечьем. Врач Берлин, с которым работала мама, пояснил, что я – сын его медсестры. Потом меня позвали и показали этому человеку – хирургу, как выяснилось. Валентин Феликсович осмотрел меня и сделал два надреза. Вскоре рука стала выпрямляться, а пальцы – шевелиться...» Позже А. Житенев отработал сорок четыре года в тамбовском гарнизонном военном госпитале, из них сорок – на реанимобиле шофером и до сих пор вспоминает своего доктора добрым словом.

Акимушкина С.Я. в 1945 г. была прооперирована профессором В.Ф. Войно-Ясенецким по поводу гнойного бурсита правого коленного сустава. Прихожанка Покровского Собора переписывалась с Владыкой и после его перевода в г. Симферополь. «Стала крепкой нога твоя, Сима. Иди же не хромя по пути Христову и поминай меня, исцелившего тебя... Симе Акимушкиной на молитвенную память», – писал ей Архиепископ Лука 19.05.1946 г.

Сохранились интересные воспоминания о Владыке Луке учительницы С.И. Борисовой. Немка по национальности, она была лютеранкой и во время пребывания Архиепископа Луки в Тамбове пожелала перейти в православие. Архиепископу Луке пригласил ее к себе в дом, побеседовал с ней, подготовил к переходу в православную веру. Она стала очень близким ему человеком и после отъезда Владыки Луки в Симферополь долго с ним переписывалась. В конце 1944 года в одной из проповедей Архиепископу Луке Лука сказал, что немецкие зверства не случайны, что жестокость присуща немецкому народу в целом; эта национальная черта уже не раз выявлялась у немцев в прошлые столетия и отражает, так сказать, дух германского народа. Софью Ивановну обидели эти слова. Преодолев смущение,



она подошла после проповеди к Архиепископу и сказала ему, что немцы, как и русские, бывают всякие, и никакого немецкого духа она не знает. Владыко молча выслушал ее и молча же покинул Храм. А через несколько дней, при большом стечении народа, сказал прихожанам, что обнаружил в прошлой своей проповеди ошибку. И неправильно говорить о жестоком характере всех немцев вообще. Он просит тех, кого это высказывание обидело, если можно, простить его.

Архиепископ Иннокентий Калининский (Леонферов), бывший в Тамбове епархиальным секретарем Владыки Луки, вспоминал: «Он очень правдив был, Владыко Лука, до смешного правдив. Полагал, что и вокруг него люди так же правдивы». «Не могу не доверять людям», - однажды высказался и сам Архиепископ Лука.

Он добивался передачи верующим городского Кафедрального собора. После приезда в Тамбов Святитель Лука писал сыну: «Отказали в Москве открыть у нас Собор, и это большое огорчение для меня». Позже Владыке Луке было обещано открыть Собор или другой большой Храм в Тамбове, но тамбовский уполномоченный по делам Православной Церкви отказался сделать это. В августе Владыко Лука сообщает: «Собор будет открыт только по ходатайству верующих, но нет до сих пор инициаторов, все боятся». В те годы председатель облисполкома Козырьков и первый председатель обкома партии Волков – всячески этому сопротивлялись. Козырьков относился к Владыке Луке неплохо, считая, что он – медик, случайно попавший в «церковный омут». Однажды он пригласил Владыку к себе в кабинет и, желая выразить ему свое расположение, спросил: «Чем Вас премировать за Вашу замечательную работу в госпитале?» – «Откройте городской собор» – «Ну нет, собора Вам никогда не видать». – «А другого мне от Вас ничего не нужно», - ответил Архиепископ и покинул облисполком. Козырьков вскоре умер (Владыко Лука диагностировал у него неоперабельный рак желудка), но Волков так до конца войны и не допустил, чтобы в Тамбове открыли второй Храм. С новым председателем, который сменил Козырькова, произошел у Архиепископа Луки следующий случай. В конце 1945 года Владыку и его секретаря пригласили в облисполком, чтобы вручить им медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941 -1945 гг.» После вручения медалей председатель сказал, что он надеется, что профессор и впредь будет делиться своим большим опытом с медиками города. Архиепископ Лука ответил ему следующее: «Я учил и готов учить врачей тому, что знаю; я вернул жизнь и здоровье сотням, а может быть и тысячам раненых и наверняка помог бы еще многим, если бы вы (он подчеркнул это «вы», давая понять, что придает слову широкий смысл), не схватили меня ни

за что, ни про что и не таскали бы одиннадцать лет по острогам и ссылкам. Вот сколько времени потеряно и сколько людей не спасено, отнюдь не по моей воле». У областного начальства эти слова вызвали шок. Какое-то время в президиуме и в зале царил тягостная тишина. Кое-как придя в себя, председатель залепетал, что прошлое пораде забыть, а жить надо настоящим и будущим. И тут снова раздался басовитый голос Владыки Луки: «Ну, нет уж, извините, не забуду никогда!»

Из воспоминаний И.А.Кассирского, которого связывали с В.Ф. Войно-Ясенецким многолетние дружеские отношения и совместная работа в Ташкентском университете: «О его искусстве хирурга ходили легенды. Оперировал он без какой-либо нервозности, чувствовался спокойный, ровный ритм работы. Его пальцы нежно и в то же время властно управляли движением скальпеля в живой ткани. Один музыкальный критик об исполнении В.В. Софроницким Шопена как-то сказал: «Ни пылинки!» Это можно было бы сказать и об «исполнительском искусстве» хирурга В.Ф. Войно-Ясенецкого. Нас, коллег, поражал широкий диапазон его оперативного умения. Он не терялся ни перед какой новой и случайной операцией, умел сразу находить творческое решение по ходу операции. Ему, конечно, очень помогало абсолютно безошибочное стереоскопическое представление любой области тела, куда вторгался скальпель. Самую сложную операцию он вел, казалось, без всякого напряжения. В полной тишине, спокойно, время от времени он предупреждал ассистента: «Сейчас, под этой фасцией сосуд (следует название) – зажмите...» Это его, в результате блестящего знания анатомии, заранее сказанное «зажмите» помогало делать операции почти бескровными...» Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий был очень требователен и себе и к сотрудникам в каждом деле. «Работа должна выглядеть, как бриллиант, - говорил он, - куда его ни повернешь, он блестит». Хорошую работу он считал явлением нормальным, не заслуживающим похвалы, поэтому практически никогда никого не хвалил, но ошибки не прощал. Валентин Феликсович поступал сурово, но совершенно справедливо, требуя от врачей постоянного углубленного анализа, как собственных действий, так и состояния больного.

Являя собою пример высокого гуманизма, мужества и самоотверженности, профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий «денно и ночью» жил делом спасения и помощи в них нуждающихся, постоянно беспокоился о своих коллегах, медицинском персонале эвакуационных госпиталей. «Заведующему областным отделом здравоохранения. «Прошу не лишать меня, и без того работающего в очень тяжелых условиях, весьма полезных и нужных мне для помощи при операциях и ведения тяжелых послеоперационных больных, врачей Попко-

вой и Мазуркевич. Обе они за время работы в госпитале проявили интерес к хирургии и в значительной мере усовершенствовались в ней. Без них работа в госпитале, и без того, едва преодолеваемая врачами, тяжело страдает», – обращался «профессор В. Войно-Ясенецкий» 19.03.1944 г.

Несомненно, что в те страшные времена открытая проповедь о Христе знаменитого ученого, прославленного хирурга не могла не заставить задуматься многих и многих людей. Владыко Лука считал, что его научный труд привлечет к православию многих интеллигентов. Так оно и было. Радиостанцией Би-Би-Си в одной из передач того времени сообщалось, что группа французских девушек и юношей перешла в православие, сославшись в своей декларации на христиан-ученых в СССР – И. Павлова, В. Филатова и Архиепископа Луку (В.Ф. Войно-Ясенецкого). «Сегодня подтвердилось мое мнение, что я немалый козырь для нашего правительства, – писал Владыко Лука сыну. – Приехал специально посланный корреспондент ТАСС, чтобы сделать с меня портреты для заграничной печати. А раньше из Патриархии просили прислать биографию для журнала Патриархии и для Информбюро. Два здешних художника пишут мои портреты. Только что вернувшийся из Америки Ярославский архиепископ уже читал там в газетах сообщения обо мне, как об архиепископе-лауреате Сталинской премии... Завтра придет из Москвы скульптор лепить мой бюст...»

Освещающая души теплом и светом, Архиепископ Лука в общении с чадами Православной Церкви на примере Господа Бога нашего, который пришел к нам, чтобы спасти нас от греха и научить жить в мире, радости и согласии, раскрывал суть Евангельского учения – «Блаженны миротворцы, ибо они будут наречены сынами Божиими» (Мф.5.9). Исполняя заповедь Христа своим ученикам «...нести Слово Божие в мир», Архиепископ Тамбовский и Мичуринский мирянам Епархии и раненым бойцам эвакуационных госпиталей возвращал духовное и физическое здоровье, содействовал и желал доблести, бодрости духа и помощи Божией в общенародной борьбе с врагом; поучал Премудрости Божией; учил быть чуткими и внимательными к урокам истории, патриотизму, основанному на любви к ближнему, уважении к иным народам, умения защитить свою честь, свободу и веру.

О.В. Стрельцова вспоминает, что проповеди Владыки привлекали в Храм много врачей, библиотекарей, учителей. Проповеди записывала во время служения учительница английского языка, преданная Архиепископу Луке, – Н.М.Федорова, потом другая прихожанка-машинистка перепечатывала проповеди на папиросной бумаге и раздавала верующим. В Тамбове было записано семьдесят семь проповедей Архиепископа.

Надеясь, что послевоенные годы станут временем мира и благоденствия, изобилия и духовного

процветания, профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий, как Святитель Русской Православной Церкви и ученый-практик, понимая насущную необходимость, значительное место в своей деятельности отводил духовной поддержке, нравственному и патриотическому воспитанию воинов-защитников, наполнял проповеди и беседы почитанием вечной памяти сродников наших, отдавших свои жизни за спасение Отечества.

В тяжелые годы Великой Отечественной войны, понимая особую значимость национально-государственных интересов СССР, важность решения задач по обеспечению безопасности государства, Архиепископ Лука возрождал было утерянные традиции тесного взаимодействия Русской Православной Церкви и ратных защитников Отечества в области духовно-нравственного и духовно-патриотического воспитания.

Незадолго до отъезда из Тамбова Владыко Лука писал: «Мое сердце плохо, и все исследовавшие его профессора и врачи считают совершенно необходимым для меня оставить активную хирургию... Угасает моя хирургия, и встают большие церковные задачи». В 1946 г. святитель Лука оставил практическую хирургическую деятельность в связи с потерей зрения и был назначен Архиепископом Симферопольским и Крымским. В мае 1946 г. Владыко переехал в Крым. «Как ни плакала моя тамбовская паства, как ни просила Патриархию оставить меня, я должен был ехать в Симферополь. Это было несомненно по воле Божией, ибо здесь я очень нужен. Мне приходится устраивать разоренную епархию». В 1947 г. он закончил свой труд «О душе, духе и теле», в котором изложил свое понимание христианской антропологии и развитие учения о сердце, как органе Богопознания.

Из проповеди Архиепископа Луки (04.04.1955 г.): «Да не покажется Вам самопохвальством то, что я хочу Вам сказать, ибо истинно говорю, что не ищущу славы своей, а славы пославшего мя... Именно о великих делах Божиих, явленных в моей жизни хочу я Вам говорить. Знаю, что много, много людей недоумевает о том, как я мог достигнуть славы ученого и весьма крупного хирурга, оставить хирургию и науку, и стать проповедником Евангелия Христова. Думающие так глубоко ошибаются, считая, что невозможно совместить науку и религию...».

«... Что до родимого нашего русского народа, к которому мы имеем честь и счастье принадлежать, то я тоже твердо убежден, что он еще на пороге своей исторической жизни, и что сомневаться в его будущем и, тем более, отчаиваться за него просто грех...», – из письма Архиепископа Луки от 2.04.1910 г.

Целитель души и тела – что может быть выше! Об этом страстно говорил в своих проповедях Ва-



лентин Феликсович – Архиепископ Лука, рассказывал о Святом Пантелеймоне, который был врачом и священнослужителем. А в Православных Церквях в Лондоне, Париже, Нью-Йорке священнослужители даже называли своего брата во Христе Луку Святым Пантелеймоном нашего времени.

Скончался Архиепископ Лука в 1961 г. «До конца дней своих он сохранил живую, отзывчивую, обаятельную душу, нежно любящую людей... Теперь же, на небе, дерзаем надеяться, Господь уготовал ему венец правды, как возлюбившему явление Его (2 Тим. 4.8)».

Пусть же на горизонте вновь возрождающейся Руси, восстающей из праха и тлена забвения, в который поверх ее грех, в созвездии великих людей: новомучеников, исповедников, преподобных, святителей и праведников – загорится еще одна звезда – Архиепископ Лука.

В 2000 г. Архиепископ Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий) Русской Православной Церковью причислен к Лику Святых. В музее истории медицины г. Тамбова представлены материалы об этом ярком талантливом человеке. На доме, в котором он жил в г. Тамбове, и на здании хирургического корпуса тамбовской областной больницы, где он также оперировал, в его честь установлены почетные мемориальные доски. Второй городской больнице присвоено имя Архиепископа Луки.

В благодарность ему жителями города за свершенные им богоугодные деяния г. Тамбове установлен памятник – «Профессору В.Ф. Войно-Ясенецкому (Архиепископу Луке)», где он изображен «в рясе, с крестом и панагией», а перед собою почетно держит книгу – «Хирургия».

Литература

1) Бакулев А.Н., Куприянов П.А. // Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. – Л., 1956. – С. 1 - 3.

2) Большая медицинская энциклопедия. – Издание третье. – Том 4. – М., 1976. – С. 388.

3) Быкова В.И., Щукин Ю.К. Архиепископ Лука – Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий в Тамбове. – Тамбов, 2002. – 36 с.

4) Варшавский С.Т., Змойро И.Д. // Урология и нефрология. – 1989. – № 5. – С. 66-68.

5) Киммер Е. // Журнал Московской патриархии. – 1977. – № 4. – С. 55 – 63.

6) Колесов В.И. // Вестник хирургии. – 1977. – № 9. – С. 134 – 136.

7) Котельников В.П. // Клинич. Медицина. – 1987. – Т. 65, № 10. – С. 152 - 155.

8) Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. (Эпонимы). – Киев., 1979. – 312 с.

9) Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности. Очерки истории. – М., 2000. – С. 682.

10) Митерев Г.А. В дни мира и войны. – М., 1975. – С. 227.

11) Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий). Автобиография. «Я полюбил страдание». – М., 2005. – 205 с.

12) Список членов 11 съезда Российских хирургов. // Хирургия. – 1912. – Т. 31. – С. 208.

13) Хроника. // Туркестанский медицинский журнал. – 1922. – № 1. – С. 84 - 85.

14) Шевченко Ю.Л. Святые целители и врачи. // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – М., 2006. – Т. 1, № 1, – С. 10 – 21.

15) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 1529; оп. 4, д. 43.

16) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 65.

17) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 217 «А».

18) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 227.

19) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 1, д. 282.

20) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 2, д. 85.

21) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 3959; оп. 2, д. 92.

22) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 5220; оп. 1, д. 53.

23) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 5220; оп. 2, д. 2.

24) ГУ «ГАТО». Ф.р. – 5220; оп. 2, д. 3.