

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Глубокоуважаемые коллеги и читатели!



В выпуске журнала № 2 (16) 2016 г. «Церковь и медицина» мы продолжаем публиковать материалы V Всероссийского съезда православных врачей «Церковь и традиции русской медицины», который проходил 1–3 октября 2015 г. в Санкт-Петербурге. Этот съезд был посвящен теме сохранения и укрепления традиций русской медицины, увековечению памяти известных врачей, внесших большой вклад в развитие мировой медицины, воспитанию милосердного отношения к личности больного.

В номере рассматриваются вопросы современной медикаментозной терапии легочных заболеваний, состояния психического здоровья населения России.

В связи с 55-летием со дня преставления святителя Луки (Войно-Ясенецкого) его памяти посвящен особый раздел журнала.

Исторические материалы представлены обзорной статьей, отражающей связь музыки и медицины, рассказывающей об известных композиторах и врачах, медиках, внесших значительный вклад в отечественную и зарубежную музыкальную культуру.

Традиционно излагаются наиболее важные события православной медицинской общности, посвященные вопросам биомедицинской этики, милосердному медицинскому служению, произошедшие в различных регионах России.

Приоритетными темами данного номера выбраны научные и этические проблемы трансплантации органов и тканей, а также современный подход к вопросам вегетативных состояний.

Первый блок публикаций приурочен к 125-летию профессора С. С. Брюхоненко и проведенной в Санкт-Петербурге IX Школе Ассоциации трансплантационных координаторов.

Второй блок статей сотрудников Российского научно-исследовательского института им. проф. А. Л. Поленова, Московского городского педагогического университета, представителей ОПВ Санкт-Петербурга и известных зарубежных неврологов связан с международной встречей на базе ПСПбГМУ им. И. П. Павлова с одним из ведущих мировых специалистов по данному вопросу профессором Льежского университета доктором Стивеном Лорейзом.

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



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

Главный редактор:

протоиерей Сергей Филимонов,
кандидат богословия, доктор
медицинских наук, профессор

Зам. главного редактора:

В. Я. Плоткин, доктор медицинских
наук, профессор

Выпускающий редактор:

А. С. Гиппиус

Ответственный редактор:

С. В. Лободина

Редактор:

И. Л. Яновская

Редакционная коллегия:

Т. В. Виноградова, кандидат
медицинских наук, доцент

Н. Ф. Жарков, врач

Т. В. Жаркова, врач

Д. Э. Коржевский,
доктор медицинских наук

Верстка, дизайн:

Е. А. Калашникова

Корректор:

Е. И. Барашкова

Редакционный совет:

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

Архимандрит Филипп (Филиппов),
врач (Сыктывкар)

Игумен Серафим (Кравченко), от-
ветственный секретарь Синодаль-
ного Отдела по церковной благо-
творительности и социальному
служению (Москва)

Протоиерей Алексей Бабурин, врач
(Москва)



**МАТЕРИАЛЫ V ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ
«ЦЕРКОВЬ И ТРАДИЦИИ РУССКОЙ МЕДИЦИНЫ» 11**

А. Г. Чучалин **Пневмония — актуальная проблема Российского
здравоохранения 13**

В. К. Шамрей **Современные проблемы психического здоровья
населения России..... 22**

Протоиерей Валерий Швецов **Церковное душепопечение
психоневрологического интерната 30**

**ВОПРОСЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ
И ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 37**

**Международная встреча «Как оценить перспективы
восстановления сознания у пациентов в коме» 39**

А. Ю. Улитин, Е. А. Кондратьева **Вегетативное состояние — синдром
безответного бодрствования 46**

Протоиерей Сергей Филимонов **Духовная помощь больным
в коме..... 52**

М. М. Монти, О. Ванхауденхьюз, М. Бойли, М. Р. Коленан, Д. Д. Пикард,
Л. Тшибанда, А. М. Оуэн, С. Лорейз **Контролируемые модуляции
активности мозга при расстройствах сознания 61**

ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ 82

**IX Школа Ассоциации трансплантационных координаторов
«Основы, практика и перспективы донорства органов»,
посвященная 125-летию С. С. Брюхоненко..... 83**

А. В. Царев, Л. В. Усенко **С. С. Брюхоненко и С. И. Чечулин —
рождение искусственного кровообращения 84**

А. Я. Иванюшкин, О. В. Попова **Социальные проблемы
легализации диагноза смерти мозга..... 88**

О. Н. Резник **Мы делаем в несколько раз меньше трансплантаций,
чем нужно 96**

МАТЕРИАЛЫ, ПОСВЯЩЕННЫЕ СВЯТИТЕЛЮ ЛУКЕ 105

О. В. Марков **Помощь во имя святителя Луки 103**

**Пасхальная радость в Великий пост: репортаж о
пребывании мощей святителя Луки (Войно-Ясенецкого)
в Москве по пути в Грецию 107**

Митрополит Арголидский Нектарий (Антонопулос) «Святитель Лука примиряет всех, втянутых в поле вражды и нестроений».....	110	Протоиерей Николай Брындин, председатель отдела по церковной благотворительности и социальному служению Санкт-Петербургской епархии РПЦ (Санкт-Петербург)
Выставка «Звонница», посвященная 20-летию обретения мощей свт. Луки (Войно-Ясенецкого)	116	Иеродиакон Кирилл (Пустограев), кандидат медицинских наук, детский диетолог, Институт питания РАН (Москва)
Концерт в честь святителя Луки (Войно-Ясенецкого)	118	А. Г. Чучалин, президент Российского респираторного общества, главный терапевт России, директор НИИ пульмонологии ФМБА России, академик РАН, профессор (Москва)
ИСТОРИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	121	А. В. Недоступ, профессор кафедры факультетской терапии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)
Г. Л. Микиртичан Врачи и музыка	123	Н. А. Геппе, заведующая кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, профессор (Москва)
СОБЫТИЯ, ФАКТЫ, КОММЕНТАРИИ	137	И. В. Силуянова, заведующая кафедрой биомедицинской этики РНИМУ им. Н. И. Пирогова, профессор, доктор философских наук (Москва)
В Архангельске хирурги и священники обсудили актуальные вопросы физического и ментального здоровья	139	Г. Л. Микиртичан, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, профессор (Санкт-Петербург)
Духовно-просветительская конференция в Боровичах	143	Дронов Иван Анатольевич. к.м.н., доцент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва)
Потомки Царственной династии посетили храм во имя святого врача-страстотерпца Евгения (Боткина)	144	Н. Г. Машукова, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)
Научно-практическая конференция, посвященная святителю Феофану Затворнику.....	146	
Чистое сердце — тайна духовной жизни.....	149	
В Новосибирске стартовал проект «Мамина школа»	151	
Ежегодная V научно-практическая конференция «Современные аспекты формирования здорового образа жизни»	152	
ОПЫТ АЛТАЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ	153	
ПОЗДРАВЛЕНИЯ.....	163	
ВНИМАНИЮ АВТОРОВ	169	



Favored by
 Bishop of Orekhovo-Zuyevo
 Panteleimon,
 Chairman of the Synodal
 Department for Church
 Charity and Social Ministry,
 Chairman of Russian Orthodox
 Medical Society

Editor in chief:

Archpriest Sergey Philimonov,
 Candidate of Theology
 (a research doctorate),
 Doctor of Medical Sciences,
 Professor

Deputy editor:

V. Y. Plotkin,
 Doctor of Medical Sciences,
 Professor

Executive editor:

A. S. Gippius

Managing editor:

S. V. Lobodina

Editor:

I. L. Yanovskaya

Editorial team:

T. V. Vinogradova,
 Candidate of Medical Sciences
 (a research doctorate),
 Associate Professor

N. F. Zsharkov, physician

T. V. Zsharkova, physician

D. E. Korzshevsky,
 Doctor of Medical Sciences

Layout designer:

E. A. Kalashnikova

Proofreader:

E. I. Barashkova

Editorial Board:

the Russian Orthodox
 Bishop of Orekhovo-Zuyevo
 Panteleimon, Chairman of t
 he Synodal Department for
 Church Charity and Social
 Ministry, Russian Orthodox
 Church, Chairman of
 Russian Orthodox Medical Society,
 Archimandrite Philip (Philippov),
 physician (Syktyvkar)
 Hegumen Serafim (Kravchenko),
 executive secretary of the Synodal



**THE ARTICLES OF THE V ALL-RUSSIAN ORTHODOX DOCTORS MEETING:
 "CHURCH AND TRADITIONS OF RUSSIAN MEDICINE" 11**

A. G. Chuchalin, **Pneumonia as a topical issue of Russian
 Healthcare System**..... 13

V. K. Shamrey, **Present Issues of Russian Population Mental
 Health**22

Archpriest Valery Shvetsov, **Pastoral care of Psycho-neurologic
 Boarding House**30

ISSUES OF BIOMEDICAL ETHICS AND APPLIED MEDICINE 37

**International Meeting: «How to Estimate the Perspectives of Coma
 Patients' Conscience Recovery»..... 39**

A. Y. Ulitin, E. A. Kondratyeva, **Vegetative State — a Syndrome of
 Unresponsive Wakefulness**.....46

Archpriest Sergey Philimonov, **Spiritual help to the patients
 in coma**52

Martin M. Monti, Audrey Vanhauzenhuysen Martin R. Coleman,
 Melanie Boly, John D. Pickard, Luaba Tshibanda, Adrian M. Owen,
 and Steven Laureys, **Willful Modulation of Brain Activity in
 Disorders of Consciousness** 61

ISSUES OF TRANSPLANTOLOGY82

**The IX Seminar of Transplant Coordinators' Association, devoted
 to the 125-Anniversary of S.S.Bryukhonenko: «The Basics, Practice
 and Prospects of Organ Donation» 83**

A. V. Tsarev, L. V. Usenko, **S. S. Bryukhonenko and S. I. Chechulin,
 the Fathers of Cardia Bypass** 84

A. Y. Ivanyushkin, O. V. Popova, **Social problems of brain death
 diagnosis validation**..... 88

O. N. Reznik, **We perform several times less transplants
 than required** 96

ARTICLES DEVOTED TO HOLY HIERO-CONFESSOR ST. LUKE 103

O. V. Markov, **Assistance in the name of Holy Hiero-Confessor
 St. Luke**105

**Easter Joy of the Lent: Reporting on Sojourn of Holy Hiero-Confessor
 St. Luke's (Voyno-Yasenetsky) Relics in Moscow on Their Way
 to Greece** 107

The Metropolitan Bishop Nectary of Argolis, St. Luke Heals Everyone Drawn into the Field of Enmity and Disruption.....	110	Department for Charity and Social Ministry (Moscow)
The Bell-Gable Exhibition Devoted to the 20-th Anniversary of Uncovering of Relics of Holy Hiero-Confessor St. Luke (Voyno-Yasenetsky)	116	Archpriest Aleksey Baburin, physician (Moscow)
Consert in Honour of Holy Hiero-Confessor St. Luke (Voyno-Yasenetsky)	118	Archpriest Nikolay Brindin, Chairman of the Department for Church Charity and Social Ministry, Saint Petersburg Diocese of Russian Orthodox Church (Saint Petersburg)
HISTORICAL MATERIALS	121	Hierodeacon Kirill (Pustograev), Candidate of Medical Sciences (a research doctorate), child dietician, the Scientific Research Institute of Nutrition of the Russian Academy of Medical Sciences (Moscow)
G. L. Mikirtichan, Doctors and music.....	123	A. G. Chuchalin, Chairman of Russian Respiratory Society, Chief Therapist of Russia, Head of the Pulmonology Clinical and Research Institute of the Federal Biomedical Agency of Russia, RAS Academician, Professor (Moscow)
EVENTS, FACTS, CONNENTS	137	A. V. Nedostup, Professor of Intermediate Level Therapy Sub- department of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow)
Surgeons and Priests Have Discussed the Essential Issues of Physical and Mental Health in Arkhangelsk.....	139	N. A. Geppe, Head of Child Diseases Sub-department of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Professor (Moscow)
The Spiritual and Educational Conference in Borovichi.....	143	I. V. Siluyanova, Head of Biomedical Ethics Sub-department of Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Professor, Doctor of Philosophy (Moscow)
Descendants of the Tsarist Dynasty have visited the Church Dedicated to Righteous Passion-Bearer Yevgeny (Botkin) the Physician	144	G. L. Mikirtichan, Head of Humanitarian Subjects and Biomedical Ethics Sub-department of Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Professor (Saint Petersburg)
Research and Practice Conference Dedicated to Holy Hierarch Theophan the Recluse.....	146	Ivan (Anatoliyevich) Dronov, Candedate of Medical Sciences, Associate Professor of Chair of Pediatrics, the First Moscow State Medical University
Pure Heart is a Secret of Spiritual Life.....	149	N. G. Mashukova, Candidate of Medical Sciences, Teaching Assistant of Child Diseases Sub-department of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow)
Mothers' School Project has started in Novosibirsk	151	
The V Annual Research and Practice Conference: Modern Aspects of the Development of a Healthy Way of Life	152	
EXPERIENCE OF ALTAY ORTHODOX MEDICAL SOCIETY	153	
CONGRATULATIONS	163	
TO THE AUTHORS' ATTENTION.....	169	

Тираж 500 экз.
ISSN 2225–9546

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБЩЕСТВЕ ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ

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

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

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

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

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

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

Тел.: (495) 912-91-37

сайт: www.opvr.ru

e-mail: info@opvr.ru

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

Адрес редакции: 194291, Россия,

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

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

Барнаул



Великий Новгород

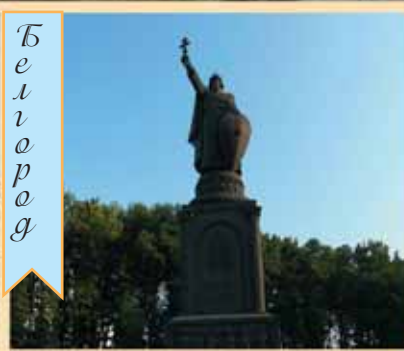


Архангельск

Боровичи

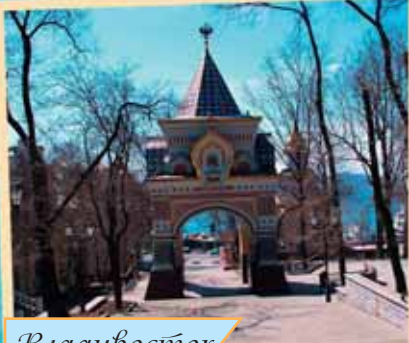


Белгород



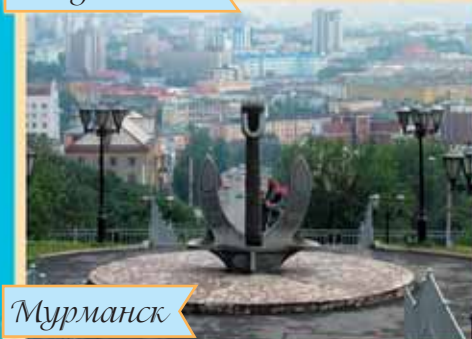
Санкт-Петербург

Ставрополь



Волгоград

Владивосток



Омск



Самара

Мурманск



Мушкар-Ола

Томск



Чита



Тюмень

Магадан



Симферополь

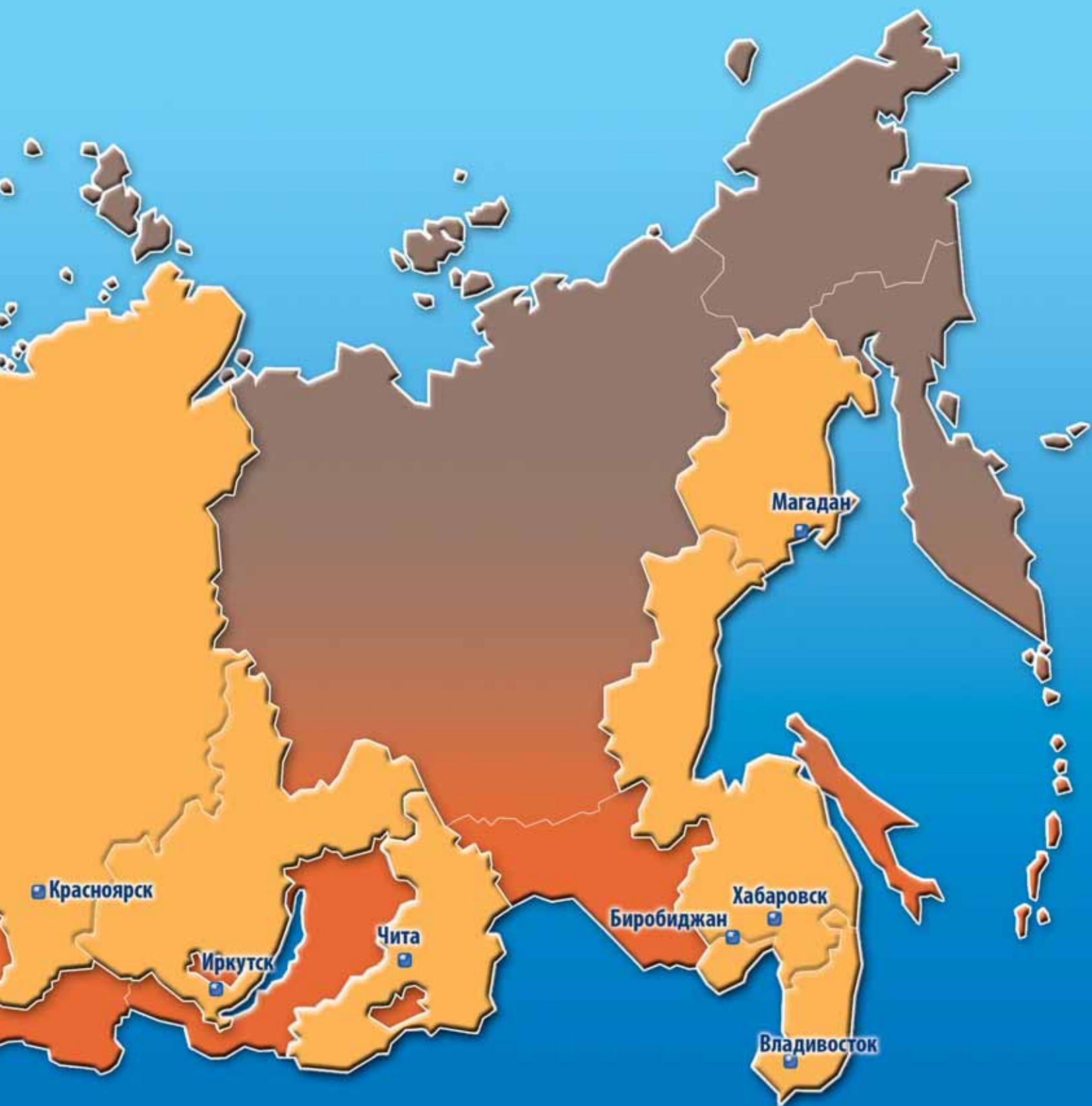
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ



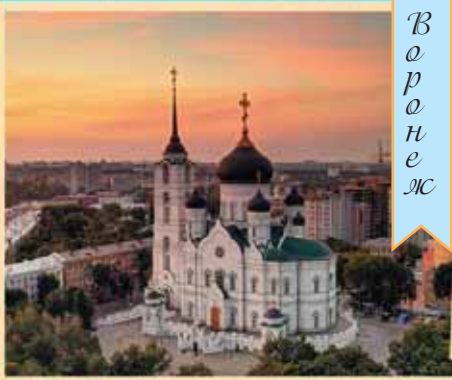
 — регионы, где зарегистрированы Общества православных врачей

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

ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ РОССИИ



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



В
о
р
о
н
е
ж



И
р
к
у
т
ск



М
о
с
к
в
а



С
ы
к
т
ы
в
к
а
р



Н
и
ж
н
й
Н
о
в
о
г
о
р
о
д



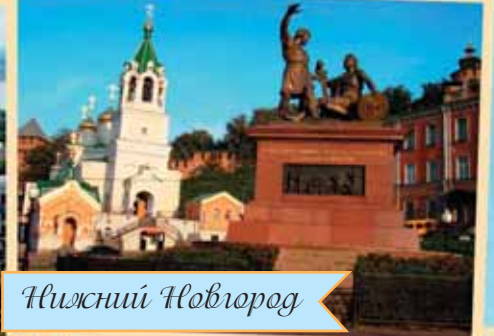
Р
о
с
т
о
в
-
н
а
-
Д
о
н



К
р
а
с
н
о
я
р
с
к



Х
а
б
а
р
о
в
с
к



Н
и
ж
н
й
Н
о
в
о
г
о
р
о
д



П
е
т
р
о
з
а
в
о
д
с
к



Н
о
в
о
с
и
б
и
р
с
к



Т
а
м
б
о
в



Т
у
л
а



Т
в
е
р



С
а
р
а
т
о
в



Я
р
о
с
л
а
в
ь



К
р
а
с
н
о
д
а
р



Ч
е
л
я
б
и
н
с
к



**МАТЕРИАЛЫ
V ВСЕРОССИЙСКОГО
СЪЕЗДА
ПРАВОСЛАВНЫХ
ВРАЧЕЙ**

**V Всероссийский съезд православных врачей
«Церковь и традиции русской медицины»
Санкт-Петербург, 1–3 октября 2015 г.**



ПНЕВМОНИЯ — АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



В рамках I Всероссийского студенческого медицинского форума, сателлита V Всероссийского съезда православных врачей, академик РАН Александр Григорьевич ЧУЧАЛИН в исторической «Боткинской» аудитории провел показательную лекцию для студентов медицинских вузов страны и курсантов Военно-медицинской академии по современной диагностике и лечению пневмонии.

Всем вам хорошо известна история Военно-медицинской академии. В этих стенах когда-то работали самые выдающиеся ученые нашей страны, физиологи, гематологи, хирурги, терапевты, впоследствии составившие славу и гордость академии. К слову сказать, в этой аудитории, когда-то, более 150 лет назад читал лекции Сергей Петрович Боткин. Его рабочий день всегда начинался очень рано, с посещения созданной им самим лаборатории. Он просматривал мазки мокроты, делал анализы крови и отправлялся к больным. Позже к нему присоединялись курсанты, и они вместе начинали так называемый клинический разбор того или иного больного. Весь его день, до позднего вечера, проходил в постоянной работе: в лаборатории, на лекциях, у постели больного. Что же касается лекций, то к каждой из них С. П. Боткин готовился самым тщательным образом. Вообще наши выдающиеся ученые всегда очень трепетно относились к встречам с молодой аудиторией. В свою очередь и я принимаю на себя большую ответственность, выступая перед вами.

Итак, в этой аудитории когда-то прозвучал термин «крупозное воспаление легких». Термин, который существует только у нас, в России. Почему же С. П. Боткин так назвал эту болезнь? Он наблюдал очень тяжелого больного, у которого был кашель и отделя-

лась мокрота, напоминавшая мокроту при дифтерии, с примесью фибрина. Боткин пришел к этому больному со своими курсантами на следующий день, через два дня, через три, наблюдая развитие болезни. Такое тщательное, разностороннее исследование больных помогло Боткину сделать многое для решения проблемы легочного здоровья. По инициативе Сергея Петровича Боткина была создана Александровская больница, где было положено начало медицинской статистике [1].

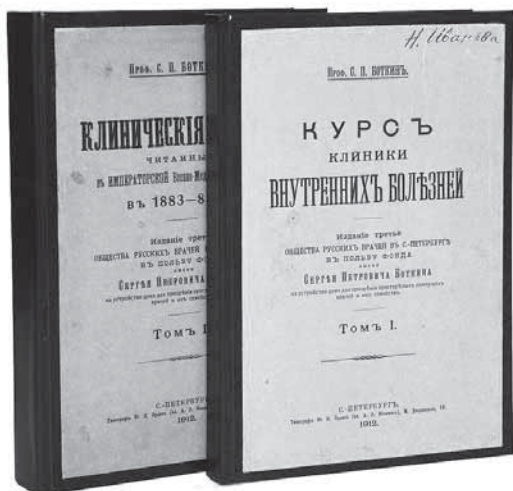


*Александровская городская барачная больница
в память С. П. Боткина*

Сохранилась карточная отчетность Александровской больницы, и хотя в то время не было ни рентгенографии, ни других тонких

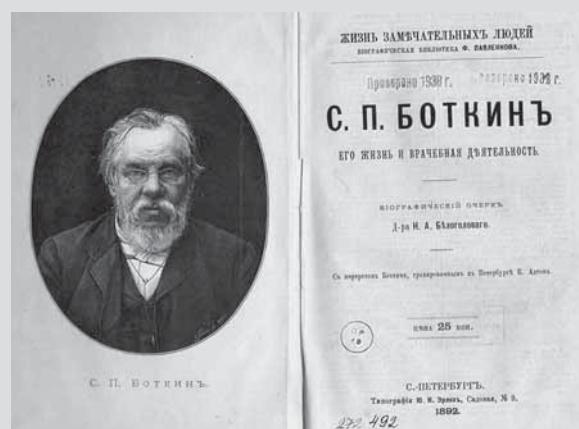
анализов, которые мы делаем сегодня, однако были те исследования, которые позволяли судить о степени тяжести заболевания, скажем, исследование содержания остаточного азота, изменения в анализах мочи. Также до нас дошли сведения о летальности в Александровской больнице в тот период времени. Летальность составляла 15–20% больных в год. К сожалению, мы и сегодня на этой цифре.

Как вы хорошо знаете, пневмония — это всегда лихорадка, температура. А если температуры нет — то это вообще беда! Пневмония в разгаре, а у человека нет температуры, он не сопротивляется, организм не улавливает ту катастрофу, которая происходит. Вот тут нужно бить тревогу. Вот, собственно, Сергей Петрович Боткин и показал все многообразие пневмоний. Он описал пневмонию у больного с заболеванием почек, у больной с анемией, описал, как протекает пневмония при брюшном тифе. Все это были совершенно разные пневмонии. Он показал то множество масок, под которыми может скрываться пневмония. И я вам очень советую, особенно нашим молодым врачам, обязательно прочитайте лекции Сергея Петровича Боткина [2].



Status gastralgicus — абдоминальный вариант течения инфаркта миокарда; проявляется сочетанием эпигастральных болей с диспепсическими явлениями — тошнотой, не приносящей облегчения рвотой, икотой, отрыжкой, резким вздутием живота; напряжение брюшной стенки и болезненность при пальпации в эпигастрии; возможна иррадиация болей в спину (В. П. Образцов, Н. Д. Стражеско, 1909 г.).

Главным образом разделы, посвященные аускультации, тактике ведения больного с пневмонией, инфекционного больного, обследованию печени. Вспомните болезнь Боткина, Брайтову болезнь. Особое внимание уделите разделу, посвященному аускультации сердца, потому что он много занимался миокардитами. Тогда не было инфаркта миокарда, эта болезнь была неизвестна. Сергей Петрович умрет от инфаркта миокарда в возрасте 57 лет [3]. Сам он считал, что у него тяжелое заболевание желчевыводящих путей, которому он уделял большое внимание, но его стенокардия носила атипичный характер. В. П. Образцов и Н. Д. Стражеско назовут его состояние *status gastralgicus*. Он лечился во Франции, готовился к операции на желчевыводящих путях, но, к сожалению, внезапная смерть, как это бывает при коронарной болезни, оборвала жизнь этого замечательного терапевта и ученого.



«Бесперывная напряженная работа сказалась на здоровье С. П. Боткина. В зимнем семестре 1881/1882 г. у него появился тяжелый приступ грудной жабы, заставивший его в течение трех суток неподвижно просидеть в кресле. Н. И. Соколов, один из любимых учеников Сергея Петровича, лечивший его в это время, отметил шум перикарда...

Летом 1886 г. в Финляндии С. П. Боткин потерял любимого 5-летнего сына, в связи с чем он вновь перенес мучительный приступ грудной жабы. Новый приступ болезни был в конце 1889 г., когда Боткин лечился в Ментоне (Франция). Смерть наступила 12 декабря 1889 г. в 12 часов 20 минут дня. До последней минуты жизни Сергея Петровича не покидал Н. А. Белоголовый, его домашний лечащий врач и старый друг» [3].

Систематический обзор (systematic review) — это аналитико-синтетическое исследование, обобщающие результаты качественных клинических исследований на основе строгих критериев поиска и отбора, и «усредняющее» результаты, полученные в разных работах; это применение стратегий, которые ограничивают систематическую ошибку при сборе, критической оценке и синтезе исследований по конкретной теме. Задача систематического обзора — критический обзор публикаций по конкретной проблеме, связанной со здоровьем; в нем используются точные, стандартизированные методы отбора и оценки статей. Систематический обзор может включать количественный синтез результатов отдельных однородных исследований с помощью мета-анализа.

Мета-анализ (meta-analysis) — понятие научной методологии, означает объединение результатов нескольких исследований методами статистики для проверки одной или нескольких взаимосвязанных научных гипотез.

Но давайте перенесемся в сегодняшний день. У моего выступления есть определенные цели: я хотел бы ввести вас в современную трактовку проблемы пневмонии. И, сохраняя традиции военно-медицинской школы, я хотел бы выступить перед вами так, как выступает военный врач: дать четкое понимание диагностического алгоритма и алгоритма действий врача, который лечит больного с пневмонией.

Первое, что я должен сказать в своей лекции, это то, что у меня нет конфликта интересов. Моя лекция не финансируется, я не занимаюсь рекламой каких бы то ни было приборов, лекарственных препаратов и так далее [4].

Второе, на что хотелось бы обратить внимание, это те данные, на которых основано мое выступление. Сейчас очень много различной медицинской литературы, но есть та, которая основана на доказательствах. Это систематические обзоры и мета-анализ (2013–2014 гг.): пневмония у детей — 7, пневмония у взрослых, лечение — 10, нозокомиальная пневмония — 10, пневмония, новые диагностические подходы — 10 систематических обзоров. Один систематический обзор сум-

мирует порядка тысячи работ, представляете, какая армия больных стоит за одной такой работой? В настоящее время я готовлю школу для наших молодых экспертов, с тем чтобы научить их методам систематического обзора и мета-анализа.

Современные эпидемиологические данные пневмонии по России

Следует отметить, что С. П. Боткин был одним из первых клиницистов, который стал заниматься вопросами эпидемиологии [1]. Мы говорим о деятельности таких врачей «высший пилотаж», потому что это врач, который хорошо понимает, как поставить вопрос, как сформировать дизайн исследования, как собирать информацию, как ее обрабатывать, как сделать выводы и т. д.

С. П. Боткин является создателем эпидемиологического общества в России, целью которого было предотвращение распространения инфекционных заболеваний. Печатным органом эпидемиологического общества был «Эпидемический листок». По инициативе Боткина создана первая в России инфекционная больница, где впервые началось систематическое изучение инфекционных больных, была сформирована отечественная школа врачей-инфекционистов, была создана первая санитарная карета, первая дезинфекционная камера, химико-физиологическая лаборатория; заложены основы медицинской статистики. Совокупность мер позволила снизить летальность в Санкт-Петербурге в 1860–1870 гг. в три раза [1, 5].

Обратите внимание на данные, которые приводит Роспотребнадзор по заболеваемости пневмонией в России за январь 2015 г. Мы стали мониторировать число больных с диагнозом «пневмония» еженедельно и отметили резкое увеличение числа больных, до 12 000, в январе 2015 г. и последующие всплески заболеваемости в марте–апреле и мае 2015 г. Что произошло, почему пневмония в 2014–2015 гг. стала такой острой проблемой? Это связано со сложностями своевременной массовой вакцинации в России. Надо сказать, что некоторые военные врачи (в частности главный эпидемиолог Министерства обороны РФ, доктор медицинских наук, профессор

П. И. Огарков) провели массовую вакцинацию солдатских коллективов против пневмококка. Они пошли по правильному пути. И я считаю своим достижением внедрение вакцинации призывников, как групп высокого риска по заболеваемости пневмонией, еще на призывном пункте.

Как вы считаете, сколько человек умерло от пневмонии в России в прошлом году? Больше 40 тысяч. И это те смерти, которые можно было предотвратить.

Пневмония является ведущей причиной инфекционных заболеваний и смертельных исходов [6]. Меняется структура возбудителей. Возрастает роль ассоциаций вирусов и бактерий. А среди вирусов, кроме гриппа, особенно в 2014–2015 гг., высокие позиции занял риновирус.

По данным статистики, в России ежегодно более 1 500 000 человек переносят пневмонию. И обратите внимание, что около 1 000 000 человек в лечебные учреждения не обращаются, это «пропущенные» больные. Эта цифра говорит о том, что на 1000 человек где-то 5–6 из них ежегодно переносят пневмонию. Число больных с диагнозом «пневмония», госпитализированных в стационары терапевтического профиля, превысило 600 000 человек. А в прошлом, 2013 г., ни по одной болезни не было такого массового поступления больных в стационары. При этом по-прежнему сохраняется высокий процент гипо- и гипердиагностики. Наша задача состоит в том, чтобы улучшить диагностику на ранних этапах.

Смертность возросла в последние 2 года и превышает 12%. Это страшная цифра. Причем из всех городов России только в Благовещенске была принята специальная программа ведения этих больных. Там, в Благовещенске, врач скорой помощи, заподозрив у больного пневмонию, сообщает об этом в больницу, и в течение 40–60 минут этому больному делается рентгенография, анализы крови, определяется его гемодинамическая стабильность, наличие признаков сердечной недостаточности и так далее. Я хочу подчеркнуть, что к больному с пневмонией следует относиться так же, как к больному с инфарктом миокарда, то есть действовать быстро в рамках конкретного алгоритма. Конечно, больные с

пневмонией очень гетерогенны, они различаются по степени тяжести. Степень тяжести мы определяем, пользуясь медицинским калькулятором. Например, для 5 класса, когда количество баллов больше 130, смертность составляет 27,0%.

Индекс тяжести и смертность

Класс	Баллы	Смертность, %
I	нет предиктора	0,1
II	< 70	0,6
III	71–90	0,9
IV	91–130	9,3
V	> 130	27,0

К слову сказать, церковь также является местом, где происходит контаминация некоторых вирусных заболеваний и там, конечно, тоже должны быть предприняты определенные меры профилактики.

Для какой врачебной специальности пневмония является актуальной? Кто лечит этих больных? Это терапевты, пульмонологи, фтизиатры, кардиологи, нефрологи, гематологи, инфекционисты, хирурги, профпатологи. Но у каждого из них есть свой «оттеночек», их больные по-разному переносят пневмонию.

В плане терминологии различают приобретенную, бактериальную, вирусную, крупозную, бронхопневмонию, очаговую, интерстициальную, аспирационную и вторичную пневмонию. В своей практике врач встречает все это огромное многообразие пневмоний и должен уметь описать индивидуальность своего больного. С. П. Боткин одним из первых доказал, что к каждому больному врач должен подходить индивидуально, учитывая особенности возраста, анатомического строения, состояния нервной системы, условий жизни и работы [7].

Вы помните такого персонажа мифов Древней Греции как Прокруст? Обманом он заманивал в свой дом путников, укладывал на свое ложе и тем, кому оно было велико, вытягивал ноги, а кому было коротко — отрубал, по длине этого ложа. «Прокрустово ложе». Вот что-то похожее происходит и с пневмониями.

Диагностический алгоритм пневмонии

Итак, я хотел бы перейти к основной части своего выступления, посвященной диагностическому алгоритму и плану действий врача и лечебного учреждения, в котором он работает. В случаях, о которых мы сейчас будем говорить, мы выделяем инфекции верхнего отдела дыхательных путей (ринит, назофарингит, ларингит, трахеит и др.), среднего отдела дыхательных путей (трахеобронхит, бронхит, бронхиолит) и нижнего отдела дыхательных путей (пневмония). Опасна инфекция среднего отдела дыхательных путей, потому что одним из ее проявлений является такая тяжелая болезнь как бронхиолит, это всегда дыхательная недостаточность. Пневмония — это всегда альвеолит, при котором в альвеолярном пространстве формируется экссудат, о чем, в свое время, писал С. П. Боткин.

Хотелось бы развить концепцию, объединяющую ситуацию острого коронарного синдрома (ОКС) и пневмонии. Это общие концепции. В случае ОКС мы говорим: нужно дать нитроглицерин, аспирин и транспортировать больного в тот стационар, где есть отделение ангиографии, где могут провести коронарографию и стентировать этого больного. Мы считаем время от двери до введения баллона в коронарную артерию. Чем меньше это время, тем больше шансов спасти миокард, чтобы не образовалось некроза, чтобы миокард только «поспал», но глубоко не вошел в некротические процессы. Вот эту концепцию, один к одному, надо перенести на ситуацию с пневмонией. При пневмонии человек должен в течение четырех часов получить антибактериальную терапию.

«Золотой стандарт» при постановке диагноза включает: температуру тела, кашель и продукцию мокроты, данные физикального обследования, лейкоцитоз, лейкопению, данные имидж-диагностики. Все это, за исключением последнего пункта, относится, пожалуй, к Боткинскому периоду. Но именно С. П. Боткин настолько искусно проводил аускультацию легких, что по мастерству приближался к тому, что сейчас мы называем имидж-диагностикой [7].

Первый день. Итак, что мы должны сделать в первый день? Мы должны собрать эпидемиологический анализ, узнать, откуда наш больной. Провести клиническое обследование, что имеет очень большое значение при пневмонии. Измерить кислородный пульс — провести пульсоксиметрию. На это уходит приблизительно 15 секунд. И если у больного сатурация кислорода ниже 90%, а больной может производить неплохое впечатление, знайте, что перед вами тяжелый больной. Он требует кислорода, помещения в палату интенсивной терапии, он требует совершенно иной тактики. Гипоксемический больной плохо будет отвечать на антибиотики, глюкокортикостероиды и всю остальную терапию, которая будет проводиться. Когда врачи начали измерять кислородный пульс, они стали правильно сортировать больных с диагнозом «пневмония». Это в духе военно-медицинской доктрины. Далее мы должны провести рентгенографию органов грудной клетки, сделать анализ крови и мочи. Именно в моче определяется антиген двух основных возбудителей, это *Streptococcus pneumoniae* и *Legionella pneumophila*. В течение 4–6 часов приступить к введению антибактериальных лекарственных средств — это индикатор качества оказания медицинской помощи; определить эффективность и безопасность.



Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

Когда-то в этом здании Сергей Петрович Боткин занимался бактериоскопией, он внедрил этот метод в нашу российскую врачебную практику. Этот метод позволяет быстро сориентироваться, является возбудитель грамм-положительным или грамм-отрицательным. Скажем, у человека была рвота, он аспирировал желудочное содер-

жимое в дыхательные пути. Конечно, в этом случае будет грамм-отрицательная флора, но это надо доказать. Поэтому С. П. Боткин и все врачи его клиники делали это исследование. Что еще мы обязаны сделать в первый день? — Определить местонахождение больного с пневмонией: лечение на дому, в терапевтическом стационаре, в блоке интенсивной терапии, в реанимационном отделении, в блоке для инфекционных больных. Обязательно, конечно, указать степень тяжести нашего больного. Она определяется по основным критериям: гипосистолия; тахипноэ; гипотермия; сатурация < 90%; мультифокальное поражение легких; лейкопения; тромбоцитопения; нарушения в сфере сознания, особенно у пожилых людей, иногда они напоминают людей с болезнью Альцгеймера, с нарушением мозгового кровообращения. Так маскируется тяжелая легочная болезнь.

Как формируется индекс тяжести:

- в первую очередь из *демографических факторов*, таких как: возраст; пол (мужчины, женщины); откуда прибыл больной, например из социального дома; это наличие хронических заболеваний;

- далее мы оцениваем *данные физикального обследования*: наличие изменений в сфере сознания; число дыхательных экскурсий >30 в минуту; пульс < 125 ударов в минуту; систолическое давление < 90 мм рт. ст.; температура тела < 35°C или > 40°C;

- но особенно важны *данные лабораторных и радиологических исследований*: рН артериальной крови < 7,35; содержание азота > 11 ммоль/л; содержание натрия < 130 ммоль/л; содержание глюкозы > 14 ммоль/л; гематокрит < 30%; парциальное напряжение O₂ в артериальной крови < 60 мм рт. ст.; выпот в плевральную полость. Это критические показатели, если вы увидели это у своего больного, торопитесь перевести его на искусственную вентиляцию легких.

Правда сейчас, особенно в период разгара свиного гриппа, мы столкнулись с тем, что искусственная вентиляция легких не помогает. Мы говорим о резистентности легочной ткани к кислороду. Это предельно плохой признак.

Британские врачи в оценке степени тяжести ориентируются на сферу сознания; азоте-

мию; тахипноэ; артериальное давление и возраст (шкала CURB-65). Надо сказать, что все эти критерии когда-то ввел Сергей Петрович Боткин. Я считаю, что нам надо реставрировать то, что в свое время сделал С. П. Боткин.



Памятник С. П. Боткину в сквере перед клиникой факультетской терапии ВМА им. С. М. Кирова

Итак, вы с больным прожили один день. Какая работа должна быть проделана врачом? Очень большая, напряженная. Это обследование, введение лекарственных препаратов, оценка динамики состояния, ответа на проводимую терапию. Потому что если мы не помогли больному в течение 48 часов, мы переходим к сценарию затяжного течения пневмонии.

День второй — принципиальный, переломный. Не ответил больной на терапию — все надо переделать и понять, чем болен человек. Здесь диагностическая тактика должна быть предельно агрессивна. Если проводимая терапия антибиотиками неэффективна, то необходимо: провести ревизию диагноза; использовать современные методы диагностики — компьютерную томографию, ДНК диагностику, исследовать бронхоальвеолярный лаваж; осуществить коррекцию проводимой терапии. Очень важный момент — определить фенотип болезни. Выделяют следующие клинические фенотипы пневмоний: лобарная пневмония; бронхопневмония; интерстициальная пневмония; аспирационная

пневмония; приобретенная пневмония; госпитальная пневмония; вентиляционно-ассоциированная пневмония; иммунодефицитные состояния; казеозная пневмония.

Бронхопневмония — доминирующая, как правило, вирусно-бактериальной этиологии. 5–7 дней респираторно-вирусного заболевания, а затем резкое ухудшение — пневмония. Характеризуется она образованием перибронхиального воспалительного вала; в патологический процесс часто вовлекается дистальный отдел дыхательного тракта; пневмония часто осложняется развитием плеврита и эмпиемы плевры; наиболее типичным возбудителем для нее является золотистый стафилококк.

Интерстициальная пневмония. Выделяют две формы этой пневмонии: очень коварная — быстро прогрессирующая, которая сразу протекает с признаками дыхательной недостаточности и лимфатическим инфильтратом интерстициальной ткани. В патологический процесс не вовлекается паренхиматозная ткань; рентгенологическая картина отека интерстициальной ткани и кумуляции клеток воспаления.

Аспирационная пневмония — характеризуется аспирацией патогенов, которые колонизировались в орофарингеальной области; она часто развивается у критически тяжелых больных (травма, неврологические заболевания, отравления и другие); возбудителями, как правило, являются бактероиды, пептострептококки, фузобактерии.

День седьмой. Мы должны завершить всю программу лечения. И если у больного с предполагаемой пневмонией не происходит разрешения инфильтративного процесса, если больной не ответил на проводимую терапию — необходимо исключить туберкулез, рак легких.

Вторая–третья недели. Пневмония не разрешается. У человека формируется хронический воспалительный процесс или, как говорил выдающийся врач-терапевт, академик Н. С. Молчанов (1899–1972) — пневмония носит затяжной характер. Вновь необходимо провести ревизию диагноза.

А дальше за состоянием больного, перенесшего пневмонию, надо наблюдать по окончании: 1 месяца, 3 месяца, 6 месяцев, 1 года.

С военными врачами мы ведем такую дискуссию: солдат перенес пневмонию, тяжелую, лобарную. Возникает вопрос: а как его служба? Что с ним делать? Он остается в войсках или он комиссуется? До сих пор дискуссия на эту тему продолжается. Поэтому стратегия своевременной вакцинопрофилактики в солдатских коллективах предельно актуальна.



Академик Н. С. Молчанов

Лет шесть тому назад мне позвонили из Министерства здравоохранения и сказали, чтобы я срочно вылетал в Свердловскую область. Там в небольшом городе Верхняя Пышма, недалеко от Екатеринбурга, очень много людей заболело пневмонией. Я поинтересовался: что в этом городе происходило? — Да ничего такого не происходило, там металлургический комбинат, там меняли водопровод... Летнее время, жара, меняют водопровод. Люди пользуются другими источниками воды, часто ходят в душ, сидят у городского фонтана. А такие источники — это место размножения *Legionella pneumophila*. Я попросил, чтобы срочно сделали анализ мочи на антиген легионеллы, и из шести порций мочи в четырех тест на антиген был положительный. Это была вспышка легионеллезной пневмонии. Мы разобрались, в чем дело, и выбрали тактику ведения больных. Я потом решил

проследить за судьбой этих лиц, перенесших легионеллезную пневмонию. Мы сейчас в России настаиваем на том, чтобы в течение года было налажено диспансерное наблюдение больных, перенесших пневмонию. Я приехал туда через месяц, через три, через полгода и через год. И увидел, как у некоторых больных развился нефрит, у кого-то миокардит, у кого-то сахарный диабет. Вы понимаете, насколько пневмония — непростое заболевание. Если человек переносит пневмонию — это серьезная дисрегуляция иммунного ответа организма. Это высокопатогенные штаммы, которые внедрились в самую защищенную часть человеческого организма и поэтому они приводят к таким серьезным последствиям.

Что такое эрудиция врача? Это умение определить пневмонию, ее этиологию, морфологические изменения в органах дыхания, роль иммунной системы. Имидж-диагностика — «золотой стандарт» в постановке диагноза. Врач должен уметь пользоваться современной классификацией по степени тяжести пневмонического процесса. Уметь выбрать эмпирическую терапию, владеть принципами лечебного алгоритма, лечения осложнений течения пневмонии. Обязательно должно быть ежегодное обновление знаний по пневмонии, так как появляются новые возбудители, возникают новые подходы к лечению и так далее.

Какими навыками должен владеть врач? Это умение провести полное клиническое обследование больного. Умение применять диагностический алгоритм и умение интерпретировать данные клинической картины, имидж-диагностики, лабораторных исследований. Должен обладать навыками назначения и оценки эффективности эмпирической терапии в первые 48 часов, а также уметь диагностировать осложнения пневмонии.

Что такое компетентность врача? Это умение провести дифференциальную диагностику пневмонии с раком легкого, туберкулезом, иммунопатологическими заболеваниями, включая СПИД, лекарственными повреждениями легкого. Это умение провести диагностику и лечение осложнений пневмонии. Это ежегодное совершенствование знаний по пневмонии и новым инфекционным заболеваниям.

Что повлияло на успешное лечение больных пневмонией за последние 20 лет? На прогресс в лечении больных повлияли такие современные методики как: исследование газообменной функции легких; исследования крови на стерильность у больных, находящихся в блоке интенсивной терапии; раннее назначение антибактериальных препаратов; иммунизация населения против гриппа и пневмококка. К сожалению, не все наши лечебные учреждения осуществляют эту программу, идет запоздалая диагностика тяжелых форм и запоздалое лечение пневмоний.

В монографии «Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции» Сергей Петрович Боткин скрупулезно и невероятно точно описывает наблюдения за больным пневмонией.

«При перкуссии над ключицами с обеих сторон заметной разницы не усматривается. Сзади над левой лопаткой перкуторный звук с тимпаническим оттенком. Начиная с лопаточной ости вниз — уменьшение звучности. То же — по левой аксиллярной линии. Уменьшение звучности, которое усматривается в подмышечной ямке, простирается вниз до VII ребра. С IV ребра по левой парастернальной линии я встречаюсь с уменьшением звучности, соответствующим верхней границе сердечной плоскости. Правая ее граница совпадает со срединной линией, левая — на пальца 2,5 не доходит до левой мамиллярной, нижняя перкуторная граница в пятом межреберном промежутке. Голосовое дрожание под левой лопаткой заметно слабее, чем под правой. На уровне лопаток оно, наоборот, слева сильнее. То же и над лопатками и на передней поверхности грудной клетки». «Ad arisem (на верхушке) и на сосудах по два тона без посторонних шумов. Легкий акцент на втором пульмональном. Спереди с обеих сторон жесткое дыхание. Кое-где сухие свистящие хрипы. Слева по аксиллярной линии встречаюсь с хрипами гораздо более разнообразного характера. Слышу еще более крупные сонорные, переходящие к влажным и влажные. При каждом вздохе появляются мелкие, равномерно пузырьчатые хрипы, не слышные на выдохе, одним словом, замечается крепитация. Бронхиальное дыхание слышится резче всего на уровне левой лопатки, под углом лопатки исчезает совершенно».

Если вы помните, в 2014 г. в Амурском бассейне случилось наводнение. Были затоплены Хабаровск, Благовещенск и некоторые другие районы. Там были разрушены канализация, водозаборы и возник очень высокий риск вспышки инфекционных заболеваний: кишечных инфекций, гепатитов. Практически 90% населения привили от этих инфекций. Но пришла осень и возникла серьезная вспышка острых респираторных инфекций, так как там, на границе с Китаем, циркулирует высокопатогенный птичий штамм H7N9. Мы тогда провели вакцинацию 12-валентной антипневмококковой вакциной. Хабаровский край и Амурская область имели самый низкий показатель по заболеваемости пневмонией.



Наводнение в Амурском бассейне 2014 г.

Заканчивая свое выступление, я хотел бы подчеркнуть, что по пневмонии должна быть осуществлена стратегия профилактики. К мерам первичной профилактики, конечно, относится вакцинопрофилактика. И сегодня в России сделано все для того, чтобы у нас появилась наша 13-валентная вакцина, обладающая мощным иммуномодулирующим эффектом и специфическим иммунитетом против пневмококка. Эта вакцина вошла в детский календарь, она распространяется среди призывников.

В заключение хотел бы отметить, что мы коснулись российской истории, которая продолжается в наши дни. Когда-то в этой аудитории Сергей Петрович Боткин прочитал свою лекцию по крупозной пневмонии. Это исторический факт. И это была живая лекция, которая и по сей день ставит много во-

просов, на которые мы с вами сегодня попытались ответить.



Аудитория кафедры нормальной физиологии в ВМА им. С. М. Кирова

Литература

1. Лобзин Ю. В., Яковлев А. А., Жданов К. В., Крумгольц В. Ф. Роль С. П. Боткина в создании и развитии первой в России инфекционной больницы // Журнал инфектологии. 2012. Т. 4. № 2. С. 86–89.
2. Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. Т. 1–2. М.: Медгиз, 1950.
3. Петров Б. Д. С. П. Боткин. Жизнь и деятельность. М.: Медицина, 1982.
4. Кодекс профессиональной этики врачей Российской Федерации. 2015 // КонсультантПлюс [сайт]. URL: consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189129 (дата обращения 07.11.2016).
5. Белоголовый Н. А. Сергей Боткин. Его жизнь и врачебная деятельность. Биографический очерк. 1890–1915 гг. // Lib.ru: «Классика» [электронный ресурс]. URL: az.lib.ru/b/belogolowyj_n_a/text_1892_botkin.shtml (дата обращения 08.11.2016).
6. Skalsky K., Yahav D., Lador A., Eliakim-Raz N., Leibovici L., Paul M. et al. Macrolides vs. quinolones for community-acquired pneumonia: meta-analysis of randomized controlled trials // Clin Microbiol Infect. 2012. Vol. 19. № 4. P. 370–378.
7. Тареев Е. М. С. П. Боткин и современная клиника // Советская медицина. 1957. № 12. С. 3.

Текст подготовлен к печати Ю. С. Шевчук, клиническим ординатором кафедры госпитальной терапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова

В оформлении использованы фотоматериалы сайтов citywalls.ru; warheroes.ru; herzenlib.ru

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ



О перспективах и проблемах психического здоровья населения нашей страны сообщил в своем докладе на V Всероссийском съезде православных врачей главный психиатр Министерства обороны РФ, начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор Владислав Казимирович ШАМРЕЙ. Публикуем тезисы этого доклада.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

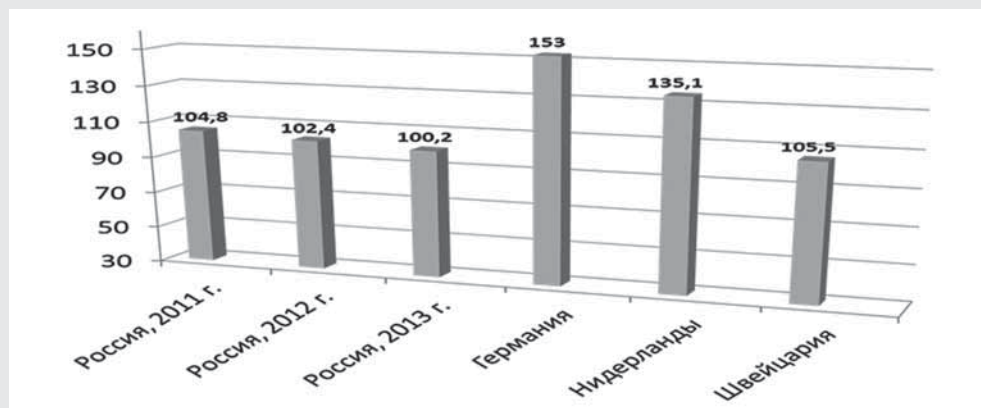
Общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами в Российской Федерации в 2005–2014 гг. (в расчете на 100 000 населения) [1]

- На **5,6%** снизился уровень общей заболеваемости психическими расстройствами (с 2 966,58 до 2 799,0).
- На **25,9%** снизился показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами (с 388,30 до 308,3).
- **42,2%** — доля диспансерного контингента больных психическими расстройствами.
- **57,8%** — доля консультативного контингента больных психическими расстройствами.
- **60%** из всех обратившихся за психиатрической помощью составляли пациенты, нуждающиеся только в амбулаторной помощи.

Инвалидность [1]

- В 2014 г. число инвалидов в связи с психическими расстройствами составило **1 055 950** человек и увеличилось по сравнению с 2005 г. на **5,2%**.
 - В расчете на 100 000 населения число инвалидов в стране составляет **721,9** (увеличение на **4,0%**).
 - В общем числе лиц, обратившихся за психиатрической помощью, в 2014 г. инвалиды составляли **28,5%**.
 - В расчете на 100 диспансерных больных число инвалидов составило **66,7** (в 2005 г. — **55,5**).
- В 2014 г. в общем числе инвалидов составили:
- **34,2%** — больные шизофренией,
 - **34,5%** — лица с умственной отсталостью,
 - **31,3%** — больные другими психическими расстройствами.

Динамика обеспеченности психиатрическими койками в России и ряде европейских стран (на 100 000 чел.)



- Более половины пациентов (52,8%) ПБ поступают в стационар повторно в течение 12 месяцев.
- 10% пациентов ПБ проводят в больнице 50% времени (18 месяцев за 3 года).
- 20% больных при однократном поступлении в ПБ обуславливают занятость 45% коечного фонда. С учетом повторности госпитализаций эта цифра возрастает в 2 раза.

НАРКОМАНИЯ [3]

- Наркомания — не столько медицинская проблема, сколько масштабная социальная проблема, более того — ключевой фактор разрушения общественной и национальной безопасности, торможения экономического развития страны и главная причина высочайшей смертности среди молодежи.
- Потребление наркотиков напрямую подрывает экономику страны, поскольку 7,5 миллиона наркопотребителей тратят на наркотики до 4,5 миллиардов рублей ежедневно и тем самым выводят из ВВП страны в криминальную наркологику до двух триллионов рублей ежегодно.



Смертность в возрасте от 15 до 34 лет

В соответствии с анализом причин смертности до 70% умирающих в этом возрасте — а это не менее 50–60 тысяч человек ежегодно — умирает по причине «морфологического износа» организма. Таким образом, именно наркотики за 10 лет свели в могилу почти один миллион молодых жизней.



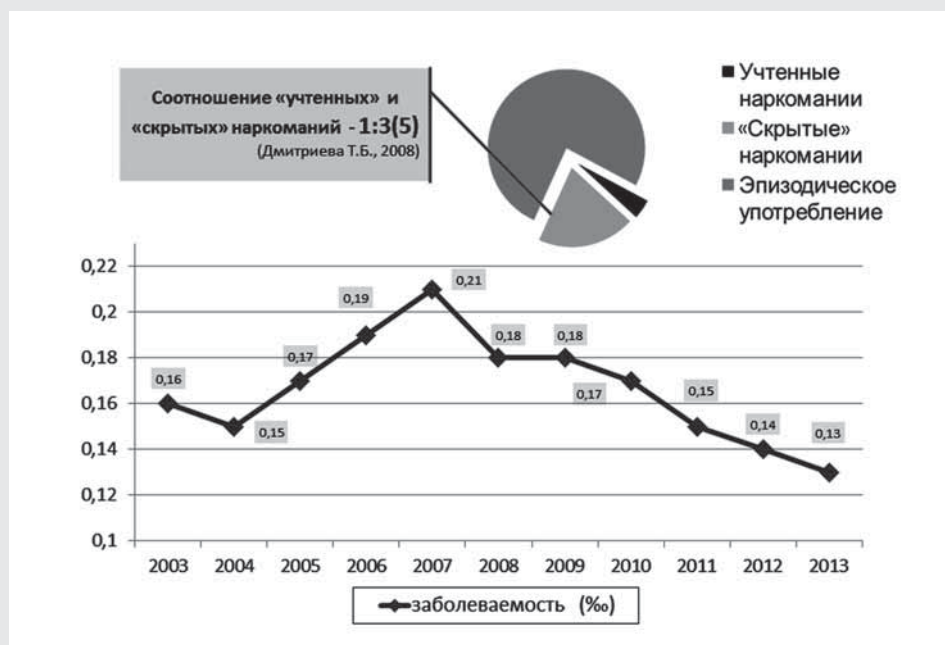
Стратегия государственной антинаркотической политики РФ

Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г., утвержденная Указом Президента РФ, определяет два ключевых направления:

- первое — сокращение предложения наркотиков путем целенаправленного пресечения их контрабанды, нелегального производства и оборота внутри страны;
- второе — сокращение спроса на наркотики путем уменьшения количества наркопотребителей за счет вовлечения их в программы освобождения от зависимости.

Реализация первого направления стратегии позволила остановить рост наркомании в стране и сократить за десять лет на одну треть смертность молодого населения в возрастном сегменте от 15 до 34 лет.

Заболеваемость наркоманиями населения России (%)



Десять проблем современной научной и практической психиатрии [4]

1. **Недофинансирование** психиатрической службы, ее недостаточное материально-техническое и лечебно-диагностическое обеспечение.
2. Структура существующей в стране специализированной психиатрической помощи **противоречит** тенденции к ее организационному **сближению с общей медицинской практикой**.
3. Необходимость интегрированного **системного подхода** к обследованию и лечению психически больного не соответствует «расчленению» специальности «врач-психиатр».
4. Появление большого числа **«практикующих психологов»**, не имеющих врачебного образования и не понимающих сути общеклинических и психопатологических процессов, мешает развитию психиатрической помощи.
5. Необходимость **расширения социальной службы**, дополняющей лечебно-реабилитационное обеспечение больных и инвалидов с хроническими психическими заболеваниями.
6. **Психофармакологический «бум»** второй половины XX в. находится в противоречии с «отставанием» ожидаемого излечивающего терапевтического эффекта психотропных препаратов и утраты веры больных и их родственников в быстрое действие «таблетки от психоза».
7. **Противоречие диагностических и терапевтических стандартов**, внедряемых в последнее время в практику, необходимость во многих случаях в индивидуальной врачебной оценке состояния больного и нестандартном плане его лечения.
8. Расширение **среди населения информации** о естественно-научной базе **понимания природы** психических расстройств.
9. Укрепление авторитета психиатрии как клинической дисциплины требует рационального решения парадоксального вопроса — с одной стороны, интеграции с философией, социологией и другими немедицинскими науками, с другой — **разобщения** с ними.
10. Попытки выявления и вычленения из имеющихся клинических группировок **«новых» психических расстройств**.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ



Существующие угрозы психическому здоровью человека в виде [5]:

- **незаконного использования современных информационных и психологических технологий** для корректировки жизненных ценностей человека, его психофизиологического состояния;
 - интеллектуальных и мотивационных особенностей;
 - **манипулирования** индивидуальным и массовым сознанием граждан;
 - **агитации и пропаганды**, грубо нарушающих общепринятые нравственные нормы, а также разжигающих социальную, расовую, национальную и религиозную ненависть и вражду;
 - **искажения** предоставляемой гражданам социально значимой информации;
 - **противоправного ограничения** свободы совести и вероисповедания;
 - явного **нарушения** (или склонения к нарушению) гражданами принятых в российском обществе **нравственных ценностей и этических норм**;
 - **отсутствия действенных механизмов** предотвращения использования средств массовой информации для нарушения конституционных прав и свобод человека и гражданина, возбуждения классовой, социальной, расовой или религиозной ненависти, унижения человеческого достоинства.



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ВОЙНЫ



Суть современных информационных войн, проводимых со стороны западных стран — уничтожение национальной, государственной и гражданской идентичности «противника» до степени его полного отторжения со стороны собственного народа и мировой общественности, в идеале — и части населения потенциального «противника».

Президент США Б. Клинтон сообщил:

«Используя промахи советской дипломатии, чрезвычайную самонадеянность Горбачева и его окружения, в том числе тех, кто откровенно занял проамериканскую позицию, с помощью умело примененного электронно-информационного воздействия мы добились того, что собирался сделать президент Трумэн с Советским Союзом посредством атомной бомбы. Правда, с одним существенным отличием — мы получили сырьевой придаток, а не разрушенное атомом государство...»

Л. В. Воронцова, Д. Б. Фролов, 2006

Информация

Ложная информация имеет больше «степеней свободы», а потому обладает **большим арсеналом манипулятивных приемов**, достигающих порой степени цинизма. Однако, несмотря на внешнюю выраженность ее первоначального эффекта, в конечном итоге она всегда **обречена на разоблачение**, т. к. ориентирована лишь на наиболее уязвимые («по-

верхностные») психологические структуры человека и, как правило, не затрагивает глубинные аспекты его психической деятельности (основанные на традиционных культуральных и нравственно-этических ценностях, формирующихся в течение длительного времени).

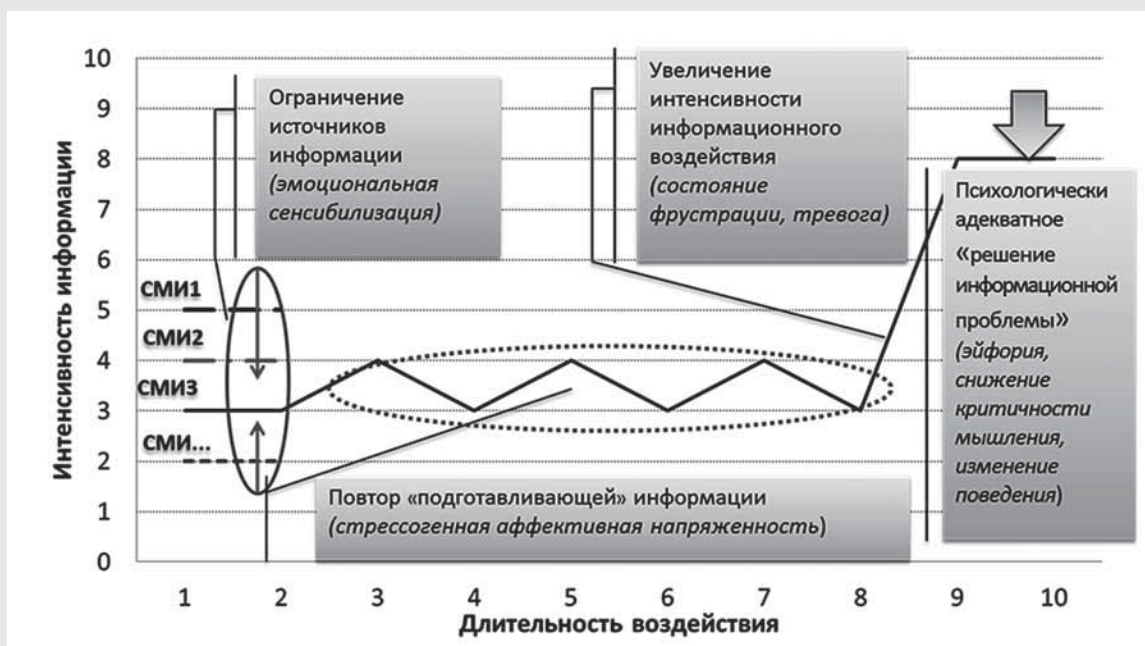
Правдивая информация, напротив, при отсутствии «яркого» первоначального эффекта, в конечном итоге всегда достигает основной аудитории и, особенно, той ее части, у которой имеется сформированный «**психологический иммунитет**» против неискренности, лицемерия и откровенной лжи. В максимальной степени такой «**психологический иммунитет**» развит у людей (наций, народностей), ранее переживших «издержки» лицемерной психологической пропаганды.



Подобным «**иммунитетом**» обладают не только они, но и (в зависимости от выраженности перенесенных трагедий и жертв) их **потомки**, у которых подобная **историческая память** закрепляется, по сути, на уровне «**социальной наследственности**», переходя из поколения в поколение.

Однако **поддержка** такого «**иммунитета**» (в будущих поколениях) требует постоянно-го национального и культурно-исторического **подкрепления** с целью формирования настоящих (а не навязанных извне), **традиционных** для того или иного социума связующих **духовных скреп**.

Психологические феномены, развивающиеся при информационном воздействии с использованием средств массовой информации (СМИ)



Влияние информационного воздействия (ИВ) на развитие отдельных психопатологических феноменов



Психическое здоровье человека зависит как от системы межличностных связей (отношений), в которые он вовлечен, так и от состояния здоровья (в том числе психического) общества в целом.

Особо уязвимыми для агрессивных информационных воздействий являются присутствующие в любом обществе **люди** с психической патологией, особенно **пограничного спектра**.

Феномен аномии во всех его разновидностях, описанный Э. Дюркгеймом еще в 1889 г., был пережит практически всем старшим поколением и в нашей стране после 1991 г., когда были в одночасье «развенчаны» все традиционные ценности прошлых поколений — духовные скрепы, соединяющие людей различных национальностей и вероисповеданий единой страны.

Для реализации национальных интересов в области информационно-психологической безопасности необходимо [6]:

- **определение совокупности нравственных ценностей**, поддерживаемых обществом и государством, и механизмов этой поддержки;
- **законодательное закрепление** необходимых ограничений конституционных прав и свобод граждан в интересах **защиты** нравственности и **психического здоровья** человека и общества;
- **обеспечение реальной свободы** массовой информации и предотвращение злоупотребления этой свободой, обеспечение гарантии свободы совести и вероисповедания, а также предотвращение злоупотребления этой свободой;
- **недопущение пропаганды** и агитации, способствующих разжиганию социальной, расовой, национальной или религиозной **ненависти и вражды**;
- **повышение психологической устойчивости** граждан к негативному внешнему информационному воздействию;

Особое значение в настоящее время приобретают подходы (как на индивидуальном, так и на государственном уровнях) нацеленные на **формирование** и поддержание у людей (наций, народностей) «**психологического иммунитета**» к подобному агрессивному информационному воздействию, основанного на настоящих, **традиционных** для того или иного социума связующих **духовных скрепах**.

Огромную роль при этом играет общий уровень информированности и зрелости населения по вопросам истинных национальных (прежде всего, православных) ценностей, традиций, отечественной истории и религиоведения.



... жизнь духа нераздельно и теснейшим образом связана со всей нервно-психической деятельностью. В нем (духе) отпечатываются все наши мысли, чувства, волевые акты — все то, что происходит в нашем феноменальном сознании...

Свт. Лука (Войно-Ясенецкий) [7]

Психиатрия и православие еще недавно были искусственно разделены, сегодня — остаются как бы «друзьями», однако в перспективе — обречены на тесное сотрудничество для сохранения и укрепления психического здоровья населения страны, в рамках духовно ориентированной медицины.

Литература

1. Букреева Н. Д. Перспективы повышения качества психиатрической помощи в Российской Федерации // XVI съезд психиатров России. Казань, 2015.
2. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Программа неотложных мер и активизации психиатрической службы // XVI съезд психиатров России. Казань, 2015.
3. Выступление директора Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков В. П. Иванова // XVI съезд психиатров России. Казань, 2015.
4. Александровский Ю. А. Десять проблем современной научной и практической психиатрии // Дневник психиатра. 2015. № 2. С. 1–4.
5. Сидоров П. И. Саентология и психическое здоровье // VII Международная конференция Православных центров по исследованию новых религиозных движений. Санкт-Петербург, 2014.
6. Кара-Мурза С. Г., 2005, 2008; Манойло А. В. с соавт. Государственная информационная политика в условиях информационно-психологических конфликтов высокой интенсивности и социальной опасности. М.: МИФИ, 2004.
7. Свяtitель Лука (Войно-Ясенецкий) Дух, душа и тело. М.: Православный Свято-Тихоновский Богословский Институт, 1997.

НОВОСТИ

НОВОСИБИРСК

10 сентября 2016 г. в Новосибирске прошло собрание старших сестер милосердия сестричеств Новосибирской митрополии. Собрание проводилось в храме областной больницы во имя иконы Божией Матери «Целительница». На нем обсуждались вопросы обучения и организационной деятельности сестричеств. Одной из тем обсуждения был вопрос о проведении конференции Ассоциации православных сестричеств Новосибирской митрополии в рамках готовящихся XX Новосибирских Рождественских образовательных чтений и была предложена

тема конференции: «Социально-благотворительное служение Русской Православной Церкви в XX веке и в настоящее время», позволяющая осветить итоги столетия (1917–2017 гг.) в сфере благотворительной деятельности Русской Церкви.

17 сентября 2016 г. в Новосибирске на территории Новосибирской областной больницы состоялось **открытие памятника святителю Луке** (Войно-Ясенецкому). В церемонии принял участие митрополит Новосибирский и Бердский Тихон.

Владыка Тихон совершил чин освящения памятника святителю Луке. Главный врач больницы А. В. Юданов отметил, что

сквер, где установлен памятник, обустроен силами персонала медицинского учреждения. Открытие монумента стало долгожданным событием и для сотрудников, и для пациентов.

Бюст святого архиепископа-хирурга подарила областной больнице общественная организация «Аллея российской славы», председателем попечительского совета которой является известный актер Василий Лановой.

*По материалам
orvnsk.ru*

ЦЕРКОВНОЕ ДУШЕПОПЕЧЕНИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА

Статья настоятеля храма Покрова Божией Матери в Южно-Приморском парке Санкт-Петербурга протоиерея Валерия ШВЕЦОВА, священника и психолога, основана на более чем 20-летнем опыте духовного окормления Санкт-Петербургского психоневрологического интерната № 7.



Открытие первого в России домового храма при психоневрологическом интернате

Санкт-Петербургский психоневрологический интернат № 7 расположен по адресу пр. Ветеранов, 180. Здесь на 5 отделениях проживают около 900 пациентов в возрасте от детского до престарелого с различными режимами психиатрического наблюдения и надзора, поступающие с задержкой психического развития, слабоумием, синдромом Дауна, олигофренией, шизофренией и другими психическими и гериатрическими заболеваниями. Их обслуживают более 300 сотрудников, из которых 200 составляют медперсонал.

В 1990-е годы интернат посещали проповедники христианской Евангелической церкви: проводили богослужения, пели духовные песни. Но с 1994 г. учреждение духовно окормляется исключительно Русской Православной Церковью, а именно клиром храма Покрова Божией Матери в Южно-Приморском парке Санкт-Петербурга.

В 1995 г. по решению дирекции интерната на 4 отделении был устроен домовый храм в честь св. прав. Иоанна Кронштадтского — впервые в учреждениях подобного типа. Под него была отдана светлая просторная больничная палата.

В те времена начальство могло плохо отнестись к подобному начинанию, так что



Фойе перед храмом в психоневрологическом интернате № 7



Домовый храм в честь св. прав. Иоанна Кронштадтского

для директора это был определенный риск. Но молитвами св. прав. Иоанна Кронштадтского Божия благодать рассеяла все сердечные сомнения и колебания.

Пока храма не было, не представлялось возможным духовно окормить и объединить в одну большую семью сотрудников и проживающих, и всякий раз после посещения интерната у священства оставалось чувство неудовлетворенности. С появлением храма ситуация в корне изменилась. Не сразу, но он объединил всех и стал центром духовной жизни интерната, родным местом, каждому стало спокойнее на душе, легче жить и работать. Все значимые дела и события стали предваряться совместной храмовой молитвой.

Основные принципы душепопечения в психоневрологическом интернате

Православное священство в нашей стране получило право на социальное служение только в начале 1990-х гг., поэтому опыта окормления психоневрологических учреждений еще не было. Церковное душепопечение в сумасшедших домах происходило до революции 1917 г. в кардинально иных условиях и к тому же не описано достаточно подробно, оно не могло послужить руководством священнику наших дней. Поэтому в начале пути приходилось уповать лишь на милость и помощь Божию.

Первым делом было решено освятить православным чином все этажи и все помещения.

Тогда же было решено: чтобы духовное попечение о пациентах было полноценным, священство будет опираться в первую очередь на сотрудников интерната, и только во вторую — на помощь волонтеров из числа прихожан. Директор много потрудились, помогая священству воцерковлять сотрудников, чтобы они могли содействовать окормлению проживающих на своих отделениях. Постепенно заведующие отделениями, старшие медсестры и младший персонал стали искренними помощниками священства.

Воцерковление проживающих началось с раздачи нательных крестов и обучения правильному наложению на себя крестного зна-

чения и простым молитвам. Благодаря заботе персонала они научились осеять принимаемую пищу крестным знаменем, стали часто употреблять святую воду. Было организовано приобщение Святых Таин тех, кто не имеет возможности посещать храм.

Один из главных принципов духовного окормления проживающих — добровольность, отсутствие любого насилия над их волею. Все совершается с ведома и согласия близких родственников или опекунов, а также по их вере, вере персонала и священства. Это положение становится особенно важным, когда душевнобольной человек никак не проявляет своего отношения к вере, но и не препятствует совершению над ним церковных обрядов и Святых Таинств.

Все поступающие на постоянное проживание в интернат с согласия близких родственников и по собственному расположению принимают православное Святое Крещение, если не были крещены ранее, и духовно сопровождаются впоследствии. Во время тяжелых болезней они, чаще чем обычно, приобщаются Святых Христовых Таин и проходят Святое Таинство Елеосвящения. Умершие отпеваются — очно или заочно — в часовне при интернате. В храмовый синодик, поминаемый на каждой Божественной литургии, внесены имена пациентов и сотрудников православного вероисповедания.

Стержнем и основой духовного окормления является регулярное, не реже 2–3 раз в месяц, совершение Божественной литургии. В ней участвуют и проживающие, и персонал, — все, кто во время богослужения имеет возможность помолиться в храме. Православная община верующих, постоянно посещающих храм, сегодня составляет примерно 50–70 проживающих и 25–30 человек персонала.

Божественная литургия начинается рано, в 8 час. 30 мин. утра. Это обусловлено тем, что все причастники, и в храме, и на этажах, принимают Тело и Кровь Христову натошак, как и положено по церковным канонам. Время завтрака для причастников смещается на полтора часа, тогда как все остальные завтракают раньше, в обычное время. По окончании каждой литургии священник со Святой Чашей посещает какое-то одно от-

деление интерната (по очереди) и приобщает всех желающих, заранее подготовленных медперсоналом. В итоге за каждой службой причащаются 50–70 человек в храме и 80–120 на отделении.



Причащение на отделении

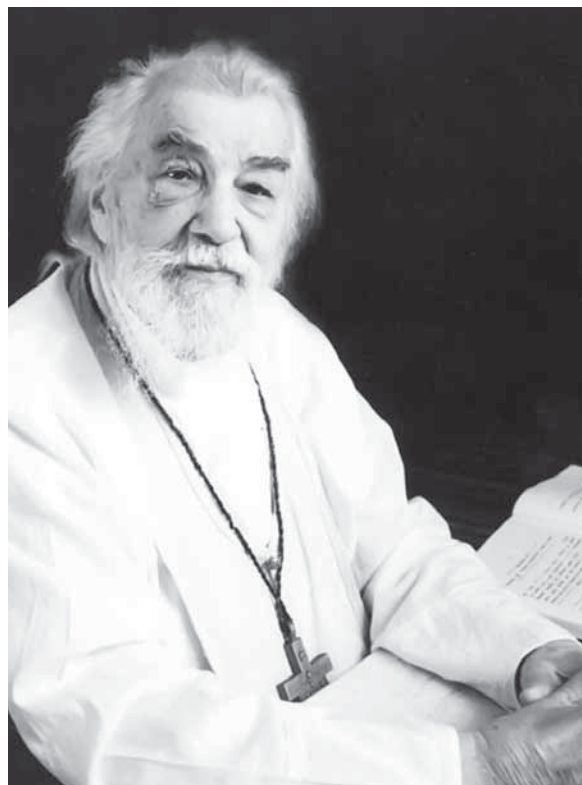
Так было не всегда. Первое время проживающие приобщались Святых Таин спустя 2–3 часа после завтрака, как младенцы, к которым по церковным канонам и приравниваются такие больные. Только спустя 1,5–2 года регулярного посещения интерната священством проживающие стали причащаться натошак (за исключением больных шизофренией).

Особенности душепопечения в психоневрологических учреждениях

Перед священником, желающим духовно окормлять такие учреждения, возникают немалые трудности. Сам факт их посещения, а тем более совершения Божественной литургии, массового причащения душевнобольных людей, требует больших затрат нервной и физической энергии, максимальной собранности, трезвения, смирения и упования на всесильную помощь Божию. Не стоит, наверное, и упоминать, что это служение совершается совершенно бескорыстно, так как администрация интерната не имеет материальной возможности выразить священнику благодарность за понесенные им большие труды. Но за этот бескорыстный труд и искреннюю молитву проживающих, за службу в храме Господь

подает особую благодать и радость как священству, так и персоналу, принимающему участие в духовной жизни пациентов. Я всегда уходил из интерната после службы духовно отдохнувшим и благодатно наполненным, хотя и на фоне большой физической и нервной усталости.

Священнику, имеющему дерзновение духовно окормлять учреждения такого профиля, необходимо самому духовно окормляться у опытного пастыря, заручившись его благословением и молитвами. Для меня им стал в то время известный всероссийский старец, архимандрит Иоанн (Крестьянкин), наместник Свято-Успенского Псково-Печерского монастыря.



Архимандрит Иоанн (Крестьянкин) (1910–2006)

Я смиренно испросил его старческих святых молитв на такое многотрудное дело, как духовное пастырство в интернате. На мой вопрос по поводу невозможности продолжать обучение в Духовной академии батюшка ответил, что моя академия и мое духовное обучение — это посещение интерната, там я научусь всему. Он же и благословил меня, не смущаясь, первое время причащать проживающих как младенцев, спустя 2–3 часа после завтрака.

Служение в таких учреждениях требует от пастыря большой самоотдачи. Интернат должен стать для него родным местом, где его всегда ждут и встречают с радостью, и куда сам он спешит по любви и зову сердца.

Первое время, приходя в интернат, я думал, что исполняю свой христианский долг, помогая проживающим и персоналу встретиться со Христом. Но спустя некоторое время стал понимать, что эти посещения необходимы прежде всего мне самому, ибо среди живущих здесь я чувствую себя по-особому легко, просто, вдохновенно и радостно, как, наверное, всегда и должен чувствовать себя человек.

Хотелось бы сказать несколько слов об особенностях духовного окормления этих необычных пасомых. В интернате проживают лица с разными психическими расстройствами разной степени тяжести. Но многие из них восприимчивы к благодатной религиозной стороне жизни и имеют живую душу. Они особенно открыты, ранимы, быстро откликаются на тепло и ласку, способны на верную дружбу и теплую привязанность, а своей доверчивостью и сердечностью походят на детей.

Человеческая душа живет в сердце. У людей, ставших инвалидами с детства, сердца отзывчивые, очень чуткие. Они как струны, как камертон, — тронь тихонько, и отзовутся: тончайшие оттенки чувств знакомы им. И души их, как серебряные колокольчики, поют тихо и нежно, то грустно, то радостно. Одному Богу известно, какое богатство скрыто там, в Святая Святых — в глубине их сердец. Немногим из них удается выразить себя, свой творческий потенциал. И этот источник бесконечной, мудрой, всепонимающей и всепрощающей доброты скрыт от большинства людей. От тех, кто за хаотической суетой повседневности отвык слушать окружающий мир душой и сердцем.

И. Беккер «Пусть в вашем сердце живет любовь»
(«Русский инвалид». 1994., № 3–4)

К таким людям нужно идти с открытым сердцем, без всякой корысти, ибо пред ними невозможно фальшивить. Впустив их в свою

душу, ты станешь им сокровенным другом, а может быть и отцом. Ты примешь их всем сердцем и сам станешь проще, честнее, свободнее. Но раз или два придя к ним высокомерно и отчужденно, ты потом никогда больше не вернешься сюда. Это и просто, и сложно одновременно. Но не понимая этого, невозможно служить такой пастве.

Часто у пастыря возникает вопрос, как подготовить верующих в интернате к восприятию благодати Божией в Таинстве Святого Причастия. Здесь нужно уметь правильно расположить сердце пациента, дать ему молитвенный, благоговейный настрой. Это происходит, в первую очередь, силою благодати Святого Духа во время совершения Божественной литургии. Перед Святым Причастием в нашем интернате обычно проводится общая исповедь, во время которой через простые, образные, яркие, доступные сердечному восприятию слова достигается покаянное настроение, острое ощущение собственной греховности. В проповеди на общей исповеди раскрываются простые евангельские истины о любви, всепрощении, необходимости молитвы, духовного и телесного труда, о несовместимости благодатной жизни с Богом с греховными привычками и пороками, такими как непослушание медперсоналу, курение, употребление алкоголя и т. д.



Причащение Святых Христовых Таин в домашней церкви

Если пастырь сумел сам правильно духовно настроиться во время совершения Божественной литургии, то он станет камертоном для остальных молящихся в храме. При

этом условии 10–15-минутной проповеди бывает достаточно для того, чтобы молящиеся пришли в покаянное, благоговейное состояние. После проповеди над всеми исповедниками прочитывается разрешительная молитва, и они допускаются к принятию Святых Христовых Таин. У медперсонала принимается частная исповедь, она проводится сразу после общей.

На отделениях, в палатах или в фойе для тех, кто готовился к причастию, кратко повторяется общая исповедь, и проживающие допускаются к Святой Чаше. Само собой разумеется, что Приобщение Святых Таин должно происходить с согласия, а если возможно, то с живым, сердечным, глубинным откликом причастников. Пастырю нельзя забывать, что Святое Причастие — это не таблетка, а Таинство соединения на сокровенной глубине души человека с Богом. Поэтому проживающие должны участвовать в совершающемся над ними Святом Таинстве сознательно и благоговейно, насколько это возможно, чему должен способствовать пастырь и медперсонал, помогающий священству в деле духовного окормления.

Нельзя причащать пациентов в состоянии острого психоза, пребывающих в аффекте или других негативных психических состояниях, а также произносящих хулу на Тело и Кровь Христовы. Указать священнику на таких больных, неспособных в данный момент принимать Святые Тайны, — обязанность врачей или медсестер, хорошо знающих своих подопечных и их душевное состояние.

Действенность церковного попечения в психоневрологическом интернате

Опираясь на многолетние наблюдения священства и персонала за проживающими в интернате, можно с большой степенью достоверности сделать следующие важные выводы.

Богослужения улучшают эмоциональное состояние насельников интерната. Они становятся приветливее и доброжелательнее как в словах, так и в делах, более открыты и расположены к общению с персоналом и друг с другом, в интернате уменьшается количество

конфликтных ситуаций. Пациенты делаются доступнее для педагогической коррекции, легче усваивают обращенные к ним слова, быстрее откликаются на просьбы персонала, порой живым участием и добрым словом, сказанным от всего сердца, даже помогают кому-либо из персонала пережить личное горе и жизненные невзгоды. После богослужений у них заметно снижается психическое напряжение и мышечный тонус. Все это снижает потребность в медикаментах, и больные ведутся на более низких дозах психотропных препаратов.

При интеллектуальной недостаточности улучшаются мыслительные процессы, например, было замечено частичное восстановление некоторых функций абстрактного мышления и внимания. Мы отмечаем также развитие моторики в целом и формирование мелкой моторики. Пациенты стали восприимчивее к разным видам творческой реабилитации: эстетотерапии, музыкотерапии, посещению музеев и театров; они активнее участвуют в работе театральной и концертной студий, спортивных кружков и т. д.

Значительные изменения в лучшую сторону происходят и в нравственной сфере. Когда больные нарушают режим проживания в интернате или совершают безнравственные поступки, в них рождается стыд и раскаяние в содеянном, ощущение неправильности своего поведения, что влечет их в храм на таинство Святой Исповеди. Обостряется совесть и стыдливость, люди хотят в храме, через благословение священника «узаконить» свои взаимные чувства и расположение друг к другу, если по тем или иным причинам не могут сделать этого в загсе.

Любовь к храму и к Богу помогает пациентам в их жизни. Им интереснее жить в интернате. Для них стали возможными поездки на о. Валаам в Спасо-Преображенский монастырь, обитель прп. Варлаама Хутынского и другие обители. Некоторые настолько воцерковились за это время, что в воскресные и праздничные дни самостоятельно (с разрешения врача) посещают богослужения в храмах города. Особое утешение принес храм лицам старше 60 лет, в первую очередь женщинам. Они меньше тягостятся жизнью в интернате. Она стала для них свет-

лее и осмысленнее, храм влил в них новые жизненные силы.

Наличие храма и духовное окормление отражается и на больных с тяжелым диагнозом шизофрении. Хотя первоначально они негативно относились к посещению домово́й церкви и Святому Причастию, в настоящее время многие из них приобщаются Святым Христовым Таин, даже при том, что по разным причинам церковь, как правило, не посещают. Мы отмечаем изменение в лучшую сторону отношения к приятию Святым Христовым Таин больных с диагнозом шизофрении в самых тяжелых формах, находящихся под особым психиатрическим наблюдением. Эти больные стали постепенно принимать Святые Тайны, как и все проживающие в интернате, строго натошак, без какого бы то ни было принуждения со стороны медперсонала. Это явление добровольного переноса на несколько часов времени завтрака и курения такими тяжелыми психически больными людьми можно отнести к разряду чудесных.

Наличие домового храма и возможность его посещения для молитвы и беседы со священником уменьшают депривацию (явления госпитализма, порождаемые длительным пребыванием в учреждении закрытого типа).

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод, что у проживающих происходит частичное компенсирование психофизического дефекта.

В последнее время стало заметно духовное сближение коллектива сотрудников и проживающих в интернате. Этому способствуют совместные поездки в монастыри и храмы города, выбор проживающими крестных для своих маленьких детей из числа сотрудников, постоянная помощь персонала священникам в окормлении проживающих и многое другое.

Все труды священства и сотрудников интерната по духовному сопровождению живущих в психоневрологическом интернате окупаются стократно их ответною благодарностью, искренностью чувств и чистой молитвой к Богу.

Результат этой большой работы — стабильность коллектива, малая текучесть ка-

дров при минимальных окладах и большой нагрузке сотрудников. Более 60% сотрудников проработали в интернате уже более 10 лет.

Завершить рассказ хотелось бы стихотворением Владимира Сорокина, инвалида детства, постоянно проживающего в психоневрологическом интернате № 7.

ДРУЗЬЯМ

Не жалея для друзей
Ни души, ни тепла,
Чтоб в мелькании дней
Жизнь светлее была!

Как себе самому,
Человеку поверь —
Не предаст никому
В твоём доме он дверь.

Друг ту дверь распахнет
Для таких же, как ты,
Славный праздник начнёт
И разделит мечты.

И надёжней плеча
Ты нигде не найдёшь:
Негасима свеча,
Что в друзьях обретёшь.

И продлится твой век,
Неся сотни прикрас,
Коль родной человек
Дарит искренний взгляд!

Ведь дорогой любой
Станет легче идти,
Если рядом с тобой
Тот, кому подвести

Не дано никогда,
Потому что друзьям
Одна светит звезда,
Да и та пополам.

Берегите ж друзей,
Чтоб счастливыми быть;
Чтобы в жизни своей
И мечтать и любить!

СВЯТЫЕ ОТЦЫ О СЕРДЦЕ

На небе понимают и принимают только искренний язык сердца верующего, молящегося, кающегося, милостивого и сострадательного к ближним, чистого и целомудренного; от сердца лукавого Господь отвращает лице Свое.

Сердце тонко, легко, духовно, небесно по природе своей, — береги его; не отягощай, не оземляй его, будь крайне воздержан в пище и питье и вообще в удовольствиях телесных. Сердце — храм Божий. «Кто растлит храм Божий, того растлит Бог» (1 Кор. 3, 17).

Сердце чисто — так и весь человек чист, сердце нечисто — и весь человек нечист: «от сердца бо исходят помышления злая, прелюбодеяния, любодеяния, татьбы, лжесвидетельства, хулы» (Мф. 15, 19). Но святые все постом, бдением, молитвою, богомыслием, чтением слова Божия, мученичеством, трудами и потами стяжали чистое сердце, и вселился в них Дух Святой, очистил их от всякой скверны и освятил их освящением вечным. Старайся и ты более всего об очищении сердца. «Сердце чисто созижди во мне Боже» (Пс. 50, 12).

Внимай: за очищение своего сердца от грехов ты получишь бесконечную награду — Бога узришь, всеблагото Создателя своего, Промыслителя своего. Труден подвиг очищать сердце, потому что соединен с большими лишениями и скорбями, зато награда велика. «Блажени чистии сердцем, яко тии Бога узрят» (Мф. 5, 8).

Бог хочет именно нашего сердца. «Дажь Ми, сыне, твое сердце» (Притч. 23, 26); потому что сердце — главное в человеке, жизнь его; больше — сердце наше есть самый человек. Потому, кто не молится или не служит Богу сердцем — тот все равно что вовсе не молится, потому что тогда молится тело его, которое само по себе, без души — то же, что земля. Помните, что, предстоя на молитве, вы предстоите Богу. Поэтому молитва ваша должна быть, так сказать, вся дух, вся разум.

Сердце совершенно здорового человека расслабевает для веры и любви к Богу и ближнему и легко вдается в похоти плотские: в леность, нерадение, холодность, чревоугодие, скупость, блуд, гордость; а сердце человека нездорового, или сердце уязвляемое, утесняемое, изнуряемое, укрепляется в вере, надежде и любви и далеко отстоит от страстей плотских. Вот почему Отец Небесный, пекущийся о нашем спасении, наказывает нас различными болезнями. Тесноты и скорби болезней опять обращают нас к Богу.

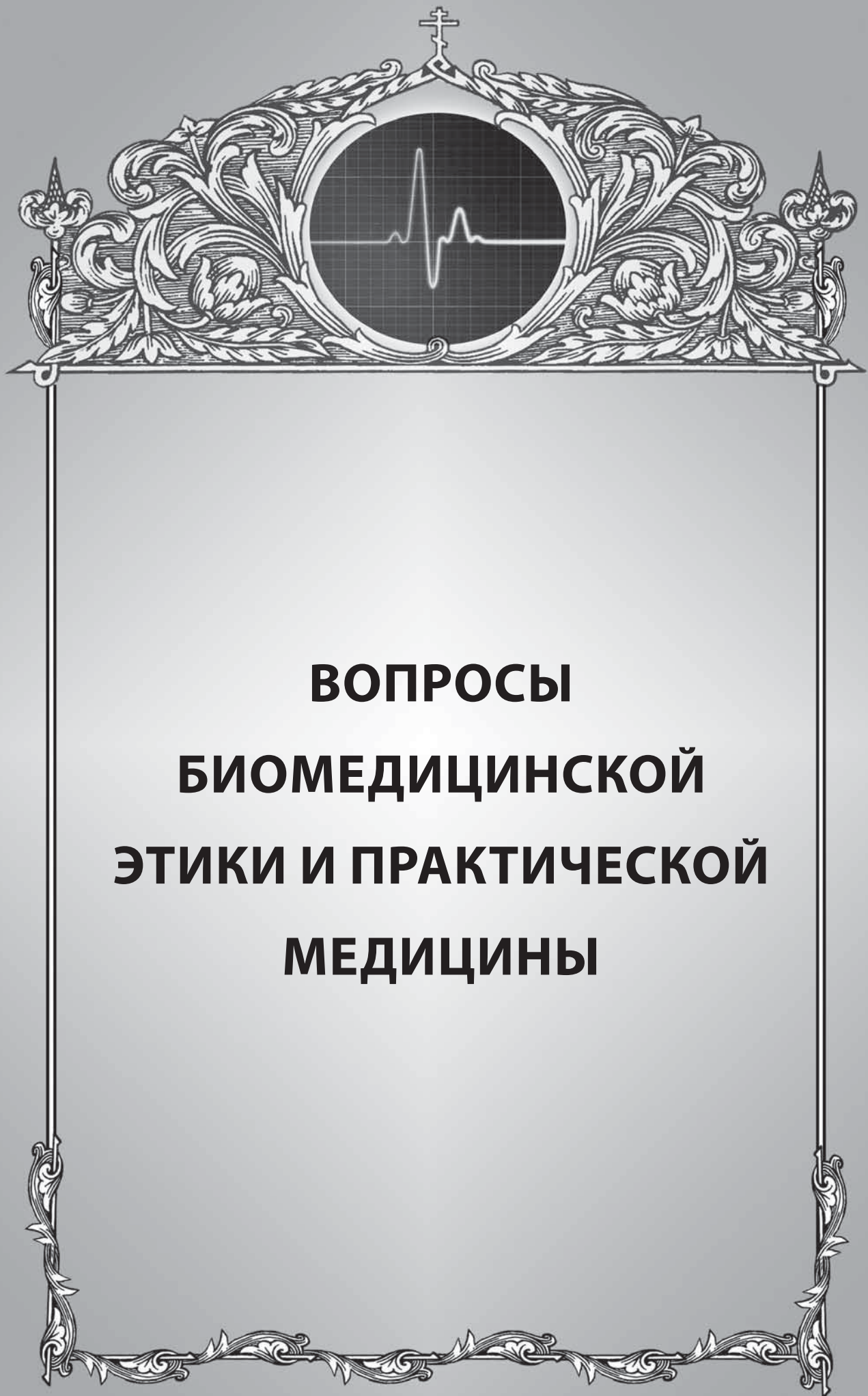
Не будь «мертв от сердца» (Пс. 30, 13). Не допусти его до лености, духовного сна и окамененного нечувствия. Иначе горе тебе, когда придется быть с таким сердцем в деле Божиим, требующем труда сердечного и умственного.

Всячески искореняй из сердца гордость, противящуюся Духу Святому, — и плотскую и духовную. Она непременно таится в сердце и ясно обнаруживается в обращении с ближними или во время молитвы.

«Се стою при дверех и толку» (Откр. 3, 20). Это значит, что Господь постоянно стоит при дверях нашего сердца, запертого или запираемого для Него грехами или разными пристрастиями. Вот стою. Вы молитесь, а Он у самого сердца вашего стоит и внимает каждому вашему сердечному движению и чувству.

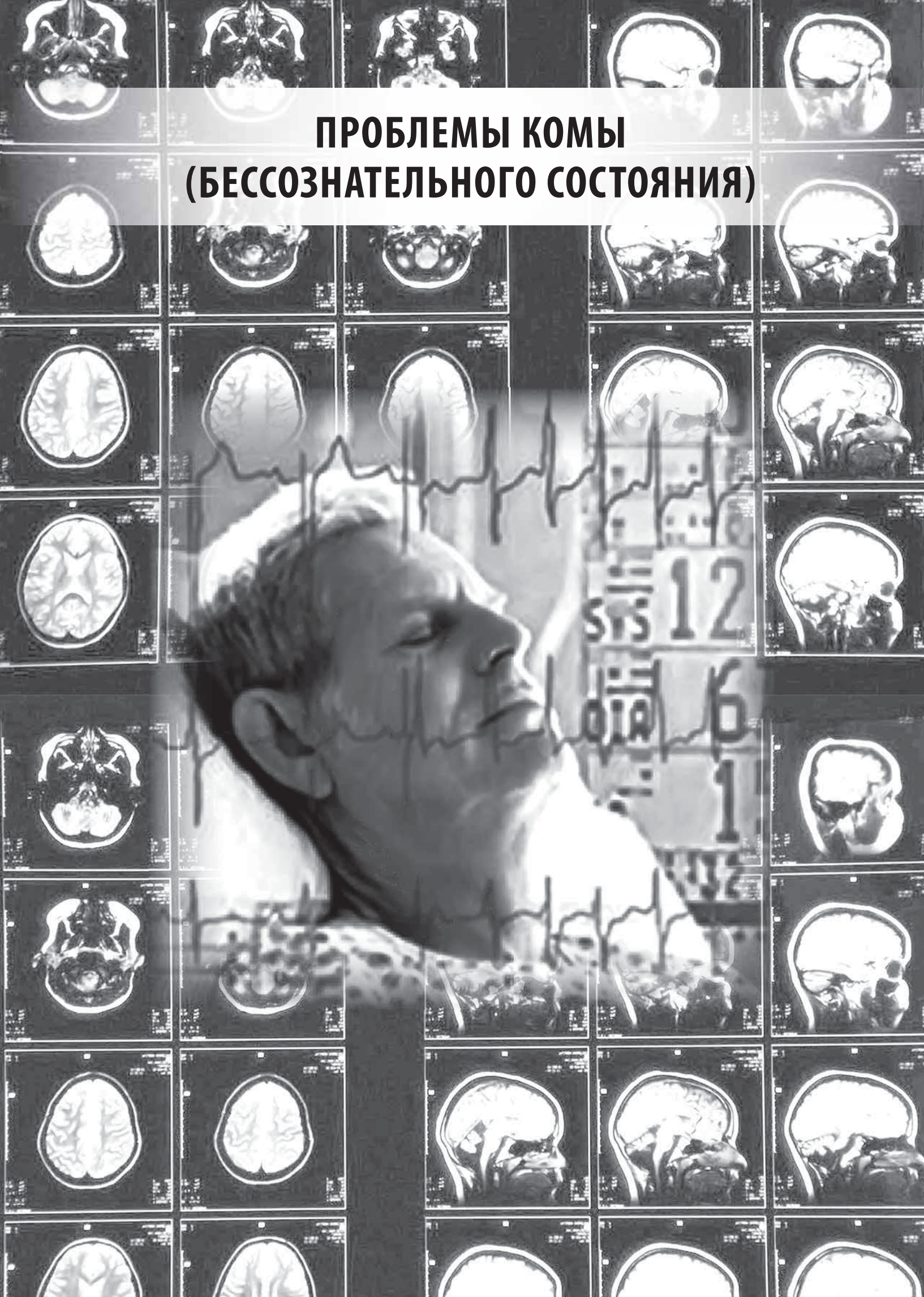
Сердце наше ежедневно умирает духовною смертью. Теплая слезная молитва есть оживление его, начинающееся дыхание его. Если не молиться ежедневно с теплотою духовною, то легко скоро умереть духовно.

Святой праведный Иоанн Кронштадтский



**ВОПРОСЫ
БИОМЕДИЦИНСКОЙ
ЭТИКИ И ПРАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ**

ПРОБЛЕМЫ КОМЫ (БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ)



МЕЖДУНАРОДНАЯ ВСТРЕЧА «КАК ОЦЕНИТЬ ПЕРСПЕКТИВЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В КОМЕ»

27 июня 2016 г. по инициативе Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) и Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И. П. Павлова (ПСПбГМУ) в рамках научно-образовательного проекта «Санкт-Петербургские встречи» состоялась международная встреча «Как оценить перспективы восстановления сознания у пациентов в коме». Мероприятие проходило с участием руководителя научной группы по изучению комы Университета и Университетской клиники Льежа (Бельгия) доктора медицины Стивена Лорейза — специалиста мирового уровня по лечению пациентов с нарушением сознания.

На встрече присутствовали представители НИИ хирургии и неотложной медицины, Научно-исследовательского центра анестезиологии и реаниматологии, Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института (РНХИ) им. проф. А. Л. Поленова, сотрудники ПСПбГМУ, православные врачи, студенты.

Возглавил форум заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ, вице-президент Федерации анестезиологов и реаниматологов России, доктор медицинских наук, профессор Ю. С. Полушин. Он огласил приветствие ректора ПСПбГМУ, академика С. Ф. Багненко.



ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова



Стивен Лорейз (Steven Laureys) — бельгийский невролог, признанный во всем мире ведущий специалист и исследователь в области нарушения сознания. Закончил Брюссельский университет Врие (Vrije Universiteit Brussel) в 1993 г., доктор медицины. Занимался проблемами исследования боли и инсульта с использованием в естественных условиях микродиализа и диффузионной МРТ (1997). В Научно-исследовательском циклотронном центре (Cyclotron Research Center) в Университете Льежа (Бельгия) работал над исследованиями функциональной нейровизуализации, получил степень доктора философии за изучение остаточной функции мозга в вегетативном состоянии в 2000 г. Является также сертифицированным специалистом в области паллиативной медицины (2004).

В настоящее время руководит научной группой по изучению комы (Coma Science Group), профессор клинической неврологии в университетской больнице Льежа (Liège University Hospital) и директор по исследованиям в Национальном фонде научных исследований (National Fund for Scientific Research).

Говоря об этических проблемах оказания медицинской помощи больным в коме, доктор медицинских наук профессор А. Н. Кондратьев, заведующий отделением анестезиологии и реаниматологии РНХИ

им. проф. А. Л. Поленова отметил: «Для больничных отделений, где такие больные лежат месяцами, есть возможность проявить к ним, физически и социально беспомощным, милосердие и заботу. Работать с ними морально тяжело, но эти больные нужны родственникам, которые трогательно заботятся о них, и помогают им продолжать жизнь в окружении близких».

Программа международной встречи
в рамках направления «Интегративная медицина»
научно-образовательного проекта
«Санкт-Петербургские встречи»
«Как оценить перспективы восстановления сознания у пациентов в коме»

Ведущие: академик РАН, профессор С. Ф. Багненко, профессор А. Н. Кондратьев, член-корреспондент РАН, профессор Ю. С. Полушин, профессор С. В. Филимонов

1. S. Laureys (С. Лорейз) From Brain to consciousness. Lessons from coma and related states (От мозга к сознанию. Уроки комы и других вариантов нарушения сознания)

- доктор медицины, руководитель научной группы по изучению комы Университета и Университетской клиники г. Льеж (Бельгия). Ведущий специалист мира по лечению пациентов с нарушением сознания

2. Е. А. Кондратьева. Сложность прогнозирования восстановления сознания у пациентов в вегетативном состоянии

- к. м. н., РНХИ им. А. Л. Поленова, филиал ФГБУ «СЗФМИЦ» Минздрава России

3. Протоиерей Сергей Филимонов. Духовная помощь больным в коме

- д. м. н., профессор ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и СПбГПМУ, член совета по биомедицинской этике при Московской Патриархии, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)

4. О. Н. Резник. Биоэтические и юридические проблемы донорства и констатации смерти мозга

- д. м. н., руководитель отдела трансплантологии и органного донорства НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова

Доктор медицины Стивен Лорейз выступил с докладом «Уроки комы и других

вариантов нарушения сознания» в сопровождении переводчика С. П. Васильевой. В Университетскую клинику Льежа поступают пациенты с различными видами нарушения сознания со всей Европы. Коллектив ученых под руководством профессора С. Лорейза проводит всестороннее обследование пациентов на высокотехнологичном оборудовании и ищет пути вывода пострадавших из комы.



Льежский университет в Бельгии

Исследование сознания человека — один из самых сложных вопросов медицинской науки. Философия и религия всегда занимались исследованием сознания. Человек в коме не всегда понятен для врача. Состояние, похожее на действие анестезии, еще в 1970-х гг. стало называться устойчивым вегетативным состоянием. По мнению доктора С. Лорейза данный термин следует заменить на *синдром безответного бодрствования*. Состояние, когда пациент может улыбнуться в ответ на голос матери, может следить глазами за движением любого предмета, реагирует на боль, называют *минимальное сознание минус* (МС-). Пациент, реагирующий на команды, поступающие извне, находится на ступеньку выше: это состояние называется *минимальное сознание плюс* (МС+). Кроме того, бельгийские ученые ввели термин — *синдром запертого человека* (locked-in syndrome), когда пациент полностью парализован, но тем не менее находится в сознании и может производить небольшие движения глазами.

Состояние сознания оценивается клинически врачом непосредственно у постели больного. Но, чтобы не ошибиться в оценке состояния, нужно провести современное ди-

агностическое обследование для определения эстернального сознания. В мозге человека есть еще участки, определяющие внутреннее сознание или самосознание. Что касается оказания помощи пациентам находящимся в коме, необходимо как можно более раннее назначение обезболивающих. Уровень боли и степень нарушения сознания очень трудно измерить, особенно у пациента с синдромом запятого человека, иногда смогут помочь лишь движения глаз.

В клинике Льежа используется оборудование, позволяющее определить вышеуказанные виды сознания непосредственно на больничной койке: ПЭТ-сканирование (ПЭТ — позитронно-эмиссионная томография) с радиоактивным препаратом, обычная магниторезонансная томография (МРТ) — для «картинки» мозга, функциональная МРТ — для определения функционирования участков мозга, а также ЭЭГ с 250 электродами. Результаты отдельных тестов обсуждаются в клинике клиницистами и учеными на высочайшем уровне. Имеются критерии, позволяющие определить смерть мозга, с последующей возможностью посмертного донорства органов. Эти диагностические критерии чрезвычайно важны, и здесь нельзя сделать ошибку. При неверной интерпретации результатов диагностики, возможны ошибки почти в одной трети случаев.

В заключение С. Лорейз положительно отметил деятельность ученых РНХИ им. проф. А. Л. Поленова во главе с А. Н. Кондратьевым и выразил интерес к опыту санкт-петербургских ученых:

«Сегодня уважаемые специалисты в области реаниматологии и анестезиологии говорили о ситуациях, когда человек, выходя из состояния комы или воздействия анестезии, рассказывал об общении с потусторонним миром. У нас большой опыт общения с пациентами (порядка 300 человек), которые находились в состоянии между жизнью и смертью. Мы задаем им вопросы о том, что они чувствовали в этом состоянии. И мне интересно, задаете ли вы своим пациентам подобные вопросы и какие получаете ответы.

Примерно 90% таких пациентов, опрошенных нами, говорили о положительных впечатлениях, а 80% указывали на то, что у них был опыт выхода из тела и наблюдения себя со стороны.

Мне было бы очень интересно узнать о существующем здесь медицинском опыте общения с подобными пациентами. Возможно, у наших пациентов разное восприятие...

После выхода в свет книги Р. Моуди «Жизнь после жизни» был ряд публикаций на эту тему, но, к сожалению, научных изысканий очень мало. Я был бы рад сотрудничать с учеными Санкт-Петербурга в этом направлении».

Доклад «Синдром безответного бодрствования сознания — сложности диагностики и прогнозирования исхода» представила невролог, старший научный сотрудник РНХИ им. проф. А. Л. Поленова, канд. мед. наук Е. А. Кондратьева. В своем выступлении Е. А. Кондратьева отразила суть работ, осуществляемых в нашей стране, и рассказала об опыте своего коллектива, а также о методах обследования пациентов и лечебных препаратах, применяемых в нашем городе.



Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова и его филиал Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт имени профессора А. Л. Поленова



Дискуссия в президиуме

Докладчик также остановилась на сложностях диагностики коматозного состояния, которое может быть транзиторным, т. е. переходящим, и довольно длительным.

По представленным Е. А. Кондратьевой данным более 50% пациентов в коме восстанавливаются в клинике института свое состояние в течение месяца. Если коматозное состояние задерживается на срок более месяца, оно называется персистирующим или устойчивым. Однако в дальнейшем, продолжая лечение, многие пациенты выходят из этого состояния. В противном случае наступает хроническое (перманентное) вегетативное состояние: через три месяца после гипоксии и через двенадцать месяцев после травматического поражения.

В России сейчас еще только создается свой протокол по ведению таких пациентов.

В ходе доклада были представлены конкретные результаты работы клиники РНХИ им. проф. А. Л. Поленова на основании историй болезней. В заключение докладчик представила модуль прогнозирования исхода: Прогнозирование исхода = ЭЭГ + КВП + ФМРТ + ПЭТ ФДГ (где ЭЭГ — электроэнцефалограмма; КВП — когнитивные вызванные потенциалы; ФМРТ — функциональная магнитно-резонансная томография; ПЭТ ФДГ — ПЭТ-исследования с фтордезоксиглюкозой).

Е. А. Кондратьева также рассказала о направлении будущей работы института в области применения функциональных методов нейровизуализации для пациентов с вегетативным состоянием для определения

клинического статуса функционального синдрома запятого человека и роли данных методов в принятии клинических решений.

В завершение международной встречи выступил профессор ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга, протоиерей Сергей Филимонов. Он рассказал **о духовной помощи больным, находящимся в коме.**

На основании собственного священнического опыта докладчик привел необъяснимые пока феномены, которые наблюдались в церкви:

- пациент слышит родственников селективно;
- пациент может слышать только священное писание, а другие тексты нет;
- пациент может не слышать чтение, а церковную музыку слышит;
- на время проведения Таинства Церкви умирающий пациент может временно выходить из комы.

Итак, даже находящиеся в состоянии комы люди могут ощущать себя личностями; действительно, у них есть сознание, запятое в себе. Данные сегодняшней науки позволяют представителям церкви участвовать в помощи таким людям.

По видеозаписи международной встречи подготовил Н. Ф. Жарков, член правления ОПВ СПб им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)

INTERNATIONAL CONFERENCE ON ASSESSING CONSCIOUSNESS RECOVERY PROSPECTS OF PATIENTS IN COMA



On June 27, 2016 an International Conference on Assessing Consciousness Recovery Prospects of Patients in Coma was held at the initiative of the St. Petersburg Russian Orthodox Medical Society named in honor of Holy Hiero-Confessor St. Luke (Voyno-Yasenetsky) and Pavlov First Saint Petersburg State Medical University as part of the St. Petersburg Meetings academic project. The conference was held with the participation of the Coma Science Group leader Steven Laureys, Medical Doctor of the University of Liege, Belgium and the University Hospital — a recognized worldwide leading clinician in treatment of patients with altered states of consciousness.

Present at the conference were representatives from the Clinical and Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, the Research Center of Anesthesiology and Intensive Care, Polenov St. Petersburg Psycho-neurological Research Institute (RNCI), members of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, orthodox doctors and others.

The conference was chaired by Professor Y. S. Polushin, the Anesthesiology and Intensive Care Department Head of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, a Corresponding Member of RAS, Honored Doctor of the Russian Federation, Vice-President of the Association of Anesthesiologists and Intensive Care of Russia, Doctor of Medical Sciences. He read the greetings of S. F. Bagnenko, the Rector of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Academician.

He currently leads the Coma Science Group. He is a clinical professor of neurology, at the Liège University Hospital and Research Director at the National Fund for Scientific Research.

A. N. Kondratiev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Polenov RNCI Anesthesiology and Intensive Care Department Head, who has a wide experience of work with patients in a coma, performed before the audience.

Stephen Laureys — is a Belgian neurologist. He is recognized worldwide as a leading clinician and researcher in the field of neurology of consciousness. He graduated as a Medical Doctor from the Vrije Universiteit Brussel in 1993. He was working on pain and stroke using in vivo microdialysis and diffusion MRI (1997). He researched functional neuroimaging at the Cyclotron Research Center at the University of Liège, Belgium, where he obtained his Ph.D. studying residual brain function of the patients in the vegetative state in 2000. He is board-certified in palliative medicine (2004).

“For personnel of hospital departments there is possibility to show compassion and concern to such patients, physically and socially helpless, spending months in bed”, said A. N. Kondratiev. “It is morally difficult to work with them, but these patients are needed to their relatives who show touching concern for them and help them to continue their lives surrounded by loved ones”.

Stephen Laureys, a Medical Doctor, accompanied by an interpreter S. P. Vasilyeva made a report “From Brain to Consciousness. Lessons from Coma and Related States”. Patients with various types of consciousness disorders come to the Liège University Hospital from all over Europe. A team of scientists under the leadership of Professor Stephen Laureys conduct a full examination of the patients using high-tech equipment to find the ways of withdrawal of patients from the coma.

The study of consciousness is the most difficult issue of medicine. Philosophy and religion always studied consciousness. Consciousness in simple terms is that is lost when falling asleep. The person asleep has dreams, and the person in coma is not quite clear to a doctor. This phenomenon, similar to the action of anesthesia, in 1970s was called persistent vegetative state. According to Dr. S. Laureys this term should be replaced with syndrome of unresponsive wake-

fulness. The state when the patient can smile to his mother's voice, move the eyes following the movement of any object, respond to pain is called minimally consciousness minus (ME-). The patient responding to the commands coming from the outside is a level higher; such state is called minimally consciousness plus (ME+). Besides, the Belgian scientists introduced the term — locked-in syndrome, when the patient is fully paralyzed but however is conscious and can move eyes.

The conscious state is clinically evaluated by the physician at the patient's bedside. Not to make a mistake in evaluation of consciousness state it is necessary to conduct a modern diagnostic examination to define external consciousness. The human brain still has areas identifying (inner) consciousness and self-consciousness. As for assisting patients in coma it is necessary to prescribe painkillers as early as possible. It is hard to define the pain level and the level of consciousness disorder with the patient in locked-in syndrome, sometimes only eyes movement can help.

The Liege Hospital has all equipment necessary to differentiate above types of consciousness at bedside, namely PET — positron emission tomography with a radioactive drug, MRI for brain images, functional MRI — to define brain areas functioning, also EEG with 250 electrodes. The results of some tests are discussed by the hospital clinicians and scientists at the highest level. There are some criteria allowing to define brain death for subsequent post-mortem organ donation. These diagnostic criteria are quite important and here one cannot make a mistake. In case of wrong

diagnostic results interpretation, mistakes occur in one third of cases.

In the end S. Laureys acknowledged the work of scientists from Polenov RNCI headed by A. N. Kondratiev and answered questions of the audience of experts.

Report **“Unresponsive wakefulness syndrome — diagnostic and the outcome predicting problems”** was delivered by E. A. Kondratieva, neurologist, Senior Researcher of Polenov RNCI, the Candidate of Medical Sciences. In her speech she reflected the essence of the work carried out in our country and informed about the experience of her team as well as about the methods of patients' examination and medicines used in our city. The speaker drew attention to the difficulties of the diagnosis of comatose states that can be transient, i.e. passing after some time and lasting a long time.

According to the data submitted by E. A. Kondratieva more than 50% of patients in coma recover their state within a month in the University hospital. In case the comatose state remains over 1 month it is called persistent or sustained coma. However, in the future most patients recover, continuing treatment. Otherwise, we have chronic (permanent) vegetative state: three months after hypoxia and twelve months traumatic injury.

At present the procedure is still being created for the management of such patients in Russia.

Specific results of Polenov RNCI hospital team investigations were presented on the basis of medical records. As a conclusion, the speaker presented the outcome prediction guidelines: Outcome prediction = EEG+ CEP + fMRI+ PET

Today our distinguished experts in the area of anesthesiology and critical care medicine reported on the situations when a person coming out of coma or under the influence of anesthesia told about communication with the other world. We have a great experience of communication with patients (about 300 people) had undergone near-death experience. We ask them about their feelings in such state. I wonder if you ask similar questions to your patients and what answers you get.

About 90% such interviewed patients told about positive experience, and 80% responded that they had an experience of being out of their body and observing themselves from the outside.

It would be very interesting to know if you here have the experience of communication with such patients. Our patients probably have different perception. . .

After release of the book “Life After Life” by R. Moody there were a number of publications on this topic but unfortunately there are little scientific research. I would be happy to collaborate with scientists of St Petersburg in that area.

S. Laureys

FDG (where EEG — stands for electroencephalography, CEP — stands for cognitive evoked potentials, fMRI — stands for Functional Magnetic Resonance Imaging, PET stands for — Positron emission tomography, FDG-PET — stands for Positron emission tomography with fluorodeoxyglucose).

E. A. Kondratieva also identified the direction of future work of the Institute in using functional neuroimaging techniques for the patients in vegetative states (VS) to define the clinical status of the functional locked-in syndrome and to define the role of the given techniques for the clinical decision making.

At the end of the International conference Sergey Philimonov, Professor of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, the Chairman of the Saint Petersburg Orthodox Medical Society, Archpriest, made a report. He spoke **about the spiritual assistance to the patients in coma.**

The speaker brought while unexplained phenomena he observed in church on the basis of his own experience as a priest:

- the patient can selectively hear relatives
- the patient can hear the Scripture but no other texts
- the patient cannot hear the reading but can hear the church music

the dying patient can recover consciousness while the priest is attempting to perform Sacraments

So even the patients in coma can feel like individuals: they are really conscious, but locked-in. Today's scientific results allow church representatives to help such patients.

N. F. Zharkov, Board member of the SPOMS named after Holy Hiero-Confessor St. Luke (Voyno-Yasenetsky), upon the conference videorecording

The article is translated by Jasmine Osipyany

НОВОСТИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

09 февраля 2017 г. в Санкт-Петербурге на территории строящегося медико-социального центра «Дом Милосердия» произошло знаменательное событие — **закладка храма свт. Василия Великого.**

По благословению Патриарха Московского и всея Руси Кирилла в Выборгском районе Санкт-Петербурга, рядом с тремя больницами будет возведен Дом Милосердия, духовной доминантой которого станет храм в честь свт. Василия Великого. Настоятель храма — протоиерей Сергей Филимонов.

В состав Дома Милосердия войдут три комплекса:

- милосердия (пансионат для пожилых, благотворительная столовая, центр помощи семье, детям и молодежи и другие благотворительные структуры);
- православной медицины (благотворительная поликлиника, отделение православной биомедицинской этики, центр микрохирургии уха и другие);
- духовно-просветительский (включая культурный и оздоровительно-спортивный центры).

Дом Милосердия с храмом св. Василия Великого соединит социальное, медицинское и духовно-просветительское служение. Это по-

зволит оказывать нуждающимся социальную и медицинскую помощь, способствовать возрождению семейных ценностей, обучать тех, кто хочет потрудиться на ниве социального служения, сестер милосердия.



Святым покровителем Дома Милосердия избран свт. Василий Великий — основоположник первого в истории христианства масштабного благотворительного проекта. В IV в. неподалеку от Кесарии им был основан центр

милосердия и благотворительности «Василиада» с больницей для бедных, лепрозорием, странноприимным домом, которые стали прообразом многих богоугодных комплексов, воплотивших идеи милосердного христианского служения.

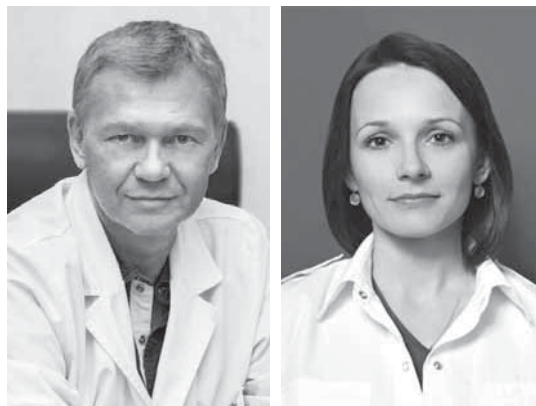


Молебен возглавил протоиерей Александр Будников, благочинный Выборгского округа. В основание будущего храма положен закладной камень и установлен поклонный крест. Присутствовали первый заместитель главы администрации Выборгского района А. В. Курбатов, глава муниципального образования «Сосновское» С. Г. Загородникова. Телеканал «Союз» снял видеорепортаж об этом историческом событии.

*По материалам сайта
www.opvspb.ru*

ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ — СИНДРОМ БЕЗОТВЕТНОГО БОДРСТВОВАНИЯ

В обзорной статье директора Российского научно-исследовательского института им. проф. А. Л. Поленова, заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук Алексея Юрьевича УЛИТИНА и врача-невролога отделения реанимации и анестезиологии РНХИ им. проф. А. Л. Поленова кандидата медицинских наук Екатерины Анатольевны КОНДРАТЬЕВОЙ представлены литературные данные и собственные результаты лечения и обследования пациентов с длительным нарушением сознания.



Общепринятым в настоящее время термином для описания состояния бодрствования без признаков сознания является «вегетативное состояние» [2, 4–7, 11]. Если раньше вегетативное состояние (ВС) относили к редким синдромам, то в последние годы в связи с развитием реаниматологии такие пациенты стали выживать значительно чаще. ВС как нозологическая единица не обозначено в Международной классификации болезней, поэтому нет обобщенной статистики, дающей сведения о числе пациентов в ВС.

Термин «вегетативное состояние» предложен В. Jennett и F. Plum в 1972 г. в статье «Персистирующее вегетативное состояние после повреждения мозга. Синдром в поисках имени», опубликованной в журнале Lancet [12]. Ранее в 1940 г. немецким психиатром E. Kretschmer был предложен термин «апаллический синдром» [13]. В англоязычной литературе он получил незначительное распространение, но в немецкой и отечественной литературе употребляется и по сей день [11]. Недостатком этого термина является его связь с повреждением определенных анатомических структур головного мозга («pallium» — плащ), поскольку главным патогенетическим звеном вегетативного со-

стояния является подавление функций коры головного мозга. В действительности же корреляция между ВС и каким-либо определенным анатомическим вариантом повреждения мозга отсутствует.

Пожалуй, основным преимуществом термина «вегетативное состояние» является то, что он фиксирует внимание врача на контрасте между грубым нарушением психических и сохранностью автономных и вегетативных функций, подчеркивая таким образом именно функциональную основу этого состояния.

В настоящее время под термином «вегетативное состояние» подразумевается полное отсутствие осознания пациентом себя и окружающего мира, сопровождающееся сохранностью цикла сон — бодрствование, с полной или частичной сохранностью вегетативных функций гипоталамуса и ствола головного мозга [4–7, 11]. Термин «вегетативное состояние» приобрел четкие клинические критерии и стал официальным не только для врачей, но и для юристов и страховых компаний во многих странах. Казалось, можно считать, что синдром, наконец, нашел признаваемое большинством специалистов имя, однако европейское общество по изучению нарушений сознания выдвинуло предложе-

ние о замене термина «вегетативное состояние» на другой — «Unresponsive Wakefulness Syndrome» (UWS) — «синдром безответного бодрствования» [8]. «Безответное» подразумевает отсутствие выполнения команд на фоне неосознанной рефлекторной активности, «бодрствующее» подчеркивает возможность открывания глаз как спонтанно, так и на стимуляцию. Тщательный анализ опубликованных в литературе практических и теоретических исследований показал, что существует переходящее (или, как называют сейчас, «транзиторное») вегетативное состояние. Интересно, что короткие абсансы по электрофизиологическим параметрам имеют много общего с длительно существующим вегетативным состоянием. Определены временные рамки для диагноза «хроническое ВС» — 12 месяцев после травматического поражения мозга и 3 месяца после нетравматического поражения мозга. Хроническое ВС a priori подразумевает невозможность восстановления сознания.

Группа бельгийских исследователей при обследовании 356 больных в отделении интенсивной терапии, соответствующих критериям диагноза ВС, отметила восстановление сознания у 55% из них. Учитывая неоднородность группы больных в ВС и возможность выхода из него, авторы считают термин «Unresponsive Wakefulness Syndrome» более нейтральным и оптимистичным — получит ли популярность предлагаемый новый термин, покажет время.

Очевидно, что определенная часть больных выходит из ВС. Из 202 больных в ВС, прошедших обследование и лечение в отделении реанимации Российского нейрохирургического института (РНХИ) им. А. Л. Поленова в период с 2003 по 2014 г. сознание восстановилось у 86 (у 51 до состояния «малого сознания», у 35 возможность контакта была шире, чем «малое сознание», они могли частично себя обслуживать). Мы провели анкетированный опрос в 15 крупных стационарах нескольких регионов России. Общее число пациентов в ВС в этих клиниках за 4 года (2009–2012 гг.) составило 747 человек. Ведущей причиной ВС явилась ЧМТ — 42,57% (318 пациентов), ишемический инсульт с исходом в ВС наблюдался в 20,7% (155 пациентов), це-

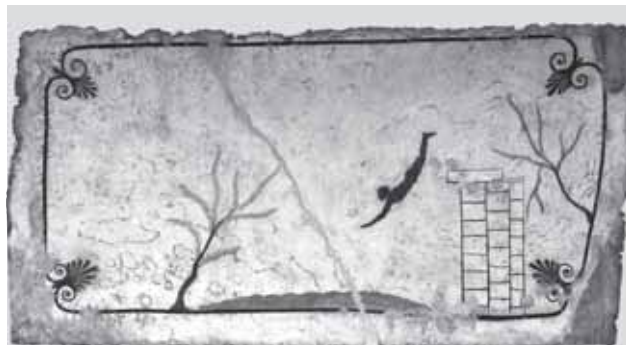
ребро-субарахноидальное кровоизлияние — 17,5% (131 пациент), гипоксия зарегистрирована в 10,17% (76 пациентов). Исход ВС оценивался по шкале исходов Глазго. Только в 4,4% случаев наблюдалось полное восстановление сознания, в 17,2% отмечена умеренная инвалидизация (пациент мог себя обслуживать), в 42,8% — глубокая инвалидизация, при которой пациент проявлял элементарные признаки сознания, но утратил способность к самообслуживанию, в 24,4% — хроническое вегетативное состояние и в 9,6% — смертельный исход.



Какие-либо объективные критерии, позволяющие определить прогноз у каждого конкретного больного, отсутствуют. Изучение патофизиологических процессов, лежащих в основе ВС, чрезвычайно важно для разработки методик прогнозирования исхода и лечения. На наш взгляд, у части больных в ВС на фоне закономерных саногенетических пластических процессов протекают и патологические процессы формирования в нервной системе новых, патологических информационных интеграций и патологических систем, удерживающих мозг в состоянии, клинически характеризующемся как вегетативное. Распад патологической системы, осуществление саногенетических процессов лежат в основе восстановления сознания и выхода больного из ВС. Выявление такой системы и понимание механизмов ее развития и функционирования позволит прогнозировать возможность восстановле-

ния сознания, поскольку функциональные нарушения не носят фатальной необратимости, свойственной морфологическим изменениям ЦНС. Подавление деятельности устойчивой патологической системы может послужить основой патогенетической терапии больных в ВС. Регистрация спонтанной ЭЭГ в условиях фармакологической нагрузки бензодиазепинами стала основным методом выявления деятельности устойчивой патологической системы у пациентов в ВС. Тест считается положительным, если на фоне внутривенного введения бензодиазепинов наблюдается перестройка паттерна ЭЭГ: низкоамплитудная ЭЭГ перестраивается с появлением активности альфа- и бета-диапазона; на фоне исходно регистрируемой медленноволновой активности тета- и дельта-диапазона появляются устойчивые быстрые формы; на фоне исходного паттерна полиморфной биоэлектрической активности регистрируется преобладание альфа-активности, и (или) альфа-ритма. Для того чтобы подтвердить причинно-следственную связь между действием препаратов бензодиазепинового ряда и перестройкой паттерна ЭЭГ, вводился конкурентный антагонист бензодиазепинов — флумазенил (анексат) до возвращения первоначальной картины ЭЭГ. Если введение флумазенила восстанавливает исходный паттерн ЭЭГ, считается, что именно бензодиазепин вызывает перестройку биоэлектрической активности головного мозга с появлением новой формы активности. Исходный паттерн ЭЭГ, по-видимому, являлся отражением функциональной активности устойчивой патологической системы. Тест считается отрицательным, если при введении бензодиазепинов до максимальной дозы перестроен паттерн ЭЭГ не происходит. В РНХИ им. А. Л. Поленова за период с 2002 по 2016 гг. проведено обследование 145 пациентов, соответствующих международным критериям диагноза ВС, которым был выполнен тест с бензодиазепинами. Исход ВС оценивался у каждого пациента после травматического поражения мозга через 12 месяцев, после нетравматического — через 6 месяцев. Тест был достоверно положительным (т. е. результаты теста были

положительными, и в дальнейшем у пациента восстановилось сознание) у 41(28%) пациента, достоверно отрицательным (тест отрицательный, сознание не восстановилось) — у 70(48%). Ложноположительный результат (тест положительный, однако сознание так и не восстановилось) отмечен у 15(10%) пациентов, ложноотрицательный (тест отрицательный, но у пациентов наблюдалось восстановление сознания) — у 19(13%).



Ныряльщик. Изображение, найденное при раскопках в итальянском городе Пестум

Надгробие ныряльщика (480–470 гг. до н. э.), найденное при раскопках древнего города Пестум в Италии. Человек, ныряющий с вышки, символизирует переход от жизни земной в царство мертвых. Этот образ ныряльщика можно считать аллегорическим изображением пациента, находящегося в вегетативном состоянии, «зависшего» в своем прыжке между бытием и небытием.

ВС, на наш взгляд, является новым вариантом организации функций мозга — аллостазом. С одной стороны, данному варианту организации мозговых функций присущи процессы, которые не характерны для гомеостаза: дисрегуляция вегетативной системы, гормональные нарушения, особенности взаимоотношений макроорганизма с патогенной и условно патогенной микрофлорой, перестройки паттерна ЭЭГ на вводимые лекарственные препараты и пр. Согласно концепции швейцарского физиолога В. Гесса об эрго- и трофотропных состояниях¹ ВС является эрготропным со-

¹ Вальтер Рудольф Гесс — швейцарский физиолог, ла-

стоянием. Общим для всех обследованных нами пациентов были акцентированные адренергические реакции: тахикардия, периодическое повышение АД, преобладание симпатикотонии по данным кардиоинтервалографии.

По сути, предложенная нами методика диагностического и лечебного использования бензодиазепинов относится к «большим переключениям» функциональной активности ЦНС и способствует диагностике и выходу больного из транзиторного ВС.

У врача анестезиолога-реаниматолога, каждый день занимающегося вводом больного в бессознательное состояние и выводом из него, такие варианты неожиданного пробуждения пациента в ВС ассоциируются с феноменом доминанты в ЦНС, которая может довольно резко изменяться в зависимости от четко известных обстоятельств (в анестезиологии) и весьма трудно прогнозируемых в реаниматологии. В психиатрии родились и используются методики, которые мы назвали «большими переключениями» функциональной активности головного мозга — электросудорожная терапия, инсулиновый шок, барбитуратовая кома. Устойчивые патологические состояния, аллостаз — концепция патофизиологии ЦНС, наиболее нами импонирующая.

Наш опыт работы не подтвердил общепринятой концепции о наличии стадийности восстановления сознания. У некоторых больных мы наблюдали зависимость уровня сознания от закономерно изменяющихся обстоятельств, например, от особенностей ликвороциркуляции (санация ликвора после субарахноидального кровоизлияния) или от выраженности системного воспалительного ответа. Усложнение связей компонентов интеллекта с эмоционально-волевыми качествами личности отдаленно напоминают возрастные этапы развития человека, но стадийности как самостоятельного биологического процесса восстановления функций мозга мы не наблюдали ни в одном

случае. Также у нас не появилось оснований для систематизации каких-либо устойчивых паттернов доминирования той или иной медиаторной системы головного мозга. Вегетативные проявления у пациентов в ВС мозаичны, при выраженной и длительной симпатотонии (по данным интервалокардиографии и индексу Кердо) может быть обильная и стойкая бронхорея. При этом симптоматика непредсказуемо изменяется в течение суток, недель и месяцев.

Пациенты в ВС в крайней степени беспомощны. Даже когда основные нарушения, являющиеся обычным предметом интенсивной терапии (сердечно-сосудистая недостаточность, дыхательная недостаточность, полиорганная недостаточность, гнойно-воспалительные процессы, и пр.), нормализованы и стабилизированы, больной длительное время продолжает нуждаться в интенсивном уходе и наблюдении. В отделении анестезиологии и реанимации РНХИ им. проф. А. Л. Поленова больные в ВС стали обследоваться и получать лечение около 30 лет назад. Вначале это были нейрохирургические пациенты с тяжелой ЧМТ, сосудистой патологией, опухолями головного мозга. К настоящему времени среди более 300 пролеченных нами больных встречаются практически все варианты повреждения мозга, потенциально способные быть причиной формирования вегетативного состояния (остановки сердца в общей хирургии, травматологии и ортопедии, стоматологии и косметологии, утопление, удушение, токсические и острые воспалительные процессы различного генеза и пр.). Многие годы работы с такими больными явились для нашего коллектива довольно суровой школой. Ежедневно приходится решать множество проблем — от деталей ухода за пациентом до порой очень непростых ситуаций с родственниками больных и разными государственными структурами. Многодневная тяжелая работа с такими пациентами неизбежно омрачается мыслями о бесполезности затраченных усилий и материальных средств. Постоянно находятся скептики, считающие, что вопреки здравому смыслу и милосердию врачи не должны оттягивать предрешенное и что не стоит лелеять ого-

уреат Нобелевской премии по физиологии и медицине в 1949 г. «за открытие функциональной организации промежуточного мозга как координатора активности внутренних органов».

нек биологического существования, когда личность уже мертва. Однако вопрос этот весьма и весьма спорен, и глубина его истине бездонна. Подчеркнем при этом, что диапазон мнений и суждений о том, что следует считать вегетативным состоянием, среди дилетантов (впрочем, и среди клиницистов) достаточно широк.

Многолетняя работа с пациентами в вегетативном статусе, наблюдение за ними и контакт с родственниками уже после выписки из стационара открыли для нас удивительный факт — больные в состоянии абсолютной беспомощности и с отсутствующим сознанием нужны своим близким. В подавляющем большинстве случаев семьи с очень скромным материальным достатком в инфраструктуре жизни, весьма далекой от необходимой и приемлемой для инвалидов, довольно успешно ухаживают за «вегетатиками». Проведенное нами анкетирование показало, что у большинства (до 90% опрошенных) нет желания отдать пациента в хоспис, предпочтение отдается варианту, когда больного хотя бы раз в год можно госпитализировать, полечить зубы, спастичность, получить дальнейшие рекомендации по реабилитации и лечению. В результате многолетней работы у нашего коллектива сложилось отчетливое убеждение о необходимости создания специализированных центров для пациентов, находящихся в длительном бессознательном состоянии.

Бесценен коллективный опыт ведения таких пациентов, накопленный в нашем отделении анестезиологии и реанимации. Все — от выбора оптимального памперса и гигиенической присыпки до методики пластики пролежней и способов закрытия дефектов черепа — рождалось медленно и трудно коллективом медицинских сестер, неврологов, анестезиологов, реаниматологов, электрофизиологов, нейрохирургов, лучевых диагностов, комбустиологов, общих хирургов и других медицинских специалистов. Накопленный опыт дал возможность иначе взглянуть на диагностические и лечебные подходы в нейрореаниматологии и многое изменить с явным положительным результатом как для больных в ВС, так и для пациентов других групп.

Нередко родственники пациента при обсуждении проблемы существования пациента в длительном бессознательном состоянии задают нам вопрос: «А где пребывает душа человека пока вы лечите тело?»

По-видимому, в сердцах и руках тех медицинских сестер и врачей, которые всеми силами стараются «воссоединить тело с душой». Труд, затрачиваемый на сохранение соматического здоровья «вегетатиков» и содержание тела в чистоте тяжел и неблагодарен. Низкий поклон милосердию и терпению медиков, которые этим занимаются.

Литература

1. Кондратьев А. Н., Фадеева Т. Н., Кондратьева Е. А., Асланов М. Л., Малова А. М. Способ прогнозирования исходов лечения больных с персистирующим вегетативным состоянием / Патент на изобретение № 2214164, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений РФ 20.10.03 г.
2. Плам Ф., Познер Дж. Б. Диагностика ступора и комы. М.: Медицина, 1986. 544 с.
3. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению / Под ред. В. Н. Штока, И. А. Ивановой-Смоленской, О. С. Левина. М.: МЕД-пресс-информ, 2002. 608 с.
4. American Academy of Neurology. Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient // *Neurology*. 1989. Vol. 39. P. 125–126.
5. American Congress of Rehabilitation Medicine. Recommendations for use of uniform nomenclature pertinent to patients with severe alterations of consciousness // *Arch phys med rehab*. 1995. Vol. 76. P. 205–209.
6. American Medical Association Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs. Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life support // *JAMA*. 1990. Vol. 263. P. 426–340.
7. American Neurological Association Committee on Ethical Affairs. Persistent vegetative state // *Ann neurol*. 1993. Vol. 33. P. 386–390.
8. Annual Update in Intensive Care and Emergency Medicine 2012 / Ed. by J. L. Vinsent. 2012. P. 759.
9. Tresch D. D., Sims F. H., Duthie E. H. et al. Clinical characteristics of patients in the persistent vegetative state // *Arch intern med*. 1991. Vol. 151. P. 930–932.

10. Andrews K., Beaumont J. G., Danze F. et al. International Working Party report on the vegetative state. London: Royal Hospital for Neurodisability, 1996.

11. Jennet B. The Vegetative State. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

12. Jennett B., Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name // Lancet. 1972. Vol. 1. P. 734–737.

13. Kretschmer E. Das apallische syndrome // Z gesante neurol psychiat. 1940. Vol. 169. P. 576–579.

14. Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state // New engl j med. 1994. Vol. 330. P. 1499–508.

15. Tasseau F. Clinical approach to the patient in vegetative state // Acta neurol belg. 1994. Vol. 94. P. 190–193.

16. The Multi-Society Task Force on the Persistent Vegetative State. Statement on medical aspects of the persistent vegetative state // New engl j med. 1994. Vol. 330. P. 1499–1508.

17. The Multi-Society Task Force on PVS: Medical aspects of the persistent vegetative state (part 2) // New engl j med. 1994. Vol. 330. P. 1572–1579.

18. Walshe T. M., Leonard C. Persistent vegetative state. Extension of the syndrome to unclude chronic disorder // Arch neurol. 1985. Vol. 42. P. 1045–1047.

НОВОСТИ

ЯРОСЛАВЛЬ

28 октября 2016 г. по благословению митрополита Ярославского и Ростовского Пантелеимона состоялся круглый стол **«Церковь и медицина: актуальные вопросы взаимодействия»**, организованный Отделом по благотворительности, социальному служению и взаимодействию с медицинскими учреждениями Ярославской епархии совместно с Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области в рамках регионального этапа XXV Международных Рождественских чтений.

На заседании круглого стола присутствовали руководство Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области, главные врачи медицинских организаций Ярославской области, священнослужители и сотрудники Отдела по благотворительности, социальному служению и взаимодействию с медицинскими учреждениями Ярославской епархии.

Целью круглого стола было утверждение взглядов на современные вызовы в области

медицинских технологий и биоэтики, не подверженных влиянию внешней идеологии и ложного понимания роли духовного начала в вопросах здоровья человека, в условиях продолжающихся процессов демографического и нравственного кризиса, выраженного в отсутствии общего понимания таких категорий, как ценность человеческой жизни и свобода личности.

На заседании были обсуждены наиболее **актуальные вопросы взаимодействия Церкви и медицины**: современные аспекты сотрудничества Церкви и медицины; состояние духовно-нравственной подготовки врачей в высшей школе; социальные проблемы материнства и детства в Ярославской области; проблемы создания сестричеств для осуществления социального служения; работа Ярославского регионального отделения общества православных врачей России; этические аспекты пренатальной диагностики; основы пастырской деятельности в медицинских учреждениях; опыт подготовки сестер милосердия в России.

В резолюции круглого стола его участники отметили позитивный опыт Ярославского государственного медицинского университета (ЯГМУ) по сохранению специалитета в структуре медицинского образования, позволяющего сохранить в полном виде один из важнейших предметов для всех медиков — деонтологию. Также отметили крайнюю важность дальнейшего развития факультета социального служения при ЯГМУ, в связи с большой необходимостью подготовки грамотных специалистов в этой сфере и сестер милосердия. Приняли решение признать бесспорным фактом ценность жизни человека на любом этапе его развития, в том числе и внутриутробном. Понимая важность последних минут жизни для страдающего человека, отметили особую важность воспитательной роли духовной составляющей курсов «Основы духовного милосердия» в образовательном процессе сестер.

По материалам сайта
www.medotdel76.ru

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

В сентябре 2016 — марте 2017 гг. на заседаниях **Общества православных врачей (ОПВ) Санкт-Петербурга** был заслушан ряд докладов. Обзорный доклад **«Методики „очистения и оздоровления организма“, их польза, вред, научная обоснованность»** сделала врач Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России, к. м. н. Т. Н. Гриненко. **О питании и качестве жизни, пищевом поведении** рассказала сотрудник Северо-Западного госу-

дарственного медицинского университета (СЗГМУ) им. И. И. Мечникова, врач-диетолог высшей категории, к. м. н. Т. Д. Лоскучерявая. Доклад на тему **«Вегетодистония: диагноз, которого нет?»** был прочитан Т. В. Решетовой, д. м. н. профессором кафедры экспертизы ВРН и качества медицинской помощи, кафедры психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова. Вопросы **«Неотложных состояний при артериальной гипертензии»** осветил кардиолог, профессор кафедры скорой медицинской помощи СЗГМУ им. И. И. Мечникова, д. м. н. В. В. Руксин.

На заседании, посвященном 140-летию свт. Луки (Войно-Ясенецкого), с докладом **«Современные методы лечения гнойных осложнений в травматологии»** выступил член международной ассоциации SICOT, профессор кафедры военной травматологии и ортопедии ВМА им. С. М. Кирова, д. м. н. А. Г. Овденко.

Духовный комментарий обозначенных тем заседаний был представлен председателем ОПВ Санкт-Петербурга, д. м. н., протоиереем Сергием Филимоновым.

По материалам сайта
www.opvspb.ru

ДУХОВНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ В КОМЕ

Различные духовные аспекты оказания помощи пациентам в состоянии комы рассматриваются в статье доктора медицинских наук, кандидата богословия, профессора СПбГПМУ, Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова протоиерея Сергия ФИЛИМОНОВА.



Оказание духовной помощи больным в коме регламентируется «Основами социальной концепции Русской Православной Церкви» — официальным документом, принятым Юбилейным Архиерейским Собором в 2000 г. Даже самые современные церковные документы сегодня построены на том святоотеческом учении, которое сложилось в течение последних 2000 лет. Прежде чем говорить о помощи больным в коме, мы должны сказать о составе человека, о том, какому человеку мы помогаем — чему помогаем: мозгу, душе, сердцу или всему человеку. Для этого нам необходимо обратиться к православному богословию.

Согласно православному богословию природа человека состоит из нескольких частей. Ряд святых отцов (дихотомисты) говорит о том, что человек состоит из души и тела. Другие ученые святые отцы (трихотомисты) выделяют в человеке три составляющие: духу, душу и тело.

По мнению отцов-дихотомистов тело человека создано Богом из праха земного, а душа из жизненного начала, жизненной силы, управляющей телом, наделенной бессмертием, разумом, свободой воли и призванной к обожению. То есть дихотомисты не разделяют душу и дух.

Отцы-трихотомисты говорят о теле как аппарате души для общения с внешним миром, о душе как о низшей духовной сущности. Душа, пребывая в теле, благодаря этому

использует его как орудие и инструмент. Духовная жизнь состоит в удовлетворении ума, чувств, воли. Душа хочет приобретать знания, испытывать те или иные чувства. А дух есть высшая часть души. Хотя при трихотомическом подходе выделяют третью часть — дух, но говорят о нем как о части души (поэтому отцы-дихотомисты не противоречат отцам-трихотомистам). И эта высшая часть души заключает в себе способность к богопознанию.

Дихотомия

Тело	Душа
Сотворено Богом из «праха земного» (Быт. 2:7)	Жизненное начало, жизненная сила, управляющая телом, одаренная разумом, бессмертием, свободой воли и призванная к обожению

Одним из классических отцов-трихотомистов современного времени является основоположник гнойной хирургии доктор медицинских наук, профессор, лауреат Сталинской премии архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий), который наряду со знаменитыми трудами по гнойной хирургии оставил духовный труд «Дух, душа и тело», где он рассматривает взаимодействие этих частей в природе человека.

Трихотомия

Тело	Душа	Дух
Аппарат души для общения с внешним миром	Низшая духовная сущность. Душа, пребывая в теле, обладает им, используя как орудие и инструмент	Высшая часть души, заключающая в себе способность к Богопознанию
Потребности: самосохранение, продолжение рода	Жизнь душевная состоит в удовлетворении потребностей ума, чувства и воли: душа хочет приобретать знания и испытывать те или иные чувства	Три проявления: совесть, жажда Бога, страх Божий. Как сила от Бога исшедшая, ведает Бога, ищет Бога, и в Нем Одном находит покой

Нарушение цельности и иерархии в природе человека после грехопадения привело к следующим изменениям. *Тело* стало господствовать над душой и оказалось подвержено болезням и смерти. Способности *души* извратились, произошло разъединение единой силы души на три — ум, волю и чувства, при этом ум отделяется от сердца и становится бессердечным, а сердце становится неразумным. Изменения в *духе* заключаются в том, человек утратил видение Бога, духовного мира и поэтому у большинства людей духовная жизнь ассоциируется с душевной (некой внутренней жизнью человека), подменяется ею.

В чем может заключаться оказание духовной помощи людям в состоянии комы с точки зрения представлений о духе, душе и теле? Безусловно, эта духовная помощь оказывается не столько телу человека, сколько его душе, и все церковные таинства направлены как раз на нее. Есть ряд определенных условий для совершения таинств Церкви: они возможны только в том случае, если человек находится в состоянии отчетливого сознания. При совершении таинства крещения над младенцем в состоянии сознания должны находиться восприимчики, то есть взрослые люди. Таинство соборования может совершаться над людьми, находящимися на одре болезни, но пребывающими в состоянии сознания. Есть исключение для этого таинства: если человек изъявлял желание пособороваться еще до потери сознания, он может быть соборован. В остальных случаях утрата сознания явля-

ется препятствием к проведению церковных таинств.

Для пациента в состоянии крайнего физического истощения с заторможенным сознанием, не способного к диалогу со священником, уровень духовной помощи существенно уменьшается. В случае, если человек может хотя бы каким-то образом реагировать, существует так называемая «глухая исповедь», когда человек отвечает на вопросы («совершал ли такой-то грех», «хочешь ли покаяться в том-то») не голосом, а каким-то знаком: морганием глаз, шевелением руки, пальца ноги. Исповедь приобретает характер двоичной системы: «да», «нет».



Состояние глубокой комы не позволяет задавать никаких вопросов и лишает возможности священнослужителей воздействовать непосредственно через органы чувств на душу человека, на его мозг, на его нервную деятельность. В этом случае духовное

воздействие заключается непосредственно в оказании молитвенной помощи. В «Основах социальной концепции», принятых Юбилейным Архиерейским Собором Русской Православной Церкви, говорится, что смерть представляется разлучением души от тела. Очень много приходилось слышать вопросов реаниматологов о том, где находится душа во время реанимации, когда человек находится на искусственной вентиляции легких, без сознания, в коме, во время операции, под наркозом, где же находится в этот момент душа?

С точки зрения православного богословия совершенно ясно, что при жизни человека душа неразлучна с телом. Согласно общераспространенным представлениям, когда человек умирает, душа после его смерти исходит из тела. В православном богословии трактуется наоборот: смерть представляется как разлучение души и тела. То есть когда душа исходит из тела, тогда наступает сначала клиническая, потом биологическая смерть. Таким образом можно говорить о продолжении жизни до тех пор, пока душа в человеке неразлучна с телом и продолжает осуществлять деятельность организма.

Церковь говорит о том, что «продление жизни искусственными средствами, при котором действуют лишь отдельные органы, не может рассматриваться как обязательная и во всех случаях желательная задача медицины. Оттягивание смертного часа порой только продлевает мучения больного и лишает его права принять достойную непостыдную мирную кончину, которую православный христианин испрашивает у Господа за богослужением. Когда активная терапия невозможна, ее место должна занять паллиативная помощь, а также пастырское попечение. Все это вместе обеспечит подлинно человеческое завершение жизни, согретое милосердием и любовью» [1].

Духовная помощь в реанимации, даже если пациент находится без сознания, осуществляется посредством помазания человека, окропления святой водой и чтения особых молитв. Есть молитвы о здравии, выздоровлении человека. Но в случае, если человек находится на длительной вентиляции легких, в глубоком коматозном состоянии, читаются

специальные молитвы для людей, которые долго страдают и не могут умереть. После таких молитв Господь проявляет Свою волю: либо наступает быстрое выздоровление человека, либо действительно душа разделяется с телом и человек может отойти.

Кроме того, когда совершенно ясно, что прогноз неблагоприятный, священник может прочитать канон на разлучение души от тела, и это сильнейшим образом воздействует на душу. Происходит невербальное воздействие, не через органы чувств, а непосредственно на душу человека.



Говоря о пациентах в коме, невозможно обойти вопросы изъятия человеческих органов. Эти вопросы обнажают проблему правильной констатации момента смерти. Раньше критерием считалась необратимая остановка дыхания и кровообращения. Однако благодаря совершенствованию реанимационных технологий эти жизненно важные функции могут искусственно поддерживаться в течение длительного времени. Акт смерти превращается, таким образом, в длительный процесс умирания, зависимый от врача, что налагает на современную медицину качественно новую ответственность. Известны случаи возвращения людей из состояния комы. И проблема смерти мозга может решаться только по отношению к тем пациентам, у которых повреждения черепа и головного мозга (тяжелые черепно-мозговые травмы, массивное кровоизлияние в виде обширного геморрагического инсульта и подобное) привели к явно необратимым изменениям.

Наиболее распространенной является практика изъятия органов у только что скончавшихся людей. В таких случаях должна быть исключена неясность в определении момента смерти. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого.

*Основы социальной концепции
Русской Православной Церкви (2000 г.)*

В случае спорных состояний могут произойти ошибки. Известны случаи возвращения Алисы Лоусон, Мартина Писториуса, Рома Хоубена, Сэма Шмидта, Тэрри Уоллеса — людей, которые долгое время находились в состоянии комы и вышли из нее. У некоторых из них уже были подписаны документы на изъятие органов, и буквально незадолго до эксплантации они начали подавать признаки сознания.

Поэтому в отношении смерти мозга церковь проявляет большую осторожность и призывает к тому, чтобы этим людям, находящимся в таком состоянии, было оказано максимальное внимание. Речь идет не о стимуляции мозговой деятельности, а о духовной жизни, о воздействии на духовный центр человека, на духовное сердце. Говоря о реанимации, мы говорим не о восстановлении сознания (тогда это можно было бы назвать «рециребрацией»), а действительно о реанимации — об одушевлении, о том, чтобы дать возможность душе человека проявить себя через восстановленную нервную деятельность и сознание.



Хотелось бы напомнить ряд артефактов, наблюдаемых у пациентов в состоянии комы. Например, такой пациент может слышать

голос только одного из родственников, или он может слышать избирательно то, что ему читают или проигрывают. Например, мы наблюдали такой феномен, когда человек слышит Священное Писание, церковную музыку и больше кроме этого ничего не слышит. Есть и такие примеры, когда человек, находящийся в состоянии комы, при попытке совершения таинства может прийти в совершенно нормальное сознание. Есть такие примеры.

Больная находилась в коме в течение 12 дней без признаков изменения состояния. По просьбе родственницы к ней был приглашен священник, чтобы совершить молитвы на разрешение души от тела. Но в тот момент, когда он вошел в палату со Святыми Дарами, пациентка пришла в сознание. Она исповедовалась, причастилась, через некоторое время опять погрузилась в состояние комы и спустя несколько дней умерла.

Случай из недавней практики: после прочтения молитв священника умирающая больная пришла в себя, попила чай с родственниками, поговорила с ними, обсудила последние вопросы, дала последние благословения, вскоре после этого потеряла сознание и через несколько часов ушла из этого мира (умерла).

Это говорит о том, что духовное воздействие — воздействие на целостного человека. Это не стимуляция мозга, а, если можно так осторожно выразиться, стимуляция души. Благодаря работам Стивена Лорейза, его опыту в области нейровизуализации, становится ясно, что часть больных в состоянии комы может контактировать, это значит, что они осознают себя как личность и оказываются в бедственном изоляционном состоянии. Это чрезвычайно важный результат. Достижение исследований С. Лорейза — это научный прорыв, для верующих людей означающий расширение границ духовной помощи [3].

Граница, проходящая между человеком, находящимся в сознании и в бессознательном состоянии, отодвигается, и это дает возможность священнослужителям общаться с людьми в указанном состоянии и приносить им утешение. Работы С. Лорейза доказывают, что проявление внимания и любви к боль-

ным, находящимся в состоянии комы: чтение, музыка, беседы — крайне важны и могут поддерживать душу.

Кроме того, таким образом расширяются пределы глухой исповеди, появляется возможность «двойной суперглухой исповеди», покаяние дает человеку совершенно новые перспективы. Перед человеком, находящимся на пороге покаяния, открыты две двери: в небо и в другое место. Осознание человеком своих грехов, примирение с ближними может существенным образом отразиться на том, в какую из дверей этих он войдет.

Говоря о реанимационных отделениях, следует сказать, что недостаточно оказывать просто медицинскую поддержку, медицинскую помощь. Совершенно необходима как душевная поддержка от родственников больного, так и духовная помощь от священнослужителей — молитва Церкви и церковные Таинства.

Лауреат Нобелевской премии И. П. Павлов и И. М. Сеченов изучали высшую нервную деятельность. Однако высшая нервная деятельность, как вершина айсберга, является только частью обширной жизни души человека. Есть и другая жизнь души, которая при прекрасной мозговой деятельности может делать человека совершенно асоциальным и морально деформированным.

Поэтому в современном реанимационном отделении очень важно не только медикаментозное воздействие, не только душевная поддержка родных и близких, но в том числе

очень важно духовное воздействие на целостный состав человека, на дух, душу и тело.

В заключение доклада хотелось бы подвести итог:

1) каждого человека, находящегося в состоянии комы, следует считать потенциально контактными человеком, для которого возможна связь с окружающими посредством специальной медицинской аппаратуры (т. е. не следует делить пациентов на перспективных, не перспективных, контактных, не контактных);

2) каждый человек, находящийся в коме, имеет право на медикаментозную, душевную и духовную поддержку, т. е. он нуждается в поддержке и любви, находясь в состоянии изоляции от окружающего мира;

3) с точки зрения богословия, в случае человека, находящегося в вегетативном состоянии, необходимо воздействие не только (и не столько) на его мозговую деятельность, но и на его целостный состав: дух, душу и тело.

Литература

1. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. М.: Отдел внешних церковных связей Московского Патриархата, 2008.

2. *Святитель Лука (Войно-Ясенецкий)* Дух, душа и тело. М.: Православный Свято-Тихоновский Богословский Институт, 1997.

3. Laureys S., Monti M. M., Vanhaudenhuyse A. et al. Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness // *N Engl J Med.* 2010. Vol. 362. № 7. P. 579–589.

НОВГОРОД

23 февраля 2016 г., в день памяти памяти святой благоверной княгини Анны Новгородской, митрополит Новгородский и Старорусский Лев совершил Божественную литургию в Софийском соборе. По окончании литургии состоялось **посвящение выпускниц V набора курсов сестер милосердия.**

Сестры милосердия помогают в уходе за одинокими пациентами, детьми, находящимися в государственных социальных и медицинских учреждениях, проводят духовно-нравственные просветительские мероприятия для персонала и пациентов, помогают священно-

служителям в совершении богослужений и треб.

По окончании Литургии митрополит Лев обратился к собравшимся с архипастырским словом. Владыка отметил, что сестры милосердия существуют в Церкви уже долгое время и всегда, особенно в трудные периоды истории, они ревностно проявляли себя в делах милосердия, несли бремя помощи нуждающимся людям. Владыка пожелал нынешним выпускницам курсов сестер, чтобы Господь по молитвам святой благоверной княгини Анны Новгородской помог им в несении своего служения.

Митрополит Лев выразил слова благодарности ректору Новгородского государственного

университета В. Р. Веберу за проявленную помощь в создании курсов. Затем митрополит Лев благословил выпускниц V набора курсов сестер милосердия, освятил косынки с красным крестом и вручил их выпускницам.

В этот же день в Свято-Юрьевом монастыре состоялась встреча митрополита Льва с сестрами милосердия. Встреча прошла в формате диалога. Владыка ответил на вопросы сестер, касающиеся их деятельности, а также прокомментировал актуальные события церковной жизни.

По материалам vn-eparhia.ru

НОВОСТИ

SPIRITUAL HELP TO THE PATIENTS IN COMA

Spiritual help to the patients in coma is covered by the ecclesiastical document “The Basis of the Social Concept” adopted in 2000 at the Synod of the Russian Orthodox Church. All modern ecclesiastical documents are based on the patristic doctrine having been worked out for the last 2000 years. Before speaking of the help to a patient in coma we need to realize the structure of a human being. Which part of him do we help? Do we help to his brain, or his soul, or his heart, or the whole man? To understand it better we should refer to the Orthodox theology.

The Orthodox theology states that the human nature is comprised of several parts. There are two groups of Holy Fathers, one of them is dichotomists, stating that the human being consists of the soul and the body, the other group are thrichotomists, they declare the three-partial human structure: the body, the soul, and the spirit.

Dichotomists said that the human body is made of “earth” and the soul is created by the spirit, the vital force controlling the body and endowed with reason, immortality, and free will, and called to theosis. (*translator: In the Eastern Orthodoxy deification (theosis) is a transformative process whose goal is likeness to or union with the God*). They don’t separate the soul and the spirit.

Trichotomists speak about the body as a soul instrument for communication with the

outer world. They consider the soul to have lower spiritual nature. The soul indwells in the body, possesses it and uses it as a tool and an instrument. The soul-based life aims the satisfaction of mind, feelings and will. The soul wants to acquire knowledge and experience different feelings. The spirit is the highest part of the soul. Though the thrichotomistic approach emphasizes the third part of the human being — the spirit, it is considered to be a part of the soul (it means the dichotomists and thrichotomists have no contradiction). This main part of the soul is capable to the perception of the God.

Dichotomy

Body	Soul
Made by the God of “earth” (Gen. 2:7)	The vital force controlling the body and endowed with reason, immortality, and free will, and called to theosis

One of the Holy Fatheres, classical thrichotomists of the modern time, is a founder of purulent surgery, Doctor of Medicine, Professor, a recipient of the Stalin prize, Archbishop Luka

Thrichotomy

Body	Soul	Spirit
The instrument of the soul for communication with the outer world	Lower spiritual nature. The soul indwells in the body, possesses it and uses it as a tool and an instrument	The spirit is the highest part of the soul capable to the perception of the God
Needs: self-protection, reproduction	The soul-based life aims the satisfaction of mind, feelings and will. The soul wants to acquire knowledge and experience different feelings	Three aspects: conscience, a thirst for God, fear of God. As a power proceeded from God, knows God, seek God, and finds peace in God only

(Voyno-Yasenetsky). Along with his works on purulent surgery, he wrote his famous spiritual work under the title “Spirit, Soul and Body” where he studies the interaction of these three parts in the human nature.

After the fall of man the broken integrity and hierarchy of the human nature led to the following changes. *The body* began to dominate over the soul and became amenable to diseases and death. *The soul* qualities were distorted and it was divided into 3 parts — mind, will, and feelings. Furthermore, the mind separated from the heart became heartless, and the heart became reasonless. The changes of *spiritual* nature led to the cut-off of the man from experiencing the God and the spiritual world. Nowadays in the minds of lots of people the spiritual life is associated with the life of a heart (some kind of man’s inner life) and substituted by it.

What is the idea of the spiritual help to the patients in coma from the point of view of the spirit-soul-body conception? Ultimately, this spiritual help is rendered mainly not to the man’s body but to his soul. All the main church Sacraments are addressed exactly to it. There is one important circumstance for church’s Sacraments performance — the person should be in clear consciousness. If a baby is baptized then his close adults should be in consciousness. The Sacrament of the Anointing of the Sick, or Holy Unction can be performed for the ill people but they are should be clearly conscious as well. There is one exception for the people who had wanted to participate in the Holy Unction before he/she fell unconscious. In other cases there is a restriction to perform church Sacraments for unconscious people.

For the patient in the condition of extreme physical exhaustion and loginess, and unable to communicate, the spiritual help as participation in the Sacraments is limited but also possible. If the person can show some reaction, there is so called voiceless Confession when the person can give answers to the priest’s questions (“Have you committed sin?” “Do you want to confess?”) by moving the hand, or blinking, or wriggling his toes. Through these “yes/no” answers he/she is confessing the sins the priest is mentioning.

The state of deep coma doesn’t allow the priest to perform these Sacraments and deprives

the opportunity to rehabilitate the person’s soul, brain, and neural activity through the organs of sense. At this stage the spiritual help lays in prayer support. “The Basis of the Social Concept” adopted by the Synod of the Russian Orthodox Church states that death is a dissociation of the soul from the body. We have heard a lot of questions from resuscitators such as: where is the soul during the reanimation, or when the person is unconscious, in coma, under artificial ventilation of the lungs or being operated?

From the point of view of the Orthodox theology it is absolutely clear that the soul is inseparable with the body when the person is alive. According to the common idea the soul leaves the body after man’s death. The Orthodox Church states the opposite: the death is the process of separation of the soul and the body. First clinical then biological death comes when the soul has left the body. Thus, it is possible to state that the person is still alive until the soul is inseparable with the body and continues to support vital functions.

In this case, the Orthodox Church says that “artificial prolongation of body’s life when only separate organs are functioning cannot be considered as a necessary or unexceptionally preferable task of medicine. The procrastination of the dying hour can prolong agony of the patient and deprives him of his right to the peaceful and blameless death which the Orthodox Christians ask for in their prayers to the God during the service. When active therapy is impossible, then it can be placed with palliative support and pastoral care. It can provide the authentic and humanistic end of life warmed with care and mercy” [1].

The spiritual help to the patients, even if they unconscious, in the resuscitation unit can be provided by the priest through anointing a patient, aspersing him with holy water, and reading some special prayers. There is a special prayer for health and recovery. If the person is in deep coma or has been under artificial ventilation of the lungs for a long time, then a special set of prayers is read for the person who is suffering a lot and cannot die. After such prayers the God shows His will: either the patient’s recovery comes very quickly or the soul leaves the body and goes aloft.

Besides, if there is an absolutely clear unfavorable prognosis the priest can read a

prayer for separation of soul and body. It strongly influences the soul, but not through the sense organs. It influences the human heart.

Speaking about patients in coma we cannot escape the subject of organ transplantation. This issue raises the problem of the correct ascertaining of death. Earlier the criterion was the irreversible cardiac and respiratory arrest. However, with the development of resuscitation technologies these vital important body functions can be artificially prolonged for a long period. In this case the dying hour depends on doctors and such situation imposes quite new responsibilities on modern medicine.

There are well-known examples of the recovery from coma. The brain death can be stated only for the patients who have clearly irreversible changes as a result of penetrating injury of head and brain (heavy traumatic brain injury, massive intracerebral hemorrhage, and similar).

There is a common practice to extract organs from people died a short while ago. In this case, there should be no unclarity in the death ascertaining. It is impossible to shorten the life of one individual, including the refusal from life-supporting operations, for the extension of the life of other patient.

"The Basis of the Social Concept "
of the Russian Orthodox Church , 2000

We should be afraid of making a mistake in doubtful situations. Thus, we know the cases of Alice Lawson, Martin Pistorius, Rom Houben, Sam Schmid, Terry Wallace who had been in coma for a long time and then recovered. There had been documents already signed for the organ extraction of some of them, when they showed the signs of consciousness.

The church is very careful with ascertaining of brain death and appeals to health professionals to pay maximum attention and care to such patients. The speech is not about brain stimulation, but about spiritual life, about the influence on the spiritual center of a person, his spiritual heart. When we speak about resuscitation we mean not a recovery of consciousness (in this case, it can be called "recerebration"), we really speak about ensoulment, when the soul is able to show

itself through the recovered neural activity and consciousness.

We would like to remind about some artifacts. The people in coma can experience different phenomena. They can selectively hear the voice of one of the relatives or some sounds or music. We experienced such a phenomenon when a person heard the Holy Writ and church music and nothing more. There are facts when the person in coma can recover consciousness while the priest is attempting to perform Sacraments.

The patient was in coma for 12 days without any changes. The priest was invited by one of her relatives to read the prayer for separation of the soul and body. When he came into the ward with consecrated bread and wine, the patient recovered consciousness. She confessed, received the Holy Eucharist, and then she fell in coma again. After the several days she died.

The other case just happened recently. After the priest prayers, a dying patient recovered consciousness, drank tea with her relatives and discussed the last issues, gave her last blessings and fell unconscious. Several hours later she died.

It means that spiritual influence is an influence on an individual in a holistic way. It is not brain stimulation, so to speak, it is stimulation of soul. Thanks to the works of Steven Laureys and his experience in the field of neuroimaging it is becoming obvious that we can get a contact with unconscious patients. It proves that such patients recognize themselves as individuals in such an isolated condition. It is an extremely important result of this investigation. This scientific breakthrough gives a chance to contact with such patients. As for the church people they can overcome certain boundaries and receive spiritual help [3].

The boundary between conscious and unconscious persons is moving aside and it gives an opportunity to the priest to communicate with such patients and afford spiritual balm. The works of S. Laureys prove that paying attention and giving love to the patients in coma: reading, speaking with the patients, playing some music can extremely support the soul of such patients.

Besides, it gives a chance for voiceless Confession; we may call it "double supervoiceless

Confession”. The Confession will open new perspectives for believers. The man prior to the Confession has a chance to open two doors: one is to the Heaven; the other is to the opposite place. The realization of his sins, forgiving and reconciliation with his relatives can essentially influence which of the doors an individual will open.

Speaking about the rehabilitation units we should stress that it is not only medical support what is important but emotional support of the relatives and spiritual support of the priests — Church prayers and Sacrament.

The Nobel Prize winner I. Pavlov and I. Sechenov appealed to the higher nervous activity. However, the higher nervous activity is an iceberg top. It is a part of an extensive life of a human soul. This soul life can be different, having the perfect brain activity the person can be absolutely asocial and morally deformed.

It is so important to use not only medicated treatment and hearty support of the relatives in the rehabilitation unit, but also to provide the spiritual influence on the holistic composition of a man — his spirit, soul, and body.

To resume in conclusion:

1) every patient in coma should be considered potentially contact with an opportunity to communicate through special medical equipment (it means we should not divide patients into promising and unpromising, contact and noncontact);

2) every patient in coma has a right to medical, emotional, and spiritual support, that is being isolated he needs support and love;

3) from the point of view of the theology, as for the person in vegetative state, it is not only his brain activity that should be influenced but also his holistic composition: his body, soul, and spirit.

НОВОСТИ

АЛТАЙСКИЙ КРАЙ

1 июня 2016 г. в Перинатальном центре Алтайского края состоялась **встреча пациентов отделения патологии беременности** с клириком храма Апостола и Евангелиста Иоанна Богослова **иереем Сергием Прохоровым и сотрудниками медицинского центра**. Перед собравшимися выступили психолог, врач, священнослужитель. Прошла

выставка детского рисунка «Семья моими глазами», было проведено вручение призов и подарков. Основной темой встречи стало утверждение традиционных семейных ценностей. Медицинский психолог А. В. Лобанова напомнила об ответственности взрослых за судьбу детей, отметила необходимость современных детей в постоянной заботе и защите. Помощник руководителя епархиального отдела церковной благотворительности и со-

циального служения Барнаульской епархии Алтайской митрополии иерей Сергей Прохоров рассказал будущим мамам о Таинстве Крещения — источнике благодатной силы в жизни маленького человека. Мероприятие проходило в рамках краевого конкурса «В защиту жизни».

*По материалам сайта
www.altai-eparhia.ru*

КАРЕЛИЯ

16 декабря 2016 г. исполнилось 5 лет Обществу православных врачей Республики Карелия (ОПВРК). В праздничном собрании приняли участие члены общества, медсестры и волонтеры, приглашенные гости и друзья ОПВРК. В настоящее время среди действительных членов общества 24 врача (8 имеют высшую квалификационную категорию). Ассоциативными членами ОПВРК являются 4 медицинских сестры, более 10 волонтеров. Духовник общества — руководитель епархиального отдела по взаимодействию с органами здравоохранения протоиерей Олег Складаров; председатель — главный врач Детской республиканской больницы И. В. Леписева.

За 5 лет работы врачами ОПВРК совершенно **15 лечебно-консультативных приемов** на приходах, монастырях и труднодоступных населенных пунктах Карелии. На осмотрах выполняются регистрация и расшифровка ЭКГ, пикфлоуметрия, анализы крови на глюкозу, холестерин и гемоглобин. В ходе поездок специализированную помощь получили более 400 человек. Всего было проведено более 1000 **индивидуальных консультаций** для священнослужителей, монашествующих и прихожан, были выявлены серьезные заболевания, требующие специализированной помощи, некоторым пациентам проведено хирургическое лечение. Врачами и волонтерами общества осуществляется патронаж для маломобильных пациентов.

Специалистами общества разработаны и бесплатно распространяются медицинские рекомендации, проводятся лекции по проблемным нравственно-медицинским вопросам.


В 2016 г. подготовлено соглашение о взаимодействии Петрозаводской и Карельской епархии с министерством здравоохранения РК. Проект документа в настоящее время утвержден министерством и епархией и готовится к подписанию.

Информация о работе ОПВРК представлена на сайте opvrk.ru, в социальной сети (vk.com/opvrk) и на православных порталах (eparhia.karelia.ru, prav-news.ru).

*По материалам сайта
www.opvrk.ru*

КОНТРОЛИРУЕМЫЕ МОДУЛЯЦИИ АКТИВНОСТИ МОЗГА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ СОЗНАНИЯ

Дифференциальная диагностика длительных нарушений сознания — трудная задача. Количество неверно установленных диагнозов составляет примерно 40%. Существует острая потребность в новых методах нейровизуализации, которые могли бы выполняться в дополнение к клиническим тестам оценки неврологического статуса у больных с длительным нарушением сознания. В своей статье доктор философии Мартин М. МОНТИ, магистр Одри ВАНХАУДЕНХЬЮЗ, доктор философии Мартин Р. КОЛЕМАН, доктор медицинских наук Мелани БОЙЛИ, член королевского колледжа хирургии Великобритании Джон Д. ПИКАРД, доктор медицинских наук Луаба ТШИБАНДА, доктор философии Адриан М. ОУЭН, доктор философии и доктор медицинских наук Стивен ЛОРЕЙЗ рассказывают об исследованиях, которые показали возможность общения с частью пациентов в вегетативном состоянии.



Исследования проводились в двух основных центрах: в Великобритании — в Кембридже, и в Бельгии — в Льеже. В исследовании приняло участие 54 пациента с длительным нарушением сознания. Использовалась функциональная магнитно-резонансная томография (МРТ), которая позволяет оценивать изменение кровотока в определенных зонах мозга по изменению уровня кислорода в крови. Изменение кровотока в исследуемых зонах мозга свидетельствовало о их включении или не включении в предлагаемую задачу. Разработан метод для определения возможности использования таких задач при общении с пациентами в режиме ответов «да/нет» на простые вопросы.

Результаты работы показали: из 54 пациентов, принимавших участие в исследовании, 5 были способны усилием собственной воли модулировать свою мозговую активность. У трех из них дополнительные тесты выявили некоторые другие признаки сознания, но у двоих оставшихся не удалось выявить признаков сознания в условиях клинического

исследования. Один пациент оказался способным применить метод ответов «да/нет» во время функциональной диагностики МРТ. Однако так и не удалось выработать какую-либо форму коммуникации с больным у его постели.

Выводы: небольшая часть пациентов в вегетативном состоянии или в состоянии минимального сознания могут активизировать мозговые процессы, выказывая некоторые признаки осознанности и познавательной деятельности. Тщательное клиническое исследование будет иметь своим результатом новую классификацию состояния сознания для некоторых из этих пациентов. Данный метод может быть полезен для установления базовой коммуникации с пациентами, которые, на первый взгляд, не подают никаких ответных сигналов.

* * *

В последние годы усовершенствование методов интенсивной терапии привело к увеличению числа пациентов, выживших по-

сле тяжелой черепно-мозговой травмы. Хотя некоторые из этих пациентов впоследствии проходят процесс восстановления, другие, выйдя из острого коматозного состояния, все же не показывают каких-либо признаков сознания. Если повторные осмотры не дают доказательств устойчивой, воспроизводимой, целенаправленной или произвольной поведенческой реакции на зрительные, слуховые, осязательные, или болевые раздражители, ставится диагноз «вегетативное состояние» — или «бодрствование без сознания» [1–5]. Некоторые пациенты остаются в вегетативном состоянии постоянно. Другие в конце концов показывают неустойчивые, но воспроизводимые признаки сознания, в том числе способность выполнять команды, но они по-прежнему не могут вступать во взаимодействие. Для описания состояния таких пациентов в 2002 г. Международная группа экспертов, обсуждавшая проблему на заседаниях в городе Аспен (the Aspen Neurobehavioral Conference Work Group) ввела термин «состояние минимального сознания», тем самым добавив новую нозологическую единицу к спектру нарушений сознания [6]. В клинической оценке пациентов, находящихся в вегетативном состоянии или в состоянии минимального сознания, преследуются две основные цели. Первая цель — определить, сохраняет ли пациент способность давать целенаправленный, пусть даже и неустойчивый, поведенческий ответ на стимуляцию. Такая способность, предполагающая, по крайней мере, частичное сознание, отличает больных в состоянии минимального сознания от находящихся в вегетативном состоянии, и поэтому имеет значение для последующего ухода и реабилитации, а также для принятия решений, имеющих юридический и этический характер. К сожалению, поведенческие ответы, полученные от таких пациентов, имеют часто неоднозначный, неустойчивый характер и ограничиваются парезами разной степени, что значительно осложняет отличие чисто рефлексивных реакций от произвольного поведения. Тем не менее при отсутствии абсолютного критерия необходимо делать заключение о наличии осознанности, в отличие от моторной реакции пациента; такое положение вещей, несо-

мненно, является причиной высокого уровня диагностических ошибок (около 40%) для данной группы пациентов [7–9].

Второй целью клинической оценки является приспособление и развитие любого доступного ответа, путем определенного воздействия, до формы воспроизводимого взаимодействия, пусть даже рудиментарного. Ключевым достижением является приобретение любого интерактивного и функционального вербального или невербального способа общения. Клинически, последовательное и воспроизводимое взаимодействие определяет верхнюю границу состояния минимального сознания [6].

В данной статье представлены результаты исследования, проведенного в период с ноября 2005 г. по январь 2009 г., в котором регулярно использовалась функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) для оценки состояния группы пациентов в количестве 54 человек с клиническим диагнозом «вегетативное состояние» или «состояние минимального сознания». Предыдущее исследование, рассматривавшее единичный случай, показало полную осознанность пациента, который, согласно клиническим критериям, находился в вегетативном состоянии. [10]. В этой связи данное исследование имело две основные цели. Первой целью стало определение процента пациентов данной группы, которые смогут также надежно и многократно посредством функционального МРТ модулировать свои ответы, свидетельствующие об их сохранившемся сознании. Вторая цель заключалась в разработке и проверке метода, который позволил бы таким пациентам функционально общаться через ответы «да/нет» путем модулирования активности своего мозга, без обучения и без необходимости какой-либо двигательной реакции.

Методика исследований

Пациенты. Группа произвольно подобранных испытуемых, состоящая из 54 пациентов с серьезным повреждением мозга, включая 23 пациентов в вегетативном состоянии и 31 в состоянии минимального сознания, прошла обследование с помощью функциональной МРТ, как метода оценки

их деятельности в задачах на двигательное и пространственное воображение. Характеристика пациентов показана в таблице 1, а критерии включения представлены в приложении, с которым вместе с полным текстом данной статьи можно ознакомиться на сайте nejm.org. От законных представителей всех пациентов было получено письменное согласие. Определенные задания на двигательное и пространственное воображение были тщательно опробованы на контрольной группе здоровых людей и ассоциировались с четкой активностью в дополнительной моторной зоне и парагиппокампальной извилине согласно функциональной МРТ.

Метод выявления функциональной коммуникации был впервые опробован на пригодность и достоверность на 16 здоровых добровольцах контрольной группы (9 мужчин и 7 женщин), и у которых не наблюдалось никаких отклонений в нервной системе. Таким образом, эти опробованные и утвержденные задания давались одному пациенту (пациент 23 в табл. 1 и на рис. 1, см. цветную вклейку), которому был поставлен диагноз постоянного вегетативного состояния в течение 17 месяцев после автокатастрофы. Данный диагноз был подтвержден специальной экспертной оценкой, которая длилась в течении месяца и проходила спустя 3,5 года после травмы. В момент проведения функционального МРТ (5 лет спустя после входа в кому), считалось, что пациент все еще находится в вегетативном состоянии, хотя расширенное поведенческое тестирование после проведения функциональной МРТ выявило повторяющиеся, но непостоянные реакции, указывающие на состояние минимального сознания.

Задания на воображение. Во время функционального МРТ сканирования всех пациентов просили выполнить два задания на воображение. В задании на двигательное воображение их просили представить себя стоящими неподвижно на теннисном корте и плавно двигать рукой вперед или назад, отбивая летящий мяч от воображаемого инструктора. В заданиях на пространственное воображение участников просили представить себя движущимися по улицам знакомого города или ходящими из комнаты в комнату своего дома, восстанавливая по памяти окру-

жающую обстановку. Сначала провели две сессии сканирования с помощью так называемого локалайзера¹, в которых пациентов просили чередовать 30-секундные периоды ментального воображения с 30-секундными периодами отдыха. Каждый сеанс сканирования включал пять циклов, состоящих из периода воображения и периода отдыха. Сигналом для начала каждого периода воображения было слово «теннис» или «навигация», а для периода отдыха слово «расслабление».

Задания на коммуникацию. После получения снимков с помощью локалайзера все 16 здоровых испытуемых из контрольной группы и 1 пациент прошли функциональную МРТ, во время которой они пытались ответить на вопросы путем модуляции активности мозга, и, таким образом, был получен комплект снимков, отражающих так называемую коммуникацию. Перед каждой сессией на воображение пациентам задавали простые закрытые вопросы («есть ли у вас братья?») и просили ответить на них во время сессии на воображение, используя один из способов ментального воображения: либо двигательное воображение, чтобы сказать «да», либо пространственную навигацию, чтобы сказать «нет». Характер вопросов был такой, что исследователи не знали правильного ответа заранее. Участников просили ответить на вопрос, представив тот вид деятельности, который соответствовал их ответу. Проведение сканирования процесса коммуникации было аналогично процессу проведения сканирования с помощью локалайзера, с той лишь разницей, что нейтральное слово «ответ» было использовано в данном процессе для начала ответа на вопрос (а слово «расслабление» все также осталось ключевым для начала периода отдыха). Ключевые реплики давались один раз в начале каждого периода. Было получено по три снимка процесса коммуникации (по одному снимку на каждый вопрос) для каждого из 16 здоровых испытуемых контрольной группы. Для усиления статистического эффекта шесть снимков процесса коммуни-

¹ Локалайзер — короткая программа (10–20 с) для локализации головного мозга и выставления рабочих протоколов по основным ориентирам.

Таблица 1. Характеристики пациентов

Пациент №	Место нахождения	Возраст, лет	Пол	Диагноз при поступлении	Причины расстройства	Интервал с момента вхождения в кому, мес,	Ответ на задачу двигательного воображения	Ответ на задачу пространственного воображения
1	Кембридж	58	муж.	ВС	ЧМТ	6,0	нет	нет
2	Кембридж	43	жен.	ВС	травмы мозга с аноксией	50,0	нет	нет
3	Кембридж	41	жен.	ВС	ЧМТ	10,0	нет	нет результата
4	Кембридж	23	жен.	ВС	ЧМТ	6,0	да	да
5	Кембридж	42	муж.	ВС	травмы мозга с аноксией	8,0	нет	нет
6	Кембридж	46	муж.	ВС	ЧМТ	2,0	да	да
7	Кембридж	52	жен.	ВС	травмы мозга с аноксией, энцефалит	8,0	нет	нет результата
8	Кембридж	23	муж.	ВС	ЧМТ	19,0	нет	нет
9	Кембридж	48	жен.	ВС	травмы мозга с аноксией	18,0	нет	нет
10	Кембридж	34	муж.	ВС	ЧМТ	13,0	нет	нет
11	Кембридж	35	муж.	ВС	травмы мозга с аноксией	10,0	нет	нет
12	Кембридж	29	муж.	ВС	ЧМТ	11,0	нет	нет
13	Кембридж	67	муж.	ВС	ЧМТ	14,0	нет	нет
14	Кембридж	21	муж.	ВС	ЧМТ	6,0	нет	нет
15	Кембридж	49	муж.	ВС	ЧМТ	3,0	нет	нет результата
16	Кембридж	56	жен.	ВС	травмы мозга с аноксией	9,0	нет	нет
17	Льеж	87	муж.	ВС	инсульт	<1,0	нет	нет
18	Льеж	62	муж.	ВС	инсульт	1,0	нет	нет
19	Льеж	15	муж.	ВС	травмы мозга с аноксией, ЧМТ	20,5	нет	нет
20	Льеж	70	жен.	ВС	менингит	2,5	нет	нет
21	Льеж	47	муж.	ВС	травмы мозга с аноксией	18,8	нет	нет
22	Льеж	22	жен.	ВС	ЧМТ	30,2	да	да
23†	Льеж	22	муж.	ВС	ЧМТ	60,8	да	да
24	Кембридж	23	муж.	СМС	ЧМТ	11,0	нет	нет
25	Кембридж	38	жен.	СМС	ЧМТ	3,0	нет	нет результата
26	Кембридж	18	муж.	СМС	ЧМТ	8,0	нет	нет
27	Кембридж	26	муж.	СМС	ЧМТ	11,0	нет	нет результата
28	Кембридж	64	муж.	СМС	ЧМТ	6,0	нет	нет
29	Кембридж	54	жен.	СМС	инсульт ствола мозга	5,0	нет	нет
30	Кембридж	29	жен.	СМС	ЧМТ	2,0	нет	нет результата
31	Кембридж	19	жен.	СМС	ЧМТ	1,0	нет	нет
32	Кембридж	34	муж.	СМС	ЧМТ	52,0	нет	нет результата
33	Кембридж	17	муж.	СМС	ЧМТ	7,0	нет	нет результата

34	Кембридж	56	муж.	СМС	травмы мозга с аноксией	6,0	нет	нет
35	Кембридж	21	муж.	СМС	ЧМТ	51,0	нет	нет
36	Кембридж	53	жен.	СМС	травмы мозга с аноксией	13,0	нет	нет
37	Кембридж	36	муж.	СМС	ЧМТ	30,0	нет	нет результата
38	Кембридж	25	муж.	СМС	ЧМТ	8,0	нет	нет
39	Льеж	64	жен.	СМС	менингит	<1,0	нет	нет
40	Льеж	37	муж.	СМС	ЧМТ	11,4	нет	нет
41	Льеж	70	муж.	СМС	менингит	1,3	нет	нет
42	Льеж	36	муж.	СМС	ЧМТ	4,5	нет	нет
43	Льеж	49	муж.	СМС	ЧМТ	0,4	нет	нет
44	Льеж	49	муж.	СМС	ЧМТ	1,6	нет	нет
45	Льеж	19	муж.	СМС	ЧМТ	1,3	нет	нет
46	Льеж	26	муж.	СМС	травмы мозга с аноксией	42,4	нет	нет
47	Льеж	49	жен.	СМС	травмы мозга с аноксией	84,7	нет	нет
48	Льеж	55	муж.	СМС	травмы мозга с аноксией	1,0	нет	нет
49	Льеж	28	муж.	СМС	ЧМТ	72,3	нет	нет
50	Льеж	49	жен.	СМС	травмы мозга с аноксией	84,7	нет	нет
51	Льеж	49	муж.	СМС	травмы мозга с аноксией	0,8	нет	нет
52	Льеж	39	муж.	СМС	травмы мозга с аноксией	308,9	нет	нет
53	Льеж	23	муж.	СМС	ЧМТ	10,0	нет	нет
54	Льеж	27	муж.	СМС	ЧМТ	1,3	да	да

**Примечания: СМС — состояние минимального сознания; «нет результата» — не анализируется из-за чрезмерного движения; ЧМТ — черепно-мозговая травма головного мозга; ВС — вегетативное состояние; 23† — пациент 23 был единственный, кто прошел задание на коммуникацию на функциональной МРТ*

кации (по одному снимку на каждый вопрос) было сделано для данного пациента.

Статистический анализ был проведен при помощи программы FSL, версия 4.1. Анализ данных включал в себя стандартный этап предварительной обработки функциональной МРТ.

Для каждого снимка была рассчитана общая линейная модель, сравнивающая периоды активного воображения с периодами отдыха. Границами всех отличий явились дополнительная моторная зона головного мозга и извилина парагиппокампа, согласно определениям Гарвард-Оксфордского атласа кортикальных структур (доступно в программ-

ном обеспечении FLS). Было установлено пороговое значение в соответствии с Гауссовской теорией случайного распределения полей, на уровне кластера значение Z более чем 2,3 (исправлено $P < 0,05$). Определенные зоны интересов были преобразованы из стандартной области (в соответствии с критериями Монреальского неврологического института) для соответствия структурному изображению испытуемого, при этом использовался метод, включающий 12 степеней свободы.

Чтобы определить, вызвало ли задание на воображение ожидаемую активность в заранее определенных нейроанатомических зонах, происходило сравнение двух снимков

для каждого испытуемого: двигательного воображения и пространственного воображения. Результаты многократных сессий сканирования с помощью локалайзера и сканирования процесса коммуникации, которые прошел пациент, были усреднены с использованием модели с фиксированными эффектами.

Ответы, полученные во время процедуры сканирования процесса коммуникации, были оценены с использованием двухступенчатой процедуры. Во-первых, активность в двух интересующих областях (дополнительной моторной зоны мозга и извилины гиппокампа), обнаруженная во время сканирования с помощью локалайзера, была количественно оценена (с использованием усредненной линейной обобщенной модели для каждой области исследования).

Во-вторых, была рассчитана метрика схожести, для того чтобы рассчитать совпадение активности в интересующих зонах на сканах процесса коммуникации и сканах локалайзера.

Результаты

Ответы на задания на воображение. Среди 54 пациентов нам удалось обнаружить 5, которые могли сознательно модулировать собственную мозговую деятельность (рис. 1). У всех пятерых пациентов снимки функциональной МРТ, связанные с двигательным воображением, при сравнении со снимками на пространственное воображение, выявили значительную активацию в дополнительной моторной зоне мозга. У четверых из этих пяти пациентов снимки, связанные с пространственным воображением по сравнению с двигательным воображением, выявили значительную активацию в парагиппокампальной извилине. Кроме того, период активности в данных областях длился на протяжении 30 секунд и был связан с поступлением вербальных стимулов (ключевых реплик) (рис. 2). Эти результаты точно совпадают с паттерном, наблюдаемым у здоровых испытуемых в контрольной группе (рис. 1). Четверо из пяти пациентов, как считалось, пребывали в вегетативном состоянии (включая паци-

ента 4, который был описан ранее [10]), и у всех пяти пациентов были травматические повреждения мозга (табл. 1).

Ответы на коммуникативные задания. Каждый из 16 здоровых испытуемых из контрольной группы прошел обследование функциональной МРТ и получил три коммуникативных снимка. На все 48 вопросов в коммуникативном задании правильный ответ был дан со 100% точностью, что подтвердилось сравнением активаций, выявленных на коммуникативных снимках, с активациями на снимках локалайзера. У всех испытуемых характер реакции при ответе на каждый вопрос был в количественном отношении более похожим на характер реакции, наблюдаемой на снимке локалайзера при задании на воображение, которое было связано с действительно правильным ответом; этот ответ был проверен после анализа. Рисунки 2b, 2d, 3b и 3d показывают это сходство в контрольной группе здоровых испытуемых. У данного испытуемого активация, связанная с периодом образного мышления по сравнению с периодом отдыха, при ответе на вопрос 1, имела следствием обширную активацию в дополнительной моторной зоне и минимальную активность в парагиппокампальной извилине (рис. 4). Этот паттерн был практически идентичен тому, что наблюдался в момент активации, связанной с периодом двигательного воображения, по сравнению с периодом отдыха на снимках локалайзера при двигательном воображении. И наоборот, период активности воображения по сравнению с периодом покоя при ответе на вопросы 2 и 3, был связан с обширной активацией парагиппокампальной извилины и в меньшей степени — дополнительной моторной зоны; эти данные точно соответствовали активациям, видимым на снимках локалайзера при пространственном воображении. Аналогичные паттерны наблюдались у 9 из 16 контрольных испытуемых. У остальных семи контрольных испытуемых различие между заданиями было еще более отчетливым; таким образом, наблюдалась двойная диссоциация между активностью в дополнительной моторной зоне в момент двигательного воображения и активностью в парагиппокампальной извилине во время пространственного воображения.

Для того чтобы оценить, может ли быть использован подобный подход к пациентам с нарушениями сознания, одному из пациентов, демонстрирующему стабильные реакции, во время двух заданий на воображение (пациент 23), также задали шесть вопросов о его биографии, требующих «да/нет» ответа. Его попросили представить одно из предложенных воображаемых действий: двигательную активность при утвердительном ответе, либо пространственную навигацию при отрицательном ответе.

У этого пациента активность, наблюдаемая на коммуникативных снимках в ответ на пять из шести вопросов, точно соответствовала зоне активности, которая наблюдалась на одном из снимков локалайзера (рис. 2а, 2с, 3а и 3с). К примеру, в ответ на вопрос «вашего отца зовут Александр?» пациент отвечал «да» (правильно), при этом наблюдалась активность, точно соответствующая той, которая наблюдалась на снимках локалайзера при двигательном воображении (рис. 3а). В ответ на вопрос «вашего отца зовут Томас?» пациент отвечал «нет» (также правильно), при этом наблюдалась активность, соответствующая той, которая наблюдалась на снимках локалайзера при пространственном воображении (рис. 3а).

Анализ относительного подобия подтвердил количественно, что для пяти из шести вопросов зоны активации на коммуникативных снимках точно соответствовали зонам активации на снимках локалайзера в пределах нормальной изменчивости (рис. 4). Кроме того, для тех же самых пяти вопросов порождаемый паттерн всегда соответствовал действительно правильному ответу. Только один вопрос, последний, не удалось расшифровать. Однако это произошло не потому, что наблюдался «неправильный» паттерн активации, но скорее потому, что в интересующих нас зонах практически не наблюдалось никакой активности.

Обсуждение

В данном исследовании функциональная МРТ использовалась для выявления возможных признаков сознания у группы пациентов с сильными повреждениями мозга.

Из 54 пациентов 5 пациентов с черепно-мозговыми травмами могли модулировать активность мозга при выполнении воображаемых задач, порождая сознательные, надежные и повторяемые реакции, зависящие от уровня кислорода в крови, в заранее определенных нейроанатомических областях мозга. Подобные реакции не наблюдались у пациентов с нетравматическими повреждениями мозга. Четыре из этих пяти пациентов были доставлены в больницу в вегетативном состоянии. Когда этих пациентов тщательно протестировали у постели, у двоих были зафиксированы некоторые поведенческие признаки сознания. Однако у оставшихся двух пациентов подобных признаков не было выявлено, даже после того как стали известны результаты функциональной МРТ, и их еще раз протестировала многопрофильная бригада врачей. Таким образом в меньшинстве случаев пациенты, соответствующие поведенческим критериям вегетативного состояния, имеют сохранившуюся когнитивную функцию и даже сознательное понимание.

Мы провели дополнительные тесты с одним из пяти пациентов, у которого на снимках функциональной МРТ было зафиксировано сознательное состояние. Мы обнаружили, что у него сохранилась способность использовать технику визуализации, с помощью которой он отвечал на простые «да/нет» вопросы. Перед сканированием мозга пациент прошел ряд диагностических мероприятий, включая месячное специализированное обследование, которое подтвердило его вегетативное состояние. Тем не менее во время сканирования тщательное повторное тестирование у постели пациента зафиксировало воспроизводимые, но крайне непоследовательные и неустойчивые реакции, подтверждающие присутствие сознания. У пациентов с диагнозом «минимальное сознательное состояние» данные реакции имеют постоянный характер. Однако, несмотря на все усилия врачей, не удалось наладить какое-либо сознательное общение с данным пациентом, его поведенческие реакции остались неустойчивыми и непостоянными. И наоборот, использование исследования фМРТ

позволило пациенту установить функциональное общение, основанное на взаимодействии. При ответе на 5 из 6 вопросов у пациента была отмечена подтвержденная реакция нервной системы, при этом он отвечал на вопросы со 100% точностью. При ответе на последний вопрос отсутствие активности в исследуемых участках мозга не позволило получить данные для анализа. На этот счет можно предположить ряд причин: пациент мог заснуть, не слышать вопроса, утратить сознание либо решить не отвечать.

Хотя данные функциональной МРТ исследования абсолютно точно демонстрируют, что пациент находился в сознании и мог общаться, непонятно, сохранял ли он эти способности во время предыдущих обследований. Возможно, он находился в вегетативном состоянии тогда, когда был поставлен и подтвержден диагноз в 17 месяцев и спустя 3,5 года после травмы, а впоследствии у него восстановились некоторые когнитивные функции. Возможно наоборот, пациент был в сознании во время предыдущего обследования, но не смог воспроизвести необходимую двигательную реакцию для демонстрации своей осознанности. Если это так, то клинический диагноз вегетативного состояния был абсолютно точным в том смысле, что не наблюдалось никаких поведенческих реакций. Это говорит нам о том, что диагноз не отражал ни внутреннего состояния сознания пациента, ни уровня его когнитивных функций на тот момент. Эти параметры оставались непроявленными, так как все предыдущие оценки основывались исключительно на наблюдениях за поведением.

У 49 пациентов из 54 обследованных не наблюдалось значительных изменений на снимках функциональной МРТ при заданиях на воображение. В случае с этими пациентами невозможно установить, были ли полученные отрицательные данные результатом низкой «чувствительности» метода (например, не удалось зафиксировать незначительные проявления) или они действительно отражают ограниченные когнитивные способности пациентов. Например, некоторые пациенты, возможно, были без сознания (постоянно или кратковременно) во время

сканирования. Также, у некоторых бодрствующих и воспринимающих пациентов, которые были в минимальном состоянии сознания, задания, возможно, просто превышали их остаточные когнитивные функции. Нарушения, связанные с пониманием языка, рабочей памятью, принятием решений или исполнительной функцией, возможно, помещали выполнить задания на воображение. Однако полученные положительные результаты, подкрепляющиеся данными о поведенческими реакциях пациентов или без них, действительно подтверждают, что все вышеуказанные процессы не были повреждены и что пациент должен был находиться в сознании.

В целом, результаты этого исследования показывают потенциал функциональной МРТ для преодоления противоречия между непосредственно наблюдаемым поведением при стандартном клиническом обследовании и фактическим уровнем остаточной когнитивной функции после серьезной травмы мозга [14–16]. Так, из 23 пациентов, которым был поставлен диагноз «вегетативное состояние» при поступлении, у 4 была обнаружена способность менять активность мозга волевым усилием при заданиях на мысленные образы; этот факт не согласуется с поведенческим диагнозом. Вместе с тем, у двух из указанных пациентов последующая оценка состояния у постели выявила некоторые поведенческие доказательства осознанности, этот факт подчеркивает важность тщательного клинического обследования для уменьшения числа неправильно поставленных диагнозов у таких пациентов. Однако у двух оставшихся пациентов наблюдение у постели опытной клинической командой не смогло выявить доказательств присутствия сознания даже после того, как стали известны результаты обследования с помощью функциональной МРТ. Этот факт указывает, что у некоторых пациентов моторная функция может быть настолько нарушена, что обследования у постели, основанные на присутствии или отсутствии поведенческого отклика, могут не выявить признаков сознания, независимо от того, насколько тщательно и аккуратно их проводят. Очевидно, что функциональная МРТ

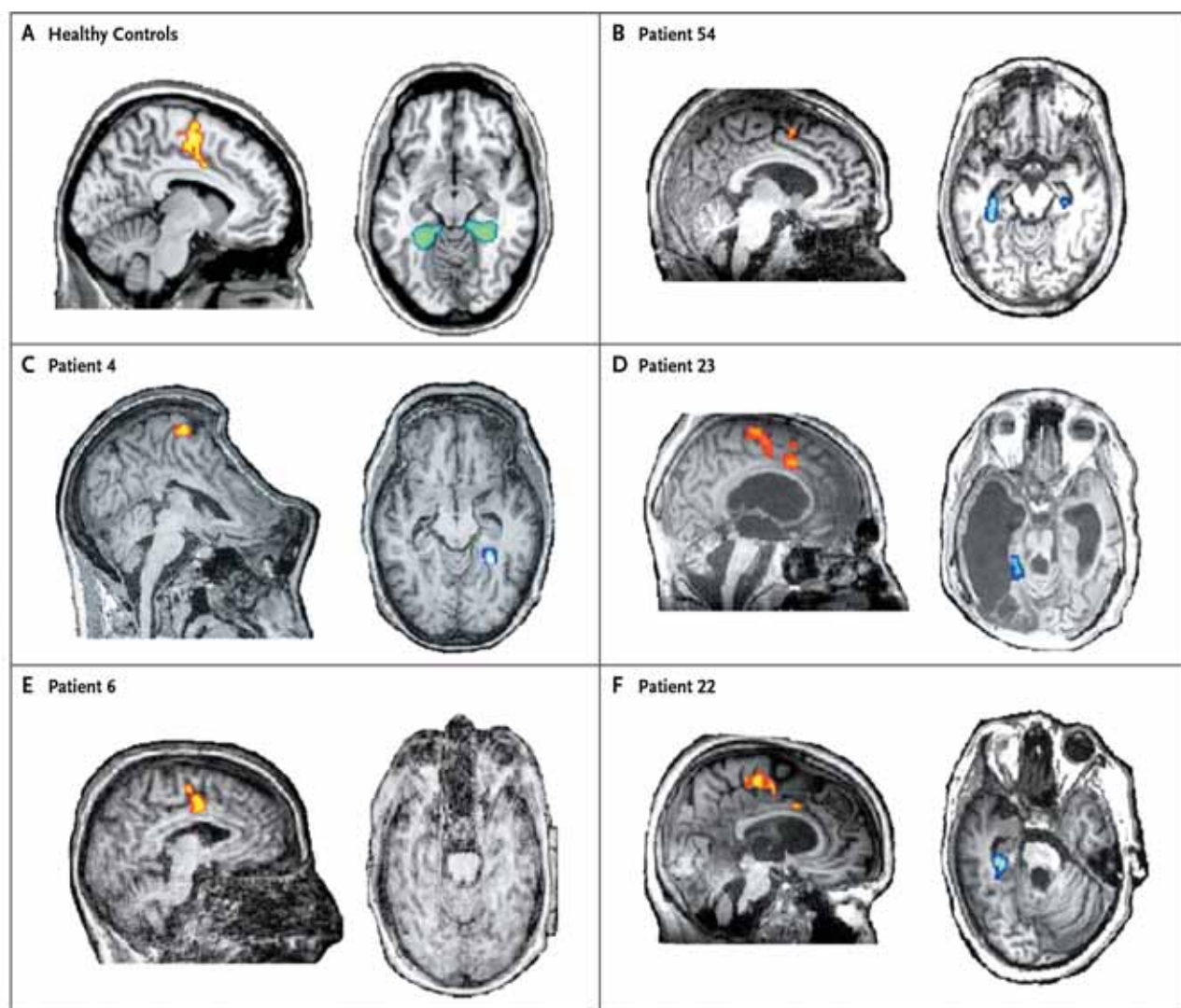


Figure 1. Mental-Imagery Tasks.

Functional MRI scans show activations associated with the motor imagery as compared with spatial imagery tasks (yellow and red) and the spatial imagery as compared with motor imagery tasks (blue and green). These scans were obtained from a group of healthy control subjects and five patients with traumatic brain injury.

Рис. 1. Задания на психические образы.

Снимки функциональной МРТ показывают активации, связанные с заданиями на двигательное воображение в сравнении с заданиями на пространственное воображение (желтый и красный), а также с заданиями на пространственное воображение в сравнении с заданиями на двигательное воображение (синий и зеленый). Эти снимки были получены у здоровых испытуемых контрольной группы и пяти пациентов с травматическими повреждениями мозга.

Рис. 2. Сканирование с помощью локализера. (см. следующую страницу)

Показаны функциональные сканы МРТ пациента 23 и одного из представителей контрольной группы здоровых пациентов. Верхняя группа сканов принадлежит пациенту (А) и представителю контрольной группы (В), на ней показана активация мозговой деятельности (желтый и оранжевый) в результате задания на двигательную активность, (ключевое слово «теннис») в сравнении с периодами покоя (реакция на слово «покой»), а также динамика пикового вокселя в дополнительной моторной зоне. Нижняя группа сканов пациента (С) и одного из представителей контрольной группы здоровых добровольцев (D) демонстрируют активацию (синий) в результате «пространственного» задания во время процедуры МРТ (реакция на ключевое слово «навигация») в сравнении с периодами покоя, а также динамика пикового вокселя в парагиппокампальной мозговой извилине. На графиках показаны временные зависимости относительного изменения сигнала в зависимости от уровня кислорода в крови (BOLD). I-образными линиями показаны стандартные погрешности.

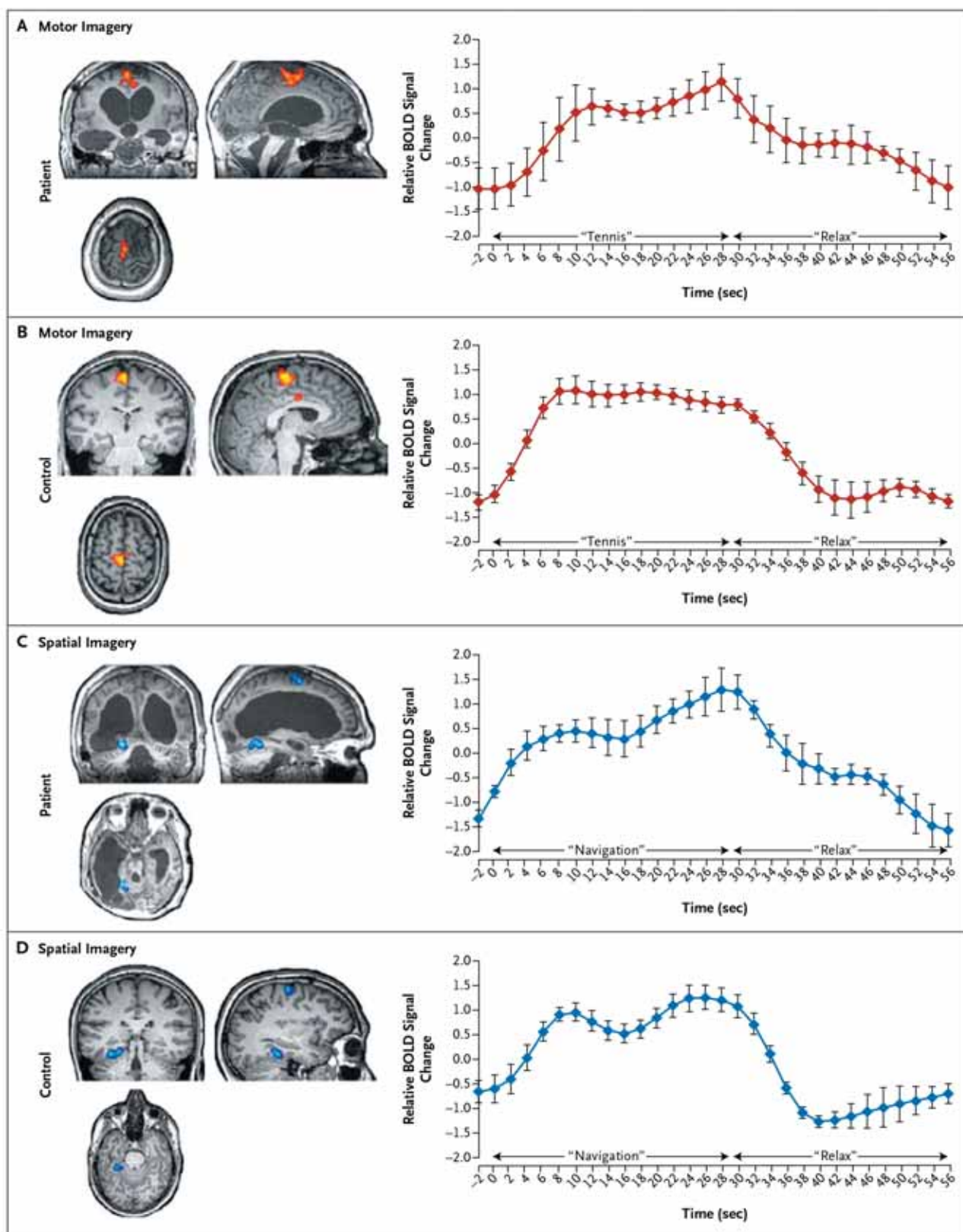


Figure 2. Localizer Scans.

Functional MRI scans obtained from Patient 23 and one healthy control subject are shown. The top sets of scans obtained from the patient (Panel A) and the control subject (Panel B) show activation (yellow and orange) resulting from the motor imagery task (cued with the word “tennis”) as compared with rest periods (cued with the word “relax”), as well as the time course of the peak voxel in the supplementary motor area. The bottom sets of scans obtained from the patient (Panel C) and the control subject (Panel D) show activation (blue) resulting from the spatial imagery task (cued with the word “navigation”) as compared with rest periods, as well as the time course of the peak voxel in the parahippocampal gyrus. I bars represent standard errors. BOLD denotes blood-oxygenation-level-dependent.

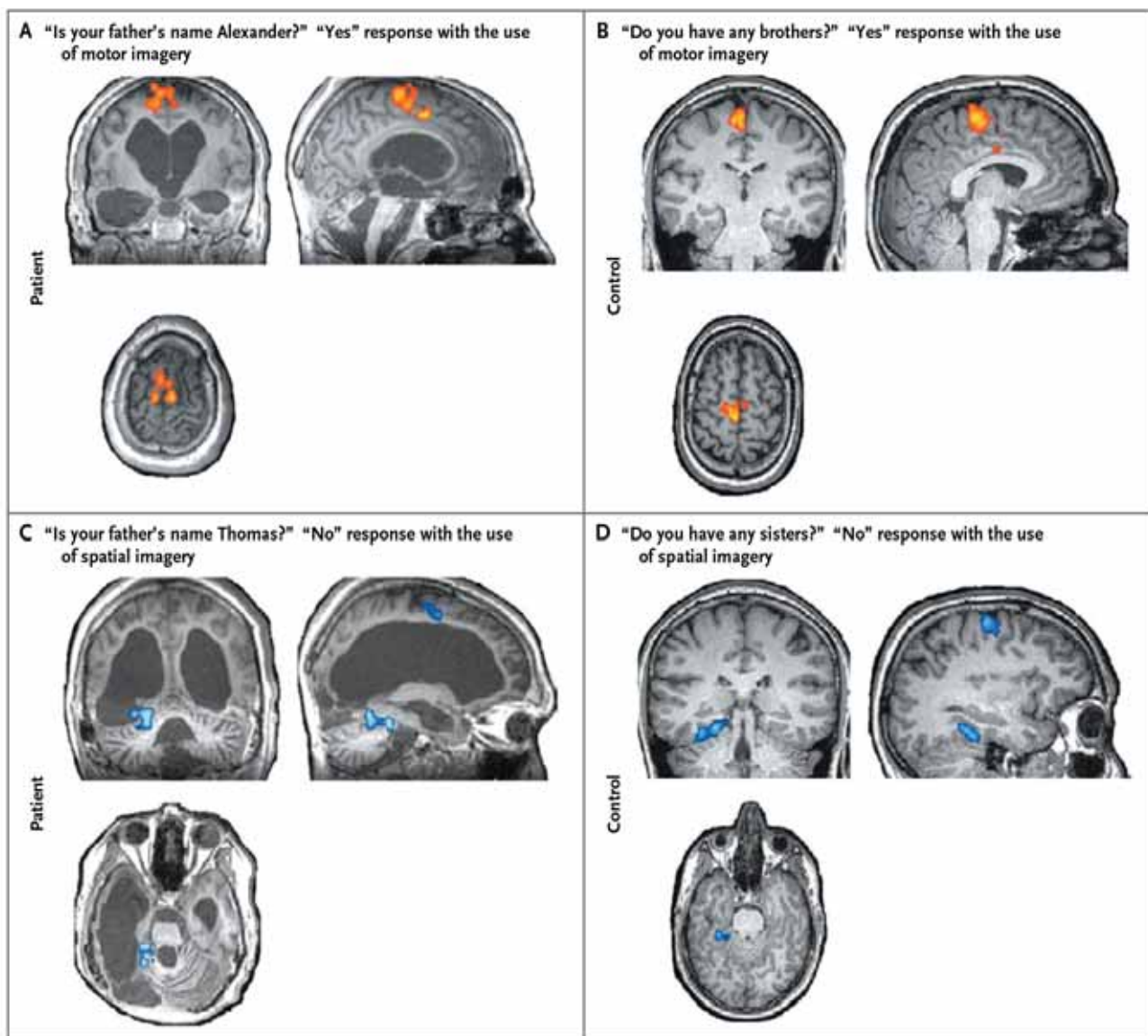


Figure 3. Communication Scans.

Results of two sample communication scans obtained from Patient 23 (Panels A and C) and a healthy control subject (Panels B and D) during functional MRI are shown. In Panels A and B, the observed activity pattern (orange) was very similar to that observed in the motor-imagery localizer scan (i.e., activity in the supplementary motor area alone), indicating a "yes" response. In Panels C and D, the observed activity pattern (blue) was very similar to that observed in the spatial-imagery localizer scan (i.e., activity in both the parahippocampal gyrus and the supplementary motor area), indicating a "no" response. In Panels A and C, the names used in the questions have been changed to protect the privacy of the patient.

Рис. 3. Сканирование при коммуникации.

Показаны сканы, полученные в результате двух коммуникаций с пациентом 23 (А и С) и с одним из представителей контрольной группы здоровых добровольцев (В и D) во время функциональной МРТ диагностики. На рис. А и В область видимой активности (оранжевый) очень схожа с той, что наблюдалась при сканировании локализера при «моторном» задании (т. е. сама активность в добавочной области возбуждения), и означает ответ «да». На рис. С и D область видимой активности (синий) очень схожа с той, что наблюдалась при локальном сканировании в результате «пространственной» задачи (т. е. активность в обоих случаях, в парагиппокампальной мозговой извилине и в дополнительной моторной зоне), и означает ответ «нет». На рис. А и С имена, упоминаемые в вопросах, были изменены для защиты права на охрану сфер личной жизни.

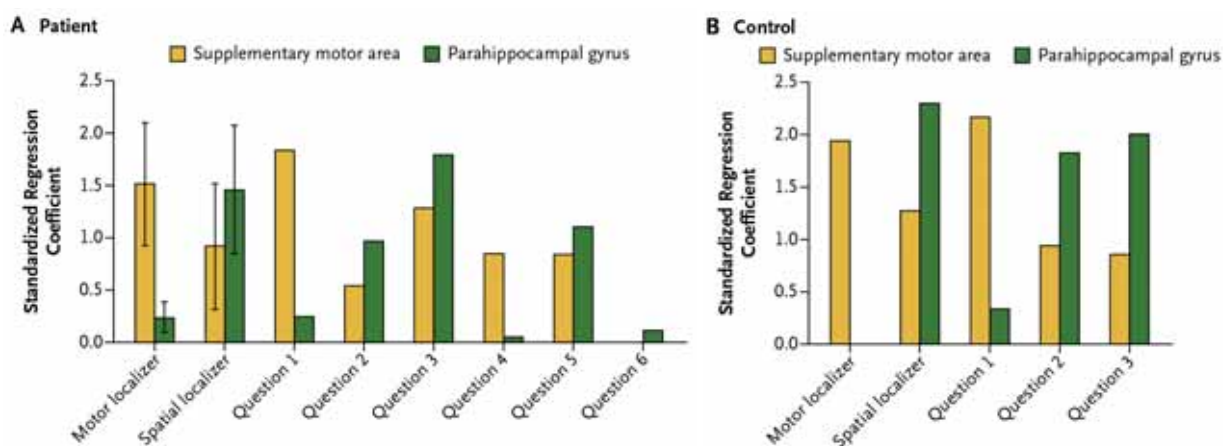


Figure 4. Region-of-Interest Data.

The patterns of activation in the regions of interest (the supplementary motor area and the parahippocampal gyrus) in the motor and spatial localizer scans and the communication scans obtained from one patient and one healthy control subject are shown. The patient was asked to respond to six questions, and the healthy control subject was asked to respond to three questions. The I bars represent standard errors.

Рис. 4. Данные в рассматриваемой области.

Показаны паттерны активации в рассматриваемых областях (дополнительная моторная зона и парагиппокампальная мозговая извилина) на снимках локайзера при «моторной» и «пространственной» задачах у пациента и представителя контрольной группы здоровых добровольцев. Пациенту было задано 6 вопросов, а представителю контрольной группы здоровых пациентов три. I-образными линиями показаны стандартные погрешности.



Доктор Стивен Лорейз и его исследовательская группа

дополняет существующие диагностические инструменты у пациентов, не дающих поведенческой реакции, и предоставляет метод обнаружения скрытых сигналов остаточной когнитивной функции [17–20] и присутствия сознания [10].

Кроме того, это исследование показало, что у одного пациента с серьезным нарушением сознания посредством функциональной МРТ установлена способность вступать в коммуникацию исключительно путем модулирования активности мозга, поскольку данную способность невозможно определить тестированием у постели. В будущем такой подход может быть использован для того, чтобы задавать важные клинические вопросы. Например, пациентов можно будет спросить, чувствуют ли они боль. Это позволит врачам решать, в каких случаях использовать обезболивающие препараты. При дальнейшем развитии, эту технику можно будет использовать для улучшения качества жизни некоторых пациентов, они могут получить возможность выражать свои мысли и контролировать окружающую их обстановку.

Литература

1. Jennett B., Plum F. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome in search of a name // *Lancet*. 1972. Vol. 1. P. 734–737.
2. Jennett B. The vegetative state: medical aspects, ethical and legal dilemmas. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2002.
3. Laureys S. The neural correlate of (un) awareness: lessons from the vegetative state // *Trends Cogn. Sci.* 2005. Vol. 9. P. 556–559.
4. The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state // *N. Engl. J. Med.* 1994. Vol. 330. P. 1499–1508, 1572–1579.
5. The vegetative state: guidance on diagnosis and management. London: Royal College of Physicians of London, 2003.
6. Giacino J. T., Ashwal S., Childs N. et al. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria // *Neurology*. 2002. Vol. 58. P. 349–353.
7. Andrews K., Murphy L., Munday R., Littlewood C. Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit // *British Medical Journal*. 1996. Vol. 313. P. 13–16.
8. Childs N. L., Mercer W. N., Childs H. W. Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state // *Neurology*. 1993. Vol. 43. P. 465–467.

9. Schnakers C., Vanhauwenhuysse A., Giacino J. et al. Diagnostic accuracy of the vegetative and minimally conscious state: clinical consensus versus standardized neurobehavioral assessment // *BMC Neurol*. 2009. Vol. 9. P. 35.

10. Owen A. M., Coleman M. R., Boly M., Davis M. H., Laureys S., Pickard J. D. Detecting awareness in the vegetative state // *Science*. 2006. Vol. 313. P. 1402.

11. Boly M., Coleman M. R., Hampshire A. et al. When thoughts become action: an fMRI paradigm to study volatile brain activity in non-communicative brain injured patients // *Neuroimage*. 2007. Vol. 36. P. 979–992.

12. Weiskopf N., Mathiak K., Bock S. W. et al. Principles of a brain-computer interface (BCI) based on real-time functional magnetic resonance imaging (fMRI) // *IEEE Trans Biomed Eng.* 2004. Vol. 51. P. 966–970.

13. Smith S. M., Jenkinson M., Woolrich M. W. et al. Advances in functional and structural MR image analysis and implementation as FSL // *Neuroimage*. 2004. Vol. 23. № Suppl 1. P. S208–S219.

14. Owen A. M., Coleman M. R. Functional neuroimaging of the vegetative state // *Nat Rev Neurosci*. 2008. Vol. 9. P. 235–243.

15. Monti M. M., Coleman M. R., Owen A. M. Neuroimaging and the vegetative state: resolving the behavioral assessment dilemma? // *Ann N Y Acad Sci*. 2009. Vol. 1157. P. 81–89.

16. Laureys S., Owen A. M., Schiff N. D. Brain function in coma, vegetative state, and related disorders // *Lancet Neurol*. 2004. Vol. 3. P. 537–546.

17. Coleman M. R., Rodd J. M., Davis M. H. et al. Do vegetative patients retain aspects of language comprehension? Evidence from fMRI // *Brain*. 2007. Vol. 130. P. 2494–2507.

18. Monti M. M., Coleman M. R., Owen A. M. Executive functions in the absence of behavior: functional imaging of the minimally conscious state // *Prog Brain Res*. 2009. Vol. 177. P. 249–260.

19. Schnakers C., Perrin F., Schabus M. et al. Voluntary brain processing in disorders of consciousness // *Neurology*. 2008. Vol. 71. P. 1614–1620.

20. Laureys S., Faymonville M. E., Peigneux P. et al. Cortical processing of noxious somatosensory stimuli in the persistent vegetative state // *Neuroimage*. 2002. Vol. 17. P. 732–741.

Статья любезно предоставлена автором
С. Лорейзом

Редакция благодарит за помощь в подготовке статьи переводчика М. В. Удодову и ее коллег

WILLFUL MODULATION OF BRAIN ACTIVITY IN DISORDERS OF CONSCIOUSNESS

The differential diagnosis of disorders of consciousness is challenging. The rate of misdiagnosis is approximately 40%, and new methods are required to complement bedside testing, particularly if the patient's capacity to show behavioral signs of awareness is diminished.

The team of authors: Martin M. Monti, Ph.D., Audrey Vanhaudenhuyse, M.Sc., Martin R. Coleman, Ph.D., Melanie Boly, M.D., John D. Pickard, F.R.C.S., F.Med. Sci., Luaba Tshibanda, M.D., Adrian M. Owen, Ph.D., and Steven Laureys, M.D., Ph.D – acquaint with their study having revealed the possibility to communicate with some of the patients in minimally conscious state.



At two major referral centers in Cambridge, United Kingdom, and Liege, Belgium, we performed a study involving 54 patients with disorders of consciousness. We used functional magnetic resonance imaging (MRI) to assess each patient's ability to generate willful, neuroanatomically specific, blood-oxygenation-level-dependent responses during two established mental-imagery tasks. A technique was then developed to determine whether such tasks could be used to communicate yes-or-no answers to simple questions.

Results. Of the 54 patients enrolled in the study, 5 were able to willfully modulate their brain activity. In three of these patients, additional bedside testing revealed some sign of awareness, but in the other two patients, no voluntary behavior could be detected by means of clinical assessment. One patient was able to use our technique to answer yes or no to questions during functional MRI; however, it remained impossible to establish any form of communication at the bedside.

Conclusions. These results show that a small proportion of patients in a vegetative or minimally conscious state have brain activation reflecting some awareness and cognition.

Careful clinical examination will result in reclassification of the state of consciousness in some of these patients. This technique may be

useful in establishing basic communication with patients who appear to be unresponsive.

* * *

In recent years, improvements in intensive care have led to an increase in the number of patients who survive severe brain injury. Although some of these patients go on to have a good recovery, others awaken from the acute comatose state but do not show any signs of awareness. If repeated examinations yield no evidence of a sustained, reproducible, purposeful, or voluntary behavioral response to visual, auditory, tactile, or noxious stimuli, a diagnosis of a vegetative state — or “wakefulness without awareness” — is made [1–5]. Some patients remain in a vegetative state permanently. Others eventually show inconsistent but reproducible signs of awareness, including the ability to follow commands, but they remain unable to communicate interactively. In 2002, the Aspen Neurobehavioral Conference Work Group coined the term “minimally conscious state” to describe the condition of such patients, thereby adding a new clinical entity to the spectrum of disorders of consciousness [6].

There are two main goals in the clinical assessment of patients in a vegetative or minimally conscious state. The first goal is to determine whether the patient retains the

capacity for a purposeful response to stimulation, however inconsistent. Such a capacity, which suggests at least partial awareness, distinguishes minimally conscious patients from those in a vegetative state and therefore has implications for subsequent care and rehabilitation, as well as for legal and ethical decision making. Unfortunately, the behavior elicited from these patients is often ambiguous, inconsistent, and constrained by varying degrees of paresis, making it very challenging to distinguish purely reflexive from voluntary behaviors. Nevertheless, in the absence of an absolute measure, awareness has to be inferred from a patient's motor responsiveness; this fact undoubtedly contributes to the high rate of diagnostic errors (approximately 40%) in this group of patients [7–9].

The second goal of clinical assessment is to harness and nurture any available response, through intervention, into a form of reproducible communication, however rudimentary. The acquisition of any interactive and functional verbal or nonverbal method of communication is an important milestone. Clinically, consistent and repeatable communication demarcates the upper boundary of a minimally conscious state [6].

In this article, we present the results of a study conducted between November 2005 and January 2009 in which functional magnetic resonance imaging (MRI) was routinely used in the evaluation of a group of 54 patients with a clinical diagnosis of being in a vegetative state or a minimally conscious state. In light of a previous single-case study that showed intact awareness in a patient who met the clinical criteria for being in a vegetative state,¹⁰ our investigation had two main aims. The first aim was to determine what proportion of this group of patients could also reliably and repeatedly modulate their functional MRI responses, reflecting preserved awareness. The second aim was to develop and validate a method that would allow such patients to functionally communicate yes-or-no responses by modulating their own brain activity, without training and without the need for any motor response.

Methods

Patients. A convenience sample of 54 patients with severe brain injury, including

23 in a vegetative state and 31 in a minimally conscious state, underwent functional MRI as a means of evaluating their performance on motor and spatial imagery tasks. Characteristics of the patients are shown in Table 1, and the inclusion criteria are described in the Supplementary Appendix, available with the full text of this article at NEJM.org. Written informed consent was obtained from the legal guardians of all patients. The motor and spatial imagery tasks have been well validated in healthy control subjects^{10–12} and are known to be associated with distinct functional MRI activity in the supplementary motor area and the parahippocampal gyrus.

The method to detect functional communication was first tested for feasibility and robustness in 16 healthy control subjects (9 men and 7 women) with no history of a neurologic disorder. Once validated, the tasks were given to one patient (Patient 23 in Table 1 and Fig. 1, see coloured insert), who had received a diagnosis of being in a permanent vegetative state 17 months after a traffic accident; this diagnosis was confirmed by a month-long specialized assessment 3.5 years after the injury. At the time of admission for functional MRI scanning (5 years after the ictus), the patient was assumed to remain in a vegetative state, although extensive behavioral testing after the functional MRI revealed reproducible, but inconsistent, responses indicative of a minimally conscious state.

Imagery tasks. While in the functional MRI scanner, all patients were asked to perform two imagery tasks. In the motor imagery task, they were instructed to imagine standing still on a tennis court and to swing an arm to “hit the ball” back and forth to an imagined instructor. In the spatial imagery task, participants were instructed to imagine navigating the streets of a familiar city or to imagine walking from room to room in their home and to visualize all that they would “see” if they were there. First, two so-called localizer scanning sessions were conducted in which the patients were instructed to alternate 30-second periods of mental imagery with 30-second periods of rest. Each scan included five rest-imagery cycles. The beginning of each imagery period was cued with the spoken word “tennis” or “navigation”, and rest periods were cued with the word “relax”.

Communication task. After the localizer scans had been obtained, all 16 control subjects and 1 patient underwent functional MRI during which they attempted to answer questions by modulating their brain activity, and a set of so-called communication scans were obtained. Before each of these imaging sessions, participants were asked a yes-or-no question (e. g., “Do you have any brothers?”) and instructed to respond during the imaging session by using one type of mental imagery (either motor imagery or spatial imagery) for “yes” and the other for “no”. The nature of the questions ensured that the investigators would not know the correct answers before judging the functional MRI data. Participants were asked to respond by thinking of whichever imagery corresponded to the answer that they wanted to convey. Communication scanning was identical to localizer scanning with the exception that the same neutral word “answer” was used to cue each response to a question (with “relax” used as the cue for rest periods). Cues were delivered once, at the beginning of each period. Three communication scans (with one question per scan) were obtained for each of the 16 healthy control subjects. To maximize statistical power,

six communication scans (with one question per scan) were obtained for the patient.

Statistical analysis. Analyses were performed with the use of FSL software, version 4.1 [13]. Data analysis included standard functional MRI pre-processing steps. For each scan, a general linear model contrasting periods of active imagery with periods of rest was computed. All contrasts were limited to the brain locations within the supplementary motor area and the parahippocampal gyrus, as defined in the Harvard-Oxford Cortical Structural Atlas (available in FSL software), and a threshold was established, with gaussian random-fields theory, at a cluster-level z value of more than 2.3 (corrected $P < 0.05$). The defined regions of interest were transformed from standard space (according to the criteria of the Montreal Neurological Institute) to fit each subject’s structural image, with the use of a method involving 12 degrees of freedom.

To determine whether the imagery tasks produced the expected activations in predefined neuroanatomical locations, two scans were compared for each participant: motor imagery and spatial imagery. The multiple localizer scanning sessions of the patient who also underwent

Table 1. Characteristics of the Patients*

Patient No.	Location	Age yr	Sex	Diagnosis on Admission	Cause of Disorder	Interval since Ictus mo	Response on Motor Imagery Task	Response on Spatial Imagery Task
1	Cambridge	58	Male	VS	TBI	6.0	No	No
2	Cambridge	43	Female	VS	Anoxic brain injury	50.0	No	No
3	Cambridge	41	Female	VS	TBI	10.0	No	NA
4	Cambridge	23	Female	VS	TBI	6.0	Yes	Yes
5	Cambridge	42	Male	VS	Anoxic brain injury	8.0	No	No
6	Cambridge	46	Male	VS	TBI	2.0	Yes	No
7	Cambridge	52	Female	VS	Anoxic brain injury, encephalitis	8.0	No	NA
8	Cambridge	23	Male	VS	TBI	19.0	No	No
9	Cambridge	48	Female	VS	Anoxic brain injury	18.0	No	No
10	Cambridge	34	Male	VS	TBI	13.0	No	No
11	Cambridge	35	Male	VS	Anoxic brain injury	10.0	No	No
12	Cambridge	29	Male	VS	TBI	11.0	No	No
13	Cambridge	67	Male	VS	TBI	14.0	No	No
14	Cambridge	21	Male	VS	TBI	6.0	No	No

ПРОБЛЕМЫ КОМЫ (БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ)

15	Cambridge	49	Male	VS	TBI	3.0	No	NA
16	Cambridge	56	Female	VS	Anoxic brain injury	9.0	No	No
17	Liege	87	Male	VS	CVA	<1.0	No	No
18	Liege	62	Male	VS	CVA	1.0	No	No
19	Liege	15	Male	VS	Anoxic brain injury, TBI	20.5	No	No
20	Liege	70	Female	VS	Meningitis	2.5	No	No
21	Liege	47	Male	VS	Anoxic brain injury	18.8	No	No
22	Liege	22	Female	VS	TBI	30.2	Yes	Yes
23+	Liege	22	Male	VS	TBI	60.8	Yes	Yes
24	Cambridge	23	Male	MCS	TBI	11.0	No	No
25	Cambridge	38	Female	MCS	TBI	3.0	No	NA
26	Cambridge	18	Male	MCS	TBI	8.0	No	No
27	Cambridge	26	Male	MCS	TBI	11.0	No	NA
28	Cambridge	64	Male	MCS	TBI	6.0	No	No
29	Cambridge	54	Female	MCS	Brain-stem stroke	5.0	No	No
30	Cambridge	29	Female	MCS	TBI	2.0	No	NA
31	Cambridge	19	Female	MCS	TBI	1.0	No	No
32	Cambridge	34	Male	MCS	TBI	52.0	No	NA
33	Cambridge	17	Male	MCS	TBI	7.0	No	NA
34	Cambridge	56	Male	MCS	Anoxic brain injury	6.0	No	No
35	Cambridge	21	Male	MCS	TBI	51.0	No	No
36	Cambridge	53	Female	MCS	Anoxic brain injury	13.0	No	No
37	Cambridge	36	Male	MCS	TBI	30.0	No	NA
38	Cambridge	25	Male	MCS	TBI	8.0	No	No
39	Liege	64	Female	MCS	Meningitis	<1.0	No	No
40	Liege	37	Male	MCS	TBI	11.4	No	No
41	Liege	70	Male	MCS	Meningitis	1.3	No	No
42	Liege	36	Male	MCS	TBI	4.5	No	No
43	Liege	49	Male	MCS	TBI	0.4	No	No
44	Liege	49	Male	MCS	TBI	1.6	No	No
45	Liege	19	Male	MCS	TBI	1.3	No	No
46	Liege	26	Male	MCS	Anoxic brain injury	42.4	No	No
47	Liege	49	Female	MCS	Anoxic brain injury	84.7	No	No
48	Liege	55	Male	MCS	Anoxic brain injury	1.0	No	No
49	Liege	28	Male	MCS	TBI	72.3	No	No
50	Liege	49	Female	MCS	Anoxic brain injury	84.7	No	No
51	Liege	49	Male	MCS	Anoxic brain injury	0.8	No	No
52	Liege	39	Male	MCS	Anoxic brain injury	308.9	No	No
53	Liege	23	Male	MCS	TBI	10.0	No	No
54	Liege	27	Male	MCS	TBI	1.3	Yes	Yes

* CVA denotes cerebrovascular accident, MCS minimally conscious state, NA not analyzed because of excessive movement, TBI traumatic brain injury, and VS vegetative state.

+ Patient 23 was the only patient who underwent functional MRI to obtain a communication scan.

communication scanning were averaged with the use of a fixed-effects model.

Answers provided during the communication scanning were assessed with the use of a two-step procedure. First, activity in the two regions of interest (the supplementary motor area and the parahippocampal gyrus) identified during the localizer scanning was quantitatively characterized (with the use of the average generalized linear model estimate for each region of interest).

Next, a similarity metric was computed to quantify how closely the activity in the regions of interest on each communication scan matched each localizer scan.

Results

Responses to the imagery tasks. Among the 54 patients, we identified 5 who could willfully modulate their brain activity (Fig. 1,). In all five of these patients, the functional MRI scans associated with motor imagery, as compared with spatial imagery, showed considerable activation in the supplementary motor area. In four of the five patients, the scans associated with spatial imagery, as compared with motor imagery, showed activation in the parahippocampal gyrus. Furthermore, the time course of activity within the two regions of interest was sustained for 30 seconds and was associated with the delivery of the verbal cues (Fig. 2). These results closely match the pattern observed in the healthy control subjects (Fig. 1). Four of the five patients were considered to be in a vegetative state (including Patient 4, who has been described previously [10]), and all five patients had a traumatic brain injury (Table 1).

Responses to the communication task. Each of the 16 healthy control subjects underwent functional MRI to obtain three communication scans. For all 48 questions in the communication task, the correct answer was determined with 100% accuracy by comparing the activations shown on the communication scans with the activations shown on two localizer scans. In all subjects, the pattern produced in response to each question was quantitatively more similar to the pattern observed in the localizer scan for the imagery task that was associated with the factually correct answer; this answer was verified

after the analysis. Figures 2B, 2D, 3B, and 3D show this similarity in a healthy control. In this subject, the activation associated with the imagery period as compared with the rest period for question 1 resulted in extensive activation in the supplementary motor area and minimal activity in the parahippocampal gyrus (Fig. 4). This pattern was almost identical to that observed in the activation associated with the motor imagery period as compared with the rest period in the motor localizer scan. Conversely, the imagery period as compared with the rest period for questions 2 and 3 was associated with extensive activation of the parahippocampal gyrus and, to a lesser extent, the supplementary motor area; these findings closely matched the activation seen in the spatial localizer scan. Similar patterns were observed in 9 of 16 control subjects. In the remaining seven control subjects, the distinction between tasks was even clearer; thus, a double dissociation was observed between activity in the supplementary motor area for motor imagery and activity in the parahippocampal gyrus for spatial navigation.

To assess whether such an approach could be used in a patient with impaired consciousness, one of the patients who had reliable responses during the two imagery tasks (Patient 23) was also asked six yes-or-no autobiographical questions and instructed to respond by thinking of one type of imagery (either motor imagery or spatial imagery) for an affirmative answer and the other type of imagery for a negative answer.

In this patient, the activity observed on the communication scan in response to five of the six questions closely matched that observed on one of the localizer scans (Fig. 2A, 2C, 3A, and 3C). For example, in response to the question “Is your father’s name Alexander?” the patient responded “yes” (correctly) with activity that matched that observed on the motor-imagery localizer scan (Fig. 3A). In response to the question “Is your father’s name Thomas?” the patient responded “no” (also correctly) with activity that matched that observed in the spatial-imagery localizer scan (Fig. 3C).

The relative-similarity analysis confirmed, quantitatively, that the activity observed on the communication scans accurately reproduced that observed on the localizer scans within the bounds of normal variability for five of the six

questions (Fig. 4). In addition, for those same five questions, the pattern produced always matched the factually correct answer. Only one question, the last one, could not be decoded. However, this was not because the “incorrect” pattern of activation was observed, but rather because virtually no activity was observed within the regions of interest.

Discussion

In this study, functional MRI was used to determine the incidence of undetected awareness in a group of patients with severe brain injuries. Of the 54 patients, 5 with traumatic brain injuries were able to modulate their brain activity by generating voluntary, reliable, and repeatable blood-oxygenation-level-dependent responses in predefined neuroanatomical regions when prompted to perform imagery tasks. No such responses were observed in any of the patients with non-traumatic brain injuries. Four of the five patients who were able to generate these responses were admitted to the hospital with a diagnosis of being in a vegetative state. When these four patients were thoroughly retested at the bedside, some behavioral indicators of awareness could be detected in two of them. However, the other two patients remained behaviorally unresponsive at the bedside, even after the functional MRI results were known and despite repeated testing by a multidisciplinary team. Thus, in a minority of cases, patients who meet the behavioral criteria for a vegetative state have residual cognitive function and even conscious awareness [14, 15].

We conducted additional tests in one of the five patients with evidence of awareness on functional MRI, and we found that he had the ability to apply the imagery technique in order to answer simple yes-or-no questions accurately. Before the scanning was performed, the patient had undergone repeated evaluations indicating that he was in a vegetative state, including a month-long specialized assessment by a highly trained clinical team. At the time of scanning, however, thorough retesting at the bedside showed reproducible but highly fluctuating and inconsistent signs of awareness, findings that are consistent with the diagnosis of a minimally conscious state. Nonetheless, despite the best efforts of the clinical team, it was impossible to establish any functional

communication at the bedside, and the results of the behavioral examination remained ambiguous and inconsistent. In contrast, the functional MRI approach allowed the patient to establish functional and interactive communication. Indeed, for five of the six questions, the patient had a reliable neural response and was able to provide the correct answer with 100% accuracy. For the remaining question — the last question of the imaging session — the lack of activity within the regions of interest precluded any analysis of the results. Whether the patient fell asleep during this question, did not hear it, simply elected not to answer it, or lost consciousness cannot be determined.

Although the functional MRI data provided clear evidence that the patient was aware and able to communicate, it is not known whether either ability was available during earlier evaluations. It is possible that he was in a vegetative state when the diagnosis was received at 17 months and again 3.5 years after injury and subsequently regained some aspects of cognitive functioning. Alternatively, the patient may have been aware during previous assessments but unable to produce the necessary motor response required to signal his state of consciousness. If this was the case, then the clinical diagnosis of a vegetative state was entirely accurate in the sense that no behavioral markers of awareness were evident. That said, the diagnosis did not accurately reflect the patient's internal state of awareness and level of cognitive functioning at the time. Given that all previous assessments were based on behavioral observations alone, these two possibilities are indistinguishable.

Among 49 of the 54 patients included in this study, no significant functional MRI changes were observed during the imagery tasks. In these patients, it is not possible to determine whether the negative findings were the result of the low “sensitivity” of the method (e. g., failure to detect small effects), or whether they genuinely reflect the patients' limited cognitive abilities. Some patients, for example, may have been unconscious (permanently or transiently) during scanning. Similarly, in some awake and aware patients who were in a minimally conscious state, the tasks may simply have exceeded their residual cognitive capabilities. Deficits in language comprehension, working memory, decision making, or executive

function would have prevented successful completion of the imagery tasks. However, positive results, whether observed with or without corroborative behavioral data, do confirm that all such processes were intact and that the patient must have been aware.

In summary, the results of this study show the potential for functional MRI to bridge the dissociation that can occur between behavior that is readily observable during a standardized clinical assessment and the actual level of residual cognitive function after serious brain injury [14–16]. Thus, among 23 patients who received a diagnosis of being in a vegetative state on admission, 4 were shown to be able to willfully modulate their brain activity through mental imagery; this fact is inconsistent with the behavioral diagnosis. In two of these patients, however, subsequent assessment at the bedside revealed some behavioral evidence of awareness, a finding that underscores the importance of thorough clinical examination for reducing the rate of misdiagnosis in such patients. Nonetheless, in the two remaining patients, no evidence of awareness could be detected at the bedside by an experienced clinical team, even after the results of the functional MRI examination were known. This finding indicates that, in some patients, motor function can be so impaired that bedside assessments based on the presence or absence of a behavioral response may not reveal awareness, regardless of how thoroughly and carefully they are administered. In patients without a behavioral response, it is clear that functional MRI complements existing diagnostic tools by providing a method for detecting covert signs of residual cognitive function [17–20] and awareness [10].

In addition, this study showed that in one patient with severe impairment of consciousness, functional MRI established the patient's ability to communicate solely by modulating brain activity, whereas this ability could not be established at the bedside. In the future, this approach could be used to address important clinical questions. For example, patients could be asked if they are feeling any pain, and this information could be useful in determining whether analgesic agents should be administered. With further development, this technique could be used by

some patients to express their thoughts, control their environment, and increase their quality of life.

Supported by grants from the Medical Research Council (U.1055.01.002.00007.01 and U.1055.01.002.00001.01), the European Commission (Disorders and Coherence of the Embodied Self, Mindbridge, Deployment of Brain-Computer Interfaces for the Detection of Consciousness in Nonresponsive Patients, and Consciousness: A Transdisciplinary, Integrated Approach), Fonds de la Recherche Scientifique, the James S. McDonnell Foundation, the Mind Science Foundation, the Reine Elisabeth Medical Foundation, the Belgian French-Speaking Community Concerted Research Action, University Hospital of Liege, the University of Liege, and the National Institute for Health Research Biomedical Research Centre (Neurosciences Theme).

References

1. Jennett B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome in search of a name. *Lancet* 1972; 1: 734–7.
2. Jennett B. The vegetative state: medical aspects, ethical and legal dilemmas. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2002.
3. Laureys S. The neural correlate of (un)awareness: lessons from the vegetative state. *Trends Cogn Sci* 2005; 9: 556–9.
4. The Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state. *N Engl J Med* 1994; 330: 1499–508, 1572–9.
5. The vegetative state: guidance on diagnosis and management. London: Royal College of Physicians of London, 2003.
6. Giacino JT, Ashwal S, Childs N, et al. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology* 2002; 58: 349–53.
7. Andrews K, Murphy L, Munday R, Littlewood C. Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit. *BMJ* 1996; 313: 13–6.
8. Childs NL, Mercer WN, Childs HW. Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state. *Neurology* 1993; 43: 1465–7.
9. Schnakers C, Vanhaudenhuyse A, Giacino J, et al. Diagnostic accuracy of the vegetative and minimally conscious state: clinical consensus versus standardized neurobehavioral assessment. *BMC Neurol* 2009; 9: 35.
10. Owen AM, Coleman MR, Boly M, Davis MH, Laureys S, Pickard JD. Detecting awareness in the vegetative state. *Science* 2006; 313: 1402.
11. Boly M, Coleman MR, Hampshire A, et al. When thoughts become action: an fMRI paradigm to study

volatile brain activity in non-communicative brain injured patients. *Neuroimage* 2007; 36: 979–92.

12. Weiskopf N, Mathiak K, Bock SW, et al. Principles of a brain-computer interface (BCI) based on real-time functional magnetic resonance imaging (fMRI). *IEEE Trans Biomed Eng* 2004; 51: 966–70.

13. Smith SM, Jenkinson M, Woolrich MW, et al. Advances in functional and structural MR image analysis and implementation as FSL. *Neuroimage* 2004; 23: Suppl 1:S208–S219.

14. Owen AM, Coleman MR. Functional neuroimaging of the vegetative state. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9: 235–43.

15. Monti MM, Coleman MR, Owen AM. Neuroimaging and the vegetative state: resolving the behavioral assessment dilemma? *Ann N Y Acad Sci* 2009; 1157: 81–9.

16. Laureys S, Owen AM, Schiff ND. Brain function in coma, vegetative state, and related disorders. *Lancet Neurol* 2004; 3: 537–46.

17. Coleman MR, Rodd JM, Davis MH, et al. Do vegetative patients retain aspects of language comprehension? Evidence from fMRI. *Brain* 2007; 130: 2494–507.

18. Monti MM, Coleman MR, Owen AM. Executive functions in the absence of behavior: functional imaging of the minimally conscious state. *Prog Brain Res* 2009; 177: 249–60.

19. Schnakers C, Perrin F, Schabus M, et al. Voluntary brain processing in disorders of consciousness. *Neurology* 2008; 71: 1614–20.

20. Laureys S, Faymonville ME, Peigneux B, et al. Cortical processing of noxious somatosensory stimuli in the persistent vegetative state. *Neuroimage* 2002; 17: 732–41.

*The article was kindly submitted
by the author S. Laureys*

© 2010 Massachusetts Medical Society

НОВОСТИ

КАРЕЛИЯ

2 апреля 2016 г. Общество православных врачей Республики Карелия (ОПВРК) приняло участие в работе **II международной православной выставки-ярмарки «От покаяния к воскресению России»**, проходившей в Национальном театре в Петрозаводске. Выставка объединила более 50 участников из России, Белоруссии, Молдавии, Греции, Палестины и Украины. На выставке были представлены монастыри, подворья, православные издательства и образовательные центры.

Перед началом работы секции ОПВРК была изнесена икона святителя Луки Крымского с частицей мощей. Был отслужен молебен святителю Луке протоиереем Олегом Склярковым, руководителем отдела по взаимодействию с органами здравоохранения, в сослужении с другими священниками Крестовоздвиженского собора Петрозаводска.

Во время мероприятия Общество православных врачей Республики Карелия представило презентацию и доклад о жизни причисленного в 2016 г. клику святых лейб-медика Царской Семьи мч. Евгения Боткина. Посетители выставки имели возможность ознакомиться с деятельностью общества, получить консультации православных врачей. Желающие получили рекомендации по важнейшим нравственно-медицинским вопросам, касающимся последствий абортов,

питания для пациентов с сахарным диабетом в период поста и при подготовке к Таинству Причащения, донорства крови, вакцинопрофилактики у детей и др.

25 июня 2016 г. состоялась очередная рабочая поездка Общества православных врачей Республики Карелия. Был **проведен лечебно-консультативный прием** на приходе храма Вознесения Господня г. Питкяранта.

В ходе работы была оказана медицинская помощь представителями различных специальностей: терапии, пульмонологии, кардиологии, педиатрии, клинической фармакологии. Всем пациентам выполнялась регистрация и расшифровка ЭКГ.

На прием к православным докторам пришли не только прихожане г. Питкяранта, но и жители окрестных деревень. Всего в ходе работы было осмотрено более 60 пациентов, в том числе 14 детей. В ряде случаев потребовалось оказание неотложной помощи.

Впервые в ходе приема специалистами Общества выполнялись анализы для определения уровня гемоглобина, холестерина и глюкозы. Аппарат для выполнения лабораторных тестов и расходные материалы к нему были приобретены благотворительным фондом «Милосердие без границ» на средства неравнодушных жертвователей. Быстрая интерпретация результатов позво-

лила своевременно выявить отклонения и назначить необходимое лечение. Проведение лечебно-консультативных приемов на приходах и в монастырях епархии православными врачами Карелии стало регулярным. За 5 лет специалисты Общества помогли монахам Ионо-Яшезерского и монахиням Сяндемского монастырей, а также прихожанам и священнослужителям в г. Суоярви, г. Кондопога, пос. Соддер, д. Койвусельга и др.

Бескорыстная работа православных врачей находит положительный отклик не только у пациентов, но и у представителей местных администраций. В 2015 г. в адрес Общества поступила благодарность за оказанную профессиональную помощь от Главы Пряжинского района О. А. Ермолаева.

Общество православных врачей Республики Карелия выразило благодарность руководителю отдела по взаимодействию с органами здравоохранения протоиерею Олегу Скляркову за помощь в организации поездки, а также настоятелю храма Вознесения Господня протоиерею Олегу Вилко и сотрудникам православного центра во имя св. прав. Иоанна Кронштадтского г. Питкяранта за гостеприимство и помощь в проведении приема.

*По материалам сайта
www.opvrk.ru*

ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ



IX ШКОЛА АССОЦИАЦИИ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ КООРДИНАТОРОВ «ОСНОВЫ, ПРАКТИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ ДОНОРСТВА ОРГАНОВ», ПОСВЯЩЕННАЯ 125-ЛЕТИЮ С. С. БРЮХОНЕНКО

11 декабря 2015 г. в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И. П. Павлова состоялась IX Школа Ассоциации трансплантационных координаторов, посвященная 125-летию С. С. Брюхоненко «**Основы, практика и перспективы донорства органов**». Мероприятие было организовано при участии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В. А. Алмазова, НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, Ассоциации трансплантационных координаторов, Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого).

В приветственном слове к участникам встречи ректор ПСПбГМУ академик РАН **С. Ф. Багненко** подчеркнул важность работы по решению проблемы донорства органов.

С докладом «Трансплантация органов в Санкт-Петербурге — состояние проблемы и перспективы развития» выступил главный трансплантолог Санкт-Петербурга **Г. В. Николаев**. О клинических аспектах смерти мозга и новом порядке диагностики сообщил заве-

дующий отделением неврологической реанимации Санкт-Петербургской Городской Мариинской больницы **С. К. Сергиенко**.

Были заслушаны доклады руководителя Санкт-Петербургского координационного центра органного донорства д. м. н. **О. Н. Резника** о «Перспективах применения экстракорпоральной нормотермической перфузии *insitu* и *exvivo* при пересадке органов от доноров с необратимой остановкой кровообращения», а также об ученом, создателе первого в мире аппарата искусственного кровообращения, С. С. Брюхоненко.

Православный взгляд на проблему смерти мозга осветил в своем докладе председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга д. м. н. **протоиерей Сергей Филимонов**.

Участники школы имели возможность применить на практике теоретические знания. Под руководством **А. Е. Скворцова** была проведена демонстрация на анатомическом манекене катетеризации бедренных сосудов для проведения перфузии *insitu* у асистолических доноров, а также применение портативного перфузионного устройства CARDIOHELP.



С. Ф. Багненко



Г. В. Николаев



О. Н. Резник



Прот. Сергей Филимонов и Г. Л. Микиртичан

С. С. БРЮХОНЕНКО И С. И. ЧЕЧУЛИН — РОЖДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

О выдающихся русских физиологах, в соавторстве создавших и разработавших первый в мире аппарат искусственного кровообращения, рассказывается в статье сотрудников кафедры анестезиологии и интенсивной терапии Днепропетровской государственной медицинской академии: члена Европейского совета по реанимации кандидата медицинских наук Александра Владимировича ЦАРЕВА и члена-корреспондента НАН и НАМН Украины профессора Людмилы Васильевны УСЕНКО.

В начале 1920-х гг. в одной из московских экспериментальных лабораторий было заключено коллегиальное соглашение о поиске конструкторского решения небывало сложной гемодинамической задачи — искусственного кровообращения — между двумя исследователями — Сергеем Сергеевичем Брюхоненко и Сергеем Ионовичем Чечулиным.



С. И. Чечулин, С. С. Брюхоненко

Цель исследования была высказана С. И. Чечулиным: «Необходимо было доказать основное: центральная нервная система (которая с прекращением кровообращения перестает функционировать раньше каких-либо других систем живого организма) способна продолжить свою работу в искус-

ственных условиях, не отличающихся в этом отношении от работы других жизненных органов» [1]. Рождению данной идеи способствовали ранние работы Brown-Sequard (1858), который после обезглавливания собаки пропускал кровь через магистральные сосуды головы с помощью шприца, таким образом обеспечивая перфузию изолированной головы собаки с восстановлением ряда рефлексов.

Сергей Ионович Чечулин получил образование физиолога и был учеником Ивана Петровича Павлова [2].

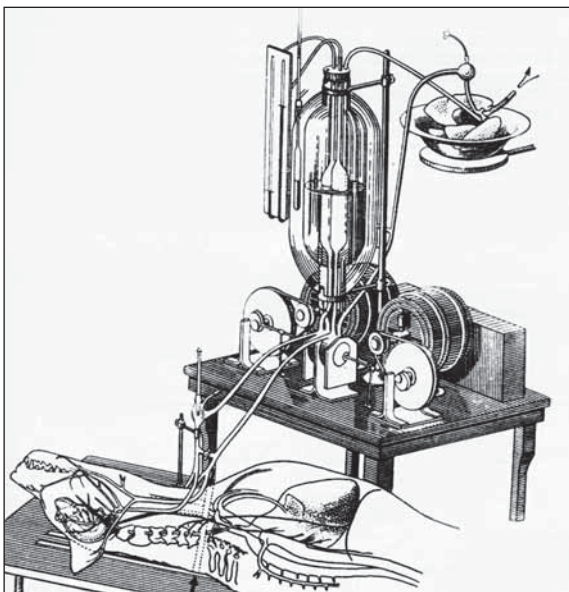
Сергей Сергеевич Брюхоненко родился 30 апреля 1890 г. в Козлове (Россия). В 1914 г. он окончил медицинский факультет Московского университета. Это совпало с началом Первой мировой войны, и С. С. Брюхоненко был мобилизован на фронт в качестве младшего врача пехотного полка. Наблюдая на войне множество смертей от воздушной контузии и шока, он впервые приходит к мысли о возможности оживления организма путем искусственного восстановления деятельности остановившегося сердца и дыхания. После возвращения с войны с 1919 по 1926 г. он работает ассистентом в клинике частной патологии и терапии второго Московского медицинского университета, возглавляемой профессором Ф. А. Андреевым, научным

направлением исследований которого была проблема оживления после остановки кровообращения [3]. В 1913 г. в статье «Опыт восстановления деятельности сердца, дыхания и функций центральной нервной системы» Ф. А. Андреев предложил метод нагнетания в артерию раствора Рингера — лактата с адреналином, последний согласно данным его экспериментальных исследований обеспечивал стимуляцию сократительной функции миокарда [4]. В последующем данный принцип был использован в модификации В. А. Неговским при создании им первого комплекса сердечно-легочной реанимации (СЛР) в 1940-х гг. В клинике С. С. Брюхоненко занимался лечением больных с сыпным тифом и холерой, а также проводил эксперименты по экстракорпоральному кровообращению изолированной головы собак. Результатом данных исследований явилось создание в 1925 г. первого аппарата искусственного кровообращения (АИК), осуществлявшего кровообращение по замкнутому контуру. С. С. Брюхоненко назвал этот аппарат «autojector» (от auto- и injector), поскольку заданное давление поддерживалось автоматически.

Сущность принципа, предложенного С. С. Брюхоненко и С. И. Чечулиным, заключается в осуществлении отдельной перфузии артериальной и венозной системы. Для обеспечения жидкого состояния крови авторы использовали антикоагулянт фирмы «Bayer» — Bayer 205 (Germanin, Naganol).

«Автожектор» представлял собой стеклянный резервуар, в который наливалась кровь с антикоагулянтom Bayer 205. Кровь при помощи диафрагменных насосов отсасывалась из венозной части русла изолированной головы и поступала в легочную артерию изолированных легких собаки, которые механически раздувались и выполняли функцию оксигенатора. После чего кровь обратно возвращалась в резервуар, а оттуда — в крупные кровеносные сосуды головы, обеспечивая перфузию головного мозга. Устройство «автожектора» обеспечивало автоматическую регуляцию нагнетания и отсасывания крови, а также ее согревания. Данный метод перфузии позволил авторам обеспечить полное искусственное кровообращение у собак при скорости кровотока 2,5 л/мин и давлении в артериальной магистрали до 300 мм рт. ст.

Впервые «автожектор» был продемонстрирован в 1925 г. на II Всероссийском съезде патологов [5]. Демонстрация эксперимента искусственного кровообращения «автожектором» была проведена в 1926 г. на II Всесоюзном съезде физиологов в Ленинграде. Авторами приводится описание этой демонстрации [6]: «Голова собаки была совершенно отделена от туловища и лежала на тарелке... Изолированная по нашему методу голова 3 часа 24 минуты проявляет ряд тонких реакций и функций ЦНС — мигает веками на прикосновение к частям головы, при слабом дуновении, при зажигании света; делает энер-



Схематический план «autojector»



Голова собаки

гичные движения при более сильных раздражениях, выделяет слюну, реагирует вспомогательными дыхательными движениями на недостаток кислорода и реагирует на разные нарушения искусственного кровообращения картиной, внешне напоминающей агонию и смерть (расширение зрачков и пр.).»

Дальнейшие исследования были нацелены на использование АИК для реанимации умершего организма, ниже приводится описание первого из таких экспериментов: «В одном из наших экспериментов нами было запланировано изолирование головы собаки обычным методом. Почти в конце операции произошла остановка пульса, дыхания и исчезли все рефлексии и движения, зрачки расширились. Состояние ничем не отличалось от смерти. Несмотря на это, мы продолжили подготовку опыта еще в течение 8 минут, после чего голова была подсоединена к «автожектору» и начато искусственное кровообращение.

В течение этих 8 минут голова (как и туловище) не обнаруживала никаких признаков жизни. Мы уже считали эксперимент неудавшимся, однако затем постепенно возник целый ряд рефлексов и автоматических движений. Голова мигала при дуновении ветра, при прикосновении к волоскам бровей и ресниц, широко раскрывала рот, двигала ушами и т. д., и только через 1 час 56 минут (с момента начала искусственного кровообращения) жизненные проявления ослабли и постепенно исчезли» [7].

С. С. Брюхоненко и С.И. Чечулин выявили этапность в развитии процесса умирания [8]: «...процессы умирания организма протекают в виде нескольких последовательных стадий.

I стадия — агония. Для этой стадии характерно относительно непродолжительное функциональное возбуждение ряда центров мозга, в особенности дыхательного центра.

II стадия — мнимая смерть. Отсутствие всяких проявлений жизни, обусловленное торможением ряда центров мозга... Для всей этой стадии характерна возможность восстановления при известных условиях функций ЦНС (искусственным кровообращением и др.).

III стадия — необратимая смерть».

Еще в 1931 г. С. С. Брюхоненко и Н. Н. Пучков проводили эксперименты по гипотермии

с использованием как внешнего охлаждения собак льдом до 3°C, так и при помощи аппарата искусственного кровообращения. Н. Н. Пучков моделировал холодовую остановку кровообращения, а затем восстанавливал самостоятельное кровообращение при помощи «автожектора».

Перейдя в лабораторию Химико-фармацевтического института, С. С. Брюхоненко совместно с Н. Н. Терebinским с 1929 г. начал проводить исследования искусственного кровообращения при операциях на сердце. С. С. Брюхоненко в 1929 г. писал: «Решение проблемы искусственного кровообращения целого организма ставит на очередь проблему проведения операций на сердце (например, на клапанах)» [9].

В 1935 г. С. С. Брюхоненко становится директором только организованного Института экспериментальной физиологии и терапии (в котором начинает свою карьеру научным сотрудником будущий всемирно известный Владимир Александрович Неговский), где продолжает свои исследования по искусственному кровообращению. В институте Н. Н. Терebinский, используя «автожектор», на «сухом» сердце сначала моделировал пороки клапанов, а затем оперативным путем их устранял.

В 1936 г. «автожектор» был усовершенствован пеннопленочным оксигенатором, принцип которого состоял в том, что кровь из правых отделов сердца поступала в верхнюю часть оксигенатора, в котором она разделялась на мелкие струйки, стекающие навстречу потоку кислорода, подаваемого снизу. В результате образовывалась пенно-пленочная структура из крови и кислорода. Оксигенированную кровь собирали и нагнетали насосами в артериальные кровеносные сосуды. Данный принцип оксигенатора в некоторой модификации лег в основу промышленно выпускавшихся в СССР АИК в 1950–1960-х гг.

После данного усовершенствования «автожектора» С. С. Брюхоненко с сотрудниками (1937–1939 гг.) при моделировании клинической смерти у собак длительностью 5–10 минут добились успешной реанимации животных с последующим их выживанием на протяжении от 1 месяца до нескольких лет [10–12].

Особое внимание авторов привлекло влияние блуждающего нерва на процесс умирания организма. Исходя из полученных результатов исследований, авторы отмечали [10]: «...мы могли бы ожидать положительного результата, применяя при реанимации организма в период искусственного кровообращения препараты, возбуждающие симпатическую нервную систему и угнетающие систему блуждающего нерва. Мы применяли адреналин (его при оживлении предложил применять профессор Андреев), эфедрин, лобелин, атропин. Адреналин, помимо своего общего фармакологического действия, содействовал созданию лучшего режима искусственного кровообращения. То же относится к эфедрину. Лобелин и атропин положительно влияли на функции дыхания».

Также была выявлена важность групповой принадлежности донорской крови при проведении искусственного кровообращения [13].

После Второй мировой войны до 1951 г. С. С. Брюхоненко работал в НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва), где он использовал АИК для изучения возможности оживления трупов внезапно умерших людей (вследствие травмы, электрического поражения, асфиксии). Искусственное кровообращение проводили через 1–1,5 часа с момента смерти. В результате проводимых исследований удавалось восстановить самостоятельное кровообращение, а в ряде случаев и самостоятельное дыхание, сужение зрачков, мимические движения лица.

С 1951 г. С. С. Брюхоненко работал в НИИ экспериментальной хирургической аппаратуры и инструментов, создавая различные модели АИК. С 1958 г. вплоть до своей смерти 20 апреля 1960 г. С. С. Брюхоненко заведовал лабораторией искусственного кровообращения при Институте экспериментальной биологии и медицины Сибирского отделения АН СССР.

Пионерские работы С. С. Брюхоненко и С. И. Чечулина являются малоизвестными на Западе, хотя еще в 1960 г. W. R. Probert and D. G. Melrouse опубликовали статью об «автожекторе» [14], и нашей статьей мы хотели осветить еще одну яркую страницу истории реаниматологии.

Литература

1. *Tchechulin S. I.* Is a possible to revive the dead organism? // *The Bloodless Phlebotomist*, 1929.
2. *Андреев С. В.* Прошлое, настоящее и будущее искусственного кровообращения // *Современные вопросы искусственного кровообращения в эксперименте и клинике*. М.: Медицина, 1966. С. 9–23.
3. *Лапчинский А. Г.* Брюхоненко С. С.— основоположник искусственного кровообращения: Краткий биографический очерк // *Искусственное кровообращение*. М.: Медицина, 1964. С. 6–12.
4. *Андреев Ф. А.* Опыт восстановления деятельности сердца, дыхания и функций центральной нервной системы // *Вопросы научной медицины*. 1913. № 2. С. 137–172.
5. *Брюхоненко С. С.* Демонстрация прибора для переживающих органов на II Всероссийском съезде патологов // *Клиническая медицина*. 1926. № 2(42). С. 78.
6. *Брюхоненко С. С., Чечулин С. И.* Опыты по изолированию головы собаки (с демонстрацией прибора) // *Труды II Всесоюзного съезда физиологов*. Л., 1926. С. 289–290.
7. *Брюхоненко С. С., Чечулин С. И.* Опыты по изолированию головы собаки (с демонстрацией прибора) // *Труды Научного химикофармацевтического института*. 1928. Т. 20. С. 7–43.
8. *Брюхоненко С. С., Чечулин С. И.* Искусственное кровообращение целого организма (собак) с остановкой кровообращения // *Труды Научного химико-фармацевтического института*. 1928. Т. 20. С. 89–92.
9. *Брюхоненко С. С.* Искусственное кровообращение организма // *Журнал экспериментальной биологии и медицины*. 1929. № 11(30). С. 21–27.
10. *Брюхоненко С. С., Марцинкевич М. К., Янковский В. Д.* Применение метода искусственного кровообращения для оживления организма // *Сборник трудов НИЭФТ*. М.: Биомедгиз, 1937. С. 6–22.
11. *Brukhonenko S., Martsikevich M., Jankowski W.* A contribution to the problem of experimental shock und death // *The Sechenov J. Physiol. USSR*. 1938. Vol. 21(5, 6). P. 631.
12. *Брюхоненко С. С., Кречетова П. Н., Левитан В. С., Рекашева А. Ф., Янковский В. Д.* К вопросу о возможности восстановления функций центральной нервной системы после длительных сроков смерти (Конференция НИЭФТ, 1939 г.) // *Искусственное кровообращение*. М.: Медицина, 1964. С. 201–216.
13. *Брюхоненко С. С., Левитан В. С.* К вопросу о групповой дифференциации крови у собак (Конференция НИЭФТ, 1937 г.) // *Искусственное кровообращение*. М.: Медицина, 1964. С. 138–145.
14. *Probert W. R., Melrouse D. G.* An Early Russian Heartlung Machine // *British Medical Journal*. 1960. April. № 12. P. 104.

По материалам журнала «Медицина неотложных состояний» if-ua.com/archive/article/13565

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕГАЛИЗАЦИИ ДИАГНОЗА СМЕРТИ МОЗГА



В статье профессора Московского городского педагогического университета, доктора философских наук, кандидата медицинских наук Александра Яковлевича ИВАНЮШКИНА и старшего научного сотрудника сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии РАН, кандидата философских наук Ольги Владимировны ПОПОВОЙ представлен

анализ философского и социокультурного контекстов проблемы смерти мозга. Особое внимание обращается на национально специфические особенности формирования критериев смерти и отношения к смерти.



В 1968 г. в Гарвардской медицинской школе была образована специальная комиссия для исследования дефиниции смерти головного мозга (Harvard Ad Hoc Committee on Brain Death). Комиссия обосновала необходимость нового критерия смерти мозга двумя основными аргументами: 1) пациенты со смертью мозга являются обременением для самих себя, своих семей и больниц; 2) кардиологический критерий ведет к спорным вопросам при изъятии органов для целей трансплантации.

Значимость Гарвардской комиссии состояла в том, что она предложила эпистемологический базис для выдвижения валидных критериев констатации смерти мозга и аргументов в пользу прерывания интенсивной помощи и использования индивидов в качестве доноров для трансплантации и таким образом снял обязательства продолжать вентиляционную поддержку, т. е. комитет предложил считать таких индивидов мертвыми.

Стоит, однако, обратить внимание и на то, что аргументация Гарвардской комиссии не имела бы такой убедительной силы, если бы не оказалась основана на соответствующей мировоззренческой платформе. Корректная

дефиниция смерти (смерти мозга) должна была пройти этап *культурного согласования*. Легитимация диагноза смерти мозга во многих странах мира оказалась невозможна без учета глубоких, укорененных в менталитете социокультурных ценностей.

Заметим, что в Гарвардской медицинской школе сам прецедент научной точки зрения (эмпирической обоснованности диагноза) оказался недостаточным минимумом для удовлетворения общественного мнения. В связи с этим возникла потребность подкрепить мнение ученых мнением религиозного института. Решение Гарвардской комиссии основывалось на речи папы Пия XII на Международном конгрессе анестезиологов в Инсбруке от 24 ноября 1957 г. В ней папа признал, что именно медицина обладает компетенцией в констатации смерти, а врачу, оказывающему помощь, он дал моральное право прекратить оказание помощи в безнадежных случаях. Позиция религиозного института оказалась значимой в качестве мировоззренческого основания для новой практики констатации смерти, однако данная точка зрения не сняла всего напряжения в отношении необходимости прояснения проблемы духовно-

телесного дуализма и идентичности человека. Вопрос о том, что такое человек, оказался особым образом сформулирован в контексте дискуссий о критериях его смерти.

Принятие нового критерия оказалось косвенно обосновано происходящими культурными процессами. Современная эпоха охарактеризовалась смещением представлений в отношении понимания взаимосвязи субъективности и телесности, а также существенной трансформацией взглядов по отношению к человеческому телу.

Эпистемология (греч. *episteme* — знание, *logos* — учение) — философско-методологическая дисциплина, в которой исследуется знание как таковое, его строение, структура, функционирование и развитие. Традиционно отождествляется с теорией познания.

Коммодификация (от англ. *commodity* — товар) — процесс, в ходе которого все большее число различных видов человеческой деятельности обретает денежную стоимость и фактически становится товарами, покупаемыми и продаваемыми на рынке.

Холистический подход (введен в экологию Е. Берджом в 1915 г.) — целостный подход к изучению сообщества живых организмов как неразрывного целого.

На наш взгляд, существенной предпосылкой легитимации критериев смерти мозга в большинстве стран мира стала своеобразная антропологическая потеря, связанная с «истончением» идеи человека. Человек на протяжении последних столетий «терял» в результате натуралистического редуционизма (сведение социальных закономерностей к природным — прим. ред.) не только свою душу, но и восприятие собственной телесности. Характерными признаками этой потери стало разрушение восприятия тела как целостности и обострение проблемы тела как человеческой собственности. В современной культуре данная тенденция проявилась многопланово: в искусстве уменьшилось количество целостных изображений живого человеческого тела [1], в литературе утверждается «разорванная» психология героя, увеличивается число сцен насилия, рассматривается

проблема идентичности на фоне происходящих трансформаций с телом. В философском дискурсе актуализировалась тема смерти и страданий, потери человеком своего места в мире, «разорванности» его бытия, отчуждения, в том числе отчуждения от своего тела.

Таким образом, понятие телесности человека в XX в. обрело новые семантические оттенки, которые бросали вызов традиционной (на Западе — христианской) модели воплощения и продолжали в духе картезианства отдалять человека от его собственного тела, делать его предметом манипуляций и вещью, чужой для самого человека — его собственника.

Несмотря на наличие социокультурных предпосылок, повлиявших на отказ от холистического понимания человека и обусловивших принятие концепции смерти человека как смерти мозга (и фактически осуществив нейроредукционистское истолкование сущности человеческого бытия) легализация диагноза смерти мозга во многих странах мира сопровождалась общественными дискуссиями, в которых обсуждались проблемы целостности тела, его пространственно-временные границы, рассматривались права собственности на тело и возможности коммодификации телесности. Однако в России они не имели общественного резонанса.

Здесь согласие принять критерием биологической смерти смерть мозга носило, как считал профессор А. М. Гурвич, формальный, а не психологический характер [2]. Формализм проявился в полном отсутствии культурного согласования новой концепции смерти, не был принят во внимание кардиоцентризм русской культуры и кардиоцентричные представления о человеке, особое действие в ней архетипа целостности.

В Японии наличие кардиоцентричных предпосылок в японской культуре создало прецедент наивысшей степени культурного согласования диагноза смерти мозга, что отразилось на законодательном уровне. Так, в соответствии с японским законом о трансплантации 1997 г. пациент, которому поставлен диагноз смерти мозга, является мертвым в юридическом смысле только в том случае, если он при жизни одобрил предшествующую трансплантации констатацию смерти мозга [3].

Однако неожиданно формализм не смог реализоваться по отношению к определенной возрастной группе — детям. И в отношении них борьба культурных стереотипов, принявшая форму неосознаваемых фобий, а также непроясненность концептуальных оснований диагностики смерти мозга в отношении детского возраста привели к длительному отсутствию юридических оснований (вплоть до конца 2014 г., когда Минздрав России утвердил новый Порядок установления диагноза смерти мозга человека, включая детей старше 1 года) для констатации смерти мозга у детей. Фактическое отсутствие соответствующих нормативных правовых актов в педиатрической практике было существенной причиной, препятствующей развитию медицинской помощи детям методами трансплантации органов и тканей.

Ниже мы попытаемся продемонстрировать характерные черты российской истории концепции смерти мозга и обозначить ее ключевые фигуры, как ускорявшие процесс легитимизации диагностики смерти мозга, и в частности, по отношению к детям, так и создававшие ей существенные препятствия.

История легитимизации концепции смерти мозга в СССР и постсоветской России

История легитимизации концепции смерти мозга в СССР и постсоветской России четко разделяется на два этапа:

- 1985–2001 гг. — юридическое признание нового критерия смерти с оговоркой неприменимости такого критерия к детям;
- 2002–2014 гг. — создание юридической базы применения концепции смерти мозга в педиатрии.

Первый этап. Юридические акты о смерти мозга как новом критерии смерти принимаются во многих странах мира в 1970-е гг. [4]. В СССР аналогичный документ (в виде подзаконного акта Минздрава) был разработан также в начале 1970-х гг. в Институте реаниматологии АМН академиком В. А. Неговским и профессором А. М. Гурвичем. Более 10 лет документ не мог обрести законной силы, поскольку бывший в те годы министром здравоохранения академик

Б. В. Петровский был принципиальным противником новой концепции смерти. После того как Постоянная комиссия Совета экономической взаимопомощи социалистических стран (СЭВ) по здравоохранению одобрила новую дефиницию смерти, МЗ СССР утвердил приказом № 191 от 15 февраля 1985 г. Временную инструкцию по констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функций головного мозга. В итоге в 1986 г. профессор В. И. Шумаков провел первую в нашей стране легальную пересадку сердца. В 1987 г. МЗ СССР удалил из названия Инструкции о смерти мозга слово «временная» (Приложение № 1 к приказу МЗ СССР № 236 от 17 февраля 1987 г.). В 1993 г. вступил в силу ФЗ РФ «Закон о трансплантации органов и (или) тканей человека». Статья 9 «Определение момента смерти», в частности, гласила: «Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга (смерть мозга)». Принятие Закона о трансплантации органов потребовало создания соответствующих новых подзаконных актов, в частности, Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга (Приложение № 2 к приказу МЗ РФ № 189 от 10 августа 1993 г.), в которую спустя 8 лет были внесены существенные изменения и дополнения (Приказ МЗ РФ № 460 от 20 декабря 2001 г.). Все 4 инструкции запрещалось применять к детям.

Второй этап. В 2002 г. в МЗ РФ под давлением общественности (ввиду отставания отечественной трансплантологии в педиатрии) была создана междисциплинарная комиссия по подготовке проекта Инструкции по констатации смерти на основании диагноза смерти мозга у детей (от рождения до 18 лет). Официальное утверждение Инструкции опять затянулось на годы, и вплоть до 2007 г. было создано еще несколько редакций этого документа.

Важно отметить, что на одном из заседаний Комиссии в ситуации донорства органов вопрос информированного согласия родителей предлагалось решать по формуле испрошенного согласия.

Следует отметить, что научный уровень работы комиссии в целом был невысок, он не соответствовал научной сложности, фи-

лософской глубине содержания проблемы смерти мозга. На первом этапе разработки, осмысления проблемы смерти мозга в отечественной медицине ведущую роль играли ученые, имевшие неоспоримо большой авторитет в международном медицинском сообществе, — В. А. Неговский, Б. В. Петровский, Л. М. Попова, А. М. Гурвич и др.

В 2010 г. работа над «педиатрической» Инструкцией о смерти мозга возобновилась по инициативе председателя Комитета по здравоохранению Общественной палаты РФ, директора НИИ неотложной детской хирургии и травматологии профессора Л. М. Рошаля. С учетом междисциплинарного характера проблемы смерти мозга были привлечены юристы и философы. Наконец-то главная инициатива сместилась в сторону науки, общее руководство деятельностью рабочих групп осуществлял профессор В. Г. Амчелавский.

Главные достоинства созданного в итоге проекта Инструкции по констатации смерти детей на основании диагноза смерти мозга: 1) значительно более высокий научный уровень документа; 2) более глубокая проработка методологических аспектов проблемы (например, особое внимание уделялось ситуациям сомнения в достоверности диагноза). Действие Инструкции распространялось на детей от 1 года до 18 лет, т. е. сложнейшие неонатологические аспекты проблемы смерти мозга были вынесены за скобки. Однако проект «педиатрической» Инструкции о смерти мозга узаконен не был.

1 января 2012 г. в РФ вступил в силу новый ФЗ (№ 323) «Об основах охраны здоровья граждан», в котором впервые выделен специальный раздел «Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека». Статья 66 закона подтверждает легитимность новой дефиниции смерти: «Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека)». Необходимо сделать два важных замечания: во-первых, дух и буква этой статьи никаких оговорок или исключений в отношении детей не содержит; во-вторых, приведенное лапидарное определение «момента смерти человека», с нашей точки зрения, логически не корректно: слова

в скобках («необратимая гибель человека») логично уточняют понятие биологической смерти, однако косвенно могут также означать, что смерть мозга — это еще не «необратимая гибель человека». Такое понимание статьи 66 есть отрицание новой дефиниции смерти как смерти мозга.

В статье 47 (часть 8) речь прямо идет о трансплантологии в педиатрии: «В случае смерти несовершеннолетнего... изъятие органов и тканей из тела умершего для целей трансплантации (пересадки) *допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей*». Таким образом, если для умершего взрослого донора при изъятии органов в России действует юридическая модель презумпции согласия (предполагаемого согласия), то для умершего ребенка-донора — презумпции несогласия (испрошенного согласия). Иначе говоря, *дети, лишенные попечительства родителей, исключаются* из ряда потенциальных доноров.

В 2012 г. постановлением Правительства РФ (№ 950 от 20 сентября) были утверждены Правила определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедуры установления факта смерти человека, а также правила прекращения реанимационных мероприятий и соответствующая форма Протокола. Документ был размещен в Интернете, вызвав неоднозначную и острую в социальном и этическом отношении реакцию медицинского сообщества.

Названное постановление Правительства РФ и, конечно, вступивший в силу с 1 января 2012 г. ФЗ № 323 стали важнейшими предпосылками *окончательного признания в нашей стране нового критерия смерти человека («смерть мозга»)*. 25 декабря 2014 г. был утвержден Приказ МЗ РФ «О порядке установления диагноза смерти мозга человека» № 908н, регламентирующий констатацию клинического статуса смерти мозга и у *детей в возрасте 1 года и старше*. Документ зарегистрирован в Минюсте РФ 12 мая 2015 г. и вступил в силу с 1 января 2016 г. В Приложении № 1 «О порядке установления диагноза смерти мозга человека» обширный раздел, касающийся детей (пункт 9), предусматривает дополнительные, более жесткие диагностические процедуры и стандарты.

Дефиниция смерти мозга в философском ракурсе

Российская история легитимизации диагноза смерти мозга убеждает, что на формирование современных (зачастую противоположных) концепций смерти мозга основное влияние оказывают не только уровень развития медицинской науки и медицинских технологий, но и степень междисциплинарного научного освоения функционирования системы «смерть мозга — биологическая смерть», уровень развития общественных отношений, а также такие социокультурные предпосылки как уровень информированности общества о целях и возможностях лечения болезней методами трансплантологии, гуманистическая зрелость конкретного сообщества и другие факторы.

Осмысление взаимоотношения понятий «смерть мозга — биологическая смерть» и придание результату их отношений статуса эквивалентности–неэквивалентности, с нашей точки зрения, предполагает герменевтическое истолкование смысла этих понятий. Следует подчеркнуть, что он культурально-вариативен. Так, дефиниция смерти мозга в британском обществе (как смерть ствола мозга) будет отличаться от дефиниции в японском или российском обществах («полная смерть мозга»).

Обратим внимание на российскую дефиницию смерти мозга, основываясь на тексте Приказа МЗ РФ «О порядке установления диагноза смерти мозга человека» № 908н: «Смерть мозга человека наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Момент смерти мозга человека является моментом смерти человека» [5]. Данная дефиниция в философском осмыслении поднимает такие важнейшие проблемы, как полнота и необратимость смерти, антропологические границы и идентичность человека. Постараемся рассмотреть их более подробно.

1. Проблема полноты смерти

Первое необходимое, но не достаточное условие констатации смерти мозга — это

полнота смерти. Требование «полного» прекращения *всех функций головного мозга* актуализируется на фоне многозначных коннотаций, вызванных появлением концептов частичной («неполной» смерти), к которой относятся смерть высших отделов мозга (коры мозга), смерть ствола мозга, смерть критических функций мозга, социальная смерть и т. д.

Основной аргумент против применения критериев смерти мозга как смерти высших отделов мозга — темпоральный: сознание человека способно восстанавливаться после длительного пребывания в вегетативном состоянии, т. е. смерть не носит необратимого характера. Иначе говоря, не до конца определен онтологический статус пациента со смертью мозга в связи с трудностью отождествления тела, принадлежащего личности, с той личностью, которой было это тело.

Аргументы сторонников смерти высших областей головного мозга отталкиваются от констатации того факта, что индивидуальный поток сознания имеет свой материальный субстрат. При разрушении этого субстрата (мозговых полушарий и прежде всего коры головного мозга) жизнь личности (но не организма) становится невозможной. В качестве контраргумента может быть выдвинут тезис, что сама эта невозможность (равным образом, как и возможность) культурно детерминирована. В частности, дефиниции личности как носителя сознания можно противопоставить понимание личности в качестве интегративного единства телесности, обеспечиваемого не столько деятельностью мозга, сколько функционированием самого тела [6]. Такое мнение с точки зрения практических последствий отрицает право общества на изъятие органов у индивидов, страдающих различными вариантами разрушения сознательной деятельности — и вегетативным состоянием, и смертью мозга — и признает их право на жизнь.

Концепция разделения функций мозга на низшие и высшие иногда расценивается как страдающая философской метафорикой, поскольку мозг является одним целым и лишь его смерть как целого приводит к распаду ранее функционировавшего целого.

2. Смерть и необратимость

Проблема необратимости смерти находится в связке с проблемой локализации смерти. «Locus» смерти — это орган или группа органов тела, которые подвергаются мониторингу с целью определения момента, когда человек как целое подвергается дезинтеграции. В современном обществе локализация смерти в тех или иных органах связана, прежде всего, с технологическим прогрессом медицины, особенно во второй половине XX в. Классическим локусом смерти являлись легкие и сердце. Критерием смерти было отсутствие спонтанного дыхания и работы сердца. Методы медицинского тестирования были направлены на выявление доказательства этого отсутствия и на исключение случаев обратимой летаргии. Однако оказалось, что проблема обратимости–необратимости является столь же непрозрачной, как и проблема отношения «смерти мозга» и «биологической смерти». Идея необратимости может быть рассмотрена многоаспектно и, соответственно, с различными практическими последствиями.

Насколько необратимость в отношении медицинского диагноза предполагает отсутствие возможности восстановления? Утверждение необратимости определенного состояния, в частности, прекращения функционирования мозга, в методологическом отношении означает, что мы должны найти и устранить реальные препятствия для того, чтобы состояние пациента было обратимым. Однако в эпоху интенсивного развития технологий констатация смерти мозга становится этически нагруженной практикой еще и потому, что мы не знаем, в какой момент будет осуществлен прорыв в медицине, который сделает возможным продлить или восстановить жизнь пациента. В проекции на проблему смерти мозга проблема необратимости рассматривается при оценке возможностей регенерации мозга. Необратимость прекращения всех функций головного мозга оказывается не абсолютной, а зависящей от уровня развития науки, способной (или неспособной — на современном этапе) вернуть человеку эти функции.

В этом контексте рассуждений возникают требования отказа от неврологического кри-

терия смерти, поскольку его использование не позволяет выдержать условие необратимости в дефиниции смерти [6]. Более осторожная позиция состоит в формулировании такой дефиниции смерти, составной частью которой не может быть понятие необратимости [7].

3. Антропологические границы и идентичность

Проблема необратимости тесно связана с проблемой равносильности, иначе говоря, эквивалентности смерти мозга смерти человека (согласно рассматриваемой нами дефиниции: эквивалентности момента смерти мозга моменту смерти человека). Она затрагивает проблему идентичности человека. Что такое человек и какую роль в его самоопределении и определении его жизни играют тело, мозг, где границы его моральной и физической идентичности? — вот ключевые вопросы, связанные с утверждением эквивалентности смерти мозга смерти человека.

Границы разумности для определения человеческой идентичности предстают неоформленными — выбор в пользу разума, деятельности мозга как маркера специфически человеческого способа существования (выбор в пользу легитимности концепции смерти мозга) может быть скорректирован в границах самого разума в пользу высших его проявлений — наличия сознательной деятельности (концепт смерти высшего мозга).

В контексте поставленных выше проблем формулируется релятивистская составляющая дефиниции смерти. Как отмечают Т. Даги (T. Dagi) и Р. Кауфман (R. Kaufman): «Дефиниция смерти базируется на субъективных стандартах, приоритетах и социальных конвенциях, а не на объективных фактах о состоянии человеческой физиологии. Хотя эти стандарты демонстрируют значительное сходство среди групп, это внешние стандарты, образованы идеями о благе сообщества, нежели идеями о благе индивида. Различия, которые существуют среди сообществ в целом, редуцируются к вопросам о легитимности, а не о фактах. Таким образом, вопросы, стоящие в центре дебатов о смерти мозга, лучше выражаются следующим образом: „кого

мы должны считать мертвым“, а не „кто является мертвым“» [8]. Сущность реагирования на социокультурный релятивизм и ярко выраженный прагматизм концепции смерти мозга выражается в поиске такой дефиниции смерти, которая могла бы обеспечить защиту прав пациента.

Интересным подходом в этом отношении выглядит предложение ведущего немецкого этика Г. Йонаса (H. Jonas). Впервые выразив свою критическую позицию по отношению к концепции смерти мозга в сентябре 1968 г. на конференции «Этические аспекты исследований на человеке» в качестве ответа на публикацию Гарвардской комиссии относительно исследования дефиниции смерти мозга, Г. Йонас оценил дефиницию смерти мозга в качестве странной натуралистической реинкарнации старого дуализма души и тела в смысле репрезентации истинной человеческой личности в мозге.

Г. Йонас обратил внимание на то, что человеческое незнание границ между жизнью и смертью делает невозможным определение границ между ощущением и потерей ощущения и исключением человеческого страдания; в связи с этим пациент должен быть абсолютно уверен, что его врач не является палачом и ни одна дефиниция не должна позволить стать им. Человек имеет право на свое собственное тело со всеми своими органами. Логическим следствием нашего незнания должно стать принятие максимальной дефиниции (лучше сказать, определения признаков) смерти, т. е. смерть человека — это «смерть мозга плюс кардиологическая смерть плюс те признаки, которые являются значимыми» [9].

Этот подход может выглядеть несколько наивным перед перспективами динамичного развития клинической трансплантологии. Однако аргумент Г. Йонаса, как и перечисленные выше аргументы противников стандартной дефиниции смерти мозга, указывают прежде всего на дефицит концептуальных обобщений в медицине и необходимость формирования особой этической бдительности и чуткости даже по отношению к практикам, ставшим уже рутинными.

Комплексный междисциплинарный характер проблем диагностики смерти мозга

человека обуславливает значительные трудности в разработке общих методологических подходов к познанию и управлению процессами сохранения жизни пациентов. В связи с этим необходимо создание постоянно действующих проблемно-ориентированных научных коллективов, включающих представителей различных научных дисциплин, постоянно обменивающихся опытом и осуществляющих международное сотрудничество. В противном случае, даже несмотря на благие цели развития трансплантологии, врачебное сообщество рискует оказаться перед вопросом, поставленным человеческим здравым смыслом: почему абстрактный пациент, виртуально присутствующий на койках больниц разных стран мира (или даже отдельно взятой страны), будет где-то считаться живым, где-то умирающим, а где-то уже являться частью тела другого пациента?

Заключение

С нашей точки зрения, клинический статус «смерть мозга» — это *новый образ и новый смысл смерти человеческого индивида*. Классические клинические критерии смерти (биологическая смерть) — это прекращение сердцебиения и самостоятельного дыхания. Так как у пациента со смертью мозга еще сохраняется спонтанная деятельность сердца, с точки зрения клинической медицины, его можно считать «частично живым». Но так как самостоятельное дыхание у такого пациента необратимо отсутствует (апноэ) и уж, конечно, отсутствуют любые проявления сознания, эмоций, с той же классической клинической точки зрения его можно считать «частично мертвым». В случаях биологической смерти прекращение сердцебиения и отсутствие самостоятельного дыхания, а спустя несколько часов появление трупных пятен и трупного окоченения позволяют говорить о факте смерти как *наблюдаемом объекте*, в природе которого нет сомнения ни с позиций науки, ни с позиций здравого смысла. Это — объективный факт!

Отождествление же клинического статуса смерти мозга и смерти человека — совсем другая реальность. Природа этой реальности та-

кова. Во-первых, смерть человека здесь — это *ненаблюдаемый объект*. С позиций здравого смысла такой человек жив, отсюда первоначальное определение состояния больного со смертью мозга — «запредельная кома». Смерть мозга — это такое состояние, когда объективная граница жизни и смерти как бы оказалась «стертой», поистине: человек «частично жив», а «частично мертв». Во-вторых, смерть человека здесь является *артефактом*, т. е. ятрогенным состоянием, сохраняющимся, пока проводится реанимация. В-третьих, трактовка этого факта зависит от *социального контекста*. Бытие человека здесь как бы расколото, а его судьба повернулась так, что уже как бы сделан необратимый шаг в небытие. Вот это как бы есть залог того, что если это и смерть, то своего рода *виртуальная* (в смысле — *возможная*) *смерть*. То есть в онтологическо-философском плане спор Б. В. Петровского и В. А. Неговского («еще жизнь» или «уже смерть») в принципе не имеет однозначного решения. Это такая же жизненная апория, как и статус эмбриона: 8-недельный зародыш «уже является человеком» (позиция противников аборта), нет, он «еще не является человеком» (позиция сторонников аборта).

Когда пациенту ставится диагноз «смерть мозга» и на этом основании он признается мертвым, разрушается гордиев узел многих противоречий, включая и такое: с точки зрения здравого смысла многих людей (особенно если это родители пациента-ребенка), такой пациент еще жив.

Следует подчеркнуть: если диагноз смерти мозга поставлен *lege artis* (по всем правилам науки), то это один из самых научно обоснованных и профессионально надежных диагнозов в современной медицине. Однако при этом нельзя не видеть серьезные философские (методологические, этические) вопросы. В строгом смысле констатация смерти на основании диагноза смерти мозга означает: объективность данного факта заключается в том и только в том, что этот факт установили эксперты-ученые [10, 11]. Мы имеем здесь дело с конвенциональной истиной, а сама эта истина достигается консенсусом специалистов. Совершенно очевидно, что при диагностике смерти мозга требования

врачебной этики становятся категорическим императивом — в этой клинической ситуации врачебные ошибки должны быть исключены. Но как это вообще возможно, как можно достичь совпадения идеала и реальности? Проблема смерти мозга по-прежнему остается открытой научной проблемой. Любые вновь появляющиеся обстоятельства (клинические наблюдения, научные факты) должны опять и опять проходить проверку как аргументы «в защиту жизни» или «в защиту смерти».

Литература

1. *Ортега-и-Гассет Х.* Дегуманизация искусства // Восстание масс. М.: АСТ, 2007.
2. *Гурвич А. М.* Стойкие вегетативные состояния и смерть мозга // Биомедицинская этика / Под ред. В. И. Покровского. М.: Медицина, 1997.
3. *Kimura R.* Organ Transplantation and Brain-Death in Japan. Cultural, Legal and Bioethical Background // *Annals of Transplantation*. 1998. Vol. 3. № 3. P. 55–58.
4. *Уолкер А. Э.* Смерть мозга / Пер. с англ. В. В. Борисенко. Под ред. А. М. Гурвича. М.: Медицина, 1988. (*Walker A. E. Cerebral Death*. 3rd ed. Baltimore; Munich: Urban and Schwarzenberg, 1985)
5. Приказ МЗ РФ от 25.12.2014 № 908н «О порядке установления диагноза смерти мозга человека» // Гарант.ру. Информационно-правовой портал [электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70921232/> (дата обращения 02.11.2016).
6. *Shewmon D. Alan.* The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating Brain Death With Death // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2001. Vol. 26. № 5. P. 457–478.
7. *Cole D. J.* The reversibility of death // *Journal of Medical Ethics*. 1992. Vol. 18. № 1. P. 26–30.
8. *Dagi T. F., Kaufman R.* Clarifying the Discussion on Brain Death // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2001. Vol. 26. № 5. P. 503–525.
9. *Jonas H.* Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Umdefinierung des Todes. in: ders., *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1987.
10. *Попова О. В.* Проблемы смерти мозга и донорства органов: мифы и предубеждения в социокультурном контексте // Аспирантский вестник Поволжья. 2014. № 3–4. С. 164–166.
11. *Иванюшкин А. Я., Попова О. В.* Социальный и философский контекст проблемы смерти мозга. М.: 2015. // РФФИ. Отделение гуманитарных и общественных наук [сайт]. URL: <http://www.rfh.ru/downloads/Books/154693064.pdf> (дата обращения 02.11.2016).

МЫ ДЕЛАЕМ В НЕСКОЛЬКО РАЗ МЕНЬШЕ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ, ЧЕМ НУЖНО

Предлагаем вниманию читателей интервью с доктором медицинских наук, профессором Олегом Николаевичем РЕЗНИКОМ, руководителем отдела трансплантологии и трансплантационной нефрологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, руководителем Центра органного и тканевого донорства Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, председателем Ассоциации координаторов трансплантологов, для интернет-издания «Правмир».



— Что на Западе и в России сейчас происходит в трансплантологии как в науке? Насколько мы сильно отстаем? Мы же отстаем наверняка?

Не буду первым, кто скажет, что во многом основы трансплантологии были заложены отечественными учеными. Первая пересадка почки была сделана советским хирургом Ю. Ю. Вороным в 1933 г. в Херсоне. Девушке, которая отравилась сулемой в попытке самоубийства, Вороной в обычной больнице пересадил почку умершего человека. Пришил ее к сосудам бедра в надежде, что она заработает и поможет девочке пережить отравление. Почка работала всего несколько минут, девушка погибла. Но, тем не менее, это была первая пересадка почки от умершего человека.

Нельзя обойти имя великого Владимира Петровича Демихова. Начиная с предвоенных времен и заканчивая 1950-ми гг., он разработал практически все приемы трансплантации органов. Кристиан Барнард, который выполнил первую пересадку сердца, считал себя учеником Демихова. Владимир Петрович умер в Москве, в 1998 г. в безвестности, как часто бывает с гениями науки. К чему я это говорю? Техническую возможность пересадки органов разработали отечественные

ученые. Западная мысль тоже двигалась в этом направлении, но прорывные вещи были сделаны у нас.

Владимир Петрович Демихов (1916–1998) — ученый-экспериментатор, основоположник мировой трансплантологии. Впервые в мире выполнил следующие операции (в эксперименте):

1937 г. — первое в мире искусственное сердце;

1946 г. — первая в мире гетеротопическая пересадка сердца в грудную полость;

1946 г. — первая в мире пересадка комплекса сердце–легкие;

1947 г. — первая в мире пересадка изолированного легкого;

1948 г. — первая в мире пересадка печени;

1951 г. — первая в мире ортотопическая пересадка сердца без использования искусственного кровообращения;

1952 г. — первое в мире маммарно-коронарное шунтирование (1988 г. — Государственная премия);

1954 г. — пересадка второй головы собаке (всего им было создано 20 двухголовых собак).

В 1960 г. вышла книга Демихова «Пересадка жизненно важных органов в эксперименте», которая стала первой в мире монографией по трансплантологии.



В. П. Демихов

Что касается технологического оснащения, научных разработок, квалификации хирургов, лекарственного обеспечения, у нас все точно так же, как и в других странах. Сейчас государство поддерживает эти программы, и для больных все абсолютно бесплатно: по квоте операция оплачивается от начала и до конца, так же как и пожизненное обеспечение дорогостоящими лекарствами.

Общество наше отстает по другой, гуманитарной части. В целом западное сообщество оказалось более подготовлено к мысли, что после смерти органы нам не нужны, и они должны послужить тем, кто в них нуждается. В первую очередь это сердце и печень, в меньшей степени почки. Сегодня качество диализа такое, что без пересадки почки пациент может вполне удовлетворительно существовать. А без пересадки печени или сердца он обязательно погибнет.

Главная проблема трансплантации — дефицит доноров. Техническая возможность существует, основные приемы хирургии и терапии разработаны, здесь ничего нового мы не придумаем. Но трансплантация органов является единственной медицинской специальностью, эффективность которой зависит от общественного мнения. Я поясню.

Если человек упал с высокого этажа и разбился, его привезут в стационар для оказания помощи. Хирургу, который будет оказывать помощь, даже в голову не придет размышлять о нужности, о приемлемости его операции. Понятно, что он занимается благим делом. А трансплантологу, который пересаживает органы, для пересадки нужны эти самые органы. Реаниматолог, который стоит у постели доноров, должен быть уверен, что общество согласно с его работой, одобряет ее.

Поэтому наше отставание заключается в том, что пока не достигнута атмосфера согласия вокруг этой темы, и, несмотря на наличие юридических условий, в России нет достаточного числа посмертных доноров. На сегодняшний день трансплантация органов — компромисс между тем, что мы могли бы делать, и тем, сколько удастся выполнять таких операций. Мы делаем меньше трансплантаций, чем следовало бы, в несколько раз.

— Есть точные цифры по стране, сколько сейчас людей в листе ожидания?

Общенациональных листов ожидания пока у нас нет. Минздравом ведется подготовительная работа по созданию регистра, где будут учитываться все, кто нуждается в пересадке органов, будет создан и регистр доноров. Сейчас каждое учреждение, которое выполняет операции по трансплантации, обязано вести свой лист ожидания.

Что это означает? Пациент хочет оперироваться в этом учреждении. Он обязан быть именно там обследован, именно там комиссия должна прийти к заключению, что он нуждается в пересадке органов, должно быть собственноручно подписанное согласие пациента о том, что он хочет оперироваться именно в этом учреждении, еще нужен образец его крови для иммунологической лаборатории, которая будет проводить совмещение с будущим донором.

Совокупность этих клинических и юридических данных и является «листом ожидания». То есть это не лист бумаги, а группа больных, находящихся под опекой, наблюдением трансплантационного центра. Последний несет ответственность за их жизнь в период ожидания донорского органа. Представьте, какое напряжение сопровождает такие отношения. Все это четко прописано в федеральных порядках и стандартах.

Вообще надо сказать, что правовое поле очень четко очерчено, и практически исключены, вопреки расхожим мнениям, возможности правонарушений в этой области. В Петербурге данные учреждений, осуществляющих пересадку, формируют городской лист ожидания, ведет его Городской центр координации органного донорства НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе.

К слову сказать, центру 25 лет было в прошлом году, это старейшее подразделение такого рода в стране. Сейчас в листе ожидания 260 человек. Их могло быть больше, но в лист ожидания включаются наиболее подготовленные к операции пациенты, с учетом реаллий.

— **А сколько доноров в год бывает?**

— До пятидесяти доноров.

— **То есть этого недостаточно?**

— Да. И это всегда так.

— **Получается, общество само тормозит развитие этой науки, потому что у нас нет культуры принятия самой мысли о посмертном донорстве?**

— Нельзя сказать, что именно наше общество тормозит развитие. В целом эта проблема плохо принимается населением любой страны. Этому есть объяснение. Большинству людей неприятно думать о смерти, а размышления о трансплантации немедленно отсылают нас к необходимости соотносить себя с будущей нашей кончиной.

Почему трансплантация так заостряет на себе внимание, является раздражителем общественного мнения? Потому что она затрагивает один из главных вопросов: о жизни и смерти. По сути, трансплантация, и это очень популярный на Западе девиз, дает второй шанс, вторую жизнь. Но эта «вторая жизнь» возможна за счет органов умершего человека.

И когда мы слышим о том, что родственники умершего человека против изъятия донорских органов, стоит сосредоточиться на интересной психологической особенности. Здесь одна проблема замещается другой. Это как у детей, когда они боятся чего-то одного, а говорят о другом.

Так и здесь: возражая против трансплантации органов, люди отчетливо понимают, что за гранью земной жизни органы не нужны. Но они беспокоятся о другом: правильно ли констатирована смерть их близкого в реанимации, действительно ли он умер от фатального заболевания, не придано ли оказанию помощи с самого начала «донорское» направление.

Другими словами, близкие отказом от посмертного донорства пытаются гарантировать исключение «медицинского убийства» с целью получения донорских органов. Но тут

стоит сказать, что такими отказами и близкие умершего, и реаниматологи, которые не участвуют в донорстве, лишают шансов на жизнь других, не видимых им пациентов.



— **Это возможно изменить?**

— Проблема посмертного донорства требует осмысления и разъяснения, и, если хотите, обсуждения на самых разных площадках. Когда был Советский Союз, площадки были строго очерчены, выстроены. Мы, включив радио, сразу получали порцию инструкций, как себя вести в жизни. Можно с грустью относиться к ушедшему Советскому Союзу или не принимать такие формы управления общественной мыслью. Но сегодня наступает эпоха нравственного релятивизма, относительности тех норм, которые в течение столетий были незыблемыми. Здесь можно коснуться вопроса однополых браков, эвтаназии. И трансплантацию органов часто относят к этому пакету тревожащих проблем.

Одной из убедительных площадок может быть, в том числе, церковный институт: православие, а также представители других конфессий, все религии авраамического направления имеют высокий моральный авторитет.

Однако сами православные священники неоднозначно относятся к вопросу донорства и трансплантации. Одни выступают с заявлениями, что трансплантация может являться вызовом Господу. Эта точка зрения заслуживает уважения, но врач действует в ежедневном юридическом и правовом поле. И пока я не знаю тех людей, которые могли бы, глядя в глаза больному, сказать, что его срок жизни закончился, он обречен, потому что трансплантация органов не соответствует критериям нравственности. Это мог бы быть очень жестокий подход.

Другие говорят, что это не противоречит замыслу Божьему. Церковь — Тело Христова, и если часть меня будет жить в каком-то представителе общины дальше, даря ему жизнь, то это укладывается в традиционную православную этику. Думаю, что сомнения священников рождаются от той же неосведомленности в вопросах донорства и трансплантации.

Официальная же позиция Церкви отражена в ее Социальной концепции. Церковь рассматривает трансплантацию как акт дара и добра, длящегося по ту сторону смерти, но необходимыми условиями которого должны быть добровольность, прижизненное согласие умершего и возможность осуществления посмертного донорства только после безусловной кончины человека, после разъединения души и тела.

Мне кажется, было бы правильным создать постоянно действующий орган, комиссию или центр, например, при митрополии, где проходили бы регулярные дискуссии по актуальным вопросам биоэтики, не обязательно только по вопросам трансплантации, на которых высказывались бы священнослужители, специалисты в области права и этики, обычные пациенты. Ведь их голос, как правило, никто не слышит. Юристы и трансплантологи состояются в изошренности профессиональных решений, а самих больных никто не слышит. Их страдания молчаливы, незаметны и никому не известны. Если бы о них знали, благосклонность общества к такому виду лечения, как трансплантация, была бы выше.

В ходе таких дискуссий даже не обязательно ждать от Церкви рекомендаций в области донорства. Само участие священнослужителей в такого рода дискуссиях выводило бы разговор о трансплантации «с улицы» на более высокий интеллектуальный уровень. И свидетели этих дискуссий, слушатели и те, кто смотрит трансляцию, понимали бы, что это проблемная область медицины, но нужная. Церкви сегодня принадлежит небезосновательное право заострять внимание общества на тех или иных биоэтических проблемах, к ее голосу прислушиваются. Прогресс кроется в том, чтобы каждый из нас индивидуально решил, согласен ли он стать донором органов.

— Бесконечные истории о том, что людей похищают ради продажи органов, имеют под собой основания? У нас в России есть «черный» рынок органов?

— Системные преступления ради получения донорских органов и их продажи невозможны. Технология получения донорского органа из умершего человека очень сложна, здесь участвует несколько десятков человек, нелегально такую операцию провести нельзя. Кроме того, срок жизни донорского органа очень ограничен. И никогда нельзя сказать заранее, кому он подойдет. Вот говорят об очереди на трансплантацию, это невежественное заявление. Скорее, если использовать метафору, это лотерея: орган выбирает реципиента. И возможности нечестного распределения органов ограничены. Просто потому, что если донорский орган пришьют не тому человеку, которому он подходит, произойдет отторжение.

Существуют ли нарушения? Да, в сфере трансплантационной этики — весьма серьезные. Это за рубежом происходит: бедным людям предлагается на коммерческой основе сдать донорские органы, парные или часть печени. В Пакистане есть целые деревни, где взрослые мужчины живут с одной почкой.

Ужас ситуации в том, что все делается по согласию. Ведь если XX век отождествлялся с тоталитарными катастрофами — концлагерями, войнами, то XXI век терпит «катастрофу искушения». В чистом виде предложение продать донорскую почку — это искушение. Другими словами, я иногда повторяю это, «скрытое насилие богатых над бедными». То есть бедные сами согласны так поступать, но от этого они не становятся богатыми.

Слава Богу, в России коммерческое донорство запрещено: несмотря на обилие подобных объявлений в интернете, вы нигде не найдете реального случая продажи донорской почки. Если есть такие безумцы, они ездят за рубеж, по всей видимости. Есть даже такое понятие, трансплантационный туризм. Наша страна борется с этим, у нас не выполняются трансплантации иностранцам, введен мораторий на этот вид помощи для них. Россия подписала ряд международных соглашений о препятствии торговле донорскими органами.

— Кто у нас в России может стать донором? Жена мужу может отдать свою почку?

— До 60% пересадок органов за рубежом — альтруистические пересадки от живых доноров, так как посмертных доноров никогда не будет достаточно. У нас в России круг живых доноров ограничен генетическими родственниками: мать, отец, дядя, тетя, бабушка, дедушка, брат, сестра. Если муж жене захочет отдать почку или наоборот, они не смогут этого сделать, потому что не являются генетическими родственниками.

У нас очень боятся перекосов, фиктивных браков, злоупотребления и принуждений. Но, знаете, можно ведь ввести ценз, например, двухлетний, ожидания донорского органа от негенетического родственника. Современная терапия позволяет в эти сроки, до 2 лет, некоторым образом компенсировать течение заболеваний. А суд может установить, являемся ли мы партнерами настоящими или фиктивными: общие счета, поездки, признаки совместной хозяйственной жизни. Это отчасти решило бы проблему посмертного донорства.



В России, как мы знаем, существует презумпция согласия: это означает, что если у нас нет сведений о том, что умерший при жизни был против донорства, мы можем действовать так, как если бы он был «за». На практике, конечно, немного по-другому. Когда в реанимации пациент погибает, и стоят его родственники, никто не будет совершать весь комплекс мероприятий по донорству, не спросив их разрешения. Если родствен-

ников нет, то, откровенно говоря, никто их и не разыскивает, потому что практика получения донорских органов сосредоточена на том, чтобы получить их как можно скорее и чтобы они остались жизнеспособными и способными принести пользу другому человеку.

— Здесь счет идет на часы, правильно?

— Совершенно верно. Так вот, если родственники присутствуют в реанимации, мы с ними разговариваем. И, не скрою, как правило, получаем отказ. Это связано с определенным недоверием к институту медицины, причины которого мы обсуждали выше.

— Здесь еще такой момент: ведь ваш любимый человек только что умер.

— Поэтому как раз так важно само обсуждение этих тем, не разовое, а постоянное, обновляемое. Если бы люди слышали хотя бы отголоски этих дискуссий в спокойное время, то тогда в момент наивысшего горя они были бы в той или иной степени подготовлены к тому, чтобы даже «нет» сказать. Но сказать его осмысленно.

— Не с юридической, а с биологической точки зрения что нужно, чтобы можно было использовать донорский орган? Что должно совпадать?

— Группа крови и генетическая структура. Знаете, вот есть ключ и замок, но ключ может не подойти. Так и здесь, орган должен подходить по генетической формуле.

— Что самое сложное в операции по трансплантации органов?

— Хирургия получения донорских органов из тела умершего человека и сама пересадка так же сложны, как кардиохирургия, скажем, или другие виды высокотехнологичной медицинской помощи. Она требует хорошей школы, навыков и отличного знания анатомии, не каждый врач и не каждый коллектив врачей может провести эту операцию. Однако те, кто это делает, делают по установленным стандартам, принятым в мире.

Если вы меня спросите: «Насколько сложно играть в симфоническом оркестре?», я отвечу, что надо закончить консерваторию, иметь определенный стаж, выиграть столько конкурсов, быть принятым в коллектив и так далее. Жизнь любого профессионала

представляет собой довольно долгий путь, никогда он не бывает ни простым, ни легким.

— **Часто ли бывает отторжение органов после пересадки?**

— Отторжение органов в нынешних условиях — менее 20% вероятности его наступления вообще. Современные иммуносупрессивные препараты обеспечивают то, что человек практически не отличается от обычных людей. Женщины рожают детей, мужчины возвращаются к деятельному образу жизни. Сегодня пересадка органов — совсем не то, что было 20 лет назад. Отторжение бывает, конечно, но оно не обязательно должно заканчиваться потерей трансплантата. Бывает, что орган утрачивает свою функцию после трансплантации, но это нетипичное течение событий.

Пациенты, которые получили трансплантат, не реже одного раза в месяц ходят к врачу на обследование и корректировку дозировок препаратов, если такая требуется. Если работа трансплантата дала сбой, врач может назначить госпитализацию, определенное лечение, и часто происходит «возврат в строй». Это обычное дело. Органы так же, как и люди, иногда болеют, потом выздоравливают. Хотя, конечно, было бы ошибкой утверждать, что пересадка органов — это решение проблем заболевшего человека раз и навсегда.

— **Если говорить об идентичности, насколько человек, которому пересаживают чужие органы, остается самим собой?**

— Сложный вопрос. Мне-то кажется, что средоточием всего самого главного у нас является голова. Хотя большое число священнослужителей считает, что сердце. Китайцы, японцы считают, что пока сердце бьется, человек жив. Полтора миллиарда человек могут ошибаться? Не знаю.

Как только мы начинаем говорить о трансплантации, мы сразу же попадаем в проблемное этическое поле. Вот в Китае до последнего времени была практика пересадки органов от приговоренных к смерти преступников. Мне казалось это бесчеловечным. А теперь есть практика получения донорских органов после эвтаназии в Бельгии и Нидерландах. Причем поводом к уходу из жизни становится не тяжелая или смертельная болезнь, а неудов-

летворенность самой жизнью. И тут мы сразу говорим о том, что если определенную часть населения убедить, что они плохо живут, они будут стремиться к смерти и станут источником донорских органов для богатых.



Как мы видим, простое обсуждение проблем трансплантации сразу уводит нас в такую сторону, где обязательно должен быть страж. Кто сегодня может этим стражем стать? Государство? Мое собственное я? Иммануил Кант с категорическим императивом? Церковь? Церковь может отрицать нужность этих программ, но тогда она должна сказать что-то тем, кто умирает, готовится к смерти.

То есть, скорее, мы могли бы говорить не о том, где находится душа человека и средоточие всего человеческого, а о том, какие условия, нравственные, позволяют развивать или закрывать такую программу, как трансплантация. Ведь возможность выполнять трансплантации нам дает закон, а эффективность его исполнения зависит от этических воззрений исполнителей.

Есть такие теории, которые утверждают, что части тела принадлежит все то, что и организму в целом. А есть те, которые говорят, что есть голова и сердце, а остальное неважно. Мне кажется, что большую часть своих органов после смерти мы могли бы подарить. Скажем так, мы не имеем права отказывать ближнему в помощи, если эта помощь зависит от нас, а нам то, чем мы можем помочь, уже не нужно. Это очень простая с точки зрения нравственности мысль. И как раз она помогает мне и моим коллегам существовать в поле трансплантации без духовного насилия и без напряжения: мы делаем важное дело.

— Были в вашей личной практике истории пациентов, которые стали вехой в профессиональной работе? Особенно запомнились?

— Каждый пациент имеет право на то, чтобы его запомнили. Тут я хотел бы сказать вот о чем. Что меня постоянно удивляет: когда говорят о трансплантации, совершенно ускользает от сознания тех, кто ее обсуждает или осуждает, один удивительный факт. Смотрите, наступила кончина человека, забирается часть его тела, пришивается другому человеку, который без этого бы умер, и она начинает работать. После того как жизнь прежнего обладателя ушла, и жизнь органа на несколько часов замерла. Разве это не чудо? Когда я в первый раз увидел трансплантацию, меня это потрясло.

Когда обычный человек рассуждает о трансплантации, он представляет все несколько упрощенно. На практике же все выглядит более тонко, сложно и более организовано, целесообразно. Гармонично. Нельзя не вспомнить первых анатомов Средних веков, приходивших в восторг от того, как Господь промыслил человеческое тело и устройство нашего организма.

Я пережил разные периоды своего отношения к трансплантации: от юношеского восхищения технической составляющей — это ведь космические технологии, до некоторого разочарования, связанного с тем, что, как я уже говорил, трансплантация — это

компромисс. Аппендэктомий делается ровно столько, сколько их нужно сделать: заболел человек аппендицитом, удалили ему этот отросток. Сколько случаев аппендицита, столько операций. В чем главная особенность трансплантации? В том, что заболевших много, а операций мы можем сделать мало. И это постоянный источник неудовлетворенности.

Но когда я вижу слаженность работы нескольких команд: реанимационного отделения больницы, где находится донор, иммунологической лаборатории, которая подбирает реципиента, работу бесконечного числа сотрудников, водителей, диспетчеров, работу операционной, в которой происходит удаление органа, и точно так же работу врачей, которые срочно обследуют реципиента, срочно везут в операционную, хирургов, которые делают трансплантацию, — вот это задействование огромного количества людей в попытке перенести жизнь из одного тела в другое вызывает уважение и восхищение.

Когда орган переносится в новое тело, в него буквально «вдыхают» жизнь. И тут ты видишь, как он наполняется кровью и расцветает, начинает снова жить. И пациент, новый обладатель, вместе с ним. Разве это не чудо?

*Статья предоставлена ресурсом
«Правмир» pravmir.ru*

*В оформлении использованы фото
persons-info.com; pravmir.ru*

ДУХОВНЫЕ НАСТАВЛЕНИЯ

Смерть — это совсем не гроб, не балдахин, не черная повязка на руке, не могила в глине.

Смерть — это когда росток жизни нашей вылезет на поверхность земли и станет под прямые лучи Божиего солнца. Умереть и прорасти зерно жизни должно еще здесь, в земле. Это так называемое в Евангелии «рождение духом», «второе рождение» человека. Смерть же тела есть оставление ростком земли, выход из земли.

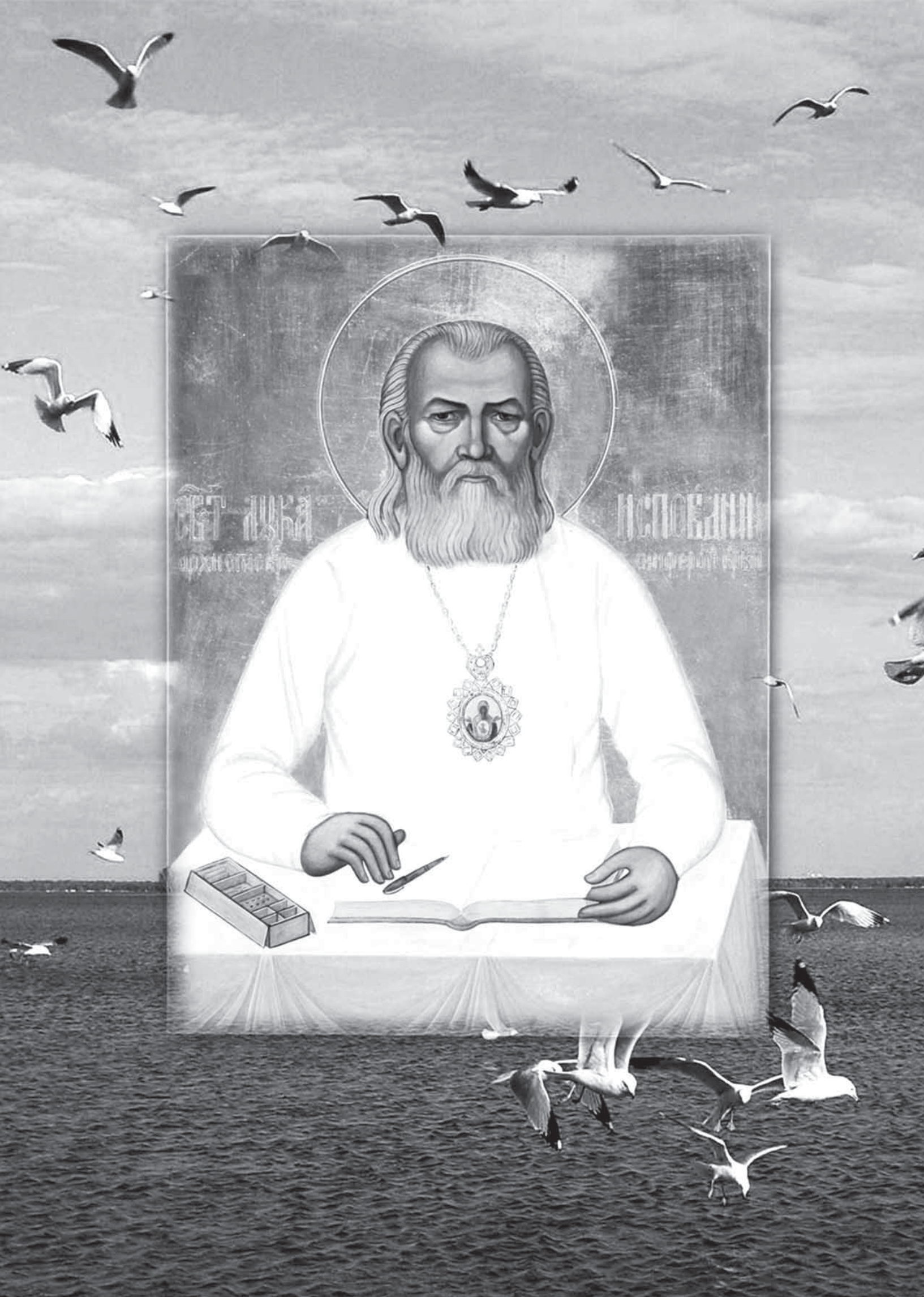
Всякого человека, получившего хотя бы самую маленькую духовную закваску, хотя бы самую незначительную евангельскую жемчужину «внутри себя», ожидает совсем не смерть, и даже далеко не смерть.

Для мертвых же духом, конечно, гробы, могилы, черные повязки — это все реальности. И их духу нельзя будет выйти на поверхность истинной жизни, ибо они на земле для себя, для грехов своих не умерли.

Архиеп. Иоанн Сан-Францисский (Шаховский)



**МАТЕРИАЛЫ,
ПОСВЯЩЕННЫЕ
СВЯТИТЕЛЮ ЛУКЕ**



ПОМОЩЬ ВО ИМЯ СЯТИТЕЛЯ ЛУКИ

В 2015 г. был открыт Благотворительный фонд помощи больным с хирургическими и иными тяжелыми заболеваниями им. Святителя Луки Крымского. О деятельности фонда рассказывает его президент Олег Викторович МАРКОВ.



— Олег Викторович, каковы главные направления деятельности Благотворительного фонда им. Святителя Луки Крымского?

Благотворительный фонд создан для оказания эффективной помощи больным, страдающим тяжелыми заболеваниями различного характера, но прежде всего, для адресной помощи по жизненным показаниям детям и людям молодого возраста до 35 лет. Мы организуем сбор средств на лечение, медицинскую диагностику и реабилитацию, приобретаем жизненно необходимые лекарственные препараты и медицинское оборудование. В каждом случае наиболее важно вовремя оказать помощь, в которой остро нуждается больной. Фонд создан в 2015 г. В ноябре 2015 г. была оказана помощь первым больным ДЦП, детской онкологией и иными тяжелыми заболеваниями.

При этом основным направлением деятельности фонда стала адресная поддержка больных редкими болезнями легких и прежде всего муковисцидозом. Основная возрастная категория тяжелых больных от 18 до 35 лет. В периоды обострения течения этого генетического заболевания на средства благотворительных пожертвований были приобретены аппараты для неинвазивной вентиляции легких, эффективные лекарственные препараты для внутривен-

ной антибактериальной терапии, специализированное лечебное питание. В ряде случаев больным муковисцидозом оказывается необходимая помощь на протяжении длительного периода течения болезни. Также при поддержке фонда была осуществлена программа медицинской реабилитации и санаторно-курортного восстановительного лечения пациентки через два месяца после проведенной ей операции по трансплантации легких.

В своей работе по оказанию помощи больным мы тесно сотрудничаем с руководством и ведущими врачами профильных клинических учреждений. На общественных началах в попечительский совет фонда согласились войти высокопрофессиональные врачи: директор НИИ пульмонологии ФМБА России академик Александр Григорьевич Чучалин, профессор ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова протоиерей Сергей Филимонов, заведующий научным отделением неотложной торакоабдоминальной хирургии НИИ СП им. Н. И. Склифосовского Евгений Александрович Тарабрин, заведующая лабораторией муковисцидоза НИИ пульмонологии ФМБА Елена Львовна Амелина. Хочу подчеркнуть ключевой момент в работе нашего фонда — в огромной степени действенное участие врачей высокой квалификации позволяет нам оказывать тяжелым больным наиболее эффективную и своевременную помощь.

Еще одним направлением работы фонда является содействие стажировкам врачей за рубежом с целью приобретения ими передовых теоретических и практических знаний, получения разностороннего опыта лечения больных с хирургическими и иными тяжелыми заболеваниями. Программа уже имеет первые положительные результаты, и это самое главное.

— Какие направления деятельности для фонда являются перспективными?

Представляется как перспективное и важное для фонда направление деятельности — содействие целевому оснащению больниц и клиник недостающим современным медицинским оборудованием, аппаратами, приборами, инструментами и материалами, применяемыми в медицинских целях. Современное оборудование остро необходимо для лечения, проведения хирургических операций, в том числе трансплантаций. При этом максимальной задачей будет являться приобретение передового медицинского оборудования, в том числе оборудования, которое еще не применялось для лечения больных в нашей стране.

Кроме того, фондом в рамках отдельных программ планируется поддержка производства и выпуска продукции печатных изданий, освещающих вопросы оказания медицинской помощи больным тяжелыми заболеваниями, а также знакомящих врачей с актуальными учебно-методическими и научными работами в целях получения ими профессиональных знаний и повышения квалификации.

— С чем связано, что фонд назван именем святителя Луки Крымского?

Высокое имя святителя Луки воодушевляет, помогает и поддерживает в работе по оказанию помощи. Но прежде всего, это большая ответственность для нас, ответственность абсолютно во всем, что связано с деятельностью фонда. Святитель Лука (Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий) — выдающийся хирург, профессор медицины и проповедник XX века. Всю свою жизнь он трудился как врач и как священник, был одним из самых крупных теоретиков и прак-

тиков гнойной хирургии. История его жизни полна гонений, арестов и ссылок. Но в любых даже самых тяжелых условиях святитель Лука находил в себе силы и делал сложные операции, служил людям. За ним — тысячи спасенных жизней и тысячи спасенных душ.

— Существует ли, на Ваш взгляд, проблема доверия к благотворительным фондам?

Сейчас благотворительные фонды одни из самых финансово-открытых организаций в нашей стране. На сайте каждого вы найдете подробные отчеты о потраченных средствах, аудиторские заключения, с любым сотрудником фонда можно связаться, встретиться и получить исчерпывающую информацию. Фонды как некоммерческие организации отчитываются Министерству юстиции и налоговым органам Российской Федерации. Доверие людей можно заслужить только реальными делами. Самое главное для нашего фонда — это репутация.

— Кто помогает фонду?

Прежде всего, это помощь учредителей фонда. Помогают светлые и добрые люди, небезразличные к боли и страданиям других людей. Ценна любая помощь и пожертвование. Каждый раз это жизненный опыт людей, личные истории, сострадание и личные переживания. Человек должен прийти к желанию помогать сам, его нельзя заставить.

— Что бы Вы хотели сказать людям, желающим помочь в лечении больных через фонд имени святителя Луки Крымского?

Надеюсь, что вы разделяете наши цели и будете готовы вместе с нами помочь спасти жизнь и вернуть радость жизни больному ребенку или взрослому человеку! Спасибо всем, кто помогает фонду! Без вашей поддержки мы не смогли бы оплатить лечение, необходимое больным по жизненным показаниям.

*Сайт Благотворительного фонда
им. Святителя Луки Крымского:
stlukafund.ru*

ПАСХАЛЬНАЯ РАДОСТЬ В ВЕЛИКИЙ ПОСТ: РЕПОРТАЖ О ПРЕБЫВАНИИ МОЩЕЙ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО) В МОСКВЕ ПО ПУТИ В ГРЕЦИЮ

Всю ночь с 1 на 2 апреля 2016 г. в Донском монастыре не смолкали песнопения у мощей святителя Луки (Войно-Ясенецкого). Здесь немногим менее суток находилась святыня, перенесенная в Москву из Симферополя по пути в греческий город Патры. Уносились под купол слова акафиста святителю Луке, который пели волонтеры движения «Сорок сороков», священники, приехавшие из разных столичных храмов, и верующие из числа тех, кто пришел к великой святыне поздней ночью.



Все больше россиян постепенно узнает об удивительном святом, который спас тысячи жизней солдат и офицеров в годы Великой Отечественной войны. «Раненые салютовали мне... ногами», — говорил хирург, вспоминая то военное время. Он лечил людей не только как врач, но и как пастырь добрый. Перед операцией всегда молился перед иконой Богородицы, которую не позволил вынести из операционной, осенял крестным знаменем хирургические инструменты, на операционном поле рисовал йодом крест. И практически все операции проходили у него

успешно. К сожалению, сегодня тысячи тяжело больных россиян даже перед сложной операцией не молятся хирургу, прославленному в лике святых. Вот почему принесение его мощей в столицу России по пути из Симферополя в Грецию имело огромное значение. Не только москвичи, но и жители других городов нуждаются в помощи святого, особенно в случаях, когда медицина бессильна.

Узнав, что святитель Лука при жизни был хирургом, помолиться у его мощей в Донском монастыре пришли даже те, кто мало знал о нем до этого. Некоторых людей на костылях подводили к святыне родные, были и инвалиды в колясках. Порадовало огромное количество детей — от младенцев до подростков. По сообщению «РИА Новости», за сутки к мощам приложилось более 50-ти тысяч верующих.



Оксана Сивакова, редактор православного журнала «Славянка»: Мы с сыном впервые в жизни приложились к мощам святителя Луки. Испытываю огромную Божью благодать и большую радость. У людей слезы радости на глазах. Несмотря на холодную погоду,

на душе тепло. Каждый со своей просьбой приехал. Святитель Лука, наверное, поможет все наши просьбы Господу донести, дать нам надежду, веру, радость душевную, любовь. И у всех, кто выходит, эта радость, любовь и надежда светятся в глазах. Так удивительно, что эти мощи прибыли к нам, и множество народа может приложиться к ним. Спасибо Фонду Андрея Первозванного, который на сутки привез сюда святыню, потому что не у каждого есть возможность прилететь в Симферополь.

Координатор движения «Сорок сороков» Андрей Кормухин, отец девяти детей: Святитель Лука для нашей семьи — это свой святой, он нам как родной. Мы часто ему молимся. И если Господь сподобляет быть в Крыму, конечно, мы в первую очередь идем к мощам этого великого русского святого, которые находятся в Симферополе. Со святителем Лукой наша семья связана фактически с самого начала, со дня ее образования. Дьякон Сергей Андреев, крестный моей супруги, который живет в Симферополе и служит в храме, непосредственно участвовал в обретении мощей святителя Луки. Их открывали при нем. Как только мощи были обреты, мы прикладывались к их частичкам, которые были у нас в доме. Тогда в Москве его еще не знали и не почитали так широко, а для нас он уже был великим русским святым. Сейчас открывается все его величие.



Координатор движения «Сорок сороков» Владимир Носов: У мощей святителя Луки мы все чувствуем неописуемую радость. Это благодать Божья, чудо! Те часы, которые люди стояли на промозгом воздухе, никого не смутили. И детишки, и взрослые — все идут к мощам святителя с радостью и ух-

дят с улыбками на устах. Не было ни одного конфликта! Все на таком позитиве, на такой радости! Казалось бы, конец недели, вечер пятницы, все устали, но люди после работы не домой шли, а в обитель. Даже сейчас, глубокой ночью, люди идут и идут.

Моя первая встреча со святителем Лукой Крымским произошла в Красноярске летом 2007 г., когда туда привезли частицу его мощей. Меня потрясло, что именно во время крестного хода со святыней на небе появилась радуга. Тогда я был еще невоцерковленным человеком, и на меня это произвело колоссальное впечатление, как и маленькие детишки, которые вставали на коленочки и кланялись мощам святителя Луки. Конечно, атмосфера была потрясающе чудесная.

Движение «Сорок сороков» существует третий год. Мы были в Лавре в торжественные дни празднования 700-летия со дня рождения преподобного Сергия Радонежского, помогали, наводя порядок в очереди к раке с его святыми мощами, раздавали просфорки во время Божественной Литургии, когда служил Патриарх Кирилл, раздавали верующим акафисты и иконки преподобного Сергия. В формате движения «Сорок сороков» мы берем детей на большие праздники в храмы. Здесь у ковчега с частицей мощей святителя Луки нам тоже помогают мальчишки.

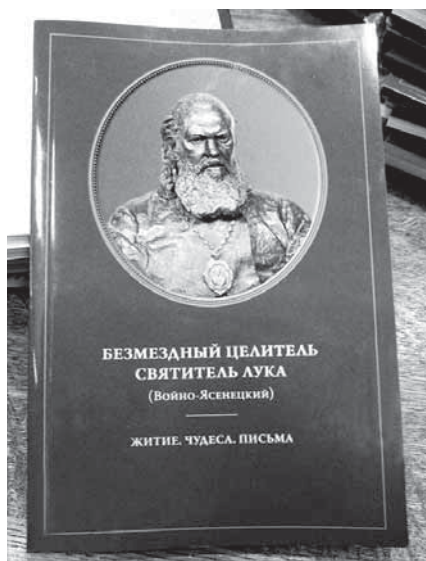
Ровно за месяц до Пасхи в Донском монастыре царил праздничное предпасхальное настроение. Люди несли цветы святому, которому круглые сутки читался акафист. Тысячи верующих вместе с духовенством пели в дни Великого поста «Радуйся, святителю Крымский, исповедниче Луко, врачу благий и милостивый!». Хотя служившие молебны священнослужители не были облачены в красные одежды, сути это не меняло — пребывание в Донском монастыре мощей святителя Луки было трудно сравнить с чем-то иным, кроме Пасхи.

Со «второй Пасхой» день памяти святителя Луки, который отмечается 11 июня, сравнивают жители Греции, куда из Москвы был перенесен ковчег с частицей мощей столь любимого греками русского святого. Их вера так велика и по-детски так наивна, что вда-



ли от России по молитвам русского святого происходит множество чудес, описанных митрополитом Аргонидским Нектарием (Антонопулосом) в книге «Безмездный целитель. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Житие. Чудеса. Письма». По словам греческого монаха, вся жизнь святителя Луки — это «истечение любви».

Святитель Лука (Войно-Ясенецкий), архиепископ Симферопольский и Крымский, переживший репрессии, ссылки, тюрьмы, получивший после сталинских лагерей Сталинскую премию первой степени за свои научные труды и тысячи спасенных жизней в годы Великой Отечественной войны (уникальный случай в истории!).



«В последнее время много мощей приносится в пределы Русской Православной Церкви из-за рубежа. А ведь у нас самих очень много подобных святых, — сказал председатель попечительского совета Фонда Андрея

Первозванного (ФАП) и Центра национальной славы (ЦНС) В. И. Якунин. — И вот мы стали свидетелями такого уникального явления. Сегодня мощи русского святого принесены за границу. Справедливо прозвучали на молебне слова одного из греческих батюшек о том, что эта акция приносит больше результата, чем дипломатические переговоры. Ведь это движение навстречу друг другу».

По словам В. И. Якунина, принесение мощей святителя Луки в Патры еще больше укрепило дружеские связи между народами России и Греции.

К сожалению, далеко не все москвичи знают, что иконы с частицами мощей святителя Луки есть в храме Иверской иконы Божией Матери на Большой Ордынке, в церкви святителя Луки (Войно-Ясенецкого) в Марьином парке, в больничном домовом храме святителя Николая Чудотворца при ФГБУ НКЦО ФМБА России, в храме Успения Божией Матери в Путинках, где каждую пятницу в 17.00 служится молебен святителю Луке и другим святым. По словам протоиерея Алексия Гомонова, настоятеля этого храма, от иконы святителя Луки, написанной человеком, исцелившимся от рака, сразу же начались чудеса. Хотя в московских храмах нет многотысячных очередей и круглосуточного молебного пения и чтения акафиста, будем помнить, что по вере нашей да будет нам!

О всеблаженный исповедниче, святителю отче наш Луко, великий угодниче Христов, моли Бога о нас, грешных!

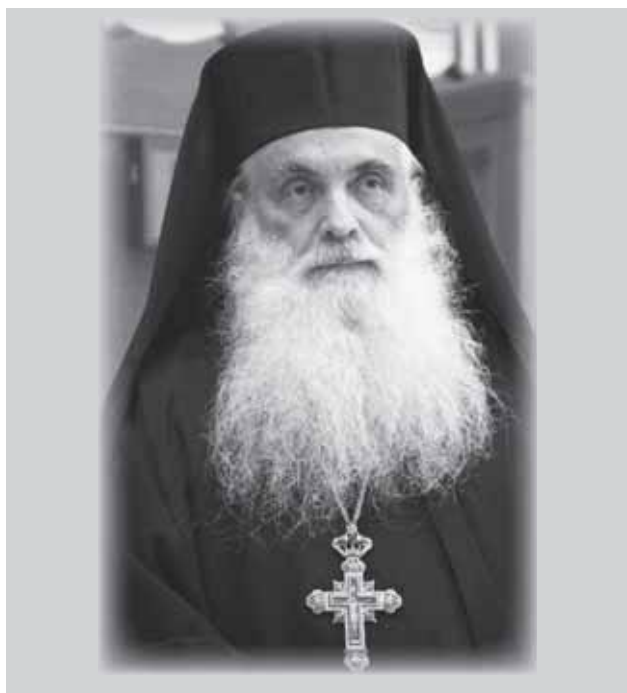
И. Р. Ахундова
Фото автора

«СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА ПРИМИРЯЕТ ВСЕХ, ВТЯНУТЫХ В ПОЛЕ ВРАЖДЫ И НЕСТРОЕНИЙ»

Пятьдесят пять лет со дня преставления святителя Луки (Войно-Ясенецкого) исполнилось 11 июня 2016 г. Русский святитель, выдающийся хирург и архиепископ Симферопольский и Крымский в последние годы стал одним из самых почитаемых святых в Греции. По некоторым данным более 40 новых храмов в этой стране освящены в честь русского святого.

2016 г. был объявлен в Греции годом России. В рамках этого события 2 апреля 2016 г. в греческий город Патры из Симферополя в специальном ковчеге была принесена частица мощей святителя Луки. В течение десяти дней святыня находилась в Патрах в кафедральном соборе Андрея Первозванного.

Предлагаем вниманию читателей интервью журналиста Ирины Рамизовны АХУНДОВОЙ с митрополитом Аргонидским НЕКТАРИЕМ (Антонопулосом), которого соотечественники называют «секретарем епархии святого Луки».



Митрополит Нектарий — единственный человек не только в Греции, но и в мире, который побывал почти во всех местах, где когда-либо трудился русский врач-архипастырь. На его счету более 110 экспедиций, 20 тысяч

фотографий, огромные тиражи книг о любимом русском святом... Ежегодно 11 июня, в день памяти святителя Луки и день Всех Святых, в земле Российской просиявших, около 200 жителей Греции во главе с владыкой Нектарием едут в Свято-Троицкий монастырь Симферополя для участия в торжествах у мощей святителя Луки. Но и у себя на родине этот день празднуется всеми греками почти как «вторая Пасха».

О круглых и памятных датах

— Дорогой владыка, благодарю Вас за приглашение объехать с Вами всю Грецию, где я заново открыла для себя святителя Луку. Вы знаете о нем больше, чем многие мои соотечественники. Благодаря Вам за последние 15 лет он стал одним из самых почитаемых в Греции святых. Давайте напомним читателям о памятных датах 2016 года.

— 100 лет тому назад Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий защитил свою док-

торскую диссертацию «Регионарная анестезия». А 95 лет тому назад, в феврале (в день Сретения Господня) в Ташкенте профессор Войно-Ясенецкий был рукоположен в сан иерея (в сан епископа возведен 31 мая 1923 г.). В начале 1946 г., то есть 70 лет тому назад, будущий святитель получил Сталинскую премию первой степени за научную разработку новых хирургических методов лечения гнойных заболеваний и ранений, изложенных в научных трудах «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов».

— Эти труды и в наши дни остаются настоятельными книгами хирургов, но далеко не все российские врачи других специальностей обращаются к святителю Луке за помощью. Даже не все верующие люди знают об этом всемирно известном хирурге и архипастыре, имя которого приумножает национальную славу России далеко за ее пределами. Тысячи тяжело больных россиян ложатся под нож хирурга, но не молятся святителю Луке.

— Ничего, скоро все будут молиться ему. Назову еще одну круглую дату. 18 марта 2016 г. исполнилось 20 лет со дня обретения мощей святителя Луки, а 20 марта 1996 г. его святые мощи были перенесены в Свято-Троицкий кафедральный собор Симферополя.

— Добавлю, что по промыслу Божьему 18 марта исполнилось также два года со дня подписания в Георгиевском зале Кремля договора о вхождении Республики Крым в состав Российской Федерации. Именно в тот день я узнала, что Олег Юрьевич Атьков поддержал идею проведения в Москве фотовыставки «Святитель Лука». А 21 марта 2014 г. Владимир Путин подписал федеральный конституционный закон о вступлении Крыма в состав РФ и образовании в стране новых субъектов — Республики Крым и города федерального значения Севастополя. 25–26 мая 2016 г. исполняется 20 лет со дня причисления архиепископа Луки к лику местночтимых святых в Симферопольской и Крымской епархии. Знаю, что Крым для Вас — это особое место. Расскажите немного о себе.

— Я родился в 1952 г. в Афинах, где окончил семинарию, Богословскую школу и Бого-

словский факультет Афинского университета. Посвятить себя Богу решил еще в детстве. В Греции в монастыре Сагмата, где раньше я был игуменом, есть придел во имя святителя Луки. Мне удалось создать небольшой музей, в котором собрано много фотографий и личные вещи святителя: архиерейская митра, части облачений, хирургические инструменты, научные труды и исследования, книги, картины, письма. Монастырю Сагмата более 900 лет, но он стал очень известным лишь в последнее время — благодаря находящимся здесь довольно большой частице его мощей, частице его сердца и иконе святителя Луки, написанной греческими иконописцами. Вся икона увешана дарами исцеленных им людей, которые таким образом поблагодарили святого за помощь. В последние годы святитель Лука — русский святой XX в., гордость и украшение Русской Православной Церкви и всего Вселенского Православия — стал в Греции необычайно близким и любимым святым. Везде его почитают, и буквально в каждом доме теперь есть его икона.

Памятные даты 2017 г., связанные со святителем Лукой

140 лет со дня рождения — В. Ф. Войно-Ясенецкий родился в Керчи 27 апреля (9 мая) 1877 г.

100 лет со дня переезда профессора Войно-Ясенецкого в Ташкент и избрания его на должность главного врача Ташкентской городской больницы — в начале 1917 года.

95 лет со дня участия в первом научном съезде врачей Туркестана — в 1922 г.

80 лет со дня третьего ареста и ссылки в Сибирь, в Большую Мурту Красноярской области — 13 декабря 1937 г. (день памяти Андрея Первозванного).

70 лет со дня назначения консультантом Симферопольского военного госпиталя — в начале 1947 г.

70 лет со дня окончания работы над книгой «Дух, душа и тело», начатой в начале 1920-х гг.

60 лет со дня избрания почетным членом Московской духовной академии — 11 января 1957 г. — и начала работы над автобиографической книгой «Я полюбил страдание...» (в 1957 г. диктует мемуары).

Об издательской деятельности

— **Как Вы впервые узнали о русском святом?**

— Много лет тому назад я купил в Крыму книгу протодиакона Василия Марущака «Святитель-хирург. Житие архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого)». Мы перевели ее на греческий язык. Мне и самому выпала большая честь написать и издать на греческом языке книги о жизни святителя, о его крестном исповедническом пути, о его пастырских и научных трудах, о его подвигах жертвенного служения человеку. Первое издание книги вышло в 1999 г. тиражом 72 тысячи экземпляров.

— **В 2014 г. Вы подарили Олегу Юрьевичу Атькову изданный Вами трехтомник о святителе Луке Крымском. Как шла работа над книгами?**

— Это была очень трудная работа и очень большая по объему. Мы много путешествовали по тем местам, где некогда жил святитель, вели беседы с людьми, лично знавшими его. Мы провели более 110 экспедиций, собрали огромный материал. На это потребовались многие годы. Вы можете себе представить, что такое классифицировать и разложить по категориям 20 тысяч фотографий, которые были сделаны нами? Мы должны были произвести некую селекцию, некий отбор и все это разложить по категориям.

— **Какова структура трехтомника?**

— Он составлен по городам и направлениям, где бывал Лука. В основе книг некие путевые заметки, которые иллюстрируются соответствующими снимками. Мы берем географические точки, например, Керчь и публикуем тут все, что с этим городом связано. До сих пор есть люди, которые помнят Луку. И переводчик, который всегда был со мной, переводил их воспоминания о святителе.

— **Марк Поповский в книге «Жизнь и житие святителя Луки Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга» описывает свои встречи с людьми, которые знали святителя. Вы использовали эту книгу, чтобы найти этих людей?**

— Поначалу использовал, а потом самостоятельно начал поиск. В эти путешествия

я ездил с переводчиком. А в некоторые поездки брал с собой группы греческих детей, которые помогали брать интервью и вообще делали все, что было связано с полевыми работами. Они нам помогали.

— **Аналога вашему уникальному трехтомнику в России нет. Хотелось бы иметь столь фундаментальный труд о святителе Луке на русском языке.**

— Я чуть инфаркт не получил на всех этих книжках. Мы с русского переводили. А теперь надо наоборот все переводить? Ночами сидели, сутками, чтобы вышло это все. Я очень устал.

— **Назовите, пожалуйста, самые яркие впечатления от поездок.**

— Самое захватывающее путешествие — это Сибирь. У нас там были разного рода случаи — в Туруханске и в Норильске. Больше всего запомнились Туруханск, Енисейск, Красноярск. Вы можете себе представить, что это те территории, которые сейчас каким образом не связаны с развитием туризма. Поэтому нам пришлось устраиваться на ночлег в школах и в различных не приспособленных для таких вещей помещениях. Мы были вынуждены плыть на неких плавающих средствах, которые вели нас к нашей цели в течение сорока часов. Так что можете себе представить, с чем это все связано. Большинство этих поездок состоялось летом 2006 года: Сибирь, Котлас, Архангельск, Тамбов, а также две азиатские страны — Узбекистан и Таджикистан. В Крыму я был множество раз, поэтому там легче было найти людей, знавших святого Луку. Вообще я совершил более 110 экспедиций, посетив практически все места, связанные с именем святителя Луки. По его стопам мы с детьми добрались даже до поселка Большая Мурта, где врач отбывал ссылку.

— **А есть ли места, в которых Вы не были?**

— Я не был в Чите и в Ардатове. В моей книге есть фотография нового храма во имя святителя Луки в Чите, но сам я не был там.

О чудесах

— **В издательстве Троице-Сергиевой Лавры вышла составленная Вами книга**

«Безмездный целитель Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Житие. Чудеса. Письма». В ней Вы собрали множество чудес, которые укрепляют в вере новоначальных. Наверняка и с Вами происходили чудеса?

— Да, у меня есть личный опыт общения со святым. Раньше он помогал нам принимать летом много детей — из России и Украины. Также была возможность оплачивать обучение в Греции для некоторых сирот, за которых никто, кроме нас, не платил. И вот я вспоминаю один субботний день. В понедельник мне нужно было заплатить за одного из детей три тысячи евро за какой-то курс обучения. В субботу у меня была только тысяча евро. Перед входом в мою келью у меня висит икона святого Луки. Я не стал ему об этом молиться специально, а просто посмотрел и вздохнул. Утром просыпаюсь. Иду в храм. Приближается ко мне супружеская пара и говорит: «Вы отец Нектарий?» — «Да, я». А они сквозь рыдания объясняют, что у них очень серьезно болен ребенок, и они молились святому Луке. В тот вечер накануне приезда отец увидел во сне святого Луку, и тот сказал: «Возьми рубашку своего мальчишка и поезжай с ней в монастырь Сагмата, отдай рубашку отцу Нектарию (причем, даже имя услышал) и положи ее на ковчег с частицей моих мощей. А потом привезешь освященную на мощах рубаху ребенку. А еще оставь в монастыре две тысячи евро. Они там нужны». И они оставили мне две тысячи. Вот такая любовь у святых ко всем! И я хотел бы сказать, чтобы эта любовь никогда нас не оставляла. Вообще, на лекциях, которые я читал о Луке, как правило, среди слушателей всегда были те, кто получил исцеление по его молитвам.

— Благодаря телевидению сейчас широко известен случай чудесного исцеления Назара Стадниченко, который считает, что это святитель Лука познакомил его с Вами.

— Так и есть. Я много лет дружески общаюсь с Назаром. Он не раз отдыхал в нашем православном лагере Фивской и Левадийской епархии Элладской Православной Церкви, расположенном в живописном месте на горе Парнас.

О детском лагере и... вреде аборт

— До того, как Вы стали митрополитом Арголидским, одним из самых важных Ваших дел был православный детский лагерь, которому уже более сорока лет. Кто приезжал в Ваш лагерь?

— Сначала в нем отдыхали только дети из Греции. Потом начали приезжать дети из Сербии, Польши, Румынии, Иордании, а с 2002 г. и из стран бывшего Советского Союза — Украины, Белоруссии, Узбекистана и России, причем не только православные, но и мусульмане. Особенно теплые, дружественные отношения сложились у нас с Симферопольской и Крымской епархией. В 2004 г. к нам впервые приехали всего шестеро детей из Крыма, а уже через год — большая группа сирот из детских домов и приютов Крыма. Считаю, что Русской Православной Церкви нужно больше внимания уделять детям и подросткам, о чем постоянно говорит Патриарх Московский и всея Руси Кирилл. А православные лагеря — прекрасный шанс делать это мягко и ненавязчиво. Мое знакомство с детьми России и Украины произошло по молитвам святителя Луки. В Симферополе на его могиле я познакомился с детьми из Сибири, которых стал регулярно приглашать в Грецию. Детям в лагере я рассказывал о многочисленных исцелениях по молитвам к святителю Луке. Удивительно, но о нем до лагеря не знали даже те, кто живет в Симферополе!

— Когда я была в Вашем лагере, мне запомнились ваши ежедневные беседы с детьми и подростками. Вы говорили на самые разные темы, в том числе о взаимоотношениях полов, любви и влюбленности, о понятии греха, вреде аборт и святости материнства, ответственности друг за друга и за будущих детей. В наших школах эти темы со школьниками не часто обсуждают, хотя начинать воспитание будущих мам и пап нужно с детского сада и школы.

— Вы правы. В наши дни в Греции совершают около 300 тысяч аборт в год. Многие делают это без каких-либо угрызений совести, полагая, что эмбрион — это не живой организм, как говорят и многие ученые. Но для Церкви он уже живая душа. Я говорил детям о том, что, делая аборт, женщина

совершает убийство и в то же время подвергает опасности себя — заражается, не может впоследствии родить. Но врачи об этом не предупреждают. Наоборот — из-за денег поощряют аборт. Много лет назад в Фивах муж одной женщины требовал, чтобы она сделала аборт, бил по животу. Я посоветовал ей сохранить ребенка. Родилась девочка — самая красивая в Фивах и очень умная. Выучилась на врача, стала гордостью отца. Как-то она спросила меня, почему нельзя делать аборт, и я рассказал ей ее же историю. Если бы тогда я не настоял на ее рождении, ее бы не было. Другой супружеской паре врачи не советовали рожать пятого ребенка, но я уговорил оставить его. Ребенок стал гордостью семьи.

В лагере ребятам вслух читали «Историю нерожденного ребенка», в которой ребенок неделю за неделей как бы описывает то, что с ним происходит в утробе матери, как формируются его органы, что он чувствует. Например, на 12-й неделе он говорит о том, что все больше становится похожим на родителей, чувствует переживания матери — ее печали и радости. Именно в этот период женщина и совершает аборт. Последняя фраза ребенка: «Мама, почему ты меня убиваешь?». Я уверен, что, услышав эту историю, дети уже не забудут ее, и она сможет уберечь их от рокового шага.

— Владыка, знаю, что все расходы участников лагеря брали на себя греки, и лично меня это поражало и восхищало. В той смене, где была я, были и ребята из моего родного Красноярска. 14 ноября 2014 г. отмечалось 15-летие со дня прославления святителя Луки Красноярской епархией (а в августе 2015 г. — 15-летие со дня причисления его к лику святых Новомучеников и Испов-

ведников Российских для общецерковного почитания на юбилейном Архиерейском Соборе РПЦ). Бывая в Красноярске, Вы посещали Медицинскую академию, носящую имя святителя Луки?

— В Красноярске я был в школе № 10, здании которой в годы войны был эвакуационный госпиталь 1515. Теперь там создан музей святителя Луки. А про Академию не помню. Знаю, что в Красноярске есть памятник Луке. Я имел честь знать предыдущего Красноярского владыку. Не помню, как зовут нового владыку, но знаю, что он необыкновенно почитает святителя Луку. Я часто выступаю на конференциях, посвященных святителю, и среди их участников всегда бывают представители Красноярской епархии, по которой курсирует поезд «Доктор Войно-Ясенецкий (Св. Лука)». Помню, что общался и с сотрудниками этого поезда.

О научных конференциях

— Раньше Вы ежегодно приезжали на научно-практическую конференцию «Духовное и врачебное наследие Святителя Луки — профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого», которая проходила в городе Железнодорожный (поселке Купавна). Что она Вам давала?

— Жаль, что в 2015–2016 гг. конференции не состоялись. Последний раз я участвовал в VI конференции, которая прошла 5 июня 2014 г. в филиале № 3 ГВКГ им. академика Н. Н. Бурденко. Это очень хорошая конференция. Помимо ее научной стороны, здесь была и возможность встречаться, общаться. Конечно, даже при наличии переводчика мы не все могли понимать в медицинских докладах. Надеюсь, что конференция состоится в

В феврале 2016 г. состоялся визит Патриарха Московского и всея Руси Кирилла в Бразилию. На память об этом событии Святейший Патриарх подарил храму в честь иконы Божией Матери «Одигитрия» икону святителя Луки. Он пожелал преодолевать все трудности, идя путем веры, не только прихожанам этого единственного в столице Бразилии православного храма, но и всем верующим. Примером такой веры служит жизненный путь святого русского хирурга, которому ни ссылки, ни тюрьмы не помешали исповедовать христианство. Отец Франциск Сейтоз, построивший храм на свои личные средства и средства прихожан, сначала был католическим и францисканским священником, но 25 лет назад принял православие греческой юрисдикции. Несколько лет назад он стал священником Московского патриархата. (Как известно, отец Валентина Войно-Ясенецкого был католиком, что не помешало сыну стать православным архипастырем, прославленным в лике святых.)

2017 году, когда мы будем отмечать 140-летие со дня рождения святителя Луки.

— **А каковы Ваши впечатления от фото-выставки, подготовленной Фондом Андрея Первозванного, которая прошла в рамках научно-практической конференции «Производственная медицина — XXI век. Современные аспекты»? Вы приняли участие в ней по приглашению профессора Олега Юрьевича Атькова, врача-космонавта, Героя Советского Союза, которому подарили свои книги о святителе Луке.**

— На этой конференции мы были вместе с митрополитом Мадагаскарским Игнатием и заведующим Второй хирургической клиникой Центральной государственной клинической больницы «Евангелизм» в Афинах профессором Георгием Папагеоргиу. Медицинская конференция впечатлила, а на выставке приятно было увидеть знакомые лица. Ранее мы приглашали профессора Атькова на нашу конференцию в Афины, где он сделал интересный доклад о поезде «Доктор Войно-Ясенецкий».

— **Владыка, Вы не врач, в отличие, например, от протоиерея Сергия Филимонова, возглавляющего Общество православных врачей Санкт-Петербурга, которое носит имя святителя Луки. Почему же так много времени Вы уделяете сотрудничеству с медицинским сообществом?**

— Многие хирурги в Греции обращаются к святителю Луке за помощью не только как к святому, но и как к старшему коллеге. Они не начинают операцию без молитвы, и операции всегда проходят благополучно. Врачи подтверждают реальные случаи исце-

ления онкобольных, которые обращались к святителю Луке. По их словам, во время сна он в буквальном смысле оперировал их, после чего на теле были обнаружены следы хирургического вмешательства (разрезов). Эти люди получили полное исцеление. Святитель Лука всей своей жизнью доказал, что наука и религия совместимы, что настоящие чудеса медицина может творить только рука об руку с религией, что только вера в Бога и научные знания могут вывести медицину на более высокий уровень развития.

— **Однажды я спросила Вас о том, с кем Вы могли бы сравнить святителя Луку. И Вы ответили, что с Тивериадским озером, которое также называют Генисаретским или Галилейским. Из него веками истекает вода, в отличие от Мертвого моря, которое только принимает воду. Вы сказали, что вся жизнь святителя Луки — это истечение любви, что каждый человек — и особенно каждый врач, который отдает свою любовь, не ожидая ничего взамен, всегда жив. Что Вы могли бы добавить к этим словам?**

— Святитель Лука для всех нас — не только образец бескорыстного служения людям, но и символ, объединяющий и примиряющий в наше тревожное время всех, кто оказался втянутым в поле вражды и нестроений.

— **Спасибо, дорогой владыка! Пусть святитель Лука и дальше помогает Вам в Вашем служении Богу и людям.**

*Фото автора
Перевод Н. Г. Николая*

НОВОСТИ

КАРЕЛИЯ

23 мая 2016 г. в стенах Детской республиканской больницы состоялось очередное собрание Общества православных врачей Республики Карелия. Был заслушан доклад секретаря общества, посвященный **лейб-медику Царской Семьи мч. Евгению Боткину**, причисленному к лику святых на Архиерейском соборе 2016 г. В обсуждении рабочих вопросов общества особое внимание было уделено бла-

готворительному **фонду «Милосердие без границ»**, созданному при ОПВРК в 2015 г. по благословению митрополита Петрозаводского и Карельского Константина. Основным направлением деятельности фонда является помощь нуждающимся — в первую очередь малозащищенным гражданам: детям, пожилым людям, инвалидам и беженцам — в покупке медикаментов, жизненно важных медицинских приборов и расходных материалов к ним, обеспечение одеждой, обувью, продуктами питания и т. д.

За первые месяцы существования фонда на средства жертвователей были приобретены жизненно необходимые медицинские приборы и расходные материалы для нуждающихся; медикаменты, продукты питания и одежда для беженцев с Украины; прибор для измерения глюкозы, холестерина и гемоглобина для проведения обследования в ходе рабочих поездок ОПВРК.

*По материалам
сайта www.opvrk.ru*

ВЫСТАВКА «ЗВОННИЦА», ПОСВЯЩЕННАЯ 20-ЛЕТИЮ ОБРЕТЕНИЯ МОЩЕЙ СВТ. ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО)

С 23 по 27 ноября 2016 г. Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) впервые принимало участие в межрегиональной выставке-ярмарке «Звонница». Эта выставка ежегодно проводится по благословению митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Варсонофия в культурно-выставочном центре «Евразия» в Санкт-Петербурге. Знаменательно, что в 2016 г. «Звонница» была посвящена 20-летию обретения мощей свт. Луки (Войно-Ясенецкого).

Перед открытием выставки протоиереем Петром Ковалевым, настоятелем храма во имя свт. Спиридона Тримифунтского поселка Левашово был отслужен молебен.

Общество православных врачей Санкт-Петербурга на выставке было представлено выступлениями, лекциями, передвижной экспозицией о жизненном пути святителя Луки (Войно-Ясенецкого), любезно предоставленной ОПВ Санкт-Петербурга фондом

Андрея Первозванного. Посетители могли задать любые вопросы членам общества, постоянно дежурившим возле стенда.

В первый день работы выставки с презентацией «Небесный покров святителя Луки над Россией» выступил член правления ОПВ Санкт-Петербурга врач **Н. Ф. Жарков**. Он представил жизненный путь будущего священномученика и исповедника. Слушатели узнали об учебе В. Ф. Войно-Ясенецкого, этапах становления бескорыстного врача-хирурга, увидели места его ссылок, узнали о военном пути святителя Луки, о храмах его имени.

Дополнительную наглядную информацию о жизни святителя Луки посетители смогли получить на передвижных стендах выставки.

В третий день выставки ее гости и участники заслушали доклад члена правления ОПВ Санкт-Петербурга врача Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России канд. мед. наук. **Т. Н. Гриненко**. Она расска-



зала о различных небезопасных для здоровья псевдомедицинских методиках, получивших распространение в настоящее время. Авторы этих методик, нередко прикрываясь научными степенями, выступая под эгидой новоявленных сомнительных академий предлагают способы оздоровления с помощью различных чудо-препаратов и приборов, якобы позволяющих победить многие недуги и вернуть молодость. Широко рекламируют так называемое «избавление от зашлакованности организма», что в итоге может привести к тяжелым осложнениям.

Также прозвучал доклад Н. Ф. Жаркова «Подвиг врачей мировой войны 1914–1918 гг. и Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.», в котором были освещены вопросы подготовки военных врачей в мирное время, которой занималась Военно-Медицинская академия в Санкт-Петербурге. С началом войны военными врачами становились не только выпускники институтов и медицинских факультетов университетов, но даже недоучившиеся студенты-медики, которые направлялись в действующую армию в звании зауряд-врачей. Недостаток знаний и практического опыта быстро набирался во фронтовой обстановке, а военный опыт обобщался в статьях и печатных трудах медиков.

Вместе с православными врачами в выставке принимали активное участие студенты-медики, члены Добровольческого отряда «С открытым сердцем»: Е. Козырев, М. Кондратьева, Т. Иванова и У. Бутырина. Добровольцы дежурили на передвижной выставке, рассказывая посетителям о жизни и подвигах святителя Луки, отвечали на вопросы, связанные с деятельностью ОПВ Санкт-Петербурга. Студенты единодушно отметили большой интерес посетителей к личности и биографии выдающегося хирурга и исповедника.

На столах Общества православных врачей была представлена различная литература о святителе Луке, его книги, проповеди, брошюры ОПВ Санкт-Петербурга, календарь «Целебник», журнал «Церковь и медицина», пользовавшиеся большим спросом у посетителей выставки.

Участие врачей в подобных выставках имеет большое значение для решения научно-просветительских задач деятельности ОПВ Санкт-Петербурга, а также для ведения миссионерской деятельности, способствующей укреплению духовной составляющей петербуржцев.

*М. Н. Кондратьева
Е. Ю. Семенова*



КОНЦЕРТ В ЧЕСТЬ СЯТИТЕЛЯ ЛУКИ (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО)

13 сентября 2016 г. в Святодуховском духовно-просветительском центре Александроневской Лавры состоялся концерт певицы Ирины Скорик и мужского Шереметевского хора под управлением Валерия Рязанова, посвященный 55-летию со дня преставления свт. Луки (Войно-Ясенецкого). Это праздничное мероприятие было организовано Обществом православных врачей Санкт-Петербурга, небесным покровителем которого является святитель Лука.

При входе в концертный зал зрители имели возможность ознакомиться с выставкой Фонда Андрея Первозванного «Путь святителя Луки», в которой были представлены основные периоды жизни талантливого хирурга и святого исповедника. Большое количество фотографий и документов наглядно рассказывали посетителям о непростом пути святителя.



Концертный зал был заполнен полностью: было много членов Общества православных врачей, медиков, студентов медицинских вузов, для которых святитель Лука является не только небесным помощником и заступником, но и примером настоящего врача.

Автор концерта Ирина Скорик — лауреат международных конкурсов, исполнительница духовных песен — представила новую программу о святителе Луке, которая началась торжественной песней-прославлением

«Агиос Луко». Слова этой песни были написаны на Кипре на греческом языке поэтом Й. Хаджилука (перевод Г. Бородулина), а музыка в России — И. Скорик.

Агиос Луко

Всю Сибирь озарило светило:
Воссияла душа там святая,
И тепло льды сердец растопило —
Средь снегов цветут лилии Рая.

Сердце святого — как море,
Изливает нам радость и счастье,
Русь наполняет любовью,
Исцеляет Христа благодатью.

Мимо сел, городов проплывая,
Через тундру пройдя и сквозь степи
Сердца жар он страждущим дарит,
И сгорают рабские цепи.

Он проходит сквозь тундру и степи,
Мимо сел, городов проплывает,
Людам дарит души он частички,
Где пройдет он — там боль отступает.

Агиос Луко — святое имя!
К Богу душа вознеслась!
Агиос Луко — не отрини!
Помолись за страдающих нас...

На концерте прозвучали песни о жизненном пути святителя Луки, его врачебном поприще, о подвиге исповедничества святого в годы советского атеизма. В основу программы легли стихи красноярского поэта Владимира Зыкова. Также были использованы авторские песни А. Кашки, И. Скорик, песни на стихи протоиерея Андрея Логвинова, композитором и аранжировщиком которых является И. Скорик. Мелодичное сопровождение мужского Шереметевского хора под управлением заслуженного деятеля культуры России Валерия Рязанова придавало звучанию песен особый колорит, эмоциональность и значимость.

Святой Лука

Суровый взгляд, внимательный и строгий,
Он словно истину душою зрит,
И знает муки Материнской боли,
В суровых ссылках многое постиг.

В скитаньях крепко ссыльному досталось
Но не роптал, а впереди волной,
Шла доктора и чудотворца слава,
Хоть славу тоже ставили виной.

Через полярные метели и кордоны
Святого вел кандалный крестный путь.
И каждый шаг Луки святого Север помнит,
И люди шли, чтоб на него взглянуть.

Он нес свой крест за веру, за страдавших,
И помнится теперь во всех веках...
В день всех святых,
В земле Российской просиявших,
Был взят на небо наш святой Лука!

В. Зыков

Я полюбил страдание...

Я полюбил страдание...
Со мной мой скорбный путь.
Тюрьма, Сибирь, изгнание...
Тайга и вечный гнус.

Я полюбил страдание...
Путь верный, путь простой:
Идти, как на заклятие —
Следом за Христом!

Я полюбил страдание...
Страдание за Христа!
Вновь ссылка, вновь изгнание,
Конвой, допрос, тюрьма!

И вновь схожу по трапу,
И не сойти с креста...
Так гонят по этапу,
так гонят по этапу,
так гонят по этапу
Россию за Христа!

И. Скорик

Закончен на север мой ссыльный вояж.
Вновь посох в руке, а в другой саквояж.
Я доктор и странник на Божьей тропе,
И мир принимаю в его простоте.

Все адовы странствия пройдены мной,
Тюрьма, Туруханск за мою спиной,
Вновь наша земля предо мной на виду.
Вновь с посохом я по России иду!

В. Зыков

Откуда берутся в России святые...

Откуда берутся в России святые,
Чья жизнь — словно вечный
Божественный свет,
Чья жизнь — житие, время — дни золотые,
А суетной жизни как будто и нет.

Нисколько они на других не похожи
И зло победили любовью своей.
И нет вас прекрасней, и нет вас дороже,
Родные святые России моей!

Откуда, как свет, нам явился святитель,
В страданьи явивший нам подвиг Христа?
Он промыслом Божьим наш русский
целитель,
Врачующий души, святитель Лука!

Сгореть мог свечой... Только пламя
не гаснет.
Господь в жизни много отмерил тебе,
Ты с Ним в вечной жизни, святой и
прекрасной,
Ты с Ним и в молитве, и в тихой мольбе...

В. Зыков, И. Скорик

Концерт нашел горячий отклик у зрителей — несколько новых произведений были исполнены на бис, долго раздавались аплодисменты исполнителям...

Хочется выразить благодарность наместнику Александро-Невской лавры епископу Назарию, дирекции Святодуховского центра, авторам и исполнителям концерта за возможность прикосновения к святости, за прекрасный подарок к 55-летию со дня преставления выдающегося хирурга и архипастыря русской Православной Церкви — святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского и Крымского.

Е. А. Козырев

СВЯТЫЕ ОТЦЫ О СЕРДЦЕ

Сердце есть корень всех дел — и добрых и злых.

Сердце есть место и седалище духовной мудрости, а не язык.

Вся сила христианской жизни состоит в исправлении и обновлении сердца.

Очищение сердца есть жертва благоприятная Богу.

Покаяние состоит в перемене сердца.

Молитва должна быть в сердце.

Сердце есть начало и корень всех деяний наших. Что бо ни делаем внутри и вне нас, сердцем делаем — или добро, или зло. Сердцем веруем, или не веруем; сердцем любим, или ненавидим; сердцем смиряемся, или гордимся; сердцем терпим, или ропщем, сердцем прощаем, или злобимся; сердцем примиряемся, или враждуем; сердцем обращаемся к Богу, или отвращаемся, сердцем приближаемся, приходим к Богу, или отходим и удаляемся... Следственно, чего на сердце нет, того и в самой вещи нет. Вера не есть вера, любовь не есть любовь, когда на сердце не имеется, но есть лицемерие; смирение не есть смирение, но притворство, когда не в сердце; дружба не дружба, но горшая вражда, когда вне только является, а в сердце не имеет места. Потому Бог требует от нас сердца нашего: «Дажь ми сыне, твое сердце» (Притч. 23, 26).

Сердце подобно сосуду. Полный сосуд, наполненный водой или чем другим, ничего иного в себе не вмещает. Напротив, сосуд пустой удобен к восприятию всего. Поэтому люди освобождают сосуд, когда что другое хотят в него влить или положить. Так и сердце человеческое: когда свободно и не имеет в себе мирских и плотских прихотей, удобно к восприятию любви Божией, а когда наполнено любовью мира сего и плотскими похотями и греховными пристрастиями, тогда любовь Божия в него вместиться не может. Сребролюбием, самолюбием, славолюбием, гневом и памятозлобием, завистью, гордостью и прочими беззаконными пристрастиями исполненное сердце как может вместить в себя любовь Божию? «Что общего у света с тьмою?» (2 Кор. 6, 14).

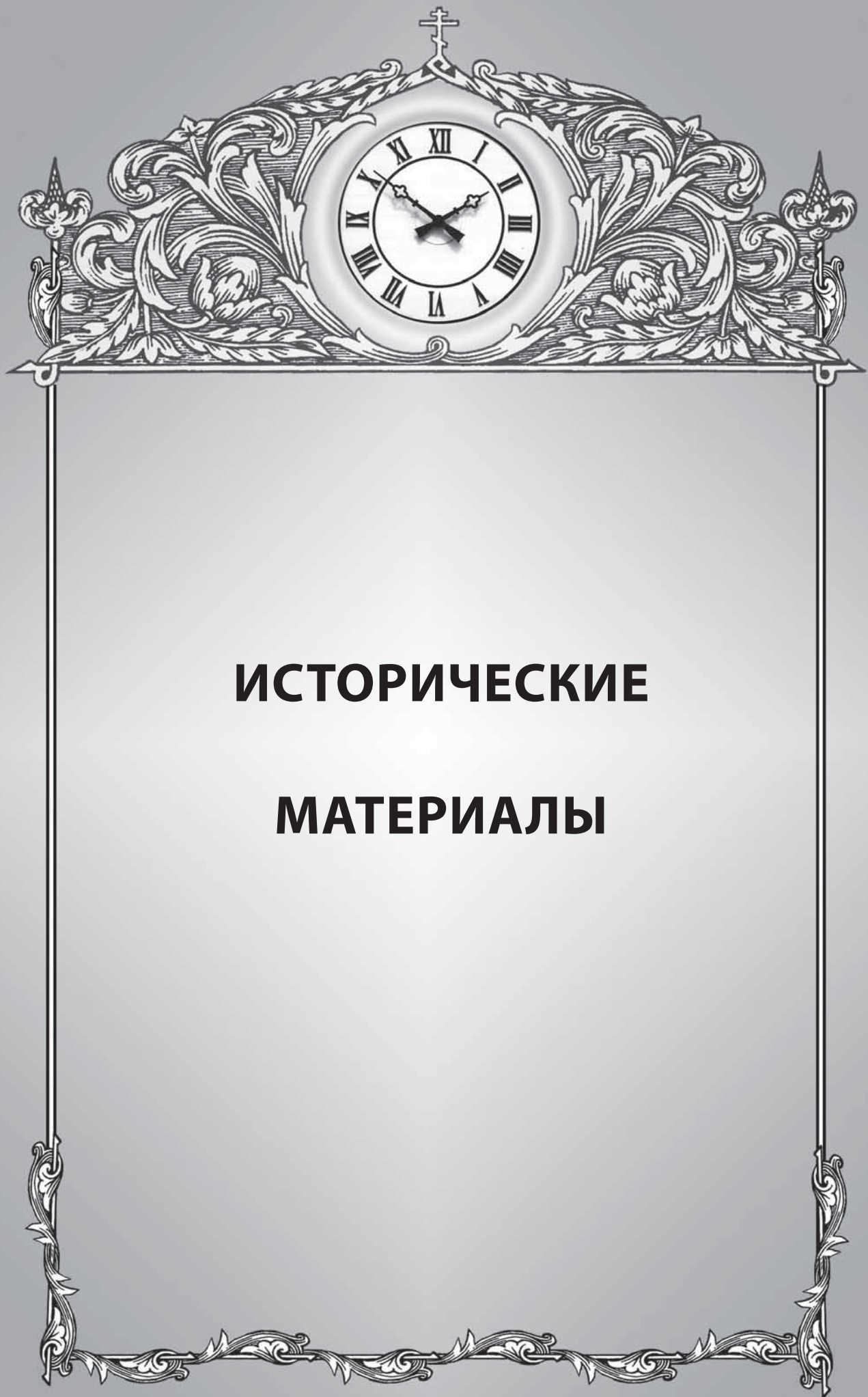
Святитель Тихон Задонский

Не допусти сердцу твоему сделаться непотребным, питая в нем злые помышления, постарайся сделать его благим. Взыщи благодати и мира, стремись совершать все святые добродетели.

Преподобный Антоний Великий

... пока сердце пребывает в добре, дотоле и Бог в нем пребывает, дотоле оно служит источником жизни; потому что от него исходит доброе. Но как скоро уклоняется от Бога и делает беззакония — становится оно источником смерти, потому что из него исходит злое. Сердце — Божия обитель; потому имеет нужду в охранении, чтобы не вошло в него злое, и Бог не удалялся из него.

Преподобный Ефрем Сирийский



**ИСТОРИЧЕСКИЕ
МАТЕРИАЛЫ**

Антон Ноймайер
**Музыка
и медицина**
Гайдн
Моцарт
Бетховен
Шуберт

Anton Neumaier
**Musik und
Medizin:**
Am
Beispiel
der Wiener
Klassik



Бетховен
Утрата слуха,
Длительная глухота,
Симфония оп. 106

Моцарт
«Соната
для фортепиано
№ 11»

Гайдн
«Симфония
№ 104»,
«Восьмая
симфония»,
Симфония № 103
«С прелюдией
альто»

Гайдн
«Двадцать
шестая
симфония»

Бетховен
Симфония
квартетная
оп. 130 и 132

Шуберт
«Двадцать
шестая
симфония»

Моцарт
«Соната
для скрипки
и клавир
KV 26-31»

Бетховен
«Квартет
для фортепиано
с струнами
№ 1»



КЛАССИКА XXI



ВРАЧИ И МУЗЫКА



Тонкую связь музыки и медицины, незримой канвой проходящую через судьбы выдающихся врачей, раскрывает статья заведующей кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета доктора медицинских наук профессора Галины Львовны МИКИРТИЧАН.

*Болящий дух врачует песнопенье.
Гармонии таинственная власть
Тяжелое искупит заблужденье
И укротит бунтующую страсть.*

Е. А. Баратынский

Союз науки и искусства

Медицина и музыка исторически раньше других стали постоянными и неизбежными спутниками человека. Подтверждением этому служат многочисленные исторические, литературные и другие свидетельства.

Термин «искусство врачевания» родился в Древней Греции. В древнегреческой мифологии Аполлон был наделен объединенными функциями покровителя наук и искусств, наставника муз и бога-врачевателя Асклепия. Гален (129 – ок. 200), грек по происхождению, один из самых знаменитых врачей и естествоиспытателей Древнего Рима, видел идеал врача в его всеобщем образовании, в рамках которого музыке отводилось особое место.

Связи музыки и медицины могут быть различными. Еще в древние века музыка использовалась в качестве средства врачевания. Это нашло отражение в Библии: «И когда дух от Бога бывал на Сауле, то Давид, взяв гусли, играл, — и отраднее и лучше становилось Саулу, и дух злой отступал от него» (1 Цар. 16, 23), т. е. игра Давида на арфе оказывала целебное действие на царя Саула.



Давид играет на арфе перед Саулом. Художник Н. П. Загорский. 1873 г.

Греческий ученый Пифагор одним из первых указал на влияние музыки на психическое и физическое состояние человека.

Музыкотерапия — психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства. Она была официально признана в Европе в XIX в., когда ее стали использовать в своей практике многие передовые врачи. Но расцвет этого направления медицины и психотерапии пришелся уже на XX в.

Врачам особенно свойственна любовь к музыке и предпочтение ее другим видам искусства. В отличие от людей других профессий, медики практически постоянно сталкиваются со страданиями человека, связанными с болезнью, смертью. Возможно, именно поэтому у них возникает потребность в успокаивающем, умиротворяющем воздействии музыки.

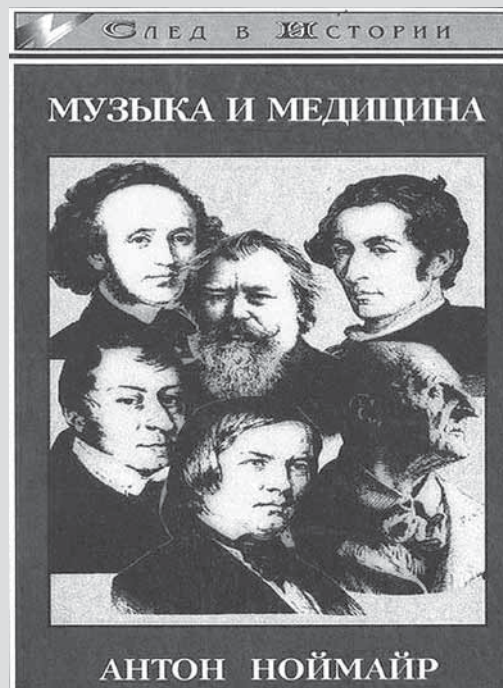
Известно, что многие врачи сами охотно занимались любительским музицированием и музыкально-критической деятельностью. Вероятно, они находили в таком активном творческом процессе не только удовольствие, но и обретали помощь в своей профессиональной деятельности.

Известны труды врачей, в которых содержится анализ возможной связи между физическим и психическим состоянием здоровья композиторов, фактами их биографий и созданной ими музыкой:

- «Моцарт» — монография А. Грейтера (1913–1986), дерматолога, психоаналитика, скрипача, альтиста, историка музыки, художника, переводчика, писателя, поэта и коллекционера произведений искусства;
- «Музыка и медицина» — работа доктора медицины, терапевта, А. Ноймайра, основанная на новейших знаниях в области истории, медицины и богатой музыкальной эрудиции автора;
- «Страницы биографий Шопена и Шумана, рассказанные врачом» — небольшая книга рано ушедшего талантливого врача С. А. Гуревича;
- «Музыка и медицина. Размышления врача о музыке и музыкантах» — труд Л. И. Дворецкого, профессора Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, в котором автор рассматривает сходство творчества врача и музыканта.

Каждый врач, по определению Л. И. Дворецкого, подобен творцу, занятому необычайно сложным процессом, требующим мобилизации всех интеллектуальных сил, творческих способностей, умения сочетать конкретное и образное мышление. В процессе своего взаимодействия с больными врач формирует образы болезней пациентов. Каждый из этих образов многолик и обладает определенным цветом, звуком, тональностью.

Как в музыкальных произведениях существует главная тема и ее вариации, так многие болезни могут проявляться не только типичными симптомами, но и сходными с ними или напоминающими их. Поэтому врач должен уметь «услышать» в больном не только «звучание» основного симптома, но и его разнообразные вариации.



В книге «Музыка и медицина» А. Ноймайра сочетается увлекательный рассказ о жизни великих композиторов-классиков со строгим научным подходом к анализу их болезней. Разрозненные документальные сведения о диагнозах Гайдна, Моцарта, Бетховена и Шуберта исследуются автором с точки зрения современных медицинских достижений и не оставляют шансов легендам и гипотезам. Автор книги Антон Ноймайр не только являлся непременным участником авторитетных научных конференций и симпозиумов, но и продолжал славные традиции Венских врачей-музыкантов: регулярно музицировал с Венским филармоническим оркестром, чтение лекций об историях болезней известных композиторов неизменно иллюстрировал отрывками из их сочинений в собственном виртуозном исполнении.

Не менее сложный процесс — выбор метода лечения, который можно в известной степени уподобить творчеству музыканта-исполнителя. И тот и другой процесс имеют свою индивидуальность. Как исполнитель находит свои способы и приемы для выра-

жения музыкальных идей композитора, рассчитывая оказать максимальный эффект на слушателя, так и врач старается назначить такой метод лечения, который наиболее соответствует данной клинической ситуации, т. е. обладает наибольшим лечебным эффектом для больного. В этом и заключается близость врачебного и музыкального искусства.

Особое внимание и интерес представляют медики, для которых музыка была не просто увлечением, а чем-то значительно бóльшим. Среди них Александр Бородин, хирурги Теодор Бильрот и Якоб Микулич, физиолог Тренделенбург и др. Они занимались не только «салонным музицированием», но и вполне профессиональной исполнительской деятельностью, музыкальной композицией или музыковедением.

Анализируя события жизни таких врачей, Л. И. Дворецкий делает заключение: «Любовь и потребность в музыке у них была столь сильна, что они долгое время не могли отдать предпочтение музыке или медицине. И если в конечном итоге многие из них становились врачами, то это отнюдь не означало их охлаждения к другой своей страсти. В жизни каждого из них оказывалось много приводящих обстоятельств, оказавших влияние на выбор и определивших тем самым дальнейшую профессиональную судьбу. Так или иначе, музыка продолжала занимать в жизни многих из них важное место, и, быть может, именно в ней медики находили определенный источник вдохновения в своем искусстве врачевания».

Талантливый человек — талантлив во всем¹

В галерее образов медиков-музыкантов особенно привлекательна фигура известного венского хирурга середины XIX в. Теодора Альберта Христиана Бильрота (1829–1894), основоположника современной абдоминальной хирургии. Ему принадлежит первая резекция желудка по поводу рака и ставшие классическими способы резекции желудка, до сегодняшнего дня носящие его имя. Бильрот был первопроходцем и в других областях

хирургии. Им впервые выполнены такие операции, как обширные резекции языка при раке, удаление щитовидной железы и женских половых органов, операции на печени, крупных суставах, артериальных сосудах при аневризмах.

Большое значение Теодор Бильрот придавал квалифицированному уходу за больными — он всегда думал о пациентах и стремился облегчить их страдания. Ему принадлежит специальное руководство на эту тему: «Домашний и госпитальный уход за больными» (1881). «Уменье помочь страдающим, — считал Бильрот, — является прекраснейшей способностью человека; однако он должен развить ее до искусства, должен уметь связывать друг с другом знание и умение, если он хочет достичь, для себя и для других, полного, отрадного воздействия».



*Теодор Бильрот за операцией.
Художник А. Зелигманн. 1890 г.*

Одновременно с медицинскими талантами Т. Бильрот обладал незаурядными музыкальными способностями, проявившимися у него уже в детстве. В этом отразилось влияние его семьи. Отец Теодора Бильрота был пастором и большим любителем музыки, а бабушка — оперной певицей.

Бильрот не был блестящим учеником, с трудом окончил гимназию и почти до 20 лет не думал ни о чем, кроме музыки. Однако по настоянию умирающей матери, он все же стал изучать медицину, не прекращая в то же время совершенствовать свое музыкальное мастерство. Позже, во время учебы на медицинском факультете он был признанным музыкальным авторитетом и, как пианист, ценился так высоко, что в студенческие годы в Геттингенском университете выступал в качестве аккомпаниатора в оперном театре, на

¹ Лион Фейхтвэнгер (Lion Feuchtwanger, 1884–1958) — немецкий писатель.

концерте известной в то время оперной prima-donna Женни Линд.

Теодору Бильроту была очень близка музыка И. С. Баха, которую он любил играть в часы размышлений. Его привлекали строгость формы и точность музыкального выражения мысли, сочетание страстности и хладнокровия произведений великого композитора.



В 1859 г. в тридцатилетнем возрасте Теодор Бильрот получил должность профессора хирургии и одновременно директора хирургической клиники в Цюрихе. Однако и здесь он ни на минуту не забывал о музыке. Л. И. Дворецкий пишет: «Страстная любовь к гармонии звуков и чувствам, рождаемым ими в человеческой душе, была пронесена им через всю жизнь. По сути, музыка являлась alter ego выдающегося ученого и блестящего хирурга. Музыка стала жизненной потребностью Бильрота, а фортепиано, как и скальпель, — неразлучным его спутником, без которого он не мог себя представить».

По всеобщему признанию современников, Теодор Бильрот был великолепным пианистом, виртуозно играл на виолончели и настолько тонко ощущал музыкальную гармонию, что был желанным гостем и критиком на любом концерте. Надо также отметить, что, не имея специального профессионального образования, он обладал высокой музыкальной эрудицией и литературным ма-

стерством. В Цюрихе Бильрот в течение 7 лет официально являлся ведущим музыкального раздела в Neue Zeitung Züricher (крупная швейцарская немецкоязычная ежедневная газета, издающаяся в Цюрихе с 1780 г.) и выступал в качестве гостя в Цюрихском симфоническом оркестре.

В 1867 г. Теодор Бильрот, будучи уже известным хирургом и патологом, по приглашению кронпринца Рудольфа переезжает в Вену, где принимает руководство кафедрой и клиникой хирургии Венского университета. Именно венский период жизни Бильрота полностью раскрыл его интеллектуальный и творческий потенциал, навсегда связав его имя с эпитетом «выдающийся»: выдающийся клиницист и оператор, выдающийся ученый и педагог, выдающийся музыкант.

Интересен факт, что в Вене Бильрот поселился в доме, в котором до него жил другой известный врач и музыкант, первый руководитель Венской больницы И. П. Франк. В этом доме Франк музицировал с великими Ф. Й. Гайдном и Л. Бетховеном.



Иоганн Петер Франк (1745–1821), известный австрийский клиницист, лейб-медик двух германских императоров. Выделил общественную гигиену в самостоятельную научную дисциплину. Автор капитального труда «Полная система медицинской полиции», реформатор здравоохранения. Был на российской службе в Вильно, в Санкт-Петербурге в Медико-хирургической академии, член Российской академии наук.

Известно, что Т. Бильрот занимался композицией и сочинил фортепьянный концерт, несколько песен и камерных произведений (трио и струнные квартеты), но все свои музыкальные произведения впоследствии уничтожил, не считая их достаточно профессиональными. Венцом размышлений Бильрота о музыкальной гармонии и влиянии ее на человека явилась незаконченная, к сожалению, книга «*Wer ist musikalisch?*» («Кто такой музыкально одаренный человек?»), в которой анализируется воздействие музыки на соматические функции и психическое состояние человека. Бильрот пытался разгадать природу восприятия звуков и ритма, значение и связь громкости, тона и высоты звука. Он одним из первых, используя метод научного анализа, попытался подойти к вопросу музыкальной одаренности и способности сочинять музыку.

Именно музыка соединила крепкой и долгой, почти в три десятилетия, дружбой двух великих людей своего времени — Теодора Бильрота и Иоганесса Брамса (1833–1897), одного из наиболее крупных немецких композиторов и виртуозных пианистов. Они познакомились в 1865 г. в Цюрихе. Впечатление, произведенное на Бильрота концертом для фортепиано с оркестром (ор. 15) и серенадой ля-мажор Брамса, было настолько велико, что с тех пор он не только не пропускал ни одного исполнения произведений этого композитора, но и нашел повод для личного знакомства.

Двумя годами позже они вновь встретились в Вене.

И. Брамс высоко ценил музыкальные способности Бильрота и еще до публикации отправлял Бильроту рукописные партитуры своих новых произведений, ожидая от него критической оценки. Многие камерные произведения для струнных в то время впервые исполнялись в доме Т. Бильрота. Он принимал участие в их исполнении и высказывал свое мнение.



Теодор Бильрот и Иоганнес Брамс с другом



Партитуры произведений Иоганесса Брамса

Брамс посвятил Теодору Бильроту два струнных квартета. По этому поводу Бильрот заметил: «Боюсь, что эти посвящения сохраняют память о наших именах дольше, чем лучшие из наших работ. Это не очень лестно для нас, но прекрасно для человечества, которое верным инстинктом считает искусство более долговечным, чем науку. Это вечная человеческая истина: любовь для нас дороже уважения».

Серьезное увлечение музыкой, подчас, вызывало непонимание у коллег-врачей: как специалист в области хирургии, требующей научных знаний и владения точными методами и техникой выполнения операций, может одновременно заниматься таким возвышенным искусством как музыка. Бильрот на это отвечал: «Только поверхностный взгляд может в наше время видеть в науке и в искусстве две противоположности. Воображение же соединяет их воедино».

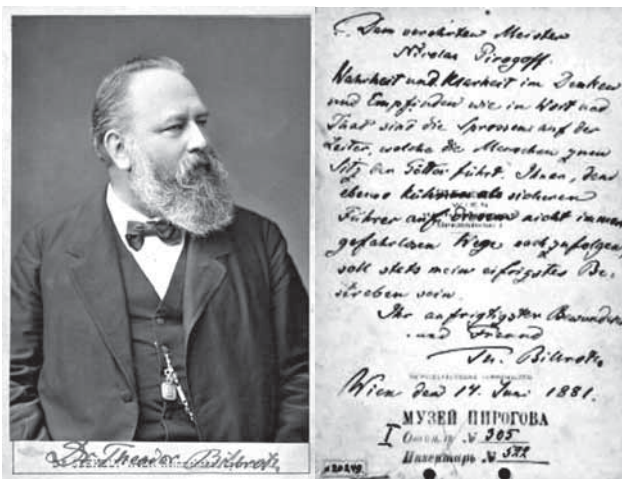
Большую известность приобрели отчеты клиники Бильрота о хирургической деятельности, в которых была разработана статистика хирургических заболеваний с анализом отдаленных результатов лечения. В этих отчетах Т. Бильрот, как и ранее Н. И. Пирогов, дал честный анализ врачебных ошибок. Как опытный хирург и руководитель клиники он был убежден, что «неудачи нужно признавать немедленно и публично, ошибки нельзя замалчивать. Важнее знать об одной неудачной операции, чем о дюжине удачных».



Н. И. Пирогов в Симферополе

В этом он был категоричен и не допускал сокрытия и подтасовки результатов опера-

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



Фотопортрет Т. Бильрота, подаренный Н. И. Пирогову

Несомненно, в этом Т. Бильрот следовал за Н. И. Пироговым, которого уважал и считал своим учителем. Еще в 1839–1840 гг. вышли знаменитые «Анналы хирургического отделения клиники Дерптского университета», наделавшие много шума не только как вклад в хирургию, но и как событие в профессиональной этике, поскольку содержали честный анализ совершенных ошибок. Николай Иванович Пирогов был убежден, что каждый добросовестный человек должен уметь признать и обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них людей менее сведущих. «Я не был так недобросовестлив, чтобы не понимать, какую громадную ответственность перед обществом и перед самим собой (Бога и Христа у меня тогда не было), — вспоминал позже Пирогов, — принимает на себя тот, кто, получив с дипломом врача некоторое право на жизнь и смерть другого, получает еще и обязанность передавать это право другим...». Он говорил о себе: «...с самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнародовав все мои ошибки и неудачи, и, чистый перед судом моей совести, я смело вызываю каждого мне показать: когда и где я утаил

хотя бы одну мою ошибку, хотя бы одну мою неудачу».

Именно к Т. Бильроту поехал Н. И. Пирогов после того, как профессор Н. В. Склифосовский предложил ему оперироваться по поводу «язвочки во рту», подозревая рак челюсти. Это высочайшее свидетельство отношения Пирогова к Бильроту как к высокому профессионалу. Перед отъездом из Вены, после консультации, Николай Иванович получил фотографический портрет Бильрота с надписью: «Уважаемый маэстро Николай Пирогов! Правдивость и ясность в мыслях и чувствах, в словах и делах, — это ступени лестницы, которая ведет людей к обители богов. Быть, как Вы, смелым и убежденным наставником на этом не всегда безопасном пути, неуклонно следовать за Вами — мое усерднейшее стремление. Ваш искренний почитатель и друг Теодор Бильрот».

Возвращаясь к теме статьи, надо сказать, что Н. И. Пирогов приобщился к слушанию музыки задолго до знакомства с Теодором Бильротом, в Дерпте (Юрьев, ныне Тарту в Эстонии), куда был направлен после окончания в 1828 г. Московского университета для усовершенствования в хирургии в Профессорский институт при университете. Вместо двух он пробыл там пять лет. Наставником его в хирургии был И. Ф. Мойер (1786–1858) — хирург, профессор Дерптского университета.

«Уже одна наружность его была выдающаяся, — характеризует своего учителя И. Ф. Мойера Пирогов, — речь его была всегда ясна, отчетлива, выразительна. Лекции отличались простотою, ясностью и пластичною наглядностью изложения. Талант к музыке был у Мойера необыкновенный; его игру на фортепиано и особенно пьес Бетховена можно было слушать целые часы с наслаждением». В доме Мойера, который фактически был средоточием русской культуры, Пирогов прожил почти все время своего дерптского пребывания. Здесь он встречался с В. А. Жуковским, М. Языковым, В. И. Далем, В. А. Сологубом, приятелем Пушкина А. Н. Вульфом, А. П. Керн и др.

Феноменом культуры 40-90-х гг. XIX в. была семья Боткиных. У отца семейства, Петра Кононовича Боткина (1781–1853), потом-

ственного почетного гражданина Москвы, богатейшего купца, занимавшегося торговлей чаем, было девять сыновей и пять дочерей. Все братья и сестры Боткины получили надлежащее образование, несмотря на то что по купеческому обычаю начала XIX в. Петр Кононович особого внимания этому не уделял. Надо отметить, что среди братьев Боткиных не было, пожалуй, ни одного, равнодушного к искусству.



Семья Петра Кононовича Боткина

После смерти Петра Кононовича главой семьи и семейного предприятия стал его старший сын, Василий Петрович (1811–1869), писатель и путешественник, страстный любитель оперы и большой поклонник Бетховена, сонатами которого он особенно восхищался. В его доме часто собирался небольшой кружок мыслителей и литераторов, к которому принадлежали В. Г. Белинский, Т. Н. Грановский, А. И. Герцен, Н. П. Огарев, Н. М. Станкевич и многие другие. Детство и юность выдающегося клинициста Сергея Петровича Боткина (1832–1889) протекали в этом доме.

Один из девяти сыновей Петра Кононовича Михаил Петрович Боткин (1839–1914) был художником и собирателем редких предметов искусства. Он обладал замечательной коллекцией старинных ваз, светильников, изделий из дерева, слоновой кости и т. п. Содержание картин самого Михаила Петровича было в основном религиозным. В 1858 г. М. П. Боткин познакомился с Александром Ивановым (1806–1858), автором полотна «Явление Христа народу», и вскоре после смерти художника стал обладателем его этюдов.



Сергей, Дмитрий, Петр, Михаил Боткины

Коллекция М. П. Боткина хранилась в Санкт-Петербурге в особняке XVIII в. на набережной Невы (18-я линия Васильевского острова), купленном Михаилом Петровичем в 1880-е гг. Коллекционером был и еще один брат — Дмитрий Петрович Боткин (1829–1889), друг знаменитого П. М. Третьякова, основателя Третьяковской галереи.

Сам Сергей Петрович Боткин любил и понимал музыку. Трижды он собирался поступать в консерваторию, но постоянная сильная занятость мешала ему заниматься музыкой систематически. К 30 годам С. П. Боткин уже защитил докторскую диссертацию, имел звание профессора медицины и руководил клиникой. Его известность и популярность как практического врача и консультанта неуклонно росла и привлекала к нему все больше и больше пациентов. В дни приемов, — а они в эти годы были пять раз в неделю, — возвращаясь в седьмом часу к обеду, он едва мог протиснуться сквозь плотную толпу, наполнившую и переднюю, и лестницу, которая вела на третий этаж его квартиры в доме № 22 на Загородном проспекте.

Наскоро пообедав, он тотчас же начинал прием и не заканчивал его раньше одиннадцати часов, не успевая осмотреть значительной части ожидавшей в приемной публики. Единственный отдых, который Сергей Петрович позволял себе ежедневно после такого интенсивного труда, была игра на виолончели. К этому занятию он питал не только страсть, но и рассматривал его как самое действенное средство восстановления своей умственной энергии, утомленной работой целого дня, — «это моя освежающая ванна», говаривал он.

Воспоминания о разносторонней личности С. П. Боткина оставил его ближайший друг — Николай Андреевич Белоголовый (1834–1895), врач, общественный деятель, писатель, публицист, литератор. Он вспоминал, что три раза в неделю в двенадцатом часу ночи к Сергею Петровичу приходил учитель-виолончелист (долгое время им был профессор консерватории И. И. Зейферт), в полночь они садились за пюпитры и играли более часу; остальные дни он играл под аккомпанемент жены на фортепьяно, а в воскресенье тот же Зейферт приводил обыкновенно с собою двух товарищей-солистов и по вечерам шло исполнение квартетов классических композиторов, длившееся по три-четыре часа.

Музыкантом Боткин был неутомимым, но стать солистом так и не смог; этому в большей степени мешало его слабое зрение. Чтобы разобрать ноты, он вынужден был очень низко наклоняться к пюпитру, а потому часто сбивался. Тем не менее, в музыку он вносил отличительные черты своей натуры, увлечение и настойчивость, и продолжал брать музыкальные уроки чуть ли не до 50-летнего возраста.

Летом, отправляясь в заграничную поездку куда-нибудь на воды, Сергей Петрович не расставался как с целым чемоданом, набитым книгами, так и с виолончелью, даже забирая порой в путешествие две виолончели. Это однажды подало повод к комическому недоразумению в Франценсбаде. «Водяные» врачи, желая устроить ему почетную встречу, приехали на железнодорожный вокзал и, не зная Боткина в лицо и увидав в его багаже две виолончели, приняли за странствующего музыканта, прибывшего дать концерт на водах.

Горячо любя музыку и не имея возможности из-за непрерывных занятий посещать публичные концерты и театры, С. П. Боткин находил неописуемое удовольствие в своей игре, причем был чувствителен к одобрению ее даже больше (как это нередко встречается среди странностей человеческой души), чем к похвалам его медицинских талантов.

Другим развлечением, заменявшим Боткину общественные удовольствия, были «субботы», которые он открыл у себя с первого же года своего приезда в Петербург и поддерживал вплоть до последних дней жизни.



С. П. Боткин

К 9 часам вечера по субботам у Сергея Петровича дома собирались его друзья и знакомые и в беседах за длинным столом просиживали до поздней ночи. На этих встречах в течение тридцатилетнего их существования успел пребывать чуть не весь Петербург — ученый, литературный и артистический; но преимущественно, само собой разумеется, медицинский — И. М. Сеченов, Н. А. Белоголовый, В. Л. Грубер, В. В. Пеликан, С. П. Ловцов, Н. М. Якубович. Участником «боткинских» суббот был поэт и публицист П. М. Ковалевский — сотрудник журналов «Современник», «Отечественные записки», «Вестник Европы». Частыми гостями Боткина были Д. И. Менделеев, М. Е. Салтыков-Щедрин, А. Г. Рубинштейн, В. В. Стасов и многие другие известные люди.

Ввиду разнохарактерности собиравшегося общества на них редко поднимались медицинские вопросы, так же, как и политические (хозяин совсем не интересовался последними), но, несмотря на подобное ограничение программы для бесед, вечера эти коротались чрезвычайно весело и доставляли Боткину такое наслаждение, что он старался удержать гостей до четырех часов ночи.

С. П. Боткин, представляя центр собрания, был весьма гостеприимным и милым хозяином, с сердечным радушием заботившимся только о том, чтобы никого не стеснить и всем доставить то удовольствие, которое получал сам от этого собрания более или менее близких ему людей. Его непринужденная веселость сообщалась всем, и для завсегда

этих суббот посещение их делалось незаменимым источником развлечения.

Не только молодежь, но даже такой анхорет, как престарелый анатом В. Л. Грубер (1814–1890), смотрел на эти субботы как на лучший отдых для себя после недельной работы над трупами и никогда не пропускал заветного дня. В доме Боткина суровые черты лица Венцеслава Леопольдовича преобразались, вечно нахмуренные брови разглаживались, и приятно было смотреть, как постепенно с него сходило это обычное его суровое обличье, особенно когда он начинал как-то неумело и как-то по-детски хихикать, слушая в передаче И. М. Сеченова, постоянного его переводчика, какую-нибудь остроумную или смешную историю, только что рассказанную кем-нибудь из присутствовавших на русском языке, который Грубер плохо понимал.

Н. А. Белоголовый описал и такую интересную деталь «боткинских» суббот: все собиравшиеся у Боткина один раз в год оплачивали обед в складчину. На одном из таких обедов по инициативе Н. А. Белоголового родилась идея почтить все эти собрания ежегодным пожертвованием в размере 12 рублей. Этот сбор составил основу того капитала, который впоследствии дал возможность выстроить двухэтажную школу им. С. П. Боткина на Васильевском острове.

На одной из «боткинских» суббот впервые встретились А. П. Бородин и М. А. Балакирев, который некоторое время был пациентом С. П. Боткина.



М. А. Балакирев. Художник Н. П. Мещанинов

Милий Алексеевич Балакирев (1837–1910) — русский композитор, пианист, дирижер и музыкально-общественный деятель, глава «могучей кучки». В музыкальной работе ему помогали его изумительная память и острый аналитический ум. В 1855 г. Балакирев переселился в Петербург, где обратил на себя внимание М. Глинки, как пианист и композитор. Его талантом восхищались Вагнер, Берлиоз и др. Из произведений Балакирева

наибольшей известностью пользуются симфоническая поэма «Тамара» (на текст Лермонтова) и фантазия «Исламей» для фортепиано на темы грузинского кругового танца.

В конце 50-х и в 60-х гг. XIX в. М. А. Балакирев собрал вокруг себя ряд крупнейших русских музыкальных талантов — А. П. Бородин, М. П. Мусоргского, Ц. А. Кюи и Н. А. Римского-Корсакова, сложившихся в творческое содружество — «Новая русская музыкальная школа». Балакиревский кружок также известен под названием «могучая кучка», которое дал ему музыкальный критик В. В. Стасов (1824–1906). Именно Балакирев сумел дать толчок внутреннему музыкальному развитию членов кружка, не подавляя в то же время индивидуальности каждого из них.

Произведения композиторов «могучей кучки» знали, ценили и с удовольствием исполняли в доме С. П. Боткина.

Давая оценку личности Сергея Петровича Боткина, Н. А. Белоголовый писал: «Для молодых поколений жизнь Боткина поучительна еще и тем, что, будучи вся отдана на благо других, на облегчение чужих страданий, она служила для него самого источником полного нравственного удовлетворения и самых чистых наслаждений, так что и



Балакиревский кружок «Могучая кучка». Художник А. В. Михайлов

умирая, он не переставал повторять, что нет большего счастья на земле, как этот непрерывный и самоотверженный труд на пользу ближних, а самым веским подтверждением искренности его слов может быть приведено то, что из пяти оставшихся после него сыновей трое, по его совету, избрали для себя медицинскую карьеру».

Все члены семьи Сергея Петровича также как и он, с детства любили музыку, много музицировали. В частности, сын С. П. Боткина Евгений (1865–1918) учился музыке у М. А. Балакирева.

Как известно, лейб-медик Е. С. Боткин разделил трагическую участь с царской семьей, «положил душу своя за други своя». Евгений Сергеевич Боткин канонизирован Русской зарубежной церковью в 1981 г., Русской Православной церковью в 2016 г.

Музыка — моя забава, химия — мое дело



А. П. Бородин

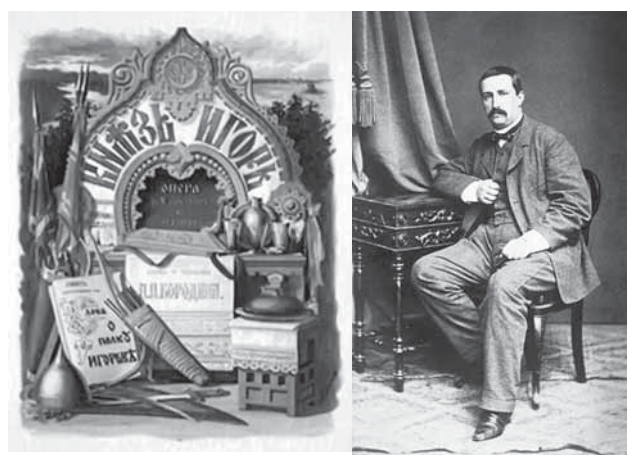
Не меньше привлекают любителей музыки жизнь и творчество Александра Порфирьевича Бородина (1833–1887) — русского композитора и талантливого химика, ученого и профессора медицины, дирижера, музыкального критика и активного общественного деятеля. В 1856 г. он окончил Медико-хирургическую академию, в 1858 г. получил степень доктора медицины, с 1874 г. был руководителем химической лаборатории Медико-хирургической академии. В 1872–1887 гг. А. П. Бородин один из организаторов и педа-

гогов высшего учебного заведения для женщин — Женских врачебных курсов.

Уроки фортепиано Бородин стал брать с 13 лет и вместе со своим другом Мишей Щиглевым переиграл в четыре руки все симфонии Бетховена, Гайдна и произведения Мендельсона. Они вместе посещали концерты, участвовали в любительском исполнении камерных ансамблей, для чего Бородин самоучкой овладел еще одним инструментом — виолончелью.

Работу в клинике Бородин сочетал с исследованиями в химической лаборатории своего учителя по академии Н. Н. Зинина, русского химика-органика, академика Петербургской АН. Он всегда помнил слова учителя о том, что подлинная медицина должна быть приложением естественных наук к лечению болезней и что успешной диагностике и врачеванию могут помочь химия и физика. Н. Н. Зинин не очень одобрял занятия своего ученика музыкой: «...господин Бородин, поменьше занимайтесь романсами. На Вас я возлагаю все свои надежды, чтобы приготовить заместителя своего, а Вы все думаете о музыке и о двух „зайцах“».

Несмотря на занятость наукой, Бородин продолжает заниматься музыкой, которой, к сожалению, он не мог отдавать столько времени, сколько ему хотелось бы. «Музыка — моя забава, химия — мое дело», — часто повторял А. П. Бородин.



Партитура оперы «Князь Игорь». А. П. Бородин.
1890 г.

Главным музыкальным произведением всей жизни А. П. Бородина, над которым он работал в течение 18 лет, была опера «Князь

Игорь». Либретто было написано композитором на основе русской эпической поэмы «Слово о полку Игореве» и представляло собой образец национального героического эпоса в музыке. Опера так и не была окончена. Уже после смерти Бородина оперу дописали и сделали оркестровку по материалам Бородин композиторы Н. А. Римский-Корсаков и А. К. Глазунов. Премьера прошла с большим успехом 23 октября (4 ноября) 1890 г. в Петербурге на сцене Мариинского театра.

В каком бы жанре ни сочинял Бородин, он создавал истинные шедевры, без которых сейчас немислим современный музыкальный репертуар. Для того чтобы осознать место А. П. Бородин на мировом музыкальном Олимпе, достаточно назвать, кроме упомянутой оперы «Князь Игорь», Вторую симфонию («Богатырскую»), струнный квартет, известнейший романс «Для берегов отчизны дальней», написанный на смерть его давнего друга М. П. Мусоргского.



Могила А. П. Бородин в Александро-Невской Лавре

По мнению Л. И. Дворецкого, гений Бородин-композитора несколько заслонил его облик врача и ученого, однако в историю отечественной науки он вошел и как создатель целой научной школы, автор десятка работ и исследований, явившихся вкладом в классику русской науки и завоевавших мировое научное признание еще при его жизни.

На могиле А. П. Бородин в Александро-Невской Лавре сооружен памятник из черного сердобольского гранита. Он изображает золотую страницу, оставленную Бородиным в истории русской культуры. На этой странице написано несколько тем из «Князя Игоря», «Второй симфонии», «Песни темного леса». На выступе — бронзовый бюст великого композитора, ученого-химика и врача. А на кованой решетке венки, один из которых сплетен из химических формул открытых им соединений.

Еще одним врачом, в жизни которого музыка занимала важное место, был Карл Андреевич Раухфус (1835–1915) — один из основоположников отечественной педиатрии и охраны материнства и детства, реформатор и новатор в деле строительства детских лечебных учреждений, подготовки педиатрических кадров, лейб-педиатр.

Карл Андреевич очень любил искусство, собирал картины, посещал выставки. Он глубоко чувствовал и понимал музыку. Завоевав авторитет как ларинголог, он познакомился со многими знаменитыми певцами и певицами, а также музыкантами. Благодаря общительному характеру знакомства часто перерастали в дружбу. Квартиру Раухфуса часто посещали и давали там концерты А. Г. Рубинштейн, виолончелист А. В. Вербилович, певица М. И. Фигнер и другие музыканты. Когда приезжала итальянская или французская оперная труппа, Карл Андреевич устраивал на своих домашних вечерах их выступления.

Этот краткий экскурс иллюстрирует неоспоримое значение музыки в жизни врачей и свидетельствует о ее важной гуманистической миссии. Для многих ученых-медиков музыка была откликом на их сердечный призыв, отражением эмоционального состояния, мыслей и чувств, позволяла им пребывать в гармонии с собой, отрешиться от суеты и погрузиться в божественное таинство бытия.

Литература

1. А. П. Бородин в воспоминаниях современников / Сост., текстолог, ред., вступ. статья и коммент. А. Зориной. М.: Музыка, 1985. 288 с.

2. Балакирев М. А. Летопись жизни и творчества / Сост. А. С. Ляпунова и Э. Э. Язовицкая. Л.: Музыка, 1967. 599 с.
3. Белоголовый Н. А. С. П. Боткин: Его жизнь и врачебная деятельность. СПб.: Тип. Ю. Н. Эрлих, 1892. 79 с.
4. Бильрот Т. Домашний и госпитальный уход за больными / Пер. д-ров Гр. Герценштейна и И. Марголина. СПб.: Главное упр. Рос. общ. Красного Креста, 1891. 244 с.
5. Billroth Theodor: Chirurgische Klinik, Zurich, 1860–1867: Erfahrungen auf dem Gebiete der praktischen Chirurgie. Berlin: A. Hirschwald, 1869. 633 p.
6. Billroth Theodor. Chirurgische Klinik, Wien 1868: erfahrungen auf dem Gebiete der praktischen Chirurgie. Berlin: August Hirschwald, 1870. 190 p.
7. Дворецкий Л. И. Музыка и медицина. Размышления о врачах и музыкантах. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 168 с.
8. Зорина А. Г. Александр Порфирьевич Бородин (1833–1887). М.: Музыка, 1987. 192 с.
9. Евсеев М. А., Комарова Е. А. Теодор Бильрот: незаконченная симфония в хирургии // Хирургическая практика. № 2. 2013. С. 58–64.
10. Favara David M., Theodor Billroth: A Surgeon for the 21st Century // Researchgate [электронный ресурс]. URL: researchgate.net/publication/269285093_Theodor_Billroth_A_Surgeon_for_the_21st_Century (дата обращения 11.10.2016).
11. Иванов Р. С. Врачебная этика и медицинская деонтология: Учеб.-метод. пособие. Л.: ЛПМИ, 1990. 80 с.
12. Маслов М. С. К. А. Раухфус. 1835–1915. Л.: Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1960. 118 с.
13. Михневич М. В., Кактурский Л. В. и др. Болезнь, смерть, бальзамирование и сохранение тела Николая Ивановича Пирогова. (К 130-летию со дня смерти Н. И. Пирогова) // Національна бібліотека України [электронный ресурс]. URL: nbuv.gov.ua/old_jrn/Chem_Biol/Vismorf/2011_2/pdf/54.pdf (дата обращения 11.10.2016).
14. Нилов Е. Г. Боткин. М.: Молодая гвардия, 1966. 160 с.
15. Пирогов Н. И. Анналы хирургического отделения клиники Императорского университета в Дерпте (год издания I: с 1 апреля 1836 г. по 1 апреля 1837 г.) // Пирогов Н. И. Собр. соч. в 8 томах. Т. 2. М.: Госиздат-медлит, 1959. С. 8–509.
16. Пирогов Н. И. Вопросы жизни. Дневник старого врача, писанный исключительно для самого себя, но не без задней мысли, что, может быть, когда-нибудь прочтет и кто другой (5 ноября 1879 — 22 октября 1881) // Н. И. Пирогов. СПб.: ВМедА, 2008. С. 292.
17. Фролова В. Евгений Баратынский // Проза.ру [электронный ресурс]. URL: proza.ru/2011/12/18/973 (дата обращения 11.10.2016).
18. Шабунин А. В. Болезнь Николая Ивановича Пирогова // Клиническая медицина. Т. 67. № 8. 1989. С. 149–152.
19. Штрайх С. Я. Николай Иванович Пирогов. М.: Военное издательство министерства вооруженных сил Союза ССР, 1949. С. 1.

НОВОСТИ

РОСТОВ-НА-ДОНУ

По молитвам исповедника и великого врача свт. Луки Крымского **проект общества православных врачей Ростова-на-Дону «Наше будущее»** стал победителем международного открытого грантового конкурса «Православная инициатива 2015–2016». Целью проекта является решение проблем здоровья детского населения сельских районов Ростовской области. На выделенные грантом средства появилась возможность приобретения портативного УЗИ-сканера для обследования детей, проживающих в селах, не имеющих медицинских учреждений.

15 мая 2016 г., в день Святых Жен Мироносиц, состоялся первый выезд группы детских врачей в рамках гранта. Врачебный десант из 12 представителей Общества православных врачей высадился в селе Николаевка Неклиновского района. Прибывших радушно встретил протоиерей Роман, настоятель старинного храма Святителя Николая Чудотворца. Батюшка пригласил ростовских врачей для

консультативной помощи своим юным прихожанам. Перед началом приема был отслужен молебен свт. Луке Крымскому.

В выездном приеме приняли участие педиатры, отоларингологи, дерматологи, невролог, иммунолог-аллерголог, врач функциональной диагностики (электрокардиограмма) и детский кардиолог. Работы хватало всем: список заранее записавшихся включал 60 детей.

Прием осуществлялся на базе местной амбулатории. Благодаря профессионализму местных врачей все пациенты были с необходимыми медицинскими документами, поэтому результаты осмотров будут систематизированы педиатром и их исполнение проконтролировано. Такое тесное взаимодействие очень полезно для пациентов.

Осуществить поездку помог благотворительный фонд «Святителя Николая Чудотворца», предоставивший средства для оплаты комфортабельного микроавтобуса.

В июле 2016 г. выездная бригада Ростовского общества православных врачей

посетила село Федоровка Неклиновского района, находящееся в 12 км от границы с Украиной. Самая дальняя на данный момент поездка врачей была совершена в сопровождении духовника общества, клирика Свято-Казанского храма иерея Александра Новикова, и с благословения благочинного Таганрогского округа протоиерея Алексия Лысыкова. Поездка стала седьмой по счету и третьей в рамках грантового конкурса «Православная инициатива».

В ходе приема было совершено более 110 осмотров детей, от младенцев до учащихся старших классов.

Ростовское общество православных врачей выразило благодарность местным врачам села Федоровка за помощь в работе выездной бригады и Благотворительному фонду П. П. Прибылова (Фармацевт+) за традиционно предоставленные средства для оплаты поездки на комфортабельном микроавтобусе.

По материалам сайта
www.kazanskoi.ru

СВЯТЫЕ ОТЦЫ О СЕРДЦЕ

* * *

... победил Бог везде, но в сердце человеческом должен победить сам человек.

* * *

Живое сердце надо в себе воспитывать с очень ранних лет; надо заботиться, чтобы сердце осталось отзывчивым, несмотря на то что отзывчивость приносит с собой не только радость общения, но и боль общения; и не только общения, но и боль разобщенности, оставленности и отверженности. Мы все рады бы иметь сердце чуткое и радостное, но нам страшно бывает, чтобы сердце наше осталось чутким, когда платишь за эту чуткость болью, которую иначе можно было бы не испытывать. И вот тут нужно очень много мужества, очень много решительности, чтобы сказать: пусть мое сердце, коль это будет нужно, раздирается болью, но я его не закрою, я его не защищу. . .

* * *

...в своем собственном человеческом сердце сил на то, чтобы любить тех, которые тебя оскорбляют, тех, которые тебе чужды, тех, от которых у тебя чувство отвращения, никогда не найти. Но если твое сердце подарить Богу, если твое сердце открыть Ему так, чтобы в нем жила Божия любовь, тогда можно принимать друг друга, принимать ближнего своего, и фарисея, и мытаря.

* * *

Главное препятствие, которое стоит на пути воспитания сердца, это наш страх перед страданием, перед душевной болью, перед духовной трагедией. Мы боимся страдания, и поэтому мы свое сердце суживаем и защищаем. Мы боимся смотреть и видеть; мы боимся слушать и услышать; мы боимся видеть человека в его страдании и слышать крик его души. И поэтому мы закрываемся. И, закрываясь, мы делаемся все уже и уже, и делаемся пленниками этой нашей закрытости.

Митрополит Антоний Сурожский

* * *

Именно сердце, а не ум (как пытаются доказать психологи) мыслит, размышляет, познает. И новейшие исследования науки дают нам право считать сердце не только органом кровообращения, но и органом чувств.

* * *

И самое главное — сердце, по Священному Писанию, есть орган общения человека с Богом, а следовательно, оно есть орган высшего познания. Именно сердце обладает способностью ощущать Бога. Почти у всех людей есть способность иная, чем познание пятью чувствами. И чем выше духовность человека, тем ярче выражена эта способность высшего познания.

* * *

«Сердце — есть корень жизни» (свт. Феофан Затворник), оно возбуждает к деятельности прочие силы. Казалось бы, следовало отдать полную власть ему над управлением жизнью (как это и бывает у многих), но страсти часто увлекают сердце в ненужном направлении, и потому только люди, очистившиеся от страстей, могут дать волю всецело своему сердцу.

* * *

Сердце — центр физической жизни человека, и по связи душевной деятельности с физической оно же, как объединение душевных способностей, есть центр сознательной душевной деятельности. В нем формируется личность человека, и, когда душевная жизнь человека сложилась, тогда сердце делается регулятором добра и зла.

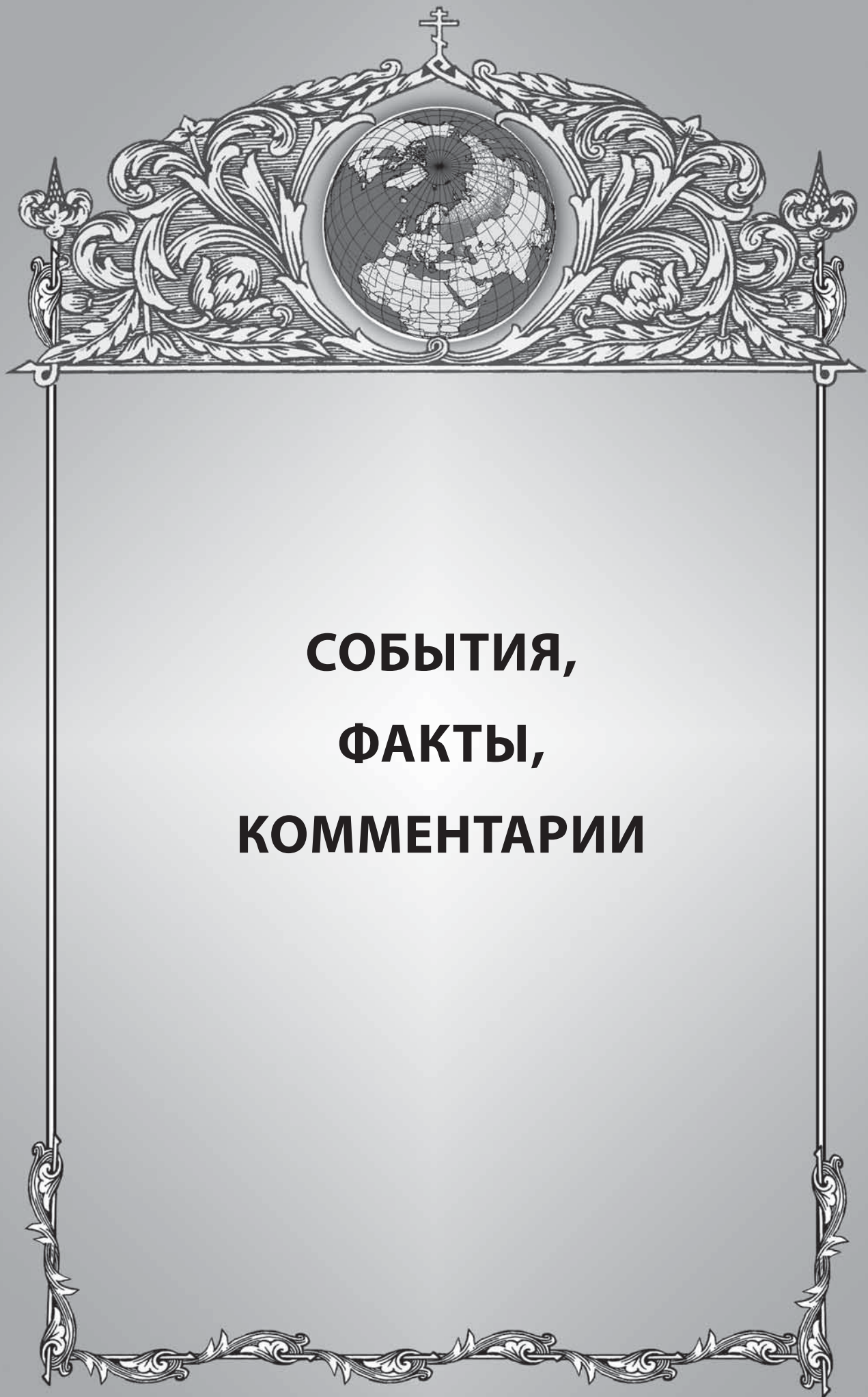
* * *

Сердце не только воспринимает воздействие Духа Божия, но, как центр нашей духовной жизни, совершенствуется и направляется к богопознанию. В притче о сеятеле Сам Господь говорит, что семя слова Божия сеется в сердце человеческое.

* * *

Сердце обладает способностью само получать из духовного мира ощущения высшего порядка и передавать их уму (в мозг). Мы знаем, что человек часто интуитивно чувствует многое из того, что необъяснимо нашим умом. А интуиция и есть познание сущности вещей не умом, а сердцем. Сердцем человек ощущает все, как прекрасное и приятное, так и неприятное.

Архимандрит Иоанн Крестьянкин





БАРНАУЛ



МОСКВА



НОВГОРОД



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ



КАРЕЛИЯ



БОРОВИЧИ



АРХАНГЕЛЬСК



РОСТОВ-НА-ДОНУ



ЯРОСЛАВЛЬ



НОВОСИБИРСК

В АРХАНГЕЛЬСКЕ ХИРУРГИ И СВЯЩЕННИКИ ОБСУДИЛИ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФИЗИЧЕСКОГО И МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

В Северном государственном медицинском университете (СГМУ) прошли V Войно-Ясенецкие чтения. Наряду с общественным факультетом ментального здоровья (ОФМЗ) университета организаторами чтений выступили Министерство здравоохранения Архангельской области и Архангельская и Холмогорская митрополия.



Молебен перед началом форума

В чтениях участвовали представители Общества православных врачей Санкт-Петербурга: председатель общества профессор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И. П. Павлова протоиерей Сергей Филимонов и доцент кафедры безопасности жизнедеятельности и охраны здоровья ЛОИРО В. Т. Лободин. В своих выступлениях докладчики раскрыли вопросы христианского понимания болезни, неясных клинических случаев и отношения к ним, духовной безопасности молодежи.

Полемику среди студентов-медиков вызвало выступление философа и богослова, заведующего кафедрой философии Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета Виктора Петровича

Леги «Наука и религия: может ли ученый верить в чудеса?»

Пятые чтения, посвященные святителю Луке (Войно-Ясенецкому), совпали с юбилеем единственного в стране общественного факультета ментального здоровья (ОФМЗ) СГМУ, который также носит имя святителя Луки. Инициатор создания уникального факультета академик РАН П. И. Сидоров отметил, что неслучайно ОФМЗ ориентирован на ментальное здоровье, так как оно — важнейшее условие развития общества и государства.

«Медициной завтрашнего посткризисного общества станет ментальная медицина, — подчеркнул П. И. Сидоров. — Она расширяет возможности психиатрии и наркологии, психотерапии и клинической психологии, дестигматизирует все психонаркологическое поле и занятые на нем профессиональные сообщества, обеспечивает включение психо- и социотерапии во все профилактические и лечебно-реабилитационные программы и маршруты, реализуя новую концептуальную и технологическую методологию, направленную прежде всего на сохранение и укрепление ментального здоровья. По существу, ментальная медицина является системным ответом на вызовы глобального кризиса. Одним из маркеров общественного здоровья и безопасности нации является ментальный иммунитет — биопсихосоциодуховная матрица нашей идентичности. Разработанные нами мультидисциплинарные подходы позволяют предотвратить ментальный иммунодефицит общества. Именно это духовно-нравственное поле позволяет объединиться Церкви и медицине».

Деканом нового факультета стала доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии СГМУ Л. Е. Громова. Научно-ме-

тодический совет факультета возглавила зав. кафедрой неонатологии и перинатологии, профессор Г. Н. Чумакова. Сопредседателями попечительского совета стали директор ФГУ НИИ пульмонологии ФМБА России, академик РАН, профессор А. Г. Чучалин, депутат Госдумы Е. А. Вторыгина, митрополит Архангельский и Холмогорский Даниил.

В состав факультета вошли 5 отделений: духовно-нравственного образования, православной медицины, демографической политики, защиты общественного здоровья и противостояния социальным недугам, православной психологии и психотерапии. Девизом общественного факультета ментального здоровья стали слова Аристотеля: «Кто двигается вперед в знании, но отстает в нравственности, тот более идет назад, чем вперед».

Общественный факультет ментального здоровья — это уникальный новый формат государственно-общественного партнерства, в рамках которого ведется серьезная воспитательная работа, основанная на духовно-нравственных ценностях. Факультет позволяет по-новому объединить ресурсы и реализовать их в деле развития демографической политики; формирования здорового образа жизни, противодействия алкоголизму, наркомании, курению; укрепления институтов семьи, материнства и детства; социальной реабилитации лиц групп риска и незащищенных слоев населения; духовно-нравственного воспитания будущих врачей.



Доцент Свято-Тихоновского гуманитарного университета В. П. Лега

Биомедицинское знание и практика сегодня неразрывно связаны с этическим знанием, которое в русском сознании неотделимо от христианских традиций. Многие биоэтические проблемы рассматриваются в рамках ра-

боты отделений демографической политики и православной психологии и психотерапии ОФМЗ. Так, 11–16 марта 2013 г. в СГМУ проходила акция «В защиту жизни!». В ноябре 2013 г. года вуз принял участие в Международной акции «В защиту жизни — Михайловские дни». Сегодня в вузе проводятся занятия по программе дополнительного профессионального образования по доабортному консультированию с акушерами-гинекологами, клиническими психологами, специалистами по социальной работе города и области.

Ежегодно в стенах СГМУ проходит межрегиональная научно-практическая конференция, посвященная иконе Божией Матери «Млекопитательница». На ней рассматриваются проблемы ухода за новорожденными детьми, грудного вскармливания, формирования сознательного материнства. На конференцию, как правило, приезжают сотни участниц из городов и районов области. Им предоставляется возможность не только прослушать интересные доклады, но и обменяться опытом, получить ответы на конкретные, актуальные вопросы. Для специалистов, которые работают с беременными и матерями, создан и реализуется проект «Школа материнской любви».

В христианской этике одним из главных направлений является служение ближнему и делание добра. В связи с этим врачевание, по сути дела, — одна из уникальных человеческих профессий, смысл и назначение которой максимально совпадают с христианскими ценностями милосердия и человеколюбия. Эта специальность не знает выходных и требует большого терпения и мужества. Несколько тысяч студентов обучаются в Северном государственном медицинском университете и медицинском колледже для того, чтобы заботиться о людях и их здоровье. При университете давно и успешно работают курсы «Патронажная сестра милосердия», направленные на возрождение духовно-нравственных традиций отечественной медицинской школы и социального служения. Сегодня они входят в состав общественного факультета ментального здоровья. За все годы обучения подготовлены 203 сестры милосердия. В рамках работы отделения духовно-нравственного образования ОФМЗ на кафедре

гуманитарных наук проходят элективы для студентов всех факультетов: «Основы и ценности православия», «Основы православной культуры», «Православие и русская литература». Всех желающих принимают на начальные православные богословские курсы. Лекции студентам читают известные профессора, писатели, философы, представители духовенства из Москвы и Санкт-Петербурга: дьякон Андрей Кураев, протоиереи Алексей Уминский, Дмитрий Смирнов, Артемий Владимиров, Владимир Вигилянский, Андрей Ткачев. Они раскрывают перед будущими врачами сложные вопросы: Церковь в современном мире, жизнь и смерть, любовь и милосердие, профессиональная этика, семейная жизнь, воспитание подрастающего поколения. «Мне, как представителю медицины хотелось бы отметить, что для врача милосердие, сострадание, умение ставить интересы больного выше своих — это основа врачевания. Это те понятия, которые мы прививаем студентам нашего вуза с первых курсов обучения», — отметила ректор СГМУ Л. Н. Горбатова.

С 1995 по 2005 г. в Архангельске семь раз проводились Иоанновские образовательные чтения, а при СГМУ работала секция «Медико-социальное служение». Университет продолжил начатое дело, и сегодня по инициативе ОФМЗ секция переросла в Иоанновский форум, который не случайно проходит в СГМУ. По благословию епископа Архангельского и Холмогорского Тихона университетские курсы сестер милосердия носят имя святого праведного Иоанна Кронштадтского. Ежегодно их работа начинается 1 ноября, в день его рождения, а выпускные мероприятия проводятся 14 июня, в день его прославления в лике святых Русской Православной Церкви. В 2009 г. в честь 150-летия праведного Иоанна Кронштадтского в СГМУ открыта его именная аудитория. Выступая на Иоанновском форуме, митрополит Архангельский и Холмогорский Даниил сказал: «Задумываясь о будущем нового поколения, люди хотят, чтобы их дети выросли и стали учителями, военными, врачами, инженерами. Мне хочется подчеркнуть, что в первую очередь нужно вырастить человека с духовно-нравственным стержнем. Как это сделать в нашем обществе, зависит от нас с вами».

Осенью 2014 г. по инициативе десятка студентов и при поддержке администрации СГМУ и молодежного отдела Архангельской и Холмогорской епархии при общественном факультете ментального здоровья был создан клуб «Ихтис» — студенческое объединение, занимающееся изучением христианской традиции и волонтерской работой. Участниками клуба являются студенты разных конфессий, что лишним раз показывает возможность и важность диалога, основанного на взаимопонимании и уважении в нашем обществе. За время своего существования «Ихтис» принял участие более чем в десяти благотворительных акциях. В течение двух лет студенты из клуба регулярно оказывали помощь нуждающимся и людям с ограниченными возможностями.



Важной и актуальной на сегодня является работа отделения защиты общественного здоровья и противостояния социальным недугам, одним из направлений которой является противодействие тоталитарным неокультам, использующим психический терроризм (манипулятивное воздействие на общественное сознание с меркантильными целями) как нелетальное оружие массового поражения. Сектантская экспансия нанесла тяжелейший урон постсоветскому пространству. Священнослужителям и врачам просто необходимо объединить свои усилия в деле реабилитации жертв сектантской агрессии. Писатель, богослов и публицист, проповедник и миссионер отец Олег Стеняев на одной из своих лекций в СГМУ отметил: «Необходимо разграничивать: грешника и грех, сектанта и его заблуждения. Мы должны бороться не против человека, а за человека». В течение всего периода работы ОФМЗ с лекциями по основам духовной без-

опасности перед студентами и сотрудниками университета выступали: профессор, доктор философии, председатель Экспертного совета при Министерстве юстиции Российской Федерации, консультант Совета Европы А. Л. Дворкин, председатель Юридического комитета защиты прав и достоинств личности при Российской ассоциации центров изучения религий и сект А. А. Корелов, руководитель Центра географии религий при Синодальном отделе по взаимоотношениям Церкви и общества Р. А. Силантьев и др.

Отдельно хочется сказать о предыдущих Войно-Ясенецких чтениях. Первые чтения состоялись в апреле 2012 г. и были посвящены 135-летию со дня рождения выдающегося ученого, хирурга Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого. Форум объединил для совместной работы профессорско-преподавательский состав вуза, практических врачей-хирургов, анестезиологов, травматологов, ортопедов, студентов-медиков и представителей Русской Православной Церкви. Тематика докладов включала в себя осмысление духовного наследия святителя Луки; проблемы гнойной хирургии и регионарной анестезии от эпохи В. Ф. Войно-Ясенецкого до современного периода (теория и практика); инновационные технологии в анестезиологии, хирургии, травматологии и ортопедии. Форум начался с молебна и освящения аудитории СГМУ в честь святителя Луки. В дар университету митрополит Даниил передал удивительный образ святителя Луки (Войно-Ясенецкого) с частицей митры, написанный в Греции. Сейчас икона находится в именной аудитории вуза, где еженедельно проходят молебны святителю. Пути Церкви и медицины во многом пересекаются. Не случайно, что в рамках чтений проводится традиционная хирургическая конференция, на которую приезжают врачи этой специальности со всех районов Архангельской области. Это те люди, которые учились по книгам Войно-Ясенецкого и овладевали своей профессией. Вторые по счету Войно-Ясенецкие чтения, прошедшие в мае 2013 г., собрали более 700 участников. Форум в равной степени вызвал большой интерес как у представителей практического здравоохранения, преподавателей и студен-

тов медицинского вуза, так и у священнослужителей. Мероприятие стало открытой площадкой для обсуждения вопросов актуальных как для Церкви, так и для медицины. III Войно-Ясенецкие чтения стали выездными и прошли в Коряжме и Сольвычегодске. В работе научно-практической конференции приняли участие врачи-хирурги южных районов нашего региона. Основные мероприятия научных чтений прошли в Коряжемской городской больнице. Представители профессорско-преподавательского состава СГМУ предложили вниманию коряжемских, котласских врачей, специалистов из Великого Устюга свои лучшие наработки. Также во время форума архангельские клиницисты провели большую консультативную работу с местным населением.

В рамках IV Войно-Ясенецких чтений впервые состоялось награждение памятной медалью имени святителя Луки (Войно-Ясенецкого), которую разработали по инициативе руководства университета. Первым награжденным стал митрополит Даниил, также медаль вручили гостю форума, председателю Общества православных врачей Санкт-Петербурга протоиерею Сергию Филимонову и заслуженным врачам Поморья. Памятная медаль вручается: врачам-хирургам различных специальностей за особые заслуги в здравоохранении (проведение уникальных операций, внедрение новых методов лечения и диагностики); имеющим стаж работы в сельском здравоохранении не менее 25 лет; имеющим стаж работы не менее 30 лет, за самоотверженное служение профессии. А также врачам, преподавателям, научным работникам, священнослужителям, занимающимся вопросами духовно-нравственного наследия профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого (святителя Луки). По словам митрополита Даниила, чтения организованы для того, чтобы поднять нравственный уровень нашей молодежи. Будущим врачам надо показать высокий идеал любви, милосердия и сострадания, который явил всей своей жизнью святитель Лука и на который нужно равняться.

Редактор газеты «Медик Севера» Е. Ю. Неманова

ДУХОВНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ В БОРОВИЧАХ



26 апреля в Боровичском медицинском колледже имени А. А. Кокорина по благословению епископа Боровичского и Пестовского Ефрема под эгидой Общества православных врачей Боровичской епархии состоялась духовно-просветительская конференция **«Аборты — это убийство. Взгляд православных врачей и священнослужителей»**. Целью проведения конференции было привлечение внимания студентов медиков к защите нерожденных детей.

В конференции приняли участие клирики Боровичской и Пестовской епархии Новгородской митрополии, в том числе благочинный Боровичского округа, настоятель Успенского кафедрального собора Боровичей, руководитель епархиального Отдела по образованию и катехизации протоиерей Иоанн Мороко; клирик собора Сошествия Святого Духа на апостолов в Боровичах, руководитель епархиального Отдела по взаимодействию с медицинскими организациями, председатель Боровичского отделения Общества православных врачей России иерей Сергей Другов; настоятель храма Рождества Христова поселка Угловка Окуловского района иерей Герман Митрофанов.

Согласно сообщению сайта Боровичской епархии, посвященному конференции, «в современном обществе все более нарастает осознание неприемлемости ситуации, при которой жизнь человека до рождения никак не защищена законом. Все чаще призывы к запрету искусственных абортов звучат с церковных кафедр, страниц средств массовой информации, трибун законодательных собраний, в речах общественных и политических деятелей. И это не случайно. Сегодняшнее положение дел в законодательстве прямо противоречит не только учению Церкви и данным современной науки о начале и развитии человеческой жизни до рождения. Оно противоре-

чит естественным законам нравственности, предполагающим запрет на убийство невинного человеческого существа, тем более ребенка. Оно противоречит истинным интересам женщин, которые вместо гарантированного законом права быть убийцами собственных детей, должны иметь гарантированное законом и обществом право на заботу о себе и своем потомстве. Противоречит интересам личной и общественной безопасности, несет угрозу деградации и гибели народу и государству».

С обращением к участникам и гостям конференции выступил благочинный Боровичского округа **протоиерей Иоанн Мороко**. О послеабортном синдроме сообщила в своем докладе медицинский психолог женской консультации **С. М. Васюкова**. Секретарь Боровичской епархии, руководитель епархиального отдела по взаимодействию с медицинскими организациями **иерей Сергей Другов** рассказал о мероприятиях епархии, направленных на сохранение жизни нерожденных детей. **М. К. Кузьмина**, заместитель директора Боровичского медицинского колледжа имени А. А. Кокорина, выступила от имени администрации колледжа. В рамках конференции также состоялся показ фильма **«Афон за жизнь. Заветы святого старца Паисия Святогорца»**.

После докладов и просмотра фильма священнослужители ответили на вопросы педагогов и студентов колледжа. Обсуждение коснулось ряда биоэтических проблем, по которым позиция Русской Православной Церкви несколько отличается от выраженной в современном светском законодательстве в сфере охраны здоровья.

*По материалам: boreparhia.ru
В оформлении использованы фото сайта*

ПОТОМКИ ЦАРСТВЕННОЙ ДИНАСТИИ ПОСЕТИЛИ ХРАМ ВО ИМЯ СВЯТОГО ВРАЧА-СТРАСТОТЕРПЦА ЕВГЕНИЯ (БОТКИНА)

Событием, вызвавшим большой резонанс во всем православном мире, было решение о канонизации в России врача-страстотерпца праведного Евгения (Боткина), принятое 3 февраля 2016 г. Архиерейским собором Русской Православной Церкви. Долгие годы велись дискуссии на эту тему, прежде чем лейб-медик семьи последнего Российского императора был прославлен Русской Православной Церковью в лике святых.

25 марта 2016 г., по благословению Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон, председатель Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению, совершил чин малого освящения храма-часовни на территории Московской городской клинической больницы № 57 им. Д. Д. Плетнева.



Академик А. Г. Чучалин

Это первый в России храм в честь святого страстотерпца врача Евгения (Боткина),

основан во многом по инициативе главного терапевта РФ, директора НИИ пульмонологии ФМБА России, члена исполкома Общества православных врачей России, академика РАН, профессора А. Г. Чучалина.



Икона святого страстотерпца врача Евгения (Боткина). Художник Н. Б. Кукулиев, творческая мастерская «Палешане»

Украшением храма стала икона святого врача-страстотерпца. «Храмовая икона — высокохудожественное произведение искусства, над ее созданием более двух лет работали палехские мастера. Уникален образ святого страстотерпца, предстающего перед нами в военном кителе с крестом в правой руке и ларцом с медикаментами в левой. Однако, наиболее сложно было найти лик святого, являющего человека большой духовной силы и великих помыслов» — отметил А. Г. Чучалин.

На известие об открытии храма-часовни откликнулись потомки династии Романовых.

Так, 20 ноября 2016 г. храм посетил Наследник Дома Романовых Великий Князь Георгий Михайлович, который прибыл в Москву из Мадрида. Великий Князь является учредителем «Императорского фонда исследований по борьбе с онкологическими заболеваниями» в Лондоне и ведет множество благотворительных проектов. В честь приезда августейшего гостя и его делегации в храме состоялся молебен святому царственному семейству и святому страстотерпцу Евгению (Боткину). После богослужения Великий Князь Георгий Михайлович торжественно передал в дар икону XIX в. «Се человек» — Спасителя в терновом венце. Затем состоялась мини-конференция, на которой Его Императорское Высочество ответил на ряд вопросов.



Наследник Цесаревич и Великий Князь Георгий Михайлович Романов

Храм также посетила Ольга Николаевна Куликовская-Романова — вдова Тихона Николаевича Куликовского-Романова, родного племянника императора Николая II. Ольга Николаевна — общественный деятель, почетный академик Российской академии художеств, член Союза писателей России, она является председателем основанного в Канаде Благотворительного фонда «Программа помощи России» во имя Ея Императорского Высочества Великой Княгини Ольги Александровны. На протяжении 20 лет фонд ведет различные благотворительные акции, оказывает по-

мощь больницам, школам и приходом нашей страны.



При входе в храм: Великий Князь Георгий Михайлович, академик А. Г. Чучалин, главный врач ГКБ № 57 И. А. Назарова



Великий Князь Георгий Михайлович Романов с сотрудниками больницы

Храмоздание — дело жизни, требующее колоссального труда и мощных ресурсов. Но для того и строятся храмы, чтобы люди обрели подлинный смысл жизни и через это обретение изменили мир. И хотя храм-часовня святого страстотерпца Евгения (Боткина) пока еще очень скромный, но в нем ощущается атмосфера гармонии и благодати, созданная неповторимыми образами святых, сотворенная усилиями тех, кто ратовал за основание храма, и пробужденная молитвами прихожан, так нуждающихся в защите и утверждении своей веры.

Ю. С. Шевчук

В оформлении использованы фото автора

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ СВЯТИТЕЛЮ ФЕОФАНУ ЗАТВОРНИКУ

4–6 февраля 2016 г. в Санкт-Петербурге в здании Международной академии музыки Елены Образцовой проходила II Всероссийская научно-практическая конференция «Святитель Феофан Затворник — основатель христианской психологии».



Организаторами форума стали епархиальный Отдел по церковной благотворительности и социальному служению, храм святителя Петра на Роменской улице, Общество православных психологов Санкт-Петербурга, Общество православных педагогов Санкт-Петербурга и Институт социального образования «Русская христианская гуманитарная академия».

В конференции приняли участие священнослужители, психологи, психотерапевты, преподаватели образовательных учреждений, врачи, аспиранты и студенты из Санкт-Петербурга, Москвы, Калуги, Кемеровской области.

Перед началом конференции был отслужен молебен в храме прп. Серафима Вырицкого при Большом Гостином Дворе. Возглавил молебен **иерей Артемий Наумов**, духовник Епархиального Общества православных психологов Санкт-Петербурга.



Открывая конференцию, отец Артемий зачитал приветственное слово митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Варсонофия: «Развитие психологической науки и ее связь с богословскими дисциплинами и практикой жизни в Церкви — актуальная тема в современном мире. Человек постоянно находится в эмоциональном и, самое главное, мировоззренческом кризисе. Как мы знаем, душа человеческая — христианка. Но современные люди забыли об этом, погружаясь все больше в жизнь, противную слову Евангелия. ... Радостно, что люди, профессионально оказывающие помощь человеку, который запутался и находится на грани, собрались здесь сегодня».



Со своей стороны, отец Артемий отметил неопределимую заслугу святителя Феофана

Затворника в богословии. Примером своей жизни епископ Феофан Затворник Вышинский предстает перед нами как истинный последователь Христа. Любовь — единственный критерий жизни человека. Только через любовь человек может познать мир и Бога.

Руководитель координационного центра по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии протоиерей Максим Плетнев огласил приветствие председателя епархиального Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Санкт-Петербургской епархии протоиерея Николая Брындина, в котором, в частности, подчеркивалось: «Только ярый противник Церкви может говорить, что психология — это дисциплина сугубо светская, и в ней нет места категориям богословия. Только ретроград и человек, совершенно не знакомый со святоотеческим преданием, утверждает, что духовная жизнь не связана с наукой о внутреннем мире человека, причинах его поступков и мыслей. Но мы знаем, что разница в понятиях говорит не о различиях, а о широком поле применения православной психологии в нашей жизни».

Отец Максим, в свою очередь, отметил, что конференция интересна соединением богословия и психологии: «Православная психология — наука, которая находится в пограничном месте и поднимает многие темы, которые светская психология не затрагивает».

В. В. Семенцов, директор Царскосельской школы «Гуманитарий», председатель Общества православных педагогов, в своем приветственном слове обозначил вопрос «что такое педагог без психологии», на который ответил так: «Это древо без ствола, которое плодов не принесет, потому что не выживет. Так же психолог без святоотеческого предания и богомыслия — это ствол без корней, который сгниет. Православные психологи воспитываются от корней евангельского благовестия и святоотеческих откровений».

Ответственный секретарь Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) **С. В. Лободина**, приветствуя собравшихся от лица общества, отметила, что православные врачи с большим вниманием относятся к данной конференции,

принимая в ней участие и выступая с докладами. Сообщение о первой конференции было размещено в сентябрьском выпуске журнала «Церковь и медицина» № 2 (14) 2015 г.

В первый день работы конференции были образованы две секции:

- «Богословие святителя Феофана Затворника: природа тела–души–духа и ума–чувства–воли человека»;
- «Духовная практика христианской жизни».

Предметами обсуждения стали православная психология как научная дисциплина и практика, преодоление страстей, стяжание добродетелей, православное консультирование и психотерапия.



Иерей Георгий Пименов

Пленарное заседание докладом «Святитель Феофан Затворник на Святой земле» открыл **иерей Георгий Пименов**, клирик храма Воскресения Христова у Варшавского вокзала, сотрудник Координационного центра по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии.

Иеромонах Виталий (Морозов) выступил на тему «Терминология, означающая в классической античности различные аспекты психической деятельности».

Аспекты сравнительного анализа святоотеческой и научной психологии отразила психолог из Москвы **Т. В. Филиппева**, член Российского психологического общества. По ее словам, первыми целителями души были монахи. В наши дни наука осмысливает святоотеческое наследие. Цель святоотеческой психологии — исцеление человека от нравственных и духовных недугов, страстей, порождающих грехи. В научной же психологии

духовная потребность души в общении с Богом игнорируется.

Председатель Общества православных педагогов **В. В. Семенцов** выступил с докладом «О современных возможностях воспитания благодарения как „чувства милости Божией незаслуженной“». Рассуждая о чувстве благодарения, святитель Феофан учит радостному и благодарному приятию жизни во всех ее проявлениях, в том числе приятию скорбей и бед. Благодарный Богу человек всегда остается довольным, жизнерадостным, благодушствующим. Верующий во всемогущество, благодать, премудрость, правосудие Божие избегает сердечных расстройств. Содействие умягчению каменеющих сердец учащихся — задача каждого воспитателя-христианина, отметил педагог.

В работе секции «**Богословие святителя Феофана Затворника: природа тела–души–духа, ума–чувства–воли человека**» приняли участие члены Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) — **В. Т. Лободин**, доцент Ленинградского областного института развития образования, **С. В. Лободина**, ответственный секретарь ОПВ, врачи-педиатры — **Н. Ф. Жарков**, **Т. В. Жаркова**.

Н. Ф. Жарков выступил с докладом на тему: «Чистое сердце — тайна духовной жизни», подготовленным совместно с **Т. В. Жарковой**. В докладе было рассмотрено учение святых отцов Церкви о сердце как органе духовном и плотском. Большое внимание при этом было уделено духовному наследию святителя Феофана Затворника.



Н. Ф. Жарков

Во второй секции «**Духовная практика христианской жизни**» были рассмотрены практические вопросы: диагностика отношений детей и родителей как средство помощи в пастырском окормлении семьи, психолого-педагогическое сопровождение детей в приемных семьях в контексте педагогики святителя Феофана Затворника, экстренная психологическая помощь в доабортном и постабортном консультировании.

Следует также отметить, что состоялись круглые столы по темам: «Социальное служение на приходе — практика добрых дел» и «Вещественна ли душа?»

Участникам конференции был представлен альманах «Линтула» — издание для духовно-нравственного просвещения, рассказывающий на своих страницах об истории Церкви и России, монашеских традициях, истоках русской культуры.

Большой интерес вызвала дискуссия: «**Молодежь. Образование. Религия**», в которой приняли участие старший преподаватель ПСТГУ, социальный работник Службы помощи бездомным Православной службы милосердия **диакон Олег Вышинский**; руководитель социально-миссионерской практики СПбДА, аспирант, магистр богословия **С. С. Забавнов**; сестра милосердия отделения «Синий крест» Сестричества св. мц. Татианы, канд. пед. наук **В. А. Павлова** и др. Во время дискуссии обсуждались вопросы:

- в чем смысл социального служения;
- разочарования и фальшь социального служения;
- помогает ли социальное служение найти дорогу в жизни;
- какие качества должны быть у добровольца на пути служения;
- нужно ли специально учиться, чтобы заниматься социальным служением.

Поднятые вопросы, несомненно, представляют большой интерес, и их обсуждение будет продолжено в добровольческих организациях Санкт-Петербурга.

Красной нитью через многие доклады и сообщения прошла мысль о важности интеграции психологов, педагогов и врачей. Почетный работник высшей школы РФ, профессор кафедры педагогики и педагогических технологий ЛГУ им. А. С. Пушкина, канд. пед. наук

Д. И. Воробьева украсила возвышенными словами искренней благодарности окончание работы первой секции: «Спасибо вам за то, что вы „открыли дверь в другую реальность“! Мы — педагоги, сегодня выходим на удивительную идею — признание Божественного. И я буду эту идею развивать! Воодушевили! Благодарю вас!»

«Проблемы человека можно решить только в комплексе интеграции психологических и святоотеческих знаний. На конференции объединяются все те, кто работает с челове-

ком — педагоги, врачи, психологи. Это самое важное достижение наших встреч!» — подвела итог руководитель Общества православных психологов Санкт-Петербургской митрополии, профессор Санкт-Петербургской православной духовной академии и Санкт-Петербургской академии постдипломного педагогического образования, доктор психолог. наук **Л. Ф. Шеховцова**.

*Т. В. Жаркова, С. Н. Прохорова
(по материалам mitropolia.spb.ru)*

ЧИСТОЕ СЕРДЦЕ — ТАЙНА ДУХОВНОЙ ЖИЗНИ

Блаженны чистые сердцем, ибо они Бога узрят (Мф. 5:8)

Во все времена о сердце человека размышляли философы, ученые, писатели и поэты. Часто приходится слышать такие выражения, как сердце «замирает в ожидании», «разрывается от горя», «сжимается от жалости», «страдает от переживаний», «веселится от радости» и даже «прыгает от восторга». А бывает и так, что сердце «переполняется гневом».

Русский философ Иван Александрович Ильин (1883–1954) пишет, что мышление без сердца оказывается «машинообразным, холодным и циничным». «Бессердечная воля» — «злая энергия души», для которой «цель оправдывает средства». По определению И. А. Ильина, западная рационалистическая и технократическая культура — это культура без сердца, «глубоко больная культура», культура из «камня и льда», да и не культура вовсе, а «дурная цивилизация», давно вступившая на «обреченный путь».

Познавая свою отечественную культуру, мы видим, что есть люди, которые не могут пройти мимо чужого горя. Они по велению своего сердца откликнутся на просьбу, окажут помощь. У них, как говорят, «отзывчивое сердце». У такого человека — «доброе сердце», он идет к нам «с открытым сердцем», делает все «от чистого сердца». Но, как ни печально, могут встретиться и другие люди, у которых жестокое, злое, холодное, окаменелое сердце.

Говоря о сердце такими словами, мы невольно даем характеристику всему человеку в целом, а также его действиям и поступкам.

В то же время, по определению Большой медицинской энциклопедии, сердце всего лишь — «полый фиброзно-мышечный орган, который, функционируя как насос, обеспечивает движение крови в системе кровообращения». Это значит, что от слаженной работы сердца, главного мышечного органа человека, во многом зависит наша физическая жизнь.

Так что же представляет из себя человеческое сердце?

Святитель Феофан Затворник в своих трудах дает нам представление еще и о другой, не менее значимой функции этого важного для жизни человека органа — духовной:

- «Сердце — внутреннейший человек, или дух, где самосознание, совесть, идея о Боге с чувством всесторонней зависимости от Него, вся духовная вечно ценная жизнь».

- «Рычаг, действующий деятельностью, — сердце; там слагаются убеждения и сочувствия, определяющие волю и дающие ей крепость».

В трудах многих святых подвижников благочестия мы также находим описание расположения, состояния, болезни и даже пути излечения духовного сердца человека. Еще в XII в. от Р.Х. святитель Григорий Палама го-

ворил: «Сердце наше есть сокровищница разума и первый плотской разумный орган».

С духовной точки зрения сердце может каменеть, воспламеняться, обледеневать, гореть, охлаждаться... У сердца нет ни глаз, ни ушей, но, тем не менее, оно может быть слепым и глухим... Сердце иного человека становится бесчувственным, надменным, лукавым, унылым, равнодушным... Святые отцы говорят даже об «утрате сердца», имея в виду, что внутри человека более не действует благодать Христова.

По словам старца Силуана Афонского, «духовный человек, живущий молитвою, познает, что сердце его не есть только физический орган или орган психической жизни, но нечто, способное соприкасаться с Богом». В противном случае, когда слаба молитва, начинаются всякие нестроения.

В письмах к своим духовным чадам святитель Феофан разъясняет: «Оттого у тебя все нестройно внутри, что там качественно разложение сил; ум идет своим чередом, а сердце своим. Надобно ум соединить с сердцем; тогда брожение мыслей прекратится, и ты получишь руль для управления кораблем души, — рычаг, которым начнешь приводить в движение весь твой внутренний мир».

В случае духовно-нравственного падения человека случается еще одна беда — нечувствие сердца. У падшего человека, находящегося далеко от Бога, сердце закрывается и становится совершенно неведомым, так что человек даже не понимает, существует ли оно?

Больное сердце нуждается в лечении.

Святитель Феофан Затворник Вышинский указывает нам этот путь: «Прежде всего нужно отдать свое сердце, каково бы оно ни было, Господу. Если отдашь, Он примет его и совершит великую перемену, и ты будешь иметь сердце новое, плотяное, милостивое, непорочное и чистое, кроткое и сокрушенное, искреннее, мудрое и верное сердце. Это будет сердце веры. Господь сделается твоим сокровищем, и твое сердце будет вечно там, где Он».

Прежде всего святитель Феофан направляет внимание своих духовных чад на силу молитвы:

- «Когда углубится в сердце молитва и осенит его теплотою, тогда ум всегда бывает собран и присущ в себе, от того быстро понятлив и сообразителен. С этого времени все истины откровения начинают входить в сердце, каждая в свое время, будто внезапно, в виде озарения».

- «... молитва не есть какое-либо однократное, прерывчатое действие, а есть состояние духа, постоянное и непрерывное, подобно тому как постоянны и непрерывны в теле дыхание и биение сердца».

- «При таком сердечном устройении (соединении ума с сердцем) у человека из головы переходит все внутрь сердца, и тогда как бы некий умный свет озаряет его всю внутренность, и что он ни делает, ни говорит, ни помышляет, все делается с полным сознанием и вниманием».

Господь предостерегает каждого живущего человека, что в сердце совершается его тайная жизнь, и ежели в сердце совершается грех — это уже реальный грех. Это и есть та скверна греховная, от которой мы можем омыться только через покаяние.

Как понять выражение «соединение ума с сердцем»?

Из поучений святителя Феофана становится понятно, что сделать это можно только с помощью молитвы. Он говорит:

- «Сосредоточить его (ум) в сердце — значит установить внимание в сердце и умно зреть перед собою присущего невидимого Бога, обращаясь к Нему со славословием, благодарением и прошением...»

- «Когда внимание сойдет в сердце, то привлечет туда в одну точку все силы души и тела».

Стоять пред иконою и класть поклоны — не есть молитва, а только принадлежность молитвы; читать молитвы на память, или по книжке, или слушать их — не есть еще молитва, а только орудие молитвы. Молитву или устремление сердца к Богу нужно возбуждать и возбужденную укрепить или, что то же, нужно воспитать в себе молитвенный дух.

Поэтому в Новом Завете Господь обращает внимание каждого человека, чтобы он был предельно внимателен к состоянию своего духовного сердца, так как оно определит

участь человека на Страшном суде и определит отношение Бога к нему. Судить Господь будет нас по сердцу.

Освободившись от страстей, сердце вздоравливает.

Однако святые отцы указывают, что прежде очищения, во время очищения и после него от нас требуется внимание и осторожность. Необходимо держать постоянное трезвение и хранение сердца.

Как же для соблюдения этого условия следует жить?

Святитель Феофан советует: «Что Ангелы и святые делают на небе, то нам надлежит приучаться делать на земле, навикать ангелоподобному непрестанному молитвенному предстоанию Богу в сердце своем».

Священное Писание и Святые отцы вместе с Феофаном Затворником уверяют нас, что сердце способно воспринять Бога, вступить в диалог с Ним, обрести любовь к Богу и ближнему. Только когда человек всем сердцем положится на Бога, Бог дает человеку сердечную веру, которая помогает познавать своего Творца. Постоянная память Божия в сердце хранится, если есть соединение ума с сердцем, утверждает Владыка Феофан.

Сердце — место встречи человека с Богом. Шестая заповедь блаженства показывает очень важную вещь — чистота сердца делает человека способным видеть Бога: «Блаженны чистые сердцем, ибо они Бога узрят» (Мф. 5:8).

И мы, преклонив колена сердец наших, молим Всемилостивого Господа: «Сердце чисто созижди во мне, Боже, и дух прав обнови во утробе моей» (Пс. 50:12).

Литература

1. Святитель Феофан Затворник. Четыре слова о молитве // Святитель Феофан Затворник. Простые истины сердца. Внутренняя жизнь. Слова и проповеди. М.: Правило веры, 2002.
2. Ильин И. А. Путь к очевидности. М.: Республика, 1993.
3. Ильин И. А. Поющее сердце / Соч.: В 2 т. М.: Медиум, 1993.

Член правления ОПВ Санкт-Петербурга Н. Ф. Жарков, действительный член ОПВ Санкт-Петербурга Т. В. Жаркова

В НОВОСИБИРСКЕ СТАРТОВАЛ ПРОЕКТ «МАМИНА ШКОЛА»

В январе 2016 г. по благословению Высокопреосвященнейшего Тихона, митрополита Новосибирского и Бердского, стартовал социально-церковный проект «Мамина школа». Этот проект организован Новосибирским региональным отделением Общества православных врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского, и приходом в честь Всех святых Новосибирской епархии. Целью проекта является духовная и иная поддержка беременных женщин, молодых семей и их родственников.

8 января 2016 г. в приходе храма Всех святых состоялось первое организационное

собрание проекта. Перед собравшимися выступили председатель Новосибирского отделения Общества православных врачей России, канд. мед. наук Д. И. Индинок, духовник проекта «Мамина школа» священник прихода храма в честь Всех святых иерей Анатолий Альшевский, врач акушер-гинеколог О. С. Позднякова. На мероприятии присутствовал член правления Новосибирского отделения Общества православных врачей России канд. биол. наук П. М. Вогралик.

В выступлениях были раскрыты цели и задачи работы проекта. Было подчеркнуто, что проект «Мамина школа» не будет дублировать функции женской консультации

и других лечебных учреждений — основной его функцией является духовная поддержка беременных женщин и молодых семей. В рамках проекта в храме прихода будет служить молебен перед иконой Пресвятой Богородицы «Блаженное чрево», по окончании молебна планируется проведение духовных бесед со священником, а

также беседы на медицинские темы с приглашенными специалистами: акушерами-гинекологами, неонатологами, терапевтами и другими врачами.

Перспективным направлением для дальнейшего развития данного проекта является реализация масштабного проекта «Школа семьи».

ЕЖЕГОДНАЯ V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»

Конференция состоялась **25 марта 2016 г.** в малом зале главного корпуса Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ). От имени администрации НГМУ конференцию открыл проректор по учебной работе профессор А. И. Бромбин. С приветственной речью к участникам конференции и присутствующим обратился представитель Новосибирской митрополии Русской Православной Церкви протоиерей Димитрий Лазарев.

Далее состоялись доклады участников конференции.

Первым с докладом, посвященным проблеме здорового образа жизни как ограничения ухода в виртуальную реальность интернет и гаджет-аддикций, выступил профессор кафедры психиатрии **Ц. П. Короленко**.

Заслуженный врач России, профессор кафедры внутренних болезней лечебного факультета **А. И. Пальцев**, выступил с докладом об ожирении как важной медицинской и социальной проблеме, о его профилактике и лечении.

Доклад заслуженного деятеля науки России, заведующего кафедрой физиологии и биохимии человека и животных Новосибирского государственного аграрного университета, руководителя крупной научной школы, профессора **П. Н. Смирнова** был посвящен интегрированной системе экологически безопасной продукции живот-

новодства и эпизоотологическому благополучию как фактору получения безопасных продуктов питания.

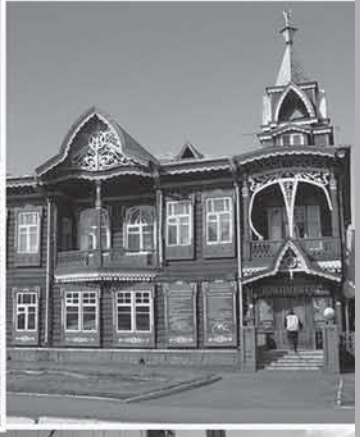
С докладом, посвященным работе Православного Сестричества во имя св. прав. Иулиании Лазаревской и Православной Часовни в честь иконы Божией Матери «Всецарица», осуществляющих духовное окормление Новосибирского областного онкологического диспансера, а также социально-церковному проекту «Мамина школа», призванному оказать духовную поддержку женщинам, ожидающим рождения ребенка выступили канд. биол. наук, ассистент кафедры клинической иммунологии **П. М. Вогралик** и канд. мед. наук и председатель Новосибирского отделения Общества православных врачей России **Д. И. Индинок**.

С заключительным словом выступил заместитель начальника отдела по воспитательной работе, канд. мед. наук доцент **А. Ф. Ганин**. В своем выступлении он поблагодарил всех участников конференции и подчеркнул важность взаимодействия высших и средних учебных заведений, органов власти, правоохранительных органов, общественных организаций и специалистов разного профиля в деле формирования здорового образа жизни, в первую очередь в молодежной и студенческой среде.



**ОПЫТ
АЛТАЙСКОГО ОБЩЕСТВА
ПРАВОСЛАВНЫХ
ВРАЧЕЙ**





ОПЫТ РАБОТЫ АЛТАЙСКОГО КРАЕВОГО ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ

Общественные Рождественские встречи

30 октября 2015 г. в рамках регионального этапа Рождественских образовательных чтений на базе Общественной палаты Алтайского края состоялись Общественные Рождественские встречи по теме «Совместная деятельность Церкви, государства и общества в области сохранения семейных ценностей». Чтения собрали священнослужителей Барнаульской епархии, а также представителей общественных организаций социальной направленности.

С приветственным словом к участникам мероприятия обратились глава Алтайской митрополии, митрополит Барнаульский и Алтайский Сергей и руководитель Аппарата Общественной палаты Алтайского края В. В. Волков. С докладами, посвященными различным формам взаимодействия в области сохранения семейных ценностей, выступили председатель епархиального отдела религиозного образования и катехизации протоиерей Сергей Фисун, председатель епархиального отдела по церковной благотворительности и социальному служению

протоиерей Михаил Бень, а также руководители общественных организаций: председатель Алтайской краевой общественной организации «Общественный родительский комитет» И. Ю. Шевченко, заместитель председателя Алтайского краевого Общества православных врачей Е. В. Харченко, руководитель Алтайской региональной общественной организации «Мать и дитя» О. М. Гога, председатель Алтайского краевого отделения Общероссийского благотворительного фонда «Российский детский фонд» Н. Ю. Жмылева. Было отмечено, что совместными усилиями многое уже сделано, но еще больше предстоит сделать в такой необычайно важной области, как сохранение семейных ценностей.

Конференция, посвященная Дню матери

18 ноября 2015 г. в родильном доме № 1 Барнаула состоялась учебно-методическая конференция, посвященная Дню матери, «Современная акушерка: медицинская помощь и общественное служение». На конференцию собрались сотрудники родильного дома, преподаватели Барнаульского базового



Участники рождественских встреч

медицинского колледжа (ББМК) и молодые врачи-интерны Алтайского государственного медицинского университета (АГМУ). В конференции принимали участие также пациентки — беременные женщины.

Инициаторами мероприятия выступили главная акушерка родильного дома № 1 Л. Н. Терехова и члены Алтайского краевого общества православных врачей (ОПВ). От Барнаульской епархии участие в конференции приняли председатель епархиальной Комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства протоиерей Михаил Бень и председатель ОПВ Алтайского края, канд. мед. наук. Е. В. Харченко.

Участникам конференции был показан **музыкально-литературный фильм**, созданный под руководством заведующей отделом гуманитарной литературы АГМУ Н. Г. Сенотрусовой, об истории Дня матери, который отмечается с 1998 г. Медицинский и пренатальный психолог родильного дома № 1 Н. Н. Борковская, давно и плодотворно сотрудничающая с ОПВ Алтайского края, прочла доклад **«Материнство как психологический феномен»**. Она подчеркнула необходимость подготовки девочек к материнству с первых дней жизни, постепенного развития и укрепления этого внутреннего состояния; описала проблемы современного общества, последствия искажения материнского чувства у девочек-девушек.

Учащиеся акушерского отделения Барнаульского базового медицинского колледжа Н. Колмыкова и Н. Коратаева представили **литературное эссе «Свет материнства»**, сопровождавшееся видеорядом. Врач-интерн кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов АГМУ А. В. Холод провела анкетирование пациенток родильного дома и получила данные, подтверждающие негативную социологическую тенденцию: повышение возраста первородящих, наличие аборт и инфекционных заболеваний генитальной сферы как основных факторов, приводящих к осложнениям родов и страданиям ребенка. Результаты анкетирования она представила в докладе **«Современные проблемы материнства»**.

Председатель ОПВ Алтайского края Е. В. Харченко выступила с докладом **«Физические навыки и духовно-психологические потребности женщин в родах»**, в котором сообщила о современных способах воздействия медиков на тело и психологический статус женщины во время беременности. Кроме того, она коснулась духовных вопросов, рассказала о благодатном действии молитв для укрепления будущих рожениц.

Председатель епархиальной Комиссии по вопросам защиты семьи, материнства и детства Барнаульской епархии протоиерей Михаил Бень рассказал о разрушении традиций русской семьи как социального института в результате современных пагубных веяний в докладе **«Православное понимание сущности и назначения семьи»**. На узнаваемых жизненных примерах священнослужитель продемонстрировал тяжелые последствия этого явления для человека, семьи и нации.

На конференции были раскрыты многие аспекты материнства, прозвучал призыв к обретению Божественной любви — объединяющей, согревающей и питающей, присущей истинному материнскому чувству.

В завершение конференции беременным женщинам был преподнесен подарок — заповеди родительства, основной пункт которых: **«Помни — ребенок не твой, а Божий!»**

Конкурс для школьниц села Романово

Православные врачи Алтая принимали участие в праздничных мероприятиях, посвященных Дню матери, не только в столице края, но и в районах.



В районном центре **селе Романово** (свое высочайшее согласие на название села царской фамилией в свое время дал царь Нико-

лай II) в рамках празднования проходил **конкурс среди школьниц на лучшее сочинение о ценности семьи и материнства** в современном мире.

Также состоялась беседа со священником — иереем Олегом Галелюком и врачом, председателем Общества православных врачей Алтайского края канд. мед. наук Е. В. Харченко. В ходе встречи в живом диалоге были найдены ответы на столь важный для каждой будущей женщины и матери вопрос: «Как создать и сохранить счастливую семью?». Участие в подобной встрече практикующего врача и представителя духовенства не только поднимает уровень информационной культуры подрастающего поколения, но обнажает нравственный потенциал медицинской профессии, ее духовные основания.

«Свет материнства»

25 ноября 2015 г. в рамках конференции «Материнство в акушерско-гинекологической практике: медицинские, социальные и духовные аспекты» состоялся конкурс «Свет материнства», традиционно проводимый ко Дню матери. Конкурс включал два этапа: написание литературного эссе «Мама — первое слово, главное слово в каждой судьбе» и создание профессиональной презентации на свободно выбираемую тему по проведению психопрофилактической подготовки беременной женщины к родам. Если на первом этапе выявляются глубина и полнота постижения конкурсанта смысла материнства, то на втором жюри оценивает умение автора на деле воплотить эти установки в профессиональной деятельности через информационную и эмоциональную поддержку беременной женщины.

Жюри, в состав которого входил православный священник, отобрало лучшие из представленных работ. Их авторам была предоставлена возможность представить свои произведения участникам учебно-методической конференции «Материнство в акушерско-гинекологической практике: медицинские, социальные и духовные аспекты».

Ректор АГМУ профессор И. П. Салдан в своем приветственном слове указал на зна-

чение праздника как средства укрепления социальной роли материнства и на роль матери в духовном становлении и развитии ребенка.

Сотрудник отдела по благотворительности и защите семьи Алтайской митрополии, иерей Сергей Прохоров в докладе «**Духовное попечение и проблемы народосбережения: прошлое и настоящее**», подчеркнул различие понятий «духовное» и «душевное», определил основные насущные задачи для современного молодого человека — суметь взглянуть внутрь себя, выявить то, что может препятствовать сохранению семьи, суметь найти путь к очищению своего сердца.



В подтверждение этих мыслей профессор, доктор социологических наук Н. С. Тимченко представила доклад «**Социально-гуманитарная экспертиза беременной: сущность и значение в современном родовспоможении**». Отметив различные возможные уровни социально-гуманитарной экспертизы, она в историческом аспекте обрисовала признаки феномена материнства и тесно связанного с ним феномена отцовства.

Вопрос «**Легко ли быть молодой мамой в современной семье?**» осветила в своем докладе студентка БМК Ю. Меньшакова.

В докладе ассистента кафедры акушерства и гинекологии АГМУ, канд. мед. наук Е. В. Харченко «**Социально-психологические последствия кризиса семьи и их проявления в медицинской практике**» была отмечена травмирующая роль психологических последствий бурных потрясений (революция, войны, легализация аборт, неполные семьи на протяжении десятилетий) для матери, отца, детей и семьи в целом. Однако главная причина докладчиком видится все же в потере единого христианского ориен-

тира, приведшей к блужданиям безбожного общества.

Клинический ординатор, акушер-гинеколог Ю. В. Горковенко выступила с литературным эссе **«Истинные ценности женщины: личный опыт материнства»**.

На конференции были представлены результаты исследовательской работы **«История развития акушерства в Алтайском крае»**, выполненной студентами медицинского колледжа С. Каиновой, Н. Коратаевой, Н. Колмыковой, в которой не только были приведены ценные исторические сведения, но также рассматривались важнейшие морально-этические составляющие в деле родовспоможения.

Огромный интерес и эмоциональный отклик слушателей вызвал доклад доцента канд. исторических наук Т. М. Аكوпова **«Этнические установки пациентки как фактор деятельности акушера-гинеколога в современной России»**. На примерах из художественной литературы слушатели смогли увидеть, насколько идентичны на глубинном уровне представления о сути материнства у разных народов.

Завершила конференцию клинический ординатор И. В. Богомолова докладом **«Психопрофилактическая подготовка беременной женщины к родам»**, в котором рассмотрела ценность отечественного подхода к психопрофилактической подготовке женщины и ее супруга к родам, дала обзор всех существующих практических занятий по данной проблематике.

Разговор о призвании врача и выборе профессии

17 декабря 2015 г. состоялась встреча профориентационной направленности **«Медицина: прошлое и настоящее»** врача и педагога канд. мед. наук Е. В. Харченко с учениками 11-го класса Березовской средней общеобразовательной школы Первомайского района Алтайского края. Мероприятие было призвано предупредить проблемы профориентации, помочь укрепиться в сделанном выборе. В начале разговора было выяснено, что из 20 при-

сутствующих учеников двое мечтают быть врачами, а более половины видят себя в гуманитарной сфере.

Молодым людям была дана информация о предстоящем дне открытых дверей АГМУ. Однако основное время было посвящено попытке постижения на примере врачевания смысла труда как способа служения людям, формирования христианских свойств на выбранном поприще. Всем ребятам было предложено прочитать произведение И. Ильина «О призвании врача», сравнить свои ожидания с эталоном врачевания, найти смысл, заложенный в каждой профессии.

Такие беседы дают возможность раскрытия духовно-нравственных основ профессиональной деятельности, православного понимания традиций врачевания. Планируется дальнейшее проведение подобных встреч.

Соглашение о сотрудничестве в сфере здравоохранения

24 декабря 2015 г. во время ежегодного Епархиального собрания духовенства и мирян было подписано **соглашение о сотрудничестве в сфере здравоохранения** между Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности в лице начальника Главного управления И. В. Долговой и **Барнаульской епархией Русской Православной Церкви** в лице митрополита Барнаульского и Алтайского Сергия.



Этот документ является долгожданным. Он не только позволяет, но и обязывает Общество православных врачей Алтайского края активизировать свою профилак-

ческую и воспитательную работу среди населения, расширить спектр мероприятий в лечебных и учебных медицинских учреждениях. Несомненно, это является прекрасным поводом укрепить духовно-нравственное основание врачевания в медицинском сообществе.

Сотрудничество учебных заведений

28 декабря 2015 г. в Барнаульском епархиальном управлении состоялось подписание **соглашения о сотрудничестве Барнаульской духовной семинарии и АГМУ.**

Во время подписания документа митрополит Барнаульский и Алтайский Сергей отметил, что сотрудничество Барнаульской епархии и духовной семинарии с медицинским университетом имеет глубокие корни, поскольку в Алтайском крае действует отделение Общества православных врачей России.

В течение нескольких лет в рамках Кирилло-Мефодиевских и Рождественских чтений проводятся совместные научно-практические конференции и семинары. Также в настоящее время осуществляется плодотворное сотрудничество Барнаульской духовной семинарии (БДС) с кафедрой физической культуры и спорта АГМУ. Доцент кафедры П. Г. Воронцов участвует в разработке программы физической подготовки для студентов БДС. Многие совместные спортивные мероприятия проводятся на базе АГМУ.



Митрополит Сергей выразил надежду на то, что сотрудничество будет приносить добрые плоды студенчеству. В ответном слове ректор АГМУ И. П. Салдан отметил важность духовного просвещения и воспитания милосердия в будущих работниках медицины. Он подчеркнул, что в традициях русского здравоохранения всегда был принцип лечения не только тела, но и души больного, в связи с чем напомнил и о деятельности святителя Луки (Войно-Ясенецкого). Ректор АГМУ также выразил надежду на дальнейшее сотрудничество.

В мероприятии приняли участие проректор БДС по научной работе протоиерей Сергей Фисун и инспектор иерей Иоанн Макаров.

Семинар для священнослужителей по биомедицинским технологиям

29 декабря 2015 г. в здании Барнаульской духовной семинарии состоялся семинар «**Отношение к современным биомедицинским технологиям в Православии и медицинском сообществе**» с участием представителей Общества православных врачей Алтайского края. В мероприятии приняли участие священнослужители Алтайской митрополии. Семинар был организован Епархиальной комиссией по вопросам семьи, защиты материнства и детства.

На семинаре были зачитаны основные положения постановлений Священного Синода Русской Православной Церкви, а также обсуждались медицинские, этические, богословские и практические вопросы, касающиеся современных репродуктивных технологий. В частности, обсуждались вопросы ЭКО и доабортного консультирования.

Председатель Общества православных врачей Алтайского края, канд. мед. наук Е. В. Харченко рассказала о **современных методах преодоления бесплодия**. Доцент кафедры зоологии и физиологии АГМУ, профессор, доктор биологических наук О. В. Филатова акцентировала внимание на **основах биоэтики** и связях всего живого в мире.

Ведущий семинара, председатель Епархиальной комиссии по вопросам семьи, за-

щиты материнства и детства протоиерей Михаил Бень познакомил священнослужителей с интернет-ресурсами, направленными на укрепление нравственности и сохранение семьи (diaconia.ru; pk-semya.ru), на которых ведется обсуждение тем, связанных с современными репродуктивными технологиями.

Семинар вызвал живой интерес, участники активно задавали вопросы, высказывали свою позицию.

Как создать счастливую семью? Взгляд врача, педагога, матери

29 сентября 2016 г. на экономическом факультете Алтайского государственного аграрного университета состоялась лекция «**Как создать счастливую семью? Взгляд врача, педагога, матери**». Перед студентами выступила председатель ОПВ Алтайского края, ассистент кафедры акушерства и гинекологии АГМУ, канд. мед. наук Е. В. Харченко.



Мероприятие состоялось в рамках реализации городского проекта «**Молодежная школа семьи и родительства**», стартовавшего весной 2016 г. Данный проект призван внести вклад в сохранение традиционной для культуры России системы ценностей — материнства и отцовства, благочестивого брака — и восстановить прерванные духовно-нравственные традиции семейного воспитания.

Вступительное слово перед началом лекции произнесла **И. Ю. Шевченко**, председатель Алтайского краевого отделения межрегионального общественного движения в

защиту прав родителей и детей «Межрегиональное родительское собрание». Она рассказала о проблемах современной семьи, факторах, влияющих на ее сохранение.

Е. В. Харченко в своем выступлении акцентировала внимание на традиционных семейных ценностях, к которым относятся духовно-нравственные основы семьи, нерасторжимость брака, почитание детьми родителей, верность супругов, забота о детях. Такая полноценная семья — первая важная ступень жизни для каждого человека, наиболее крепкий и консервативный институт традиционного общества.

Свою лекцию Е. В. Харченко построила увлекательно, исходя из собственного опыта воспитания троих детей, сопровождая рассказ советами. Были затронуты вопросы сохранения здоровья семьи, ценности многодетной семьи.



Студентам был показан двухминутный аллегорический видеоролик о важности отцовства.

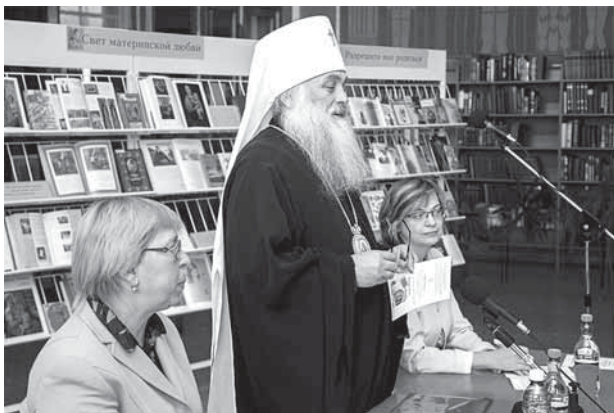


В заключение встречи выступила сокоординатор проекта «Молодежная школа семьи и родительства», руководитель фракции «За семью!» Алтайского отделения партии Великое Отечество, канд. исторических наук **Т. Г. Соболева**, она подчеркнула важность и необходимость подобных просветительских бесед.

Выставка в защиту жизни «Здравствуй, малыш!»

С 14 ноября по 2 декабря 2016 г. в Алтайской краевой универсальной научной библиотеке (АКУНБ) им. В. Я. Шишкова проходила выставка, посвященная возрождению традиционных семейных ценностей, «Здравствуй, малыш!». Экспозиция, ориентированная на укрепление духовно-нравственного потенциала учащейся молодежи края, состоялась в рамках **VII Епархиальных Рождественских образовательных чтений**.

Инициаторами выставки выступили Барнаульская епархия Русской Православной Церкви, Алтайское краевое молодежное общественное объединение «Слово» и Алтайское региональное отделение Общества православных врачей России.



Митрополит Барнаульский и Алтайский Сергей

Работу экспозиции открыла научно-практическая конференция «Диалог Церкви, государства и общества в возрождении традиционных нравственных устоев и семейных ценностей», на которой первое приветственное слово произнес митрополит Барнаульский и Алтайский Сергей. Также со

словом приветствия выступили начальник управления спорта и молодежной политики Алтайского края Е. А. Лебедева и др. Первым был заслушан доклад «Христианское понимание прав и свободы человека в пространстве брачно-семейных отношений» протоиерея Михаила Бенья, председателя епархиальной комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства. О «Формировании нравственной позиции врача в современном медицинском образовании» рассказала заведующая кафедрой гуманитарных наук АГМУ, доктор соц. наук, профессор Н. С. Тимченко. Кроме докладов участники форума познакомились с новой библиотечной экспозицией.



Во время работы выставки

В ходе работы выставки в читальном зале гуманитарных наук АКУНБ состоялись также научно-практические конференции: «Взаимодействие Церкви и органов здравоохранения в социально-психологической помощи кризисной беременности: опыт и перспективы», «Лекционно-выставочный проект «Здравствуй, малыш!» как миссионерское поле РПЦ» и круглый стол «Духовно-нравственное воспитание молодежи как элемент образовательного процесса в современных условиях».

Выставка стала продолжением проекта «Молчаливая революция», посвященного защите детей, истокам и трагическим последствиям абортов.

*При подготовке использованы материалы сайтов
agmu.ru; altai.eparhia.ru; asau.ru*

СВЯТЫЕ ОТЦЫ О СЕРДЦЕ

* * *

Вы — малое стадо Христово, и вам говорит апостол Петр, что надо спасаться от рода сего развращенного. Почему надо спасаться? Потому что то, что творится в роде нашем грешном, в роде развращенном, весьма опасно: сердце человека всегда склонно более ко злу, чем к добру; сердце человеческое легко воспринимает все злые меры, охотно следует им и попадает на путь погибели.

Господь сказал, что сердце должно понимать высшее. Не только умом воспринимают люди истину, а прежде всего всем сердцем своим — чистым сердцем. Истина открывается тем, у кого сердце открыто жаждет воспринять истину.

* * *

Откуда мы знаем о мире духовном? Кто сказал о нем? Если так спросят нас те, которые ни во что не ставят Божественное Откровение, скажем им: «Сердце сказало нам это». Ибо есть два способа познания: тот, который Геккель применял в науке, есть способ познания природы материальной; но есть и другой способ, которого не хочет знать наука, который стоит неизмеримо выше познания умом; есть другое познание — познание сердцем. Сердце наше — не только центральный орган кровообращения, оно орган высшего познания, того познания, которое открывает нам мир духовный, того познания, которое дает способность входить в общение с Богом, с высшим миром. Вот только в этом наше расхождение с наукой.

* * *

По Евангелию, жизнь есть беспредельная борьба света с тьмой в душе человека. Поле битвы — сердце человеческое. Эта борьба всегда идет и в истории человечества. История — это беспрестанная смена явлений. Меняются нормы жизни, меняются понятия, стареют и уходят в небытие традиции, падают и разрушаются человеческие кумиры, но среди этого вечно волнующегося океана явлений, учений и идеалов остается неизменным одно учение: «любите друг друга. . . Нет больше той любви, как если кто положит душу свою (жизнь свою) за друзей своих» (Ин. 15, 12–13).

* * *

Что значит слово Соломоново в Песне Песней: «Я сплю, а сердце мое бодрствует» (Песн. 5, 2)? Это очень глубокое слово. Сердце есть орган высшего познания, орган общения с Богом и со всем трансцендентным миром. И оно никогда не спит. Самая важная и глубокая психическая деятельность происходит за порогом нашего сознания и никогда не прекращается.

* * *

«Любовь милосердствует». Сердце человека, наполненного любовью, не может равнодушно смотреть на раздетых, голодных, оставшихся без крова. Любовь, наполняющая такое чистое сердце, полна милосердия.

Свт. Лука Войно-Ясенецкий (Крымский)

* * *

Сердце, ожив ощущением своим для Бога и для всего, что принадлежит Богу, умирает для мира, умирает для всего, что враждебно Богу и что чуждо Богу. В этой смерти — жизнь, и в погибели этой — спасение.

* * *

Если ум твой и сердце ничем не исписаны — пусть Истина и Дух напишут на них заповеди Божии и Его духовное учение.

* * *

То сердце, в котором движется одно добро, есть сердце чистое, способное к Боговидению. «Блаженны чистые сердцем, ибо они Бога узрят» (Мф. 5, 8).

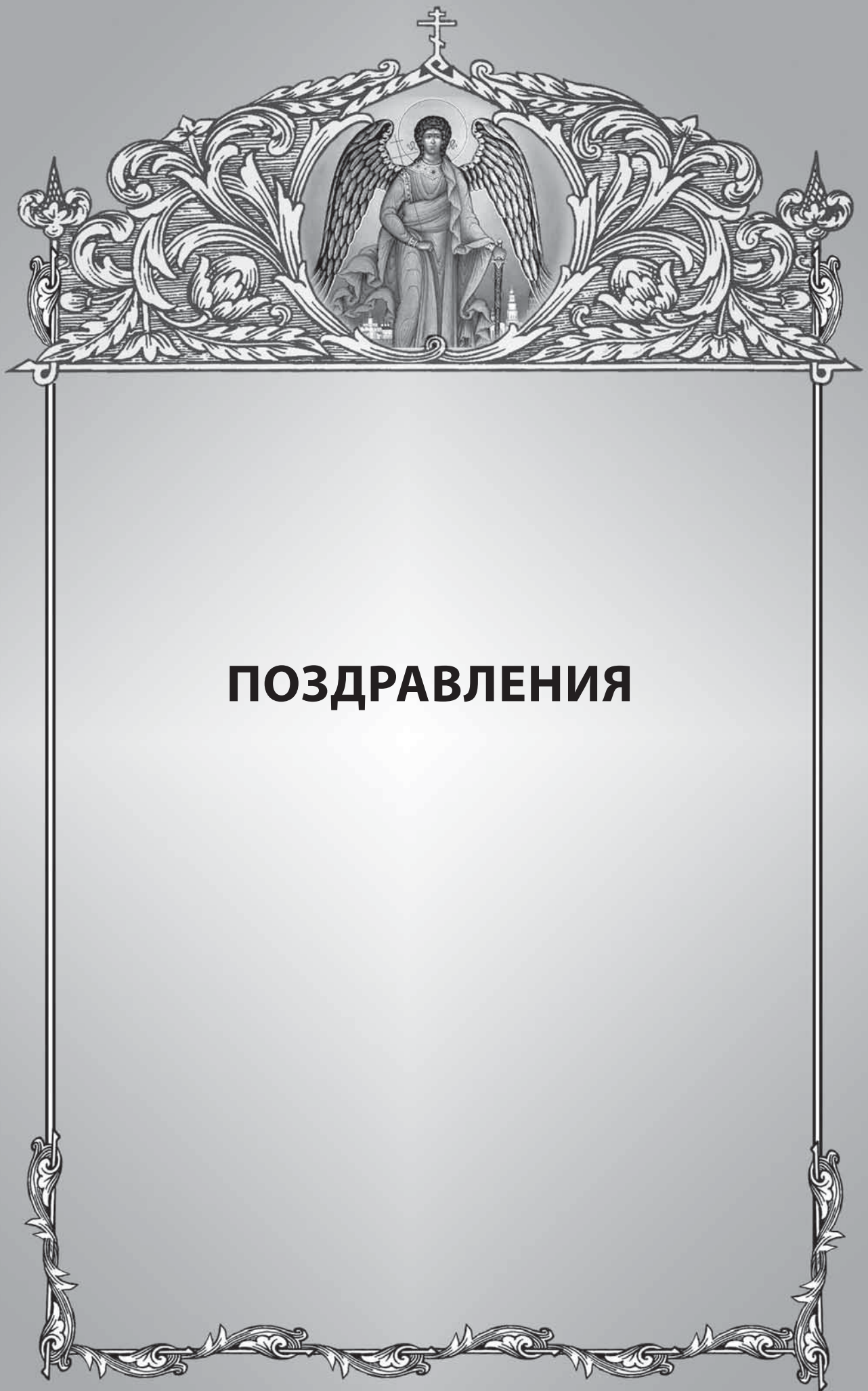
* * *

Слепотою поражены наши ум и сердце. О причине этой слепоты, ум не может отличать истинных помыслов от ложных, а сердце не может отличать ощущений духовных от ощущений душевных и греховных...

* * *

(Место сердечное) это — словесная сила или дух человека, присутствующий в верхней части сердца, против левого сосца, подобно тому, как ум присутствует в головном мозге.

Святитель Игнатий (Брянчанинов)



ПОЗДРАВЛЕНИЯ

ПОЗДРАВЛЯЕМ!



**Наталью Анатольевну
Геппе**



**Веру Афанасьевну
Ревякину**

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ НАТАЛЬЮ АНАТОЛЬЕВНУ ГЕППЕ

25 октября 2016 г. — праздничная юбилейная дата для известного в нашей стране педиатра, заслуженного врача РФ, заведующей кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, доктора медицинских наук, профессора Натальи Анатольевны Геппе.

Выпускница педиатрического факультета 2-го Московского государственного медицинского института им. Н. И. Пирогова, Наталья Анатольевна Геппе весь свой дальнейший жизненный путь связала с кафедрой детских болезней и Университетской детской клинической больницей (клиникой детских болезней) Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Наталья Анатольевна прошла путь от клинического ординатора до заведующей кафедрой и руководителя больницы. В настоящее время Н. А. Геппе — директор Университетской детской клинической больницы, она координирует лечебную работу и возглавляет лечебный совет клиники, осуществляет контроль за качеством обследования и лечения пациентов.

К научным достижениям профессора Н. А. Геппе относятся приоритетные исследования в области пульмонологии детского возраста. Наталья Анатольевна — один из создателей и координаторов Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия, лечение и профилактика», первое издание которой было выпущено в 1997 г., пятое — подготовлено к публикации. Внедрение этой программы в работу врачей России существенно повысило качество медицинской помощи детям при бронхиальной астме. Вместе с ведущими пульмонологами и инженерами-акустиками Н. А. Геппе был разработан принципиально новый метод функциональной диагностики, основанный на анализе амплитудно-частотных характеристик звуковой дыхательной волны — компьютерная бронхофонография.

Ежегодный международный образовательный консенсус по респираторной медицине в педиатрии проводится с 2011 г. под руководством профессора Н. А. Геппе. Это мероприятие имеет большое значение для создания единого информационного пространства и выработки решений, способствующих улучшению качества медицинской помощи при детской респираторной патологии. В рамках образовательного консенсуса ведущие специалисты России и стран СНГ разрабатывают согласительные документы по диагностике, лечению и профилактике заболеваний органов дыхания у детей: бронхиальной астме, пневмонии, крупу, острых респираторных инфекциях, обструктивному бронхиту и др.

Наталья Анатольевна возглавляет совет Педиатрического респираторного общества и правление Московского общества детских врачей, является заместителем председателя исполкома Федерации педиатров стран СНГ, членом правления Российского респираторного общества, председателем диссертационного совета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова и членом диссертационного совета Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева, главным редактором, а также членом редколлегий ряда научных журналов по педиатрии и пульмонологии, входит в редакционный совет журнала «Церковь и медицина».

Как автор и редактор Н. А. Геппе принимала участие в создании целого ряда учебников и пособий для студентов медицинских вузов, учебной литературы для врачей. Наталья Анатольевна — автор более 350 научных публикаций в российских и зарубежных изданиях, многочисленных докладов на российских, зарубежных и международных форумах.

Большую работу ведет Наталья Анатольевна Геппе в Обществе православных врачей России, возглавляя вместе с В. А. Ревякиной направление «Материнство и детство». При активном участии Н. А. Геппе проходили всероссийские съезды и конференции православных врачей. Неизменно большой интерес вызывали у православной медицинской общности и широкого круга слушателей доклады профессора Н. А. Геппе, посвященные актуальным вопросам детской пульмонологии, вакцинопрофилактики и др.

За труды на пользу ближних, утверждение православных традиций в медицине и милосердное отношение к больным Наталья Анатольевна Геппе удостоена награды — ордена святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

Сердечно поздравляем Наталью Анатольевну с юбилеем и высокой наградой!

Желаем телесного и душевного здоровья, милости Божией, благодатной помощи во всех трудах: лечебных, научных, педагогических ради здоровья и благополучия детей России, на благо отечественной медицины и высшей медицинской школы. Желаем светлой радости и укрепления духовных сил для новых свершений в Обществе православных врачей России во имя сохранения и преумножения христианских ценностей в современной российской медицине.

Редакция журнала
«Церковь и медицина»

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ ВЕРУ АФАНАСЬЕВНУ РЕВЯКИНУ

30 октября 2016 г. отметила свой юбилей врач аллерголог-иммунолог, член исполкома Общества православных врачей России, председатель Союза детских аллергологов РФ, заведующая отделением аллергологии Клиники питания НИИ питания РАМН, профессор, доктор медицинских наук Вера Афанасьевна Ревякина.

Врачебный стаж Натальи Афанасьевны насчитывает более 30 лет. В 1976 г. она окончила педиатрический факультет 2-го Московского государственного медицинского института им. Н. И. Пирогова (ныне Российский государственный медицинский университет). Путь от ординатора до руководителя второго аллергологического отделения прошла В. А. Ревякина в НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН, где работала с 1977 по 2008 г. В 2008 г. Вера Афанасьевна возглавила отделение аллергологии Клиники питания в НИИ питания РАМН.

Специализация профессора В. А. Ревякиной — аллергология и иммунология в

педиатрии. Лучшей работой в области педиатрии была признана кандидатская диссертация В. А. Ревякиной «Клинические и иммунологические проявления пищевой аллергии у детей» (1982) и награждена премией им. М. С. Маслова. «Атопический дерматит у детей» — тема докторской диссертации, которую В. А. Ревякина защитила в 1993 г.

Клиническая и научная работа Веры Афанасьевны Ревякиной неизменно связаны с изучением иммунологических механизмов аллергических заболеваний у детей, разработкой новых методов диагностики, эффективных методов лечения, профилактикой аллергических заболеваний у детей, реабилитацией детей с респираторными проявлениями аллергии.

Профессиональная и общественная деятельность В. А. Ревякиной весьма обширна. Так, в 2000–2005 гг. она являлась главным детским аллергологом-иммунологом Министерства здравоохранения и социально-

го развития РФ. В. А. Ревякина возглавляет Союз детских аллергологов России, является заместителем председателя Московского общества детских врачей, с 2007 г. руководит его аллергологической секцией.

Вера Афанасьевна Ревякина — член Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, Европейского респираторного общества, Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. Профессор В. А. Ревякина — эксперт по разработке и внедрению Национальных рекомендаций по бронхиальной астме, атопическому дерматиту и аллергическому риниту у пациентов детского возраста.

Служение В. А. Ревякиной в Обществе православных врачей России связано с направлением «Материнство и детство», которым она руководит вместе с профессором Н. А. Геппе.

Труды Веры Афанасьевны Ревякиной на государственном, медицинском и общественном поприще, многолетнее сотрудничество и помощь медицинскому центру им. св. блж. Ксении Петербургской при Свято-Троицком Ново-Голутвином монастыре были отмечены Патриаршей грамотой.

Искренне поздравляем Веру Афанасьевну с юбилеем и награждением!

Желаем Божией помощи в деле врачевания, в научной работе, во всех начинаниях на пользу телесного и духовного здоровья подрастающего поколения России. Желаем мирного и радостного душевного устройства, благополучия, крепости, здоровья на многая и благая лета!

*Редакция журнала
«Церковь и медицина»*

НОВОСТИ

МОСКВА

В Москве с 14 по 17 августа 2016 г. состоялся VII Международный фестиваль социальных технологий в защиту семейных ценностей «За жизнь». В нем приняли участие более 500 представителей церковных, общественных и государственных организаций из 74 регионов России и 150 городов и населенных пунктов России, Белоруссии, Украины, Литвы, Абхазии и Сербии. Фестиваль открыл руководитель Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон.

Основными вопросами обсуждения на форуме стали пути преодоления демографического кризиса, возрождение института многодетной семьи, развитие международного сотрудничества в сфере защиты жизни детей до рождения, а также проблемы и способы привлечения средств на проекты НКО. С участниками фестиваля встретились епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон, депутат Государственной Думы ФС РФ В. А. Крупенников, первый заместитель секретаря Общественной палаты Российской Федерации В. А. Бочаров, д. ист. н. В. Э. Багдасарян, известный общественный деятель И. Я. Медведева и другие почетные гости.

Программа фестиваля была предельно насыщена разнообразной тематикой выступлений, круглых столов, встреч, стендовых докладов и т. д.

Президент Фестиваля С. В. Чесноков отметил: «Наш фестиваль „За жизнь“ каждый год собирает единомышленников, объединенных задачей помощи женщинам, находящимся в трудной жизненной ситуации, просветительской работой, направленной на формирование в обществе негативного отношения к абортам как к убийству детей до рождения. К сожалению, пока мы сталкиваемся с такой ситуацией, что это является нормой в общественном сознании. Мы уверены, что внимание общества к этой проблеме будет расти. Ведь семья — основа основ: личного благополучия, общественного процветания и государственной безопасности. Уже сейчас, постепенно, в обществе меняется отношение к многодетной семье, иметь много детей становится модно. Очень важно, чтобы государство поддержало эту тенденцию, для этого мы и собираемся, чтобы выработать инициативы, которые будут полезны и людям, и стране».

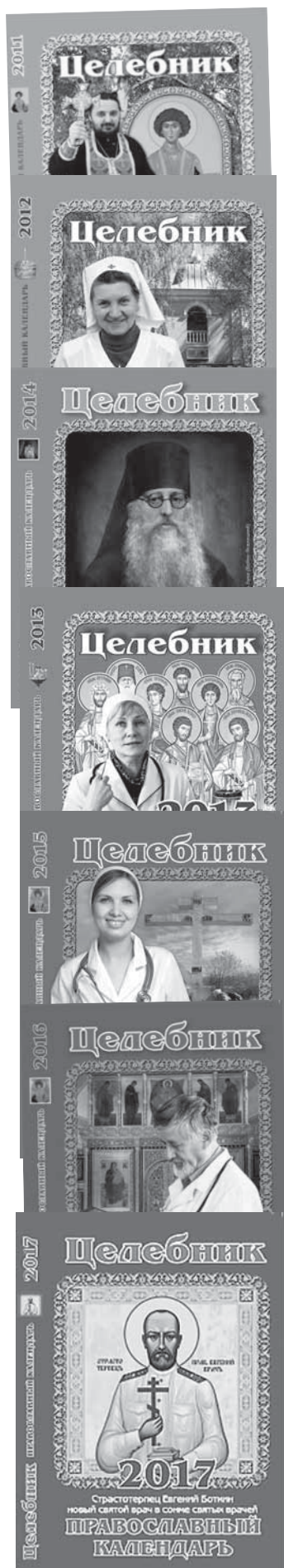
«Под словом жизнь разными людьми понимаются разные вещи, но мы с вами должны помнить слова, сказанные апостолом Павлом: "Ибо для меня жизнь — Христос» (Фил. 1:21), — сказал епископ Орехово-Зу-

евский Пантелеимон, открывая работу форума. — Если так относиться к жизни, если понимать, что жизнь настоящая, подлинная, радостная, вечная, победная возможна только во Христе, то тогда наша деятельность будет иметь прочную основу и даст ощутимые результаты». В рамках фестиваля «За жизнь» состоялась презентация конкурсных проектов, направленных на утверждение ценности жизни ребенка до рождения, защиту интересов семей с детьми, преодоление демографического кризиса путем увеличения рождаемости и превращение в норму благополучной многодетной семьи.

Участники фестиваля имели возможность подробно ознакомиться с опытом работы специалистов кабинетов преабортного консультирования, спектром возможностей методик работы в области защиты жизни детей до рождения и укрепления традиционных семейных ценностей, задать уточняющие вопросы лауреатам конкурсов, проводимых в рамках фестиваля, а также получить много раздаточного материала, видеороликов, расширив свою информационную базу.

*По материалам сайта
www.prolife-fest.ru*

О КАЛЕНДАРЕ «ЦЕЛЕБНИК»



Календарь «Целебник» на 2017 год выпущен издательством «Свет Христов». Календарь рекомендован Обществом православных врачей Санкт-Петербурга.

«Целебник» — календарь о здоровье телесном, душевном и духовном, подготовленный православными врачами и журналистами.

Все медицинские и диетологические рекомендации прошли проверку специалистов в области физиологии, кардиологии, офтальмологии, эндокринологии, гинекологии и др., членов Общества православных врачей Санкт-Петербурга. Все тексты духовного содержания проверены рецензентами Издательского Совета Русской Православной Церкви.

Основные рубрики календаря:

- *Таинства и святыни Церкви.* О духовном смысле Таинств (Причащения, Крещения, Миропомазания и иных), чинопоследований и святынь.
- *Святые целebники и заступники.* Рассказы о святых угодниках Божиих и их помощи в недугах и скорбях.
- *Слово пастыря.* Наставления православных священников о жизни с Богом, советы об обретении душевного и телесного здоровья.
- *Цельбоносные святыни.* Маршруты к великим православным святыням, история и современность.
- *Духовный бисер.* Наставления святых отцов о здоровье и болезни.
- *Молитвы в болезнях.* Церковные молитвословия об исцелении, читаемые больными и о больных, молитвы к святым угодникам.
- *Доктор советует.* О выверенных врачами фитосредствах народной медицины.
- *Лечебный обед.* Уникальные рецепты обедов, полностью приготовленных из продуктов, необходимых при соответствующих заболеваниях: склерозе, остеопорозе, бессоннице, алкоголизме, гриппе, диабете, заболеваниях глаз, печени и др.
- *Жизнь без химии.* О домашних безопасных и эффективных чистящих и моющих средствах, не содержащих вредных для здоровья ингредиентов.
- *Беда: зависимость!* Наркомания, алкоголизм, табакокурение и борьба с ними.
- *Будьте осторожны.* Как защититься от сект, экстрасенсов и знахарей.
- *Душа с душою говорит.* Стихи великих поэтов к православным датам и праздникам и старинные духовные стихи русского народа.
- *По молитвам.* Достоверные случаи исцелений по молитвам к святым или перед чудотворными иконами.
- *Старина.* Повествования о прошлом, связанные с темами здоровья душевного и телесного.
- *Истории.* Рассказы из жизни: веселые, грустные, трогательные, но неизменно заставляющие читателя задуматься о своей жизни и о Боге.
- *Чадушки.* Православное воспитание; молитвы о детях, подготовка к школе и иное.

Приобрести календарь «Целебник» можно во всех церковных и интернет-магазинах.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

«Церковь и медицина» — официальный научный журнал Общества православных врачей России, публикующий статьи, посвященные различным проблемам медицинской науки и практики, рассматриваемым с православной точки зрения.

В журнале планируются следующие разделы и рубрики:

- Материалы медицинских конференций и съездов ОПВР
- Материалы Международных образовательных Рождественских чтений
- Проблемы биомедицинской этики
- Практические вопросы современной медицины
- Служение сестер милосердия
- Опыт региональных ОПВ
- Исторические материалы
- По страницам медицинских изданий
- Материалы, посвященные свт. Луке
- Литературные страницы
- События, факты, комментарии

Адрес редакции: 194291, Россия, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4, корп. 3. Тел.: (812) 334-15-88; e-mail: opvspb@mail.ru

При оформлении статей для печати редакция журнала просит придерживаться следующих правил.

1. На первой странице статьи указываются ее название, фамилия, имя, отчество, ученая степень автора (авторов), полное название учреждения, город. Статья должна быть подписана всеми авторами. Следует указать точный почтовый адрес, телефон, e-mail автора, с которым редакция может вести переписку.

2. Объем оригинальной статьи не должен превышать 10 страниц (1 страница — не более 2000 знаков с пробелами), включая таблицы, схемы и рисунки; краткого сообщения — не более 4 страниц. Объем других видов работ (лекции, обзоры и др.) согласуется с редакцией заранее.

3. Статья должна быть набрана на компьютере в формате редактора Word-2003 или другом совместимом редакторе. В редакцию направляется текст в электронном виде и два экземпляра его распечатки (на одной стороне

листа формата А4, кегль — 12, двойной интервал между строками).

4. Количество графического материала должно быть минимальным (не более 5 рисунков). Каждый рисунок должен иметь подпись, в которой дается объяснение всех его элементов (кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений). Данные рисунков не должны повторять материалов таблиц. На каждый рисунок должна быть сделана ссылка в тексте.

5. Таблицы должны содержать только необходимые данные. В них должны быть представлены только обобщенные и статистически обработанные данные. Каждая таблица должна иметь заголовок. В тексте статьи на каждую таблицу должна быть ссылка.

6. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Список литературы составляется в алфавитном порядке — сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (статьи), место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуска, страницы (от и до).

Например:

Штрубе Ю., Штольц П., Майер В. В какой степени аминокислоты и пептиды определяют эффективность потенцированных лекарственных средств? // Биологическая медицина, 2002. № 2. С. 9–14.

Бочаров А. С., Чернышев А. В. О небесном и земном. М.: Паломник, 2001.

8. Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, статья возвращается на доработку. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных статей.

9. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. За издательством остается право на оформление и издание журнала. При перепечатке статьи или ее части ссылка на журнал обязательна.

10. Статьи, оформленные не по правилам, не рассматриваются. Рукописи, не принятые к печати, обратно не возвращаются.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ «ЦЕРКОВЬ И МЕДИЦИНА»

Журнал «Церковь и медицина» — научное периодическое издание, официальный центральный печатный орган Общества православных врачей России и Общества православных врачей Санкт-Петербурга.

25 июня 2012 г. журнал «Церковь и медицина» зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи информационных технологий и массовых коммуникаций. Регистрационный номер ПИ № ФС77-50747.

Журнал издается с 2005 г. В настоящее время выходит с периодичностью 2 номера в год.

- Задачей журнала является обсуждение актуальных проблем современной медицины среди православных врачей.
- В издании публикуются материалы, посвященные различным проблемам медицинской науки и практики, биомедицинской этики с православной точки зрения.
- Различные разделы журнала представляют передовые и оригинальные статьи, исторические материалы, дискуссии, случаи из практики, краткую информацию о проведении конференций и съездов, а также их материалы.
- В редакционный совет журнала входят известные российские врачи, специалисты в области биомедицинской этики, священники и православные медики.

В рубриках издания печатаются статьи, посвященные новым концепциям, актуальным дискуссионным вопросам медицины, историческим материалам, святоотеческому наследию. Освещается опыт работы региональных Обществ православных врачей, Ассоциаций сестер милосердия России и ближнего зарубежья, православных медицинских конференций и съездов, регулярно публикуются их официальная информация и материалы.

Издание будет полезно всем врачам православного исповедания: как членам православных медицинских сообществ, так и их многочисленным потенциальным участникам, священникам, сестрам милосердия, социальным работникам, широкому кругу медиков и читателей, интересующихся биомедицинской этикой и православными взглядами на современные медицинские технологии.

Обязательные экземпляры направляются напрямую в адреса библиотек крупнейших центров богословского образования России — Московской православной духовной академии, Санкт-Петербургской православной духовной академии и семинарии, Центральной научной медицинской библиотеки Первого МГМУ им. И. М. Сеченова и ряда медицинских библиотек.

Как приобрести журнал «Церковь и медицина»?

- Можно **оформить редакционную подписку**.
Для оформления редакционной подписки пришлите заявку по e-mail: **opvspb@mail.ru**
- Журнал можно приобрести в Санкт-Петербурге:
 - 1) в киоске храма Державной иконы Божией Матери (пр. Культуры, дом 4);
 - 2) на открытых заседаниях Общества православных врачей Санкт-Петербурга в Первом СПбГМУ им. И. П. Павлова;
 - 3) у стенда Общества православных врачей Санкт-Петербурга во время работы городских и епархиальных выставок.