

# ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

---



## *Глубокоуважаемые коллеги и читатели!*

Очередной, восемнадцатый, выпуск журнала «Церковь и медицина» посвящен, в первую очередь, материалам XXVI Международных образовательных Рождественских чтений. В нем опубликованы доклады, прозвучавшие на секции Общества православных врачей России «Этика медицины будущего».

Ведущая тема номера — биоэтика медицины будущего. Ее затрагивает целый ряд статей в разных рубриках журнала, авторы которых — врачи-хирурги, священники, специалисты по биоэтике.

Биоэтическая проблематика в ее историческом преломлении рассматривается в публикациях, посвященных врачам, прославленным Церковью, ставшим святыми небесными покровителями современных православных медиков: страстотерпцу праведному врачу

Евгению Боткину, исповеднику святителю Луке (Войно-Ясенецкому), архиепископу Крымскому.

Продолжают тему истории медицины материалы о других выдающихся российских врачах: П. А. Бадмаеве и А. Л. Поленове.

В рубрике «Практические вопросы современной медицины» размещены статьи об актуальных медицинских проблемах, имеющих социальный аспект.

О наиболее важных событиях в жизни православного медицинского сообщества: конференциях, круглых столах, телемостах — рассказывается в рубрике «События, факты, комментарии».

*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

**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,  
председатель 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)



**XXVI МЕЖДУНАРОДНЫЕ РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ  
ЧТЕНИЯ ..... 9**

**XXVI Международные Рождественские образовательные чтения  
«Нравственные ценности и будущее человечества» ..... 11**

**Доклад Святейшего Патриарха Кирилла на открытии  
XXVI Международных Рождественских образовательных чтений .... 16**

**СЕКЦИЯ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ  
«ЭТИКА МЕДИЦИНЫ БУДУЩЕГО» ..... 23**

Прот. Игорь Аксенов **Трансгуманизм и трансмедицина ..... 24**

Е. В. Введенская **Взаимоотношения врача и пациента  
в медицине будущего ..... 34**

Ю. В. Сизова **Православие как основа для методов реабилитации  
в условиях психоневрологического интерната..... 38**

**ВОПРОСЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ..... 45**

О. Н. Резник **Теология и современные биомедицинские  
технологии ..... 47**

И. В. Силуянова **Феномен «наклонной плоскости»  
в репродуктивной медицине ..... 56**

Прот. Сергей Филимонов **Баловать или не баловать, уступить  
или не уступить больным. Грани утешения как наследие  
взглядов Е. С. Боткина ..... 61**

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ..... 67**

Т. Н. Гриненко **Факторы риска, ранняя диагностика  
и профилактика нарко- и токсикозависимости в практике  
врача первичного амбулаторного звена..... 69**

Т. В. Решетова **Соматоформная дисфункция вегетативной  
нервной системы (вегетодистония): диагностика,  
клиника, лечение ..... 77**

**ИСТОРИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ..... 87**

Н. Ф. Жарков, Т. В. Жаркова, Н. Б. Роговская **Жизнь для людей ..... 89**

Е. Н. Кондаков **Андрей Львович Поленов — основоположник  
отечественной травматологии и нейрохирургии ..... 100**

<b>МАТЕРИАЛЫ, ПОСВЯЩЕННЫЕ СВЯТИТЕЛЮ ЛУКЕ .....</b>	<b>117</b>	Протоиерей Николай Брындин, председатель отдела по церковной благотворительности и социальному служению Санкт-Петербургской епархии РПЦ (Санкт-Петербург)
Е. И. Каликинская <b>Жена и дети святителя Луки: отказ от мифов .....</b>	<b>119</b>	
<b>СОБЫТИЯ, ФАКТЫ, КОММЕНТАРИИ .....</b>	<b>129</b>	
<b>V Всероссийская научно-практическая конференция «Святитель Феофан Затворник — основатель христианской психологии» .....</b>	<b>131</b>	Иеродиакон Кирилл (Пустограев), кандидат медицинских наук, неонатолог (Москва)
<b>Православные врачи Алтая передали в дар Покровскому собору икону Вифлеемских младенцев-мучеников.....</b>	<b>135</b>	А. Г. Чучалин, председатель правления Российского респираторного общества, заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, академик РАН, профессор (Москва)
<b>Участие православных врачей в Международной научно-практической конференции «Последний царский путь» .....</b>	<b>136</b>	
<b>Медики и священники в Тюмени обсудили духовные основы в медицине .....</b>	<b>137</b>	А. В. Недоступ, профессор кафедры факультетской терапии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)
<b>Православные врачи Санкт-Петербурга на выставке «Православная Русь».....</b>	<b>138</b>	Н. А. Геппе, заведующая кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, профессор (Москва)
<b>Содружество духовности и медицины: VII Войно-Ясенецкие чтения .....</b>	<b>140</b>	
<b>Врач призван сотрудничать с Богом .....</b>	<b>142</b>	И. В. Силуянова, заведующая кафедрой биомедицинской этики РНИМУ им. Н. И. Пирогова, профессор, доктор философских наук (Москва)
<b>Философско-религиозные проблемы биотехнологического улучшения человека .....</b>	<b>144</b>	
<b>ВНИМАНИЮ АВТОРОВ .....</b>	<b>147</b>	Г. Л. Микиртичан, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики СПбГПМУ, профессор (Санкт-Петербург)
		И. А. Дронов, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)
		Н. Г. Машукова, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)

# **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 принесение 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. Николаямская, 57/7.**

**Тел.: (495) 912-91-37**

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

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

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

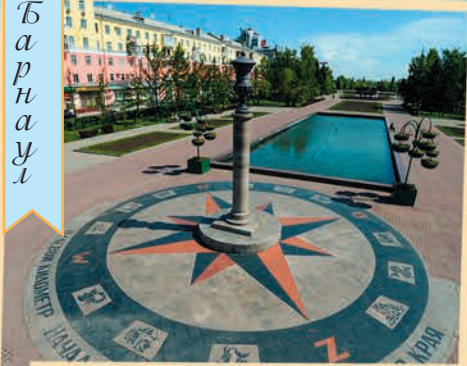
**Адрес редакции: 194291, Россия,**

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

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



Барнаул

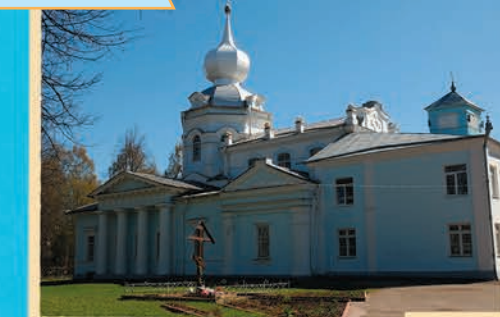


Великий Новгород



Архангельск

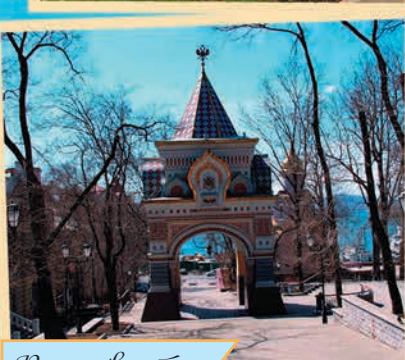
Боровичи



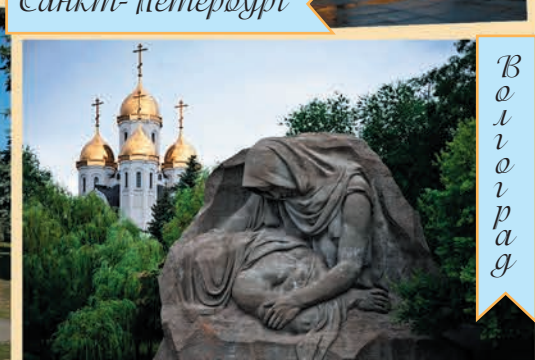
Белгород



Санкт-Петербург



Ставрополь



Волгоград

Владивосток



Омск



Самара

Мурманск



Томск



Чита



Йошкар-Ола



Тюмень



Магадан



Симферополь



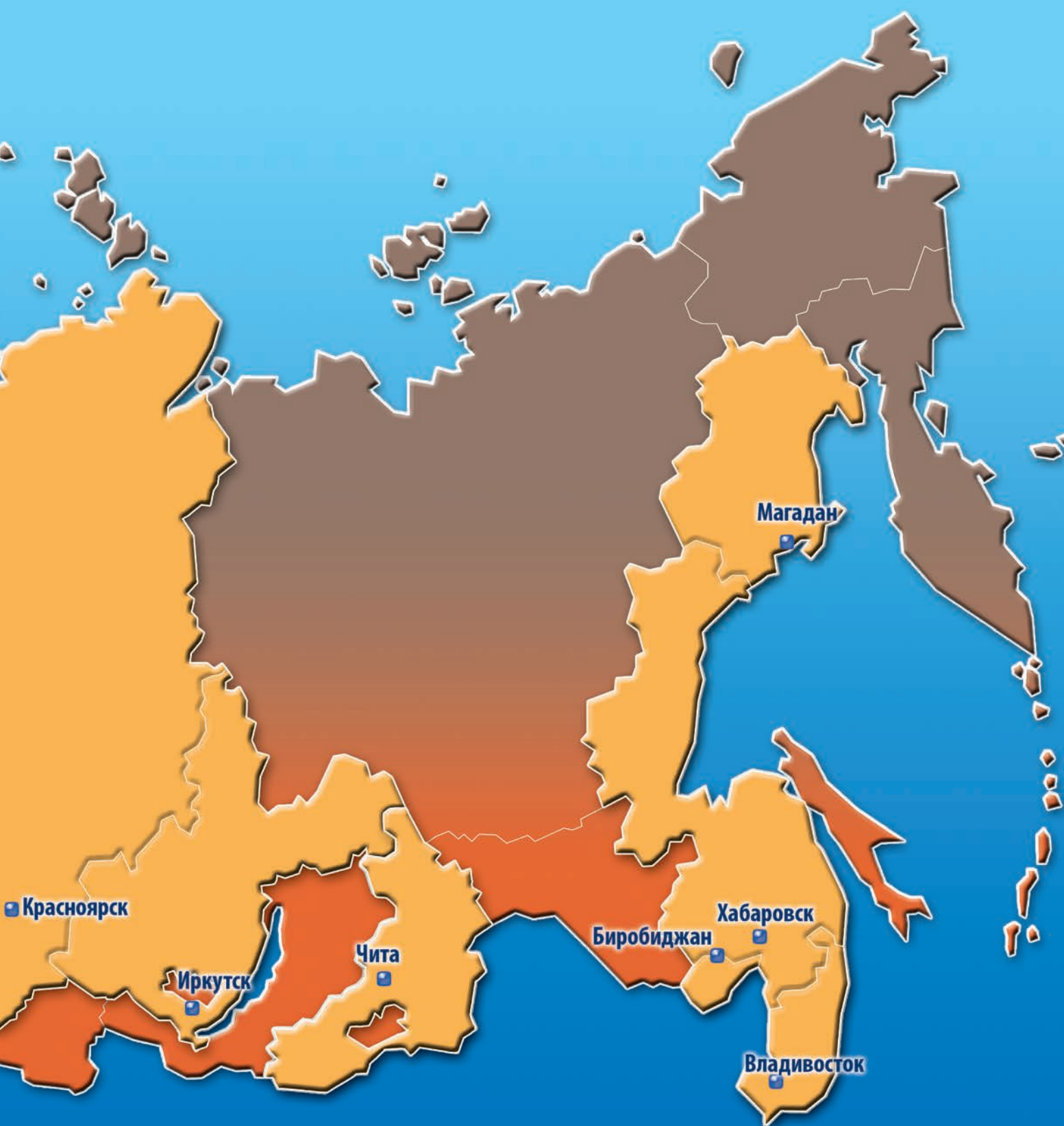
# РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ



— регионы, где зарегистрированы Общества православных врачей

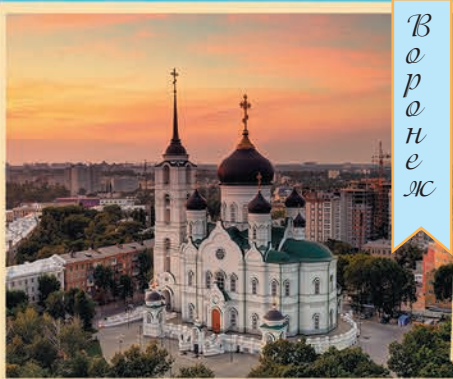
Примечание: 1 — Московское областное ОПВ; 2 — Ленинградское областное ОПВ

# ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ РОССИИ



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

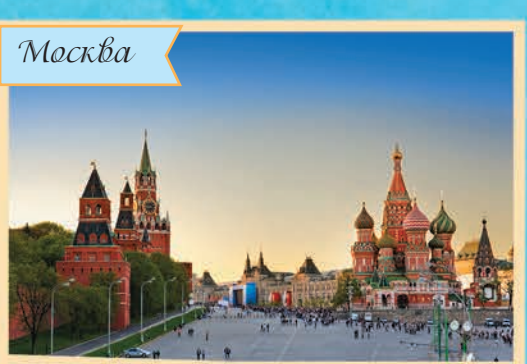




В  
о  
р  
о  
н  
е  
ж



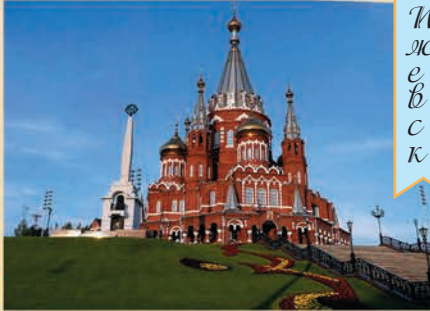
Иркутск



Москва



Сыктывкар



Н  
и  
ж  
н  
и  
й  
Н  
о  
в  
о  
г  
о  
р  
о  
д



Ростов-на-Дону



Красноярск



Х  
а  
б  
а  
р  
о  
в  
с  
к



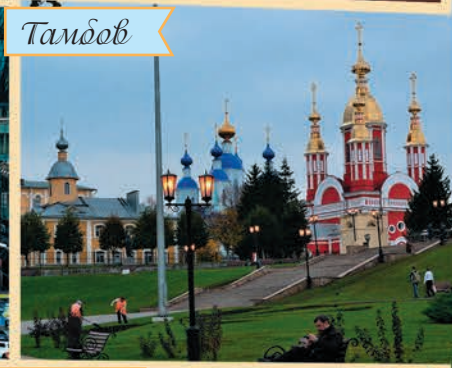
Нижний Новгород



Петрозаводск



Новосибирск



Тамбов



Т  
у  
л  
а



Тверь



Саратов



Ярославль



Краснодар



Ч  
е  
л  
я  
б  
и  
н  
с  
к





**XXVI МЕЖДУНАРОДНЫЕ  
РОЖДЕСТВЕНСКИЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ  
ЧТЕНИЯ**

**Москва, 24–26 января 2018 г.**





# XXVI

МЕЖДУНАРОДНЫЕ  
РОЖДЕСТВЕНСКИЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ

## «НРАВСТВЕННЫЕ ЦЕННОСТИ И БУДУЩЕЕ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА»

24-26 января 2018 года





# XXVI МЕЖДУНАРОДНЫЕ РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ «НРАВСТВЕННЫЕ ЦЕННОСТИ И БУДУЩЕЕ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА»

24–26 января 2018 г. в Москве под председательством Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла состоялись XXVI Международные Рождественские образовательные чтения «Нравственные ценности и будущее человечества».

Международные Рождественские образовательные чтения — это крупнейший церковно-общественный форум, уникальное по значимости явление в сфере образования, культуры, социального служения, духовно-нравственного просвещения, патриотического воспитания и других значимых направлений церковной и общественной жизни.

Традиция проведения форума возникла в 1992 г., когда в Москве впервые прошла конференция православных педагогов столицы. Сегодня это глобальное, широкомасштабное мероприятие, которое ставит перед собой задачи не только развития православного

образования и духовно-нравственного просвещения общества, но и переосмысления с позиции православного мировоззрения различных вопросов науки, культуры, социальной и молодежной работы, межгосударственных и межконфессиональных связей.

Организатором и координатором проведения чтений многие годы является Синодальный отдел религиозного образования и катехизации, которым руководит митрополит Ростовский и Новочеркасский Меркурий, председатель оргкомитета Международных Рождественских образовательных чтений. В организации и проведении чтений участвуют все синодальные структуры Русской Православной Церкви.

Церемонии открытия форума в Государственном Кремлевском дворце предшествовала Божественная литургия в кафедральном соборном Храме Христа Спасителя, которую



*Божественная литургия в Храме Христа Спасителя перед началом открытия Рождественских чтений*

возглавил Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл.

В числе почетных гостей на церемонии открытия присутствовали: первый заместитель председателя Совета Федерации ФС РФ Н. В. Федоров, первый заместитель председателя Государственной Думы ФС РФ А. Д. Жуков, первый заместитель руководителя Администрации Президента РФ С. В. Кириенко, министр иностранных дел РФ С. В. Лавров, министр образования и науки РФ О. Ю. Васильева, министр культуры РФ В. Р. Мединский, министр РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий В. А. Пучков, министр внутренних дел РФ В. А. Колокольцев, первый заместитель министра образования и науки РФ В. В. Переверзева, полномочный представитель Президента РФ в Северо-Западном федеральном округе А. Д. Беглов, президент Российской академии образования Л. А. Вербицкая, заместитель мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам региональной безопасности и информационной политики А. С. Горбенко и др.

В зале находились более 6 тысяч человек: члены Священного Синода и Высшего Церковного Совета, главы митрополий, епархиальные архиереи и духовенство Русской Православной Церкви, представители

Поместных Православных Церквей, члены Межрелигиозного совета России, члены оргкомитета Международных Рождественских образовательных чтений, главы и представители дипломатических ведомств, полномочные представители Президента Российской Федерации в федеральных округах, руководители федеральных служб Российской Федерации, руководители департаментов федеральных министерств и ведомств, главы регионов, ректоры и представители около 300 российских и зарубежных вузов, директора общеобразовательных организаций.

После краткого вступительного слова председателя оргкомитета чтений, председателя Синодального отдела религиозного образования и катехизации митрополита Ростовского и Новочеркасского Меркурия с докладом выступил Святейший Патриарх Кирилл.

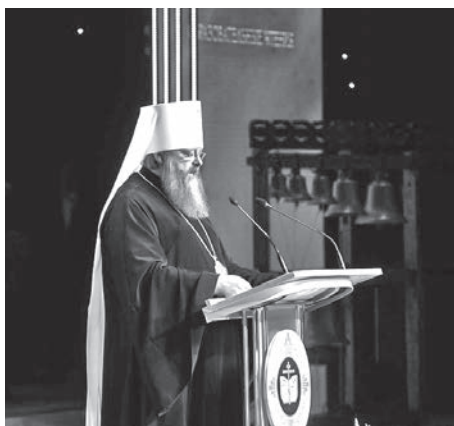
Первый заместитель руководителя Администрации Президента РФ С. В. Кириенко огласил приветствие Президента Российской Федерации В. В. Путина.

Президент выразил уверенность, что тема XXVI Рождественских чтений «определяет основной вектор обсуждения актуальных проблем, связанных с развитием просвещения в нашей стране, воспитанием подрастающего поколения. Ведь именно незыблемые духов-

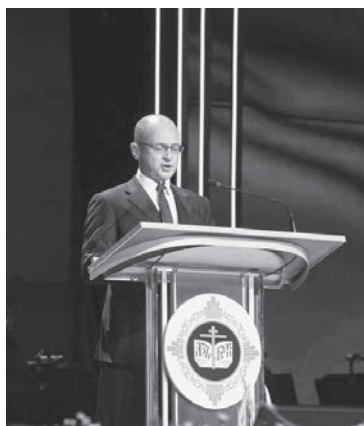


*Доклад Святейшего Патриарха Кирилла*





*Митрополит Ростовский и  
Новочеркасский Меркурий*



*С. В. Кириенко*



*О. Ю. Васильева*

но-нравственные идеалы, традиции патриотизма и гражданственности на протяжении веков скрепляли наш народ, задавали жизненные ориентиры, помогали стране двигаться вперед, по пути прогресса».

Приветствие председателя Правительства Российской Федерации Д. А. Медведева зачитал министр культуры Российской Федерации В. Р. Мединский.

С приветственным словом к участникам форума обратился министр иностранных дел РФ С. В. Лавров: «...наша дипломатия продолжит отстаивать нравственные начала международной жизни, продвигать в межгосударственном общении принципы честности, правды, добра и справедливости. Такая линия, несмотря на все сопротивление ей, пользуется широкой поддержкой в мировом сообществе. Все большее число людей, в том числе и на европейском континенте, смотрят сегодня на нашу страну как на защитницу традиционных ценностей. Опора на идеалы, общие для всех мировых религий, уважение самобытности и культурно-цивилизационного многообразия народов мира, их права на выбор собственного пути развития — важнейший ориентир в деле поиска эффективных ответов на многочисленные вызовы и угрозы современности. МИД России готов к дальнейшему укреплению плодотворного взаимодействия, которое сложилось у нас с Русской Православной Церковью, ее приходами за рубежом, другими традиционными конфессиями России. Уверен, что свой вклад в решение этих и других важнейших задач внесут Рождественские чтения».

Прозвучали приветствия председателя Совета Федерации В. И. Матвиенко, председателя российского парламента В. В. Володина, министра образования и науки РФ О. Ю. Васильевой, мэра российской столицы С. С. Собянина.

Работа XXVI Международных Рождественских образовательных чтений велась по шестнадцати направлениям, участники обсудили многие насущные проблемы, среди которых просветительское и социальное служение, вопросы образования и воспитания, жизнь Церкви и святоотеческая традиция, история православного храмостроительства и другие. Мероприятия чтений возглавили более 60 архиереев.

Традиционным направлением чтений является социальное служение и вопросы современной медицины. Заседания ряда секций, посвященных медико-социальной проблематике, состоялись в рамках направления «Личность, общество и церковь в социальном служении» под руководством председателя Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению епископа Орехово-Зуевского Пантелеимона. Православные медики из Москвы, Санкт-Петербурга и регионов приняли участие в работе секции Общества православных врачей России «Этика медицины будущего».

В работе чтений участвовало более 15 тысяч человек из России, ближнего зарубежья, Соединенных Штатов Америки, Великобритании, Германии, Канады, Франции, Швейцарии, а также Греции и Грузии.



*Участники Рождественских чтений*

В последние годы чтения включают в себя региональный этап, в котором принимают

участие все регионы России, а также епархии Русской Православной Церкви за рубежом, и международный этап, который, по сложившейся традиции, проходит в Москве в конце января.

Региональный и международный этапы форума объединили архипастырей, представителей государственной власти, священнослужителей, монашествующих, педагогов, деятелей образования, науки и культуры, представителей разных общественных групп и молодежных организаций.

От имени более 15 000 участников чтений, а также сотен тысяч, принявших участие в региональном этапе, собравшимися был принят Итоговый документ.

## ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ XXVI МЕЖДУНАРОДНЫХ РОЖДЕСТВЕНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЧТЕНИЙ



Участники чтений, собравшиеся в Москве, единогласно свидетельствуют, что богозаповеданные нравственные идеалы и ценности являются незыблемым основанием жизни и благополучного развития общества и не подлежат пересмотру или редукции в угоду тем или иным политическим силам и настроениям. Сохранение и утверждение норм традиционной морали является залогом жизнеспособности и будущего всей человеческой цивилизации.

Нравственный выбор современного человека в значительной степени определяет эсхатологическую перспективу.

Используя механизмы межконфессионального, межрелигиозного, церковно-государственного и церковно-общественного взаимодействия и сознавая исключительную важность совместного свидетельства в этом направлении, все мы призваны консолидированно отстаивать традиционные

нравственные ценности всеми доступными средствами и нравственно оправданными способами.

Выражаем уверенность, что основные идеи участников чтений, изложенные в выступлениях в рамках форума, Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, известных государственных и общественных деятелей, священнослужителей и ученых — будут услышаны обществом и найдут отражение в государственной политике, просветительной и социальной деятельности, а также в дальнейшем церковно-государственном сотрудничестве, направленном на утверждение в сознании людей традиционных духовно-нравственных принципов.

*По материалам официального сайта  
Московского Патриархата [patriarchia.ru](http://patriarchia.ru)*

# СЕКЦИЯ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ «ЭТИКА МЕДИЦИНЫ БУДУЩЕГО»



25 января 2018 г. в Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению в рамках направления «Личность, общество и церковь в социальном служении» под председательством председателя Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению епископа Орехово-Зуевского Пантелеимона состоялось заседание секции Общества православных врачей России «Этика медицины будущего».

На секции присутствовали 56 участников из 30 епархий Русской Православной Церкви: Армавирской, Архангельской, Барнаульской, Борисоглебской, Боровичской, Великолукской, Воронежской, Выборгской, Губкинской, Калачевской, Калужской, Кемеровской, Красноярской, Курганской, Московской городской, Московской областной, Нижегородской, Новосибирской, Оренбургской, Переславской, Рыбинской, Санкт-Петербургской, Смоленской, Ставропольской, Сыктывкарской, Тульской, Туrowsкой, Челябинской, Читинской, Ярославской.

В числе собравшихся было 15 священнослужителей (из них один архимандрит, один игумен), 11 руководителей епархиальных отделов, 13 преподавателей медицинских вузов (их них 3 заведующих кафедрами, 2 профессора и 1 академик РАН), 7 докторов наук, 2 главных врачей лечебно-профилактических учреждений.



Работу секции возглавил член Исполкома ОПВР, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор А. Г. Чучалин. Куратором секции выступил секретарь Исполкома ОПВР, доцент И. А. Дронов.





# ДОКЛАД СВЯТЕЙШЕГО ПАТРИАРХА КИРИЛЛА НА ОТКРЫТИИ XXVI МЕЖДУНАРОДНЫХ РОЖДЕСТВЕНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЧТЕНИЙ

***Ваши Высокопреосвященства и Преосвященства! Ваши  
Превосходительства! Всечестные отцы! Братья и сестры, участники  
Международных Рождественских образовательных чтений!***



Я всех вас сердечно приветствую и поздравляю с началом работы этого замечательного церковно-образовательного форума.

Тема Чтений 2018 года «Нравственные ценности и будущее человечества» дает возможность обратиться к поистине очень важным для бытия всего человеческого рода вопросам: вопросам нравственности и ее роли в жизни общества и каждого отдельного человека. Мы призваны с христианских позиций поразмышлять о тех вызовах, с которыми приходится сталкиваться современной цивилизации, и подумать над тем, какой ответ может предложить обществу Церковь и как мы можем актуализировать Евангельское послание применительно к реалиям и проблемам нашего дня.

Но вначале хотел бы сказать несколько слов о самом понятии «нравственности» и о тех подменах, которые встречаются в современном обществе при описании этого понятия.

Новейший философский словарь определяет «мораль (нравственность) как со-

вокупность принятых в том или ином социальном организме норм поведения, общения и взаимоотношений». В целом определение приводится достаточно большое, но сводится к тому, что «нравственная регуляция осуществляется посредством ориентации людей на гуманные, добрые, честные, благородные, справедливые отношения, т. е. через то, что принято называть моральными ценностями».

Замечу, что на первое место в этом определении поставлено именно слово «гуманные», т. е. обращенные на человека. И здесь происходит некая подмена понятий: данная Богом человеку свобода делать нравственный выбор между добром и злом воспринимается уже не как средство свободного обретения любви к Тому, Кто даровал эту свободу, а сама свобода из средства становится целью и возводится в абсолют, становится самостоятельной ценностью высшего порядка, ради которой можно приносить в жертву другие ценности, в том числе ценности духовной культуры, нравственные нормы, веками формировавшиеся национальные и культурные традиции.

Если раньше говорили, что свобода одного человека заканчивается там, где начинается свобода другого, то в настоящее время свобода тех, кто хочет жить и воспитывать детей в соответствии со своими традиционными религиозными нормами нередко попирается сторонниками так называемых либеральных ценностей, утверждающих, что абсолютной ценностью является свобода, а все остальное — вторично. Все чаще звучат призывы к пересмотру нравственных ценностей, в том числе име-



ющих евангельское основание, и даже к полному отказу от них.

Несмотря на то, что многие люди не разделяют и не считают правильными подобные призывы, законодательства целого ряда государств последовательно идут по пути утверждения так называемых свобод, вступающих в противоречие с основополагающими нравственными постулатами. Все это происходит стремительно, на наших глазах. Мы видим, как в некоторых странах врач уже не имеет права отказаться от проведения аборта; как должностное лицо может потерять свое место за отказ зарегистрировать однополый «брак». Мы видим, как традиционные христианские семьи вынуждены в официальных документах отказываться от слов «отец» и «мать» в пользу убожающего слух однополых партнеров «родитель № 1» и «родитель № 2», а любой человек может лишиться работы только за то, что открыто выскажет свое осуждение содомского греха или даже публично прочитает соответствующий текст из Библии, как то было с одним из пасторов в одной из европейских стран. К сожалению, и в нашей стране миллионы верующих — православных, представителей иных христианских конфессий, мусульман, иудеев — вынуждены смиряться с тем, что заработанные ими деньги в виде налогов направляются на финансирование абортот. Создается опасная коллизия между нравственными принципами, которых человек придерживается, и практикой, которую он должен как гражданин исполнять. Именно поэтому в таких сложных вопросах, решение которых зависит не только от норм государственного закона, но и от требований совести, важно достигать взаимоприемлемого для всех положения, которое давало бы людям возможность поступать по совести.

Мы прекрасно понимаем, что нравственные ценности и нравственное состояние общества в тот или иной период времени — это не одно и то же. Вспомним, например, что в Смутное время нравственное состояние общества было столь плачевным, что потребовался сугубый всенародный подвиг, чтобы Господь приклонил Свою милость к нашему народу и страна обрела

свободу и независимость. И все же даже в то время нравственные идеалы православного народа были евангельскими идеалами и потому были нерушимы, хотя и не всегда исполнялись. Тогда, четыре столетия назад, совесть народную смогли пробудить Святейший Патриарх Гермоген, своими речами и посланиями призывавший соотечественников твердо стоять в православной вере и хранить духовные традиции, а также князь Пожарский и Кузьма Минин, которым удалось собрать ополчение из патриотически настроенных людей.

Сегодня для сохранения и утверждения неизменных духовно-нравственных ориентиров в жизни людей нужны солидарные усилия и государства, и представителей религиозных традиций, и общественных организаций. Очень важна роль культуры в укреплении нравственных ценностей в народной жизни. Русская Православная Церковь активно взаимодействует в этом направлении с другими Православными Церквями и с христианами иных конфессий.

Декларация, подписанная мною совместно с главой Римско-Католической Церкви в результате встречи в феврале 2016 г. в Гаване, продемонстрировала нашу решимость действовать сообща по наиболее актуальным проблемам современности: вопросам семьи и брака, отношению к абортотам и эвтаназии, применению биомедицинских репродуктивных технологий, пониманию прав и свобод человека.

Все большую значимость имеет работа Межрелигиозного совета России, где мы регулярно встречаемся и обсуждаем волнующие нас вопросы. Межрелигиозное сотрудничество исполнено духа добрососедства, взаимного уважения и мира, который на протяжении веков царит между традиционными религиями нашей страны. Современное секулярное общество бросает все новые и новые вызовы верующим, независимо от их религиозной принадлежности. В лице религиозных лидеров России мы видим надежных союзников в борьбе с этими вызовами, а также с безнравственностью и псевдорелигиозным экстремизмом.

При всей разности культур и традиций мы все имеем общее нравственное чувство, заложенное в нас Богом, у каждого из нас есть голос совести, который мы, христиане, называем голосом Божиим. Верования различных религий могут заметно отличаться, но как только мы переходим на уровень аксиоматики, на уровень нравственных ценностей, большинство религиозных традиций демонстрирует совпадение взглядов. Убежден, что нравственный консенсус есть единственно возможное универсальное основание для мирного сосуществования разных культур и народов в современном мире, если хотите, условие выживания плюралистической человеческой цивилизации, в которой, кроме этого консенсуса, коренящегося не в сфере идей, не в сфере идеологии, а в самой Богом созданной природе человека, невозможно отыскать иной основы для формирования системы ценностей, которая бы могла удовлетворять всех. Другими словами, любой интеллектуальный, культурный источник, будь то наука или даже традиция, будь то иные важные проявления общественного сознания, не может удовлетворить род человеческий, потому что в одном месте это будет приниматься на «ура», в другом — сталкиваться с безразличием, а в третьем — отвергаться. Поэтому основой для нравственного консенсуса может быть только то, что является органической основой человеческого единства, а этой органической основой является сама природа человека, сам человек. Богу было угодно вложить в человека нравственное чувство, и где бы вы ни были — в Москве, Нью-Йорке или Папуа — Новой Гвинее — нравственное чувство человека работает одинаково, хотя люди, которые отстаивают естественное происхождение нравственности и привязывают нравственность к влиянию окружающей среды, уверяют, что есть некие различия. Но все те различия, которые приводятся в качестве доказательств отсутствия общего нравственного чувства, касаются вопросов второстепенных, связанных с обрядами, с особенностями культуры и т.д. Собственно же нравственные чувства, так замечательно выраженные в Десяти заповедях, присущи всему челове-

ческому роду. Поэтому только от этого чувства, от этой общности, соединяющей всех людей по лицу Земли, и можно выстраивать общечеловеческий консенсус, а на его основе строить иные здания, способные цементировать отношения людей, живущих в разных странах, имеющих разные культуры и нередко разное целеполагание.

Вместе с тем очевидно, что для Церкви понятие «нравственный» всегда сопряжено не просто с общечеловеческим пониманием добра, совести, справедливости и т. д., но с их высшими проявлениями, которые открываются нам в Святом Евангелии. Говоря о нравственных ценностях, православные верующие всегда подразумевают стремление к нравственным идеалам, нравственному совершенству заповедей блаженств: любовь к ближним вплоть до любви к врагам, готовность к самоотречению и самопожертвованию, смирение, кротость и терпение, милосердие и миротворчество, достижение чистоты сердца. Но все эти высочайшие христианские заповеди органически связаны с тем самым нравственным консенсусом, о котором я только что сказал. В христианстве нравственная тема достигает своего апогея и предоставляет людям возможность видеть, что есть подлинный нравственный идеал человеческой жизни.

Конечно, мы несовершенны, но мы должны стремиться к совершенству и учиться любви у нашего Спасителя, у святых. Пример подвига, который дают нам жития новомучеников и исповедников Русских, для нас очень важен. Среди них особое место занимают Царственные страстотерпцы, 100-летие мученической кончины которых мы вспоминаем в этом году. Словно в награду за любовь, царившую в этой семье, они остались неразлучны и в смерти. Христианские нравственные идеалы были для них выше царской короны. Не принадлежность к царскому или дворянскому роду считали они признаком благородства, но чистоту помыслов и чистоту души.

На ум приходят проникновенные и очень трогательные строки из письма великой княжны Ольги Николаевны: «Отец просит передать всем тем, кто ему остался предан, и тем, на кого они могут иметь

влияние, чтобы не мстили за него, так как он всех простил и за всех молится, и чтобы не мстили за себя, и чтобы помнили, что то зло, которое сейчас в мире, будет еще сильнее, но что не зло победит зло, а только любовь...» [1].

Иногда спрашивают, за что канонизировали Царскую семью. Именно за это! Достаточно поставить себя на место людей, приговоренных к смерти, — которые пребывали на вершине власти, а потом были не только лишены всяких прав, но и сделались предметом издевательств. Но и в этом состоянии крайнего уничтожения они прощали врагам и молились за них, а значит, явили подлинную нравственность, которая была максимально выражена в подвиге страстотерпчества.

Подвиг новомучеников и исповедников Церкви Русской, засвидетельствовавших верность Спасителю своей кровью, своими страданиями, стал духовной основой возрождения церковной жизни в наших странах в конце XX века. Юбилейный Архиерейский Собор 2000 г. прославил в лике святых более 1200 новомучеников и исповедников. Ныне число прославленных новомучеников и исповедников приблизилось уже к двум тысячам. На регулярной основе в рамках работы Синодальной комиссии по канонизации святых, епархиальных комиссий и других церковных структур ведется исследование жизни и подвига страдальцев за веру. Строятся храмы, посвященные святым XX века. В минувшем году совершено освящение храма Воскресения Христова в память о новомучениках и исповедниках Церкви Русской на Крови, что на Лубянке. Важно, однако, не только вносить имена подвижников в церковный месяцеслов и воздвигать храмы в их честь, но и научиться так чтить их память, чтобы их подвиг стояния в вере, верности Христу стал образцом жизни для нашего народа, чтобы изучение житий новомучеников и исповедников было важной составляющей нравственного воспитания подрастающего поколения.

Когда мы говорим о нравственных ценностях и будущем человечества, то связь этих понятий обращает наше внимание в

первую очередь на молодежь, на воспитание и систему образования. Ведь будущее формируется сегодня, прежде всего в умах и сердцах молодого поколения. С этого года начинается объявленное Указом Президента России Десятилетие детства. В связи с этим еще раз уместно напомнить о важности защиты и поддержки семейных ценностей. Между тем, в этой сфере по-прежнему существует немало проблем. Многие из них вполне разрешимы при наличии желания и политической воли.

Сегодня время от времени возникают инициативы, противопоставляющие защиту прав детей интересам семьи. Вместо норм, основанных на традиционных для народов наших стран семейных и нравственных ценностях, предлагаются решения, копирующие зарубежные подходы к семейной политике. Законодательство, экономическая среда, система налогообложения, развитие систем образования и здравоохранения — все это призвано поддерживать семьи, особенно молодые, способствовать воспитанию детей в духе любви, мира и уважения к традиции.

Нельзя, конечно, не сказать и о проблеме абортов. Совместными усилиями Церкви, государства и общественных институтов многое удалось сделать, чтобы уменьшить масштабы этого поистине общенационального бедствия и продумать механизмы для решения проблемы. Особо хотелось бы отметить позитивный опыт создания сети центров кризисной беременности, которые уже спасают немало детских жизней. Эти центры начали создаваться в Церкви, а сейчас мы знаем, что они активно устроятся и государством. Позиция Церкви по вопросу абортов остается неизменной: жизнь человека — это дар Божий, и потому она должна быть защищена с момента ее начала, то есть с зачатия, и до естественной биологической смерти.

Особо хотел бы сказать о возможности преподавания православной культуры в школах, о повышении качества образования в православных общеобразовательных учреждениях, о развитии сети православных дошкольных образовательных учреждений.

Православная культура должна быть адекватно представлена в сетке учебных часов на всех ступенях общего среднего образования. Мы многократно говорили об этом, встречая понимание и поддержку в самых широких слоях нашего общества. Задача воспитания новых поколений, знающих и разделяющих традиционные духовно-нравственные ценности, уже принята в Стратегии развития воспитания, утвержденной Распоряжением Правительства в 2015 г.

Особого внимания требует и развитие системы непрерывного православного образования. Сегодня часть православных образовательных организаций испытывает серьезные затруднения, которые в конечном счете сводятся к материально-техническому обеспечению, а также в не меньшей, а порой и в большей степени — к отсутствию должного внимания к их проблемам со стороны ответственных епархиальных структур. Нужно постоянно следить за ситуацией и реагировать на призывы о помощи соответствующим образом.

Поэтому я хотел бы обратиться к нашим владыкам и сказать, что забота о православном образовании — это не 25-й, а приоритетный пункт в вашей повестке дня. Невозможно говорить о благополучном будущем нашего народа и нашей страны, если мы, имея возможность развивать церковную систему образования, не поддерживаем ее на том уровне, какой необходим в наше время. Православные школы ни в коем случае не должны превращаться в школы для неудачников, для тех, кто не может учиться в другом месте, с пониженным уровнем материального и технического обеспечения. Я настаиваю на том, чтобы православные школы стали примерными во всех отношениях. Если мы беремся за осуществление этих программ, то должны это делать так, чтобы давать пример другим.

Вопросы о необходимости не только обучения, но и нравственного воспитания в школе возникли, конечно, не сегодня. Еще в середине XIX столетия митрополит Московский и Коломенский Иннокентий писал о том, что просвещение без нравственности служит более ко вреду, нежели к пользе [2].

Сама отечественная история показала верность и справедливость этих слов святителя.

Важно также, чтобы вопросы православного образования находили адекватное отражение как в церковных, так и в светских педагогических СМИ.

Большое значение имеет катехизическая деятельность Церкви. Необходимо стремиться к тому, чтобы такая работа проводилась не только посредством кратких бесед перед таинством Крещения, но и в рамках приходской образовательной работы с детьми, молодежью и взрослыми, особенно с теми, кто готовится стать папами и мамами. Необходимо, чтобы на площадках наших приходов действительно существовала система постоянного катехизического образования. За несколько часов общения со священником крестные родители, конечно, что-то усвоят, но это не будет глубокими знаниями и может не повлиять на стиль воспитания детей.

Важно, чтобы современный человек, соприкасающийся с Евангелием, осознал и почувствовал притягательную силу Слова Божия, явив свидетельство о фундаментальном значении Богом определенных нравственных основ человеческой жизни.

Так, великий русский ученый Алексей Алексеевич Ухтомский с сожалением отмечал, что одной из причин нравственного падения общества в начале XX века являлось господствовавшее в то время искаженное понимание культуры и цивилизованности: «Это культура... исключительно материального человеческого быта при очень последовательном, систематическом игнорировании христианского понимания культуры и прогресса как великого нравственного труда личности над собою. <...> Всякий человек, как бы прекрасно и „культурно“ ни был он обставлен в материальном отношении, неизбежно духовно одичает, снова и снова возвратится в свой первобытно-дикий образ, насколько не будет с ним Христа» [3].

Культура есть область приложения духовных и интеллектуальных сил человечества, вобравшая в себя многовековой опыт творческого, созидательного преображения



окружающего мира. Цель этого преображения — подлинная гармония бытия, ориентирами на пути достижения которой являются идеалы любви, добра и красоты. Для христиан эти идеалы заданы Евангелием. Именно этими идеалами проникнута тысячелетняя культура нашего народа.

Перед деятелями культуры проблема нравственного выбора и в прошлом, и особенно сегодня стоит чрезвычайно остро. Подлинное произведение искусства отражает внутреннее состояние своего творца, транслирует его чувства и мысли. Музыкальное, литературное, художественное произведение способно глубоко воздействовать на человеческие души, побуждая либо к добру и созиданию, либо к ненависти, разрушению, конфликтам. Призываю всех, чьим жизненным призванием является сфера культуры, помнить об особой ответственности за свой талант и его плоды перед Богом, народом и историей.

За три десятилетия, минувшие с начала масштабного возрождения церковной жизни в странах исторической Руси, многое было сделано в области развития миссии, образования, молодежной и социальной работы, взаимодействия с казачеством. На наших глазах был возрожден и сейчас активно развивается институт военного духовенства, теперь уже ставший неотъемлемой частью системы подготовки и воспитания личного состава армии и флота. Духовное просвещение и нравственное воспитание военнослужащих, а также сотрудников органов внутренних дел, пенитенциарных учреждений, сотрудников МЧС, устройство храмов и молитвенных комнат в местах нахождения отбывающих наказание, а также в высших учебных заведениях, готовящих специалистов для военной и гражданской службы, — все это не просто плод успешных миссионерских усилий Церкви, но насущная необходимость нашего времени. Утверждение нравственных ценностей как основания жизни и деятельности людей во всех сферах их бытия — это ответ на общую заботу о благополучном будущем наших народов.

Милосердие, сострадание, совесть, целомудрие необходимо воспитывать

с раннего детства. К сожалению, большинство семей не в состоянии оградить детей и молодежь от развращающего и ожесточающего души воздействия Интернета и иных современных технологий. Но мы можем и должны максимально противопоставить этой реальности православное просвещение и воспитание во всем многообразии их форм и методов.

Особое место занимает молодежное добровольческое движение. И это не только тот труд волонтеров, который на виду у всех, — ярким примером служит помощь добровольцев в дни принесения в Россию мощей святителя Николая Чудотворца, — но и малозаметный труд по уходу за стариками и тяжело больными людьми, помощь детям в детских домах и приютах, участие в помощи бездомным, проведении экологических акций и многое другое.

Хотел бы обратиться к современной молодежи с призывом: не пренебрегайте своим служением, всегда с открытым сердцем помогайте окружающим вас людям, ежедневно творите добро, не ожидая прибыли. Только через следование этому нравственному закону, к которому порой приходится понуждать себя, исполняется воля Божия, укрепляется единство народа, и вы возрастаете в совершенно особой атмосфере подвига. Добровольчество — это маленький подвиг, но за маленьким подвигом может вырасти способность совершать великие дела и великие подвиги, то есть становиться сильной личностью.

До недавнего времени, на фоне экономических и социальных трудностей казалось, что мы можем потерять для Церкви поколение молодых людей. Поэтому были приложены серьезные усилия для развития церковной миссии среди молодежи, и уже сегодня мы ощущаем первые результаты: молодежь приходит к православной вере и старается принимать деятельное участие в жизни Церкви.

Памятуя заповедь Божию «идите и научите» (Мф. 28:16), мы должны сами идти со словами о Христе Спасителе туда, где сегодня особенно присутствует молодежь: в учебные заведения, спортивные организации, молодежные клубы, в социальные

сети. Очень важно, чтобы каждый юноша и каждая девушка чувствовал себя в Церкви не гостями, а подлинными делателями.

Современные молодые люди часто мечтают о красивой и счастливой жизни. Эта жизнь смотрит на них с обложек журналов, с экранов телевизоров, с рекламных проспектов. В них главными ценностями объявляются успешность, материальное благополучие, здоровье и красота. Люди мечтают о жизни красивой и нередко забывают о том, что настоящая красота — подчеркиваю, не внешний лоск и глянец, а настоящая красота — это внутреннее состояние человека. Подлинная красота — это в первую очередь красота души. Красота, которая в полноте раскрывается, если человек живет по совести, следуя вечному нравственному закону, заложенному в нас Богом. Потому что, следуя Божественным заповедям, человек приближается к идеальному совершенству, реализует свое истинное богоподобие, как писал о том выдающийся наш мыслитель Владимир Соловьев [4]. Такая красота

никогда не стареет, но вместе с душой перейдет в вечность.

Желаю организаторам и участникам Рождественских чтений плодотворной работы и интересных дискуссий.

Благословение Божие да пребывает со всеми вами. Благодарю за внимание.

### Литература

1. Письмо великой княжны Ольги Николаевны не установленному адресату (Тобольск, 1918 г.).
2. *Иннокентий, митрополит Московский, святитель*. Записка о детском воспитании // Спасайте детей. Поучения святителя Иннокентия, митрополита Московского, апостола Сибири и Америки. СПб.: Изд-во Яковлевой, 1998. С. 111.
3. *Ухтомский А. А.* Интуиция совести. Письма. Записные книжки. Заметки на полях. СПб.: Петербургский писатель, 1996. С. 63–64.
4. *Соловьев В. С.* Оправдание добра: нравственная философия. М.: Академический проект, 2010.

*Пресс-служба Патриарха  
Московского и всея Руси*

*Фото Сергея Власова  
<https://foto.patriarchia.ru>*

## Святые отцы о здоровье

Все мы много заботимся о здоровье, но сознаем ли главную причину болезней — грех? Не во всех болезнях ясно видна эта тесная связь наших недугов с нашими грехами, но истина остается истинною, что болезни тела в большинстве случаев — от грехов и особенно ради уврачевания грехов. Грех делает душу больною, но ведь жизнь тела — от души. От больной души и жизнь тела нездорова. ... Грех отделяет человека от Источника жизни — Бога и ставит человека в разлад со всеми законами природы и его собственной жизни...

Господь есть совершенный Обладатель и Повелитель всей твари, и мы знаем, что повеления Его, воли Его слушает вся тварь... повелевает мертвецу встать, ожить — и смерть бежит от человека, и является жизнь; повелевает болезни оставить больного — болезнь бежит, и больной встает, бодрый и здоровый.

Настоящая жизнь есть тесный путь, — путь скорбей, лишений, болезней. Чем теснее этот путь, тем убедительнее, вернее, что мы стоим на истинном пути, чем шире — тем несомненное, что мы близки к погибели.

*Св. прав. Иоанн Кронштадтский*





**СЕКЦИЯ  
ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ  
«ЭТИКА МЕДИЦИНЫ БУДУЩЕГО»**



# ТРАНСГУМАНИЗМ И ТРАНСМЕДИЦИНА



Научно-технический прогресс в области медицины за последние два века значительно увеличил продолжительность жизни человека. При этом искусственное все больше проникает в нашу телесность и ментальность, что позволяет говорить не только о трансгуманизме, но и о трансмедицине как одном из главных инструментов трансгуманистического проекта.

О проблеме трансгуманизма с духовных позиций рассуждает в своей статье протоиерей Игорь АКСЁНОВ, кандидат философских наук, председатель Отдела религиозного образования и катехизации Выборгской епархии, настоятель Свято-Ильинского храма в Выборге.



В середине XX в. возникла новая разновидность гуманистического мировоззрения, которая получила название «трансгуманизм», в котором приставка «trans» переводится с латинского как «через», «за», что определяет трансгуманизм как постгуманистическое видение будущего человека. На сегодняшний день трансгуманизм предстает не только как философская концепция, но и как международное движение, целью которого, по точному слову Френсиса Фукуямы, является «освобождение рода человеческого от присущих ему биологических ограничений» [1]. Конечной целью трансгуманизма является достижение бессмертия.

«Трансгуманизм» является продуктом секулярного гуманизма и Просвещения и утверждает не только возможность, но и целесообразность улучшения природы человека уже в ближайшем будущем в результате применения последних достижений научно-технического прогресса. По сути он утверждает необходимость сознательной, научно-контролируемой эволюции человека как биологического вида с ближайшими целями: увеличить продолжительность здоровой жизни

человека, расширить наши интеллектуальные и физические способности и предоставить нам все возрастающий контроль над нашими собственными психическими состояниями. Для этого предлагается биоинженерия человека с использованием последних достижений в биомедицинских технологиях, генетике, нейронауке, нанотехнологиях, компьютерных технологиях и создании искусственного генома человека.

В определенной комбинации вышеупомянутой биоинженерии человека трансгуманистам видится новый век, в котором люди будут освобождены от того, что христианская антропология называет следствиями первородного греха, — страстности, тленности и смертности человеческой природы, — и что является причиной физических и психических заболеваний, старения и скоротечности человеческой жизни. В трансгуманистической перспективе ее адептам видится не только возможность контролировать душевно-эмоциональные состояния и продолжительность своей жизни, но и произвольно выбирать свою «природу» и «природу» своих детей.



На первый взгляд все это похоже на фантастику, но известный американский футуролог Фрэнсис Фукуяма называет такое трансгуманистическое видение будущего «самой опасной идеей в мире» [2]. Если темп научно-технологических преобразований в нашей жизни сохранится, а тем более если ускорится, то очень скоро мы можем оказаться бионано-технологически измененным видом в заметно измененной биосфере нашей планеты и ее ближайшего окружения. Идея неизменной человеческой природы, человеческой сущности, из которой мы получаем представления о человеческих достоинствах и о важнейших правах человека, будет больше неприменима в этом «дивном новом мире» свободной рыночной эволюции.



Достижения в области геномной инженерии в ближайшей перспективе обещают людям не только возможность перепроектировать себя, но также и проектировать будущие поколения, и, тем самым, выйти из-под биологических ограничений собственной природы и обрести над ней практически полный контроль. Таким образом, перед человечеством открывается соблазн достижения постчеловеческого псевдорайского состояния без Бога и тех духовно-нравственных ограничений, которые обусловлены Его образом, лежащим в фундаменте духовно-телесной природы человека. Но одновременно это обнажает и древний богоборческий дух, который лежит в основании трансгуманистической оптики и который возбуждает в своих адептах не только жалкое стремление к перманентной реконструкции собственных «кожаных риз», но и утопические мечтания о технологическом «обожении» человека.

Термин «трансгуманизм» был введен в 1957 г. Джулианом Хаксли (1887–1975), английским биологом, одним из создателей Синтетической теории эволюции, которая является синтезом генетики и дарвинизма и других научных дисциплин. Д. Хаксли — первый генеральный директор ЮНЕСКО, сыгравший одну из основных ролей в создании этой организации и Всемирного фонда дикой природы. Джулиан Хаксли является внуком известного ученого-дарвиниста Т. Г. Хаксли, его родным братом был писатель О. Хаксли, а единокровным братом — нобелевский лауреат в области физиологии и медицины Э. Хаксли.

Для Хаксли трансгуманизм был другим названием его «эволюционного гуманизма», а именно, преднамеренного усилия человечества «преодолеть себя — не только спорадически..., но в целом, как человечество... Человек, остающийся человеком, но превзошедший сам себя, благодаря осознанию новых возможностей своей человеческой природы» [3].

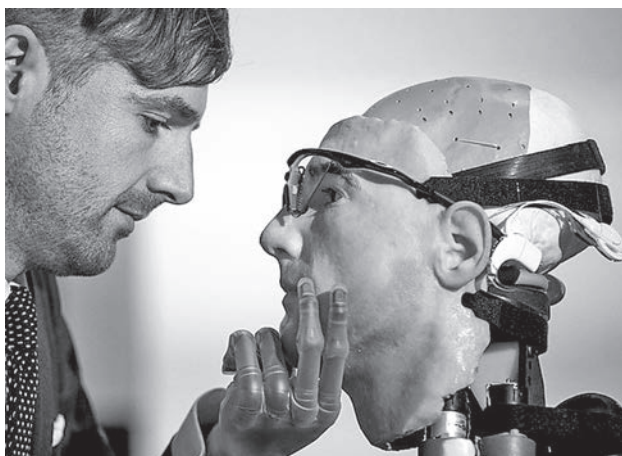
Нельзя не заметить, что трансгуманистическое видение мира весьма созвучно идеям Фридриха Ницше, который еще в конце XIX в. провозгласил «смерть Бога». А если «Бог умер», то кто может и должен занять его место? Только человекобог, точнее — сверхчеловек.

Ницше предлагает новую форму богоборчества. Обычное противопоставление Бога и человека заменяется после провозглашенной «смерти Бога» антитезой «сверхчеловек–человек». Человек — это то, что должно быть преодолено [4]. Поэтому «смерть Бога» означает и «смерть человека», который преодолевается в сверхчеловека.

Таким образом, наивысшая цель человека после «смерти Бога» — это создание сверхчеловека. Только со «смертью Бога», как думает Ницше, человек впервые становится автором своих действий и может практиковать, как он пишет, «божественный образ мыслей» [5]; только со «смертью Бога» возможно, с его точки зрения, истинное величие человека [6].

Фридрих Ницше добавляет к идее социальной инженерии Карла Маркса метафизический лозунг преобразования самой природы человека. И, надо заметить, такая попытка преодолеть человека в человеке с целью по-

лучить «нового человека» уже предпринималась группой советских ученых в 1920-е годы, когда проводили практические опыты получения «новогибридного человека» путем скрещивания людей с антропоморфными обезьянами. В отчете 1928 г., представленном в Совнарком председателю Комиссии по содействию работе Академии наук СССР Т. Н. Горбунову, руководитель этих «исследований» профессор И. Иванов констатировал: «Только в самые последние годы наметилась возможность поставить наши опыты без особо значительных затрат и без опасений встретить запрет со стороны церкви. Серьезным тормозом для постановки этой экспериментальной работы являлись также предрассудки религиозного и морального характера. В дореволюционной России было совершенно невозможно не только что-либо сделать, но и писать в этом направлении» [7].



Трансгуманизм предстал субъектом международной общественно-политической жизни в 1998 г., когда философы Ник Бостром и Дэвид Пирс основали общественную неправительственную организацию — Всемирную ассоциацию трансгуманистов. В России эту ассоциацию представляет Российское трансгуманистическое движение.

Для координации усилий трансгуманистических партий во всем мире в 2014 г. была создана наднациональная организация The Transhumanist Party (Global), или TPG, главной целью которой является поддержка национальных трансгуманистических партий по всей Европе [8] и в мире [9].

В 2011 г. инициативной группой российских ученых во главе с президентом холдинга

«New Media Stars» миллиардером Дмитрием Ицковым было создано Стратегическое общественное движение «Россия 2045», в котором зарегистрированы более 45 000 человек [10]. Число 2045 в названии движения означает год наступления технологической сингулярности — того гипотетического момента, после которого, по мнению сторонников данной концепции, технический прогресс станет настолько быстрым и сложным, что окажется недоступным пониманию [11]. Представители движения считают, что не позднее этого года искусственное тело не только значительно превзойдет по своим функциональным возможностям существующее, но и достигнет совершенства формы и сможет выглядеть не хуже человеческого [12].

Технологическая сингулярность — стадия «развития цивилизации, когда человеческий разум перестанет контролировать, предсказывать и даже понимать артефакты и сигналы, порождаемые техносферой» [13].

По словам его основателя, движение «Россия 2045» ставит «две главные, взаимообусловленные цели: запуск мегапроекта по разработке антропотехнологических преобразований человека и его социальной среды, включая сверхзадачу переноса сознания и личности на небιологический носитель, и одновременно — разработку социогуманитарных проблем этого процесса, в том числе вопросов духовного преобразования человека и формирования нового социального субъекта, нового типа общества» [14].

Свой оптимизм авторы этого проекта питают результатами конвергентного развития нано-, био-, информационных, когнитивных и социальных технологий, или «НБИКС-технологий». «Взаимооплодотворяя друг друга, эти мегатехнологии открывают небывалые возможности, — пишет Дмитрий Ицков, — в том числе в развитии андрοидной робототехники, в создании таких самоорганизующихся систем, которые способны воспроизводить на небιологических субстратах функции жизни и психики. Тем самым они позволяют решать основные задачи трансгуманистических преобразований, перевоплощения разума и личности» [14].

В научный совет «России 2045» входят академики РАН, доктора и кандидаты наук, профессора вузов [15]. Недавно Стратегическое общественное движение «Россия 2045» основало политическую партию «Эволюция 2045». В Манифесте партии, в частности, говорится: «Конвергентное развитие новейших технологий открывает возможности создания таких самоорганизующихся систем, которые способны воспроизводить функции жизни и психики на небиологических субстратах. Это путь трансгуманистических преобразований, замены биологической эволюции эволюцией кибернетической. Если биологическая эволюция предполагает смерть как необходимый фактор обновления и развития, то для кибернетической эволюции смерть перестает быть неизбежной, ключевым фактором становится бессмертие личности, которая получит неограниченные возможности для познания, творчества, саморазвития, освоения космоса» [16].

Профессор Самарского государственного аэрокосмического университета им. академика С. П. Королева А. Ю. Нестеров охарактеризовал новую партию следующими словами: «„Эволюция 2045“ — это партия, которая, возможно, впервые в России выражает интересы научного сообщества. Партия, которая впервые ставит проблему целеполагания как научную проблему» [17].

Одним из наиболее последовательных современных критиков идей трансгуманизма можно назвать Френсиса Фукуяму, который предостерегает от широко распространенного насмешливо-пренебрежительного отношения к трансгуманизму.

«Но действительно ли, — пишет он, — фундаментальный принцип трансгуманизма, согласно которому мы некогда применим биотехнологии, чтобы сделать себя сильнее, умнее, менее склонными к насилию и более долго живущими, так уж нелеп? Какие-то формы трансгуманизма неявно присутствуют в тематике исследований, проводимых в современной биомедицине. Новые процедуры и технологии, идущие из исследовательских лабораторий и больниц, такие как таблетки, изменяющие настроение, препараты для накачивания мышц или селективной очистки памяти, пренатальный генетический

скрининг или генная терапия, могут быть использованы не только для облегчения или излечения болезни, но и для „улучшения“ человеческого вида» [1].

Действительно, если это технологически возможно, почему бы нам не выйти за наши биологические видовые пределы?

«Эта кажущаяся разумность проекта, — говорит Ф. Фукуяма, — особенно когда мы воспринимаем только малые приращения, сама является опасной. Едва ли общество внезапно попадет под чары трансгуманистического мировоззрения. Вполне возможно, однако, что мы будем понемногу отщипывать искусительные дары биотехнологий, не осознавая, что за них придется платить ужасную моральную цену» [1].



Нельзя не видеть, что научно-технический прогресс в области медицины за последние два века значительно увеличил продолжительность жизни человека. При этом искусственное все больше проникает в нашу телесность и ментальность, что вынуждает нас говорить не только о трансгуманизме, но и о трансмедицине как одном из главных инструментов переформатирования человека.

Мы пользуемся уже не только костылями, но и бионическими протезами, не только очками, но и искусственными хрусталиками глаза. Миллионы людей во всем мире пользуются кардиостимуляторами, искусственными клапанами сердца, имплантатами зубов и другими видами различных протезов. Сотни миллионов людей пользуются ингибиторами обратного захвата серотонина для каждодневного повышения позитивного настроения. Оборонные ведомства США и Великобритании открыто заявляют о начале разработок имплантируемых нейроинтер-



фейсов для своих солдат для повышения их боеспособности.

Миллионы людей в мире уже родились посредством ЭКО. Ежегодно проводится около 1,5 миллионов циклов экстракорпорального оплодотворения, благодаря чему рождаются 350 тысяч детей [18]. На сегодняшний день львиная доля научных статей по биомедицинским технологиям посвящена обсуждению полного переформатирования семейно-брачных отношений в связи с вероятным появлением в ближайшем будущем искусственных материнских утроб.

Все это говорит о том, что трансгуманизм как плод научно-технического прогресса и безверия во всех его формах — от деизма и агностицизма до атеизма — уже сегодня посредством трансмедицинского инструментария становится частью нашей повседневной жизни. Поэтому и отношение к нему не может быть примитивно однозначным. По крайней мере, мы должны отделять научно-технический прогресс от безверия, следствием которого и является богоборческое и, как следствие, антигуманное применение его плодов. В противном случае нам надо будет выйти из мира, — и тогда, как мы сможем быть «солью» (Матф. 5:13) и «светом» (Матф. 5:14) его?

Трансгуманизм на сегодняшний день предлагает три основных направления переформатирования человеческой природы:

- генетически модифицированный человек;
- нано-киборгизированный человек.
- виртуально-цифровой человек.

**Виртуально-цифровой человек**, который, по слову Дмитрия Ицкова, будет «способен воспроизводить на небиологических субстратах функции жизни и психики» представляется маловероятным, так как понятно, что воспроизведенная «функция жизни и психики» не есть сама жизнь и жизнь одушевленная, обладающая, по словам И. Канта, свободой самопроизвольно, от самого себя начинать новые состояния разумного субъекта [19].

На эту тему есть блестящая статья В. Н. Катасонова «Новая эволюционная утопия: трансгуманизм», в которой он убедительно

показывает, что «создание компьютерной программы, равнозначной... человеческому сознанию, представляется в высшей степени утопичным. Не в смысле того что программа могла бы моделировать какие-то отдельные функции человека, — некоторые из них эти программы уже и сегодня выполняют более совершенно, чем человек, — а в смысле того, что у сознания есть ресурсы, которые в принципе недоступны информационной технике» [20].

Сознание одновременно и некое множество, но в то же время это множество пребывает в нераздельном единстве, в котором все соединено... «Современные же информационные технологии игнорируют проблему непрерывности, они традиционно пытаются свести все к дискретности. Но... если дискретность выражает оформленность мира, его определенность, то непрерывность выражает всеобщую связь и зависимость в мире» [20].

Проблема же непрерывности, нераздельного единства нашего сознания так же, как и проблема свободы, связана с понятием актуальной бесконечности, которую В. Н. Катасонов называет «научной иконой Божества». Но, актуальная бесконечность принципиально неалгоритмизируема.

Актуальная бесконечность в отличие от потенциальной бесконечности подразумевает рассмотрение конечно неизмеримых объектов как данность, как реально существующих, но при этом как единых и целостных, которыми возможно оперировать. При таком взгляде актуально бесконечное является прямым и полным отрицанием конечного. Декарт невозможность познания Бога из бытия сотворенного Им мира аргументирует несоизмеримостью конечного и актуально бесконечного, непостижимость которого, по его представлению, заключена уже в самом формальном определении бесконечности. Соответственно, подлинно бесконечным Декарт признает лишь Всемогущего Бога, а такие проявления бесконечности, как «бесконечность человеческой воли», считает проявлениями образа Божия в человека (по материалам Википедии).

«Вычислительная же машина может быстро оперировать огромными числами, но все они — всегда конечны, какими бы большими



они ни были, и у нее никогда нет и не может быть идеи бесконечности...» [20].

А значит присущие человеку свобода, творчество, самосознание недоступны информационной технике. Поэтому виртуально-цифровой человек не сможет обладать высшими духовными способностями, такими как творчество, чувство красоты, любовь, вера, надежда. Соответственно и «эволюция» Homo Sapiens в Homo Virtualis «будет не развитием, а дегенерацией человека, утерей им тех божественных даров, которые невозможно моделировать в рамках информационных технологий» [20].

**Нано-киборгизированный человек** может появиться в результате конвергенции медицинских и нанотехнологий, вместе с робототехникой. Тело нано-киборгизированного человека будет представлять симбиотическое единство природного и технологического как на обычном, так и на нано-уровне. Более того, «произойдет функциональная деконструкция человеческой телесности, в ходе которой будет утрачена унифицированная модель репрезентации человеческого... А это, в конечном счете, создаст проблему родовой самоидентификации» [21]. Все это приведет к целому ряду проблем как социального и культурного, так и личностно-экзистенциального порядка, потребует переоценки человеческих ценностей и формирования новых моделей поведения в социуме.

Но, наиболее близко к реальной возможности реконструирования человеческой природы научно-технический прогресс подошел в области применения современных биомедицинских технологий, которые уже сегодня позволяют не только оказывать врачебную помощь в преодолении болезней и облегчении страданий, но и непосредственно управлять самой жизнью человека от ее начала и до ее завершения. Пренатальная диагностика дает возможность прогнозировать качественные параметры будущей жизни, а генная терапия и транссексуальная хирургия — изменять эти параметры. Репродуктивные технологии позволяют «давать» жизнь не только в тех случаях, где естественным путем она возникнуть не может, но и теми способами, которые человеку, как биологическому виду, не присущи. Поэтому, именно в этой области трансме-

дицины можно предполагать наличие реальной возможности переформатирования человеческой природы в попытке создания **генетически модифицированного человека**.

22 апреля 2015 г. «группа ученых под руководством Цзюньцзю Хуана из Университета Сунь Ятсена в Гуанчжоу (Китай) впервые модифицировала геном человеческого эмбриона» [22], сообщает журнал Nature [23]. Результаты исследования были «без лишнего шума» опубликованы в малоизвестном журнале под названием Protein & Cell», — говорится в статье.

Уточняется, что изменения были внесены в так называемую зародышевую линию эмбриона, а именно в ген, ответственный за  $\beta$ -талассемию, потенциально смертельное заболевание крови.



10 мая 2016 г. в Гарвардском университете (США) прошло совещание на тему **синтетического генома человека**. Как пишет американский научный обозреватель издания «The New York Times» Эндрю Поллак 130 человек — ученые, юристы, предприниматели и высокопоставленные должностные лица — провели собрание для узкого круга приглашенных, чтобы обсудить амбициозный план по созданию полноценного синтетического генома человека «с нуля». При этом достигнуть этого специалисты хотели бы уже через десять лет [24].

Создать организм с геномом, полученным искусственным путем, ученым впервые удалось в 2010 г. — тогда группа исследователей под руководством Крейга Вентера воспроизвела ДНК бактерии *Mycoplasma mycoides*. Хотя геном человека значительно сложнее,

однако опыт по созданию синтетического генома бактерии показывает, что воспроизводство ДНК человека также возможно.

Развитие антропогенетики уже сейчас позволяет вмешиваться в генетический код, что рано или поздно приведет к различным изменениям в человеческой природе. То есть, как пишет Д. А. Беляев, «создается возможность генного программирования качеств человека через изменение структуры его ДНК, в ходе чего планируется исключение «вредных» генов и добавление «полезных». В итоге предполагается, что человек избавится от большинства врожденных заболеваний и «вредных» предрасположенностей; значительно увеличится продолжительность жизни; станет возможным на генном уровне биологически регенерировать и изменять свои гены, оказывая прямое влияние на общую морфологию, физиологию, обмен веществ и даже психологические особенности человека» [21].



Но вот вопрос, какие качества человеческой природы будут культивироваться, а какие — купироваться? Ведь современная психологическая наука к ядру человеческой личности, помимо базовых физиологических и психологических потребностей, относит также следующие общие для всех людей компоненты: «характерологические и культурологические тенденции и жизненные предназначения (или склонности)» [25].

Характерологические тенденции представляют собой «мотивационные компоненты черт темперамента и характера, которые, по данным психогенетических исследований, в значительной степени (от 30 до 60%, в зависимости от конкретной черты темперамента и характера) обусловлены генотипом» [25].

Длительное исследование, предпринятое Томасом Бушаром с группой сотрудников в

Миннесотском университете, которые наблюдали за 350 парами однояйцевых разлученных в раннем детстве близнецов и с помощью тестирования и других принятых в психологии методик изучали корреляцию различных черт характера между ними, позволило прийти к общему выводу: «наследственность оказывает более сильное влияние на формирование характера ребенка, чем среда и воспитание. Было найдено, например, что стремление к лидерству на 61% определяется наследственностью, традиционализм или радикализм — на 60%, уязвимость стрессами, самоуглубленность и обидчивость — каждая из этих черт на 55%, оптимизм и жизнерадостность — на 54%, тенденция избегать неприятностей, риска — на 51%, агрессивность — на 48%, стремление к успеху — на 46%, самоконтроль — на 43%, потребность в общении — на 33%» [26].

Две другие программы, Луисвилльское исследование близнецов (Wilson, 1983) и Колорадский проект усыновления (Plomin, Pederson, McClearn, Nesselroade & Bergeman, 1988), указывают не только на существенное влияние наследственности на коэффициент интеллектуальности, но и на то, что генетический вклад в коэффициент интеллектуальности с возрастом существенно увеличивается [27].

Спрашивается, какие черты характера будут генетически программироваться? Смирение, кротость, честность, щедрость, верность, или стремление к лидерству, успеху, амбициозность, приспособляемость, самоконтроль и т. д. Ведь уже сейчас вспомогательные репродуктивные технологии стали выгодным бизнесом. Репродуктивные клиники в конкурентной борьбе за клиента ищут способы повысить качество не только своих медицинских услуг, но и качество предлагаемого товара, которым в данном случае являются дети. Уже сегодня большинство репродуктивных клиник предлагает подбор доноров мужских и женских гамет по определенным физиологическим качествам, а также генодиагностику по десяткам позиций и пренатальный скрининг.

Такие перспективы трансмедицины актуализируют целый ряд биоэтических проблем.

Это, во-первых, отношение к человеческому эмбриону как к расходному материалу. Понятие «избыточные эмбрионы» уже вошло в понятийный аппарат репродуктологов. Во-вторых, выбор генетических характеристик ребенка нарушает его право на автономность и целостность. В-третьих, генная инженерия подразумевает «утилитарно-инструментальное отношение к ребенку как к товару» [28] и формированию рынка «дизайнерских эмбрионов». В-четвертых, генная инженерия изменяет всю наследственную линию человека. Как сам «дизайнерский ребенок», так и его будущие потомки будут генетически модифицированными. В-пятых, генная инженерия представляет собой скрытую форму евгеники, которая приведет к девальвации человеческого достоинства и потере равной ценности всех людей. Что, в свою очередь, может привести к дискриминации обычных, немодифицированных людей. И наконец, нельзя не видеть, что применение подобных технологий тождественно «высоко рискованным медицинским экспериментам над человеком» [28].

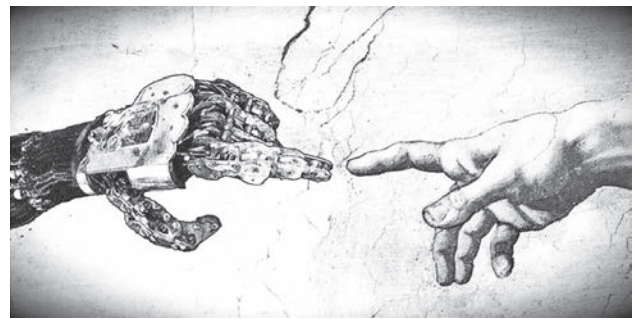
К тому же создание синтетического генома человека ставит совершенно в новой плоскости вопрос об авторских правах. Ведь именно тот, кто спроектировал, а затем и синтезировал геном конкретного человека, с присущими ему физиологическими и характерологическими особенностями, по сути является автором, сотворившим этого человека таким, какой он есть. А это, в свою очередь, влечет за собой непредставимые сейчас социальные последствия.

Существует также большая опасность, что вмешательство в геном человека приведет «к угрозе трансформации не только человеческой телесности... но и черт личности, особенностей ее индивидуального сознания, ее эмоционального строя, духовного мира» [28]. В результате может получиться то, о чем предупреждает Ф. Фукуяма: «Мы перемешаем гены человека с генами стольких видов, что уже не будем ясно понимать, что же такое человек» [29].

Трансгуманистическая мечта как законнорожденное дитя научно-технического прогресса и безверия во всех его формах окончательно противопоставляет себя не

только нашему Творцу и Богу, но и самому факту нашей тварности. Восстание трансгуманизма против бытийной данности является чем-то более утонченным и менее очевидным, чем-то более фундаментальным, нежели восстанием против человеческой смертности, поскольку здесь отвергается само представление, что наша жизнь является для нас даром Божиим.

«Люди стыдятся, что они рождены, а не созданы» — так немецкий философ Гюнтер Андерс охарактеризовал сущность восстания против экзистенциально-онтологических оснований человека в своей большой книге «Устарелость человека» (1956) [30].



Трансгуманизм предельно обнажает разницу в теистическом и атеистическом понимании человека. Человек, сотворенный Богом, разом или в результате управляемой Богом эволюции в данном случае неважно, и человек как результат обезличенных эволюционных процессов — это два абсолютно разных понимания человека. И об устойчивом образе человека мы можем говорить только в первом случае, потому что любое творение несет в себе образ своего творца, а то, что произошло случайно, то и несет в себе переменчивый образ случайности. Поэтому человек в трансгуманистической оптике может улучшать свою природу через генетические манипуляции вплоть до создания синтетического генома и гибридных эмбрионов — химер, или произвольно менять свой пол, или расширять свои биологические возможности через встраивание в свою природу электронно-технических приспособлений, тем самым меняя ипостась своего биологического существования до неузнаваемости.

Но одновременно трансмедицина не может дать жизнь как таковую. Она не может



сделать живой неживую природу. Более того, современное секулярное знание даже не может дать общепринятого определения жизни. На сегодняшний день в мире существует более ста определений жизни, многие из которых противоречат друг другу. Начиная с определения жизни, выработанного NASA в 1994 г. для поиска жизни во Вселенной, согласно которому жизнь — «самоподдерживающаяся химическая система, способная к дарвиновской эволюции» и кончая кибернетическим: жизнь — это «высокоустойчивое состояние вещества, использующее для выработки сохраняющих реакций информацию, кодируемую состояниями отдельных молекул» [31].

Современное научное знание может только описать жизнь как совокупность физических и химических процессов, протекающих в живой клетке. Но наука не знает никакого закона жизни, который мог бы привести неживую природу в состояние живой. Вне живой клетки жизнь не существует, и никто в здравом уме не претендует на создание «с нуля» живой клетки.

Более или менее точно определить понятие «жизнь» можно только перечислением качеств, отличающих ее от нежизни. Все претензии на «давание» жизни при внимательном рассмотрении представляются несостоятельными. Создание даже полностью синтетического генома не означает создания жизни. Для этого необходима уже живая клетка, в ядро которой можно было бы поместить этот геном. Поэтому человек может только переписать книгу жизни, но саму по себе жизнь он дать не может, потому что он ею не обладает, почему, собственно говоря, и умирает.

Человеку дано участвовать в жизни своего Триипостасного Творца, потому что он в отличие от своего Творца не самобытиен. И это кардинальная разница между нетварным, абсолютным и вечным бытием Бога и сотворенным, относительным бытием человека, который обусловлен нетварной причиной своего бытия. Поэтому, всякое сотворенное бытие «есть непрестанно осуществляемая возможность *быть*, и это осуществление возможности *быть* происходит от действия в творении бытия Божия, а это действие, в силу

*богодарованной свободы человека*, само возможно в ту меру, в какую данное сотворенное Богом существо может или хочет воспринять его (курсив автора)» [32].

Но, в результате генезиса гуманистических идей эпохи Просвещения гуманизм стал постепенно утрачивать свою первоначально христианскую основу и развиваться в сторону безверия. Логика этой трансформации очень понятна. Если абсолютизируется человек, то, следовательно, относительным по отношению к нему становится бытие Бога. И уже не человек соотносит свою жизнь с Богом как абсолютным бытием, а Бог должен меняться под потребности абсолютизированного человека. Но Бог, будучи действительно абсолютным бытием, неизменен и вечен, а человек, что бы он о себе ни думал, не только не властен над многими обстоятельствами собственной жизни, но и смертен.

И тогда гуманизм, потеряв абсолютные основания жизни в Боге, логично приходит не только к отрицанию Бога и вечной жизни в Нем, но и, как следствие, подмене веры в Бога верой в научно-технический прогресс, который становится предметом веры и надежды человека на устройство комфортной, «райской» жизни на земле, включая радикальное увеличение ее продолжительности в трансгуманистической оптике.

## Литература

1. Fukuyama F. Transhumanism // Foreign Policy. 2004. Sept. Цит. по: Юдин Б. Г. Гуманистические ценности в контексте трансгуманизма // Глобальное будущее 2045: Антропологический кризис. Конвергентные технологии. Трансгуманистические проекты: Материалы Первой Всероссийской конференции, Белгород, 2013 г. / под ред. Д. И. Дубровского, С. М. Климовой. М.: Канон+, Реабилитация», 2014. С. 41.
2. Fukuyama F. Transhumanism // Foreign Policy / Washingtonpost. Newsweek Interactive. LLC. N 144 (Sep.–Oct., 2004). P. 42–43.
3. Huxley J. New Bottles for New Wine. London: Chatto & Windus, 1957. P. 17.
4. Ницше Ф. Так говорил Заратустра. // Соч.: В 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 190, 192.
5. Ницше Ф. Воля к власти. М.: Транспорт, 1995. С. 40.
6. Ницше Ф. Ессе Homo // Соч.: В 2 т. Т. 2. М.: Мысль, 1990. С. 743, 766, 708.
7. Силуянова И. В. Пародия на бессмертие // Новый мир. 1999. N 4.
8. Transhumanist Party — Europe [Электронный ресурс]: Политическая партия // Facebook. 2016. URL: [https://www.facebook.com/Transhumanist-Party-Europe-898202800199518/timeline?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/Transhumanist-Party-Europe-898202800199518/timeline?ref=page_internal) (дата обращения 23.19.2018).
9. Transhumanist Party — Global [Электронный ресурс]: Политическая партия // Facebook. 2016. URL: <https://www>

facebook.com/Transhumanist-Party-Global-389135781248057/ (дата обращения 23.10.2018).

10. Участники движения // Россия 2045: [сайт]. URL: <http://2045.ru/people> (дата обращения 23.10.2018).

11. What is the best definition of Singularity. // Singularity Symposium. 2012. URL: <http://www.singularitysymposium.com/definition-of-singularity.html> (дата обращения 23.10.2018).

12. Агафонов Н. Медведеву предложили изменить человечество // Взгляд: электронная деловая газета. 2011. 24 февраля. URL: <http://vz.ru/society/2011/2/24/470964.html> (дата обращения 23.10.2018).

13. Куликов И. Рынки обваливают роботы // Газета.Ru. 2012. 21 февраля. URL: [http://www.gazeta.ru/science/2012/02/21\\_a\\_4007981.shtml](http://www.gazeta.ru/science/2012/02/21_a_4007981.shtml) (дата обращения 23.10.2018).

14. Глобальное будущее 2045: антропологический кризис, конвергентные технологии, трансгуманистические проекты: материалы Первой всероссийской конференции (Белгород, 11–12 апреля 2013 г.) / Под ред. Д. И. Дубровского, С. М. Климовой. М.: «Канон+», 2014. С. 9.

15. Научный совет // Россия 2045: [сайт]. URL: <http://2045.ru/people> (дата обращения 23.10.2018).

16. «Эволюция 2045» — партия интеллектуального, технологического и духовного прорыва. Манифест // Эволюция 2045: [сайт]. URL: <http://evolution.2045.ru> (дата обращения 23.10.2018).

17. Пресс-релиз // Эволюция 2045: [сайт]. URL: <http://evolution.2045.ru/press/> (дата обращения 23.10.2018).

18. Число «детей из пробирки» достигло 5 миллионов // BBC. Русская служба. 2 июля 2012 г. URL: [http://www.bbc.com/russian/society/2012/07/120702\\_fifth\\_million\\_tube\\_baby](http://www.bbc.com/russian/society/2012/07/120702_fifth_million_tube_baby) (дата обращения 23.10.2018).

19. Кант И. Сочинения: 6 т. Т. 3. М.: Мысль, 1964.

20. Катасонов В. Н. Новая эволюционная утопия: трансгуманизм // Богослов.ru. Научный богословский портал. URL: <http://archive.bogoslov.ru/text/print/4273940.html> (дата обращения 23.10.2018).

21. Беляев Д. А. Перспективные антропологические модели постчеловека: трансформация человеческой природы и сверхчеловеческая атрибутика // Глобальное будущее 2045: антропологический кризис, конвергентные технологии, трансгуманистические проекты: материалы Первой всерос-

сийской конференции (Белгород, 11–12 апреля 2013 г.) / Под ред. Д. И. Дубровского, С. М. Климовой. М.: «Канон+», 2014. С. 47.

22. Фелтман Р. Слухи подтвердились: ученые впервые отредактировали геном человеческих эмбрионов [Электронный ресурс] // The Washington Post // InoPressa. 2015. 23 апреля. URL: <http://www.inopressa.ru/article/23Apr2015/wp/genomes.html> (дата обращения 23.10.2018).

23. Syranocki D., Reardon S. Chinese scientists genetically modify human embryos [Electronic resource] // Nature: International weekly journal of science. 2015. 22 April. URL: <http://www.nature.com/news/chinesescientists-genetically-modify-human-embryos-1.17378> (accessed 23.10.2016).

24. Pollack A. Scientists Talk Privately About Creating a Synthetic Human Genome // The New York Times. 13 May. 2016. URL: [http://www.nytimes.com/2016/05/14/science/synthetic-human-genome.html?rref=collection%2Fbyline%2Fandrewpollack&action=click&contentCollection=undefined&region=stream&module=stream\\_unit&version=latest&contentPlacement=29&pg\\_type=collection&r=0](http://www.nytimes.com/2016/05/14/science/synthetic-human-genome.html?rref=collection%2Fbyline%2Fandrewpollack&action=click&contentCollection=undefined&region=stream&module=stream_unit&version=latest&contentPlacement=29&pg_type=collection&r=0) (accessed 23.10.2016).

25. Мотков О. И. Как устроена личность. М.: РГГУ, 2005.

26. Бушар Т. Е. с соавт. Источники психологических различий: Миннесотское исследование близнецов, воспитывающихся порознь // Реферат. Ж. 95. Психология. 1991. № 10. С. 2.

27. Детство идеальное и настоящее: сборник работ современных западных ученых. / Отв. ред. Е. Р. Слободская. Новосибирск: Сибирский хронограф, 1994. С. 71–109.

28. Понкин И. В., Понкина А. А. Производство дизайнерских эмбрионов. Правовой и биоэтический аспекты // Акушерство. Гинекология. Репродукция. 2017. № 3. С. 54.

29. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее: Последствия биотехнологической революции М.: АСТ; ЛЮКС, 2004. С. 351.

30. Anders G. Die Antiquiertheit des Menschen: 2 bd. Bd. I: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution. Munich: Beck, 1980.

31. Ляпунов А. А. Проблемы кибернетики. М.: Наука, 1968. С. 184.

32. Верховский С. С. Бог и человек. М.: Православ. Свято-Тихон. гуманитар. ун-т, 2004. С. 263.

## НОВОСТИ

### ВЕЛИКИЙ НОВГОРОД

**24 ноября 2018 г.** новгородским Сестричеством милосердия во имя святой Анны Новгородской, Новгородским региональным отделением ОПВР, православными добровольцами Новгорода в ТРЦ «Мармелад» была проведена благотворительная акция **«Корзина доброты»**. В мероприятии активное участие приняли сестры милосердия, добровольцы, студенты Медицинского колледжа и Новгородского университета.

В рамках акции был организован сбор продуктов питания, канцтоваров, бытовой химии, средств по уходу за детьми для малообеспеченных семей Великого Новгорода. Адреса

нуждающихся были предоставлены «Новгородским центром социальной помощи семье и детям».

**27 июня 2018 г.** в приходском доме Сестричества милосердия во имя святой Анны Новгородской состоялась встреча с жителями Великого Новгорода **«Семья: традиции и ценности»**, организованная Областным клиническим родильным домом и Новгородским региональным отделением Общества православных врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого).

Интерактивную игру «Гармония партнерства» провела психолог женской консультации № 3 Е. Н. Ефимова. О репродуктивной ситуации в Новгородской области сообщила заместитель главного врача Об-

ластного клинического родильного дома О. А. Носкова. Протоиерей Алексей Борискин, председатель Новгородского регионального отделения ОПВР, отслужил молебен об умножении любви.

Участники встречи посмотрели фильм ТК «Сретение» «Рожденные в жизнь» о службе помощи женщинам, оказавшимся в кризисной беременности. Обсуждение последствий решения женщины не в пользу рождения ребенка продолжилось общением с бабушкой. Гости мероприятия также познакомились с выставкой новгородской фотохудожницы М. Железновой «Семейное счастье».

По материалам  
[vn-eparhia.ru](http://vn-eparhia.ru)

# ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНЕ БУДУЩЕГО

Традиционной проблемой медицинской этики являются взаимоотношения врача и пациента. Прогнозам развития этой проблемы в медицине будущего посвящена статья кандидата философских наук Елены Валерьевны ВВЕДЕНСКОЙ, доцента кафедры философии, старшего преподавателя кафедры биоэтики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова.



Медицина в настоящее время находится в стадии постоянного развития и усовершенствования — разрабатываются новые методы лечения заболеваний и лекарственные средства, совершенствуется медицинская техника. Основываясь на современном состоянии медицины, в недалеком будущем можно ожидать доминирования модели технического типа во взаимоотношениях врача и пациента.

Традиционной моделью взаимоотношения врача и пациента в медицинской практике является патерналистическая (со времен Гиппократа), суть которой заложена в корне понятия — слове «pater» (лат. отец). Патернализм — это отношение врача к пациенту как к своему болящему ребенку, который требует сострадания, помощи и огромной ответственности со стороны врача. В исследованиях взаимоотношений врача и пациента Р. Витч, Е. Эсмануэль и Л. Эсмануэль выделили четыре современные модели: «коллегиального типа», «контрактного типа», «интерпретационную» и «совещательную». «Модель коллегиального типа» подразумевает, что врач должен видеть в пациенте коллегу, что представляет собой солидарное взаимодействие равных участников лечебного процесса. «Контрактная модель» основана на контракте или со-

глашении, при котором врач и пациент действуют на основе взаимных обязательств и выгоды. «Интерпретационная модель» базируется на полном информировании врачом пациента о состоянии его здоровья, пользе и последствиях различных вариантов медицинского вмешательства. «Совещательная модель» направлена на помощь пациенту в выяснении того, что наилучшим образом будет способствовать пользе его здоровью и может быть достигнуто в клинических условиях. В основе этих четырех моделей взаимоотношения врача и пациента лежит принцип автономности личности, который является основанием и гарантией соблюдения всего спектра прав человека, среди которых такие, как право пациента на охрану здоровья, право на выбор медицинского вмешательства, право на выбор врача, право на контроль за врачебными решениями, право на компенсацию за ненадлежащее лечение.





Появление «модели технического типа» — следствие биологической революции, которая способствовала возникновению беспристрастного врача-ученого, который должен опираться на факты, избегая ценностных суждений. При реализации данной модели врач превращается в техника, прочищающего засорившиеся системы организма, он отчуждается от пациента, воспринимая его в качестве поломанной машины, не мучаясь никакими этическими вопросами.

Диагноз в настоящее время представляет собой сумму объективных исследований (анализа крови, мочи, ЭКГ, УЗИ, МРТ, КТ и т. д.). «Если еще в XIX в. точность диагноза зависела от искусства врача-клинициста, то в XX в. постановка диагноза предельно формализуется результатами конкретных исследований и автоматизируется. На этой тенденции формируется стремление к строгой стандартизации лечения, клиническое мышление врача вытесняется четкими инструкциями, стандартами диагностики и лечения» [1]. Господство модели технического типа приведет в дальнейшем к элиминации контакта между врачом и пациентом и в итоге к замене большинства врачей роботизированными системами.

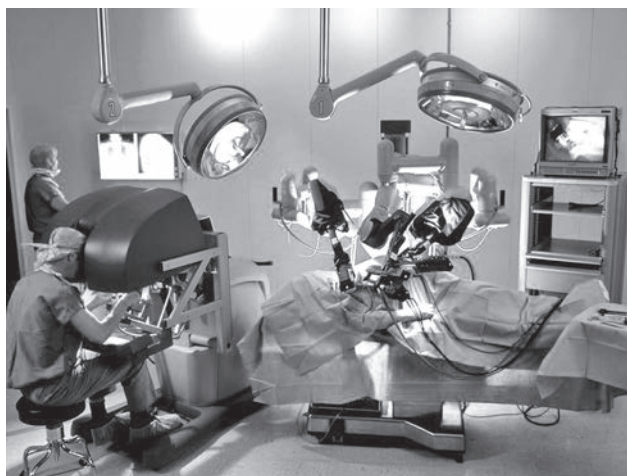


Процедура визита к врачу в будущем кардинально изменится. Как прогнозирует американский физик японского происхождения Мичио Каку, для рутинной медицинской проверки пациенту достаточно будет поговорить с «доктором» — роботизированной программой, которая будет появляться по запросу на настенном экране

и сможет диагностировать 95% заболеваний. В распоряжении «рободоктора» будет полная карта генов пациента, и поэтому он сможет порекомендовать курс лечения с учетом всех генетических факторов риска. «Доктор», виртуальное изображение которого по запросу появится на экране, задаст пациенту ряд простых вопросов («Как вы себя чувствуете?», «Где болит?», «Когда начались боли?», «Как часто они возникают?»). После вопросов и ответов «рободоктор», опираясь на систематизированный в компьютерной программе мировой теоретический и практический медицинский опыт, сможет поставить диагноз. Помимо ответов, «доктор» будет анализировать данные из ванной, с одежды и мебели, которые непрерывно контролируют здоровье пациента через чипы — ДНК-анализаторы. Чтобы диагностировать проблему, «доктор» попросит пациента провести по телу датчиком, используя который можно будет увидеть внутренние органы. Затем компьютер обработает полученное трехмерное изображение и выдаст диагноз. Такой датчик сможет распознать огромное количество болезней, включая рак, задолго до их проявления. Стратегия лечения тоже претерпит изменения. Например, при появлении первых признаков онкологического заболевания будет применена таргетная терапия, с помощью которой противораковые лекарства окажутся непосредственно в месте расположения раковых клеток. Если «виртуальный врач» не сможет вылечить болезнь или травму какого-то органа, пациент сможет вырастить для себя новый орган или напечатать его на биопринтере. «Ученые уже умеют выращивать в лаборатории кожу, кровь, кровеносные сосуды, сердечные клапаны, хрящи, кости, носы и уши из собственных клеток человека, мочевого пузыря, трахею» [2].

Проблемы оказания хирургической помощи связаны с недостаточной ловкостью и точностью человеческой руки, невысокой степенью визуализации операционного поля, а также с высоким риском травматизации пациентов. Данные проблемы уже сейчас удастся решить при помощи роботов. Так, операция, проведенная робо-

том Да Винчи — эффективное малотравматичное и высокоточное хирургическое вмешательство, осуществляемое дистанционным методом на разных органах: простате, сердце, почках, легких, печени и желудке. Врач сидит за консолью и управляет роботизированными манипуляторами, оснащенными датчиками, видеосистемой и различными инструментами. К бесспорным преимуществам данной технологии относят: малую потерю крови; сниженную вероятность занесения инфекции; использование меньшего количества анестезирующих медикаментов; короткий реабилитационный период; минимальное повреждение целостности тканей; уменьшение нагрузки на организм; незначительные болевые ощущения; быструю реабилитацию и возвращение к обычному ритму жизни.



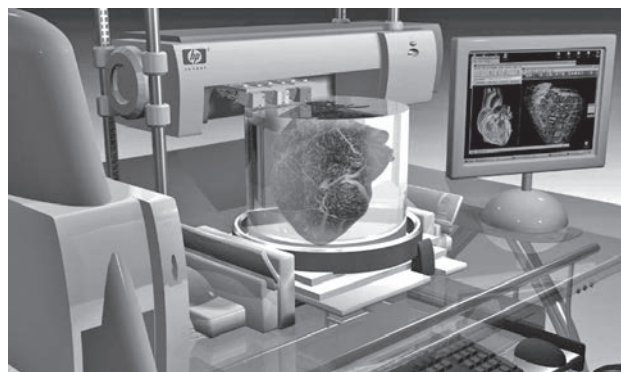
Система Да Винчи была разработана по инициативе военного ведомства, чтобы отстранить хирургов с линии фронта, но при этом эффективно оказывать помощь раненым солдатам. В настоящее время данная система востребована при рутинных хирургических операциях в клиниках, а не на поле боя.

Роботы-хирурги выполняют малоинвазивные операции, относящиеся к хирургии закрытого типа. Например, при традиционной хирургической операции коронарного шунтирования делается разрез длиной около 30 см в середине груди, что, естественно, можно делать только под наркозом. Вскрытие грудной клетки увеличивает ве-

роятность инфекции и продолжительность послеоперационного периода, порождает сильные боли и дискомфорт в процессе заживления и оставляет уродливый шрам. Но все эти негативные явления можно сильно уменьшить при помощи упомянутой роботизированной хирургической системы Да Винчи. В настоящее время данной системой управляют врачи, готовые оказать пациенту помощь, если произойдет какой-то сбой в механизме робота. Однако, чем больше врачи будут полагаться на машины, освобождая себя от мыслительных и физических усилий, тем быстрее растеряют свои ценные навыки.

Наделение робота-хирурга большей степенью автономности, к чему стремятся создатели подобных систем, приводит к отсутствию обратной связи по усилению на органах управления (манипуляторы способны развивать значительные усилия, и врачу нужно тщательно оценивать свои движения, чтобы не повредить ткани). Также к недостаткам системы Да Винчи относится высокая стоимость (от 1 млн долларов) и в связи с этим и большая стоимость самих операций, проводимых с ее использованием.

При конструировании робота-хирурга надо учитывать наличие проблемы вибрации и амортизации. Для создания устанавливаемого на полу робота-хирурга, который способен подниматься на 1,5 метра, вытягиваться в горизонтальной плоскости на 0,6 метров, а затем опускаться в рану, требуется легкость, прочность и устойчивость к вибрации, которых нет в большинстве материалов.



Дальнейшее развитие роботизированных систем оказания медицинской помощи, ин-



терфейсов и средств связи приведет к тому, что в будущем можно будет исключить большую часть визитов к врачу и значительно ослабить общую нагрузку на систему здравоохранения. Подавляющее количество заболеваний будет лечиться в амбулаторных условиях. Соответственно резко сократится количество врачей и их востребованность на рынке труда, а также уйдет в небытие живое человеческое общение между врачом и пациентом. В медицине будущего проблемой будет уже не взаимодействие врача и пациента, а взаимодействие человека и робота, адекватность «понимания» роботом вводимой человеком информации.



Таким образом, пациент в недалеком будущем уже гораздо в меньшей степени будет иметь дело с врачом, что вызывает крайнюю настороженность. Известно, что успех лечения, на 60% зависит от доверия пациента врачу, то есть в медицине необходима обратная связь. При психосоматических заболеваниях (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, нейродермит и др.) больному крайне важно иметь возможность поговорить с «живым» доктором, который лечит не только делом, но и словом, и бездушное анимированное изображение врача с электронным голосом не способно выполнить эту задачу. Болезненный симптом связан с духовной экзистенцией больного, а сама болезнь — это бедственное состояние во внутренней жизни человека. Многие соматические заболевания имеют психические причины.

Как робот сможет диагностировать и лечить такие заболевания? «Человек не гриб и не лягушка... Нельзя лечить тело, не считаясь с душой и духом... Поэтому каждый из нас, врачей, должен иметь доступ ко многим тонкостям душевных болезней, всегда иметь при себе „очки“ нервного врача и применять их осторожно и молчаливо» [3]. Состояние психики пациента сильно влияет на течение болезни. Надежда на исцеление или фиксация на собственной обреченности влияет на исход болезни в значительной степени. Задача врача состоит в формировании у пациента этой надежды на исцеление. Нельзя не согласиться со словами Луки Войно-Ясенецкого: «Психотерапия, состоящая в словесном, вернее, духовном воздействии врача на больного — общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней» [4].



В заключение следует сказать, что как бы стремительно ни развивались медицинские технологии и каких бы фантастических результатов в лечении они бы ни достигали, использовать их необходимо строго при посредничестве «живого» доктора, к которому пациент всегда бы имел возможность обратиться за помощью.

### Литература

1. Силуянова И. В., Воропаева Л. А., Силуянов К. А. «Врач-пациент»: система взаимоотношений: учеб. пособие. М.: Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. С. 8. (188 с.)
2. Каку М. Физика будущего. М.: Альпина нон-фикшн, 2012. 584 с.
3. Ильин И. А. О призвании врача // Собр. соч.: 10 т. Т. 3. Путь к очевидности. М.: Русская книга, 1994. С. 481.
4. Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) Дух, душа и тело. М.: Православный Свято-Тихоновский богословский институт. 1997. С. 85.

# ПРАВОСЛАВИЕ КАК ОСНОВА ДЛЯ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА



На формирование социальной политики оказывает влияние несколько факторов и прежде всего: предыдущая история государства; уровень духовной культуры общества; состояние законодательства по благотворительности. Если обратиться к историческим корням, то развитие в России системы социальной поддержки неразрывно связано с принципами милосердия как составляющей нравственно-духовных ценностей народа. Традиционной для России религиозной конфессией является православие, которое в последнее время возрождается и оказывает все больше влияния на людей и общество в целом. Отношение к людям чем-то обделенным, больным всегда было показателем нравственно-духовного развития общества. Так было, так остается и сейчас. Врач-психиатр Юлия Владиславовна СИЗОВА, заведующая 2 отделением Психоневрологический интернат № 7 Санкт-Петербурга, анализирует принципы душевного и духовного попечения на примере психоневрологического интерната.

---

## Социальные учреждения в России: исторический экскурс

Рассмотрим кратко в историко-духовном срезе развитие системы социальных учреждений в нашей стране.

До принятия христианства можно предполагать наличие практики общинной взаимопомощи, сохранявшейся в народном быту. Но с принятием христианства на Руси появляется особое понятие — «нищелюбие», чело- веколюбие, милосердие. Принятие христианства и крещение народа в 988 г. для киевского князя Владимира Святославовича не стало актом формальным. Он глубоко проникся евангельской заповедью любви к ближнему, понял ее как призыв помогать нуждающимся, быть милосердным. Начали строиться боль-

ницы, богадельни, приюты. Забота о больных, калеках и малоимущих закрепилась в основном за церквями и монастырями. Монастыри выполняли несколько социальных функций: лечение, обеспечение неимущих, обучение. Ктиторские монастыри XIV в. положили начало пансионной системе поддержки не только мужчин, но и женщин. Иван Грозный «повелел», и бояре на Стоглавом соборе 1551 г. «приговорили» создать в каждом городе богадельни для мужчин и женщин и больницы.

Во время правления Петра выходит более 20 указов, направленных на преследование бродяг и попрошайек. Однако для действительно больных и инвалидов войны Петр создал целый ряд госпиталей, за которыми закреплялись функции лечебниц и приютов. Финансирование подобных благотворитель-



ных заведений Петр приказал осуществлять за счет частных взносов. Он предписал определять калек и «убогих» в богадельни, госпитали, сиротские дома, при этом обязал выдавать инвалидам из казны «кормовые» деньги. Населению надлежало помогать госпиталям и домам призрения пожертвованиями и продуктами питания. Монастыри были просто обязаны принимать «убогих» мужчин и женщин.

Реформа Екатерины II дала начало созданию системы приказов общественного призрения, которые, на наш взгляд, могут считаться зачатками современной системы социальной поддержки населения. В первой половине XIX в. окончательно сложились формы общественного призрения и типы благотворительных учреждений. К моменту основания приказов и до конца царствования Александра I в России преобладали закрытые формы призрения (предоставление мест в сиротских домах, приютах, домах умалишенных, больницах, богадельнях). Таким образом, к середине XIX в. в Российской империи возникла сложная система социальной защиты, во многом еще несовершенная, но затрагивающая разные сферы жизни и неразрывно связанная с христианскими ценностями, и в первую очередь с милосердием.



*Жилая комната для бывших солдат Чесменской военной богадельни императора Николая I.  
Фотоателье К. К. Буллы*

Революция 1917 г. полностью изменила систему социальной защиты, оторвав ее от Церкви. Функции социальной защиты приняло на себя государство. В советское время эта система трансформировалась в современные социальные учреждения защиты, утратив, к

сожалению, главные составляющие — духовность и милосердие.

Времена изменились, Церковь вернулась в социальные структуры. И теперь мы видим почти во всех социальных домах и интернатах домовые храмы. В условиях развития социальной ответственности перед инвалидами, закрепленной во многих федеральных и региональных документах, актуальны задачи совершенствования методов, форм и технологий социальной реабилитации инвалидов и повышения качества их обслуживания в стационарных учреждениях. К таким учреждениям, в числе прочих, относятся психоневрологические интернаты, которые входят в общую систему психиатрической помощи в Российской Федерации и одновременно являются учреждениями системы социальной защиты населения, где занимают особое место наряду с домами-интернатами общего типа. Духовное окормление занимает важное место в реабилитации, есть даже целое направление этого явления — теосоциореабилитация.

### **О сотрудничестве врача и священника в лечении страдающих душевными недугами**

Основы православного мировоззрения давно и широко используются в психотерапии для оказания помощи. Так в «Психотерапевтической энциклопедии» под редакцией Бориса Дмитриевича Карвасарского, главного психотерапевта Министерства здравоохранения РФ, можно прочитать, что же такое православная психотерапия: «Совокупность форм и подходов к врачеванию души, имеющих в основе мировосприятие, покоящееся на православной вере, духовном, аскетическом и литургическом опыте Единой, Соборной и Апостольской Церкви (конфессионально определяемой как Православная)» [1]. Отличительными свойствами православной психотерапии являются христианское милосердие, врачебное человеколюбие и христолобие в сочетании с человеческим умением пользоваться медицинскими и психотерапевтическими знаниями.

К настоящему времени в мире насчитывается более 400 направлений психотерапии.

Из многих школ психотерапии, которые наблюдаются в западном мире, так называемая «православная психотерапия» наиболее близка к экзистенциальной психологии и психотерапии, как это отметил Виктор Франкл, но не отождествляется с нею полностью.

Христианское мировоззрение и, в первую очередь, христианская антропология могут выступать как теоретическая и методологическая основа психологической науки. И в этом смысле можно говорить о христианской или, точнее, духовно-ориентированной психологии и психотерапии.

Духовно-ориентированная психология, как уже отмечено, базируется на положениях христианской антропологии и использует в целях лечения души и душепопечения обращение к духовным ресурсам личности. Данное направление практически применяет и развивает русскую духовную или религиозно-философскую психологию. Расцвет последней пришелся на конец XIX — начало XX вв. Истоки же религиозно-психологического учения в России восходят к началам древнерусской письменности и отечественной философской мысли. Наиболее видные представители данного направления на рубеже веков — архиепископ Херсонский Никанор, митрополит Антоний (Храповицкий), С. С. Гогоцкий, В. С. Серебrenников, Н. О. Лосский, В. И. Несмелов, В. В. Розанов, С. Ф. Франк, Е. Н. Трубецкой и др. После революции огромный вклад в понимание духовной природы психических процессов внесли такие выдающиеся представители русского зарубежья, как И. А. Ильин, В. В. Зеньковский, митрополит Антоний (Сурожский).

В настоящее время духовно-ориентированная психотерапия широко используется для реабилитации лиц с наркотической и алкогольной зависимостью и пострадавших от тоталитарных сект, при лечении психосоматических и личностных расстройств, социопатии. Особенно важен данный подход для религиозных людей, не доверяющих традиционной психотерапии.

Многие классики психиатрии и современные исследователи отмечали, что христианское восприятие жизни делает человека устойчивым к различным стрессовым ситуациям. Очень четко эту мысль сформулировал

Виктор Франкл, основатель теории логотерапии и экзистенциального анализа: «Религия дает человеку духовный якорь спасения с таким чувством уверенности, которое он не может найти нигде больше» [2].

Сегодня во многих епархиях наработан серьезный опыт сотрудничества врачей-психиатров и священников. В курс пастырского богословия духовных семинарий включен цикл пастырской психиатрии.

Впервые специальное руководство по психиатрии на основе концепции целостного христианского понимания человеческой личности разработал для священников один из признанных авторитетов отечественной психиатрии, сын священника Рязанской губернии профессор Дмитрий Евгеньевич Мелехов (1899–1979). Свою концепцию курса «Пастырская психиатрия» для студентов духовных академий и семинарий он написал в советское время [3]. Мелехов сформулировал основные принципы сотрудничества врача-психиатра и священника в лечении и окормлении страдающих душевными недугами.

Одна из центральных проблем — соотношение в человеке телесного, душевного и духовного и, соответственно, соотношение душевных и духовных болезней. Мелехов исходил из святоотеческого трихотомического понимания человеческой личности с разделением ее на три сферы: телесную, душевную и духовную. В соответствии с этим болезнь духовной сферы лечит священник, душевной — врач-психиатр, телесной — врач-соматолог (терапевт, невролог и др.). При этом, как отмечал митрополит Антоний (Блум), «нельзя сказать, что где-то кончается душевное и начинается духовное: есть какая-то область, где самым нормальным образом совершается взаимное проникновение».

Отношение Церкви к проблеме соотношения духовных и душевных болезней четко сформулировано в Основах социальной концепции (п. XI.5): «Выделяя в личностной структуре духовный, душевный и телесный уровни ее организации, святые отцы различали болезни, развившиеся „от естества“ и недуги, вызванные бесовским воздействием либо ставшие следствиями поработивших человека страстей. В соответствии с этим



различием представляется одинаково неоправданным как сведение всех психических заболеваний к проявлениям одержимости, что влечет за собой необоснованное совершение чина изгнания злых духов, так и попытка лечения любых духовных расстройств исключительно клиническими методами» [4]. Соответственно указанным духовным сферам личности всякая болезнь имеет в первую очередь духовную, а уже затем психофизиологическую природу. Духовный подход (а это, несомненно, именно православный подход к больному человеку) не подменяет медико-биологического взгляда, но обогащает, дополняет и завершает представление о личности.

В области психотерапии «оказывается наиболее плодотворным сочетание пастырской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника» [4]. Задача священника при выявлении у человека признаков психического заболевания помочь ему критически осмыслить состояние, побудить обратиться к врачу, а в случаях необходимости — к систематическому приему лекарственной терапии. Уже есть немало случаев, когда больные только благодаря авторитету священника, по его благословию принимают поддерживающую терапию и длительное время находятся в стабильном состоянии. Как показывает практика, дальнейшее совершенствование психиатрической помощи возможно только при тесном сотрудничестве врачей-психиатров со священниками и четком разграничении сфер компетенции.

### **Права человека и безопасность душевнобольных людей**

Отдельно остановимся на актуальном в наше время понятии прав человека и его значении для душевнобольных людей.

В связи с этой ситуацией остро и актуально звучат слова Святейшего Патриарха Кирилла на открытии XXI Всемирного русского народного собора: «Новая эпоха неизбежно наступает в связи с тем, что пределы глобализации достигнуты, начался кризис ее унифицирующих критериев. Это не значит, что ценности демократии, гуманизма, прав человека полностью исчезнут из нашей жизни. Но они

перестанут зависеть от неких абстрактных, глобальных стандартов. Каждый культурно-исторический субъект будет вынужден в собственной традиции искать опору, необходимую для развития и движения вперед, искать свою модель модернизации, истоки своей системы социальных институтов.

Как в жизни отдельного человека, так и в жизни народа — вера в социальные институты и правовые механизмы мертва без нравственного делания, без умения поступать по совести. В этом случае она ведет лишь к безумной погоне за химерами, за ускользающими миражами счастья и свободы. И к неисчислимым человеческим жертвам... Но XXI в. грозит подвергнуть сомнению даже те ценности, которые на протяжении столетий выглядели незыблемыми» [5].

Православная традиция, являющаяся культурообразующей для русской цивилизации, не может не ответить на этот вызов, иначе русский мир превратится в маргинальное явление.

Сейчас весь мир кричит о правах человека. С правами человека связаны многие общественные процессы и явления, в идеале их предназначение — оградить людей от всякого насилия и принуждения.

Однако в настоящее время происходит эксплуатация данного понятия. И принцип «разрешено все, кроме прямо запрещенного» может оказаться направлен против личности. «Гуманные», на первый взгляд, идеи должны быть еще и нравственными по своей сути. Хотелось бы, чтобы нас не коснулись современные прозападные явления, такие как эвтаназия, трансгендерные идеи, гомосексуальные контакты, наркотики.

Это как нигде актуально в интернате, где у людей болящих налицо снижение или отсутствие критичной оценки своего состояния и ситуации, изменены волевые качества, т. е. «волеизъявление», лежащее в основе прав человека. Критерием полезности должен быть духовно-нравственный ориентир. Если же основываться только на волеизъявлении таких людей, то реализация их «выбора» может обернуться большими проблемами для их же жизни и здоровья, в том числе непосредственной угрозой жизни. Здесь мы видим противоречие — право на выбор может обернуться

бедой. Простейший пример: если человек, который плохо ориентируется в пространстве, уйдет гулять один, он может элементарно заблудиться, погибнуть под машинами или в канаве. И такие случаи, к сожалению, бывают.

### **Опыт духовной поддержки и реабилитации в условиях психоневрологического интерната**

Психоневрологический интернат — это стационарное учреждение для социального обслуживания лиц, имеющих психические расстройства, утративших частично или полностью способность к самообслуживанию и нуждающихся по состоянию психического, а нередко и физического здоровья в постоянном уходе и наблюдении.

У больных, поступающих из дома в психоневрологические интернаты, нередко можно увидеть истощение, санитарную запущенность, тягостное душевное состояние. Это лишний раз доказывает, что людям, поступающим в ПНИ, требуется постоянный уход и забота. С учетом всего вышесказанного возникает очень важный вопрос: как обеспечить свободный выбор человека и одновременно поддержать нравственное направление этого выбора? Задача концепции прав человека состоит в том, чтобы защищать ценность человека и способствовать возрастанию его достоинства. В этом ви-

дится главное и единственно возможное с христианской точки зрения предназначение данной концепции. В данные учреждения важно нести истинные духовные, культурные ценности. При этом врач отвечает, в первую очередь, за то, чтобы выбор пациента не обернулся бедой.

Расскажем, как проходит пастырское служение в нашем психоневрологическом интернате. Домовой храм святого праведного Иоанна Кронштадтского в ПНИ № 7 был устроен в 1995 г., это первый храм на территории психоневрологических интернатов в Санкт-Петербурге. Настоятель храма протоиерей Валерий Швецов, который уже много лет подвизается в социальном служении, кроме нашего интерната окормляет еще подопечных школы-интерната, больницу, основал братство трезвости, сестричество милосердия и т. д.

Богослужения проходят 2 раза в месяц, и все желающие могут приобщиться Святым Христовым Таин, а это около 50–70 человек. После каждой литургии священник со Святой Чашей посещает по очереди все отделения интерната и причащает пациентов с помощью медперсонала, который готовит причастников ко встрече со священником. За 2 месяца удается причаститься почти всему интернату. Это уникальный опыт служения, который реализуется в ПНИ № 7. За последний 2018 г. сформировался и новый формат общения: в течение года проходят



*Прот. Валерий Швецов беседует  
с пациентом ПНИ № 7*



*Причащение в интернате*

интерактивные пастырские беседы для проживающих и сотрудников с использованием короткометражных фильмов и мультфильмов. Для легкости и удобства восприятия проводятся разъяснительные беседы по актуальным вопросам. И, конечно, паломнические поездки в течение года для проживающих и сотрудников, которые очень всех объединяют и еще долго с теплом вспоминаются всеми.

Почему так важно применение православной психотерапии в условиях психоневрологического интерната?

Все проживающие имеют хронические психические расстройства. Рассмотрим следующие психологические особенности пациентов, мешающие их адаптации и реабилитации.

- Заострение личностных черт, выраженный эгоцентризм.
- Ригидность — устойчивые копинг-стратегии и нежелание их менять, негативизм ко всему «новому».
- Поведенческая депривация, госпитализм.
- Быстрая истощаемость.
- Когнитивный дефицит (люди могут просто не понимать, чего мы от них хотим).
- Мнестические расстройства (они могут не помнить, чем занимались вчера, что обещали, и нужно начинать все сначала).
- Уровень алекситимии.
- Отсутствие мотивации.
- Фактор ожидания, механизмы психологической защиты.



*Мастер-класс по рукоделию*

• Экзистенциальный кризис «конца жизни», но чаще это ощущение «безысходности», их частые отговорки «это не для меня», «это для молодых», «мне уже ничего не надо».

- Сенсорная депривация (снижение количества новых впечатлений).
- Высокий уровень тревожности, подозрительности, мнительности.

Самое важное в том, что проживающие в ПНИ испытывают дефицит любви, взаимопонимания, поддержки со стороны близких. Именно поэтому на психотерапевта возлагается большая ответственность как на врача и человека. Его задача — помочь пациенту, стесненному болезнями и конфликтами, неурядицами и потерями. Для врача важно иметь собственные духовные ценности, которые бы определяли его работу с пациентами. Без собственной духовной платформы он не сумеет отличить ситуационные (психосоциальные) и биологические причины заболеваний от экзистенциальных, мировоззренческих.

Что же дает нашим пациентам православная вера с психотерапевтической и медицинской точки зрения?

- Жизненные силы.
- Утешение.
- Духовное обогащение.
- Помогает преодолевать стигматизацию.
- Наиболее полноценно решает мировоззренческий кризис.
- Помогает преодолевать явления госпитализма.



*Православный кукольный театр «Виноград» в гостях у пациентов ПНИ № 7*



- Предупреждает усугубление эмоционально-волевого дефекта.
- Улучшает взаимопонимание между проживающими и медперсоналом.
- Способствует разрешению конфликтных ситуаций.
- Смягчает поведение, пациенты становятся спокойнее, редуцируется агрессия, злобность, раздражительность, эгоистичность, быстрее появляется критика.
- Мотивирует на борьбу.
- Заполняет внутреннюю пустоту.
- Сглаживает и компенсирует боль от того, что их не навещают родственники.

Вот примеры высказываний самих проживающих интерната о роли Церкви и вере в Бога в их жизни.

— Православная вера для меня что-то светлое, доброе. Она дает мне мир в душе. Является для меня смыслом жизни.

— Вера дает мне умиротворение. Создает ощущение благодатного состояния. Мне становится спокойно. Когда молитва есть в сердце, то возникает мир в душе. Хочется находиться в этом состоянии, очень хочется.

— Вера в Бога дает мне жизнь. Я начинаю думать о своих родных, близких. Мне становится легче на душе, уходит тревога. Бог мне во многом помогает. Я меньше переживаю и меньше тревожусь за родных, когда молюсь. Верю, что Бог их защитит и помилует.

— Вера помогает мне надеяться, что все будет хорошо с моей душой. Она мне дает умиротворение. Вспоминая о Боге, Богородице, святых, я ощущаю в сердце внутреннюю радость и счастье. Мне становится хорошо. Я люблю Бога.

— Я христианка. Я знаю, что Бог всегда со мной. Он помогает мне на 100%. Он защищает и оберегает меня от зла, скорбей. Я чувствую, что я под защитой, и мне от этого спокойно.

— С Богом я имею духовное состояние. Бог дает мне мир в душе. Когда я вспоминаю о Боге, я успокаиваюсь и расслабляюсь. Я знаю, что все будет хорошо, если верить. Знаю, что с Богом душа спасется, а без Него погибнет.

— Я искренне верю в Бога. Бог для меня — это радость. Я знаю, что Бог мне помогает, и я молюсь, чтобы мои родные подольше пожили. За мамочку молюсь, о упокоении ее души, свечку ставлю. Я не представляю своей жизни без веры. Если бы у меня не было бы веры, то я была бы пустая.

Отслеживая динамическое состояние пациентов, медицинский персонал обратил внимание на то, что у проживающих меняется состояние после причастия, посещения церкви, общения со священником. Хотя в силу психических заболеваний они далеко не всегда могут сами оценить происходящее.

Подчас для проживающих вера в Бога — это единственный светлый ориентир. Исповедь, причастие, соборование, крещение могут стать действенной психотерапевтической составляющей комплексного лечебного процесса.

Православная вера наиболее полноценно отвечает на духовные потребности. Старец Алексей Зосимовский говорил: «По моему глубокому убеждению, психотерапия, когда это возможно, должна стать „мостиком“ к вере в Бога. Сколько душа может вместить в перенесении скорбей, столько вмещает и благодати Божией» [6].

Православная вера является жизненно важным ресурсом для наших проживающих, способствует существенному улучшению качества их жизни, что и является целью нашей работы.

## Литература

1. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер, 2006.
2. Франкл В. Основы логотерапии. Психология и религия. СПб.: Речь, 2000.
3. Мелехов Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни. М., 1997.
4. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // Официальный сайт Московского Патриархата. URL: [www.patriarchia.ru/db/text/419128.html](http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html) (дата обращения 15.01.2019).
5. Слово Святейшего Патриарха Кирилла на открытии XXI Всемирного русского народного собора // Официальный сайт Московского Патриархата. URL: [www.patriarchia.ru/db/text/5052002.html](http://www.patriarchia.ru/db/text/5052002.html) (дата обращения 15.01.2019).
6. Авдеев Д. А. В помощь страждущей душе. Опыт врачебного душепопечения. М.: Русский Хронограф, 2001.



**ВОПРОСЫ  
БИОМЕДИЦИНСКОЙ  
ЭТИКИ**









# ТЕОЛОГИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ БИМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ



Современной эпохе присущи проблемы, которые не были характерными в периоды смены технологических укладов — появление разделения труда, индустриализации и цифровой экономики. Уже в ближайшем будущем технологические возможности человека позволят ему менять собственные антропологические и биологические свойства, что вызывает опасение утраты человечеством понимания своей сути и предназначения.

Краткому анализу проблемных этических областей новых медицинских технологий, обоснованию необходимости установления теологического диалога с современной медициной в контексте неполноты знаний о человеке и его предназначении посвящена статья Олега Николаевича РЕЗНИКА, доктора медицинских наук, профессора, руководителя отдела трансплантологии ПСПБГМУ им. И. П. Павлова, руководителя Санкт-Петербургского городского координационного центра НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, председателя Ассоциации трансплантационных координаторов.



Характерной чертой сегодняшней прогрессивной общественной мысли является отсутствие проектных знаний о человеке. Происходит потеря понимания светским обществом теологического смысла жизни человека. Это приводит к глубинным изменениям всех сторон общественной жизни, наиболее важным в таких сферах, как право, образование и медицина. Особенностью этих изменений является их неотчетливость, слабо различаемая обычным человеком подмена таких классических понятий, как смысл жизни, добро, зло, благо, долженствование, et cetera. Новое отпадение Адама от Творца будет происходить незаметно для самого Адама. Поэтому в этой статье нам хотелось бы обратить внимание на нестабильность «этического ядра» технологических знаний о человеке, на «недостаточность» медицинского представ-

ления о человеке как о «мыслящем субъекте с набором органов и систем», и на необходимость стратегического поиска теологического понимания, что такое человек в контексте появления и применения новых медицинских технологий.

Парадоксально, что медицина, занимающаяся вопросами жизни и смерти человека, не является гуманитарной наукой, так же как не является прикладной или фундаментальной, а носит междисциплинарный характер деятельности. Однако, с учетом основного ее предназначения, ей необходимо наличие прочного этического базиса — «большой антропологии», если считать корпус современных медицинских и биологических знаний о человеке «малой антропологией» [2, с. 11] в контексте философского, этического и религиозного понимания смысла жизни человека.

В этих условиях отсутствует «прямое высказывание» о необходимости теологического осмысления новых возможностей медицины. Возможно, это происходит в силу того, что характерной особенностью медицины и медицинского сообщества является ее закрытость — в силу сложности получаемых врачами субъектно-объектных медицинских знаний. Веками складывавшиеся стандарты получения профессии привели к тому, что для широкой общественности характерны представления о врачах как о носителях высоких моральных качеств. И в самом медицинском сообществе сформировались механизмы и структуры, позволяющие отторгать специалистов, не соответствующих высокому званию врача. Но новые медицинские технологии, в условиях все возрастающей коммерциализации медицинской деятельности, могут оказывать незаметное воздействие на самих врачей как на носителей инженерно-технологических знаний, приводя к размыванию четких взаимоотношений «врач-пациент». Сегодня в медицине, как области научно-практической деятельности, особенно отчетливо выявляются изменения классической модели воздействия на окружающую действительность, осуществлявшейся по принципу «человек и инструмент». На смену этому пришло сочетание «человек и машина», в которой врач становится элементом системы распознавания и принятия решений. С одной стороны, это требует инженерно-технической эрудированности будущих медицинских специалистов и вытекающей из этого необходимости изменения классической системы медицинского образования, а с другой — возрастают требования к морально-этической подготовке современных врачей. Важно, чтобы технологизация лечебно-диагностического процесса и все более возрастающая тенденция к полуавтоматическому принятию решений на основе сложившихся клинических алгоритмов и стандартов не привела к отчуждению лечебного процесса от пациента; не привела к противостоянию τέχνη (др.-греч. 'ремесло, мастерство, умение, искусство') и βίος (др.-греч. 'жизнь, существование'), то есть к *разобщению прямого назначения врача* приносить исцеление и, если оно невозможно, утешение и лечебно-

*диагностического процесса*, который является сегодня скорее технической или даже высокотехнологической задачей. Результатом этого может быть возникновение у пациента чувства «оставленности», искусственности своего положения, если даже не ощущение пациентом себя жертвой высоких медицинских технологий, способных как подарить жизнь, так и отнять ощущение полноценности жизни. Характерное для современной науки — и биологической, и медицинской — игнорирование «несводимости человека к природе» может приводить к появлению таких медицинских практик, которые, руководствуясь понятием блага в его абстрактном, секулярном понимании, могут приводить к угрозе размывания самого понятия «человек».



В современном российском обществе нет проектного представления, или, лучше сказать, проекта о человеке, каким, например, был советский проект, который, несмотря на свой атеистический характер, апеллировал к лучшим качествам «передовых» представителей общества — ученых, врачей, военных, учителей и т. д. Сегодняшний студент медицинского (как и любого другого) вуза является продуктом своей эпохи, получающим свои знания (псевдознания) о семье, долге, родине, предназначении из сетевой среды, из масс-медиа, в формате кратких сообщений, уплощения реальности, «твиттеризации» рефлексии об окружающем мире, виртуализации представлений о нем. Сегодняшний студент окружен благами цивилизации, такими как комфорт, изобилие услуг и развлечений, он не испытывает лишений, не испытывает потребности трудиться, что не может не привести к цивилизационным сдвигам в обществе. Главными из них являются смена нравственных оценок, подмена ценностных ориенти-

ров господствующими в современном капитализме стандартами «общества потребления и прав человека». Об этом красноречиво предупреждал мыслитель Х. Ортега-и-Гассет в своем известном труде «Восстание масс»:

«[Н]овая социальная реальность такова: европейская история впервые оказалась отданной на откуп заурядности. Или в действительном залоге: заурядность, прежде подвластная, решила властвовать. Решение выйти на авансцену возникло само собой, как только созрел новый человеческий тип — воплощенная посредственность. В социальном плане психологический строй этого новичка определяется следующим: во-первых, подспудным и врожденным ощущением легкости и обильности жизни, лишенной тяжких ограничений, и, во-вторых, вследствие этого — чувством собственного превосходства и всемогущества, что, естественно, побуждает принимать себя таким, каков есть, и считать свой умственный и нравственный уровень более чем достаточным. Эта самодостаточность повелевает не поддаваться внешнему влиянию, не подвергать сомнению свои взгляды и не считаться ни с кем. Привычка ощущать превосходство постоянно бередит желание господствовать. И массовый человек держится так, словно в мире существуют только он и ему подобные, а отсюда и его третья черта — вмешиваться во все, навязывая свою убогость бесцеремонно, безоглядно, безотлагательно и безоговорочно, то есть в духе „прямого действия“» [10, с. 100–101].



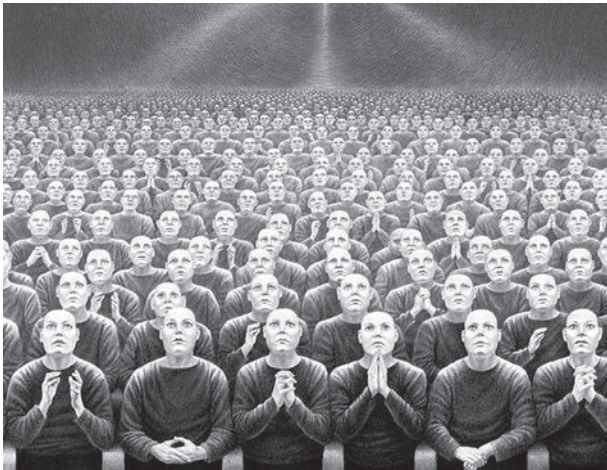
Мы еще вернемся к «прямому действию» в контексте этики утилитаризма и протестантского либерализма. В целом уже сейчас для многих представителей медицинского сообще-

щества характерно отсутствие рефлексивного мышления. Подобная редукция требований к образованию, в частности медицинскому, чревата возникновением, по выражению Ортеги-и-Гассета, «варварства специализма».

«Львиная доля того, что совершается в биологии или физике, — это механическая работа мысли, доступная едва ли не каждому. Для успеха бесчисленных опытов достаточно разбить науку на крохотные сегменты, замкнуться в одном из них и забыть об остальных <...> Методы работают как механизмы, и для успешных результатов даже не требуется ясно представлять их суть и смысл <...> Но это создало крайне диковинную касту. Человек, открывший новое явление природы, невольно должен ощущать силу и уверенность в себе. С полным и безосновательным правом он считает себя „знающим“. И действительно, в нем есть частица чего-то, что вкупе с другими частицами, которых он лишен, окончательно становится знанием <...> Специалист хорошо „знает“ свой мизерный клочок мироздания и полностью несведущ в остальном <...> Нельзя считать его знающим, поскольку вне своей специальности он полный невежда; нельзя считать его невеждой, поскольку он — „человек науки“ и свою порцию мироздания знает назубок. Приходится признать его сведущим невеждой, а это тяжелый случай, и означает он, что данный господин к любому делу, в котором не смыслит, подойдет не как невежда, но с дерзкой самонадеянностью человека, знающего себе цену <...> В политике, в искусстве, в общественных и других науках он способен выказать первобытное невежество, но выкажет он его веско, самоуверенно и — самое парадоксальное — ни во что не ставя специалистов <...> А значит, и на этом уровне, предельно элитарном и бесконечно удаленном, казалось бы, от массового человека, сознание остается примитивным и массовым <...> Достаточно приглядеться к тому скудоумию, с каким судят, решают и действуют сегодня в искусстве, в религии и во всех ключевых вопросах жизни и мироустройства „люди науки“, а вслед за ними, само собой, врачи, инженеры, финансисты, преподаватели и т. д. (курсив автора — О. Р.). Невмение „слушать“ и считаться с авторитетом <...> Они олицетворяют, и в значительной мере формируют, современную империю масс, и варварство их — самая непосредственная причина европейского упадка» [10, с. 118–120].



Этим утверждениям вторит Олдос Хаксли в своем знаменитом романе-антиутопии «О дивный новый мир» [16].



Удивительный дар предвидения Х. Ортеги-и-Гассета поразительно точно иллюстрирует отечественную полемику сегодняшних «глухих» биологов с богословами, которая разгорелась недавно по поводу защиты первой кандидатской диссертации по богословию протоиереем Павлом Хондзинским, деканом богословского факультета Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Мы считаем это отражением попыток присвоить право на «окончательное знание» о модели существующего мира, несмотря на отчетливо наметившийся, впервые с XVIII в., «великий теологический поворот» в современном естествознании [8], или, по выражению Д. Узланера, «теологический поворот в философии, философский поворот в теологии» [15]. Но не научный спор является причиной этого противостояния, а столкновение ценностных систем. Доминирование в европейских ценностных системах проблематики прав человека нашло отражение в таком малоизвестном сегодня документе, как резолюция Парламентской ассамблеи Совета Европы № 1580 (от 4 октября 2007 г.) «Опасность креационизма в образовании». Одними правами человека не исчерпывается, однако, проблематика человека. По мысли митрополита Илариона (Алфеева), «[т]ема смерти разделяет человечество на два лагеря — тех, кто верит в „загробную жизнь“, и тех, кто в нее не верит» [6, с. 26]. Следует признать, что сегодня вопросы окончания жизни не обсуждаются в рамках светского общества, этот во-

прос полностью делегирован Церкви и философско-этическим сообществам мыслителей. Сегодняшний светский человек живет так, как будто смерти нет. По определению священника А. Д. Шмемана, в секулярном обществе существует «заговор молчания» вокруг проблемы смерти [17]. Дальнейшее развитие этой мысли выявляет сущностный конфликт между отдельными представителями отечественной науки и православными теологами. Вызывает вопросы неравносность терпимости христианского взгляда на достижения науки и нетерпимость европейской науки к богословским исканиям. Современная наука строится на светской антропоцентричной мировоззренческой установке, согласно которой провозглашается приоритет человека по отношению к миру в целом: человек — цель, мир — средство. Такой подход является мировоззренческой основой стратегии деятельности, порождающей современные этические глобальные проблемы, чреватые глобальной катастрофой. В онтологическом контексте это приводит к отрицанию объективной реальности, существующей независимо от человека. Отношение человека к миру сводится к полаганию первым последнего, что не позволяет избежать абсурдных противоречий в том, что есть высшая форма и цель мирового бытия. Напротив, религиозный антропоцентризм провозглашает, что человек есть любимое детище Бога, сотворенное по Его образу и подобию; достойное этого статуса поведение в грешном земном мире дарит ему вечную жизнь в мире подлинном, потустороннем [14; 13, с. 9–10].

Оснащение студента-медика и врача только технологическим знанием, без «большой антропологии», способно вывести на сцену врача-технолога, не размышляющего о вопросах жизни и смерти, что сделает из него врача — специалиста по продлению жизни, переформатированию ее, отключению от нее. Наиболее проблемными областями нового медицинского знания являются трансплантация, суррогатное материнство, клонирование человека, редактирование генома, генетическая диагностика, практика «дления» жизни, эвтаназия, стандартизация и монетизация медицинской помощи, замена ее на «каталог услуг». В предоставлении услуг есть место от-

ношениям «клиент и исполнитель», «заказчик–подрядчик», но нет профессионального долга врача вне денежных отношений и нет «любви сильного к слабому».



Вся система нравственного воспитания нынешнего студента-медика опирается на так называемую «гражданскую» этику [3, с. 64–72], или светскую этику. Рассмотрим некоторые ее недостатки. Светская этика возникла из этики утилитаризма, берущей начало у Канта и разработанной Бентамом и Миллем. На авансцену представлений о практике должностования были выведены понятия «категорического императива», «блага», «моральной автономии». В современном секулярном обществе принято считать, что само общество является носителем некоей общественной морали, в которой каждый ее член руководствуется этими понятиями как четко различимыми и усвоенными от рождения.

Социальные последствия столь широкого толкования нравственных устремлений хорошо известны из катастроф XX в., когда понятие «благо» исходит от людей самых разных устремлений. Так, например, в Третьем Рейхе закон о защите животных сосуществовал с государственной практикой уничтожения людей в печах концлагерей. По результатам Нюрнбергского трибунала была принята Хельсинкская декларация, устанавливающая невозможность проведения опытов над людьми, идеи которой были развиты в Конвенции Овьедо «Права человека и биомедицина» [12]. Любопытно отметить исчезновение в моральных исканиях, и в трудах искателей, и в документах, возникших в результате этого, такого слова, как «любовь». А без него и медицина невозможна.

На наш взгляд, термины «биоэтика» и «биомедицина», возникшие во второй половине XX в., при их внимательном семантическом анализе обнаруживают смысловую неубедительность, а при философском анализе можно определить их эпистемологическую и онтологическую недостаточность. Однако термины являются устоявшимися, и приходится оперировать этими понятиями. Благородные цели, провозглашенные в правоустанавливающих документах Евросоюза, не приводят к неукоснительному их соблюдению в контексте защиты и прав человека и его достоинства. Тому есть несколько причин. Главная из них — в прикладном значении биоэтики, в отсутствии ее универсальности. Вторая — в невозможности светского, всеобъемлющего определения того, что является нравственной опорой современной биоэтики.



Выше мы перечислили несколько критических для значения слова «человек» медицинских технологий. Заметим, что, называя их «критическими», мы исходим из того, что «суд» по-гречески — *krisis* (от слова *krino*, означающего, если исходить из этимологии, «разделять, разрешать»). Помимо юридической составляющей, в этом термине также сходятся медицинское значение (*krisis* как решающий момент в развитии болезни, когда врач должен «рассудить», выживет ли больной или умрет) и теологическое значение (Страшный суд: *en emeraí krisios*, «в Судный день» — это предостережение несколько раз слетает с уст Иисуса в Посланиях Павла: *en emeraí ote crineí*, «в день, когда, по благовествованию моему, Бог будет судить», Рим. 2:16)» [1, с. 26]. Большинство этих технологий

возникло как одно из «социальных последствий распада вероучительного единства», по выражению А. М. Прилуцкого, связанного с возникновением протестантизма, позволившего довольно свободно трактовать понятия «блага», «добра» и позволять свободные отношения верующего к Слову Божьему. Так, у Лютера читаем:

«Теперь мы покажем, что вера [и только вера] оправдывает. Здесь, прежде всего, читателю следует объяснить, что необходимо поддерживать утверждение: Христос является Посредником, так же необходимо защищать и постулат о том, что вера оправдывает [без всяких дел]. Ибо как Христос будет Посредником, если в оправдании мы не используем Его, как Посредника, и если мы не придерживаемся мнения, что ради Него нам засчитывается праведность? Но веровать — значит уповать на заслуги Христовы, значит твердо уповать на то, что ради Него Бог желает примириться с нами» [9, с. 57].

При этом «моральная автономия» субъекта позволяет ему свободно относиться и к своей жизни, и к чужой, и к своему предназначению. Основные положения различных протестантских воззрений не могут служить «моральным сторожем» при распознавании сложных этических проблем, поскольку «все оправданы по вере».

Если редактирование генома и другие «прорывные технологии» носят пока теоретический или лабораторный характер, то этическая проблематика инновационных медицинских технологий ни в чем не явлена так отчетливо, как в сложившейся клинической мировой практике донорства и трансплантации органов. Предпосылки этому сложились исторически, так как вначале человек овладел техническими навыками исполнения этого сложного вида искусства, и лишь затем выявились апории этого вида медицинской помощи. Хрупкое равновесие мнений, возникающее вокруг проблемы посмертного донорства органов, основывается на этическом допущении и даже желательности такого вида медицинской помощи, при условии сохранении традиционных требований общества к нормам поведения и морали как обычных людей, так и медицинских профессионалов. Сложившейся практике трансплантации ор-

ганов можно найти и богословское обоснование [19]. Прямо выражена позиция Русской Православной Церкви и в ее «Основах социальной концепции»:

«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. На основании Божественного Откровения Церковь исповедует веру в телесное воскресение умерших (Ис. 26. 19; Рим. 8. 11; 1 Кор. 15. 42–44, 52–54; Флп. 3. 21) <...> Однако посмертное донорство органов и тканей может стать проявлением любви, простирающейся и по ту сторону смерти. Такого рода дарение или завещание не может считаться обязанностью человека» [11].

Иллюстрацией значимости для российского общества этических основ врачебной деятельности в области донорства и трансплантации является возникновение в Нидерландах и Бельгии ультралиберальной медицинской практики легального посмертного донорства органов после эвтаназии. Поводом к ней сегодня могут служить не только онкологические заболевания, но и длительные депрессивные состояния [23]. Существование таких практик неизбежно приведет к попыткам расширения приемлемости и возникновению таких моделей донорства органов, которые угрожают самой сущности человека [24; 25].



Так, биоэтик В. Глэннон рекомендует такой протокол получения органов, при кото-



ром, при наличии прижизненного согласия пациента на посмертное донорство, не обязательно дожидаться факта наступления смерти пациента с неизлечимым заболеванием. Наиболее важным исследователь считает в таком случае обезболивание и медикаментозное «выключение» сознания будущего донора [20]. Поразительно, что так называемые «моральные интуиции» не позволяют идентифицировать порочную практику использования биоэтиков для ненасильственного принуждения «людей, уставших жить» к жертвованию своих органов для «тех, кто жить еще не устал».

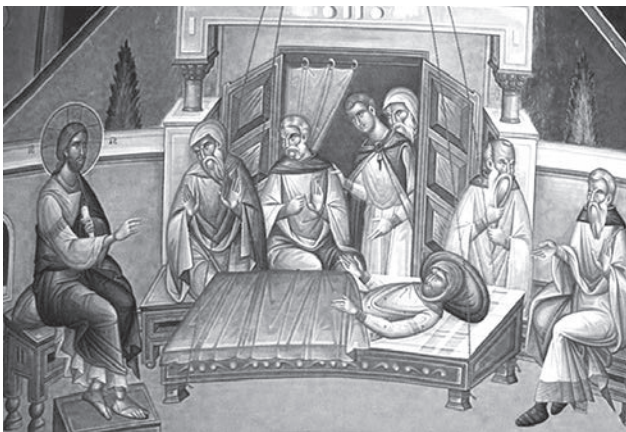
Все вышесказанное является яркой иллюстрацией мировоззренческой путаницы, обязанной своим происхождением теориям утилитаризма, которые оправданы этикой многочисленных течений в протестантизме, а по сути — отпадением носителей таких заблуждений от Бога. Это лишь один пример из области высоких медицинских технологий, парадоксального использования биоэтики в нуждах «техно-медицины», наступающей незаметно, под маской заботы о «распределенном общественном благе», благе умирающих людей, et cetera. Даже известие о таких практиках способно дезавуировать не только предназначение трансплантологии, имеющей в своей основе глубокий нравственный потенциал, но и предназначение врача, так как существование подобных протоколов приводит к слабой смысловой различимости от «не навреди», «не убий» и «технологий смертеобеспечения» и реализации так называемого «права человека на смерть» с помощью врача.

Что нам хотелось бы выделить в постановке проблемы? Ведь в название статьи вынесен термин «теология». Имеется в виду теология в более широком контексте, «теология родительного падежа» [18, с. 173–181]. Без чувствования промысла Божия на современном этапе невозможно дать нравственную оценку современным медицинским технологиям, тем более если за их продвижением стоят гиганты фармацевтической промышленности и капиталистические методы хозяйствования в здравоохранения. Сама медицина, область ее регулирования и образования будущих и состоявшихся врачей стоят обособленно от области полу-

чения гуманитарного знания. Приведенные выше примеры показывают острую потребность теологического осмысления современных медицинских практик и медицинского образования. Необходимо отметить, что Католическая Церковь чутко реагирует на появление «прорывных» технологий, отрицая противоречащие природе человека как неприемлемые [7, с. 448–460]. Слабость позиции Католической Церкви, по нашему мнению, заключается в попытках детального регламентирования человеческой жизни. В то же время неприемлемость протестантского видения проблем заключается в парадоксальном педагогическом подходе, оправдывающем всех «по вере», что снимает необходимость личного нравственного подвига и приводит в результате к ложно понимаемому человеком понятию свободы. Православный же подход в целом нацелен, как правило, на создание «морального ядра», «любящего сердца», которые и без написанных инструкций приводили бы к принятию и человеком, и пациентом, и врачом решений, не противоречащих замыслу Бога. И это не просто слова, не просто пожелания. Как говорит митрополит Иларион (Алфеев), «[с]лово о вере никогда не было легким для восприятия. Но в наше время люди порой настолько поглощены проблемами земного существования, что многим просто некогда услышать это слово и задуматься о Боге» [5, с. 9]. Вера православного человека всегда сопряжена с долженствованием. Особым значением наполняются следующие слова: «[С]остояние человека не может быть нравственно нейтральным по отношению к Богу, но всегда имеет знак „плюс“ или „минус“. В первом случае человек находится в естественном состоянии <...> будучи причастен Божественной благодати, открывающей для него возможность духовного возрастания <...> Во-втором случае, отпадая от Источника жизни, человек впадает в противоестественное состояние („наперекор ей“» [4, с. 275].

Трудная задача — попытка определить, «теологией чего» должен быть научный диалог Церкви и медицины. Для начала можно постулировать следующие нерешенные проблемы медицинского образования. Медици-

на нуждается в более твердой нравственной опоре, чем существующие моральные практики, основанные на коммерциализации, на американско-европейском понимании блага и долга. С учетом того, что «с врагом надо бороться на дальних подступах», формирование «православного сердца» у врача крайне необходимо уже сегодня. Нам нужна этика больных и обреченных людей, понимание исполненной жизни в случае близкого ее окончания. Фактически речь идет о разработке новых специальных разделов нравственного богословия.



Медицина нуждается в обновленной этике врача-исследователя, врача-преподавателя, врача-эксперта. Нужна согласительная платформа, на основе которой нельзя было бы рассматривать медицину как попытку противостояния замыслам Творца как средства, к которому обращались бы ложные надежды людей, как к универсальному способу избавления от проблем и продления жизни, исключаящему их самостоятельное участие в своей судьбе. Нельзя допустить и создание «искусственных медицинских потребностей человека», по выражению Ивана Иллича [21; 22]. Опасность внедрения высоких технологий состоит в том, что при ложном целеполагании чиновников или врачей в том или ином контексте жизнь одних людей будет длиться за счет жизни других.

Размышления над этими вопросами отсылают нас к состоянию дел, когда факультеты медицины, права и теологии находились, образно говоря, в одном университетском «доме» и регулирование всех сторон общественной жизни или попытки такого регулирования, осуществлялись на единой мировоз-

зренческой основе. Система воспроизводства «богословских кадров» в лоне Церкви осталась в целом неизменной — благодаря корпусу дисциплин, ориентированному на изучение, часто пожизненное, Откровения, Предания и святоотеческого наследия. К сожалению, современные представители передовой медицины и медицинские чиновники не имеют представления об этой незыблемой основе нравственности, хотя общеизвестно, что на протяжении веков религия являлась основой культуры, а культура — основой медицины. По мере усложнения технологий появляется запрос о христианской антропологии, хотя не следует понимать буквально, что можно лечить исходя из практики изучения последней, однако и она, и эсхатологическая телеология способны наделять доктринальными смыслами исследовательскую и терапевтическую медицинскую деятельность, определить истинные цели науки в контексте христианского понимания предназначения человека. Догматическое православное богословие и православная антропология нужны современной медицине. Предвидим скептические замечания в ответ на это утверждение — как буквально понимаемые необходимости. Но кризис идентичности современного человека невозможно понять и преодолеть, если оценивать его как биологическую конструкцию, наделенную разумом. А раз так, то невозможно ни исцеление его, ни утешение. Отвечая на поставленный вопрос, говорим: теология медицинского образования, теология биоэтики, теология новых медицинских технологий, где первична теология, а остальные области знания вторичны. Лишь при такой иерархии понятий можно говорить о будущих успехах медицины. В противном случае последняя потеряет свое человеческое лицо. Внедрение такого подхода в современное медицинское образование будет непростым, неясны подходы, методы, формы сотрудничества Министерства здравоохранения и Министерства образования, духовных образовательных учреждений и традиционных медицинских, светских. Однако сказано: «Просите, и дано будет вам; ищите, и найдете; стучите, и отворят вам; ибо всякий просящий получает, и ищущий находит, и стучащему отворят» (Мф. 7: 7–8).

Литература

1. Агамбен Д. Пилат и Иисус. М.: Грюндриссе, 2014. 128 с.
2. Важешиак С. Дарить жизнь. Биоэтика в публичной дискуссии с Церковью / Пер. с польск. Ю. Дремлюга. Гатчина: Изд-во СЦДБ, 2010. 182 с.
3. Вегас Х. М. Ценности и воспитание. Критика нравственного релятивизма. СПб.: Изд-во СПбГУ, Изд-во РХГА, 2007. 225 с.
4. Давыденков О. Догматическое богословие: Учебное пособие. М.: Изд-во ПСТГУ, 2016. 624 с.
5. Иларион (Алфеев). Во что верят православные христиане. М.: Никея, 2014. 304 с.
6. Иларион (Алфеев). Конец времен: Православное учение. М.: Эксмо, 2014. 224 с.
7. Катехизис Католической Церкви / Пер. с лат., 4-е изд. М.: Libreria Editrice Vaticana, 2001. 814 с.
8. Копейкин К. В. Человек и мир: Противостояние или синергия? // Ответственность религии и науки в современном мире / Под ред. Г. Б. Гутнера. М.: Библейско-богословский институт св. апостола Андрея, 2007. С. 75–114.
9. Лютер М. Книга согласия. Вероисповедание и учение лютеранской церкви / Пер. с нем. К. Комарова. М.: Фонд «Лютеранское Наследие», 1996. 484 с.
10. Ортега-и-Гассет Х. Восстание масс / Пер. с исп. А. М. Гелескула. М.: АСТ, 2016. 256 с.
11. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Гл. XII: Проблемы биоэтики // Сайт Русской Православной Церкви. Отдел внешних церковных связей. URL: <https://mospat.ru/ru/documents/social-concepts/xii/> (дата обращения 04.01.2019).
12. Права человека и биомедицина. Конвенция Овьедо и ее протоколы // [Сетевой ресурс Совета Европы]. URL: <http://www.coe.int/en/web/bioethics/biomedical-research> (дата обращения 04.01.2019).
13. Сагатовский В. Н. Философия развивающейся гармонии (философские основы мировоззрения): в 3 ч. Ч. 2: Онтология. СПб.: Петрополис, 1999. 268 с.
14. Сагатовский В. Н. Мой враг антропоцентризм // Вестник Российского философского общества. 2007. № 4 (44). С. 114–118.
15. Узланер Д. Введение в постсекулярную философию [От редакции] // Логос. 2011. № 3 (82). С. 3–32.
16. Хаксли О. О дивный новый мир / Пер. с англ. О. П. Соколки. М.: Изд-во «АСТ», 2017. 350 с.
17. Шмеман А. Д. Смерть как «практическая проблема» // Отечественные записки. 2013. № 5. С. 33–45.
18. Шмонин Д. В. О философии, богословии и образовании. СПб.: Изд-во РХГА, 2016. 207 с.
19. Юревич Д. Библейское понимание жизни и смерти человека [Доклад на научно-богословской конференции «Осмысление проблематики жизни и смерти в богословии, реаниматологии и трансплантологии» 09.12.2016]. СПб.: СПбДА, 2016. 7 с.
20. Glannon W. The moral insignificance of death in organ donation // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2013. V. 22. № 2. P. 192–202.
21. Illich I. Medical Nemesis. Expropriation of Health. London: Calder & Boyars, 1975. 294 p.
22. Illich I., et al. Disabling Professions. London: Marion Boyars Publ., 1977. 127 p.
23. van Dijk G., Giezeman A., Ultee F., Hamers R. Organ donation after active euthanasia in a patient with a neurodegenerative disease // Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde. 2013. V. 157 (39): A6548. PMID: 24063672.
24. van Ittersum F. J., Hendriks L. Organ Donation after Euthanasia // National Catholic Bioethics Quarterly. 2012. V. 12. № 3. P. 38–46.
25. Wilkinson D., Savulescu J. Should we allow organ donation euthanasia? Alternatives for maximizing the number and quality of organs for transplantation // Bioethics. 2012. V. 26. № 1. P. 32–48.

# НОВОСТИ

## КАРЕЛИЯ

**26 декабря 2018 г.** в стенах Детской республиканской больницы Карелии состоялось праздничное собрание по случаю **7-летия Общества православных врачей Республики Карелия.**

После вступительного слова председателя И. В. Леписевой, главного врача Детской республиканской больницы, секретарь общества И. С. Скопец представила отчетный доклад о работе за 2018 г. В своем сообщении секретарь отметила, что одним из основных направлений работы Карельского ОПВ являются выездные волонтерские поездки. В 2018 г. состоялось 6 выездов, в ходе которых православные доктора провели бесплатные лечебно-консультативные приемы в поселке Верхний Олонец (10.02.2018), Кондопоге (10.03.2018), деревне Коткозеро (02.06.2018), Суоярви (29.09.2018), деревне Мегрега (17.11.2018). Важным событием в жизни общества стало посещение Ставропигиального Валаамского монастыря (08–09.09.2018). Всего в ходе рабочих поездок

специализированную медицинскую помощь получили свыше 280 пациентов.

Православные врачи также проводят индивидуальное консультирование священнослужителей, монашествующих и мирян, врачебный патронаж для маломобильных пациентов. Информация о жизни общества, материалы для пациентов и медицинских работников регулярно публикуются на сайте ОПВ Карелии. Православные врачи принимают участие в молебнах, совершаемых в больничных часовнях, особенно почитают своего небесного покровителя — свт. Луку (Войно-Ясенецкого). В день памяти свт. Луки ежегодно проходит молебен и традиционное освящение медицинских халатов. На регулярных собраниях общества врачи представляют доклады по различным медико-нравственным вопросам. При поддержке благотворительного фонда «Милосердие без границ» в Карелии появилась первая икона св. страст. прав. врача Евгения Боткина, написанная специально для ОПВ Карелии.

Православных врачей поздравили руководитель епархиального отдела по со-

циальному служению протоиерей Иоанн Тереняк, духовник ОПВ Карелии протоиерей Олег Склярков. За многолетний бескорыстный труд в делах милосердия и активное участие в жизни общества протоиерей Олег Склярков и председатель общества И. В. Леписева вручили докторам благодарственные письма и ценные подарки.

Со словами благодарности и поздравления членам ОПВ Карелии выступил настоятель храма вмч. Пантелеимона протоиерей Вадим Антипин. В ответном благодарственном слове И. В. Леписева отметила, что все поездки по районам республики в 2018 г. состоялись при поддержке прихода храма великомученика Пантелеимона в рамках проекта «Инклюзивный духовно-просветительский центр „Hengellinen kukka“» («Духовный цветок»), реализуемого при поддержке фонда «Соратничество» в рамках Международного грантового конкурса «Православная инициатива».

По материалам [oprk.ru](http://oprk.ru)



# ФЕНОМЕН «НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТИ» В РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ



Феномен «наклонной плоскости», или феномен «скользящего пути», — этическая позиция, согласно которой небольшой первый шаг, нарушающий общий морально-этический принцип, неизбежно приводит к цепи событий и, в конечном итоге, к нежелательным и аморальным последствиям.

Проявления этого феномена раскрывает в своей статье Ирина Васильевна СИЛУЯНОВА, доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой биоэтики Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, член исполкома ОПВР, заместитель председателя Церковно-общественного совета по биомедицинской этике при МП РПЦ.



Прямое действие феномена «наклонной плоскости» (ФНП) мы находим сегодня в поступательном развитии репродуктивных технологий. Первичное отступление медицинских манипуляций от морально-этических законов вызывает цепную реакцию, когда каждое новое продвижение порождает новые регрессивные последствия, которые проявляются в ухудшении здоровья людей, в падении духовности и нравственной культуры.

## **Первая ступень «наклонной плоскости»**

Первым таким шагом в репродуктивной медицине традиционно рассматривают снятие законодательных запретов с производства искусственного прерывания беременности. Россия стала первой страной мира (не считая Франции периода революции 1791–1810 гг.), где происходит полное освобождение женщин и врачей от уголовной ответственности за очевидное всем попрание

моральной заповеди «не убий». 18 ноября 1920 г. вступает в силу Постановление Наркомздрава и Наркомюста, которое полностью легализует искусственный аборт: «Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ей максимальная безвредность» (цит. по [1]). В середине XX в. принципиальное изменение юридического статуса и нравственных оценок медицинских абортотворений происходит и в государствах Европы и США. Отмена их законодательного запрета или его ослабление в той или иной степени происходит в Швеции (1946), Англии (1967), США (1973), Италии (1978), Испании (1978), Норвегии (1978), Франции (1979), Нидерландах (1981) и т. д.

## **Вторая ступень «движения вниз»**

Очевидный вред для здоровья женщин, связанный с комплексом постабортных

осложнений, включая бесплодие, вынуждает медиков усиленно заниматься разработкой контрацептивных препаратов.



Вплоть до XX в. разработка способов и применение контрацепции не рассматривались как форма медицинской деятельности под влиянием отрицательного отношения к контрацепции, как нарушающей библейскую заповедь «плодитесь и размножайтесь». В начале XX в. начинают активно разрабатываться и применяться методы предотвращения беременности механическими, химическими, фармакологическими и др. противозачаточными средствами и способами.

### Третья ступень движения к деградации

Американский основатель и шеф-редактор журнала «Плейбой» («Playboy») Х. Хефнер утверждал, что именно применение контрацепции и легализация абортов были причиной сексуальной революции XX в. Сегодня уже можно говорить о ее реальных последствиях. Это — раннее начало половой жизни, увеличение числа половых партнеров, рост числа разводов, легализация гомосексуализма, нарастающая эпидемия СПИДа, изматывающая бездуховность и распространение венерических заболеваний. Сегодня к таким традиционным, или «классическим» заболеваниям, как гонорея, сифилис, донованоз, венерический лимфогранулематоз, мягкий шанкр, присоединились и «инфекции второго поколения»: хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, бактериальный вагиноз, гепатит В и С, трихомониаз, кандидоз, генитальный герпес, папилломавирусная инфекция, СПИД и ВИЧ-инфекция.

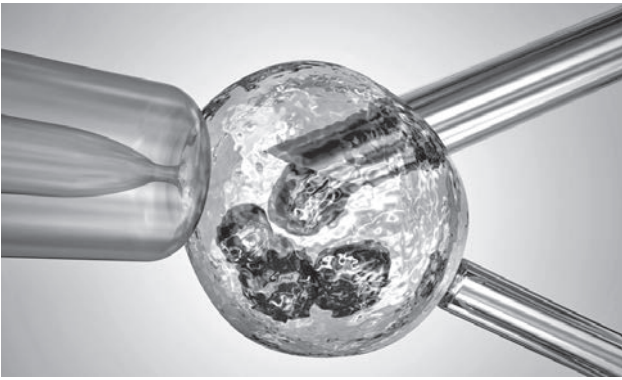
Распространение «новых» инфекций приводит к статистике, по которой ИППП входят в число 5 основных категорий заболеваний, в связи с которыми взрослые люди обращаются за медицинской помощью. Растет и статистика вторичных осложнений таких заболеваний, среди которых — мужское и женское бесплодие.



### Четвертая ступень «скользкого пути»

Потребность преодолеть массовое бесплодие стимулировало развитие научных разработок по преодолению бесплодия. Возникают и с каждым годом совершенствуются методики экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и других вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Но и это удивительное прогрессивное достижение оборачивается целым рядом отрицательных последствий. Среди них:

- попрание прав ребенка иметь отца или мать в случае использования ЭКО людьми, не состоящими в браке;
- уничтожение «лишних» эмбрионов, как стандартное необходимое условие ЭКО;
- разрушение традиционной семьи и прямая поддержка нетрадиционных (гомосексуальных) семейных отношений;
- донорство половых клеток, как элемент ЭКО при определенных условиях и купля-продажа донорских половых клеток;
- программирование сиротства в случаях отказа от ЭКО-детей по состоянию их здоровья;
- причинение вреда здоровью женщин и неблагоприятное состояние здоровья и развития детей, рожденных с использованием ВРТ.



### Пятая ступень регресса

Неизбежным методом ЭКО становится суррогатное материнство (СМ). Использование суррогатного материнства сопровождается угрозами психическому и физическому здоровью всем участникам процедуры: и суррогатной матери, и потенциальным родителям, и ребенку. Суррогатная мать, вынашивая полностью генетически чужеродный плод, испытывает сильные физиологические реакции отторжения; после передачи ребенка родителям-заказчикам испытывает сильнейшую психологическую травму. Негативное влияние на психику потенциальных родителей связано с опасением за расторжение договора суррогатной матерью, или ее исчезновением, или причинением вреда ребенку своими действиями. Можно ли избежать негативных последствий СМ и для ребенка, получающего генетическое наследие от двух определенных лиц и вместе с тем кровь, питание, жизненное внутриматочное обеспечение от третьего лица — суррогатной матери?



Применение суррогатного материнства в разных формах нарушает кровнородственные связи: бабушка, тетья и т. д. в то же время

может быть мамой, давно умерший человек — отцом и т. п. Особое значение приобретает сохранение тайны происхождения ребенка с последующими травматическими последствиями узнавания тайны происхождения ребенка.

В настоящее время суррогатное материнство — это коммерческая сделка. Заключаемый возмездный договор включает не только оплату биологической способности к деторождению суррогатной матери, но и «цену» ребенка. Суррогатное материнство, как метод, сопровождающий ЭКО, является превращенной формой проституции и торговли людьми.

Суррогатное материнство — это явление с неизбежно отрицательными последствиями для всех участвующих в данной сделке: и для суррогатной матери, и для ребенка, и для потенциальных родителей, и для морально-нравственного состояния общества в целом.

### Шестая ступень

Технология ЭКО становится базовым основанием возможностей для генетического «улучшения» человека. «Благие идеи» редактирования генома связаны с возможными перспективами не только преодоления наследственных заболеваний, но и с возможностями заказа, выбора способностей будущего человека. Еще многое находится в проекте, но в России уже созданы технологические условия редактирования генома человека: создаются научные лаборатории и центры, совершенствуются генетические технологии, идет подготовка кадров. Но впереди реальных технологий — базовая идеология прав человека с требованиями удовлетворения прав на здоровье и прав на выбор свойств и способностей человека. С сомнением мы относимся к тому, что будут услышаны аргументы «против» редактирования генома. К их числу относятся:

- недопустимость уничтожения огромного числа человеческих эмбрионов как экспериментального материала для отработок методик редактирования генома человека;
- неизученность последствий внедрения в геном и всего диапазона рисков «редактирования»;



- опасности нарушения естественных законов человеческой природы;
- возрождение «духа» нацистской медицины с ее евгеническими принципами и правами на массовые эксперименты над человеческой жизнью как преступление против человечества;
  - уничтожение достоинства человека;
  - отсутствие правовой защиты от феномена «двух сторон медали» научного прогресса — благих надежд и их реальной контрпродуктивности.

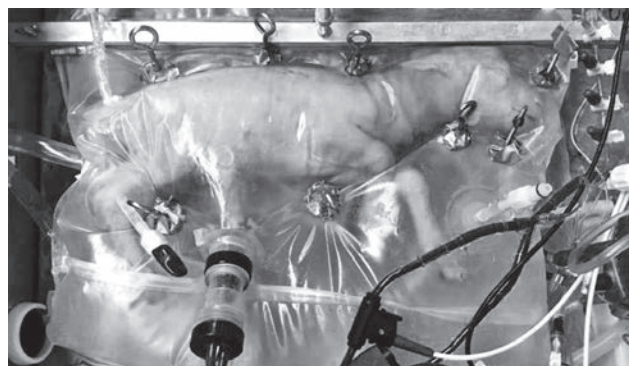


Базовое ЭКО — основа генетических проектов улучшения человека. Но еще более базовое основание всевозможных реконструкций человека и общества — впереди. Это — искусственная матка.

### Седьмая ступень

Прогресс не стоит на месте. Сегодня в мире среди биотехнологических лабораторий развернулась настоящая гонка по созданию искусственной матки. Ученым удалось создать прототип женского лона, полученный из клеток, взятых из организма женщин. Эмбрионы успешно приживаются, прикрепляясь к стенкам лабораторных маток, и начинают активно развиваться. Ученые называют свою разработку «биосумка» (biobag). Проекты технологий искусственного выращивания людей есть и у американцев, и у корейцев, и у европейцев. Революционным признан и эксперимент японского

профессора Есинори Кувабары: он создал искусственную матку и сумел вырастить в ней козленка. Большинство ученых мира полагают, что искусственная матка появится, причем в течение ближайших двух–трех лет. К благим задачам данных исследований относят возможность с помощью новых технологий иметь собственных детей всем женщинам, страдающим дефектом матки или ее недоразвитием. Искусственная матка поможет решить глобальную проблему преждевременных родов недоношенных детей. Согласно статистике ВОЗ, порядка 15 млн. детей каждый год умирают из-за недоношенности, а это один из десяти всех новорожденных. Порядка миллиона из них умирают сразу же, а те дети, которые выжили, могут страдать различными физиологическими или же умственными проблемами. Теперь процент таких детей может значительно вырасти. Сами же генетики полагают, что с помощью этих технологий то, что отвергла природа, сможет успешно нести свою ДНК в массы, слабые организмы получают возможность копировать себя и распространяться, блокируя работу эволюции по осуществлению естественного отбора. Что относится к этическим проблемам? Ко второй стороне медали, к контрпродуктивности и регрессивности подобных технологий?



*Внематочная система для физиологической поддержки недоношенного ягненка [2]*

Общество должно неизбежно столкнуться с явлением, когда само воспроизводство человека в искусственных условиях станет просто технологией и бизнесом. Это базисное бизнес-основание для того, чтобы дети из «биосумки» производились и не только в штучных количествах, но и серийно. Не-

избежно возникает идея о создании нового — «искусственного» — человечества, для воспроизводства которого уже будет не нужна традиционная семья и человек-родитель. При этом потенциально открываются огромные возможности для рынка черной трансплантологии.

За форматом преодоления естественного процесса беременности маячит появление в мире репликантов-андроидов — людей, вообще не имеющих биологических матерей. Преодоление материнства чревато максимальным расчеловечиванием личности. Материнство есть «геном» нравственности, отвечающий за сохранение человечности в человеческих отношениях. Жертвенная материнская любовь лежит в основе мира гармонии человеческих отношений. Искусственная матка — максимально эффективный катализатор аморализма и новых стандартов поведения.

## Заключение

За всеми перечисленными регрессивными ступенями прогресса прослеживается четкий эсхатологический смысл. Основанием, по которому история человечества в конце концов

завершится, будут «обменные процессы» в человеческом сознании. Они уже проявляются в отрицании морально-этических границ применения биомедицинских технологий, в отрицании моральной реальности человеческой культуры, в стремлении установить иной и новый прогрессивный (антихристианский) уклад бытия, навязать иной (антихристианский) строй и образ жизни, создавая и опираясь на новое прогрессивное законодательство.

Все происходит почти буквально по евангельскому завету: «Жало же смерти — грех, а сила греха — закон» (1 Кор. 16, 56). Движение по «наклонной плоскости» набирает скорость. Неизбежно, что несправедливый будет продолжать «делать несправедливое», нечистый будет продолжать скверниться. Но «справедливый да творит правду еще... Ибо время близко...» (Откр. 22, 11, 10).

## Литература

1. Соловьев З. П. Аборт // Вопросы социальной гигиены и здравоохранения. Избр. произведения. М.: Медицина, 1970. С. 133–134.
2. Partridge E. A., Davey M. G., Hornick M. A. et al. An extra-uterine system to physiologically support the extreme premature lamb // Nature Communications. 2017. V. 8. P. 15112. doi 10.1038/ncomms15112.

# НОВОСТИ

## РОСТОВ-НА-ДОНУ

**4 февраля 2018 г.** в храме преподобного Сергия Радонежского Новочеркаска на базе приходского семейного клуба «Одигитрия» прошла **встреча молодых родителей с представителями Общества православных врачей Ростова-на-Дону** — неврологом А. Н. Потеевой и аллергологом-иммунологом О. В. Грушкиной.

Живая дискуссия о здоровье детей с опытными специалистами помогла молодым родителям найти ответы на множество вопросов об иммунитете, закаливании, вакцинации и аллергии.

На встрече, которая традиционно прошла в неформальной обстановке за чашкой чая, присутствовали настоятель храма преподоб-

ного Сергия Радонежского протоиерей Евгений Маштанов и настоятель храма святителя Николая Чудотворца Ростова-на-Дону протоиерей Георгий Жилин.

**12 февраля 2018 г.**, в преддверии Дня православной молодежи и праздника Сретения Господня, в женской консультации № 1 Таганрога состоялась **встреча** клирика храма Всех святых **протоиерея Виктора Левченко с пациентками**. Беседа прошла по инициативе врача акушера-гинеколога Л. И. Чекалиной, участвующей в программе «Врачи за жизнь».

Протоиерей Виктор Левченко провел беседу с беременными и медперсоналом в рамках проводимого в Таганрогском благочинии психологического **доабортного консультирования в женских консультациях города**.

Священник рассказал беременным женщинам о том, когда зарождается душа человека, о молитвенной помощи, воспитании детей в любви и вере. Он подчеркнул, насколько важно появление новой жизни в семье и особую роль матери в ее развитии, ответил на многочисленные вопросы.

Встречи со священником в рамках «Школы молодой мамы» регулярно проводятся в женской консультации. Протоиерей Виктор Левченко более пяти лет духовно окормляет медицинское учреждение. Беременным женщинам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, оказывается духовная, психологическая и материальная помощь.

*Подготовлено по rostoveparhia.ru*

## **БАЛОВАТЬ ИЛИ НЕ БАЛОВАТЬ, УСТУПАТЬ ИЛИ НЕ УСТУПАТЬ БОЛЬНЫМ. ГРАНИ УТЕШЕНИЯ КАК НАСЛЕДИЕ ВЗГЛЯДОВ Е. С. БОТКИНА**

Лекция Евгения Сергеевича Боткина «Надо ли „баловать“ больных?», составленная в 1903 г., не утратила актуальности и в наши дни, потому что клинический процесс должен быть связан не только с хирургическим вмешательством или терапевтической коррекцией физиологических функций тела, но и с воздействием на душу человека.

О том, что означает «баловать больных» в современном мире, размышляет в своей статье протоиерей Сергей ФИЛИМОНОВ, доктор медицинских наук, профессор ПСПбГМУ им. И. П. Павлова и СПбГПМУ, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого). Автор благодарит за помощь в подготовке статьи доктора медицинских наук, профессора Г. Л. Микиртчян, заведующую кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.



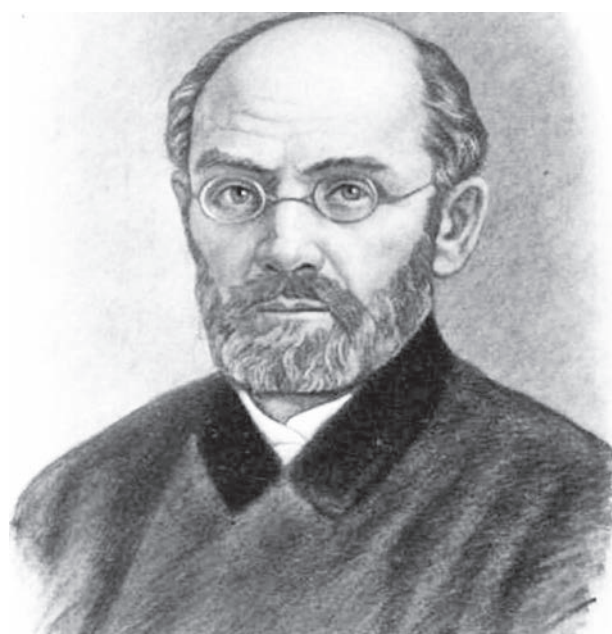
Выражение «баловать больных» можно понимать двояко. Баловать больного в положительном смысле означает создавать ему условия наибольшего благоприятствования, в зависимости от заболевания и окружающей обстановки, чтобы гармонично сбалансировать все душевные, духовные и телесные потребности пациента. В негативном смысле «балование» означает предоставление больному такого режима, который ведет не к выздоровлению, а к отрицательным результатам лечения и осложнениям. В этом случае баловать больного означает попустительствовать ему, потакать его распушенности и безответственности. «В таких случаях совершенно неприменимо слово „баловать“, — констатирует Е. С. Боткин. Врач не балует больного, — как сказали бы иные, — предоставляя свободу его больной воле, а просто неправильно лечит его, поступает во вред ему, как поступал бы неправильно, предоставляя свободу больному желудку варить все, что его хозяину покажется вкусным» [1].

«Балование» в позитивном смысле — это, с точки зрения Евгения Сергеевича Боткина, внимательное и чуткое отношение к больному и его родственникам, к заболеванию пациента и всем обстоятельствам его жизни. Требование «балования больного» и все связанные с этим рассуждения Евгения Сергеевича Боткина шли вразрез с идеологией корпоративного состава лечащих врачей конца XIX – начала XX вв., которые считали, что излишнее внимание к пациенту может привести к его распушенности и большим временным затратам на обследование и лечение. Повышенное внимание к больному и забота о нем воспринимались частью врачебного сообщества как излишек профессиональной деятельности, как ненужное, дополнительное, нерациональное использование своего рабочего времени и сил. Однако так считали не все. В своих рассуждениях и практике Евгений Сергеевич Боткин шел вслед за Сергеем Петровичем Боткиным и Григорием Антоновичем Заха-





С. П. Боткин



Г. А. Захарьин

рыным, которые настаивали на кропотливом опросе жалоб больного и внимательном изучении анамнеза для того, чтобы хорошо диагностировать и хорошо лечить. Различают два направления в терапевтической школе: боткинское и захарьинское. Если Захарьин настаивал именно на тщательнейшем опросе и довел его до совершенства, то Боткин сперва досконально обследовал больного, а потом так же подробно и внимательно собирал анамнез. В этом вопросе обе школы смыкаются. Профессор Г. А. Захарьин говорил, что верный диагноз на 90% зависит от того, насколько внимательно собраны жалобы и изучен анамнез больного. Кроме того, долгий внимательный опрос устанавливает доверительный контакт с пациентом, без которого лечение невозможно. «Значит ли, — спрашивает Е. С. Боткин, — что врач „балует“ больного, если он не жалеет своего времени и терпения на долгие расспросы и переговоры с ним, и не стремится ли он при этом только возможно добросовестнее исполнить долг свой?» [1].

Отметим еще один существенный момент. Евгений Сергеевич на рубеже XIX–XX вв. вкладывал в понятие «баловать больного» нечто иное, чем мы сейчас, в начале XXI в. Поэтому представляется важным соотнести концепцию Боткина с современными условиями, показать, что забота и внимательное отношение к боль-

ному, это «балование», как определяет он в своих лекциях, и есть настоящее человеколюбие, то есть естественное, нормальное, профессиональное отношение врача к пациенту.

Приложим боткинское требование «балования больного» к нашим реалиям. Баловать больного в условиях современного мира, высокотехнологичного, но часто бездушного, где слишком многое изменилось по сравнению с XIX в., можно совершенно по-другому. Сегодня это означает умение балансировать между необходимой строгостью в назначении лечения и проведении хирургического или инвазивного терапевтического вмешательства, с одной стороны, и разумными послаблениями, которое учитывают всю палитру жизни пациента, не переходя границу неразумного попустительства, с другой стороны. Это та золотая середина, о которой говорят святые отцы, — середина между недопустимым потворством и жестоким технологичным отношением к больному. Необходимо уметь балансировать между этими двумя крайностями, и тогда в лечении будет достигнут желаемый положительный результат. Поэтому, обсуждая тему «балования больного», мы ищем ту границу, которую врачу не следует переступать, — когда он утрачивает контроль над лечебным процессом, а пациент, используя современные интернет-технологии и юридические

инструменты, принуждает медперсонал исполнять собственные идеи, почерпнутые в социальных сетях и на популярных сайтах. Совершенно недопустимо, чтобы больной использовал врача как механического исполнителя своей воли сообразно собственным взглядам.

Мы рассуждаем здесь не только о православном враче, который молится за своих больных и заботится о них на основе христианской этики, но и о рядовом выпускнике медицинского вуза, который приступил к клинической работе, не освоив элементарных богословских понятий и не обретя христианского менталитета в отношении к больным. Любой медик, а не только христианин, должен обладать способностью позитивного психотерапевтического воздействия на душу пациента. Обязанность каждого, даже самого молодого практикующего врача — всячески поддерживать больного, а не провоцировать депрессию, усиливая уныние и отчаяние страдающего человека.

Известен случай из жизни Е. С. Боткина, когда он подошел к постели раненого солдата, который пребывал в угнетенном состоянии духа, и спросил, чего тому хочется. «Я желал бы жареных свиных ушек», — ответил солдат. Сейчас свиные уши подаются большей частью в китайских ресторанах, но в дореволюционное время это было очень распространенное блюдо. С точки зрения современной клинической практики, больной высказал сумасбродное желание — ведь существует определенная диета и общепольничная кухня готовит соответствующий стол для разных пациентов. Поэтому реакцию Е. С. Боткина можно назвать нестандартной. Несмотря на улыбки окружающего персонала, он тут же послал одну из сестер на базар за свинными ушками, велел их поджарить и подать больному, который и съел их с большим аппетитом. Вскоре он быстро пошел на поправку. Как расценить данный поступок Боткина? Безусловно, он это сделал в интересах больного. Он подарил пациенту положительный настрой и позитивные эмоции, что изменило течение заболевания, ускорив клинический процесс выздоровления.

**Клинический пример.** Пациентка поступила на оперативное лечение по поводу хронического гнойного полисинусита. Операция на околоносовых пазухах была выполнена в достаточно серьезном объеме. Хирургическое вмешательство проходило на фоне угнетения иммунитета и выраженной энцефалопатии. Операция прошла удачно, удалось сделать все, что было запланировано. Чтобы ускорить процесс выздоровления после операции, обычно предлагается пациентам быстрее социализироваться, и лечащий врач обычно разрешает пациентам при желании уходить на выходные домой. Однако пациентка попросила не переводить ее на дневной стационар и предпочла остаться в клинике, невзирая на скромные условия, достаточно простое питание и опасность больничной инфекции. Просьба была удовлетворена. Как выяснилось позже в разговоре с ее подругой, дома у пациентки была сложная обстановка, вследствие алкоголизма мужа не хватало средств, и жена постоянно недоедала. Поэтому было принято решение оставить ее в клинике, где больная получила возможность элементарно есть досыта. После выписки больной было необходимо усиленное питание в течение 3 недель, и сестры милосердия готовили еду и возили ей домой, чтобы она могла восстановить свои силы.

Мы считаем, что питание играет существенную роль в клиническом выздоровлении. Если больной питается неудовлетворительно, то даже хорошо проведенная операция может претерпеть неудачу из-за снижения неспецифической резистентности организма. Просьба пациентки остаться в стационаре могла бы показаться странной, но желание больного никогда не возникает на пустом месте.

Иногда мы «балуем» больного, не отпуская его домой, если домашняя обстановка не позволяет ему полностью восстановиться. Простой пример: никто из близких не считается с самочувствием матери, муж требует физиологического интимного удовлетворения, дети скачут по послеоперационным швам. В этом и подобных случаях пребывание в больнице дает возможность нормализовать нервную систему, выспаться, прийти в себя, после чего человек вновь готов исполнять свои семейные и служебные обязанности. Поэтому «побаловать больного», пойти навстречу человеку, который испытывает повышенные семейные

и рабочие нагрузки, не сразу его выписывать, дать возможность отдохнуть — это определенная помощь пациенту, которая позволит ему выйти из стационара физически окрепшим, отдохнувшим и душевно успокоенным.

**Клинический пример.** Пациентка с четвертой беременностью поступила на родовое отделение для сохраняющей терапии. В ходе обследования была выявлена выраженная анемия, дефицит массы тела (29 неделя беременности, 49 кг). По окончании курса сохраняющей терапии лечащий врач не стал выписывать пациентку домой, где ее ждали трое детей и соответствующие нагрузки, а настоял на переводе в санаторий для беременных на полтора месяца реабилитации не по медицинским, а по социальным показаниям. Понятно, что если бы это не было сделано, то через малое время все результаты лечения были бы сведены на нет.

Бывает и обратное, когда пациенту необходимо выходить на работу сразу после операции, иначе его уволят. В современных условиях такое случается нередко. Здесь врач не должен проявлять излишнюю строгость. Да, действительно, больной подвергается определенному риску, но эти риски оговариваются, больного предупреждают, чего он должен остерегаться в ближайший послеоперационный период. Ведь если человек потеряет работу, то придется констатировать, что процесс лечения закончился для его жизни неблагоприятно. В моей практике случалось, что поддержка в лечении привела к увольнению.

Врач всегда должен входить в положение своего пациента. Одной из врачебных ошибок является составление жестких рекомендаций тогда, когда без существенного ущерба для здоровья пациента врач может отклониться от общепринятых схем. Боткин утверждает, что «добросовестный врач... как истинный друг, выслушает пришедшего к нему, войдет во все мелочи бед его, поможет ему устранить их, поднимет дух его и поддержит тело его. Врач знает, что он этим не „балует“ больного, а исполняет лишь священный долг свой» [1]. Душевная компенсация физических нарушений может дать больному большое утешение и решить его жизненные проблемы. В таких случаях больной осознает себя личностью, к которой проявлены чуткость и уважение и чье достоинство не ущемлено.

**Клинический пример.** В клинику обратился пациент, в результате своей профессии страдающий нейросенсорной тугоухостью. Он был музыкантом, играющим на ударных инструментах. С течением времени хроническая акутравма привела к ухудшению слуха на высоких частотах. В будущем это грозило ему профессиональной непригодностью. Но работа в оркестре, учеба в консерватории и прочие обстоятельства жизни не позволяли ему в тот момент соблюсти врачебные рекомендации в полном объеме. С пациентом было обговорено, что со временем он перейдет на дирижерский факультет, чтобы избавиться от такого травмирующего воздействия на рецепторы слухового нерва. Но до тех пор он был вынужден временно продолжать свою деятельность в оркестре, чтобы не потерять работу, сохранить свой профессиональный уровень и связи и иметь возможность позже уйти на другой путь в своей специальности.

Другой клинический пример. За помощью в клинику обратился больной с полипозно-гнойным синуситом. Ему была проведена полисинусотомия. Через год произошел рецидив. Причины были профессиональные, пациент работал в аэропорту на чистке турбин, где нередко не соблюдались меры безопасности лор-органов — не использовались респираторы, так как дышать в них во время работы весьма затруднительно. Естественно, что токсичные продукты, содержащиеся в нагаре, поражали верхние дыхательные пути. Пациенту была повторно проведена хирургическая операция и рекомендовано со временем перейти на другую работу. Запретить ему трудиться на вредном производстве (хотя с врачебной точки зрения это было бы абсолютно обоснованно) означало лишить его семью хлеба насущного, так как он был отцом четверых детей и единственным кормильцем семьи.

Иногда в подобных ситуациях лечащий врач не вникает в особенности жизненной ситуации больного и реагирует достаточно агрессивно: «Если вы не будете соблюдать мои рекомендации, идите к другому доктору, я вас не приму». Однако подобный формальный подход травмирует душу пациента и не решает проблемы. «Отношение врача к окружающим больного тоже дает иногда повод к разговорам о том, что он „балует“ их. Стоит, однако, только прислушаться к ним, чтобы убедиться, до какой степени и здесь суждения субъективны. Вследствие присущей челове-



ческой природе любви и нежности к самому себе, — говорит Е. С. Боткин, — каждый считает за собой особое право на внимание, заботливость и снисхождение врача, и то, что больной или близкий ему человек относительно себя и своих признает лишь должным, примененное к другим он называет излишним баловством. Так, часто люди рекомендуют такое обращение с другими, какого сами никогда не потерпели бы» [1].

Лечащий врач всегда может постараться разрешить трудную ситуацию, войти в положение больного. В данном случае следует руководствоваться святоотеческим правилом и из двух зол избирать меньшее, а из двух возможных добродетелей большую. В данном случае меньшее зло — это временная потеря трудоспособности при сохранении средств к существованию. Иногда приходится принимать очень сложное решение: пойти ли на обоснованный риск с возможной угрозой жизни пациента, так как в сложившихся обстоятельствах больной не сможет выполнить все предписания, или действовать по формальной схеме, безопасной для врача.

**Клинический пример.** Больная с множественной узловатой фибромиомой матки, рецидивирующими кровотечениями. Показано срочное хирургическое вмешательство, гистерэктомия, поскольку имеется угрожающее жизни состояние. При оформлении информированного согласия уточняется, что при ухудшении состояния больная экстренно госпитализируется в ближайшее гинекологическое отделение. Женщина отказывается от операции, поскольку у нее на руках тяжелобольной супруг после стентирования коронарных сосудов с развившимися осложнениями. Лечащим врачом совместно с больной принято совместное решение отложить операцию и в течение трех месяцев консервативно корректировать ее состояние. За это время у супруга пациентки трижды наблюдалась клиническая смерть, затем положение улучшилось. По окончании согласованного срока консервативной стабилизации пациентке была проведена плановая операция с хорошим исходом.

Из последнего примера видно, что врач, пойдя навстречу пациентке, учел возможные риски для обеих сторон и грамотно продумал тактику решения проблемы с учетом возможных грозных ситуаций.

В правильное «балование» больного входит также предоставление ему возможности общения с родными и близкими. Мы часто ограничиваем его, говорим «нельзя», «режим не позволяет», но поддержка родного любимого человека душевно укрепляет пациента, что является важным фактором на этапе подготовки к операции. Сюда же входит и духовно-религиозная помощь, когда врач понимает ситуацию и старается, чтобы у постели больного оказался священник.

«Можно ли... сказать, — вопрошает Е. С. Боткин, — что, добросовестно исполняя свой священный долг относительно этих... больных, относясь к ним со всею заботливостью, на которую мы только способны, с искренней сердечностью, в которой они так нуждаются, — можно ли сказать, что мы их этим „балуем“?»

Нелегка задача врача в этом отношении при глубокой привязанности и сердечном отношении к больному со стороны его близких, но она еще безгранично усложняется, когда в семье больного царит печальный разлад. Значит ли тогда, что врач «балует» больного и его близких, если он старается поддержать в семье мир и спокойствие, если он позволяет больному отводить с ним душу, делиться с ним его горем, если он по мере сил пытается утешить, успокоить его и отстранить от него новые заботы и огорчения?

Как часто все физические недуги больного оказываются лишь последствием или проявлением его душевных волнений и мук» [1].

«Знакомство с душевным миром больного, — заключает Боткин, — не менее важно врачу, чем представление об анатомических изменениях и нарушении физиологических функций тех или других клеточек его тела, и уж, конечно, не путем холодных, официальных допросов приобретет он его, а лишь в терпеливой, искренно участливой и дружеской беседе с больным, помощью самого сердечного к нему отношения» [1].

## Литература

1. Лекции прив.-доц. С-Петербургской Медико-Хирургической Академии Е. С. Боткина, выпуск III / Сост. В. В. Тыренко. СПб.: Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), 2014.

## Святые отцы о причинах болезней

Бывает, что болезнь схватывает, чтобы пробудить душу заснувшую.

Сожалею очень, что ты так больна и так слаба, что едва бродишь. Немало удивляюсь, как твое крепкое здоровье и утвержденное многими годами вдруг изменилось так сильно. Поэтому советовал бы тебе поискать главных причин болезни, потому что в эти лета без особенных причин крепость телесная так скоро не изменяется. — Отыскавши какую-либо причину, последовать словам Апостола, который говорит: все являемое свет есть (Еф. 5, 13), — и не только свет, но и врачевство исцеляющее. А напротив, по словам святого Лествичника, язвы умолчанные нередко сотворяют смерть.

Жаль, что сестра твоя N., по-видимому, так неблагоприятно заболела чахоткою. Но Бог лучше нашего знает, что кому и когда полезнее. Мы любим друг друга по-человечески, а Бог милует нас, как Бог Всеблагий, и промышляет всячески о пользе нашей душевной. В этой болезни вообще люди получают мирную и христианскую кончину.

О брате твоём больном душевно и телесно скажу, что болезнь телесная ему на великую пользу. Если он умрет и чахоткою, не сожалею. Если болезнь чахоточная его не вразумит и не обратит к вере и к Богу, то ничто другое не может ему принести никакой пользы. А продолжение жизни с подозрительностью ко всем, сама знаешь, как мучительно, — и выразить неудобно. Чахотка или, вернее, чахоточное состояние многих обращало к Богу.

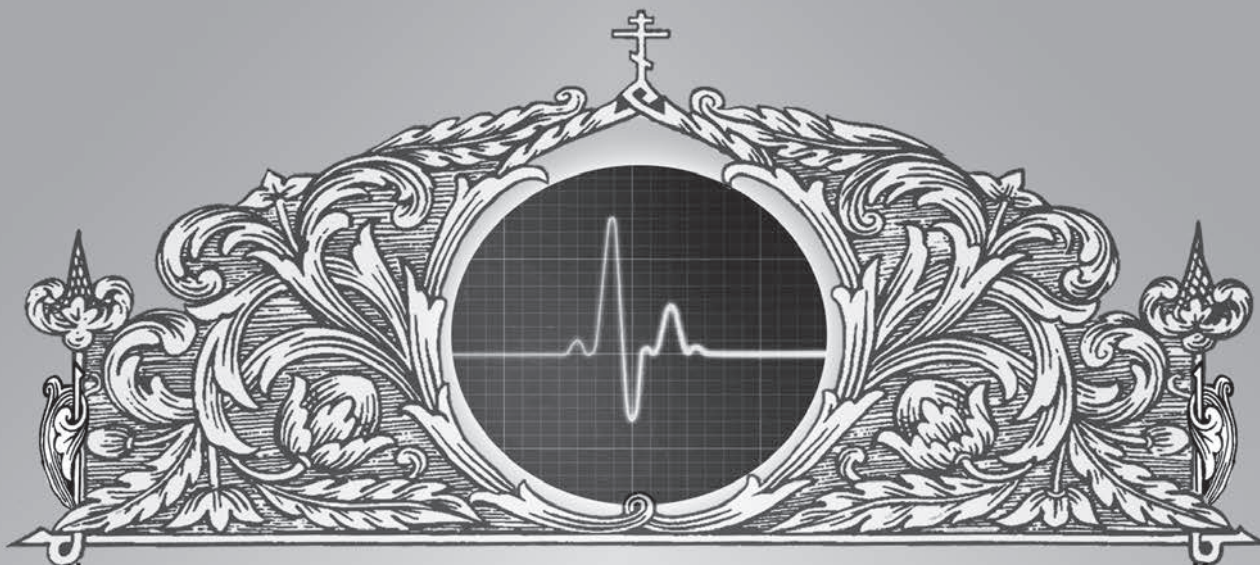
M. полечить медицинскими средствами можно. Только это едва ли поможет. Потому что здесь духовные причины. Первая, что он принял неправую сторону матери, а потому неправильно смущался. И думаю, что он за это подвергся наказанию. А может быть, есть еще одна или две причины духовные, о которых думать можно, а писать неудобно. И потому для него всего лучше чистосердечная исповедь и вразумление духовное. Скорбные искушения во всяком случае полезны. Сказано в псалмах: «егда убившие я, тогда искаху Его, и обращахуся, и утревваху к Богу» (Пс. 77, 34).

И всякая болезнь тяжела, кольми паче болезнь рака, но делать нечего, покориться этому следует. Бог лучше нас знает, кому какая пригодна болезнь для очищения страстей и согрешений. Не напрасно святой Ефрем пишет: «боли болезнь болезненне, да мимотечеши суетных болезней болезни». Сама знаешь, что болезнь эта большею частью происходит от тревожного состояния души...

*Прп. Амвросий Оптинский*

Любвеобильный Отец наш вся творит на пользу нашу: иногда телесными болезнями врачует душевные недуги, а иногда посылает болезни для испытания нашего терпения и для вящей награды душевными дарованиями, здесь или в будущем веке; и многие есть причины, кои мы постигнуть не можем. Кто бо испыта ум Господень?

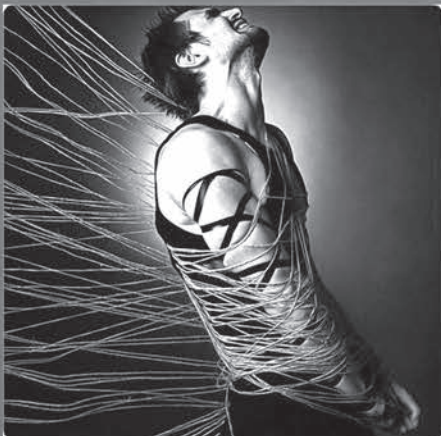
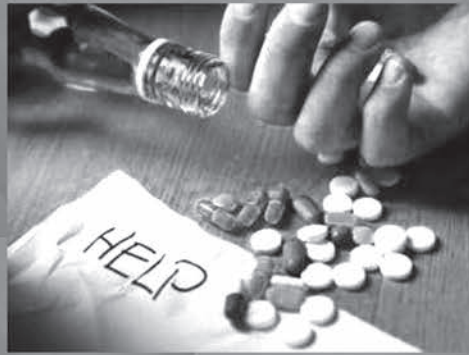
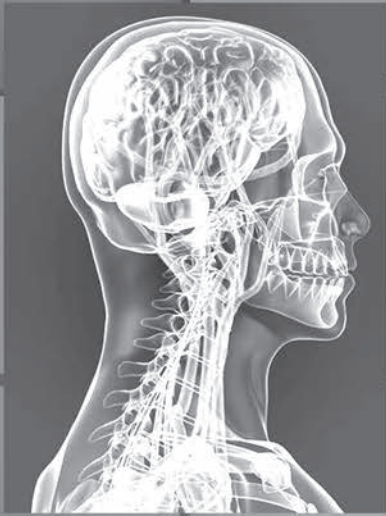
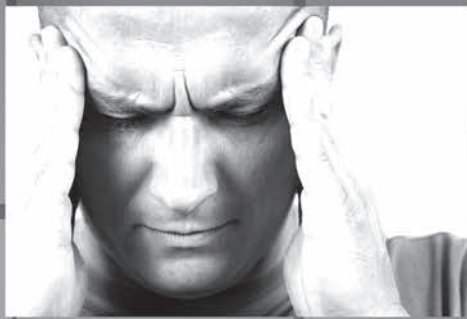
*Прп. Макарий Оптинский*



**ПРАКТИЧЕСКИЕ  
ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ  
МЕДИЦИНЫ**







# ФАКТОРЫ РИСКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА НАРКО- И ТОКСИКОЗАВИСИМОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА



Распространенность проблемы употребления психоактивных веществ приводит к необходимости комплексного подхода к ее решению с участием педагогов, психологов, наркологов, а также врачей общей практики. Базовым знаниям для медиков первичного звена о симптомах употребления и передозировки психоактивных веществ, способам оказания неотложной медицинской помощи посвящена статья члена правления Общества православных врачей Санкт-Петербурга, кандидата медицинских наук Татьяны Николаевны ГРИНЕНКО.



Основы общей врачебной практики были заложены в России еще такими великими клиницистами и учеными, как С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, Н. И. Пирогов и др. В дореволюционной России комплексный подход к оказанию помощи пациенту реализовывался через институт земских врачей. Широко известно изречение профессора Н. И. Пирогова «Лечите не болезнь, а больного». В советское время до 1950 г. диплом выпускника медицинского института давал право работать и терапевтом, и хирургом, проводить неврологический осмотр, обследование ЛОР-органов, глаз и т. д. К 70-м гг. XX в. победила концепция узкой специализации, которая с одной стороны привела к значительному повышению качества помощи в отдельных областях, но с другой стороны было утрачено видение врачом пациента в целом.

В августе 1992 г. вышел приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 237, регламентирующий права и обязанности врача общей практики, после чего медицинские вузы начали первичную и по-

следипломную подготовку по соответствующей специальности. В настоящее время врач общей практики (семейный врач) — это специалист, широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать первичную многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях. Одним из преимуществ такой формы первичной медицинской помощи является возможность комплексной оценки образа жизни пациента и всех членов его семьи, их личностных особенностей, семейного анамнеза, что в контексте ранней диагностики и своевременного лечения различных типов «зависимостей» играет очень важную роль.

Санкт-Петербург — первый город в России, где начали работу Центры общей врачебной практики в системе ОМС. Однако наибольшее развитие семейная медицина получила в системе добровольного медицинского страхования и частной практике: врачи общей практики ведут прием в таких известных клиниках, как «Скандинавия», «МЕДЕМ»,

медицинских центрах «Долголетие», «XXI век», «Династия» и многих других. Нередко своих «домашних» врачей имеют высокопоставленные и материально обеспеченные люди, в то же время статистика показывает высокий риск развития алкоголизма, наркотической зависимости у молодых людей из состоятельных семей.

С конца XX в. употребление психоактивных веществ во всем мире, в том числе в России, приняло масштабы эпидемии. По данным статистики последних лет в России, регулярно употребляют психоактивные вещества 5,99 миллионов человек, на медицинском учете состоит около 500 тысяч наркоманов, медицинские учреждения могут стационарно пролечить за год не более 50 тысяч человек [1]. Распространенность данной проблемы делает необходимым комплексный подход к ней с участием педагогов, психологов, наркологов, врачей и правоохранительных органов. Как правило, первые симптомы употребления психоактивных веществ остаются не замеченными педагогами и родителями, от которых молодые люди тщательно скрывают свое «увлечение», на ранних стадиях возникновения той или иной зависимости не обращаются они и к врачу-наркологу. Впервые такой пациент может попасть в поле зрения именно медиков первичного звена: терапевтов, педиатров, врачей общей практики, врачей «Скорой помощи», к которым он обращается с соматическими жалобами. В связи с этим для данной категории врачей имеет большое значение наличие базового уровня знаний первых симптомов употребления и передозировки психоактивных веществ, а также способов оказания неотложной медицинской помощи. Данная информация также может помочь родителям и педагогам вовремя распознать первые симптомы употребления психоактивных веществ подростком или молодым человеком и успеть предотвратить беду.

### **Факторы риска употребления психоактивных веществ**

*Биологические факторы* приводят к снижению переносимости интенсивных и/или продолжительных интеллектуальных и эмоциональных нагрузок:

- патология беременности;
- осложненные роды, родовые травмы;
- закрытые черепно-мозговые травмы (сотрясение, ушиб головного мозга);
  - любые тяжелые заболевания, протекавшие с нарушением кровообращения головного мозга, сознания.

#### *Социальные факторы:*

- воспитание ребенка в неполной семье, отсутствие родных братьев и сестер, постоянная занятость одного из родителей;
- отсутствие в семье установленных правил, четкой дисциплины, должного контроля над действиями ребенка;
- слабые социальные связи, несоблюдение семьей или друзьями норм социального поведения, попустительское отношение семьи и ближайшего окружения к насилию, злоупотреблению психоактивными веществами, негативному поведению;
- приобщение в раннем возрасте к «первичным наркотикам» (алкоголь, табак);
- наличие друзей, злоупотребляющих психоактивными веществами или являющихся жертвами насилия в семье;
- случаи насилия или употребления наркотиков в семье;
- недостаточная связь со школой, отсутствие интереса к учебе и работе, плохая успеваемость;
- легкий доступ к наркотикам;
- ранняя сексуальная активность, подростковая беременность;
- давление среды, влияние сверстников.

*Психологические факторы* — это особенности личности человека, которые ведут к снижению психологического барьера перед началом употребления наркотиков:

- ощущение собственной незначительности и ненужности;
- низкая самооценка и неуверенность в себе;
- недостаточный самоконтроль и самодисциплина;
- неспособность выражать свои чувства и реакции на самого себя, на других и на ситуацию;
- неспособность здраво рассуждать и делать здоровый выбор жизни;
- непонимание и неприятие социальных норм и ценностей.



Наиболее вероятный возраст вовлечения в наркотическую зависимость 15–24 лет, встречаются случаи раннего начала употребления психоактивных веществ (с 8–9 лет).

В ряде исследований [4] были выявлены наиболее частые мотивы первого употребления наркотических веществ несовершеннолетними (рис. 1).

### Классификация психоактивных веществ

К так называемым легальным психоактивным веществам относятся средства, не запрещенные законом к употреблению, хранению и распространению.

- никотин (табак, сигареты, папиросы, сигары);
- алкоголь (все напитки, содержащие этиловый спирт, пиво);
- кофеин (крепкий кофе, чай, кола, компонент энергетических напитков).

Незаконные психоактивные вещества способны воздействовать на психику человека с высоким риском развития болезненного пристрастия и входят в «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации».

1. Опиаты: натуральные и синтетические производные южно-азиатского снотворного мака (самые опасные в плане формирования зависимости наркотика): героин, маковая соломка, опий ацетилованный, опий сырец, метадон и др.

2. Каннабиноиды: наркотические вещества на основе алкалоидов индийской конопли (марихуана, гашиш, анаша, смола каннабиса и др.).

3. Кокаин: получают из листьев кустарника кока, известны такие его производные, как кокаиновая паста, крэк, спидбол.

4. Галлюциногены: ЛСД, псилоцин, псилобицин, экстази, грибы галлюциногенные.

5. Амфетамины: эфедрон, первитин, эфедрин, «спид (скорость)» — психостимулятор на основе амфетамина.

6. Ингалянты: ацетон, бензин, клей «Момент», лак для волос, средства от насекомых.

7. Насвай — никотиносодержащий продукт, наркотик на основе махорки или табака, представляет собой маленькие зеленые шарики или зернышки с неприятным запахом и вкусом.

8. Смеси курительные: спайсы (содержит каннабиноиды).

9. «Соли для ванн»: мефедрон, метилон, метилендиокси-пировалерон и пр.

10. Антидепрессанты и седативные препараты: барбитураты, бензодиазепины и др.

11. Наркотические лекарственные средства.

В клинической практике имеет значение разделение психактивных веществ по механизму действия:

- седатики (успокаивающие): транквилизаторы (снотворные) и вещества группы опиатов (морфий и героин);



- стимуляторы (возбуждающие): перветин («винт»), амфетамин, кокаин, кофеин и никотин;

- психодизлептики (галлюциногены): ЛСД, алкоголь (пиво, вино, водка).

Привыкание (зависимость) и вредное влияние на организм при употреблении так называемых «легальных», или «первичных», наркотиков развивается несколько медленнее по сравнению с истинными наркотическими средствами, но в итоге они оказывают не меньше негативных последствий для психического и физического здоровья человека.

Воздействие никотина на организм человека может быть:

- *немедленным*: чувство тревоги, а затем наступает релаксация, увеличение частоты сердечных сокращений и временное повышение артериального давления, иногда головокружение, тошнота и понижение аппетита;

- *отсроченным*: артериальная гипертензия, атеросклеротическая болезнь сердца, облитерация периферических сосудов, в основном нижних конечностей, хронический бронхит, онкологические заболевания легких и полости рта (при курении трубки и жевании табака), повышение толерантности к никотину и быстрое формирование зависимости от него.

Алкоголь накапливается в тканях головного мозга, алкогольная и пивная зависимости развиваются незаметно и быстро. На фоне хронического употребления алкоголя развивается также серьезная соматическая патология: хроническая алкогольная энцефалопатия и деменция, острые нарушения мозгового кровообращения, дилатационная кардиомиопатия, нарушения ритма сердца, стойкая артериальная гипертензия, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь, хронически панкреатит, алкогольная болезнь печени с исходом в цирроз и др.

Регулярное употребление кофеинсодержащих продуктов вызывает чувство тревоги, тахикардию, различные нарушения сердечного ритма, повышение артериального давления, тахипноэ, тремор пальцев рук и ног, нарушение сна, тошноту, рвоту, обострение язвенной болезни, глаукомы.

В последние годы в клинической практике все больше распространяется назначения

антидепрессантов, так называемых «таблеток счастья». По данным ученых Мельбурнского университета [5], из четырех тысяч лиц, недавно «познакомившихся» с героином, 40% принимали антидепрессанты.

Одной из разновидностей наркотической зависимости является токсикомания, которая возникает при употреблении токсикоманических (биологических, химических или лекарственных) веществ, вызывающих привыкание. Эти вещества юридически не являются наркотиками, так как не относятся Минздравом к разряду наркотических веществ и на них не распространяется действие уголовных актов, применяемых в отношении наркотиков. Однако влияние этих веществ не менее разрушительно для психологического и физического здоровья человека, причем зависимость наступает раньше и более выражена.

Многие истинные наркотические препараты являются жирорастворимыми токсинами. После попадания в организм они частично накапливаются в жировой ткани и обнаруживаются в ней даже спустя длительное время после отказа от приема наркотиков. Эти токсины продолжают оказывать отрицательное влияние на работу головного мозга, вызывают депрессию, усталость и сильную тягу к наркотикам, что провоцирует человека на новый прием наркотического вещества.

### Этапы и признаки постепенной наркотизации

Выделяют пять этапов постепенной наркотизации:

1. Единичное или редкое употребление наркотиков.

2. Многократное их употребление без признаков психической и физической зависимости, сопровождается появлением *синдрома измененной реактивности* — изменение формы потребления наркотика и формы опьянения от него, снижение толерантности к веществу, исчезновение защитных реакций при передозировке.

3. Наркомания 1-ой степени: *синдром психической зависимости* — психическое (обсессивное) влечение и способность достижения состояния психического комфорта в интоксикации.

4. Наркомания 2-ой степени: *синдром физической зависимости* — физическое (компульсивное) влечение, способность достижения состояния физического комфорта в интоксикации и абстинентный синдром.

5. Наркомания последней, 3-ей степени: *полная физическая и психическая деградация*.

Своевременное (в пределах первых двух вышеописанных этапов) выявление симптомов употребления психоактивных веществ и правильная тактика ведения таких пациентов дает шанс на полный отказ от их употребления в будущем.

В связи с этим для медицинского работника, а также родителей и педагогов важно знать **общие симптомы** употребления наркотических веществ.

*Внешние признаки:*

- как правило, бледность кожи, реже — покраснение лица;
- расширенные или суженные зрачки независимо от освещения (рис. 2);
- покрасневшие или мутные глаза, отрешенный взгляд;
- замедленная, невнятная, растянутая речь;
- плохая координация движений: неуклюжие и замедленные движения при отсутствии запаха алкоголя изо рта;
- внешняя неопрятность: сухие волосы, отекающие кисти рук, темные, разрушенные зубы, сутулая осанка;
- изменение аппетита, в том числе усиленная потребность в сладком, жидкости (сгущенка, печенье, шоколад, газировка);
- длительный немотивированный сон в непредусмотренное время;
- длинные рукава одежды всегда, независимо от погоды и обстановки.

*Поведенческие признаки:*

- увеличивающееся безразличие к происходящему рядом;
- уходы из дома и прогулы в школе;
- трудность в сосредоточении, ухудшение памяти;
- неадекватная реакция на критику;
- частая и неожиданная смена настроения;
- необычные просьбы дать денег;
- пропажи из дома ценностей, одежды и др. вещей;

- частые необъяснимые телефонные звонки с использованием сленговых выражений.



Рис. 2. Внешний вид зрачка в норме и при его патологическом сужении (миоз) или расширении (мидриаз)

*Признаки-«улики»:*

- следы от уколов, порезы, синяки;
- свернутые в трубочку бумажки, маленькие ложечки, капсулы, бутылки, пузырьки;
- явное стремление избегать встреч с представителями властей.

При этом имеется ряд специфических симптомов употребления разных групп психоактивных веществ.

Признаки наркотического опьянения веществами **опиатной группы** (героин, опий, маковая соломка и др.): зрачки резко сужены до точек и не расширяются даже в темноте, выраженная бледность кожи, движения почесывания, выраженная сонливость, вялость, расслабленность, угнетение моторики кишечника, запоры, поражения печени из-за низкого качества наркотиков (остатков уксусного ангидрида), сильное снижение иммунитета и подверженность инфекционным заболеваниям, импотенция, характерно очень быстрое (иногда после одного-двух приемов) возникновение сильной психической и физической зависимости.

Признаки употребления **психостимуляторов** (кокаин, амфетамин и др.): приподнятое настроение и повышенная активность вплоть до суетливости, глаза блестят, зрачки расширены и не сужаются даже при ярком свете, покраснение лица, возможны некоординированные резкие движения и судорожные подергивания мышц, растормаживается сексуальное влечение, раздраженность и агрессивность, нарушение сна. Однако общий осмотр и физикальное обследование пациента с предполагаемой наркотической интоксикацией далеко не всегда позволяют с



уверенностью установить факт употребления наркотиков. В этом случае задача врача-педиатра или терапевта в беседах с родителями подростка или молодого человека, избегая категорических утверждений, акцентировать их внимание на высоком риске появления наркологических проблем у ребенка и настоятельно рекомендовать проведение лабораторного исследования.

На первом этапе оптимальным является использование современных экспресс-тестов, которые свободно продаются в аптечной сети, обладают высокой чувствительностью и позволяют быстро получать сведения об употреблении наркотического вещества, даже если наркотик был употреблен за несколько суток и более (до 2–3 недель) до исследования. Для проведения теста достаточно 3 капель мочи, а вся процедура исследования занимает не более 5 минут. Существуют мототесты для выявления отдельных наркотических веществ (например, тест на опиаты), так и тесты для одновременного выявления нескольких групп наркотиков. В случае отказа подростка или молодого человека собрать анализ мочи существуют экспресс-тесты, позволяющие выявить следы наркотических веществ в пото-жировых выделениях, например с ладоней, в волосах и других биологических средах. Крайне важным для врача-педиатра или терапевта, врача «Скорой помощи» является своевременное выявление признаков *отравления психоактивными веществами (передозировки)*, которое возникает при употреблении внутрь токсических доз наркотических веществ и представляет угрозу для жизни пациента.

### **Отравление психоактивными веществами и оказание первой помощи**

Причины возникновения отравления психоактивными веществами:

- смешивание в коктейли различных наркотических средств (в том числе с алкоголем);
- увеличение дозы в результате привыкания (толерантности);
- увеличение дозы с целью суицида;
- избыточная кратность введения препарата;

- использование ранее неизвестного наркотика;
- использование наркотического препарата на фоне острого заболевания;
- использование наркотического вещества после длительного воздержания от приема наркотиков;
- при ошибочном приеме лекарственных средств.

Важно помнить, что смертельное отравление наркотиками в результате передозировки возможно не только у наркомана, но и у человека, впервые принимающего сильнодействующий препарат.

На первой стадии (*легкая степень отравления*) признаки отравления психоактивными веществами различаются в зависимости от основного характера действия наркотического вещества (табл. 1).

Определение вида отравляющего токсического вещества по клиническим и лабораторным признакам имеет принципиальное значение, так как большинство психоактивных веществ имеет свой антидот, своевременное применение которого облегчит борьбу за жизнь пострадавшего.

На более поздних стадиях различие симптомах отравления нивелируется, постепенная утрата сознания приводит к развитию комы I–III стадии, сопровождающейся потерей реакции на внешние раздражители, урежением частоты дыхания и сердцебиений, снижением артериального давления, сужением зрачков с отсутствием их реакции на свет, возможен спазм жевательных мышц, судороги, мышечный гипертонус. На более поздних стадиях снижается температура тела, развивается полиорганная (дыхательная, печеночная, почечная) недостаточность с исходом в отек легких и головного мозга. Около 80% пациентов в состоянии глубокой комы умирают в течение 6–12 часов.

Необходимо помнить, что начальная стадия отравления может быть очень кратковременной, и несмотря на внешнее относительное благополучие, пациент может быстро перейти в коматозное состояние. Поэтому крайне важное значение имеет грамотное оказание *первой доврачебной помощи* при отравлении наркотическими средствами:

**Признаки легкой степени отравления психоактивными веществами различных групп**

Передозировка психостимуляторами	Передозировка седативными веществами и антидепрессантами
<ul style="list-style-type: none"> <li>– паника, страх смерти;</li> <li>– двигательное возбуждение (пострадавший не находит себе места, мечется), тремор кистей рук;</li> <li>– галлюцинации разного вида;</li> <li>– повышение артериального давления (вплоть до развития острого нарушения мозгового кровообращения при передозировке кокаином);</li> <li>– сильная пульсирующая головная боль;</li> <li>– давящая боль в грудной клетке;</li> <li>– учащенный пульс;</li> <li>– влажность кожи, покраснение лица;</li> <li>– расширение зрачков;</li> <li>– выделение пены изо рта, тошнота, рвота</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– выраженное расслабление мускулатуры: замедленность движений, пребывании в неподвижном состоянии, часто в определенной позе — «на корточках»;</li> <li>– нарушение речи (невнятное произношение);</li> <li>– частичное нарушение сознания (сонливость, сопор);</li> <li>– медленное поверхностное дыхание;</li> <li>– снижение артериального давления;</li> <li>– урежение частоты пульса;</li> <li>– бледность и сухость кожи, посинение губ и кончиков пальцев (акроцианоз);</li> <li>– сужение зрачков (булавочная головка, «маковое зернышко», «точечный зрачок»);</li> <li>– тошнота, рвота</li> </ul>

1. В первую очередь необходимо срочно вызвать скорую помощь!

2. Уложить пострадавшего удобно, чтобы не было компрессионного сдавления частей тела.

3. Повернуть голову набок, под голову положить подушку или валик из одежды, расстегнуть одежду для обеспечения свободного доступа свежего воздуха (рис. 3, а).

4. При наличии сознания необходимо организовать промывание желудка: напоить пострадавшего большим количеством теплой воды, солевым раствором и вызвать искусственную рвоту, при этом должен быть обеспечен наклон туловища вперед для профилактики аспирации рвотных масс (рис. 3, б).

Промывание желудка показано при любом пути введения наркотического вещества, так как даже при парентеральном его употреблении часть выделяется через слизистую желудка и подвергается повторному всасыванию, дополнительно отравляя организм человека.

5. Дать пострадавшему любой энтеросорбент (активированный уголь, энтеросгель, полифепам, лактофильтрум, смекту), затем напоить горячим сладким чаем.

6. Проводить профилактику потери сознания: периодически подносить к носу ватный тампон, смоченный в нашатырном спирте.

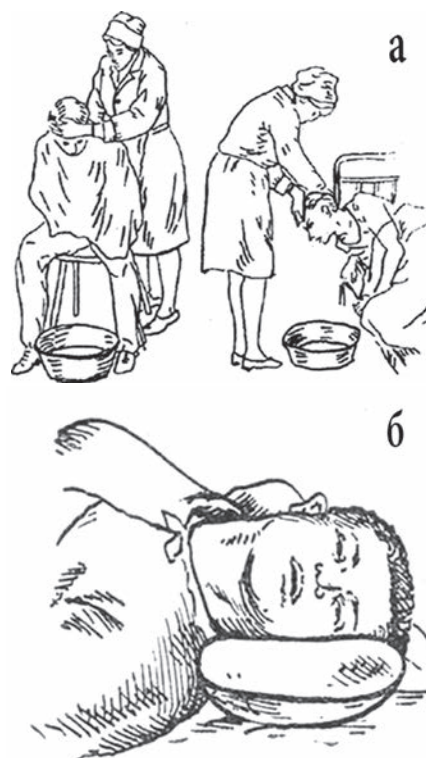


Рис. 3. Правильная укладка пострадавшего пациента (а), правильное положение пациента при рвотном рефлексе (б)

7. Следить, чтобы человек не навредил себе, если он находится в возбужденном состоянии.

8. Если до приезда медиков у человека появились признаки клинической смерти: отсутствует пульс на сонных артериях и нет

дыхания, нужно незамедлительно начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких с периодичностью 15 толчков движений на 2 продуктивных вдоха.

NB! При оказании первой помощи необходимо помнить, что пациенты с наркоманией как правило, являются носителями различных вирусных инфекций, передающихся через кровь — гепатита В и С, ВИЧ.

Отравление наркотическими веществами чаще всего протекает остро и в большинстве случаев такие пациенты нуждаются в продолжении экстренного лечения в стационарных условиях под наблюдением врача-токсиколога или нарколога. В посткоматозном состоянии, а также при отмене употребления психоактивных веществ развивается синдром абстиненции.

Признаки абстинентного синдрома («ломки»):

1. Гриппоподобное состояние (насморк, ломота в мышцах, суставные боли, повышенная потливость, нарушенный сон или полное отсутствие сна, двигательное возбуждение (человек не может найти себе место), кашель.

2. Признаки отравления (диарея, рвота, головная боль).

На вопрос «Что болит?» могут последовать ответы: «Простыл», «Отравился», «Болят руки и ноги»

Наркотические отравления и длительный прием психоактивных веществ провоцируют серьезные *расстройства психики*, которые требуют длительного периода лечения и реабилитации, и после выписки пациента осуществляются в психоневрологических диспансерах и специальных реабилитационных центрах. Однако перенесенное отравление и/или длительное употребление психоактивных веществ может стать причиной развития целого комплекса *соматических заболеваний*. Своевременная диагностика этих заболеваний и грамотное составление плана лечения таких пациентов с привлечением узкопрофильных специалистов также находится в компетенции врача первичного амбулаторного звена (педиатра, терапевта, семейного врача).

Среди заболеваний внутренних систем и органов у нарко- и токсикозависимых лиц лидирующей является патология централь-

ной и периферической нервной системы: очаговые поражения головного и спинного мозга: полный или частичный паралич, или парез, нарушение речи, снижение памяти и интеллекта, периферическая полинейропатия. Также постепенно проявляются и прогрессируют такие соматические заболевания, как токсическая кардиомиопатия, нарушения ритма сердца, бактериальный эндокардит (для в/в пути введения наркотического вещества специфичен эндокардит трехстворчатого клапана), хронический бронхит, онкологические заболевания полости рта и верхних дыхательных путей (преимущественно при употреблении курительных смесей, насвая), токсический гепатит, язвенная болезнь, хроническая болезнь почек с клинически значимым нарушением ее функции. Присоединение инфекционных заболеваний, таких как гепатит В и С, ВИЧ-инфекция, туберкулез, значительно отягощает течение и прогноз патологии внутренних органов у наркозависимых лиц.

В плане профилактики развития различных вариантов зависимостей в компетенцию врача-терапевта, семейного врача входит своевременное информирование пациентов о правилах здорового образа жизни: необходимости соблюдения режима труда и отдыха, диеты, достаточной физической активности, вреде курения, употребления алкоголя и других психоактивных веществ. В целом, альтернативой наркотического «кайфа» является все, что помогает развиваться индивидуальности человека, способствует его самоопределению как личности, духовному развитию.

## Литература

1. Гофман А. Г., Яшкина И. В., Понизовский П. А., Кожина Т. А. Алкоголизм и наркомания в России // Наркология. 2016. № 2. С. 6–12.
2. Винникова М. А., Шахова С. М. Клинические проявления и общие подходы при синдроме зависимости от синтетических каннабиноидов («Спайс») // Наркология. 2016. № 4. С. 34–43.
3. Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркология: рук. для врачей. Москва: МИА, 2008. С. 245–252.
4. Афанасьев В. В., Петрова Н. В., Бузанов Д. В., Великова В. Д. Скорая медицинская помощь при отравлении спайсами // Скорая медицинская помощь. 2017. № 1. С. 64–68. doi.org/10.24884/2072-6716-2017-18-1-64-68.
5. Бохан Н. А., Мандель А. И., Иванова С. А. и др. Старые и новые проблемы наркологии в контексте междисциплинарных исследований // Вопросы наркологии. 2017. № 1. С. 26–62.



# СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ВЕГЕТОДИСТОНИЯ): ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ



О состоянии, когда человек чувствует себя больным при отсутствии явных патологических признаков, — соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы повествует в своей статье Татьяна Владимировна РЕШЕТОВА, доктор медицинских наук, профессор Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова.



После смерти профессора А. М. Вейна, известного московского невролога, вегетолога, работ, исследующих клинику, лечение нарушений вегетативной нервной системы, стало очень мало. Надо было обладать отвагой А. М. Вейна, чтобы, изучая этот огромный симптомокомплекс, «ничейную землю» на стыке терапии, неврологии, психиатрии, эндокринологии и еще очень многих дисциплин, постоянно вызывать на себя огонь своих оппонентов, потому что все перечисленные синдромы легко возникают и трансформируются при самых разных заболеваниях. До сих пор в этой области много неизвестного, нет четкой классификации, нет стандартов лечения, нет даже общепринятой терминологии. Но есть пациенты, которым от этой медицинской путаницы отнюдь не легче; и обследовать и лечить их надо уже сегодня.

**Чем детерминировано расстройство вегетативной (автономной) нервной системы?** Психика не эквивалентна центральной нервной системе (ЦНС). Психические феномены не всегда детерминированы материально; психика отличает истинно патогенный стимул от воображаемого. А ЦНС не различает и реализует весь вегетативный аккомпане-

мент воображаемой ситуации (которая человека, например, пугает, хотя и не происходит в реальности). При соматоформной перманентной дисфункции вегетативной нервной системы стрессового генеза (так по МКБ10 называется вегетодистония), психика не справляется с напряжением стресса и оно канализируется по нижележащим отделам нервной системы, вплоть до самых дистальных, расположенных непосредственно в органах и системах. Феномен реверберации (движение болевого импульса не только в конкретную зону представительства в коре головного мозга, но и распространение его на близлежащие отделы) объясняет механизм возникновения, например, хронического болевого расстройства: затронут гипоталамус — возникает весь спектр вегетативного аккомпанеента боли.

Эти явления издавна интересовали врачей. Подавленные сильные чувства или хронически подавляемые эмоции приводят к такому же феномену — канализации напряжения на нижележащие отделы. З. Фрейд писал: «К несчастью, подавленные эмоции не умирают. Их заставляют замолчать, но они продолжают влиять на человека изнутри. Образование

симптома это замена тому, чему появиться непозволительно. Конверсия — прыжок из психики в соматику» [4]. Одним из ключевых моментов для такого психосоматического переключения является наличие у человека алекситимии. Эта характеристика предполагает, что у человека имеются сильные эмоции. Он не только не проявляет их, но и не рассказывает об этом. Словарный запас есть, но есть сдерживающее поведение предрасположенность к перепутыванию своих чувств и телесных ощущений. По меткому замечанию Фрейда, «будильником для таких пациентов является язык органов» [4]. Алекситимия — фактор риска и вегетативной дисфункции, а не только психосоматических болезней.

**Алекситимия** (от др.-греч. ἀ- — приставка с отрицательным значением, λέξις — слово, θυμός — чувство, буквально «без слов для чувств») — психологическая характеристика личности, включающая следующие особенности:

- затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей;
- затруднение в различении эмоций и телесных ощущений;
- снижение способности к символизации, в частности к фантазии;
- фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям;
- склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций.

В настоящее время общепризнанно, что конверсия может быть не только истерической, она свойственна также многим психосоматическим расстройствам. К «малой психосоматике» сейчас традиционно относят и вегетодистонию.

В Расписании болезней Положения о военно-врачебной экспертизе № 123, утвержденном постановлением Правительства РФ от 25.02.2003 есть термин «нейроциркуляторная астения», по клинической сути соответствующей вегетативной дистонии. Например, в статье 47 Расписания болезней говорится о наличии у призывника стойких кардиалгий, сопровождающихся выраженными вегета-

тивно-сосудистыми расстройствами, стойкими нарушениями сердечного ритма при безуспешности повторного стационарного лечения. Диагноз признан достаточно серьезным, чтобы повлиять на службу в армии.

Советский кардиолог Н. Н. Савицкий в 1954 г. ввел термин «нейроциркуляторная дистония» и ее три варианта: гипертонический, гипотонический и кардиальный типы. Название прижилось, однако ненадолго, поскольку не только сердечно-сосудистая и вегетативная нервная системы вовлечены в патологический процесс. А. М. Вейн писал: «Нейроциркуляторную дистонию, отражающую неустойчивость артериального давления, лабильность пульса, нарушение вегетативной регуляции сердечных сокращений правильней считать лишь одним, хотя и наиболее постоянным компонентом вегетодистонии. Нейроциркуляторная дистония является лишь частью вегетативной дистонии, а врач, поставивший подобный диагноз, не заметил более широкого вовлечения в процесс вегетативной дисрегуляции других систем организма, либо не придал этому значение» [1].

Вегетативная дисфункция — чаще всего синдромный диагноз, поэтому всегда хорошим тоном считается распознать и лечить и основное заболевание.

Любимый возраст нейроэндокринной нестабильности: пубертат, климакс, старость. Любимый пол — женский. При этом могут быть или не быть признаки острого или хронического стресса, однако «стрессопланктон» особенно при алекситимии всегда является прогностически более худшим признаком.

**Стрессопланктон** — постоянные мелкие, но многочисленные повседневные стрессы, чьи слабые, но ядовитые «укусы» незаметно подтачивают здоровье.

Этиологический аспект вегетодистонии предполагает три основных источника, от которых чаще всего стартует расстройство [3]. При вегетативной дисфункции 1 типа (тревожного, агрессивного, депрессивного и др. эмоционального происхождения) происходит функциональная разобщенность деятельности полушарий, сглаженность межполу-

шарной активности, активация правого полушария. Поэтому так важно не принимать серьезных решений в состоянии стресса. Самые ригидные вегетативные дисфункции имеют место при психиатрических заболеваниях: эндогенной депрессии, органических заболеваниях головного мозга, наркоманиях, шизофрении.

При вегетативной дисфункции 2 типа есть конституциональная гипоталамическая недостаточность (генетическая или вследствие перинатальной патологии). Стресс («стрессопланктон») = триггер субкомпенсированного состояния.

При вегетативной дисфункции 3 типа триггером является периферическое раздражение, например блуждающего нерва при почечной колике (и тогда классическая клиническая картина усложняется проявлениями вагоинсулярного криза), или раздражением шейного симпатического нервного сплетения вокруг позвоночной артерии при остеохондрозе (тогда стандартная болевая клиника дегенеративного заболевания сопровождается учащением пульса, повышением артериального давления, поллакиурией, дрожью и т. д.).

Факторов, влияющих на вегетодистонию, помимо перечисленных еще достаточно много, например экологический: если в окружающем воздухе много веществ в предельно допустимых концентрациях, в сумме они работают, как триггер вегетодистонии.

В Международной классификации болезней (МКБ10) вегетодистонию можно найти в 2 разделах: в нервных болезнях и в психических [2].

Соматоформные расстройства F45:

- F45.0 — соматизированное расстройство. Масса ощущений и симптомов (без адекватного объяснения более 2 лет, множественное психосоматическое расстройство);
- F45.2 — ипохондрическое расстройство. Озабоченность возможностью заболевания (искаженная внутренняя картина болезни);
- F45.3 — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы;
- F45.4 — хроническое соматоформное болевое расстройство (без адекватного объяснения; психалгии без депрессии, психогенные боли, чаще всего — в спине и голове).

**Критерии достоверного диагноза соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы F45.3:** симптомы вегетативного возбуждения — сердцебиение, пот, тремор, покраснение носят хронический характер и беспокоят; субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе — метеоризм, спазмы кишечника, колебания менструального цикла  $\pm 4-7$  дней; озабоченность и огорчения по поводу возможного серьезного (но не определенного, не распознанного врачами) заболевания. Главное, что при этой клинической картине отсутствуют данные о морфологическом нарушении органа или системы.

Однако страховые компании диагнозы под грифом F оплачивают врачам психиатрам, психотерапевтам, невропатологам. Остальные специалисты вынуждены шифровать диагноз под грифом G, из раздела «нервные болезни»:

- G90.8 другие расстройства вегетативной [автономной] нервной системы.
- G90.9 расстройство вегетативной [автономной] нервной системы неуточненное.

Имеются два аспекта диагностики соматоформных расстройств вегетативной нервной системы:

- 1) повышение уровня interoцептивных ощущений (необходима дифференциальная диагностика с соматическими болезнями);
- 2) их неверная интерпретация, переработка с искаженной внутренней картиной болезни (необходима дифференциальная диагностика с ипохондрическими и тревожными расстройствами любого генеза). Вегетодистония диагностируется методом исключения.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы: F45.3 включает бывшие «неврозы органов», «системные невроты» и проявляется следующими синдромами:

- *сердечно-сосудистая система* F45.30 — синусовые тахикардии, кардиалгии, синдром Да Коста, нейроциркуляторную дистонию, несистемные головокружения, ощущения неустойчивости;
- *пищеварительная система:*
  - F45.31 — диспепсические расстройства верхних отделов: тошнота, рвота, сухость во рту, отрыжка, аэрофагия, икота;



- F45.32 — расстройства в нижних отделах: метеоризм, дискинезии кишечника: запоры, поносы;
- *респираторная система* F45.33 — гипервентиляционные расстройства: ощущение нехватки воздуха, чувство неполного вдоха;
- *мочевыводящая система* F45.34 — полиурия, полиурия, императивные позывы и дизурия психогенного характера [2].

Клинически у пациентов наблюдаются жалобы двух типов:

1) объективного вегетативного дисбаланса (потливость, субфебрилитет, сердцебиения, дрожь, бледность-покраснение кожи и т. п.);

2) субъективных ощущений: жжения, тяжести, распирания, болей и спазмов в определенных местах, которые *сам больной и считает причиной своих бед*.

У большинства больных вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы имеет место гиперкинетический тип гемодинамики, может быть повышение сердечного выброса при отсутствии физиологически адекватного ему, снижения общего периферического сопротивления.

Хорошо, когда есть критерии исключения: при нейроциркуляторной астении (из Распирания болезней) практически никогда не бывает депрессии сегмента ST на ЭКГ, характерных для коронарной недостаточности.

Несистемное головокружение в клинике расстройств сердечно-сосудистой системы F45.30 соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы наблюдается значительно чаще, чем системное. Оно не связано с поражением самой вестибулярной системы, нет головной боли, снижения слуха, тошноты, рвоты. Несистемное головокружение бывает в предобморочном состоянии проявляется ощущением дурноты, общей слабости, тошноты, холодным потом, предчувствием падения или потери сознания (которых не происходит). Причины его чаще всего — гипервентиляционный синдром (психогенной природы), ортостатические гипотензии; головокружение в предменструальном синдроме, при гипотонии, после простуды, на фоне соматических заболеваний, анемии.

Что делать? — успокоиться, постараться избежать паники, чтобы не добавлять еще и тревожного головокружения. Сфокусировать взгляд на определенном предмете найти удобное положение, не закрывать глаза, измерить артериальное давление.

«Нейрогенная гипервентиляция» — чаще всего симптом тревоги. Она включает:

- одышку психогенной природы;
- психогенный кашель («выразительное средство невербальной коммуникации» — писал об этом А. М. Вейн [1];
- «синдром пустого дыхания», потеря автоматизма, мышечно-тонические расстройства, нормокальциевая тетания, парестезии, газовый алколоз).

Простейшая мера коррекции гипервентиляционного синдрома вегетативного генеза — дыхание в мешок или методика Бутейко.

Соматоформная вегетативная дисфункция нижних отделов пищеварительной системы (*бывший «невроз кишечника»*) — трудный диагноз, так как одна и та же клиника может быть обусловлена разными причинами, генерализованным тревожным расстройством, соматоформной вегетативной дисфункцией нижнего отдела пищеварительной системы или синдромом раздраженной кишки (СРК), который сейчас уже не относят к обратимым, стрессогенным, чисто функциональным расстройствам. У 87% СРК имеется коморбидная психопатология, а также феномен психосоматического балансирования: чем выраженнее объективная патология в кишке, тем меньше уровень невротизации [3].

У 48,7% больных СРК в кишке при эндоскопии, цито-гистологическом исследовании не было выявлено никакой объективной патологии, т. е. реально это были больные с перманентной вегетативной дисфункцией нижнего отдела пищеварительной системы.

Как формируется СРК? Почему после банальной острой кишечной инфекции одни поправляются без лечения и диеты, а у других людей, имеющих генетическую предрасположенность (определенный тип нервной системы, тип микрофлоры в кишке, сензитивность клеточных рецепторов) — возникает СРК?

Стенка кишки содержит эндокринные клетки, нервы. Низкоактивное воспаление в стенке кишки негативно влияет на продук-

цию медиаторов и цитокинов. В зоне поражения повышается висцеральная чувствительность, появляется болевой синдром.

При вегетативной дисфункции обязательно бывают нарушения сна (десинхроноз, трудности засыпания, снижение глубины и длительности сна, преобладание неглубоких стадий сна над медленноволновой фазой). Человек жалуется на сон, не приносящий отдыха, с постоянными сновидениями.

Астения, и тревога, и депрессия сопровождаются мощной вегетативной дисфункцией (в виде синдрома). Дифференциальная диагностика тревожной (астенической, депрессивной) или самостоятельной вегетодистонии очень трудна, но необходима для патогенетического лечения.

**Комплаенс** (англ. *compliance* — согласие, соответствие) в медицине — добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения, приверженность лечению:

- пациент вовремя принимает лекарство;
- принимает его в полной дозе;
- соблюдает рекомендации по диете и образу жизни;
- не говорит при этом, что его лишили последней радости в жизни.

К признакам того, что помимо основного заболевания, у пациента есть сопутствующая тревога, осложняющая и клинику, и лечение, относятся следующие:

1. Неудовлетворительный комплаенс без видимых причин (у пациента не наблюдается алкоголизм, деменция и т. п.).

2. Тревожная когнитивная дисфункция (снижение оперативной памяти, внимания).

3. Толстая медицинская карточка, а реальных болезней — мало.

4. Вызовы врача, скорой помощи без особой необходимости.

5. Наличие у пациента различных диагнозов функциональной патологии при нормальных ЭКГ.

6. Плохо работают реально принятые провенные соматические лекарства.

Порой важно просто спросить, чего хочет больной.

Желание убрать неприятный симптом естественно для любого пациента, обратившегося за

помощью. Однако если пациент стремится помимо этого еще и убедиться, что у него нет «ничего страшного»: досконально обследоваться, снять ЭКГ и пр. — это свидетельствует о тревоге.

Для понимания трудностей дифференциальной диагностики стрессогенной и самостоятельной вегетодистонии рассмотрим подробнее критерии генерализованного тревожного расстройства [2]:

1. Напряженное ожидание плохого: «Что-то случится!». Неадекватное беспокойство по поводу жизненных обстоятельств более 6 месяцев.

2. Беспокойство, не связанное с физиологическим эффектом (кофе, анксиогенных лекарств), расстройствами организма (тиреотоксикоз).

3. Наличие не менее 6 малых критериев:

- несистемное головокружение;
- поллакиурия без цистита;
- потливость, холодные руки;
- приливы жара или холода;
- тошнота, диарея, спазмы и боли в животе;
- чувство неполного вдоха;
- тремор, подергивания;
- спазмы или ком в горле.

Сравним перечисленные симптомы с критериями вегетативной дисфункции, также по МКБ10 [2]:

- гиперемия, бледность кожи;
- тахи- или брадикардия (в пределах 50–90 в 1 мин);
- нестабильное артериальное давление (до 140/90);
- кардиалгии, боли в области соска слева (не за грудиной);
- потливость;
- похолодание рук;
- диарея-запоры до 48 часов;
- сухость во рту;
- субфебрилитет;
- учащенное мочеиспускание;
- абдоминальные боли;
- пульсирующие головные боли;
- нарушение потенции;
- мелкое дрожание пальцев;
- ощущение неполного вдоха.

При дифференциальной диагностике с тревожными расстройствами, (где вегетодистония — синдром) важно помнить, что при

тревоге наблюдается миграция симптомов без привязки к какому-то органу или системе, а также — преобладание психического компонента над вегетативным дисбалансом. Пациенты нередко сообщают, что физические упражнения снижают их вегетативную дисфункцию (это аргумент в пользу ее тревожного происхождения).

Доводы в пользу самостоятельности вегетативной дисфункции (вследствие резидуальной органической патологии центральной нервной системы, травм головы, энцефалопатий или перинатальных расстройств — это плохая переносимость: духоты, беременности, толпы, укачивания, бани, алкоголя).

Общепринятым в мире инструментом для выявления тревоги и депрессии является госпитальная шкала тревоги и депрессии (табл. 1).

Сумма всех баллов «Т» более 11 = вероятна повышенная тревожность.

Сумма всех баллов «Д» более 11 = вероятна депрессия.

8–10 баллов — группа риска. Менее 7 баллов по любой шкале — норма.

Последствия стресса у современного пациента истощают его гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось и провоцируют реализацию вегетативной дисфункции.

При расспросе пациента врач увидит черные круги под глазами, вегетативную дисфункцию, истощаемость. При астении всегда наблюдается перегрузка гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, а это способствует формированию вегетодистонии.

А. М. Вейн писал: «Реактивность у больных не повышена (о чем свидетельствуют адреналиновые-инсулиновые пробы) и не понижена (о чем свидетельствуют кожно-гальванический рефлекс, сосудистый тонус), а извращена: т. е. нарушен паттерн целостных реакций» [1]. Нестабильность паттерна чаще клинически проявляется избыточной симпатикотонией или + парасимпатикотонией, (парасимпатическая недостаточность растет после нагрузки, это дифференциальный признак).

Диагностические тесты для оценки деятельности вегетативной нервной системы достаточно просты и информативны [1].

Вегетативный индекс (ВИ) Кердо рассчитывается следующим образом:

$$ВИ = (1 - ДД : ЧСС) \times 100,$$

где ДД — диастолическое давление, ЧСС — частота сердечных сокращений.

ВИ > 1 при симпатикотонии, ВИ < 1 при парасимпатикотонии.

Ортоклиностагические пробы — экспериментальное выявление реакции организма на переходы из горизонтального в вертикальное положение и из вертикального в горизонтальное. Считаются значимыми изменения пульса более, чем на 10–12 ударов в минуту.

Симпатикотония:

- ортостатические пробы (встать) — пульс ускорен;

- клиностагические пробы (лечь) — пульс замедлен.

Парасимпатикотония:

- ортостатические пробы (встать) — пульс замедлен;

- клиностагические пробы (лечь) — пульс ускорен.

Нередко имеет место повышение амплитуды колебаний пульса и давления и длительный период возврата показателей к норме [1].

Для объективизации симптоматики пациента имеется шкала интегративных показателей тонуса вегетативной нервной системы, вопросник для диагностики признаков вегетативных дисфункций [1].

Эмоциональная лабильность, обостренное чувство страха, низкий порог к любым раздражителям, вегетативная лабильность (пульса, АД, зябкости, потливости, сна, равновесия, множество разных дисфункций внутренних органов) встречаются чаще другой симптоматики. Провоцируют или сильно ухудшают вегетативные нарушения любая сильная боль, аллергия, вестибулярные нарушения, эмоции, прием алкоголя или психоактивных веществ, профессиональные вредности, метеорологические изменения, эпилепсия и многое другое. В последнее время участились вегетативные дисфункции у молодых пациентов. Это связано с патологией их матерей во время беременности и в родах. Речь идет об употреблении матерями алкоголя, лекарств во время беременности (особенно, седативных). У молодых больных нередко в анамнезе черепно-мозговые трав-



Таблица 1

**Госпитальная шкала тревоги и депрессии**

Тревога	Депрессия
<p><i>Я испытываю напряженность, мне не по себе</i></p> <p>3 — все время 2 — часто 1 — время от времени, иногда 0 — совсем не испытываю</p>	<p><i>Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</i></p> <p>3 — практически все время 2 — часто 1 — иногда 0 — совсем нет</p>
<p><i>Я испытываю внутреннее напряжение и дрожь</i></p> <p>0 — совсем не испытываю 1 — иногда 2 — часто 3 — очень часто</p>	<p><i>То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство</i></p> <p>0 — определенно это так 1 — наверное, это так 2 — лишь в очень малой степени это так 3 — это совсем не так</p>
<p><i>Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться</i></p> <p>3 — определенно это так, и страх очень сильный 2 — да, это так, но страх не очень сильный 1 — иногда, но это меня не беспокоит 0 — совсем не испытываю</p>	<p><i>Я не слежу за своей внешностью</i></p> <p>3 — определенно это так 2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 — может быть, я стал меньше уделять этому внимание 0 — я слежу за собой так же, как и раньше</p>
<p><i>Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться</i></p> <p>3 — определенно это так 2 — наверное, это так 1 — лишь в некоторой степени это так 0 — совсем не испытываю</p>	<p><i>Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</i></p> <p>0 — определенно это так 1 — наверное, это так 2 — лишь в очень малой степени это так 3 — совсем не способен</p>
<p><i>Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</i></p> <p>3 — постоянно 2 — большую часть времени 1 — время от времени и не так часто 0 — только иногда</p>	<p><i>Я считаю, что мои дела, занятия, увлечения могут принести мне чувство удовлетворения</i></p> <p>0 — точно так же, как обычно 1 — да, но не в той степени, как раньше 2 — значительно меньше, чем обычно 3 — совсем так не считаю</p>
<p><i>У меня бывает внезапное чувство паники</i></p> <p>3 — очень часто 2 — довольно часто 1 — не так уж часто 0 — совсем не бывает</p>	<p><i>Я испытываю бодрость</i></p> <p>3 — совсем не испытываю 2 — очень редко 1 — иногда 0 — практически все время</p>
<p><i>Я легко могу сесть и расслабиться</i></p> <p>0 — определенно это так 1 — наверное это так 2 — лишь изредка это так 3 — совсем не могу</p>	<p><i>Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- и телепрограммы</i></p> <p>0 — часто 1 — иногда 2 — редко 3 — очень редко</p>

Таблица 2

**Опросник для выявления признаков вегетативных изменений (Вейн А. М., 1998)**

1	Отмечаете ли вы при волнении склонность к покраснению или побледнению лица?	3
2	Бывает ли у вас онемение или похолодание пальцев кистей или стоп?	3
3	Бывает ли у вас побледнение, покраснение, синюшность пальцев кистей, стоп?	3
4	Отмечаете ли вы повышенную потливость при волнении или без него?	4
5	Бывает ли у вас ощущения замирания сердца, перебоев?	5
6	Бывает ли у вас чувство нехватки воздуха, неполного вдоха, учащенное дыхание?	7
7	Есть ли у вас склонность к поносам, запорам, вздутию, спазмам в животе?	6
8	Бывают ли у вас обмороки или предобморочное состояние?	7
9	Бывают ли у вас сжимающие или пульсирующие головные боли?	7
10	Отмечаете ли вы снижение общей работоспособности, утомляемость?	5
11	Отмечаете ли вы нарушения сна?	5
Если общее количество баллов больше или равно 15, предполагается наличие вегетативной дисфункции		

мы, наркозы, злоупотребление алкоголем, наркотиками, курение, авитаминозы (особенно В), различные виды гипоксии.

**Клиническая картина соматоформной вегетативной дисфункции** складывается из перманентных нарушений и кризов [1]. Соответственно, выделяют кризы симпатoadрeналовые, вагоинсулярные и смешанные.

Дифференциальная диагностика кризов выделяет два основных направления: на фоне резидуальной органической патологии ЦНС и на фоне расстройств чисто функционального характера.

Функциональным фоном могут быть: невращения, тревожность, астения, истерия (диссоциативное конверсионное расстройство), депрессия, расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство. Клиника криза представлена симпатотоническими проявлениями. Криз порой проходит самостоятельно или после таких легких воздействий, как прием 20–30 капель валемидина или массажа воротниковой зоны. Таких больных можно лечить врачу общей практики самостоятельно или совместно с психотерапевтом.

Органическим фоном для вегетодистонии являются: любая резидуальная органическая патология центральной нервной

системы, последствия травм головы, нейроинфекций, остеохондроз шейного отдела позвоночника, невроты, опухоли мозга, последствия радиации, дисциркуляторные и токсические энцефалопатии, эпилепсия. При такой ситуации у пациента будут вагоинсулярные или смешанные кризы. Вагоинсулярный или смешанный криз длится дольше, переносится больными хуже и обязательно оставляет послекризovou астению (потом надо отлежаться). Сознания пациент не теряет ни в одном случае: полубморочное состояние (но категорически — без обморока, это дифдиагностический признак вегетодистонии, а не другой более серьезной патологии), дурнота, потливость, бледность, снижение артериального давления до 90/60 мм рт. ст., различная симптоматика со стороны дыхательной системы (неудовлетворенность вдохом) и желудочно-кишечного тракта: тошнота (вплоть до срыгивания или умеренной рвоты), бурление в животе, абдоминальный дискомфорт, и завершается вагоинсулярный криз не только полиурией, но и одно-двукратным эпизодом разжиженного стула. Таких больных врачу общей практики лучше лечить совместно с невропатологом, поскольку в лечебный процесс необходимо включать курсы таких средств, как ноотроп-

ные препараты, антиоксиданты, антигипоксанты, нейроангиопротекторы [3].

*Критерии панической атаки* (старое название «вегетативный криз») [3] — повторное возникновение приступов, в которых интенсивный страх или дискомфорт в сочетании с четырьмя или более симптомами развиваются внезапно, часто без причин, достигают своего пика в течение 10 минут и через 30 минут уже заканчиваются:

- страх смерти; страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок;
- пульсации, сильное сердцебиение;
- потливость; волны жара и холода; озноб;
- ощущение нехватки воздуха, одышка;
- боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки;
- тошнота или абдоминальный дискомфорт;
- головокружение, неустойчивость;
- слабость, дурнота, предобморочное состояние;
- боли или дискомфорт в голове;
- ощущение онемения или покалывания (парестезии);
- тремор;
- ощущение дереализации, деперсонализации.

Страх следующих кризов приводит к ипохондрическому расстройству, ограничительному поведению, поэтому пациенту обязательно надо дать в руки инструменты, позволяющие контролировать расстройство.

**Терапия вегетативной дисфункции.** Вегетативный криз любит вплестаться в клинику любого расстройства внутренних органов (почечной колики, приступа стенокардии). Как правило, скорая помощь купирует его бензодиазепинами [3]. Пациенты запоминают успешность лечения и вместо серьезной патогенетической терапии, нередко десятилетиями потом принимают бензодиазепины (со всеми вытекающими последствиями: зависимостью, бессонницей, быстрым и необратимым когнитивным снижением). В настоящее время появилась возможность локального воздействия на вегетативную дисфункцию симпатoadреналового типа. Это альфа-адреноблокатор, пророксан (вегетрокс), подавляющий возбудимость диэнцефальных струк-

тур мозга, который в формате скорой помощи назначают по 1 таблетке 15 мг под язык, при отсутствии эффекта через 20 минут — еще 15 мг. Но это — скорая помощь при симпатoadреналовом кризе. А методом лечения основного заболевания, если это паническое расстройство, являются антидепрессанты, курсом не менее 6–12 месяцев!

Терапия *постоянной* вегетативной дисфункции, которая мучает больного не кризами, а перманентно, отличается от лечения панического расстройств [1, 3].

*Базовая терапия при повышении тонуса симпатoadреналовой системы:* лечение основного заболевания (предпочтительными являются препараты с вегетонормализующим эффектом: алимемазин и пророксан, а также лекарства с адренолитическими свойствами (глицин, винпоцетин, миансерин, миртазапин, ницерголин, никотиновая кислота в таблетках 50–100 мг или в растворе 1% — 1 мл в\м, циннаризин и т. п.), допегит. Препараты назначают в минимально действующих дозах 1–4 раза в сутки. Эффективны также препараты калия, малые дозы инсулина.

Применяют центральные и периферические адренолитики: вегетрокс в таблетках по 15–30 мг (1–2 т) 2 раза в день. Длительность лечения определяется лечащим врачом, обычно это 7–10–14 дней. Назначают физиотерапию: интраназальный электрофорез хлористого кальция, эуфиллина на область воротниковой зоны, массаж воротниковой зоны, сульфидные ванны, диету, богатую углеводами.

*Базовая терапия при повышенном тону-се парасимпатической нервной системы:* для лечения основного заболевания применимы препараты, обладающие холинолитическими свойствами (гидроксизин, амитриптилин и т. п.) Умеренно эффективны симпатомиметики, кальция хлорид, аскорбиновая кислота, витамины В6, В1, глютаминовая кислота, адаптогены. Применяют физиотерапию: радоновые и солевые ванны, холодный или контрастный душ, интраназальный электрофорез димедрола и электрофорез адреналина на воротниковую зону, диету, богатую белком.

Следует помнить, что ваготония часто является относительной (например, вследствие стрессового истощения катехоламинового фонда пациента). Тогда следует вместо холи-



нолитиков применять препараты, пополняющие катехоламиновый запас больного.

*Терапия при нарушениях в обоих отделах* (что бывает чаще всего): помимо лечения основного заболевания назначают капли Зеленина, транквилизаторы, циннаризин, дифенин, тералиджен. Желательна физиотерапия, особенно бальнеолечение, физкультура и иглорефлексотерапия.

Современный больной в клинике внутренних болезней ориентирован на соматическое лечение, в крайнем случае — на психофармакологическое. Он не хочет психотерапии, это свидетельство «несерьезности» его заболевания. К сожалению, буквосочетания «невро-», «психо-» считаются бранным не только среди пациентов. При нарушениях вегетативной нервной системы психотерапию никто не отменял. Но и фармакологическое лечение тоже. Современному пациенту очень важна когнитивно-сберегающая терапия, цель которой — уменьшить тревогу, вегетодистонию и при этом — не ухудшить ясность мышления: это небензодиазепиновые транквилизаторы: тералиджен, адаптол, тенотен [3].

*При лечении вегетативной дисфункции желудочно-кишечного тракта*, следует помнить о том, что она иногда является также синдромным диагнозом, и надо лечить основное заболевание.

При невротической рвоте назначают галлод, новокаин 0,25% раствор, перорально; цераукал, седативные травы. При запорах нередко эффективны антидепрессанты, сульпирид. Применяются гомеопатические средства: рвотный орех 6, белладонна 6. По 6 крупинок под язык ежедневно, курс лечения 1 месяц.

*При функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы* рекомендуются: боярышник, ландыш, мята, валидол, калий, что часто является ничем иным, как «вооруженным внушением». Специальной кардиотропной терапии при данных нарушениях проводить не следует. Гомеопатические средства: адонис 6, боярышник 6 по 6 крупинок ежедневно 1 месяц.

При лечении соматоформного болевого расстройства следует помнить, что астения снижает порог восприятия боли, тревожность делает его нестабильным, а депрессия придает боли различные мучительные оттен-

ки: «грызущая», «предсердечная тоска» и т. п. При лечении основного заболевания целесообразно тогда использовать препараты, в чье действие входит уменьшение субъективного переживания боли. Это сульпирид, амитриптилин, миртазапин, финлепсин, фенибут и с осторожностью и учетом всех противопоказаний — очень короткие курсы бензодиазепиновых препаратов.

По данным ВОЗ до 80% пациентов предпочли бы лечиться «естественными» средствами. По нашим наблюдениям, нефармакологическое лечение («не химию») предпочитают 27% больных. При вегетативной дисфункции хороший эффект имеет место у разных бальнео-процедур, (особенно, контрастных), различных ванн. Показаны галокамера; метод Бутейко, прекрасно справляющийся с гипервентиляционным синдромом; медитативные виды спорта (медленное плавание, ходьба, велосипед) [3].

Термин «соматоформные вегетативные дисфункции» включает жалобы общего характера (сердцебиение, потливость, покраснение, тремор, субфебрилитет, ортостатическую гипотензию), и непосредственно затрагивающего какую-то систему или орган (боли, растяжение, вздутие, тяжесть). Эти достаточно выраженные жалобы не имеют под собой никакого морфологического субстрата патологии [3]. И врач, исключив всю органическую патологию, уже готов бы отправить такого «психосоматического больного» к психотерапевту, но и доктора, и пациента смущает отсутствие связи расстройства с психогенным фактором. Поэтому они длительно и безуспешно обращаются к самым разным медицинским специалистам. Именно поэтому данных пациентов нередко называют «больными медицинского лабиринта», но им можно и нужно помочь.

## Литература

1. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. Вегетативно-сосудистая дистония. М.: Медицина, 1981. 306 с.
2. Нуллер Ю. Л., Циркин С. Ю. Международная классификация болезней. 10 пересмотр. Психиатрическая систематика. М., 2005. 214 с.
3. Решетова Т. В. Нарушения вегетативной нервной системы в общей врачебной практике и их лечение // Атмосфера (нервные болезни). № 4. 2008. С. 6–8.
4. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни / Пер. В. Медема. 4-е изд. М., 1926. 256 с.



**ИСТОРИЧЕСКИЕ  
МАТЕРИАЛЫ**









# ЖИЗНЬ ДЛЯ ЛЮДЕЙ

*Бог, повелевший из тьмы воссиять свету, озарил наши сердца, дабы просветить нас познанием славы Божией в лице Иисуса Христа  
(2 Кор. 4, 5)*

Долгие годы имя Петра Александровича Бадмаева, российского дипломата, исследователя Востока, ученого и врача-практика, основоположника врачебной науки Тибета в России было не в чести. Его называли царским приспешником, шарлатаном, мистиком. Между тем его деятельность является ярким примером служения Родине, заботы о благе своих соотечественников и неустанного труда на пользу России. Главным делом его жизни были тибетская медицина и служение людям. Вот подлинные слова Бадмаева о смысле жизни: «Имея орудием достояние тибетской медицины, работая не покладая рук всю жизнь для блага больных, я вполне удовлетворен».

Жизни и деятельности известного российского ученого и врача тибетской медицины посвящена статья члена правления ОПВ Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) Николая Федоровича ЖАРКОВА, действительного члена ОПВ Санкт-Петербурга Татьяны Вениаминовны ЖАРКОВОЙ и правнучки П. А. Бадмаева Натальи Борисовны РОГОВСКОЙ.

---

## Семья

Будущий петербургский ученый и врач родился в Забайкалье, в Агинской степи, в многодетной семье скотовода средней руки, имевшего до сотни кобылиц и столько же овец. Отец его Засогол Бадма был из древнего барун-хуасайского бурятского рода, переселившегося в Агинские степи из Тугнуйской долины Бурятии. У Засогола и его супруги Пагмы было четырнадцать детей. Мальчиков звали Цультим, Жимбэ, Ванчик, Анпил, Буда, Дамдин, а самого младшего — Жамсаран.

По свидетельству внука П. А. Бадмаева Петра Евгеньевича Вишневого, Жамсаран «принадлежал к тому роду Бадмаевых, который был одной из ведущих фамилий, добивавшихся и организовавших добровольное присоединение Забайкалья к России при Петре I. Поэтому в тех краях род пользовался богатым авторитетом и уважением» [1]. В семье хранилась грамота, врученная в 1703 г.

прадедушке Засоголу Шуленге в Москве «от белого царя». Вот ему-то, белому царю, и мечтал послужить маленький Жамсаран, ставший после крещения Петром.

Задолго до рождения Жамсарана его старшего брата Цультима в возрасте шести лет отобрали для обучения тибетской медицине в Агинском дацане (буддийском монастыре-университете у бурят), что считалось большой честью для семьи.

Одаренных мальчиков долгие годы учили врачебной науке. Цультим Бадмаев успешно обучался врачебному ремеслу и был назначен старшим эмчи-ламой, то есть ламой-целителем, Агинского дацана Нерчинского округа Забайкальской области. Довольно быстро Цультим приобрел большую практику среди бурят, тунгусов и даже русского населения и, несмотря на свою молодость, пользовался уважением и доверием больных.

В 1854 г. в Забайкалье началась эпидемия тифа. Генерал-губернатор Восточной Сибири

граф Николай Николаевич Муравьев-Амурский, будучи наслышан о ламах-целителях, приказал найти среди них наиболее опытного. Совет старейшин рекомендовал Цультима Бадмаева, который был уже к этому времени врачом Степной думы — выборного органа бурят.



Граф Н. Н. Муравьев-Амурский

Эмчи-лама совершил простейшие карантинные мероприятия, оцепив с помощью роты солдат эпидемический очаг. Затем, вместе с помощниками раздавая какие-то порошки и окуривая жилища и людей туго скрученными пучками трав, он за 20 дней остановил эпидемию. В ответ на вопрос губернатора, какую награду он хочет получить за блестяще проделанную работу, лама-целитель ответил, что хотел бы быть русским военным врачом. Слава о Бадмаеве дошла до столицы Российской империи, и в 1857 г. он был приглашен в Петербург.

В столице старшего лама Агинского дачана Цультима Бадмаева ждали непростые испытания: методы его лечения подлежали самой строгой и тщательной проверке. По военному ведомству в конце 1860 г. вышел вердикт, согласно которому Бадмаеву было разрешено лечить больных в военном госпитале. Причем к его работе были применены крайне жесткие требования: «По высочайшему повелению Медицинский департамент Военного министерства 3 октября 1860 г. за

№ 10182 предлагает Бадмаеву лечить больных, одержимых бугорчаткой во всех степенях развития, и испытывать свои средства над больными, одержимыми раком, в 1-м военно-сухопутном госпитале под наблюдением врачей [2]. (Бугорчатка, то есть туберкулез, до XX в. был практически неизлечим — *Примеч. авт.*). Если эмчи-лама Бадмаев не докажет на практике, что его лечение приносит пользу, то, — говорилось в решении, — правительство затруднится разрешить ему медицинскую практику даже в его стране».

Цультим был прикомандирован к 1-му военно-сухопутному госпиталю на Песках, на самой окраине Санкт-Петербурга, близ Смольного монастыря (ныне 442-й окружной военный клинический госпиталь им. З. П. Соловьева на Суворовском пр., 63). В этих сложных условиях он не пал духом, не отчаялся в успехе, а умело и с любовью взялся за лечение больных, и оно пошло настолько успешно, что уже через год испытываемый был награжден чином с правом носить мундир военных врачей.



Военный врач Александр Александрович (Цультим) Бадмаев

В 1861 г. Цультим Бадмаев выдерживает экзамен на звание лекарского помощника и по высочайшему повелению уведомлением Медицинского департамента МИД от 16.01.1862 № 496 награждается чином коллежского регистратора с предоставлением служебных прав

военных врачей, то есть с правом носить военный мундир и пользоваться привилегиями военного врача.

Это высочайшее повеление указывает, что лама Бадмаев блестяще доказал состоятельность врачебной науки Тибета на практике, и правительство, не имея возможности проверить его теоретические познания, но вполне доверяя ему, испросило у государя-императора небывалую награду для человека, который плохо говорил по-русски и совершенно не знал русской грамоты, сравнив его в правах с военными врачами, окончившими высшее медицинское образование в России.

П. А. Бадмаев [2]

Кроме того Бадмаеву было разрешено принимать больных на дому и открыть на Песках по адресу Слоновая ул., 22/16 (ныне Суворовский пр.) тибетский врачебный кабинет с аптекой собственноручно приготовляемых лекарственных средств. Это была первая не только в России, но и в Европе аптека тибетской медицины.

Цультим принимает православие с именем Александр и отчеством Александрович в честь правящего императора Александра II. В 1864 г. Александр Александрович Бадмаев по его личной просьбе направляется для изучения хирургии в Санкт-Петербургскую императорскую медико-хирургическую академию.

### Крещение и начало врачебной деятельности

В 1864 г. по ходатайству Александра Александровича Бадмаева его младший брат Жамсаран поступает в русскую классическую гимназию в Иркутске как пансионер Его Величества. Учится он блестяще. Имея быстрый ум и упорство, он в 1870 г. оканчивает гимназию с золотой медалью. И старший брат, ввиду огромного наплыва пациентов, сразу вызывает Жамсарана в Петербург в качестве помощника.

Жамсаран приезжает в столицу и поступает в Императорскую медико-хирургическую академию, в которой обучается

один год. А затем поступает в Императорский Санкт-Петербургский университет, на время прерывая стажировать медицину. Жамсаран учится на восточном факультете, помогает брату и, приобретя под его руководством достаточные сведения по тибетской медицине, желает «изучить европейскую медицину с той целью, чтобы отнестись критически к первой и познакомиться с нею образованный мир» [2].

Забегая вперед, отметим, что оба учебных заведения — и Университет, и Академию (на правах вольнослушателя) — младший брат Александра Александровича окончит с отличием. Но его врачебный диплом останется в Академии: каждый выпускник давал клятву, что лечить будет лишь известными европейской науке средствами, а Жамсаран мечтал посвятить себя врачебной науке Тибета.

В душе Жамсарана в эти годы совершается духовный переворот. Он начинает посещать храм Входа Господня в Иерусалим на Знаменской площади (с 1955 г. на этом месте помещается наземный вестибюль станции метрополитена «Площадь Восстания») и знакомится с протоиереем Арсением Двукраевым, духовником семьи великого князя Константина Николаевича, младшего брата императора Александра II.



Церковь Входа Господня в Иерусалим на Знаменской площади, 1900 г.

7 апреля 1872 г. протоиерей церкви Аничкова дворца Никандр Брянцев подал рапорт в Санкт-Петербургскую духовную консисторию:

«Студент Императорского Санкт-Петербургского университета факультета восточных языков 1 курса Бадмаев из Бурятии,



изъявив желание принять православную христианскую веру, просит чрез меня Государя Наследника Цесаревича Великого князя Александра Александровича быть восприемником его от купели, на что Государь Наследник Цесаревич, по докладу г. гофмаршала Зиновьева, изволил изъявить милостивое свое согласие» [3].



*Цесаревич Александр Александрович (будущий император Александр III), 1865 г.*

11 апреля 1872 г. в домово́й церкви святого благоверного князя Александра Невского при собственном его императорского величества дворце (Ани́чковом) Жамсаран был просвещен святым крещением и наречен «Петром по крестном отце Александровым» [4]. Восприемником заочно изволил быть его императорское высочество цесаревич и великий князь Александр Александрович (будущий император Александр III), бывший известным «защитником православной веры от нареканий ее врагов, поборником в деле распространения православия среди иноверцев и инородцев» [5]. Крещение совершил протоиерей Никандр Брянцев.

#### Обязательство

Я, нижеподписавшийся Императорского Санкт-Петербургского университета по отделению восточных языков студент 1-го курса, Жамсаран Займанов сын, Бадмаев из бурят Агинского ведомства, Забайкальской области, Ламайского вероисповедания, сим изъявляю решительное намерение присоединиться к Православной Кафолической Восточной Церкви, и обещание пребывать в послушании ее всегда неизменно.

27 сентября 1873 г. подвижническая жизнь Александра Александровича Бадмаева оборвалась. Ему не было и 42 лет.

Унаследовав от брата врачебный кабинет с аптекой лекарственных трав на Песках, Петр начал собственную врачебную практику.

После окончания университета в 1876 г. Петру Александровичу Бадмаеву предложили должность чиновника 8 класса в Азиатском департаменте Министерства иностранных дел Российской империи. Служба его не была связана с ежедневным хождением в департамент, он числился консультантом по Востоку, изредка ездил в дальние командировки, таким образом, мог продолжать заниматься врачебной практикой, которая с годами становилась все более и более популярной.

29 апреля 1877 г. Петр Александрович женился на молодой петербургской дворянке Надежде Васильевне Рябиной (1860–1920). Таинство венчания совершил в той же церкви Ани́чкова дворца тот же протоиерей Никандр Брянцев, крестивший Петра Александровича. Впоследствии в семье родилось восемь детей.

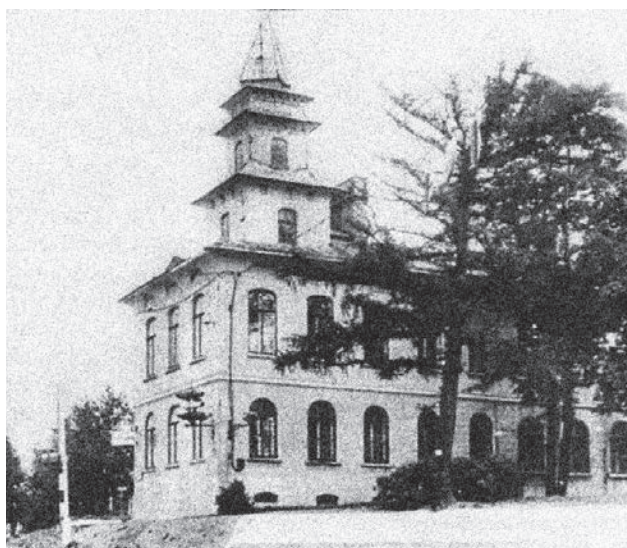
По учению врачебной науки Тибета, первыми условиями здоровья людей, и тем более детей, являются чистые воздух и вода, незагрязненная почва и свет. Петр Александрович с семьей поселился в двухэтажном каменном доме на Поклонной горе. Место это Петр Александрович назвал «мыза Спасская».

Здесь появилась небольшая лечебница-санаторий, где кроме медикаментозной терапии применялись и другие лечебные методы: специальный массаж, водолечение, психотерапия, индивидуальная диета. Тут же продава-

лись лекарства — для этого была построена аптека. Рядом возникло небольшое хозяйство, где держали коров, чтобы дети и пациенты пили только парное молоко. Неподалеку, близ дома № 85 на Ярославском проспекте, в особой оранжерее выращивали лекарственные растения, но большинство составных частей лекарств — травы, плоды деревьев — привозились из Бурятии, а некоторые даже из Монголии и Тибета.



*П. А. Бадмаев с супругой Н. В. Бадмаевой, 1877 г.*



*Дом П. А. Бадмаева на Поклонной горе*

Я взял у этой науки все, что под силу было мне, и старался передать окружающим. А сколько в ней еще неисчерпаемой истины и законов для долголетней счастливой жизни!

П. А. Бадмаев [6]

Сюда приезжали лечиться не только из столицы, но и из других городов. Курс лечения у Бадмаева проходили и петербургская знать, и простой люд, и члены царской фамилии, то есть все классы населения Петербурга. Здесь же постоянно проходили стажировку врачи Медико-хирургической академии.

### Врачебный кабинет на Литейном, 16

...Очередной пациент появлялся в кабинете. Петр Александрович сажал его против себя. Как правило, он разрешал больному сказать две-три общие фразы:

— Здравствуйте, доктор! Лечусь давно у разных врачей и вот решил обратиться к вам. У меня...

Но на этой фразе Бадмаев останавливал его:

— Вы скажете потом, если я ошибусь. Вначале я.

Он нащупывал пульс, но не двумя, как обычно, пальцами, а четырьмя. Пятый, большой, держал сверху. Всмотривался в зрачки.

— У вас здесь болит? — и указывал на определенное место.

— Да, да, доктор! — отвечал изумленный больной.

И начинал верить во врача, а вера — это уже начальная стадия лечебного процесса [7].

Всех в его окружении удивляла его работоспособность. Даже в преклонном возрасте он трудился по 18 часов в день. Бадмаев выработал в себе привычку через три-четыре часа работы засыпать на 10–15 минут. Поэтому его ум был всегда свеж и восприимчив.

А тем временем приток пациентов к Бадмаеву все возрастал. Ездить на Поклонную гору на прием к доктору было неудобно, поэтому Петр Александрович снял помещение на третьем этаже дома № 16 на Литейном проспекте в центре города, где вел прием



больных, продолжая принимать людей и на Поклонной.

Когда началась Первая мировая война, в помещениях бурятской школы на Поклонной горе устроили госпиталь.

Именно сюда привезли раненного на фронте сына Бадмаева Николая. Ему, талантливому пианисту, в полевом госпитале хотели ампутировать пальцы, но он, придя в сознание, упросил отправить его в Петроград к отцу. И отец спас сыну пальцы.



*П. А. Бадмаев*

Домашние вспоминали: «Он работал, не требуя тишины в доме. Ни вина, ни табака для него не существовало. Он был очень религиозным человеком. В его кабинете в иконостасе стоял образ целителя Пантелеимона, там всегда горела лампада. По праздникам в дом на Поклонной приходил священник и совершал молебен» [7].

Нет сведений о том, где состоялось знакомство Петра Александровича со светильником земли Российской, батюшкой Иоанном Кронштадтским (1829–1909). Однако достоверно известно, что святой Иоанн приезжал освящать дом Бадмаева и хозяйственные постройки. Петр Александрович стал лечить отца Иоанна после второго тяжелого покушения на батюшку.



*Св. прав. Иоанн Кронштадтский*

### **Ради процветания России**

В 1881 г. Бадмаев отправился в длительную поездку на Восток: в Монголию, Китай и Тибет. Одна цель была дипломатическая — оценить политическую ситуацию в этом регионе. А как врач и ученый он хотел продолжать изучение тибетской медицины. Он поставил себе задачу найти и изучить основной трактат по тибетской медицине под названием «Жуд-Ши». Попутно надо было отладить бесперебойные поставки лекарственных трав и минералов с Востока в Россию.

Он первым из российских подданных посетил столицу Тибета Лхасу и имел беседу с далай-ламой. Будучи убежденным монархистом и сторонником расширения влияния России на Востоке, он предложил грандиозные планы по включению Китая, Тибета и Монголии в сферу влияния России, вплоть до полного присоединения этих стран. 27 февраля 1893 г. на стол русского императора легла «Записка Бадмаева о задачах русской политики на азиатском Востоке».





П. А. Бадмаев, 1914 г.

«Имя белого царя, — писал Бадмаев, — пользуется на Востоке обаянием, благодаря историческим отношениям России к народам Востока в духе евангельского учения... Вот почему необходимо ... готовить почву для успешного распространения православия и для успешного усвоения русской культуры там инородцами, так как история указывает, что русская нация сумела ассимилировать окружающие инородческие племена без всякого насилия, благодаря установившимся разумным взглядам, которыми руководствовались великие князья, цари и императоры России» [8].

В докладной записке министру финансов Витте 19 июня 1893 г. Петр Александрович писал: «Необходимость регулирования, в особенности развития промышленности и торговых сношений на Дальнем Востоке... побуждает меня ныне же открыть торговый дом под фирмой „П. А. Бадмаев и К<sup>о</sup>“» [9].

В 1899 г. торговый дом Бадмаева принимал участие в сельскохозяйственной и промышленной выставке в Чите, где удивил всех своими верблюдами и коровами, а также вновь выведенными породами лошадей на основе специально выписанных из Англии экземпляров.

В здании торгового дома Бадмаева с 1895 г. начала издаваться первая частная газета За-

байкаля «Жизнь на восточной окраине». Она печаталась на монгольском и русском языках без какой-либо цензуры.

В 1909 г. Петр Александрович организовал «Первое Забайкальское горнопромышленное товарищество» для разработки золотых приисков. 8 февраля 1917 г., буквально накануне большевистского переворота, в письме императору Николаю II он указывает на огромное значение для России незамерзающего Мурманского порта и предлагает проложить трехсоткилометровую ветку для соединения Мурманской железной дороги с Транссибирской.

12 июня 1914 г. именным высочайшим указом П. А. Бадмаеву было «предоставлено пользоваться, с нисходящим потомством, правами потомственного дворянства» [10].

### Бадмаевская школа

С 1893 г., выйдя в отставку в чине действительного статского советника (что соответствовало генеральскому званию), оставив службу в Министерстве иностранных дел, Петр Александрович Бадмаев отдал все свои силы тибетской медицине — главному делу своей жизни.

В 1895 г. Петр Александрович организовал у себя на Поклонной горе школу с программой русской классической гимназии. В школу принимались дети из Аги, Читы и Забайкалья. Для обучения их были приглашены семь воспитателей, две учительницы и один православный священник, которые подготавливали детей в разные учебные заведения столицы. Создавая школу, Бадмаев думал и о развитии своей науки, о привлечении способной молодежи к обучению врачебной науке Тибета.

Им необходимо знать ту и другую медицины, монгольский и тибетский языки для того, чтобы в ближайшем будущем стать честными, знающими представителями врачебной науки Тибета и способствовать слиянию двух самостоятельно развивающихся медицинских наук Запада и Востока на благо страждущего человечества всего мира.

П. А. Бадмаев [2]



П. А. Бадмаев с учениками школы на Поклонной горе, 1896 г.

В 1895 г. было прислано в Санкт-Петербург из Забайкалья 37 бурят в возрасте от 9 до 20 лет. Их воспитание должно было идти «в духе самодержавия, преданности престолу и в строгом подчинении предржающим властям... и подготовить учеников буддистов, если будет на то воля Божия, к принятию православной веры Христовой, без которой немисливо истинное просвещение» [11].

В 1897 г. в храме великомученика Георгия общины сестер милосердия великомученика и победоносца Георгия, находящейся под покровительством ее величества императрицы Марии Федоровны, Бадмаев крестил своих племянников. Их было пятеро: Николай, Сергей, Георгий, Владимир, Петр. Их заочным восприемником согласился быть государь император Николай II. Все они тоже обучались в школе на Поклонной горе.

Бадмаев неустанно заботился о своих питомцах. В 1899 г. он пишет в памятной записке принцу А. П. Ольденбургскому: «Имею счастье доложить Вашему Высочеству, что ученики, мои сородичи, весьма способны с большим прилежанием и стремлением изучать науки, должны были держать экзамен в 6-й класс классической гимназии, довольно хорошо справляясь с латинским языком, совершенно не усваивают греческого... Не желая погубить их ради классической

системы... нахожу нужным поместить их в закрытое учебное заведение с целью сроднения их с русскими товарищами и лучшего усвоения русской речи в тесном кругу товарищества. Они все православные, за исключением одного монгола, который год тому назад изъявил желание принять православие, но я его уговорил сознательно усвоить православную веру и затем уже решиться принять православие. Он наравне с другими изучает Закон Божий» [10].

Наряду с общественной, политической и медицинской деятельностью П. А. Бадмаев занимался благотворительностью и просвещением своего народа. Обращался в Департамент духовных дел иностранных исповеданий с ходатайством об открытии пяти медицинских семилетних школ при дацанах для бурятского населения Восточной Сибири. Но ему разрешили открыть только две медицинские школы для бурят и одну для калмыков.

### Тибетская медицина — одна из традиционных медицинских систем

История искусства врачевания насчитывает несколько тысячелетий. Лекарское искусство в те давние времена было уже отдельной профессией и существовало под по-



кровительством религии. Медицинские трактаты возводились в ранг священных.

До наших дней дошли следующие медицинские системы, которые считаются традиционными: средиземноморская, индийская и китайская.

Источником возникновения и развития тибетской медицины послужили медицинские знания Древней Индии. На Востоке в III в. до н. э. Индия была важным центром развития науки и культуры. Индийские науки и медицина проникли в Тибет и Китай при посредстве буддистских миссионеров.

Тибетские эмчи-ламы умели ставить диагноз по пульсу больного. Они знали о существовании микробов за тысячу с лишним лет до великого Пастера и владели надежными средствами борьбы с 18 возбудителями заразных болезней. Среди них такие, как чума, холера, оспа, туберкулез, дифтерия, малярия, сифилис, бешенство, корь, брюшной тиф.

На территории России самым северным регионом распространения тибетской медицины является Забайкалье. Во второй половине XIX в. в Забайкалье при буддийских дацанах стали открываться медицинские школы, был организован перевод и изучение тибетской медицинской литературы.

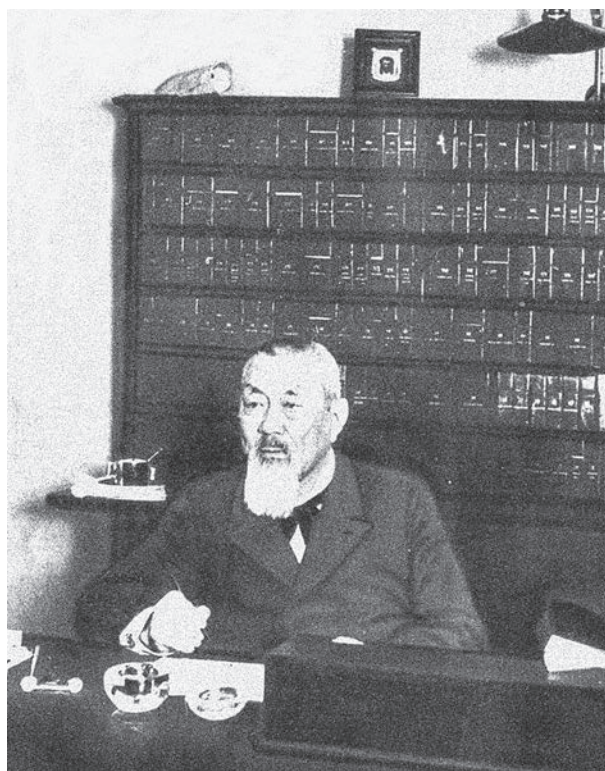
Классическим руководством по тибетской медицине является сочинение «Жуд-Ши». Трактат написан в стихотворной форме по строго определенной схеме и рассчитан на изустную передачу знаний от учителя к ученику слово в слово, без каких-либо изменений и дополнений. В VIII в. трактат был переведен с санскрита на тибетский язык.

Еще в 1860 г. старший брат П. А. Бадмаева Цультим добился разрешения императора Александра II о переводе «Жуд-Ши» на русский язык. Однако попытка оказалась неудачной. В начале 1890-х гг. Петр Александрович сам начал заниматься переводом.

Работа продолжалась в течение нескольких лет, и в 1898 г. появилось первое на русском языке издание древнего руководства в переводе Бадмаева и с его обширным предисловием.

Мне пришлось изучать врачебную науку Тибета под руководством своего брата, известного знатока этой науки, который учился у бурятских, монгольских и тибетских лам. После смерти моего брата я продолжал это изучение под руководством первых врачей в бурятских степях... Занятия в Санкт-Петербургском университете на факультете восточных языков и главным образом в Медико-хирургической академии дали мне возможность достигнуть некоторых результатов при переводе сочинения «Жуд-Ши».

П. А. Бадмаев [12]



П. А. Бадмаев в своем кабинете

## Итоги жизни

Бадмаев не принял ни февральской революции, ни октябрьской, открыто заявляя, что он монархист. Японский посол предложил ему уехать в Японию, но Бадмаев отказался. Его не раз арестовывала ЧК, но спасали пациенты, среди которых были и видные большевики. Укротить его, сделать своим, советская власть так и не смогла. В последний раз Петр Александрович был арестован тяжело больным, на носилках доставлен в «Кресты» и две недели своего последнего заключения провел в тюремной больнице. Освобожден был, по видимому, как безнадежно больной.



29 июля 1920 г. Петр Бадмаев умер в кругу близких в доме своей второй жены Елизаветы Федоровны Юзбашевой на Ярославском пр., 85.

За три дня до кончины он отказался от всякого лечения и взял слово с жены, что даже в день его смерти она не пропустит прием больных и будет продолжать его врачебное дело.

За 37 лет врачебной деятельности (с 1873 по 1910 гг.) Петр Александрович Бадмаев принял 573 856 больных (это 16 тысяч с лишним пациентов в год, то есть около 50 человек в день), из их числа более 100 000 относились к категории incurabiles (неизлечимых). Пациентам было выдано бесплатно и продано в аптеке 8 140 276 порошков. Рабочий платил за визит 1 рубль, господа — до 25 рублей золотом.

Приняв православие, Бадмаев бесповоротно оставил буддизм. Продолжая лечебную деятельность по методу тибетской медицины, он исключил из своей врачебной практики религиозные обряды буддийских лам. Он подчеркивал этот факт, в частности, в предисловии к переведенному им трактату «Жуд-Ши», назвав его «извлечениями»: «Мы даем им названия „извлечений“ потому, что при изложении старались обойти молчанием все, что относится в „Жуд-ши“ к буддизму, к мистике, оставив лишь то, что имеет прямое, по нашему мнению, отношение к врачебной науке Тибета» [12].

О своих убеждениях Петр Александрович написал в феврале 1917 г. в брошюре «Мудрость в русском народе».

Я православный, глубоко убежденный, изучающий и стремящийся еще больше изучать основы христианства, знакомый с критическими взглядами на христианство. Я был буддистом-ламаитом, глубоко верующим и убежденным, знал шаманизм и шаманов, веру моих предков и с глубоким почтением относился к суеверию. Я оставил буддизм, потому что в мой разум, в мои чувства проникло учение Христа Спасителя с такой ясностью, что это учение Христа Спасителя озарило все мое существо.

П. А. Бадмаев [13]

До наших дней сохранились в Забайкалье свидетельства масштабной деятельности его знаменитого уроженца доктора Бадмаева. В поселке Агинском и сегодня стоит Свято-Никольский храм, построенный по инициативе Петра Александровича, организовавшего делегацию из Аги с прошением к государю императору Николаю II о закреплении земли под строительство православного храма, и освященный в 1905 г. Внутри храма есть соответствующая памятная надпись.



Свято-Никольский храм, поселок Агинское

Императрица Александра Федоровна и великая княжна Татьяна на собственные сбережения купили иконостас и всю церковную утварь для обустройства алтаря, а также одежды для священников и необходимую литературу и организовали их доставку. При церкви на деньги П. А. Бадмаева была открыта церковно-приходская школа.

Петр Александрович Бадмаев — незаурядная личность не только для своего времени. Вся его долгая жизнь служит примером неутомимого трудолюбия, преданности своему Отечеству, безупречного исполнения профессиональных и служебных обязанностей, обширной общественной деятельности, благотворительности, милосердного отношения и христианской любви к людям.

### Литература

1. Стенографический отчет беседы с внуком Бадмаева Петром Евгеньевичем Вишневым (1905–1969), доцентом, заместителем начальника кафедры психиатрии Военно-

медицинской академии в Ленинградском отделении газеты «Известия» 23 декабря 1965 г.

2. Бадмаев П. А. Справка о положении врачебной науки Тибета в России. 1910.

3. ЦГИАСПб. Ф. 19. Петроградская духовная консистория. Оп. 63. Д. 3. С. 17.

4. ЦГИАСПб. Ф. 14. Дело Императорского Петроградского Университета о зачислении студента Петра Бадмаева, 1871. Оп. 3. Д. 16839. С. 10.

5. Источник живой воды. Описание жизни и деятельности отца Иоанна Кронштадтского. Составитель Большаков Н. И. Петербург, Склад издания Брызгиной и Кусова, 1910.

6. Бадмаев П. А. Ответ на неосновательные нападки членов медицинского совета на врачебную науку Тибета. Пг., 1915.

7. Гусев Б. С. Доктор Бадмаев: тибетская медицина, царский двор, советская власть. М.: Русская книга, 1995.

8. Гусев Б. С. Петр Бадмаев. Крестник императора, целитель, дипломат. М.: Олма-пресс, 2000.

9. За кулисами царизма. Архив тибетского врача Бадмаева. Л., 1925.

10. ЦГИАСПб. Ф. 394. Дело попечительского совета приюта принца Петра Георгиевича Ольденбургского о назначении в Действительные Члены отставного Коллежского советника Петра Александровича Бадмаева. Оп. 1. Д. 2441. С. 6.

11. ЦГИАСПб. Ф. 139. Дело Канцелярии попечителя Петроградского учебного округа. Оп. 1. Д. 8400. С. 1.

12. Бадмаев П. А. О системе врачебной науки Тибета Жуд-ши. СПб., 1898.

13. Бадмаев П. А. Мудрость в русском народе. Пг.: Виктория, 1917.

## НОВОСТИ

### КАРЕЛИЯ

**2 апреля 2018 г.** Общество православных врачей Республики Карелия приняло участие в работе II Международной православной выставки-ярмарки «От покаяния к воскресению России», проходившей в Национальном театре Карелии. стретив икону свт. Луки (Войно-Ясенецкого) с частицей мощей, посетители выставки имели возможность помолиться перед ней вместе со священниками Крестовоздвиженского собора Петрозаводска, совершившими молебен святителю.

Общество представило презентацию и доклад о жизни лейб-медика царской семьи св. страст. прав. врача **Евгения Боткина**. Посетители выставки имели возможность ознакомиться с деятельностью общества, получить консультации православных врачей, измерить артериальное давление и уровень глюкозы в крови. Желания получали рекомендации по проблемным 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. Работа секции вызвала большой интерес и положительные отзывы у посетителей выставки.

Общество православных врачей Республики Карелия сердечно благодарит руководителя отдела по взаимодействию с органами здравоохранения протоиерея Олега Складорова, докторов и волонтеров за организацию работы секции.

**В сентябре — ноябре 2018 г.** состоялись рабочие поездки Общества православных врачей Республики Карелия в Валаамский Преображенский Ставропигиальный

мужской монастырь, на приход храма Рождества Христова в город Суоярви, в деревню Мегрега Олонецкого района.

Врачи оказали лечебно-консультативные помощи насельникам обители, трудникам, мирянам, жителям Суоярви и Мегреги, а также близлежащих деревень.

Приемы вели специалисты по хирургии, терапии, кардиологии, эндокринологии, пульмонологии, нефрологии, гастроэнтерологии и психиатрии. Маленьких пациентов Мегреги также осмотрел педиатр.

Квалифицированную специализированную медицинскую помощь получили более 30 пациентов с острова Валаам, более 30 — из Суоярви и около 60 — из деревни Мегреги и ее окрестностей.

В ходе работы выполнялись экспресс-анализы крови для определения уровня глюкозы, холестерина, гемоглобина, мочевой кислоты, а также пикфлоуметрия и регистрация и расшифровка электрокардиограммы. В ряде случаев были выявлены серьезные заболевания и даны рекомендации по их лечению, некоторым пациентам было рекомендовано плановое стационарное лечение, в ряде случаев потребовалось также оказание неотложной помощи.

Поездки православных специалистов-медиков в Суоярви и в населенные пункты Олонецкого района стали традиционными. Так, на приходе храма Рождества Христова члены ОПВ Карелии принимали пациентов в пятый раз, за это время было оказано более 200 консультаций. Также православными врачами ранее проводились приемы в селе Видлица, поселке Верхний Олонец, а также деревне Коткозеро Олонецкого района.

Общество православных врачей Республики Карелия благодарит Благотворительный Фонд «Милосердие без границ» за

предоставление расходных материалов к анализаторам крови и многолетнее плодотворное сотрудничество.

**29 октября 2018 г.** в стенах Детской республиканской больницы состоялось очередное собрание членов Общества православных врачей Республики Карелия.

Секретарь общества И. С. Скопец представила доклад «Хирургический лазарет для нижних чинов его величества наследника цесаревича великого князя Алексея Николаевича в стенах Зимнего дворца». Сообщение было приурочено к 100-летию убийства императора Николая II и членов его семьи и окончания Первой мировой войны. В своем докладе И. С. Скопец подробно рассказала о создании высочайшим повелением в 1915 г. в стенах действующего императорского дворца хирургического лазарета на 1000 коек. Лечение в нем проходили раненые представители нижних чинов армии. Лазарет был устроен на средства Министерства двора, носил имя наследника цесаревича Алексея Николаевича и находился под особым попечением царской семьи. В медицинском отношении это было образцовое учреждение, оснащенное по самым современным возможностям того времени, в лазарете работали выдающиеся доктора страны. После Октябрьского переворота лазарет был закрыт, и вместе с ним закрылась последняя страница

Доклад прокомментировал заместитель главного врача по хирургии Детской республиканской больницы О. Б. Савчук. Он отметил, что создание хирургического стационара на 1000 коек за столь короткий срок в стенах Зимнего дворца является уникальным опытом.

По материалам [oprvk.ru](http://oprvk.ru)

# АНДРЕЙ ЛЬВОВИЧ ПОЛЕНОВ — ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ

*Надо знать, что любить, а чтобы знать настоящее,  
должно иметь сведения о прошедшем*

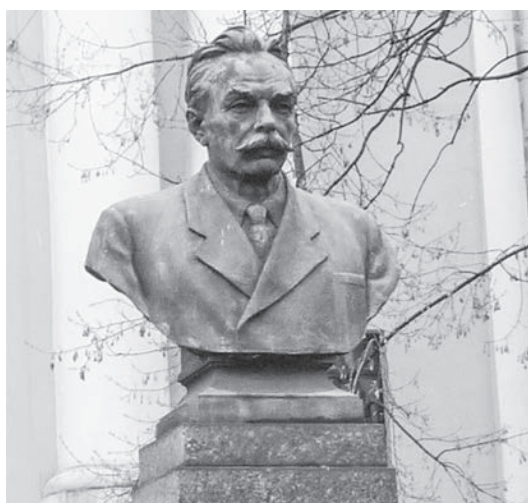
*Н. М. Карамзин*

О биографии и научной деятельности Андрея Львовича Поленова — выдающегося хирурга, действительного члена Академии медицинских наук СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, сообщает в своей статье заведующий организационно-методическим отделом Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А. Л. Поленова, Лауреат Государственной премии России в области науки и техники, доктор медицинских наук, профессор Евгений Николаевич КОНДАКОВ.

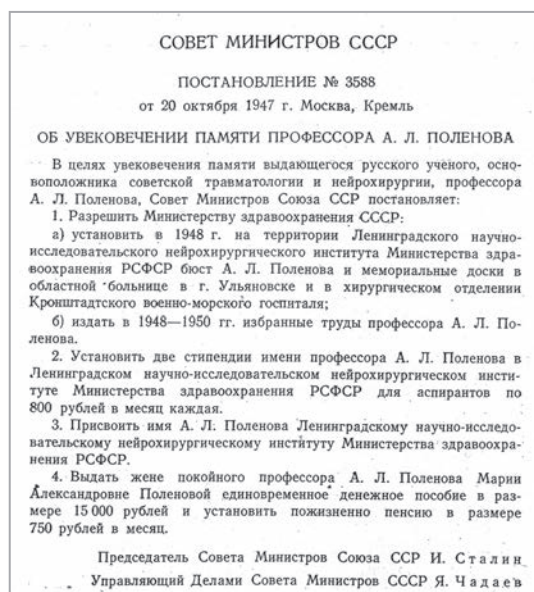


Андрей Львович Поленов — выдающийся отечественный хирург, ученый, общественный деятель, основоположник травматологии и нейрохирургии, создатель первых научно-практических школ травматологии и нейрохирургии в нашей стране.

Вклад в отечественную медицину этого яркого ученого и хирурга получил достойную оценку государства в Постановлении Совета Министров СССР № 3588 от 20 октября 1947 г. «Об увековечении памяти профессора А. Л. Поленова».



*Памятник ученому перед зданием РНХИ им. проф.  
А. Л. Поленова*





Поленовы — достаточно древний род, дворянство им получено в самом начале XVII в. за ратные подвиги. Род Поленовых внесен в родовую книгу губерний Санкт-Петербургской, Костромской и Ярославской. Представители этого рода — законоведы, художники, медики, биологи, историки, военные — внесли значительный вклад в отечественную науку и культуру.

Несомненно, что многолетние традиции рода Поленовых, воспитание и классическое образование, полученное А. Л. Поленовым, оказали плодотворное влияние на формирование его личности. Начиная уже с первых лет самостоятельной работы, четко выявляется основная черта этой личности — служение долгу и Отчизне.

Первым из упоминавшихся представителей этого рода был Алексей Яковлевич Поленов (1738–1816). Его отец — Яков Кондратьевич Поленов, отставной солдат лейб-гвардии Преображенского полка, отличившийся при взятии турецкой крепости Очаков в 1737 г. Еще до службы в полку, живя в Москве, он закончил Греко-латинскую Академию при Заиконоспасском монастыре. Он воспользовался полученной привилегией за штурм Очакова и добился приема сына Алексея в гимназию.

Родился Алексей Яковлевич в 1738 г. в Москве, обучение начал в гимназии при Академии наук в Санкт-Петербурге. После окончания гимназии и университета при Академии наук (он был в числе студентов М. В. Ломоносова) был командирован в 1762 г. в Страсбургский университет «обучаться древностям, истории, юриспруденции и натуральному и общественному праву». Пять лет он пробыл во Франции и более полугодом в Геттингене (Германия). А. Я. Поленов возвратился в Петербург «человеком с широким и глубоким гуманитарным образованием не только в области юриспруденции, но и в философской и исторической, личностью, впитавшей идеи философии и науки „века Просвещения“».

По возвращении в Петербург участвовал в объявленном по инициативе императрицы Екатерины Великой Вольным экономическим обществом конкурсе на тему: «что полезнее для государства, чтобы крестьянин имел в собственности землю или только движимое имение и сколь далеко на то и другое его

право простирается» с сочинением под девизом — «Лучше добрые нравы, чем хорошие законы». Его сочинение под этим девизом заняло второе место и называлось «О крепостном состоянии крестьян в России» (опубл. только в 1865 г.). В нем обосновывалась необходимость отмены крепостного права, наделяния крестьян собственностью на землю, прекращение торговли крестьянами, введение обучения грамоте, обеспечение крестьян лекарями, учреждения крестьянских судов, ограничение барщины. В 1768 г. при подведении итогов конкурса А. Я. Поленов был награжден золотой медалью в 12 червонцев «с прописанием на оной имени автора». В 1768 г. совместно с С. С. Башиловым (один из первых издателей древнерусских памятников литературы) издал 2-ю часть Никоновской летописи. Работал переводчиком трудов западных мыслителей при Академии наук, затем служил в Сенате, а потом был переведен в Комиссию по составлению законов Российской империи. В 1800 г. вышел в отставку, умер в 1816 г. и погребен на Волковском кладбище Санкт-Петербурга.

Сын Алексея Яковлевича — Василий Алексеевич Поленов (1776–1851) — в период Отечественной войны 1812 г. служил во флоте под командованием адмирала П. В. Чичагова; по образованию — законовед. Главной его заслугой перед Отечеством было создание Государственного архива Министерства иностранных дел, которым он управлял до конца своей службы. Василий Алексеевич серьезно занимался историей, филологией и литературным творчеством, участвовал в составлении словаря церковно-славянского и русского языка. Им написан первый том этого фундаментального труда, за что он и был избран членом Академии наук по отделению русского языка и словесности. Был знаком с А. С. Пушкиным, который считал его настоящим ученым и относился с большим уважением. Он был членом Общества истории древностей российских и Королевского Общества антиквариев в Копенгагене. Многие из рода Поленовых — коллекционеры и хранители семейных реликвий и большая часть их собраний представлена в Государственном мемориальном историко-художественном и природном заповеднике В. Д. Поленова.

Младший сын Василия Алексеевича — Дмитрий Васильевич (1806–1878), член-корреспондент Академии наук, известный библиограф, археолог, историк был отцом всемирно известного художника Василия Дмитриевича Поленова.

Старший сын Василия Алексеевича — Алексей Васильевич (1804–1868) был инженер-полковником и служил по железнодорожному ведомству, участвовал в строительстве Николаевской железной дороги (Санкт-Петербург–Москва). Он стал первым из Поленовых, вновь поселившихся в Московской губернии, получив в приданое за своей женой Софьей Львовной Левицкой (двоюродная сестра А. И. Герцена) имение Хорошёвка Подольского уезда. Выйдя в отставку, служил мировым посредником в Московской губернии, разбирая все конфликты, возникавшие в ходе наделения крестьян землей (после отмены крепостного права 1861 г.). Сын же его — Лев Алексеевич (1842–1887), продолживший юридическую традицию Поленовых и ставший одним из первых выборных мировых судей Москвы, был отцом Андрея Львовича Поленова.

Андрей Поленов родился в 1871 г. в Москве, получил хорошее домашнее начальное образование, в том числе, музыкальное. После окончания с серебряной медалью 3-й классической гимназии в Петербурге он поступает в Военно-медицинскую академию, которую оканчивает с отличием в 1896 г., после чего направляется на службу в драгунский Черниговский полк, расквартированный в г. Орле, где работает младшим врачом военного лазарета и хирургом в губернской больнице.

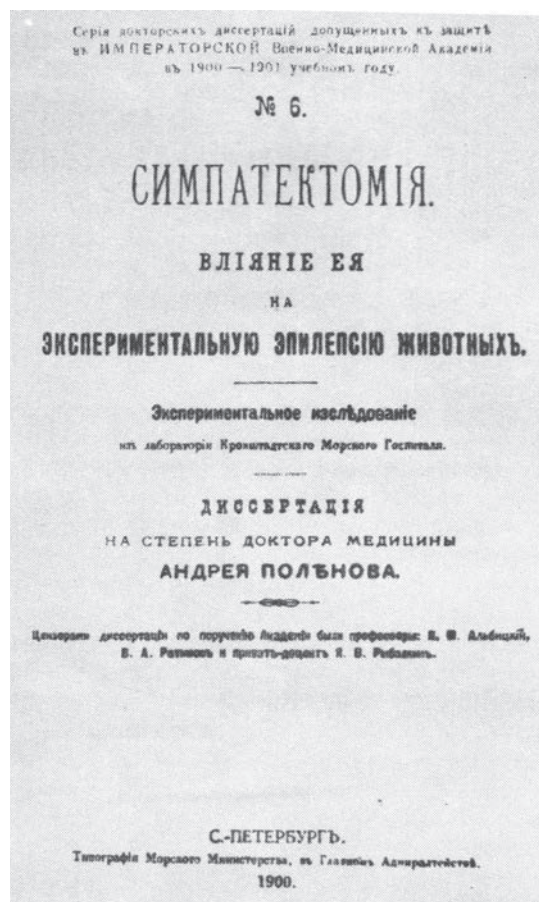
А. Л. Поленов начинает самостоятельно оперировать, часто выступает на заседаниях Орловского медицинского общества. Десять наиболее интересных его сообщений по рекомендации общества были опубликованы в медицинских журналах.

В 1897 г. А. Л. Поленов избирается секретарем общества, проводит через Общество решение о ходатайстве перед губернатором об открытии при родильном приюте школы «повивальных бабок». При личном участии Поленова в 1898 г. началось строительство нового здания родильного приюта, которое закончили в 1898 г. По инициативе А. Л. По-

ленова в начале 1898 г. общество организовало специальную поликлинику для бедных и малообеспеченных больных.

В 1899 г. А. Л. Поленова переводят в Кронштадт в морской госпиталь и назначают младшим врачом 4-го флотского экипажа. С этого времени А. Л. Поленов, работая во флотских экипажах, начинает участвовать и в работе хирургического отделения Кронштадтского военно-морского госпиталя — одного из крупнейших лечебных учреждений России.

Тему научно-исследовательской работы «Влияние обоюдосторонней экстирпации цепи шейных узлов симпатического нерва на экспериментальную эпилепсию животных» молодому врачу предложил главный доктор госпиталя выдающийся микробиолог и эпидемиолог В. И. Исаев. В конце 1900 г. экспериментальные исследования были закончены, и в январе 1901 г. А. Л. Поленов, сдав экзамены и став докторантом, успешно защитил в Военно-медицинской академии диссертацию на степень доктора медицины.



В автобиографии А. Л. Поленов указывает: «...В том же 1901 году вспыхнула чума в



Астраханской губернии. Принцем Ольденбургским была организована большая экспедиция в Киргизскую (Букеевскую) Орду для исследования источников происхождения эпидемии. Все дело организации и непосредственное руководство было передано принцем В. И. Исаеву, который и предложил мне вступить в число помощников по осуществлению этого сложного по своим задачам и планам поголовного осмотра всего кочевого населения киргизов в степях Астраханской губернии и Уральской области с целью выяснения очагов возникновения и путей переноса с Востока в Астраханский край чумной заразы...».



В. И. Исаев (сидит) и А. Л. Поленов перед поездкой в Астраханский край, 1901 г.

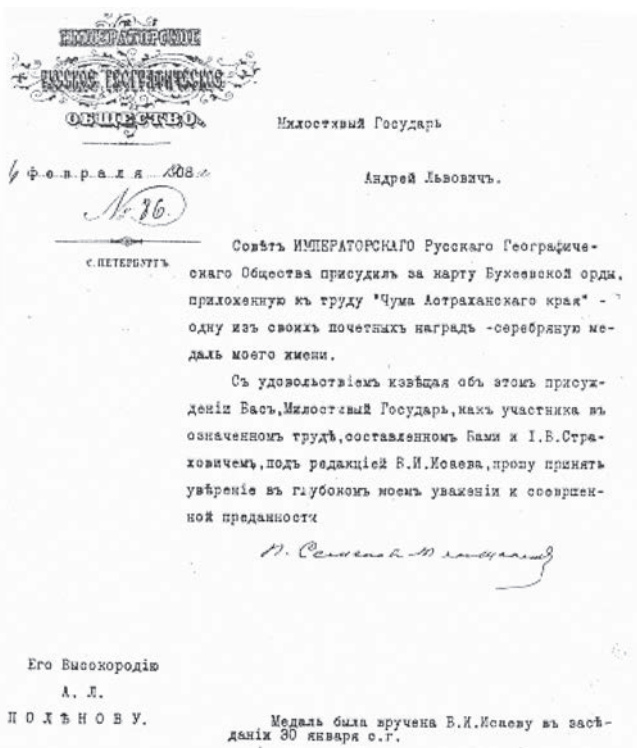
Материалы шестимесячной экспедиции, практические рекомендации, составленная впервые карта Букеевской орды с очагами возможных эпидемических вспышек чумы были изданы<sup>1</sup> и высоко оценены; Импера-

<sup>1</sup> Чума Астраханского края и обзор правительственных мероприятий в связи с историческим ходом развития чумы в Астраханском крае и движением ее до 1906 г. И медико-санитарное описание киргизских степей внутренней Букеевской орды по данным поголовного осмотра населения и материалам, собранным

торское Русское географическое общество наградило А. Л. Поленова и И. В. Страховича серебряными медалями им. П. П. Семенова.



Серебряная медаль имени П. П. Семенова



Именное письмо П. П. Семенова-Тян-Шанского к А. Л. Поленову

отрядом врачей, призванных на борьбу с чумой в эпидемию 1900–1901 гг. Его Высочеством Принцем Александром Петровичем Ольденбургским, с приложением карты Букеевской орды, составленной по крокам врачей отряда. Составили В. Стахович и А. Л. Поленов при участии др. врачей отряда. Под редакцией Почет. Лейб-мед. В. И. Исаева. СПб.: Типогр. Морского Министерства в Главном Адмиралтействе. 1907 г. 500 с.



Как следует из формулярного списка о службе А. Л. Поленова, по завершении командировки он был награжден: «Во внимание к засвидетельствованию его Высочества принца Ольденбургского за полезные труды во время командировки... в Астраханской губернии чумной эпидемии, всемилостивейши пожалован орденом Св. Анны 3-й ст. с 30 июля 1901 г.».

В 1902–1904 гг. А. Л. Поленов — старший ординатор Николаевского морского госпиталя, разрабатывает во многом оригинальные и передовые теоретические и практические вопросы хирургии органов брюшной полости, в частности, патологии червеобразного отростка и слепой кишки.



*Андрей Львович Поленов, Кронштадтский морской госпиталь, 1911 г.*

Выдающиеся способности молодого хирурга не могли остаться незамеченными, и в 1904 г. его отправляют в заграничную командировку во Францию и Швейцарию, где он посещает клиники и слушает лекции классиков хирургии Doyen, Lucas-Championniere, Le Dentu, Poirier, Tuffier, Roux, Lejars, Hartmann, Cuyon, Reclus, Cuneo, Manclarie и др.

В связи с началом войны с Японией А. Л. Поленов был отозван из командировки для вступления в должность хирурга Кронштадтского морского госпиталя.

Обогащенный новыми знаниями, А. Л. Поленов стремится воплотить наиболее важные идеи в практическую деятельность

госпиталя, в котором он руководит уже крупным хирургическим отделением. За период с 1905 г. по 1910 г. им был сделан ряд докладов в научных обществах, опубликованы статьи в различных журналах. В этот период работа хирургического отделения значительно расширилась благодаря многим нововведениям Поленова.

В 1910 г. А. Л. Поленов избирается приват-доцентом Военно-медицинской академии при госпитальной хирургической клинике профессора С. П. Федорова — одного из зачателей хирургии нервной системы в нашей стране, крупного отечественного хирурга-ученого.



*Приват-доцент А. Л. Поленов*

В 1911 г. коллежский советник А. Л. Поленов подает в отставку, покидает госпиталь, флот, Кронштадт и принимает решение перейти на работу в земство, приняв должность главного врача и заведующего хирургическим отделением больницы Симбирска. В ответ на свой запрос он получает следующее уведомление: «Вследствие отношения управления главного врачебного инспектора от 11 мая 1911 года за № 4963 на имя г. Губернатора врачебное отделение губернского правления уведомляет Ваше Высочество, что Вы

Высочайшим приказом по гражданскому ведомству от 2 мая 1911 года за № 28 переведены, с того же числа, старшим врачом Симбирской губернской земской больницы».

В Симбирске он активно реорганизовывает губернскую земскую больницу и руководимую им фельдшерскую школу, занимается хирургией и разработкой научных проблем. Под его председательством начинает развиваться научная деятельность Общества земских врачей, по его инициативе и под его редакцией учреждается и издается земством медицинский журнал «Труды Симбирской губернской земской больницы». Кроме того, он бывает в Петербурге и читает свой приват-доцентский курс в хирургической клинике профессора С. П. Федорова в Военно-медицинской академии.



*А. Л. Поленов в операционной в Симбирской губернской земской больнице*



В 1914 г. А. Л. Поленов принимает приглашение занять вакантную должность профессора на кафедре оперативной хирургии в Психоневрологическом институте, и весной 1914 г. избирается профессором кафедры оперативной, а затем кафедры общей хирургии этого института. Летом того же года в связи с началом Первой мировой войны А. Л. Поленов срочно вызван руководством Общины сестер милосердия святого Георгия: «Община Святого Георгия сим удостоверяет, что Статский Советник Андрей Львович Поленов спешно вызван ею в Санкт-Петербург ввиду начала военных действий на должность старшего хирурга Общины» (документ № 748 от 27 июля 1914 г.).

Кроме того в 1914 г. он был назначен старшим хирургом лазарета для раненых Красного Креста Министерства финансов, который располагался в здании Противоалкогольного института. А. Л. Поленов в эти военные годы много оперировал в различных госпиталях и лазаретах для раненых, развернутых в Петрограде.

Из автобиографии А. Л. Поленова: «...С лета 1916 г. меня вновь, как и после японской войны, поразили массы „инвалидов“, многочисленные жертвы явно неправильного лечения, в смысле полного незнакомства врачей с методами правильного пользования разнообразных видов ранений, которые дала война...» и далее «... с целью как-нибудь вывести эти вопросы из тупика и канцелярских дебрей правящих бюрократических сфер... я поставил себе задачу устройства специального лечебного заведения...».

14.11.1916 А. Л. Поленов «...всемиловейшее пожалован за труды по Обществу Красного Креста при обстоятельствах военного времени чином действительного статского советника».

Обширная хирургическая, научная и организаторская деятельность профессора А. Л. Поленова условно может быть разделена на три периода:

- общехирургический,
- травматологический,
- нейрохирургический.

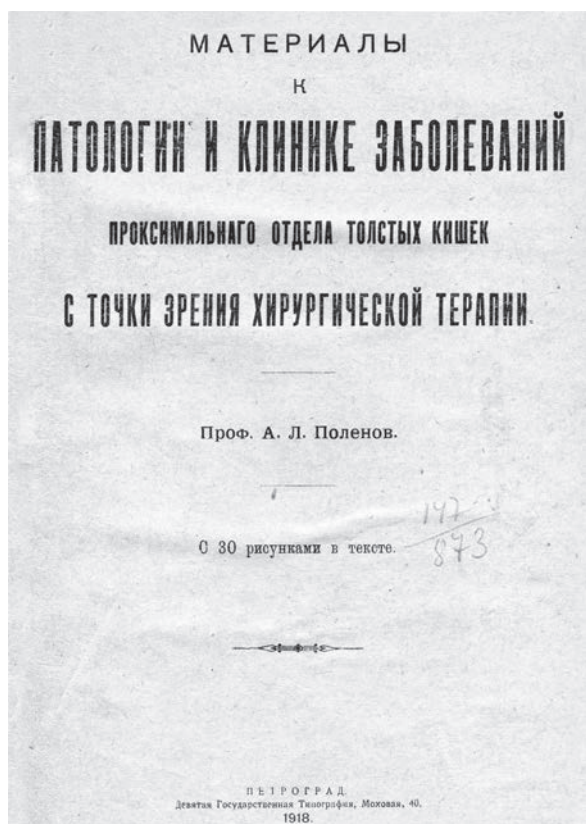
Появлением в 1918 г. крупной монографии «Материалы к патологии и клинике заболеваний проксимального отдела толстых кишек»,





Лазарет министерства финансов. Третий слева проф. А. Л. Поленов

суммирующей многочисленные наблюдения и исследования автора в этом направлении, завершается почти 20-летний общехирургический период его деятельности.



Осенью 1916 г. А. Л. Поленов приступает к устройству специального лечебного учреждения для организации лечения и долечивания увечных, в первую очередь — раненых. Благодаря поддержке великой княгини Ксении (сестра Николая II), которая возглавля-

ла Особую комиссию Верховного совета, ему удалось получить значительный кредит и начать организацию нового учреждения.

«Милостивый государь, Андрей Львович!

Августейшая Председательница Особой Комиссии Верховного Совета Великая Княгиня Ксения Александровна, по всепреданнейшему докладу Моему, 24 августа сего года, соизволила на назначение Вашего Превосходительства Директором устраиваемой Особой Комиссией, для восстановления трудоспособности воинских чинов, страдавших в настоящую войну, Физио-механо-терапевтического института в Петрограде.

Сообщая о сем, пользуюсь случаем, чтобы засвидетельствовать Вам, Милостивый Государь, уверение в отличном Моем уважении и искренней преданности».

Это письмо за № 8396 от 31 августа 1916 г. подписано управляющим делами комиссии В. Б. Лопухиным.

А через месяц Андрей Львович получает письмо от великой княгини Ксении Александровны.

В 1917 г. А. Л. Поленов создает Физио-хирургический институт для комплексного лечения инвалидов войн и пострадавших от травм в мирное времена с помощью хирургических, реставрационных, ортопедических операций с широким использованием функциональных методов лечения. Этот институт стал одним из «учено-вспомогательных» учреждений Психоневрологического института.





Андрей Львович.

Ваши основательныя научныя познанія и широкій опытъ въ дѣлѣ долечиванія и возстановленія трудоспособности увѣчныхъ побудили Меня назначить Васъ директоромъ физіо-механо-терапевтическаго института состоящей подъ предсѣдательствомъ Моей Особой Комиссіи Верховнаго Совѣта.

Нынѣ, признавая полезнаго использовать Ваши цѣнныя качества для осуществленія общихъ врачебно-техническихъ задачъ Особой Комиссіи, Я прошу Васъ принять участіе въ ея занятіяхъ, въ качествѣ ея Члена.

Я увѣрена, что труды Ваши въ составѣ этого близкаго Моему сердцу установленія послужатъ къ вышему преуспѣнію его начинаній на благо пострадавшимъ на войнѣ доблестнымъ защитникамъ ЦАРЯ и Отечества.

*Ксения*

26 Октября 1916 года.

Великая княгиня Ксения Александровна и ее письмо проф. А. Л. Поленову

Институт воплощал идею А. Л. Поленова о необходимости создания новой медицинской дисциплины — травматологии, выделения ее из общей хирургии и введения специального преподавания собственно травматологии в медицинских вузах и институтах усовершенствования врачей. При открытии институт

имел 150 штатных коек в трех отделениях — хирургическом, ортопедическом, физио-механо-терапевтическом и хирургической невропатологии (1921), были организованы протезно-ортопедический и физио-хирургический кабинеты. Была создана «станция первой помощи», которая работала в содружестве с Физио-хирургическим институтом.

В 1918 г. А. Л. Поленов организует в Государственном институте медицинских знаний (ГИМЗ) первую в СССР **кафедру травматологии** и ортопедии с клинической базой в Физио-хирургическом институте. Таким образом ему удается **выделить учение о повреждениях** в особую дисциплину, расширить программу преподавания, обязательную при прохождении курса медицинских наук.

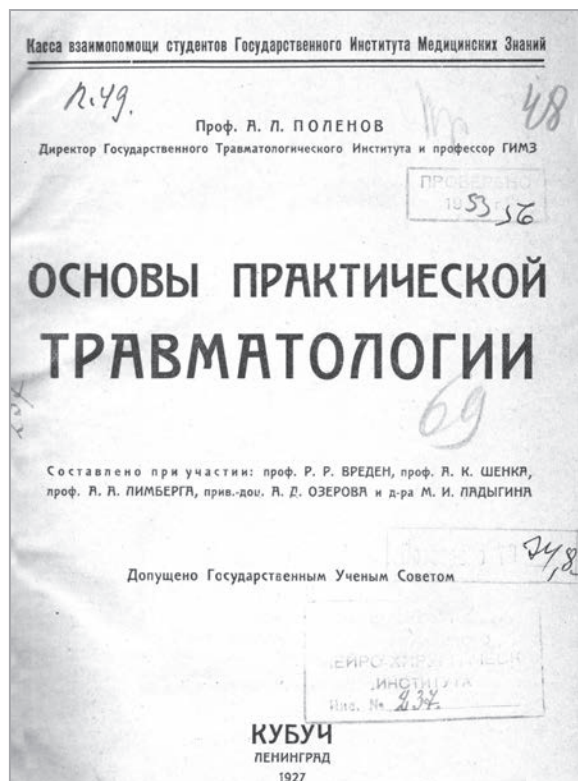
А. Л. Поленов по праву считается основоположником отечественной травматологии, так как именно его трудами, энергией, настойчивостью и целеустремленностью травматология была выделена из общей хирургии и стала самостоятельной специальностью. В 1921 г. в 25-летний юбилей научной, лечебной и общественной деятельности профессора А. Л. Поленова Наркомздрав РСФСР принял решение о присвоении Физио-хирургическому институту его имени.

В 1924 г., после объединения Физио-хирургического и Ортопедического институтов, был создан Центральный государственный травматологический институт, руководство которым было поручено профессору А. Л. Поленову.

В 1928 г. в Москве на 2-м Всероссийском межведомственном совещании по травматизму было окончательно решено о становлении травматологии как науки и создании единой государственной системы травматологической помощи пострадавшим.

Многолетняя и целеустремленная деятельность А. Л. Поленова: утверждение травматологии как самостоятельной хирургической дисциплины, организация кафедр в медицинских вузах и институтах усовершенствования врачей, издание первого в стране оригинального руководства по травматологии «Основы практической травматологии» и создание сети травматологических специализированных лечебных учреждений и скорой помощи в СССР — увенчалась полным успе-

хом: была создана жизнеспособная общегосударственная система травматологической помощи населению.



Следующий этап научно-практической деятельности А. Л. Поленова связан непосредственно с нейрохирургией. Еще в 1921 г. в своем Физио-хирургическом институте он организовал отделение хирургической невро-

патологии, которое по сути явилось правопреемником закрытого Невро-хирургического института (В. М. Бехтерев, Л. М. Пуссен). Все оборудование операционной и хирургический инструментарий этого учреждения были переведены в 1922 г. в Физио-хирургический институт, в котором постепенно расширялась хирургия нервной системы и начала формироваться первая в нашей стране школа нейрохирургов.

В начальный период (1921–1924) нейрохирургической деятельности основными проблемами явились (в условиях послевоенной действительности): повреждения периферической нервной системы, трофические расстройства, связанные с последствиями ранений нервных стволов конечностей у инвалидов войны. Именно этим объясняется постановка А. Л. Поленовым проблемы изучения патологии и хирургии травмы периферической нервной системы, трофики и боли, роли симпатической нервной системы в патогенезе и лечении трофических расстройств при последствиях огнестрельных ранений периферических нервов.

Результаты исследований и практический опыт нейрохирурга в этой области А. Л. Поленов обобщил в монографии «О новых методах хирургической терапии трофических расстройств при повреждениях периферической нервной системы конечностей».



Главная операционная Физио-хирургического института, в центре проф. А. Л. Поленов



Проф. А. Л. ПОЛЕНОВ,

**О НОВЫХ МЕТОДАХ  
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ  
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ  
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ  
КОНЕЧНОСТЕЙ.**

(Опыт клинических наблюдений).

ПЕТРОГРАД.  
1922

После объединения институтов и создания Травматологического института, в структуре его Поленовым также было создано нейрохирургическое отделение, вначале на 20 коек (1924), а затем расширенное до 50.

В 1924–1937 гг. Андрей Львович постоянно занимался «большой неврохирургией» центральной нервной системы, длительным и упорным трудом совершенно самостоятельно

осваивает сложнейшую оперативную технику «мозговой» хирургии.

Он работает совместно с учениками: И. С. Бабчиным, А. Ю. Созон-Ярошевичем, И. С. Васкиным, Е. А. Терпуговым, Д. Г. Гольдбергом, И. С. Раскиным, М. А. Синявиной и невропатологом профессором М. П. Никитиным. Этот наиболее продолжительный период работы исключительно в области нейрохирургии является особенно плодотворным. Уже в 1932 г. он публикует программную статью «350 операций на головном и спинном мозгу за последние 10 лет».

Одним из первых осознав комплексный характер нейрохирургии и важное значение пограничных дисциплин, А. Л. Поленов с самого начала привлекает к сотрудничеству крупных специалистов-невропатологов, офтальмологов, отиатров, патологоанатомов. Он тщательно подбирает себе ближайших помощников и учеников.

А. Л. Поленову и его школе принадлежит неоспоримая заслуга разработки важнейших проблем нейрохирургической клиники. Это время (конец 1930-х) было богато оригинальными предложениями как в хирургии, так и в диагностике: в нейрохирургии все было вновь и все требовало своего осмысления, разработки и создания даже самых простых инструментов и приспособлений.



Обход проф. А. Л. Поленова в клиниках Физико-хирургического института



К числу заслуг А. Л. Поленова в области хирургии новообразований мозга относятся новые разработки способов и техники хирургических манипуляций, в частности модификация арбалетного разреза Кушинга, а также интракраниальный подход к опухолям гипофиза и турецкого седла с предложением (впервые) удалять аденомы при помощи электроаспиратора. Главное его достижение, на наш взгляд, — формирование идеологии оперативных вмешательств на головном и спинном мозге, основных принципов нейрохирургических доступов и манипуляций на мозге, обоснование необходимости постоянного контроля функции дыхания и сердечно-сосудистой системы во время операции — то есть решение основных вопросов тактики оперативного вмешательства: радикальность при минимальной операционной травме, последовательность и этапность.

Именно с этих основополагающих позиций А. Л. Поленов и его школа выдвигают принципы малой травматизации мозга — широкие оперативные доступы, исключаящие излишнюю тракцию мозга, применение электрозонда, аспирацию опухолевых тканей, обязательную последовательность щадящего выделения опухоли и использование специальных инструментов, предварительную перевязку «питающих» сосудов, применение электрокоагуляции, а также использование кимографического контроля дыхания, пульса и артериального давления во время операции (прообраз современного мониторинга).

Оригинальным способом интраоперационной «навигации» явилась приоритетная разработка его сотрудниками и внедрение оммометрии головного мозга — электрозонда, с помощью которого *«можно установить наличие, глубину расположения, размеры и даже форму опухоли, возможна также оценка характера роста опухоли (инфильтрирующая или ограниченная)»*.

В клинике Поленова был создан новый кровоостанавливающий и пластический препарат «гемостол», получивший широкую известность и применявшийся не только для гемостаза, но и для пластики дефектов твердой мозговой оболочки, ран мозга и тубажа периферических нервов.

Размах деятельности этого яркого ученого и хирурга был очень широк — от создания подголовника для операционного стола и многофокусного осветителя «Паук» до практического руководства по нейрохирургии, от открытия кафедры нейрохирургии до предложений по организации всей службы нейрохирургической помощи в стране.

С 1924 г. А. Л. Поленов читает факультативный курс лекций по хирургической невропатологии на кафедре травматологии ГИМЗа, клинической базой которого является нейрохирургическое отделение Травматологического института.

Уже в середине 1920-х гг. в документе, относящемся к организации кафедры «нервной» хирургии, А. Л. Поленов пишет: «Блестящие успехи диагностики и хирургии нервной системы... способствовали выделению ее в совершенно самостоятельную дисциплину — «хирургическую невропатологию» или «неврохирургию». ... Ученый Медицинский совет Ленинградского травматологического института... считает совершенно своевременным поставить перед Наркомпросом и Наркомздравом вопрос об официальном включении в программу Медвуза преподавание курса неврохирургии».

Как мы видим, А. Л. Поленов одним из первых в СССР, если не первый, высказал мысль о необходимости преподавания нейрохирургии в медицинских институтах (1924) и, больше того, ввел сначала факультативный курс, а затем и кафедру создал!

В 1926 г. Советом ЛенГИДУВа была утверждена сверхштатная кафедра нейрохирургии. Со временем этот курс стал настолько популярным, что в январе 1935 г. в ЛенГИДУВе была организована первая в стране штатная кафедра нейрохирургии, возглавляемая профессором А. Л. Поленовым до 1947 г. Клинической базой кафедры являлась нейрохирургическая клиника Государственного травматологического института, затем и по сегодняшний день — РНХИ им. проф. А. Л. Поленова.

Здесь уместно напомнить, что в начале XX в. В. М. Бехтерев, являющийся, без всякого сомнения, создателем отечественной нейрохирургии, организовал клинику нейрохирургии, кафедру, журнал и ассоциацию

врачей-единомышленников, и в 1913 г. докладывал министру народного просвещения, что «в связи с деятельностью клиники нервных болезней в Петербурге *выделилась впервые как практическая специальность оперативная неврология (курсив автора)*, благодаря чему операции над головным и спинным мозгом, а равно над периферическими нервами стали производиться в большом количестве и с прекрасными результатами».

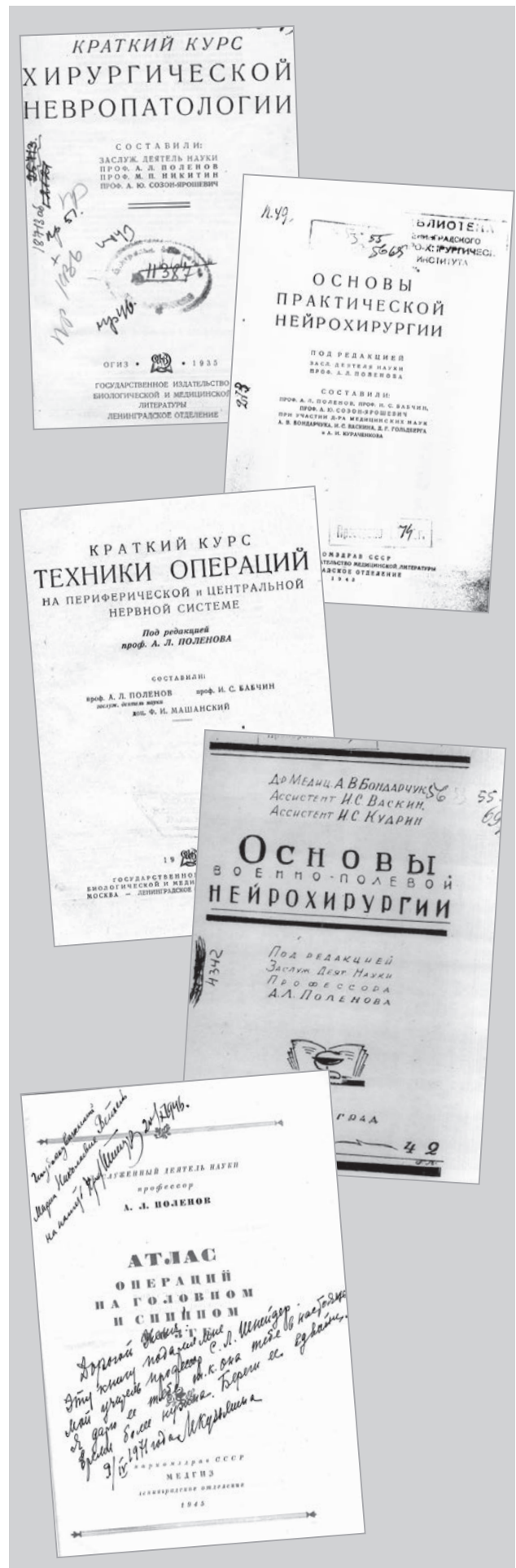
Стало быть, А. Л. Поленов в новое время и в новом государстве полностью повторил путь зачинателя новой специальности «нейрохирургия» академика В. М. Бехтерева и является, по сути, основоположником нейрохирургии в Советском Союзе и создателем первой научно-практической школы нейрохирургов.

Организация специальных курсов и кафедры нейрохирургии, систематическая подготовка кадров нейрохирургов потребовали написания учебников и руководств по этой новой специальности.

В 1935 г. издается «Краткий курс хирургической невропатологии», подготовленный А. Л. Поленовым совместно с М. П. Никитиным и А. Ю. Созон-Ярошевичем, а в 1937 г. — его продолжение (совместно с И. С. Бабчиным, Ф. И. Машанским) «Краткий курс техники операций на периферической и центральной нервной системе». Кроме того в 1936 г. было издано «Руководство практической хирургии», первый том которого — «Хирургия головы» — подготовлен с участием А. Л. Поленова и И. С. Бабчина.

В 1934 г. А. Л. Поленову присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки, ему посвящается номер журнала «Советская хирургия», и приказом № 167 Наркомздрава СССР отделению нейрохирургии Травматологического института было присвоено имя А. Л. Поленова.

Важным этапом становления нейрохирургии и огромным импульсом дальнейшего ее развития явилось объединение в 1938 г. нейрохирургической клиники, руководимой Поленовым с 1921 г., с Научно-практическим институтом хирургической невропатологии (организован А. Г. Молотковым в 1926 г.). Директором нового нейрохирургического института был назначен профессор А. Л. По-



ленов. Создание института с хорошим клиническим обеспечением позволило расширить и укрупнить развитие научного и клинического направлений, приблизить научные задачи к вопросам практического здравоохранения.

В этот период своей нейрохирургической деятельности Андрей Львович вступил уже в преклонном возрасте и в очень сложные для страны предвоенные и военные годы. Тяжелые годы блокады не прошли для него бесследно, они подорвали его здоровье, но он продолжал работать и руководить институтом.

В тяжелейшие дни, месяцы и годы блокады Ленинграда А. Л. Поленов и его ближайшие сотрудники наряду с огромной клинической и хирургической работой продолжают и научно-педагогическую деятельность. В крайне трудных условиях было подготовлено и издано(!) важнейшее на тот период руководство — «Основы военно-полевой нейрохирургии», (А. В. Бондарчук, И. С. Васкин, И. С. Кудрин).

В 1943 г. выходит в свет легендарное руководство «Основы практической нейрохирургии», над которым Поленов работал в предвоенные и первые военные годы. В 1945 г. он с помощью своего сотрудника А. В. Бондарчука завершает оформление и издание многолетнего труда — «Атлас операций на головном и спинном мозге». Этот уникальный труд был удостоен Сталинской премии первой степени.

В 1945 г. А. Л. Поленов избирается в действительные члены созданной АМН СССР.

К послевоенному времени относится и начало работы института по организации нейрохирургической службы в России — по существу зарождение одного из важнейших направлений деятельности института, получившего особенное развитие в послевоенном периоде и неразрывно связанное с именем профессора А. Л. Поленова, создателя первых специальных отделений, кафедры и практических руководств по нейрохирургии.

Пятидесятилетний юбилей врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности профессора А. Л. Поленова был ознаменован организацией в Ленинграде в 1947 г. VIII-й (последней) сессии Всесоюзного нейрохирургического совета.

На 77-м году 19 июля 1947 г. оборвалась жизнь Андрея Львовича Поленова.

А. Л. Поленов имеет ордена: Св. Владимира 4-й ст., Св. Станислава 2-й ст., Св. Анны 2-й и 3-й ст., и медали: светло-бронзовую Красного Креста в память Русско-японской войны 1904–1905 гг. и светло-бронзовую, высочайше установленную в память 300-летия царствования Дома Романовых. Награжден орденами Ленина и Трудового Красного Знамени, медалями «За оборону Ленинграда», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне».

Торжественное открытие бронзового бюста А. Л. Поленова (скульптор Н. В. Дыдыкин) у здания института состоялось 25 октября 1954 г. В областных больницах Орла, Ульяновска (Симбирска) и хирургическом отделении Кронштадтского военно-морского госпиталя установлены мемориальные доски профессору А. Л. Поленову.

Нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова с момента своего образования являлся центром подготовки кадров нейрохирургов и Головным учреждением МЗ РСФСР (РФ) по организации нейрохирургической службы в Российской Федерации.



Надгробие А. Л. Поленова





Мемориальные доски в Ульяновске, Орле, Кронштадте

За годы деятельности Института в России была создана стройная система нейрохирургической помощи населению, охватывающая все административные регионы страны и подготовлен кадровый состав заведующих отделениями и врачей-нейрохирургов.

Одним из важных моментов в преемственности знаний и профессиональных навыков, дальнейшего развития научных идей и теорий, творческих традиций являются проводимые Институтом с 1995 г. «Поленовские

чтения», а также созданные по инициативе и при активном участии Института Петербургская и Российская ассоциации нейрохирургов.

С благодарностью и глубоким уважением мы вспоминаем и чтим наших учителей и основоположников отечественной нейрохирургии, склоняем голову перед памятью дорогого Андрея Львовича Поленова, всегда помня, что «ничто не происходит из ничего» («Ex nihilo nihil fit!»).

## НОВОСТИ

### БАРНАУЛ

**16 ноября 2018 г.** в рамках IX Рождественских образовательных чтений Барнаульской епархии в Берёзовской общеобразовательной школе Первомайского района силами Алтайского отделения ОПВР был проведен открытый урок **«Добровольчество как возможность духовно-нравственного взросления для молодых»**. Перед школьниками старших классов выступили иерей Димитрий Никитин, председатель Информационного от-

дела Барнаульской епархии, настоятель храма свв. мчч. Веры, Надежды, Любви и матери их Софии в селе Берёзовка, а также председатель Алтайского ОПВ Е. В. Харченко.

Содержанием встречи стало постижение **сущности феномена добровольчества**, выступавшими были приведены примеры коренного изменения направления жизни молодых людей и преобразования их личности при вовлечении в помощь другим, раскрыты возможности приложения молодых сил, на примерах **предложены вари-**

**анты исполнения конкретных добрых дел.** Священник напомнил о необходимости поддержки близких в семье, о страдающих людях без жилья, пищи и вариантах помощи им и т. д.

Отзывы участников и желание сотрудничать свидетельствовали о достижении основной цели открытого урока — согласи на принятие жизненного принципа «Спешите делать добро».

*По материалам opv-ak.ru*

### ТОМСК

**2 марта 2018 г.** в большом конференц-зале НИИ Кардиологии Томска состоялась беседа **«Великий пост и заболевания сердца»**, организованная Томским региональным отделением Общества православных врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого). С сообщениями выступили духовник Томского ОПВ, настоятель храма прмц. Елисаветы при

НИИ Кардиологии протоиерей Святослав Зулин; председатель Томского ОПВ ведущий научный сотрудник НИИ Кардиологии д. м. н. Е. В. Вышлов и секретарь общества врач-диетолог Н. В. Суворова.

Они ответили на вопросы участников встречи — пациентов и медицинских работников кардиоцентра, прихожан томских храмов — о цели и смысле Великого поста, об ограничениях в потреблении пищи в этот

период времени для разной категории людей. Было отмечено, что постная пища является сильнейшим профилактическим средством сердечно-сосудистых заболеваний. Однако нельзя забывать о первичной духовной составляющей — во время поста необходимо уделять особое внимание молитве, покаянию и борьбе с греховными страстями.

*По материалам opv70.ru*

## ТОМСК

**22 сентября 2018 г.** православные врачи Томского регионального отделения Общества православных врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) провели **выездной консультативный прием пациентов в селе Новониколаевка Асиновского района**. В делегацию вошли кардиологи, невролог, детский невролог, педиатр, терапевты, гинеколог, врачи лечебной физкультуры. Прием пациентов проходил на базе Новониколаевского фельдшерско-акушерского пункта. На прием к томским специалистам пришло более 20 человек.

Такие выезды православные врачи совершают регулярно — один раз в два месяца в рамках соглашения о сотрудничестве между департаментом здравоохранения Томской области и Томской и Колпашевской епархиями РПЦ. Врачи неоднократно бывали в Томском, Кожевниковском, Тегульдетском районах. 16 июня 2018 г. впервые состоялся выезд в Асиновский район, в село Ново-Кусково. Обычно прием проходит в доброжелательной обстановке на базе местных фельдшерско-акушерских пунктов, в отдельных случаях врачи принимали пациентов в храме или в доме культуры.

**28 октября — 5 ноября 2018 г.** в Томске находился ковчег с мощами святителя Луки (Войно-Ясенецкого) и святого праведного Лазаря Четверодневного. Ковчег был установлен в Богоявленском кафедральном соборе. По ходатайству духовника Томского регионального отделения ОПВР протоиерея Святослава Зулина вечером 1 ноября святые были временно перенесены в храм св. прпмц. вел. княгини Елисаветы при НИИ кардиологии Томска.

Перед святыми мощами был отслужен молебен с акафистом небесному покровителю томских православных врачей — свт. Луке (Войно-Ясенецкому), совершен чин елеопомазания, вознесены молитвенные прошения святым о помощи медикам в их нелегком служении и об исцелении болящих. В богослужении приняли участие постоянные прихожане храма, пациенты клиники, православные врачи.

После завершения молебна с акафистом, ковчег был пронесен по палатам отделения неотложной кардиологии, ведущим сотрудником которого является председатель Томского ОПВ д. м. н. Е. В. Вышлов. Пациенты отделения получили чудесную возможность приложиться к святыням.

**17 ноября 2018 г.** Томское региональное отделение Общества православных врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), провело очередной **выездной консультативный прием пациентов в селе Гусево Шегарского района**, находящегося в 120 километрах от областного центра. Доктора посвятили прием памяти своей коллеги — врача-терапевта Е. М. Валовой.

По традиции врачи взяли с собой Иверский образ Божией Матери и икону свт. Луки (Войно-Ясенецкого) с частицей его честных мощей. Перед началом приема пациентов православные врачи прочитали акафист своему небесному покровителю в местном храме в честь Святой Живоначальной Троицы.

Непосредственно консультационный прием проходил на базе Гусевского отделения общей врачебной практики. Медсестра Ю. В. Гой выполнила необходимую предварительную организационную работу: пригласила пациентов, подготовила документацию. Прием проводили врач-кардиолог, невролог, педиатр, терапевт, гинеколог, два врача ЛФК. Всего было проконсультировано около 30 человек — и взрослых, и детей.

*По материалам oprv70.ru*

# НОВОСТИ

## ЧИТА

**13 декабря 2018 г.** в рамках **VIII Забайкальских Рождественских чтений** в конференц-зале Читинской государственной медицинской академии (ЧГМА) состоялась онлайн-лекция д. м. н., проф. Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, лор-хирурга высшей категории протоиерея Сергия Филимонова на тему **«Молитва врача»**.

На лекции присутствовали ректор ЧГМА д. м. н., проф. А. В. Говорин; декан лечебного факультета д. м. н., проф. И. К. Богомолова; зам. декана лечебного факультета И. В. Богатова; зам. декана педиатрического факультета Е. В. Розумная, преподаватели и студенты ЧГМА, практикующие врачи.

Лекция была посвящена образу православного врача, молитве как основе его врачебной деятельности. Докладчик подчеркнул, что православный врач — прежде всего, христианин, активно живущий жизнью Церкви, которая заключается не только в участии в Таинствах и богослужении. Он должен обладать, прежде всего, православным мировоззрением, а не умением оперировать системой канонов и правил.

Православный врач подходит к лечению болезни через призму трехчастного строения человека: дух, душа и тело больного. Архиепископ Лука Крымский, доктор медицины, профессор, говорил об этом: «Общезвестно могущественное влияние психики больного на течение болезни. Состояние духа больно-

го, его доверие или недоверие врачу, глубина его веры и надежды на исцеление или, наоборот, психическая депрессия, вызванная осторожными разговорами врачей в присутствии больного о серьезности его болезни, глубоко определяют исход болезни. Психотерапия, состоящая в духовном воздействии врача на больного, — общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней...».

Протоиерей Сергей Филимонов отметил, что в связи с материалистическим подходом к процессу лечения сегодня взгляды многих врачей на современные биотехнологии не сформированы, не имеют твердого нравственного обоснования.

*По материалам chitgma.ru*



# ТОМСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ





# ОБЩЕСТВО ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ КАРЕЛИИ



2018-9-8 12:

2018-8-2





**МАТЕРИАЛЫ,  
ПОСВЯЩЕННЫЕ  
СВЯТИТЕЛЮ ЛУКЕ**









## ЖЕНА И ДЕТИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ: ОТКАЗ ОТ МИФОВ

Святитель Лука (Войно-Ясенецкий), посвятивший свою жизнь сугубому служению Богу и ближнему как пастырь православной Церкви и врач-хирург, жил практически в наше время. Именно поэтому его многогранная личность привлекает внимание многих писателей, историков. Однако, некоторые авторы субъективно описывают жизнь владыки. В своей статье Екатерина Игоревна КАЛИКИНСКАЯ, кандидат биологических наук, член Союза писателей России, член Московского научного общества историков медицины, лектор факультета фундаментальной медицины МГУ, освещает отдельные стороны жизни святителя Луки на основе документов, воспоминаний близких святого.



Сегодня в литературе о святителе Луке, в популярных изложениях его биографии бытует несколько предубеждений, которые хотелось бы рассеять с помощью фактов и воспоминаний людей, лично знавших святителя и его семью.

Например, распространено мнение о жене святителя, Анне Васильевне, основанное на книге М. А. Поповского: «в тени знаменитости всегда таится страдающая женщина» [4, с. 50]. Жена святителя якобы страдала от недостатка сильных впечатлений, ожидала «большой яркой любви» и была разочарована своей семейной жизнью. Совершенно очевидно, что Марк Александрович пытается подменить установки людей, которые выросли в недрах православия и воспринимали супружество как венец царский и терновый одновременно, представлениями о идеале семейной жизни второй половины двадцатого века. Внешняя красота в то время, когда Анна Васильевна, в девичестве Ланская, была молодой девушкой, не ставилась во главу угла. И не только красотой привлекла

она будущего Святителя, но и кротостью характера, и чистотой души. В госпитале, где работала А. В. Ланская, ее называли «святой сестрой». Вступая в Киевскую Мариинскую общину сестер милосердия, она дала обет безбрачия и нарушила его, полюбив молодого врача. Анна Ланская выбрала в мужа человека, который вряд ли мог обещать ей обеспеченную жизнь: они познакомились, когда Валентин Феликсович был еще студентом медицинского факультета. Девушка уже отказала двум военным врачам, просившим ее руки, но не отвергла будущего хирурга. Ю. Л. Шевченко считает, что в Киевский отряд Российского Красного Креста, отправившийся на театр военных действий русско-японской войны, В. Ф. Войно-Ясенецкий попал только ради нее. «Узнав о скором отъезде Ланской, он не допускал даже мысли, чтобы „святая сестра“ уехала на войну одна, надолго лишившись его помощи и поддержки» [5, с. 62–63].

После того, как молодые люди соединили свои судьбы перед лицом Господа, обвенчав-

шись в Читинской церкви Архангела Михаила, их жизнь строилась по христианскому укладу. Анна Васильевна первые годы помогала мужу с заполнением больничных карт и другой бумажной работой, а позднее старалась, как могла, облегчить его жизнь, терпеливо неся крест быта. Она сама «обшивала и кормила шестерых», вспоминала прислуга Войно-Ясенецких в Переславле-Залесском Е. Н. Кокина: «Мужа любила без памяти. Ни в чем ему не перечила. Может, и были между ними какие нелады, но при детях и прислуге — ни-ни. Барин был суровый. К делам домашним не прикасался. Лишнего слова никогда не говаривал» [4, с. 65].



*Анна Васильевна Ланская, сестра милосердия.  
ок. 1903 г.*

В Переславле-Залесском, Анна Васильевна, по-видимому, завела небольшой огород, одно время были у нее и цесарки: в архиве семьи сохранилась фотография, где жена хирурга кормит домашних птиц. «Фотографировать начал Валентин Феликсович в Переславле, — пишет М. А. Поповский, — Мастерством этим, как и всем, что делал, овладел

капитально. Завел свою фотографическую аппаратуру. По многу раз фотографировал анатомические объекты и всякий раз записывал в специальную книжечку, какая была выдержка, освещенность, диафрагма, какой получился снимок» [4, с. 73]. В «Отчетах о деятельности Переславской земской больницы» появились фотографии пациентов. Иногда — к сожалению, очень редко! — под объектив его фотоаппарата попадали и члены семьи.



*А. В. Войно-Ясенецкая на прогулке с детьми  
в Переславле-Залесском*

Нужно осторожно относиться к свидетельствам сыновей о том, что раннюю смерть жены святитель считал чем-то вроде возмездия, напомнившего, что ему надо «замаливать грех до скончания дней» [1, с. 15]. Сам же святитель писал: «Она дала обет девства. Выйдя за меня замуж, она нарушила этот обет, и в ночь перед венчанием в церкви, построенной декабристами, она молилась перед иконой спасителя, и вдруг ей показалось, что Христос отвернул свой Лик, и образ Его исчез из киота. Это было, по-видимому, напоминание о ее обете и за нарушение его



Господь наказал ее невыносимой патологической ревностью» [7, с. 19]. Не прав Марк Поповский, не о своих «упущенных возможностях» страдала Анна Васильевна: ее сердце мучило сознание греха и тревога потерять любовь мужа. Хотя и была эта тревога напрасной. Дочь святителя Елена Валентиновна подтверждает: «Папа очень тяготился этой ревностью, и мне кажется, что бедная мама ревновала напрасно, так как папа был очень строг к себе и очень любил маму». То же подтверждает и прислуга Е. Н. Кокина: «Барин не мог видеть чужих женщин» [4, с. 60]. Анна Васильевна, как могла, боролась с искушением. Есть фотография Анны Васильевны в Переславле-Залесском с игуменьей Федоровского монастыря Евгенией и старшими детьми, в гостях у матушки в 1913 г. У Анны Васильевны, ожидавшей в то время четвертого ребенка, спокойное, умиротворенное лицо. Всепонимающий, мудрый взгляд у матери игуменьи. Вероятно, многие вопросы духовного плана Анна Васильевна могла обсуждать с нею.



*А. В. Войно-Ясенецкая в гостях у игуменьи Федоровского монастыря матушки Евгении, 1913 г.*

У нас нет оснований сомневаться в том, что Анна Васильевна Войно-Ясенецкая относилась к реалиям своей супружеской жизни не как к последствиям «счастливого» или «несчастливого» выбора, а считала его волей Божией. Строгий уклад семьи, вполне отвечавший православным канонам благочестивой жизни, не был для нее тяжестью или разочарованием. Мы знаем точно одно: Анна Васильевна была единственной женщиной в жизни святителя Луки (В. Ф. Войно-Ясенец-

кого), память о ней хранилась в семье как святыня.

Есть свидетельства ташкентских коллег, что перед смертью Анна Васильевна просила мужа ежедневно читать ей Евангелие, и они вместе находили в словах Спасителя силы и мужество встретить то, что было им уготовлено Господом. Что это, как не домашняя церковь? На могиле жены будущий святитель написал слова из Евангелия: «чистая сердцем, алчущая и жаждущая правды».

В массовом сознании утвердилось также мнение о сыновьях святителя как о людях, которые были далеки от своего отца. Считается, что уважали они только его научные успехи, но духовно к нему не были близки. Это не соответствует действительности. Сыновья святителя были, как и он сам, людьми высокого интеллекта, непростой судьбы и неоднозначных характеров. Не будем забывать, что они, будучи сыновьями «врага народа», подвергались гонениям за отца. Но все трое добились немалых успехов в медицине и биологии. Михаила Валентиновича порой раздражала или огорчала слава их отца, связанная не с его научными достижениями, а со служением в церкви. Эти настроения подтверждает письмо М. В. Войно-Ясенецкого, написанное им брату Валентину из санатория Репино 11 декабря 1984 г.: «...Обсуждение методологии работ отца и значение двух его монографий для современной хирургии может вызвать полезную дискуссию. А это полезнее и важнее, чем всякие спекуляции и басни о причинах увлечения хирурга религиозной деятельностью. А я, действительно, не мог бы дать уверенного ответа на причины перехода отца в священнослужители, хотя знаю его лучше тебя. Помню нашу жизнь в Переславле, провел несколько лет в Черкассах у бабушки и старшего брата отца. Сопровождал отца в Пенджикент, где его посвящали в архиереи. Слушал его выступления на диспутах с антирелигиозниками, проповеди, а также лекции студентам. Довольно долго, будучи подростком, ходил на его операции в Ташкентской городской больнице. И могу сказать категорически, что никаких особых признаков религиозности у него вплоть до смерти мамы не было. И он (и мама) относились к религии так же, как другие интеллигентные люди того времени — хо-

дили в церковь по большим праздникам, тем и ограничивались. А бабушка и дядя при мне в церкви ни разу не были (дедушка-католик в то время страдал старческим слабоумием). Ничего удивительного нет и в редких посещениях всей семьей переславских монастырей... Это тоже характерно для тогдашней провинциальной жизни. А в Ташкенте среди его близких знакомых, пока была жива мама, не было ни одного священника. В легендах о каких-то ранних предпосылках к переходу в священники в значительной мере виноват сам отец. Ретроспективно обосновывая свой поступок ранними предзнаменованиями и видениями, он даже кощунственно решил (и упомянул в своей автобиографической проповеди), что Бог послал на нашу маму туберкулез, погубивший ее в 33-летнем возрасте, только для того, чтобы освободить ему путь к церковной деятельности. А вообще эта смерть, крайне тяжело им перенесенная, несомненно отразилась и на всем дальнейшем.



*Михаил Валентинович Войно-Ясенецкий  
в молодости*

Я совсем не против отца. Он был очень добрым и умным человеком. С ним было интересно и полезно обсуждать научные и просто житейские вопросы. Но папа совершенно менялся, когда речь заходила на религиозные темы. Здесь он проявлял крайнюю неприми-

римость, не допуская сомнений в существовании не только ангелов, но и чертей и даже ведьм... И такие разговоры мы старались не вести.

Отец прожил сложную и во многом противоречивую жизнь.

Меня исключили из техникума, где я начал учиться, не закончив учебу... А затем отказались в 1927 г. принять в ТашМИ, хотя я выдержал чуть ли не первым приемные испытания. Только спустя 2 или 3 месяца после начала занятий я стал студентом, чему обязан хлопотам М. И. Слонима. Но потом дважды исключали при проходивших „чистках“ и снова восстанавливали. По состоявшемся все же окончании учебы не дали возможности остаться на кафедре гистологии или пат. анатомии, куда меня приглашали, а отправили в дальний Таджикистан. Примерно то же было и у Алеши. Полноправными гражданами мы стали позже, доказав своей работой преданность Родине. За свою „ссылку“ в Таджикистан я должен быть только благодарен. Там я повторил путь отца в науке, причем работая не по надуманным (или заданным) темам, а на повседневной практике. И никаких „учителей“ у меня никогда не было. В Ленинград к Аничкову я попал уже будучи доктором и профессором (он был оппонентом на защите моей диссертации, написанной в Таджикистане). Самостоятельно прокладывает дорогу и сын Алексей, добившийся немалых успехов, работая вдали от родителей и от крупных научных центров. В былые времена меня нередко представляли при знакомстве как „сына Войно-Ясенецкого“. Теперь в таких случаях я фигурирую сам по себе и это гораздо приятнее. Однако, когда я и Маша были в Хабаровске, нас рекомендовали „родителями профессора Войно-Ясенецкого“... Это было тоже приятно. Ты, как и брат Алексей, тоже приобрел достаточно веское собственное имя и нам всем нет необходимости пользоваться отблесками славы отца. Хорошо бы было, если бы наши внуки-правнуки по семейной традиции сами бы всего добивались, не используя имени своего знаменитого предка, а своим трудом приобретали известность, прославляя фамилию Войно-Ясенецких...».



В этом письме сказано очень много. Здесь и боль за пережитое, и священная память о рано ушедшей матери, и бесполезные претензии человека научного склада (к тому же в ту пору еще юноши) — понять глубину души человека, осененного благодатию Божию, и гордость за свои личные свершения и успехи, и глубокое уважение к отцу. А также система ценностей достойного, но исключительно светского человека.

Как старший сын, Михаил Валентинович подвергся гонениям за отца более других, возможно, отсюда столько горечи... Он долго искал свой путь в жизни, работал в разных местах, даже в театре (что вполне соответствовало его личному артистизму и разносторонним интересам), прежде чем все-таки поступил в Ташкентский медицинский институт. Закончив его, стал прекрасным патологоанатомом, после переезда в Ленинград много лет руководил лабораторией в Институте экспериментальной медицины. Сослуживцы считали его строгим, побаивались его, а родные больше вспоминают его обаяние, культурность, порядочность.

Приведу воспоминания Елены Михайловны Войно-Ясенецкой, жены старшего внука святителя, Алексея: «Михаил Валентинович мне очень понравился. У него было открытое доброе лицо, он не играл, не позировал. Он очень хорошо относился к любому человеку, с которым встречался, был очень искренним. Я впервые видела образ человека интеллигентного, очень воспитанного, очень артистичного от природы. Несмотря на свою большую ногу — ведь полжизни пришлось ходить в ортопедическом ботинке после катастрофы, — он красиво двигался. И когда просто протягивал руку за чашкой чая, это было благородно. Жили они с женой довольно просто: на столе щи, часто без мяса, гречневая каша, по праздникам появлялся пирог с капустой. Он никогда не ел жадно, всегда — красиво. Михаил Валентинович был великодушен, благороден, он умел разговаривать с разными людьми, был открыт людям. Когда приходили слесарь или водопроводчик, именно он с ними общался. Со служанкой Евдокией Даниловной, Дуней, был так же любезен, как со всеми остальными женщинами. Так он себя воспитал или так его воспитали в семье Во-

йно-Ясенецких, я не знаю. Михаил Валентинович всегда был интереснее всех вокруг, он выделялся из массы людей... Михаил Валентинович был главным в семье, все вокруг него крутилось, все им определялось» [2, с. 71–72]. Елена Михайловна Войно-Ясенецкая рассказала не только о дружбе Михаила Валентиновича с драматургом Евгением Шварцем, который был глубоко верующим человеком, но и о том, что старший сын владыки Луки под угрозой ареста хранил у себя в лаборатории рукопись крамольной пьесы Шварца «Дракон». Невестка Михаила Валентиновича запомнила также трогательную привычку старшего сына владыки — ходить на первые два сеанса в кинотеатр, чтобы посмотреть мультики и от души посмеяться вместе с детьми.



*М. В. Войно-Ясенецкий с внучкой Татьяной*

Никогда и никто из родных не мог вспомнить, чтобы дети выражали обиду на святителя или он был ими недоволен. Их успехи в науке вызывали у него радость, но он считал их закономерными, мог лишь заметить, что они оправдали его род. Желание старшего внука Алексея стать врачом вызвало у деда уважение, а целеустремленность мальчика, который вставал на рассвете, чтобы позаниматься на свежую голову, восхищала окружающих.

По словам Майи Дмитриевны Прозоровской, владыка Лука больше всего переписывался с Михаилом. Нам известны его проникновенные, исповедальные письма из ссылок, которые адресованы именно старшему сыну. По-видимому, тогда слова святителя не достигали сердца юноши. И позже, в более зрелом возрасте в письмах к братьям он ирони-

зировав, что мир не мог быть создан за семь дней, что отец «отстал» от достижений современной науки... А писателю Т. И. Грековой, общавшейся с ним в 1980-е годы, Михаил Валентинович мог сказать, что в Ташкенте он, конечно, надевал подрясник и прислуживал отцу в алтаре, но все это было не более чем игра [1, с. 15].

Однако не будем спешить с выводами. М. Д. Прозоровская вспоминала, что дискуссии со старшим сыном продолжались и в крымские годы, когда владыка «пытался наставить его на путь истинный». Письмо брату Валентину было написано в 1984 г., а умер Михаил Валентинович в 1991 г. М. Д. Прозоровская слышала от матери, что в конце жизни Михаил Валентинович стал иногда появляться в церкви.

Тепло вспоминает дядю Мишу и племянник Николай Николаевич Сидоркин. Он жил у Михаила Валентиновича в Ленинграде, когда приехал из Симферополя, бывал и позже. Николай Николаевич особенно помнил последнюю встречу с дядей в 1991 г.: «...Он полужелал: у него нога болела всю жизнь после катастрофы поезда, ходил в специальном ботинке... Он попросил меня поменять лампочку, ему это уже было тяжело. Раньше был такой деятельный, энергичный, профессор, начальник, а теперь вдруг — такой старичок, совсем беспомощный... Нина когда-то к нему на прием приходила в больницу, он был таким грозным начальником, суровым, все его боялись».

Кто знает, что изменилось в сознании этого умного, тонкого, одаренного человека за годы болезни и старости? Не нам судить...

Так или иначе, дети по-настоящему почитали своего отца, несмотря на разницу характеров и судеб. Средний сын, Алексей Валентинович, закончил Ленинградский университет, был доктором биологических наук, руководителем лаборатории в Институте эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова в Ленинграде.

Г. Е. Свицерская, старший научный сотрудник Института эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова, сотрудница лаборатории А. В. Войно-Ясенецкого, пишет, что Алексей Валентинович «в 1929 году закончил школу в Ташкенте. Как сын

священника и осужденного он не мог продолжать дальнейшее образование... В экспедициях Среднеазиатской станции защиты растений в Узбекистане и Туркмении, а также на Памире в экспедиции Ташкентского географического общества он работал фотографом. В качестве чертежника и топографа работал на ирригационном строительстве в Дальверзинской степи. Участвовал в полевых топографических съемках... В период, когда отец вернулся из ссылки, он помогал ему, работая регистратором в поликлинике... В ноябре (1933 г. — Е. К.) Алексей Валентинович приехал в Ленинград. Велико было желание поступить в Университет и продолжить образование. Однако отсутствие прописки и трудности жизни тех лет заставили его вновь заниматься случайными заработками. В сентябре 1934 г. Алексей Валентинович поступил на биологический факультет Университета. Его заинтересовала физиология человека и животных. Кафедру физиологии в это время возглавлял А. А. Ухтомский (глубоко верующий человек — Е. К.)» [6, с. 528]. Затем средний сын святителя стал учеником академика Л. А. Орбели, под руководством которого начал заниматься исследовательской работой в научном городке в Колтушах. Алексей Валентинович жил и работал там всю войну, продолжал исследования даже во время блокады. В 1944 г. его вызвали в Москву, в организовавшийся там медицинский институт Красной Армии, где была кафедра Военно-Медицинской академии. Тогда он стал под руководством Орбели заниматься проблемами летной службы, изучал, что происходит с нервной системой летчиков в воздухе. Затем эти работы были положены в основу медицинских исследований в космонавтике. В 1950 г. прошла объединенная сессия РАМН и РАН, когда начались гонения в физиологии. Академик Леон Абгарович Орбели был снят с поста начальника ВМА, директора Физиологического института, ему оставили только небольшую группу сотрудников для индивидуальной научной деятельности академика. Вокруг Орбели в ту пору было очень мало людей, поскольку находиться рядом с ним было небезопасно. Но самым верным другом, самым близким учеником, самым активным помощником оставался Алексей Валентино-



вич Войно-Ясенецкий, сохранивший преданность и уважение к своему учителю, несмотря на тяжелые обстоятельства. Как много позже отмечал Е. М. Крепс, «жизнь Алексея Валентиновича в эти годы была моральным подвигом, когда он рисковал не только научной карьерой, но и своей жизнью» [6, с. 529]. После смерти Сталина, в 1956 г., «обстановка изменилась, и было предложено создать Институт эволюционной физиологии под руководством академика Орбели. Он открылся в 1959 г., когда Л. А. Орбели уже, к сожалению, умер. Алексей Валентинович возглавлял в Институте лабораторию развития нервной деятельности животных в онтогенезе. К тому времени он достиг больших успехов в науке. Его книгу по гипербарии академик Орбели назвал «торжеством советской науки».



*Алексей Валентинович Войно-Ясенецкий*

А. В. Войно-Ясенецкий впервые выдвинул идею о ритмической активности нервной системы, очень плодотворную и фундаментальную. Докторскую диссертацию по этой теме он защитил очень поздно, не стремился к чинам, фактически настояли сотрудники, чтобы

он выпустил по этой теме монографию и стал доктором наук» [2, с. 76–78].

Алексей Валентинович был человеком высокоинтеллектуальным и очень воспитанным, работать с ним было легко и интересно. И при этом всех поражала его скромность. О его научных достижениях мне удалось узнать только от бывших сотрудников, родные помнили его как «мягкого, доброго, тихого Алешу», который, по их мнению, ничем особенным не выделялся. А вот его коллеги считают, что он был очень крупным ученым. Арнольд Викторович Бурсиан, руководитель лаборатории в Институте эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова в Санкт-Петербурге, который называет А. В. Войно-Ясенецкого своим учителем, рассказывает: «Его последняя книга выдвинула новые фундаментальные идеи: он предположил, что в основе жизни лежит двигательный ритм, спонтанная активность нервной системы, которая служит основой развития. Для разработки этих идей нужна работа целого института. Алексей Валентинович никогда не гордился своими достижениями, он был очень скромный и молчаливый» [2, с. 79].

Алексей Валентинович был великолепным редактором и помогал своему отцу готовить к изданию книгу «Наука и религия». Умер Алексей Валентинович в 1985 г., за несколько лет до этого обвенчался в церкви со своей избранницей, его отпевали по православному обряду, он похоронен на кладбище под Ленинградом.

Валентин Валентинович, младший сын святителя, жил и работал в Одессе, заведовал отделением в Институте глазных болезней и тканевой терапии у академика В. П. Филатова, друга святителя Луки и его духовного чада (когда епископ приезжал в Одессу, академик у него исповедовался).

Человек очень образованный и культурный, младший сын святителя унаследовал художественные способности отца: любил ездить на этюды с академиком В. П. Филатовым, писал портреты родных — отца, своей дочери Оли, матери Анны Васильевны (он почти ее не помнил и работал по одной из последних фотографий). Владыка Лука несколько раз приезжал к младшему сыну в Одессу и

обычно останавливался в гостинице, несмотря на приглашения Валентина.



*Владыка Лука с сыновьями Валентином и Алексеем*

Валентину Валентиновичу выпало на долю покоить старость самоотверженной Софии Сергеевны Велецкой, бывшей сестры милосердия, вдовы, которая взяла на воспитание детей святителя после его ареста. Валентин Валентинович заботился о ней и всю жизнь называл ее «мамой», она умерла на его руках и похоронена среди других Войно-Ясенецких. Скончалась София Сергеевна 3 апреля 1962 г., прожив 84 года, даже успела понянчить внучку Валентина Валентиновича. Т. В. Войно-Ясенецкая рассказывает: «Тетя Соня, как мне рассказывали родные, была очень сдержанной женщиной, строгой, немногословной. Она была, что называлось в старые времена, настоящая дама, и фамильярничать с ней никому не удавалось. При этом по сути очень добра, и святитель Лука называл ее „ангел мой“. Он считал себя бесконечно обязанным ей, был безмерно благодарен ей за то, что она взяла на себя воспитание его осиротевших детей. Я помню смутно из своего раннего детства две колыбельные, которые пела мне бабушка Соня, одна из них была на турецком.

Уже во взрослом возрасте, приехав в Турцию, узнала, что это гимн Турецкой республики...» [2, с. 85].



*София Сергеевна Велецкая*

Своего дедушку Валентина Валентиновича Татьяна очень любила. Он заменил ей отца и удочерил ее, дав свое отчество и фамилию. Из всей семьи он был более других близок девочке, росшей среди непростых семейных взаимоотношений: «Он был интеллигентнейшим человеком, самым мягким в семье. Всегда погружен в свою науку. Вечером, после работы, они с мамой, поужинав, садились каждый под своей лампой читать научную литературу. Мама стала блестящим паталогоанатомом. Она была высоким профессионалом, но при этом жестким, строгим — незря, видимо, выбрала именно эту специальность, где не нужно иметь дело с живыми людьми... Дедушка Валентин Валентинович был гораздо шире, мягче, глубже образован, в нем чувствовалась атмосфера семьи Войно-Ясенецких. С одной стороны, он был немного



неземным человеком, всегда в своей науке. Но если нужно, мог все что угодно сделать — у него были прекрасные руки. По словам моей бабушки, похожие на руки самого святителя Луки. Когда мама однажды отправилась в экспедицию на север, дедушка, беспокоясь о ней, сам сшил ей из старого бабушкиного трикотажного платья панталончики, очень легкие и теплые, которые можно было носить незаметно, чтобы не застудить ее больные почки. На даче дедушка сделал столик под умывальник — и не только ловко и функционально, но красиво — как все, что он делал. Он всю жизнь писал маслом, иногда они с академиком Филатовым в Крыму вместе садились рядом за этюдники» [2, с. 84–86].



Дочь святителя Луки Елена Валентиновна с мужем и детьми, в гостях у отца

Дети святителя — сыновья и дочь Елена Валентиновна, врач-эпидемиолог, а также его внуки — ежегодно приезжали летом в Алушту. Сыновья договорились помогать отцу материально, зная, что его архиерейское жалованье в основном уходит на по-

мощь нуждающимся. М. Д. Прозоровская рассказывала, что сыновья бывали у отца каждый год, чаще поочередно (было нелегко всем вместе разместиться в двух комнатках дачи, которую снимал архиепископ). Валентин приезжал с женой и дочкой Олей, которую святитель любил и всегда переживал за ее слабое здоровье.

Все вместе дети святителя собрались в Симферополе только на его похороны.

Святитель Лука очень любил своих родных, а они постоянно общались с ним, участвовали в его жизни. Таким образом, мы можем видеть, что, несмотря на разницу убеждений, характеров, судеб, родные святителя глубоко чтити его и старались осуществлять идеал христианской любви друг к другу.

### Литература

1. Грекова Т. И. Два служения доктора Войно-Ясенецкого. Наука и религия. 1986. №8. С. 12–19.
2. Каликинская Е. И. Детство со святителем Лукой. По воспоминаниям родных и близких святителя Луки Крымского. М.: Авторская академия, 2016.
3. Каликинская Е. И. Мужичкий врач, ученый, подвижник: В.Ф. Войно-Ясенецкий (святитель Лука) в Переславле-Залесском. СПб.: Сатис, 2015.
4. Поповский М. А. Жизнь и житие святителя Луки Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга. СПб.: Сатис, 2013.
5. Протоиерей Георгий (Ю. Л. Шевченко) Приветствует Вас Святитель Лука, врач возлюбленный. СПб.: Наука, 2007. Изд. 2-ое, испр., 2009.
6. Свидерская Г. Е. Алексей Валентинович Войно-Ясенецкий: к 100-летию со дня рождения // Журнал эволюционной биохимии и физиологии. 2009. Т. 45. № 6. С. 527–531.
7. Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий) Я полюбил страдание. М.: Образ, 2006.

## НОВОСТИ

### БАРНАУЛ

8 июля 2018 г. в кафедральном Покровском соборе Барнаула в день святых благоверных князя Петра и княгини Февронии, день семьи, любви и верности состоялся круглый стол «Затянувшееся ожидание» для семейных пар, страдающих бесплодием.

Круглый стол открылся молебном перед иконой Божией Матери «Феодоровская», который отслужил иерей Сергей Беляев.

Председатель Алтайского отделения Общества православных врачей России Е. В. Харченко сделала сообщение о причинах и современных методах лечения бесплодия, выделив из них две разные группы. Первая группа (традиционная, не дающая быстрый эффект, но физиологическая по своей сути) — методы восстановления здоровья семейной пары, ее репродуктивной системы и организма в целом. Вторая — так называемые «вспомогательные репродуктивные технологии», дающие, как

кажется репродуктологам и пациентам, «быстрый» результат. Эти методы практически не учитывают индивидуальный подход к воздействию на причину бесплодия, представляют ярко выраженный биологизаторский подход к репродукции.

На вопросы собравшихся отвечали врачи Алтайского отделения ОПВР и священники: иерей Сергей Беляев и протоиерей Максим Спененко.

По материалам [opv-ak.ru](http://opv-ak.ru)

## САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

**13 февраля 2018 г.** очередное 124-е заседание Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) состоялось в корпусе нефрологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.

С докладом «**Некротизирующая инфекция мягких тканей**» выступила д. м. н., проф. кафедры общей хирургии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и медицинского факультета СПбГУ Н. А. Бубнова.

Несмотря на успехи современной хирургии, проблема некротизирующей инфекции актуальна и в условиях мирного времени. Летальность при данном виде инфекции колеблется от 20 до 80%. Своевременное распознавание некротизирующей инфекции позволяет своевременно оказать urgentную помощь пациенту и предупредить фатальные осложнения.

Группа клиницистов (О. Б. Чернышев, И. В. Авдошин, Л. Г. Акинчиц, В. Н. Демин, М. А. Шатиль) под руководством проф. Н. А. Бубновой, основываясь на отечественном и зарубежном опыте, разработала протоколы оказания хирургической помощи больным с некротизирующей инфекцией для Санкт-Петербургского общества по лечению хирургической инфекции.

Проф. Н. А. Бубнова рассказала о диагностике и лечении некротизирующих форм инфекции, являющихся одними из самых тяжелых жизнеугрожающих хирургических инфекций; об их классификации по типу возбудителя (три типа). Описала клиническую картину некротизирующей гнойной инфекции, рассказала о лечебно-диагностической тактике, послеоперационном уходе и восстановительном периоде.

Заседание завершилось ответами на вопросы и комментарием председателя ОПВ Санкт-Петербурга протоиерея Сергея Филимонова.

**13 марта 2018 г.** состоялась 125-е заседание Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) в корпусе нефрологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. Тема заседания «**Правовые аспекты в медицинской практике**».

С докладом выступил С. А. Климанцев, к. м. н., доц. кафедры неотложной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова, юристконсульт по вопросам медицинского права.

Впервые актуальная тема правовых отношений между государством и медицинскими работниками, врачом и пациентом была рассмотрена на заседании ОПВ Санкт-Петербурга № 111 от 17 ноября 2015 г. Слушатели были подробно

ознакомлены с законодательной базой в этой области.

В представленном докладе С. А. Климанцев рассказал о случаях необоснованного обвинения врачей во врачебных ошибках, привел примеры конфликтных ситуаций, которые могут привести к неблагоприятным последствиям, показал пути решения данных конфликтов.

Участники заседания узнали о принципах предоставления медицинской помощи в системе здравоохранения, смогли ознакомиться с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, с изложением правовых норм в нормативных актах. На заседании были рассмотрены структура гражданских правоотношений, правовой статус медицинского персонала и пациентов (законных представителей), основные проблемы применения лекарственных средств в медицинской практике. С. А. Климанцев также сообщил о видах юридической ответственности в медицине.

С православным комментарием на заседании выступил протоиерей Сергей Филимонов, д. м. н., проф., председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга.

**17 апреля 2018 г.**, (на Радоницу, в день поминания усопших) в храме Державной иконы Божией Матери состоялась Пасхальная встреча Общества православных врачей Санкт-Петербурга.

В Пасхальной встрече принимали участие действительные и ассоциативные члены общества, кандидаты, добровольные помощники (волонтеры), сестры милосердия, православные психологи и педагоги.

По традиции был отслужен молебен святителю Луке, затем панихида с поминовением всех врачей и сестер милосердия, от века скончавшихся. После панихиды встреча продолжилась в трапезной храма. Собравшиеся помянули ушедшего в декабре 2017 г. члена правления ОПВ, проф. В. Я. Плоткина.

**10–11 июня 2018 г.** в Храме Державной иконы Божией Матери состоялась празднование **дня памяти небесного покровителя Санкт-Петербургского и Общества православных врачей России свт. Луки (Войно-Ясенецкого)**, архиепископа Крымского и Симферопольского.

Начался праздник вечером 10 июня с чтения акафиста свт. Луке (Войно-Ясенеckому), выдающемуся хирургу, ученому, священнослужителю и исповеднику.

Праздничную Божественную литургию 11 июня возглавил настоятель храма протоиерей

Сергий Филимонов, д. м. н., канд. богословия, проф., председатель Общества Православных врачей города Санкт-Петербурга, действующий хирург. По окончании богослужения по традиции состоялся торжественный прием в общество кандидатов, прошедших испытательный срок, во время которого вступающие в действительные члены ОПВ Санкт-Петербурга принесли присягу православного врача.

Храму была принесена в дар **икона лейб-медика страст. прав. врача Евгения (Боткина)**. После праздничного молебна состоялся чин освящения медицинских халатов.

Праздничная программа продолжилась в трапезной храма. Курсанты ВМА им. С. М. Кирова и участники добровольческого студенческого отряда «С открытым сердцем» В. Соков, А. Меремкулов, А. Рыбаков представили презентацию, посвященную **военным годам служения свт. Луки**. Презентация была дополнена песней «Я лечу над Россией», вдохновенно исполненной курсантами-медиками А. Селезневой и А. Парфеновой.

**О деятельности ОПВ Санкт-Петербурга в 2017–2018 учебном году** сообщила ответственный секретарь общества С. В. Лободина. В течение учебного года было проведено 6 открытых заседаний, посвященных медицинским и историко-медицинским темам. Члены ОПВ Санкт-Петербурга участвовали в работе выставки «Православная Русь» в мае 2018 г. Председатель и врачи общества приняли активное участие в XXVI Международных Рождественских образовательных чтениях, а также различных конференциях и круглых столах в ряде городов России. В течение года активно работала диспетчерская Душепопечительского центра (ДПЦ), координировавшая приемы медиков-специалистов общества.

Председатель ОПВ Санкт-Петербурга протоиерей Сергей Филимонов рассказал **о конференции в Красноярске**, состоявшейся в июне 2017 г., посвященной 75-летию юбилею Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого. В частности, о церемонии открытия и освящения памятника свт. Луке (Войно-Ясенеckому)

С рассказом **о малоизвестных фактах биографии** святого выступила Е. И. Каликинская, члена Союза писателей России, автор ряда книг и радиопередач о свт. Луке.

Состоялось вручение поздравительных грамот и цветов юбилярам и внучатому племяннику свт. Луки Н. Н. Сидоркину, присутствовавшему на празднике.

*По материалам opvsfb.ru*





**СОБЫТИЯ,  
ФАКТЫ,  
КОММЕНТАРИИ**





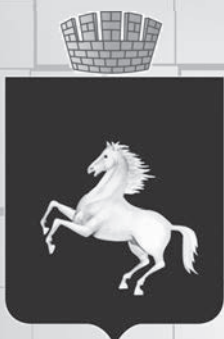
**САРОВ**



**МОСКВА**



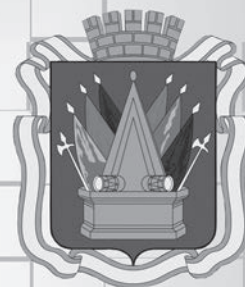
**САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**



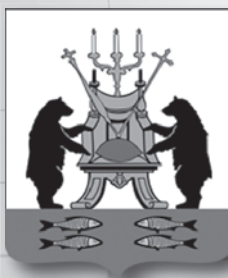
**ТОМСК**



**РОСТОВ-НА-ДОНУ**



**ТОБОЛЬСК**



**НОВГОРОД**



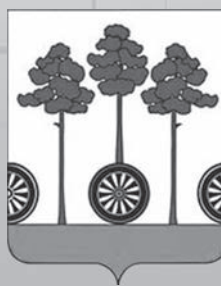
**ТЮМЕНЬ**



**КАРЕЛИЯ**



**БАРНАУЛ**



**НЯНДОМА**



# IV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СВЯТИТЕЛЬ ФЕОФАН ЗАТВОРНИК — ОСНОВАТЕЛЬ ХРИСТИАНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»

8–10 февраля 2018 г. в Санкт-Петербурге прошла IV Всероссийская научно-практическая конференция «Святитель Феофан Затворник — основатель христианской психологии».

Организаторами конференции выступили Отдел по церковной благотворительности и социальному служению (ОЦБСС) Санкт-Петербургской епархии, храм святителя Петра митрополита Московского на Роменской улице, Общество православных психологов Санкт-Петербурга во имя свт. Феофана Затворника, Епархиальное общество православных педагогов Санкт-Петербурга и Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого).

В мероприятии приняли участие священнослужители, педагоги, врачи и психологи из Москвы, Санкт-Петербурга, Воронежа, Ростова-на-Дону, Украины, Финляндии. В числе участников также были преподаватели, студенты и аспиранты Санкт-Петербургской духовной академии (СПбДА).

Открытие форума состоялось в конференц-зале музейного комплекса «Рос-

сия — моя история». Приветственное слово председателя ОЦБСС протоиерея Николая Брындина зачитал руководитель координационного центра по работе с детьми, оставшимися без попечения родителей, при ОЦБСС иерей Феодосий Амбарцумов. В приветствии отмечалось, что наука о душе заинтересовала будущего святителя еще в период его обучения в семинарии. Впоследствии основными источниками лекций святителя Феофана служили Священное Писание и жития святых.

Иерей Артемий Наумов, духовник Епархиального общества православных психологов, настоятель храма Петра митрополита Московского на Роменской улице, в своем приветствии отметил, что целью конференции является популяризация деятельности православных психологов и развенчание мифа о враждебности психологии православию. «Даже среди преподавательского состава духовных школ долгое время было непонимание важности предмета психологии. Кто-то опасался, не „заменяют“ ли психологи священников в храме, что само по себе абсурдно. Но мы пони-



*Иерей Феодосий Амбарцумов*



*Участники конференции*

маем, что священнику всегда нужны помощники», — подчеркнул иерей Артемий Наумов.



*Иерей Артемий Наумов*

Заседания конференции вела председатель Епархиального общества православных психологов, доктор психол. наук, проф. СПб ДА Л. Ф. Шеховцова.



*Л. Ф. Шеховцова*

Первый день форума был посвящен темам:

- Духовная практика христианской жизни: преодоление страстей, стяжание добродетелей (по трудам свт. Феофана Затворника);
- Богословие свт. Феофана Затворника: природа тела–души–духа; ума–чувства–воли человека.

С докладом «Святитель Феофан — наставник психологии в Новгородской духовной семинарии» выступила М. И. Щербакова, заведующая отделом русской классической литературы Института мировой литературы им. М. Горького РАН. М. И. Щербакова в течении многих лет изучает наследие

Затворника Вышенского, является постоянным участником посвященных ему конференций. В архивах ей удалось обнаружить воспоминания ученика святителя Феофана — протоиерея Константина Туберозова, написанные им в годы ученичества. По мнению К. Я. Туберозова в преподавание логики епископ Феофан влагал нравственно-аскетическое мировоззрение. В то время логика определялась как часть группы наук, которые занимаются внутренним миром человека. Святитель преподавал также курс психологии, в который входило устройство тела человека и умозрительная психология, говорящая о сознании и совести.



*М. И. Щербакова*

Находясь в добровольном затворе в Вышенской пустоши, святитель Феофан вел активную переписку с людьми, обращавшимися к нему за духовными советами в эпистолярной форме. Ежедневно святитель Феофан отправлял около сорока ответных писем.

В своем докладе доктор филос. наук, член Научно-редакционного совета по изданию Полного собрания творений святителя Феофана, Затворника Вышенского, В. В. Каширина обратилась к анализу писем святого к монахине Елецкого Знаменского монастыря Магдалине (Ивановой), составив «Психологический портрет адресата». Эти письма (всего их 53) — пример деятельной любви и духовного попечения святителя Феофана, в них описаны способы борьбы со страстями, способы обретения христианских добродетелей.

Эксперт Научно-редакционного совета по изданию Полного собрания сочинений святителя Феофана Затворника А. Е. Лукьянова представила работу, посвященную переписке



святителя Феофана с его духовной дочерью Е. А. Арнольди. По мнению исследователей, именно эти письма составили основу сборника епископа Феофана «Что есть духовная жизнь и как на нее настроиться».

В докладе **«Рождение психологии. История преподавания опытной психологии в духовных академиях в середине XIX столетия»** диакон Александр Стебенев, врач-психотерапевт клиники неврозов Первого медицинского университета им. И. П. Павлова, рассказал об истории преподавания психологии на примере Санкт-Петербургской духовной академии.



*Диакон Александр Стебенёв*

Продолжением темы истории развития психологии стал доклад протоиерея Михаила Бравермана, настоятеля храма святых равноапостольных Константина и Елены на ул. Доблести, **«Православная психология: настоящее прошлого и будущее настоящего»**. Опираясь на многолетний опыт работы по социальной реабилитации молодых людей, оказавшихся в сложных жизненных ситуациях, протоиерей Михаил определил основные проблемы православной психологии и обозначил пути их решения.



*Протоиерей Михаил Браверман*

Протоиерей Георгий Пименов, клирик храма Воскресения Христова у Варшавского вокзала, аспирант СПбДА, рассказал **«О применении духовного опыта святителя Феофана Затворника в современных условиях»**. Докладчик проанализировал актуальность советов святителя Феофана для духовной жизни современного человека. Этот опыт протоиерей Георгий успешно применяет в своем пастырском служении, будучи сотрудником Координационного центра по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской епархии.

Второй день конференции прошел в крипте Казанского кафедрального собора. Здесь продолжились выступления участников конференции по теме «Богословие свт. Феофана Затворника: природа тела-души-духа; ума-чувства-воли человека».

Теме богословия святителя Феофана был посвящен программный доклад председателя Епархиального общества православных психологов, доктора психол. наук, профессор СПбДА Л. Ф. Шеховцовой **«Размышление богословов, философов и психологов о феномене сознания»**. В своем выступлении Л. Ф. Шеховцова рассказала об осмыслении проблемы сознания в философии и богословии.

Вопрос самой сути сознания как явления субъективной реальности или внутреннего мира рассмотрел в докладе **«Сущность сознания»** протоиерей Константин Константинов, доцент СПбДА, канд. богословия, ведущий научный сотрудник Клиники биоакустической коррекции. Докладчик отметил, что «сознание есть Божие явление, в значительной мере более близкое божественной природе, чем весь сотворенный мир», ввиду того что «не представляется возможным указать способ трансформации процессов возбуждения нервных клеток в субъективные явления».

Тема **«Православная психология как наука и практика: православное консультирование и психотерапия»** также освещалась в выступлениях второго дня конференции. Трибуна была предоставлена православным философам, педагогам и психологам для выступления на различные темы. Было

уделено внимание современной православной психологии, как с научной, так и с практической точки зрения — в частности, приходскому консультированию.

**О приходском семейном консультировании** — профессиональной помощи в решении проблем семейных отношений и жизненных кризисов сообщил пастор Евангелическо-лютеранской церкви Финляндии, семейный консультант, магистр философских наук, бакалавр теологии Олли Хювяринен.

Третий день конференции прошел в конференц-зале храма свт. Петра митрополита Московского на Роменской улице и был посвящен теме **«Социальное служение на приходе — практика добрых дел»**.

Аспирант Херсонского государственного университета (Украина) Е. С. Денисова в докладе **«Мужество веры как основа духовного совладания с кризисом»** проанализировала работы по данной тематике в современной психологии.

Иерей Игорь Лысенко, преподаватель СПбДА, в своем выступлении затронул вопросы **«Профилактики подросткового суицида в богословском и практическом аспекте»**.

Протоиерей Михаил Шастин поделился **«Опытом работы лектория на приходе**

**Казанского собора»**. Являясь руководителем Культурно-просветительского центра Казанского кафедрального собора, докладчик обозначил цель лектория — показать прихожанам собора православное мировоззрение как образ жизни, помочь людям найти связь своей веры со всеми сферами познания человека.

Члены Общества православных врачей им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) Н. Ф. Жарков и Т. В. Жаркова рассказали **о взаимоотношении врача и пациента в прошлом и настоящем**, опираясь на темы писем святителя Феофана Затворника, посвященные актуальным вопросам болезни и смерти. В докладе были проведены параллели между поучениями святителя Феофана о здоровье, болезни и смерти и состоянием отечественной медицины в настоящее время.

В ходе конференции проходил активный обмен мнениями, живое заинтересованное обсуждение докладов. В заключение встречи в рамках культурной программы была проведена экскурсия по Казанскому собору.

*Член правления ОПВ СПб Н. Ф. Жарков*

*В оформлении использованы фото М. Г. Куракиной, globus.aquaviva.ru*

## НОВОСТИ

### ТОМСК

**22 декабря 2018 г.** Томское региональное отделение Общества православных врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) отметило **5-летие активной деятельности**. Томское отделение ОПВР по праву считается одним из наиболее успешно действующих в Сибири. Его участники регулярно проводят консультационные приемы, читают лекции, постоянно сотрудничают со многими лечеными учреждениями.

Официально Томское ОПВ было создано в 2007 г. Сначала новое дело охватило большое количество медицинских работников. Однако в короткий срок деятельность обще-

ства сошла на нет и возобновилась лишь в декабре 2013 г.

Томские православные врачи стали совершать поездки в сельские районы для оказания консультативно-диагностической помощи населению. Богородице-Алексиевского мужского монастыря Томска последнюю субботу каждого месяца в Казанском храме Богородице-Алексиевского мужского монастыря стало совершаться чтение акафиста свт. Луке (Войно-Ясенеckому) с участием православных врачей. После чтения акафиста в Трехсвятительском храме монастырского комплекса проводится бесплатный прием пациентов.

Уже несколько лет председателем ОПВ Томска является ведущий научный

сотрудник отделения неотложной кардиологии НИИ кардиологии Томского НИМЦ д. м. н. Е. В. Вышлов. Он и его коллеги являются постоянными участниками медицинских приемов, организуемых обществом от Томска до отдаленных населенных пунктов. В состав бригады входит более десяти различных специалистов. Маршруты поездок заранее согласуются с главными врачами районных больниц.

Деятельность врачей Томского ОПВ не только вносит вклад в оказание медицинской помощи жителям, но и выполняет важные миссионерские задачи.

*По материалам opv70.ru*



# ПРАВОСЛАВНЫЕ ВРАЧИ АЛТАЯ ПЕРЕДАЛИ В ДАР ПОКРОВСКОМУ СОБОРУ Икону ВИФЛЕЕМСКИХ МЛАДЕНЦЕВ-МУЧЕНИКОВ

В святые дни Рождества Христова Алтайское краевое отделение Общества православных врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) преподнесло в дар Покровскому кафедральному собору Барнаула писаную икону Вифлеемских младенцев-мучеников.



Образ посвящен Вифлеемской трагедии — убийству царем Иродом 14 000 невинных младенцев мужского пола от двух лет и младше. Царь Ирод надеялся, что среди них находился Богомладенец, в котором он видел соперника на царство. Так появились первые мученики за Христа, пролившие невинную кровь.

«Глас слышен в Раме, плач и рыдание и вопль; Рахиль плачет о детях своих и не хочет утешиться, ибо их нет» (Иер. 31, 15). Так ветхозаветный пророк Иеремия рисует Рахиль, плачущую даже во гробе о судьбе, выпавшей

ее народу в вавилонском пленении. Через века в новозаветное время совершилась более страшная трагедия — соплеменники убивали неповинных детей. Но Рахиль плачет через века, поэтому на иконе изображено горе жен иудейских.

Сегодня в нашей стране продолжается убийство детей в утробе, а значит продолжает пополняться число Вифлеемских младенцев. И что особенно страшно для медицины — делается это не только с участием горе-родителей, но и медицинских работников, которые в этом богопротивном деянии становятся пособниками царя Ирода.

Православные врачи отказываются признать эту ситуацию нормальной, но призывают наших современников войти в реальность существующего положения, осознать проблему аборт как нравственную и социальную трагедию национального масштаба и устремиться к греху детоубийства.

Именно поэтому среди православных врачей Алтайского края родилось желание заказать икону для кафедрального собора Барнаула. Кстати, на это предложение откликнулись и пациентки женской консультации. Теперь женщинам, страдающим от выполненных аборт в прошлом, можно молиться перед этой иконой, получая при этом некоторое облегчение.

Принесение в дар и освящение иконы святых Вифлеемских младенцев состоялось на молебне 8 января 2018 г., во время которого были упомянуты имена всех причастных к ее созданию.

Литургия и молебен в день памяти мучеников 14 000 младенцев, от Ирода в Вифлееме избитых, будет совершаться 11 января (н. ст.).

*Е. В. Харченко*

# УЧАСТИЕ ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ В МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПОСЛЕДНИЙ ЦАРСКИЙ ПУТЬ»

25–26 апреля 2018 г. в Тобольске в рамках памятных торжеств, посвященных 100-летию пребывания в городе царской семьи в период ссылки в августе 1917 — апреле 1918 гг., состоялась **Международная научно-практическая конференция «Последний царский путь»**.

В Тронном зале Архиерейского дома Тобольского кремля собрались известные историки и биографы, представители Русской и Зарубежной Православных Церквей, педагоги и студенты Тобольской и Екатеринбургской семинарий, представители общественности. Пленарное заседание приветственным словом открыл митрополит Тобольский и Тюменский Димитрий, канд. богословия, канд. социол. наук, проф., ректор Тобольской Духовной семинарии.

С докладом **«Император Николай II. Трагедия непонятого самодержца»** на конференции выступил историк, биограф Николая II, канд. ист. наук П. В. Мультиатули, Председатель Благотворительного фонда великой княгини Ольги Александровны, почетный академик Российской академии художеств, член Союза писателей России О. Н. Куликовская-Романова представила доклад **«Святая императрица Александра Федоровна»**.

О последнем российском лейб-медике рассказал А. Г. Чучалин, д-р мед. наук, академик РАН, главный терапевт-эксперт Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в своем докладе **«Страстотерпец врач Евгений (доктор Боткин)»**. Академик А. Г. Чучалин также передал митрополиту Тобольскому и Тюменскому Димитрию написанную в палехской мастерской икону страстотерпца врача Евгения.

Настоятель московского храма святого страстотерпца врача Евгения Боткина протоиерей Максим Синюк выступил с докладом **«О жизни, нравственности и святости вра-**

**ча Евгения Боткина. Различия нравственности и святости на основе Священного Писания»**. Также прозвучал ряд докладов и сообщений, посвященных гибели царской семьи, отдельным вопросам российской истории.

Митрополит Тобольский и Тюменский Димитрий награждал медалями Тобольско-Тюменской епархии во имя святителя Иоанна, митрополита Тобольского: О. Н. Куликовскую-Романову, первого заместителя губернатора Тюменской обл. Н. А. Шевчик и академика РАН А. Г. Чучалина.



*Митрополит Тобольский и Тюменский Димитрий с награжденными*

В ходе работы секций Международной научно-практической конференции «Последний царский путь» доклад **«Сложные вопросы пастырской практики в медицине»** представил д-р мед. наук, канд. богословия протоиерей Сергей Филимонов.

26 апреля 2018 г., в день 100-летия отправки императора Николая II с императрицей Александрой Федоровной и великой княжной Марией из Тобольска в Екатеринбург в 1918 г., в Софийско-Успенском соборе Тобольского кремля были совершены **Божественная литургия и крестный ход**, а также состоялось открытие музея царской семьи.

*По материалам ihtus.ru; tobolsk-eparhia.ru*

# МЕДИКИ И СВЯЩЕННИКИ В ТЮМЕНИ ОБСУДИЛИ ДУХОВНЫЕ ОСНОВЫ В МЕДИЦИНЕ

27 апреля 2018 г. врачи-священники из Москвы и Санкт-Петербурга, тюменские врачи, профессора Тюменского государственного медицинского университета за круглым столом «Духовные основы в медицине» обсудили проблемы, которые волнуют медиков и священство.

Во время работы круглого стола прозвучали сообщения по актуальным вопросам сотрудничества врачей и священнослужителей, их раздельного и совместного служения людям.

В докладе д-ра мед. наук, проф., председателя Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), протоиерея Сергия Филимонова «**Врачебные ошибки и врачебные грехи**» были проанализированы современные статистические данные, история врачебной ошибки, отношение к этой проблеме признанных отечественных докторов и наших современников, а также главные причины врачебных неудач и способы их преодоления.



*Участники круглого стола*

С точки зрения православного вероучения, врачебный дар — дар от Бога. Но не далеко не все доктора, называя себя православными, осознают свою миссию. Людям этой профессии часто свойственны грехи самоуверенности, уныния, сребролюбия и человекоугодия, когда возникает желание использовать больного для собственной финансовой или человеческой выгоды, отметил священник.

Православному врачу необходимо избегать консервативности мышления, постоянно повышать свое мастерство, а в случае ошибки, признать ее, проанализировать причины и принести покаяние, — подытожил протоиерей Сергей Филимонов.

В круглом столе принял участие настоятель московского храма Святого страстотерпца врача Евгения Боткина при больнице № 57 им. Д. Д. Плетнева протоиерей Максим Синюк, который рассказал **о жизни, нравственности и святости врача Евгения Боткина**, недавно канонизированного Русской Православной Церковью. Настоятель больничной церкви также рассказал, как построено сотрудничество с клиникой, врачами и пациентами.



*Протоиерей Максим Синюк*

Вопросы, поднятые на круглом столе, были полезны для преподавателей и студентов Тюменского государственного медицинского университета. Как отметила начальник управления по учебно-воспитательной работе И. А. Трошина, в вузе читают ряд дисциплин, посвященных этическим аспектам работы доктора. Такие встречи должны помочь молодым специалистам серьезно задуматься об особом предназначении профессии, о необходимых врачу духовно-нравственных качествах.

*По материалам Е. Н. Кухальской,  
park72.ru, tumentoday.ru*



# ПРАВОСЛАВНЫЕ ВРАЧИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА НА ВЫСТАВКЕ «ПРАВОСЛАВНАЯ РУСЬ»



4 мая 2018 г. Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. святителя Луки (Войно-Ясенецкого) провело ряд встречи и публичных консультаций для посетителей выставки «Православная Русь» в конференц-зале седьмого павильона ЛЕНЭКСПО.

На встречах с врачами и психологами обсуждались темы, актуальные для различных возрастных категорий и социальных групп: проблемы современной семьи, воспитания детей, медицины (терапия при артериальной гипертонии, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, вопросы рационального питания и оптимального подбора диет).

Участие специалистов ОПВ Санкт-Петербурга в работе выставки «Православная Русь» стало доброй традицией. Православные врачи в живой наглядной форме представляют свое компетентное мнение по вопросам лечения и профилактики заболеваний, бережного отношения к здоровью, дают рекомендации по обращению к специалистам, отвечают на вопросы посетителей выставки.

О прямой взаимосвязи между уровнем артериального давления и риском сердечно-сосудистых заболеваний рассказала в своем докладе «Артериальная гипертония

и атеросклероз: причины, симптомы, диагностика и профилактика» Т. Н. Гриненко, канд. мед. наук, врач кардиолог ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России.



*Посетители выставки на встрече с православными врачами*

В ходе беседы было отмечено, что большое значение в профилактике опасных для жизни осложнений имеет своевременное лабораторное и инструментальное обследование, а также коррекция образа жизни: соблюдение диеты с ограничением жиров и легкоусвояемых углеводов, режима питания, труда и отдыха, регулярные дозированные физические нагрузки.

На встрече с Н. Н. Лепехиным, канд. психол. наук, доцентом факультета психологии



*Консультации после лекции*



*Т. Н. Гриненко*



Члены ОПВ СПб — организаторы встреч для посетителей выставки «Православная Русь»



Посетители могли приложиться к иконе свт. Луки (Войно-Ясенецкого)

СПбГУ темой которой стало «Преодоление семейных конфликтов», посетители узнали о причинах возникновения конфликтов в семье и о способах их преодоления. В своем выступлении психолог подчеркнул, что только в семье максимально может реализоваться потребность в любви, свойственная каждому человеку. Среди семейных потребностей он выделил духовные, личностные и материальные; акцентировал внимание слушателей на важности регулирования духовных разногласий, являющихся цементом, на основе которого строится здание крепкой семьи.



Н. Н. Лепехин

В ходе встречи с православными медиками прозвучал рассказ о проекте федерального значения — православном медико-социальном центре «Дом милосердия», который расположится на ул. Сантьяго-де-Куба (ст. м. «Озерки») и объединит в себе

храм святителя Василия Великого и здание медико-социального центра. Службы, которые расположатся в комплексах Дома милосердия, будут предоставлять жителям Петербурга и Ленинградской области духовную, медицинскую и социальную помощь, возрождать семейные ценности, приобщать молодежь к здоровому образу жизни и патриотизму, готовить новых сотрудников центра и сестер милосердия.



Будущий Дом милосердия

Посетители выставки также смогли приложиться к иконе с частицей мощей свт. Луки (Войно-Ясенецкого) из храма Державной иконы Божией Матери на пр. Культуры, небесного покровителя православных врачей Санкт-Петербурга и России.

Организаторами выставки «Православная Русь» была вручена благодарность Обществу православных врачей Санкт-Петербурга за организацию встреч и публичных консультации для посетителей мероприятия.



# СОДРУЖЕСТВО ДУХОВНОСТИ И МЕДИЦИНЫ: VII ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЕ ЧТЕНИЯ



30 мая 2018 г. в Няндоме в детской школе искусств состоялись VII **Войно-Ясенецкие чтения**, посвященные 141-летию со дня рождения святителя Луки, архиепископа Симферопольского и Крымского, в миру — выдающегося русского хирурга, доктора медицины, профессора Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого.

В мероприятии принимали участие представители местной власти, краеведческого центра «Дом Няна», духовенства, ведущие хирурги, терапевты, педиатры, профессора, доктора и кандидаты медицинских наук из Северного государственного медицинского университета, студенты медицинского отделения Няндомского железнодорожного колледжа. На нем также имели возможность побывать студенты медицинского вуза, которые сейчас находятся на практике в Няндомской центральной районной больнице.

Форум начался с **молебна в честь святителя**. Открывая заседание, заместитель министра здравоохранения Архангельской области Т. В. Русинова отметила: «Сегодня мы чтим память человека, к судьбе которого сопричастны. Во врачевании он совмещал священничество с медицинской практикой. В основе его труда лежала христианская любовь. Все врачебное сообщество, хирурги,

врачи экстренной медицины продолжают эти славные традиции».

В своем приветственном слове благочинный Няндомского округа протоиерей Олег Ежов, настоятель храма свв. Зосимы, Савватия и Германа Соловецких в Няндоме, заметил, что в святителе Луке сочетаются качества церковного человека и великого ученого. Его жизнь — высокий идеал медицинского служения, когда врачом движет вера во Христа и в то, что человек является творением Божиим. Главным стремлением верующего врача становится забота о ближнем.

На пленарном заседании звучали доклады, в которых были отражены как духовные, так и сугубо медицинские аспекты.

В рамках мероприятия состоялась церемония награждения медалями святителя Луки (Войно-Ясенецкого). Этой чести были удостоены известные врачи-хирурги Архангельской области.

Вторая часть дня была полностью посвящена **тематике развития медицины**. Работали три тематические секции: хирургическая, терапевтическая, педиатрическая. Вниманию слушателей были предложены выступления на такие актуальные темы, как «Современные подходы в лечении послеоперационных вентральных грыж», «Лечебно-диагностическая тактика при осложненных формах желчно-



Молебен свт. Луке (Войно-Ясенецкому)



Протоиерей Олег Ежов





Участники конференции



Президиум VII Войно-Ясенецких чтений

каменной болезни», «Диагностика и лечение приобретенных пороков сердца», «Современные подходы к лечению хронической сердечной недостаточности» и т. д. Прозвучали доклады профессорско-преподавательского состава СГМУ и практикующих врачей Архангельской области по вопросам неотложной помощи в педиатрии.

«Проведение мероприятия такого уровня в Няндоме для нас особая честь, — делится своими впечатлениями начальник отдела кадров Няндомской центральной районной больницы О. Д. Кузнецова. — На площадке форума обсуждались интересные и актуальные темы. Для медиков такие встречи — это хорошая возможность пообщаться с коллегами из разных районов области, познакомиться с ведущими специалистами в сфере здравоохранения».

У Няндомской центральной районной больницы уже имеется опыт участия в подобных мероприятиях. На протяжении

многих лет специалисты, врачи больницы принимают активное участие в заседаниях Коллегии министерства здравоохранения Архангельской области. Три года назад на базе Няндомской центральной районной больницы прошли хирургические чтения, в которых участвовали профессионалы своего дела.

Завершились чтения «круглым столом» в Каргополе.

Организаторами мероприятия выступили министерство здравоохранения Архангельской области, Северный государственный медицинский университет, Плесецкая и Каргопольская епархия, Няндомская и Каргопольская центральные районные больницы.

*М. Яковлева*

*По материалам Няндомской районной газеты «Авангард» № 23. 2018*

## НОВОСТИ

### РОСТОВ-НА-ДОНУ

**В марте — декабре 2018 г.** участники Общества православных врачей Ростова-на-Дону совершили **ряд выездов** в Ростовскую область для оказания **консультативно-диагностической помощи** местному населению. Доктора посетили село Троицкое Неклиновского района, город Аксай, село Екатериновка Матвеево-Курганского района. Среди обратившихся за помощью нередко были также жители окрестных деревень, и даже Таганрога.

По традиции в ходе поездок в местных храмах православные врачи принимали уча-

стие в чтении акафистов свт. Луке (Войно-Ясенецкому), в совершении молебнов.

Состав врачебной команды включал терапевта, невролога, кардиолога, врача функциональной диагностики, специалиста по УЗИ, дерматолога, гинеколога и педиатра. Врачи проводили прием в помещениях местных фельдшерско-акушерских пунктов, библиотеке, амбулатории.

Нередко врачебные осмотры выявляли случаи неотложных состояний.

Особенной стала **поездка в Аксай**, инициированная Аксайской общественной организацией «Доброе сердце», которая объединяет семьи, воспитывающих детей-инвали-

дов. Маленькие пациенты, к которым позвали врачей, имеют тяжелые инвалидизирующие заболевания: болезнь Дауна, ДЦП, артрогриппоз, нейросенсорная тугоухость с нейроиомплантом, отсутствие лучевых костей обеих верхних конечностей (состояние после операции), миопатия генетическая, аутизм нескольких видов и др.

В момент осмотра были выявлены острые заболевания: ОРВИ, бронхит, конъюнктивит, тонзиллит, искривление перегородки носа, отит, синусит, псориаз, дерматиты, угревые сыпи. Пациентам были даны рекомендации по питанию, режиму, физическому развитию.

*По материалам rostoveparhia.ru*

# ВРАЧ ПРИЗВАН СОТРУДНИЧАТЬ С БОГОМ

**20 ноября 2018 г.** в управлении Клинической больницы № 50 состоялась встреча саровских медиков с председателем Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) профессором протоиереем Сергием Филимоновым.

Вместе с отцом Сергием приехали двое его коллег, активно участвующих в деятельности Общества православных врачей: ответственный секретарь общества С. В. Лободина и главный врач Душепопечительского центра, акушер-гинеколог Ю. Ю. Торопкова.

На встрече присутствовали 60 сотрудников КБ № 50, главный врач С. Б. Оков и его заместители, а также представители Саровского благочиния, которые в течение полугода готовили приезд гостей. Это помощник благочинного по взаимодействию с системой здравоохранения протоиерей Лев Юшков и куратор по социальной работе благочиния А. Ю. Куцык.

Отец Сергий представил вниманию коллег две лекции: «Врачебные ошибки и врачебные грехи» и «Молитва православного врача», после чего он ответил на вопросы, касающиеся в основном биомедицинской этики, опираясь на документ «Основы социальной концепции Русской Православной Церкви».

В завершение встречи гости из Санкт-Петербурга передали в дар КБ № 50 необычную аналойную икону, на которой изображены трое святых врачей — вмч. и целитель Пантелеимон, свт. Лука Крымский и св. прав. врач страстотерпец Евгений Боткин, медик семьи Государя Николая II. Также для больничной библиотеки они подарили подборку номеров журнала «Церковь и медицина».

21 ноября 2018 г., во второй день пребывания в Сарове представителей Общества православных врачей Санкт-Петербурга, они провели две встречи: со студентами Саровского медицинского колледжа и с потенциальными участниками Общества православных врачей Сарова.

Для студентов-медиков и преподавателей колледжа председатель ОПВ Санкт-Петербурга, д-р мед. наук протоиерей Сергей Филимонов прочел лекцию об отношении к больным, находящимся в состоянии комы. Собравшиеся узнали о церковном душепопечении о больных разной степени тяжести. Это сравнительно новое направление церковной деятельности в России, потому что священников не так давно стали пускать в лечебные учреждения.

Протоиерей Сергей Филимонов рассказал собравшимся о душе и духе, рекомендовал будущим медикам познакомиться с



*Вручение иконы святых целebников С. Б. Оков*



*Выступление Ю. Ю. Торопковой*

книгой свт. Луки (Войно-Ясенецкого) «Дух, душа, тело». В деле помощи больному врач и священник являются соратниками, дополняя друг друга. Один врачует тело, а другой — душу человека. Где находится душа человека, когда он спит, находится под действием наркоза или в коме? Собравшиеся дали правильный ответ — раз человек жив, значит душа находится с ним, не покинула тело. Отец Сергей рассказал, что священник может при помощи молитвы воздействовать на душу человека, даже находящегося без сознания, в реанимации. Рассказал о зарубежных исследованиях, в ходе которых удавалось установить контакт с пациентами в коме. Священник привел примеры из своей врачебной практики, когда в результате молитвы больные выходили из комы, успевали исповедоваться и причаститься или проститься с близкими. Кратковременное возвращение сознания называют «последней вспышкой». «Если вы станете свидетелями такого явления, — обратился священник к будущим врачам и медсестрам, — не теряйте драгоценное время, пригласите к больному священника и родных».



*Храм святых Царственных страстотерпцев  
в Сарове*

Священник также рассказал, что в Санкт-Петербурге добровольцы проводят исследования, пытаясь выяснить, какие отделы коры головного мозга реагируют на чтение Священного Писания, исповедь и т. д. Уже есть предварительные результаты, которые со временем будут опубликованы. Это не только расширит границы нашего познания, но принесет духовную пользу тяжелобольным, что-

бы они не ушли без последнего напутствия и примирения с Богом.

Будущие участники Общества православных врачей Сарова — около двадцати врачей и медсестер — собрались на встречу с членами ОПВ Санкт-Петербурга в трапезной саровского храма святых Царственных страстотерпцев. Однако, как говорит св. ап. Павел, «малая закваска квасит все тесто» (1 Кор. 5, 6).

Гости рассказали о разных направлениях работы Общества православных врачей. Православные врачи находят время для бесплатного приема пациентов, санпросветработы, совмещают паломнические поездки в монастыри с проведением диспансеризации монашествующих.



*Памятник при. Серафиму Саровскому в Сарове*

По словам гостей из Санкт-Петербурга, ничего не надо специально выдумывать, вокруг непочатый край работы, причем, сейчас наступили времена, когда стало очень много запущенных больных. Нужно начать с малого дела, по силам, но делать его качественно. Так создавались все объединения православных медиков и сестричества милосердия в России. А для их стабильной работы необходимы правление и совместная молитва членов общества, их духовная связь с небесным покровителем. «Для вас, саровчан, — отметил протоиерей Сергей Филимонов, — логично выбрать небесным покровителем ОПВ батюшку Серафима. Он исцелял людей и сам имел опыт терпения болезней. Он вас не оставит».

*М. Д. Курякина, главный редактор  
газеты «Православный Саров»*



# ФИЛОСОФСКО-РЕЛИГИОЗНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО УЛУЧШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

5 декабря 2018 г. в Санкт-Петербурге в Русской Христианской Гуманитарной академии (РХГА) состоялась общероссийская конференция «Философско-религиозные проблемы биотехнологического улучшения человека».

Цель конференции — формирование коммуникативной площадки, диалога представителей научной, медицинской, философской и религиозной мысли. В задачи форума входило уточнение позиций разных научных институций по самым актуальным вопросам возможного вмешательства в природу человека, формирование понятийного и методологического аппарата для междисциплинарной дискуссии в данной области.

Человечество XXI в., вследствие интенсивного научно-технологического развития естествознания, вплотную подошло к порогу технологического изменения самой сущности человека. Научно-техническая власть, возникающая на стыке биологии, медицины и социальных наук, нуждается в четком детерминировании способов ее регулирования. Зловещий опыт социальных экспериментов XX в., проводимых во имя идеи усовершенствования человека, поставил под вопрос само его существование. Однако философ-

ское и религиозное осмысление возможностей биомедицинских технологий отстает от их развития. В связи с чем актуализируется философское обсуждение проблем, связанных с модификацией природы человека, сущностью человеческого познания и особенностями этико-правового регулирования развития науки и современных биомедицинских технологий.

Особенно значимым в этой связи является попытка установления диалога между богословской мыслью и современными философскими подходами к исследованию проблем биотехнологического улучшения человека.

Организаторами конференции выступили д-р мед. наук, проф. О. Н. Резник — руководитель отдела трансплантологии ПСПБГМУ им. И. П. Павлова, руководитель Санкт-Петербургского городского координационного центра НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, председатель Ассоциации трансплантационных координаторов, советник ректора РХГА, главный научный сотрудник Института философии РАН; д-р филос. наук, проф. Д. В. Шмонин — проректор по научной работе РХГА, зав. кафедрой теологии образования, проректор по научной



*О. Н. Резник*



*Иеромонахи Кирилл и Мефодий (Зинковские)*



Участники конференции

работе Общецерковной аспирантуры и докторантуры им. свв. равноап. Кирилла и Мефодия; канд. филос. наук О. В. Попова — руководитель сектора биоэтики и гуманитарной экспертизы Института философии РАН, д-р биол. наук А. В. Баранова — главный научный сотрудник лаборатории функциональной геномики Медико-генетического научного центра РАН, проф. Школы системной биологии Университета Дж. Мейсона; д-р филос. наук Д. В. Михель, проф. РАНХиГС.

В состав программного комитета вошли д-р мед. наук, проф. О. Н. Резник; д-р филос. наук, проф. Д. В. Шмонин; д-р филос. наук, Хосе Молья Вегас; д-р богословия иеромонах Кирилл (Зинковский); д-р богословия иеромонах Мефодий (Зинковский); канд. физ.-тех. наук, канд. богословия протоиерей Кирилл Копейкин; д-р филос. наук П. Д. Тищенко; д-р мед. наук, проф., канд. богословия протоиерей Сергей Филимонов; д-р филос. наук И. В. Силуянова; канд. филос. наук Е. В. Брызгалина; д-р филос. наук, проф. Г. Л. Микиртичан; канд. филос. наук О. И. Ставцева.

В конференции принимали участие ведущие специалисты в области биоэтики, трансплантологии, генетики, богословия. На двух пленарных заседаниях прозвучали доклады О. В. Поповой «Биотехнологии улучшения человека: социогуманитарный анализ», А. В. Барановой «Редактирование генома человека: возможности, перспективы, риски и мифы», Р. Р. Беялетдинова «Редактирование генома человека: возможности, перспективы, риски и мифы», О. Н. Резника «Теология и новые медицин-

ские биотехнологии», протоиерея Дмитрия Юревича «Библейское понимание жизни и смерти человека», протоиерея Сергея Филимонова «Учение о душе и секулярная биоэтика», иеромонаха Кирилла (Зинковского) «Святоотеческое учение о плоти и материи и современные биомедицинские технологии», иеромонаха Мефодия (Зинковского) «Богословие личности и биотехнологии улучшения человека», Е. В. Брызгалиной «Биобанк и „слежки“ человека: опасности и блага», проф. И. В. Силуяновой «Проблема ухудшения человека в биотехнологическом контексте», Д. В. «Биокапитализм и новые практики улучшения телесности», д-ра филос. наук Хосе Молья Вегас «Ценности сегодняшней и вечной жизни человека – желательно ли технологическое бессмертие?», протоиерея Кирилла Копейкина «Нейронаука и границы реальности», М. А. Пронина «Философско-этические аспекты «биотехнологического редактирования» солдата», О. И. Ставцевой «Консервативная критика идеи биотехнологического улучшения человека» и др.

Научная значимость конференции определяется ее вкладом в уточнение ключевых философских понятий, антропологически характеризующих человека, выявление особенности социально-гуманитарной экспертизы в области технологий, связанных с улучшением человека, а также существенным вкладом в развитие исследовательского поля современной биоэтики, нейроэтики, и философских проблем генных технологий, трансплантологии, биобанкинга и социальной приложимости этической экспертизы новых направлений в науке.



## О КАЛЕНДАРЕ «ЦЕЛЕБНИК»

Календарь «Целебник» на 2019 год выпущен издательством «Свет Христов». Календарь рекомендован Обществом православных врачей Санкт-Петербурга.

«Целебник» — календарь о здоровье телесном, душевном и духовном, подготовленный православными врачами и журналистами.

Все медицинские и диетологические рекомендации прошли проверку специалистов в области физиологии, кардиологии, офтальмологии, эндокринологии, гинекологии и др., членов Общества православных врачей Санкт-Петербурга. Все тексты духовного содержания проверены рецензентами Издательского Совета Русской Православной Церкви.

Основные рубрики календаря:

- *Таинства и святыни Церкви.* О духовном смысле Таинств (Причащения, Крещения, Миропомазания и иных), чинопоследований и святынь.
- *Святые целбники и заступники.* Рассказы о святых угодниках Божиих и их помощи в недугах и скорбях.
- *Слово пастыря.* Наставления православных священников о жизни с Богом, советы об обретении душевного и телесного здоровья.
- *Цельбоносные святыни.* Маршруты к великим православным святыням, история и современность.
- *Духовный бисер.* Наставления святых отцов о здоровье и болезни.
- *Молитвы в болезнях.* Церковные молитвословия об исцелении, читаемые больными и о больных, молитвы к святым угодникам.
- *Доктор советует.* О выверенных врачами фитосредствах народной медицины.
- *Лечебный обед.* Уникальные рецепты обедов, полностью приготовленных из продуктов, необходимых при соответствующих заболеваниях: склерозе, остеопорозе, бессоннице, алкоголизме, гриппе, диабете, заболеваниях глаз, печени и др.
- *Жизнь без химии.* О домашних безопасных и эффективных чистящих и моющих средствах, не содержащих вредных для здоровья ингредиентов.
- *Беда: зависимость!* Наркомания, алкоголизм, табакокурение и борьба с ними.
- *Будьте осторожны.* Как защититься от сект, экстрасенсов и знахарей.
- *Душа с душою говорит.* Стихи великих поэтов к православным датам и праздникам и старинные духовные стихи русского народа.
- *По молитвам.* Достоверные случаи исцелений по молитвам к святым или перед чудотворными иконами.
- *Старина.* Повествования о прошлом, связанные с темами здоровья душевного и телесного.
- *Истории.* Рассказы из жизни: веселые, грустные, трогательные, но неизменно заставляющие читателя задуматься о своей жизни и о Боге.
- *Чадушки.* Православное воспитание; молитвы о детях, подготовка к школе и иное.

**Приобрести календарь «Целебник» можно во всех церковных и интернет-магазинах.**





«Церковь и медицина» — официальный научный журнал Общества православных врачей России, публикующий статьи, посвященные различным проблемам медицинской науки и практики, рассматриваемым с православной точки зрения.

В журнале планируются следующие разделы и рубрики:

- Материалы медицинских конференций и съездов ОПВР
- Материалы Международных образовательных Рождественских чтений
- Проблемы биомедицинской этики
- Практические вопросы современной медицины
- Служение сестер милосердия
- Опыт региональных ОПВ
- Исторические материалы
- Материалы, посвященные свт. Луке
- Литературные страницы
- События, факты, комментарии

**Адрес редакции:** 194291, Россия, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4, корп. 3.  
Тел.: (812) 495-48-12; e-mail: opvspb@mail.ru

При оформлении статей для печати редакция журнала просит придерживаться следующих правил.

1. На первой странице статьи указываются ее название, фамилия, имя, отчество, ученая степень автора (авторов), полное название учреждения, город. Статья должна быть подписана всеми авторами. Следует указать точный почтовый адрес, телефон, e-mail автора, с которым редакция может вести переписку.

2. Объем оригинальной статьи не должен превышать 10 страниц (1 страница — не более 2000 знаков с пробелами), включая таблицы, схемы и рисунки; краткого сообщения — не более 4 страниц. Объем других видов работ (лекции, обзоры и др.) согласуется с редакцией заранее.

3. Обязательно предоставление аннотации (объемом не менее 500 печатных знаков), включающей 5–7 ключевых слов, отражающей основное содержание статьи.

4. 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).

5. 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.

6. 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.

7. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (статьи), место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуска, страницы (от и до).

Например:

*Штрубе Ю., Штольц П., Майер В.* В какой степени аминокислоты и пептиды определяют эффективность потенцированных лекарственных средств? // Биологическая медицина, 2002. № 2. С. 9–14.

*Бочаров А. С., Чернышев А. В.* О небесном и земном. М.: Паломник, 2001.

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 присылайте заявку по e-mail: **opvspb@mail.ru**

- Журнал можно приобрести в Санкт-Петербурге:

- 1) в киоске храма Державной иконы Божией Матери (пр. Культуры, д. 4);
- 2) на открытых заседаниях Общества православных врачей Санкт-Петербурга в ПСПбГМУ им. И. П. Павлова;
- 3) у стенда Общества православных врачей Санкт-Петербурга во время работы городских и епархиальных выставок.