

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Глубокоуважаемые коллеги и читатели!



Важным событием ушедшего 2019 г. для журнала «Церковь и медицина» стало его вхождение в РИНЦ (российский индекс научного цитирования). Хочется надеяться, что это изменение статуса журнала послужит увеличению внимания к нему как авторов, так и читателей.

В новом, девятнадцатом, выпуске журнала опубликованы материалы XXVII Международных образовательных Рождественских чтений. В разделе, посвященном работе секции ОПВР «Роль наследия святых целителей и докторов в формировании личности современного врача», в журнальном варианте представлены тексты прозвучавших докладов.

Сквозная тема номера — наследие святителя Луки (Войно-Ясенецкого). Она затрагивается как в статьях по докладам Рождественских чтений, так и в исторических материалах, в рубрике «События, факты, коммен-

тарии».

Тема отношений врача и пациента — одна из ведущих в этом выпуске. Ей посвящен ряд публикаций в различных разделах журнала и в первую очередь материалы работы секции ОПВР в рамках Рождественских чтений.

Рубрика «Практические вопросы современной медицины» представляет статьи на темы, актуальные для врачей различных специальностей. Они подготовлены авторами на основе своих докладов на заседаниях Общества православных врачей Санкт-Петербурга.

С православными медицинскими конференциями и чтениями, прошедшими в разных городах России: Смоленске, Северодвинске, Санкт-Петербурге, Курске, знакомят материалы рубрики «События, факты, комментарии».

*С уважением,
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)



XXVII МЕЖДУНАРОДНЫЕ РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ	9
XXVII Международные Рождественские образовательные чтения «Молодежь: свобода и ответственность»	11
Итоговый документ XXVII Международных Рождественских образовательных чтений «Молодежь: свобода и ответственность»	14
Проповедь Святейшего Патриарха Кирилла в Неделю 35-ю по Пятидесятнице в Храме Христа Спасителя	15
СЕКЦИЯ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ «РОЛЬ НАСЛЕДИЯ СВЯТЫХ ЦЕЛИТЕЛЕЙ И ДОКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА»	17
Архимандрит Филипп (Филиппов) Роль духовного наследия святителя Луки Крымского в формировании нравственной позиции врача	19
И. А. Дронов Улица Доктора Гааза	24
Прот. Игорь Аксёнов Трансгуманизм: свобода и ответственность	32
Т. Н. Кожевникова Трансгуманизм. Проблемы взаимоотношения врача и пациента вчера, сегодня, завтра	40
Е. Б. Кокорева Отношение студентов-медиков к эвтаназии и абортam	47
МИЛОСЕРДНОЕ СЛУЖЕНИЕ	59
Прот. Сергей Филимонов Добродетель надежды в паллиативном сестрическом служении	61
ВОПРОСЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ	67
Н. А. Жаркин, Т. Г. Семихова Медико-социальные и духовно-нравственные аспекты эпидемии кесаревых сечений	69
ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ	77
И. П. Озерная Проблема подростковых самоубийств: особенности психики подростка, рискованное поведение	79

Д. С. Аганов, С. Б. Игнатъев, М. М. Топорков Безмолвная эпидемия — остеопороз	87	Протоиерей Николай Брындин, председатель отдела по церковной благотворительности и социальному служению Санкт-Петербургской епархии РПЦ (Санкт-Петербург)
МАТЕРИАЛЫ, ПОСВЯЩЕННЫЕ СВЯТИТЕЛЮ ЛУКЕ	93	
Е. И. Каликинская Святитель Лука в Красноярском госпитале № 1515 в 1941–1944 гг.	95	Иеродиакон Кирилл (Пустограев), кандидат медицинских наук, неонатолог (Москва)
СОБЫТИЯ, ФАКТЫ, КОММЕНТАРИИ	105	
Конференция «Молитва врача. Актуальные вопросы охраны психического здоровья: биопсихосоциодуховный подход»	107	А. Г. Чучалин, председатель правления Российского респираторного общества, заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, академик РАН, профессор (Москва)
Митрополит Смоленский и Дорогобужский Исидор Православие и психиатрия: опыт и перспективы взаимодействия	110	А. В. Недоступ, профессор кафедры факультетской терапии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)
V Всероссийская конференция «Святитель Феофан Затворник — основатель православной психологии»	119	Н. А. Геппе, заведующая кафедрой детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, профессор (Москва)
VIII Войно-Ясенецкие чтения в Северодвинске	122	И. В. Силуянова, заведующая кафедрой биомедицинской этики РНИМУ им. Н. И. Пирогова, профессор, доктор философских наук (Москва)
Профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий (святитель Лука) как символ служения Богу и человеку	126	Г. Л. Микиртичан, заведующая кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики СПбГПМУ, профессор (Санкт-Петербург)
ПОЗДРАВЛЕНИЯ	129	И. А. Дронов, кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)
ВНИМАНИЮ АВТОРОВ	136	Н. Г. Машукова, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова (Москва)

Тираж 500 экз.
ISSN 2225–9546

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБЩЕСТВЕ ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ

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

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

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

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

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

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

Тел.: (495) 912-91-37

сайт: www.opvr.ru

e-mail: info@opvr.ru

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

Адрес редакции: 194291, Россия,

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

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

Барнаул



Великий Новгород

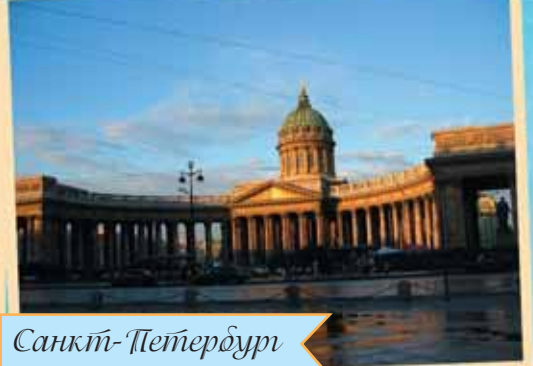


Архангельск

Боровичи



Белгород



Санкт-Петербург



Владивосток



Ставрополь



Волгоград



Мурманск



Омск



Самара



Йошкар-Ола



Томск



Чита



Тюмень



Магадан



Симферополь

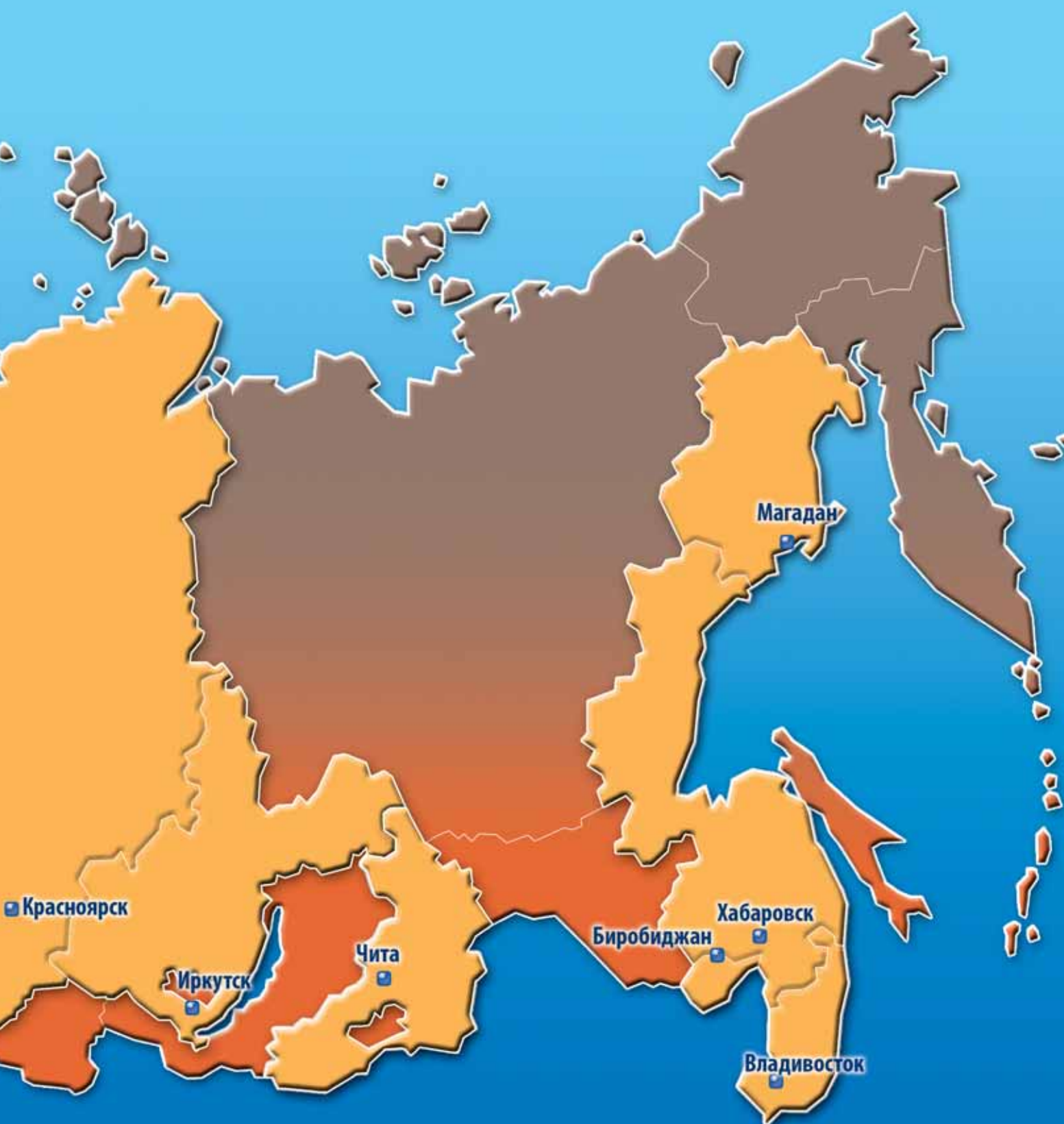
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ



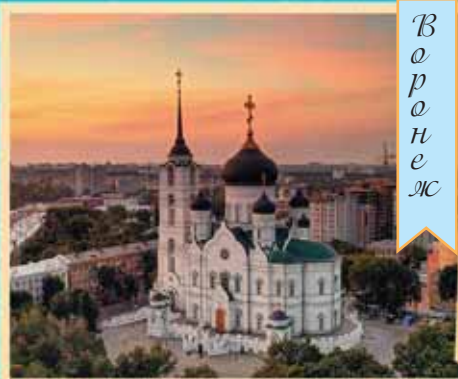
— регионы, где зарегистрированы Общества православных врачей

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

ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ РОССИИ



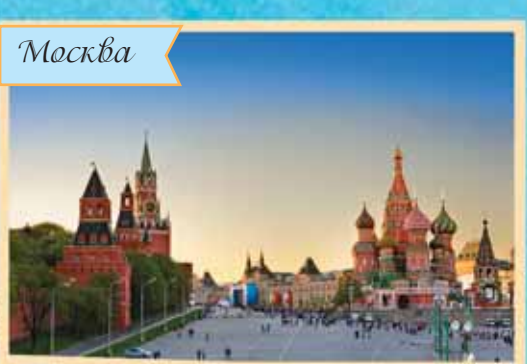
Подробную информацию о региональных отделениях ОПВР можно найти на сайте Общества православных врачей России — <http://www.opvr.ru/>



В
о
р
о
н
е
ж



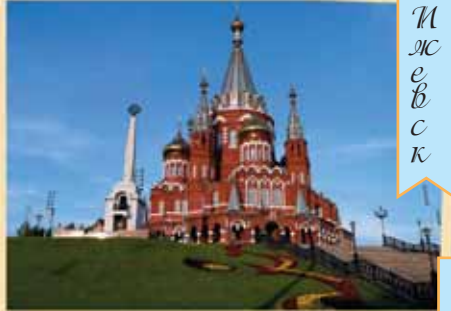
Иркутск



Москва



Сыктывкар



Н
ж
е
в
с
к



Ростов-на-Дону



Красноярск



Х
а
б
а
р
о
в
с
к



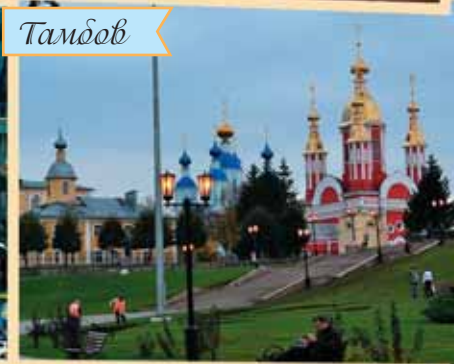
Нижний Новгород



Петрозаводск



Новосибирск



Тамбов



Т
у
л
а



Тверь



Саратов



Ярославль



Краснодар



Ч
е
л
я
б
и
н
с
к



**XXVII МЕЖДУНАРОДНЫЕ
РОЖДЕСТВЕНСКИЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ
ЧТЕНИЯ**

Москва, 27–31 января 2019 г.



XXVII МЕЖДУНАРОДНЫЕ РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ «МОЛОДЕЖЬ: СВОБОДА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»



27–31 января 2019 г. в Москве под председательством Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла прошли XXVII Международные Рождественские образовательные чтения «**Молодежь: свобода и ответственность**».

Международные Рождественские образовательные чтения — это крупнейший церковно-общественный форум, на котором ежегодно обсуждаются важнейшие вопросы церковной и общественной жизни в сфере образования, культуры, социального служения и духовно-нравственного просвещения. Его организатором является Синодальный отдел религиозного образования и катехизации Московской патриархии. Первые Рождественские чтения состоялись в Москве в 1993 г.

Работу XXVII Международных Рождественских образовательных чтений «**Молодежь: свобода и ответственность**», начавшихся в день отдания праздника Богоявления, день памяти святой равноапостольной Нины, предварила Божественная литургия в кафедральном соборном Храме Христа Спасителя Москвы, которую возглавил Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл.

По окончании Литургии Предстоятель Русской Православной Церкви обратился к участникам богослужения с Первосвященительским словом. Во внимание к усердным архипастырским трудам и в связи с 55-летием со дня рождения Святейший Патриарх Кирилл вручил памятную панагию председателю оргкомитета Международных Рождественских чтений, председателю Синодального отдела религиозного образования и катехизации митрополиту Ростовскому и Новочеркасскому Меркурию.

«Еще раз поздравляю всех с праздником! Пусть благословение Божие пребывает над всеми, кто будет в предстоящие дни трудить-

ся в рамках наших Рождественских образовательных чтений. Это замечательная возможность для каждого из нас послушать друг друга, проанализировать свой собственный опыт, сделать правильные выводы для того, чтобы наша общая соборная работа в области религиозного образования была успешной. Помогай вам во всем этом Господь! С праздником!» — сказал в завершение патриарх Кирилл.

Сразу после Патриаршего богослужения в Храме Христа Спасителя и на других площадках в столице началась работа секций XXVII Международных Рождественских образовательных чтений.

Секционные заседания XXVII Международных Рождественских образовательных чтений проходили на 70 площадках, среди которых Государственная дума, Общественная палата, храм Христа Спасителя, Российская академия наук, МГУ, Православный Свято-Тихоновский гуманитарный и Российский православный университеты, Русское географическое общество, Олимпийский комитет России, общеобразовательные организации, музеи и библиотеки, культурные и духовно-просветительские центры.

Тема чтений в 2019 г. — свобода и ответственность молодежи. По словам председателя оргкомитета Рождественских чтений митрополита Меркурия, эта тема определяет проблематику «взаимодействия с молодежью, понимание свободы и ответственности молодых людей перед обществом, перед государством, перед своей семьей, перед Богом». «Самое главное для нас в чтениях — это диалог, и конечно, диалог с молодежью. Для нас очень важно услышать голос молодежи и быть молодежью услышанными», — отметил митрополит Меркурий.

Работа XXVII Международных Рождественских образовательных чтений строи-

лась по 16 направлениям, главные из которых: светское и религиозное образование, наука, культура, реставрация, социальная помощь, этические проблемы современной медицины, взаимоотношения Церкви и музеев, строительство храмов. Прошло более 200 различных мероприятий — конференции, круглые столы, семинары, совещания, мастер-классы, в которых приняли участие специалисты и эксперты сферы образования, молодежной политики, культуры и профилактики экстремизма.

29 января 2019 г. в рамках направления «Христианская семья — домашняя церковь» XXVII Международных Рождественских образовательных чтений в кафедральном соборном Храме Христа Спасителя в Москве состоялась научно-практическая конференция «Биоэтика и демография», организованная Патриаршей комиссией по вопросам семьи, защиты материнства и детства и Церковно-общественным советом по биомедицинской этике при участии Всероссийского совета православных объединений в защиту жизни. В ходе конференции состоялось заседание Церковно-общественного совета по биомедицинской этике.

Работу конференции возглавили митрополит Петрозаводский и Карельский Константин, председатель Патриаршей комиссии протоиерей Димитрий Смирнов, сопредседатель рабочей группы Всемирного русского народного собора по здравоохранению и защите жизни иерей Феодор Лукьянов, заведующая кафедрой биоэтики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, доктор философских наук, профессор И. В. Силуянова.

Главной задачей конференции стало привлечение внимания к таким проблемам, как демографическая ответственность государства и общества за доступность аборт, недостаточная степень актуализации государственного и общественного внимания к инициативе Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла о выводе аборт по желанию женщины из системы обязательного медицинского страхования, блокирование признания юридического статуса эмбриона человека, проникновение

трансгуманистических идей бессмертия и генетического улучшения человека в медицинскую генетику, контрпродуктивность, с точки зрения демографии и здоровья матери и ребенка, процедур экстракорпорального оплодотворения, несовершенство правового регулирования трансплантации, духовно-нравственное состояние современного медицинского студенчества и общества, этические проблемы позднего возраста.

Достижения медицинской науки, новые биомедицинские технологии активно внедряются в современное общество. Без должной нравственной основы они создают мощные медико-биологические средства управления человеческой жизнью, подрывают основы семейно-брачных отношений, вызывают озабоченность о будущем демографической ситуации в стране, угрожают религиозным основам культуры многонационального народа России и разрушают христианские основы европейской культуры, а также приводят к глубинным морально-этическим сдвигам в современном здравоохранении.

Конференция объединила специалистов в области биомедицинской этики — священнослужителей, богословов, ученых, врачей, юристов, философов, руководителей кафедр медицинских вузов страны, представителей ВРНС, Всероссийского совета православных объединений в защиту жизни и других общественных организаций с целью осмысления процессов, происходящих в здравоохранении, и определения нравственных критериев применения в отечественном здравоохранении современных биомедицинских технологий.

Митрополит Константин во вступительном слове обратил внимание участников на новые вызовы эпохи. Протоиерей Димитрий Смирнов напомнил слова Христа «берегитесь закваски фарисейской, которая есть лицемерие», поскольку современная цивилизация насквозь пропитана лицемерием и только Церковь может сказать правду миру.

Профессор И. В. Силуянова в своем докладе «Проблемы нравственной свободы и политической ответственности современного медицинского сообщества» затронула вопрос о месте биоэтики в политике ООН по вопросам образования, науки и культуры

(ЮНЕСКО), о разном подходе в толковании основных биоэтических принципов на кафедре ЮНЕСКО по биоэтике в Хайфе (Израиль).

Член-корреспондент РАН, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина О. И. Аполихин в своем докладе «Охрана репродуктивного здоровья населения Российской Федерации и демография» рассказал о печальных перспективах демографического кризиса современной России, в преодолении которого не поможет строительство перинатальных центров, оборудованных современными приборами, поскольку в основном люди настроены не на рождение детей, а на получение удовольствия, отчего многие теряют здоровье и остаются бесплодными. Докладчик отметил, что необходимо менять отношение к этой проблеме в обществе и в медицине, сдвигать акцент с репродуктивных потерь на репродуктивное здоровье семьи, где индикатором служит повышение рождаемости. В системе оказания репродуктивной помощи эффективнее создавать Центры семьи и брака, а не надеяться на затратную высокотехнологическую медицинскую помощь, бесполезную при решении демографической проблемы.

Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета, член Церковно-общественного совета по биомедицинской этике, доктор медицинских наук, профессор Н. А. Жаркин в своем докладе рассказал о новых этических вызовах в практике акушеров-гинекологов и репродуктологов. Иерей Феодор Лукьянов обратил внимание на глобальные вызовы в области медицинской этики и актуальные задачи общественного движения в защиту жизни. Профессор кафедры государственного и муниципального управления Института государственной службы и управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, доктор юридических наук И. В. Понкин в докладе «Ребенок на пренатальной стадии развития как пациент: правовые императивы» говорил о правовых аспектах выведения абортов из системы

ОМС. Профессор кафедры социально-гуманитарных дисциплин Приволжского исследовательского медицинского университета в Нижнем Новгороде Н. П. Шок отметила важность преподавания биоэтики в медицинских вузах страны.

Также на конференции были затронуты такие темы, как попечение о психически больных людях, биопсихосоциальная и духовная защиты старости, этические аспекты общественных организаций медицинского профиля. Этим темам коснулись руководитель православного медико-просветительского центра «Жизнь», член Церковно-общественного совета по биомедицинской этике протоиерей Максим Обухов в докладе «Особенности душепопечения психически больных людей» и член Российского общества психиатров, член Европейской психиатрической ассоциации, член Церковно-общественного совета по биомедицинской этике, доктор медицинских наук Л. Е. Пищикова в докладе «Биопсихосоциальная и духовная защита старости в современном обществе».

Участники конференции пришли к выводу, что в настоящее время одновременно существуют два подхода в биоэтике и медицинской этике, радикально различающихся отношением к реализации принципа уважения человеческого достоинства и к интерпретации широко признаваемых на международном уровне биоэтических принципов. Многие специалисты по-прежнему следуют традиционным принципам медицинской этики, которые основаны на неизменных и объективных нравственных нормах, не допускающих конвенционального переопределения. Из этих принципов следует глубокое уважение к человеческой жизни, отрицательное отношение к абортам, эвтаназии, экспериментам на человеческих эмбрионах, репродуктивному и терапевтическому клонированию, использованию эмбриональных стволовых клеток, постнатальному инфантициду и т.п. Однако в последние годы все в большей мере распространяется и пропагандируется иной подход, лишенный каких-либо объективных этических оснований, отрицающий традиционные принципы медицинской этики, абсолютизирующий принцип индивидуального самоопределения и, в результате, приводя-

ций к релятивизации ценности человеческой жизни и к одобрению медицинских и около-медицинских манипуляций, несовместимых с объективным достоинством человеческой личности. Сторонники этого «неолиберального» подхода не просто считают перечисленные объективно безнравственные действия допустимыми, но и, ошибочно и произвольно, рассматривают их в качестве новых «прав человека». Это ведет к тяжелым нарушениям подлинных принципов медицинской этики и действительно общепризнанных прав человека, таких как право на жизнь.

Участники конференции единодушно сошлись во мнении, что предложение медицинского сообщества, высказанное ректором Первого МГМУ им. И. М. Сеченова академиком РАН П. В. Глыбочко на встрече Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла с преподавателями и студентами медицинских и фармацевтических вузов России, может быть реализовано посредством активизации деятельности и обновления состава Церковно-общественного совета по биомедицинской этике, объединяющего представителей Русской Православной Церкви и медицинского сообщества и имеющего многолетний плодотворный опыт принятия обоснованных решений биоэтических проблем, значимых для общества, здравоохранения и медицинского образования России.

30 января 2019 г. в Государственной Думе ФС РФ в рамках чтений состоялись

VII Рождественские Парламентские встречи, посвященные теме «Молодежь: свобода и ответственность». В мероприятии приняли участие Святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл, представители Русской Православной Церкви, депутаты Государственной Думы и Совета Федерации, а также представители гражданского общества, уполномоченные по правам человека, по правам ребенка.

В своем выступлении Святейший Патриарх обратил внимание на демографические проблемы, существующие в России. Он напомнил, что Совет Федерации при участии экспертов по семейным вопросам, рекомендованным в том числе Русской Православной Церковью, разработал проект Федерального закона «Об основах правового положения многодетных семей в РФ». Патриарх Кирилл отметил, что церковь рассчитывает на «ускоренную работу по этому вопросу и ожидает широкого вовлечения депутатов Государственной Думы в работу над законопроектом», также выразил поддержку законодательных инициатив, касающихся льгот по выходу на пенсию для многодетных матерей.

Завершились XXVII Международные Рождественские образовательные чтения **31 января** в Государственном Кремлевском дворце **торжественным актом, посвященным 10-летию Поместного Собора Русской Православной Церкви и избрания Святейшего Патриарха Кирилла.**

ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ XXVII МЕЖДУНАРОДНЫХ РОЖДЕСТВЕНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЧТЕНИЙ «МОЛОДЕЖЬ: СВОБОДА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»

По итогам состоявшихся обсуждений участники форума с удовлетворением констатируют, что сегодня молодые люди участвуют в осуществлении многих значимых церковно-общественных проектов, проявляют большой интерес к развитию социального служения и добровольческого движения.

Убедительное свидетельство качественных изменений в церковной работе с молодым поколением — создание в большинстве приходов молодежных активов, реализация благотворительных и просветительских инициатив.

Вместе с тем серьезную озабоченность вызывают тенденции навязывания современ-

ному обществу ложного понимания свободы как вседозволенности, погружение молодежи в виртуальный мир в ущерб ее созидательно-му участию в реальной жизни.

Утрата современным обществом таких христианских добродетелей, как «благость, милосердие, вера, кротость, воздержание» (Гал. 5, 22–23), является поводом для еще более активной деятельности воцерковленной молодежи в деле евангельского свидетельства, по славу Спасителя: «Я вас избрал и поставил вас, чтобы вы шли и приносили плод» (Ин. 15, 16).

Ключевое понятие прошедших Международных Рождественских образовательных чтений — соработничество. Эффективное и созидательное взаимодействие религиозных и общественных организаций, привлечение к этой работе молодежи возможно лишь в условиях конструктивного диалога, без высокомерного отношения к ней и назидательного тона.

Образование — область передачи духовного опыта — призвано формировать у юношества правильные представления о свободе

и ответственности, приобщать человека к духовной и культурной традиции своего народа и воспитывать любовь к Отечеству.

В соединении с нравственной ответственностью свобода обретает свой истинный смысл и значение — преобразовывать этот мир в соответствии с Божественными установлениями. Следует поощрять стремление молодых людей к самореализации, к настоящему, а не виртуальному изменению действительности, к участию в социальных, просветительских и патриотических начинаниях.

Реализация идей, поставленных в ходе работы форума, возможна лишь при активном соработничестве Русской Православной Церкви, других традиционных религиозных организаций, государства и всех позитивных сил общества.

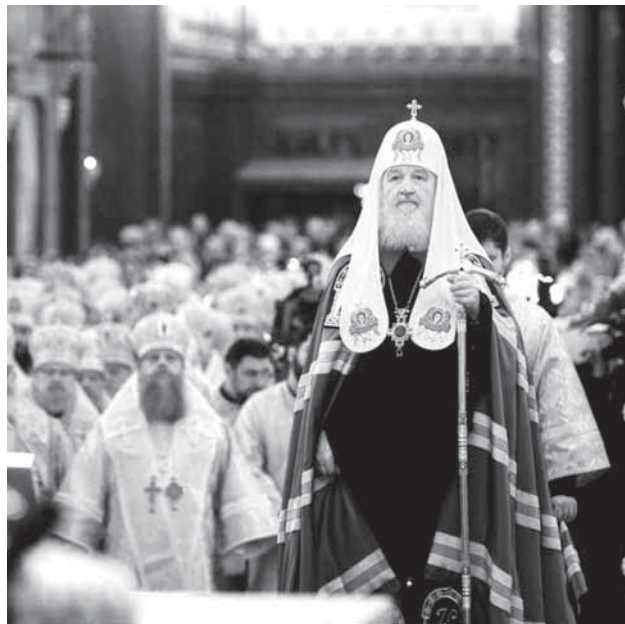
Документ одобрен на заседании Священного Синода Русской Православной Церкви 26 февраля 2019 года (журнал № 3).

*По материалам пресс-службы
Патриарха Московского и всея Руси: patriarchia.ru*

ПРОПОВЕДЬ СЯТЕЙШЕГО ПАТРИАРХА КИРИЛЛА В НЕДЕЛЮ 35-Ю ПО ПЯТИДЕСЯТНИЦЕ В ХРАМЕ ХРИСТА СПАСИТЕЛЯ

Во имя Отца и Сына и Святого Духа!

Нынешний день исполнен многих смыслов и связан со значительными историческими событиями. Сегодня мы празднуем память святой равноапостольной Нины, просветительницы Грузии. Совершенно удивительный образ — женщина, молодая девушка подвигом своей жизни, своим проникновенным словом обратила в христианство целый народ — Иверию, нынешнюю Грузию. Как понять жизненный подвиг Нины? Как описать его в человеческих, рациональных категориях? Невозможно, поскольку ничто не говорило о том, что эта молодая девушка может жизнью своей, словами своими, молитвами своими обратиться ко Христу целый народ.



Сегодня мы празднуем и другое событие, которое тоже не поддается описанию в рациональных человеческих категориях. Мы празднуем 75-летие снятия блокады Ленинграда. Все, что произошло с нашей Северной столицей во время войны, остается вне рационального объяснения. Невозможно было миллиону человек выжить в городе, намертво схваченном блокадой. Невозможно было прожить на 125 граммов хлеба, — но люди выжили. Я особо благодарен Богу за то, что моя мама в блокадном городе, с грудным ребенком на руках, моим старшим братом, смогла прожить на эти 125 граммов хлеба и не умереть. Не вижу этому никаких рациональных объяснений, кроме одного: была воля Божия на то, чтобы город на Неве не пал, потому что его падение неминуемо повлекло бы за собой падение всей Руси. И невозможно рационально объяснить спасение многих жизней, в том числе жизни моих родителей.

Когда мы отказываемся понимать, что с нами происходит, когда мы сознаем, что имеем дело не с логикой человеческого бытия, а с чем-то иным, у нас не остается ничего другого, как только увидеть во всех этих жизненных историях, как и вообще в истории рода человеческого, не просто след Божиего присутствия, а руку Божию, о чем мы сегодня слышали в Евангелии (Лк. 18, 18–27). Сам Господь, обращаясь к усомнившемуся в том, что по заповедям Христовым можно жить, сказал: Невозможное человекам возможно Богу.

Дивная формула, запечатленная на евангельских страницах, помогает нам понять все то, о чем мы сегодня говорили, — и подвиг святой Нины, и спасение Ленинграда, и многие другие чудные дела, явленные Господом в истории нашего народа и вообще в мировой истории. Нередко казалось, что силы зла атакуют Церковь и нет никакой возможности выжить, но то, что невозможно человекам, возможно Богу. И сегодня эти слова должны особым образом запечатлеться в нашем сознании, потому что применительно к нашей истории — и гражданской, и церковной — они облакаются в реальные факты, не объяснимые человеческим разумом.

Сегодня мы открываем Рождественские чтения. Я очень рад приветствовать в этом

Патриаршем соборе всех, кто прибыл на чтения из разных уголков нашей страны. В первую очередь собратьев-архипастырей, с которыми я в духовном единомыслии, любви и радости совершил соборную литургию. А также духовенство и всех вас, мои дорогие братья и сестры, которые принимают активное участие в церковной жизни и посвящают себя, может быть, самому главному, что должна сегодня делать Церковь, — а именно образованию ума и души современного человека. Ведь образование есть способ и средство передачи смыслов, идей, в том числе духовных смыслов и непоколебимых идей, которые Самим Богом заложены в Священное Писание и которые возвещает миру голос Церкви.

Я от всего сердца хотел бы пожелать всем вам помощи Божией в этом великом апостольском служении, потому что, проповедуя Христа, в том числе в педагогической сфере, обращаясь в первую очередь к молодежи, Церковь может многое сделать для укрепления веры, для сохранения умов и сердец нашего подрастающего поколения от тех внешних влияний, которые направлены на разрушение веры и духовной жизни. Дай Бог всем вам, несмотря на трудности, нести, я бы сказал, даже не крест, а знамя — знамя свидетельства о том, что христианство непобедимо, о том, что наше церковное послание миру пребывает живым, актуальным и всегда способно достигать человеческих умов и человеческих сердец. Желаю всем вам осознать особую важность той миссии и того служения, к которому Господь вас призвал, и быть достойными вашего призвания.

Благословение Божие молитвами святой равноапостольной Нины, явившей на себе чудо Божиего присутствия в человеческой жизни, благословение Божие по молитвам многих, кто невинно погиб, в том числе в огне Великой Отечественной войны, благословение Божие по молитвам новомучеников и исповедников Церкви Русской да пребывает над всеми нами, укрепляя нас в сознании важности того дела, которое мы свершаем со смирением во спасение душ человеческих. Аминь.

*По материалам прессы-службы
Патриарха Московского и всея Руси: patriarchia.ru*

СЕКЦИЯ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ «РОЛЬ НАСЛЕДИЯ СВЯТЫХ ЦЕЛИТЕЛЕЙ И ДОКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА»



30 января 2019 г. в рамках социального направления XXVII Международных Рождественских образовательных чтений «Личность, общество и Церковь в социальном служении» прошло заседание секции **«Роль наследия святых целителей и докторов в формировании личности современного врача»**. Организатор секции — Общество православных врачей России им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого).

Сопредседатели секции: председатель исполкома ОПВР, научный сотрудник Научно-исследовательского отдела кардиологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, доктор мед. наук, профессор А. В. Недоступ; член исполкома ОПВР, заведующий кафедрой госпитальной терапии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, академик РАН, доктор мед. наук, профессор А. Г. Чучалин; член исполкома ОПВР, профессор кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, кандидат богословия, доктор мед. наук, профессор, настоятель храма Державной иконы Божией Матери Санкт-Петербурга протоиерей Сергей Филимонов.

Профессор А. В. Недоступ открыл работу секции приветственным словом к участникам. С докладом **«Роль духовного наследия Святителя Луки Крымского в формировании нравственной позиции врача»** выступил член исполкома ОПВР, секретарь Сыктывкарской и Воркутинской епархии, настоятель Свято-Казанского храма Сыктывкара архимандрит Филипп (Филиппов). Докладчик раскрыл отношение врача к пациенту, как отца, заботящегося о пациенте, как о своем ребенке.

Секретарь исполкома ОПВР И. А. Дронов, доцент кафедры детских болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, канд. мед. наук представил доклад **«Улица доктора Гааза»**, посвященный врачу, в честь которого была названа одна из улиц Москвы и которого по

трудам и служению в России называли «святым доктором». Председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) протоиерей Сергей Филимонов в своем докладе **«Баловать или не баловать, уступать или не уступать больным. Грани утешения как наследие взглядов Е. С. Боткина»** рассмотрел вопрос отношения к пациентам врача Евгения Сергеевича Боткина, с точки зрения которого «балование» больного — это внимательное и чуткое отношение к нему, его родственникам, заболеванию и всем обстоятельствам его жизни.

В докладе **«Трансгуманизм. Проблемы взаимоотношения православного врача и пациента вчера, сегодня, завтра»** член исполкома ОПВР, профессор кафедры педиатрии Тульского государственного университета, канд. мед. наук Т. Н. Кожевникова рассказала о философской концепции и международном движении трансгуманизма, об отношении к трансгуманизму как концепции расчеловечивания, о позиции православных врачей по данным вопросам. Проблеме соотношения духовного и биологического в человеческой жизни в свете последних достижений научно-технического прогресса был посвящен доклад **«Трансгуманизм: свобода и ответственность»** протоиерея Игоря Аксёнова, канд. филос. наук, настоятеля Свято-Ильинского храма Выборга, председателя Отдела религиозного образования и катехизации Выборгской епархии.

Е. Б. Кокорева, преподаватель кафедры биоэтики РНИМУ им. Н. И. Пирогова представила данные социологического исследования в докладе **«Мировоззрение современных студентов-медиков: результаты анкетирования»**, по итогам которого развернулась дискуссия, затронувшая вопросы необходимости работы с будущими врачами, введения курса биоэтики для студентов медицинских вузов младших и старших курсов.



СЕКЦИЯ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ «РОЛЬ НАСЛЕДИЯ СВЯТЫХ ЦЕЛИТЕЛЕЙ И ДОКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА»



РОЛЬ ДУХОВНОГО НАСЛЕДИЯ СЯТИТЕЛЯ ЛУКИ КРЫМСКОГО В ФОРМИРОВАНИИ НРАВСТВЕННОЙ ПОЗИЦИИ ВРАЧА

Архимандрит Филипп (ФИЛИПPOB),
доктор богословия, врач-эндокринолог,
член исполкома Общества православных
врачей России, член Общественно-
церковного совета по биоэтике Московской
Патриархии, председатель Общества
православных врачей республики Коми,
настоятель Свято-Казанского храма
Сыктывкара



Archimandrite Philipp (PHILIPPOV),
D. Th., Endocrinologist,
Member of the Executive Committee
of the Society of Orthodox Doctors of Russia,
Member of the Social Council on Bioethics
of the Moscow Patriarchate, Chairman of
the Society of Orthodox Doctors of the Komi
Republic, Rector of the Holy Kazan Church
of Syktyvkar

РОЛЬ ДУХОВНОГО НАСЛЕДИЯ СЯТИТЕЛЯ ЛУКИ КРЫМСКОГО В ФОРМИРОВАНИИ НРАВСТВЕННОЙ ПОЗИЦИИ ВРАЧА

АННОТАЦИЯ. Наследие христианской мудрости дает ключ к воплощению в практическом служении врача важнейшего принципа лечения — любви к ближнему. Большое значение в воспитании нравственной позиции современного врача имеют труды святителя Луки (Войно-Ясенецкого). В своих работах известный хирург и исповедник выделяет три фактора, имеющих непосредственное отношение к выздоровлению пациента. Наследие святителя Луки, несомненно, должно использоваться как в учебном процессе медицинских образовательных учреждений, так и в клинической врачебной практике. Это позволит возродить славные традиции отечественной школы врачевания.

Ключевые слова: врачебное служение, врачевание, принцип лечения — любовь к ближнему, доверие пациента врачу, святитель Лука (Войно-Ясенецкий).

Врач изначально обязан следовать заповеди любви к ближнему. Без этого невозможно искусство врачевания. Это понимал уже Гиппократ, что и было зафиксировано в его Клятве врача. Хотя написана она была задолго до христианства, она остается до сих пор для врача эталоном сострадания по основанию непротиворечивого единства с христианским пониманием любви как основы служения ближнему. Христианское отношение к Клятве Гиппократа, в которой

ABSTRACT. The heritage of Christian wisdom provides the key to the realization of the most important principle of treatment — love one's neighbor — in the doctor's serving practice. The works of St. Luke (Voyno-Yasenetsky) are of great importance in the development of the moral values of the modern doctor. In his works, the famous surgeon, Confessor identifies three factors that are directly related to the recovery of the patient. The heritage of Saint Luke should undoubtedly be used both in the educational process of medical educational institutions and in clinical practice that will help to revive the glorious traditions of the national school of medicine.

Keywords: medical service, healing, the principle of treatment-love one's neighbor, the patient's trust in the doctor, St. Luke (Voyno-Yasenetsky).

говорится об отношении к учителю, к тому, кто научил искусству врачевания, как бы реализует этот исходный принцип Клятвы, свидетельствуя о воплощении признательности к трудам предшествующих поколений врачей, воплощающих в своих трудах любовь, милосердие и сострадание к человеку.

Врач — это единственная профессия, изначально предполагающая исполнение заповеди любви к ближнему. Но это испол-

нение — трудная задача. Как ее выполнить? Гиппократ как бы задал образцы профессии. Христианство предлагает врачу пути и ключи к их реальному воплощению в практическом служении.

Каковы же они? Какие правила необходимо соблюсти, чтобы исполнить врачебное служение? Обратимся к наследию христианской мудрости.

1. Первое и неперенное правило — **установка на делание добрых дел сегодня, сейчас**, не откладывая на следующий раз или грядущий день.

«Что пользы человеку от вчерашней сытости, если он голоден сегодня? Так и душе не в пользу вчерашнее доброе дело, если сегодня оставлено исполнение правды» (свт. Василий Великий) [1].

2. Второе неперенное правило врачевания — непрерывное служение, **ежедневное совершение добрых дел и восхождение по ступенькам духовного возрастания**.

«Добродетели эти требуют не только неоднократного проявления, они должны всегда пребывать в нас, быть присущими нам, укорененными в нас. И они не должны оставаться на одном уровне, но все более и более умножаться (преуспевать) и возрастать в силе и плодотворности» (свт. Феофан Затворник) [2].

3. Следующее правило — **бескорыстие к любому пациенту**, который оказался перед врачом.

Наилучший образец бескорыстного милосердия представил Иисус Христос в притче «О милосердном самарянине».

Выздоровление пациента и есть главная земная награда для врача.

4. Правило **целостности терапии**.

«Терапия (врачевание) всего человека... В аспекте человека как микрокосма это победа духа над плотью, стяжание нетленного вместо тленного» (митрополит Иерофей (Влахос)) [3].

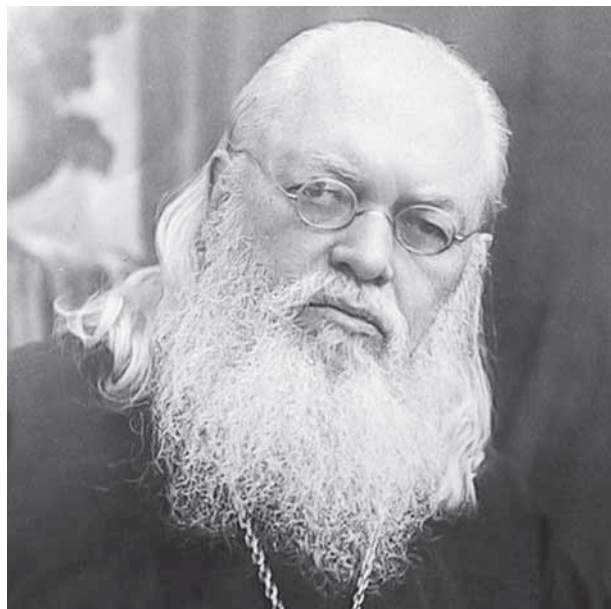
5. **Жертвенность**. Только жертвуя собой, своими личными чувствами, суетными делами и попечениями, врач может по-настоящему помочь и страдающему человеку, и самому себе в своем служении.

К этому надо готовиться еще в детстве. Не может быть случайного врачевателя. Это

профессия даруется Богом только любящему человеку.

«В лице другого мы должны видеть Христа и должны испытывать такую любовь, чтобы быть готовыми даже пожертвовать ради него своей жизнью» (прп. Симеон Новый Богослов) [4].

6. Быть **простым и понятным страдающему человеку**, ожидающему милости и сострадания. Примером в этом нам является святитель Лука (Войно-Ясенецкий).



Архиепископ Лука. Тамбов, 1944 г.

«Я изучал медицину с исключительной целью быть всю жизнь деревенским, мужицким врачом, помогать бедным людям» (свт. Лука (Войно-Ясенецкий)) [5].

7. Стать **попечителем пациента, любящим отцом**, относящимся к страждущим строго, но справедливо и честно.

Глубоко христианским стало и отношение врача к пациенту, получившее название «патернализм». В корне понятия — слове *pater* (лат. — отец) — зафиксировалась его суть. И. В. Силуянова говорит о том, что врач становится как бы отцом, заботящимся о пациенте, как о своем ребенке [6]. Он сострадает больному, помогает ему, берет ответственность за принимаемые решения по его лечению. Такой подход помогает врачу любить и быть исполнителем Заповеди Христовой о любви.

Итак, это способы и правила выполнения врачебного служения.

Особого внимания заслуживает **опыт врачевания святителя Луки (Войно-Ясенецкого)**, известнейшего хирурга и архипастыря Русской Православной Церкви. В своем труде «Дух, душа и тело» он обобщает, что нужно знать врачу, чтобы достичь полезного результата в лечении.

Святитель Лука выделяет три фактора, имеющих непосредственное отношение к выздоровлению пациента:

- *первый* — это вера врача и пациента. «Имейте веру Божию, ибо истинно говорю вам, если кто скажет горе сей, поднимись и ввергнись в море, и не усомнится в сердце своем, но поверит, что сбудется по словам его — будет ему, что ни скажет» (Мк. 11, 23).

Краеугольным камнем, то есть устойчивым фундаментом уклада жизни и образа мысли для врача является вера.

«Что пользы, братия мои, если кто говорит, что он имеет веру, а дел не имеет? может ли эта вера спасти его? Если брат или сестра наги и не имеют дневного пропитания, а кто-нибудь из вас скажет им: „идите с миром, грейтесь и питайтесь“, но не даст им потребного для тела: что пользы? Так и вера, если не имеет дел, мертва сама по себе. Но скажет кто-нибудь: „ты имеешь веру, а я имею дела“: покажи мне веру твою без дел твоих, а я покажу тебе веру мою из дел моих» (Иак. 2, 14);

- *второй фактор* — это формирование доверия пациента к врачу. Святитель Лука пишет: «Общеизвестно могущественное влияние психики больного на течение болезни. Состояние духа больного, его доверие или недоверие врачу, глубина его веры и надежды на исцеление или, наоборот, психическая депрессия, вызванная неосторожными разговорами врачей в присутствии больного о серьезности его болезни, глубоко определяют исход болезни» [7];

- *третий фактор* — непосредственное участие самого врача в формировании доверия к нему у пациента. Профессия врача непосредственно связана с понятиями «доброделания» и «добродетели», о которой святой Максим Исповедник пишет так: «Всякая добродетель безначальна, и время не предшествует ей, поскольку она имеет от

вечности своим Родителем единственного Бога» [8].

Известнейший хирург святитель Лука за свою 84-летнюю жизнь спас огромное количество безнадежных больных, причем многих из них он помнил в лицо и по фамилии. Такой «человеческой хирургии» владыка учил и своих учеников. «Для хирурга не должно быть „случая“, — говорил он, — а только живой страдающий человек». Примером истинного врачебного искусства является и завет святителя Луки (Войно-Ясенецкого): «Главное в жизни — делать добро. Если не можешь делать для людей добро большое, постарайся совершить хотя бы малое».



Прижизненное издание «Очерков гнойной хирургии» архиепископа Луки (В. Ф. Войно-Ясенецкого)

Каждый приступающий к врачеванию, несомненно, должен помнить Заповеди блаженства, данные Спасителем в Нагорной проповеди для формирования доверия пациента. Для врача должна быть особо важна заповедь милости к пациенту, ведь именно на этом зиждется все искусство врачевания.

Христианская любовь и милосердие должны быть привычным образом его жизни, добрые дела не должны им замечаться и записываться для похвалы и тщеславия. Врач должен творить духовные и телесные милости ежечасно и ежеминутно. Это и есть истинное христианское служение ближним.

О милостях, которые мы должны творить для спасения нашей души, нам напоминает Православный катехизис.

Дела милости телесной следующие:

- питать алчущих,
- напоить жаждущего,
- одеть нагого или имеющего недостаток в приличной и необходимой одежде,
- посетить находящегося в темнице,
- посещать больных, странника принять в дом и успокоить,
- погребать умерших в бедности.

Духовные дела милости суть следующие:

- увещанием обратить грешника от заблуждения пути его (Мф. 5, 20),
- неведующего научить истине и добру,
- подать ближнему добрый и благовременный совет в затруднении или не примечаемой им опасности,
- молиться за него Богу,
- утешить печального,
- не воздавать за зло, которое сделали нам другие,
- от сердца прощать обиды [9].

Священное Писание становится для врача еще одним учебником. И, пожалуй, главным пособием для ежедневного совершенствования и понуждения себя к милосердию и любви. Да, именно понуждению, потому что любить и сострадать очень сложно. Это подвиг, на который способен не каждый. Но этот незаметный для окружающих подвиг и повседневное христианское служение становятся для врача пропуском в вечную жизнь со Христом.

Обратимся еще раз к поучительным для врача словам Нового Завета.

«Лицемер, как ты можешь любить Бога, которого не видишь, если ненавидишь брата своего человека, который около тебя? Кто имеет достаток в мире, но, видя брата своего в нужде, затворяет от него сердце свое, — как пребывает в том любовь Божия? Любовь познали мы в том, что Сын Божий положил за нас душу Свою: и мы должны полагать души свои за братьев» (1Ин. 4, 20).

«Возлюбить Бога всем сердцем и всем умом, и всею душею, и всею крепостью, и возлюбить ближнего, как самого себя, есть больше всех всесожжений и жертв» (Мк. 12, 33).

Прп. Макарий Великий так толкует эту евангельскую мысль:

«Итак, великие обетования вечной жизни требуют подвига и великих трудов, потому что человеку необходимо всего себя целиком отдать Богу, как написано: „Всем сердцем и всею силою и всею крепостию“, — и всею волею и умом принести себя в жертву и распять себя, душою и телом пребывая в последовательном и непрерывном исполнении всех святых заповедей, чтобы таким образом сподобиться получить жизнь, обетованную любящим Бога, и удостоиться вечного Царства; потому что если в земном и тленном и преходящем царстве люди предпринимают большие труды и подвиги, трудясь с великим потом и изнурением себя, имея цель достичь того, к чему они стремятся, и войти в честь и славу мимотекущего начальствования (или: царствования), то насколько больше подобаает всей душою с радостью трудиться и изнемогать ради достижения вечного и непреходящего царствования, для наследования такой великой и бессмертной славы» [10]. И в этом утверждении и есть высочайший смысл и заветная вершина врачебного искусства и служения.



Архиепископ Лука после службы у собора Святой Троицы. Симферополь. 1953 г.

Велика роль наследия святителя Луки Крымского в воспитании нравственной позиции современного врача. Его труды несомненно должны использоваться как в учебном процессе медицинских образовательных учреждений, так и в клинической практике современного российского врача. Это позволит возродить славные традиции отечественной школы врачевания.

Литература

1. *Святитель Василий Великий*. Творения. Т. 6. Сергиев Посад, 1901. С. 91.
2. *Епископ Феофан (Говоров)*. Мысли на каждый день года по церковным чтениям из слова Божия. М., 1890. С. 24–25.
3. *Митрополит Иерофей (Влахос)*. Православная психотерапия. Сергиев Посад: Изд-во Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2018.
4. *Преподобный Симеон Новый Богослов*. Главы богословские, умозрительные и практические / Пер. иеромонаха Илариона (Алфеева). М., 1998.
5. *Святитель Лука Крымский (Войно-Ясенецкий)*. Я полюбил страдание: Автобиография. М.: Сибирская благовонница, 2019.
6. *Силюянова И. В.* Биомедицинская этика / Учебник и практикум для академического бакавриата. М.: Юрайт, 2016.
7. *Святитель Лука (Войно-Ясенецкий)*. Дух, душа и тело. М.: Благовест, 2018.
8. *Преподобный Максим Исповедник*. Главы о богословии и о домостроительстве воплощения Сына Божия. 1. 48 // Избранные творения. М.: Паломник, 2004. С. 299.
9. *Пространный христианский катихизис Православной Кафолической Восточной Церкви* / Сост.: свт. Филарет (Дроздов). М.: Издательский Совет Русской Православной Церкви, 2006.
10. *Преподобный Макарий Египетский*. Духовные беседы. Сергиев Посад: Изд-во Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2008.

References

1. Svjatitel' Vasilij Velikij [Saint Basil the Great]. *Tvorenija [Works]*, vol. 6. Sergiev Posad, 1901. P. 91.
2. Episkop Feofan (Govorov) [Bishop Feofan (Govorov)]. *Mysli na kazhdyj den' goda po cerkovnym chtenijam iz slova Bozhija [Thoughts for every day of the year on Church readings from the Word of God]*. M., 1890. P. 24–25.
3. Mitropolit Ierofej Vlahos [Metropolitan Hierotheos Vlachos]. *Pravoslavnaja psihoterapija [Orthodox psychotherapy]*. Sergiev Posad, Izdatel'stvo Svjato-Troickoj Sergievoj Lavry [Publishing house of the Holy Trinity Lavra of St.Sergius]. 2018.
4. Prepodobnyj Simeon Novyj Bogoslov [Saint Symeon the New Theologian]. *Glavy bogoslovskie, umozritel'nye i prakticheskie [The practical and theological chapters]*, transl. by hieromonk Hilarion (Alfeyev). Moscow, 1998.
5. Svjatitel' Luka Krymskij (Vojno-Jaseneckij) [Saint Luke of Crimea (Voyno-Yasenetsky)]. *Ja poljubil stradanie: Avtobiografija [I loved suffering: Autobiography]*. Moscow, Sibirskaja blagozvonnica Publ., 2019.
6. Silujanova I. V. *Biomedicinskaja jetika [Biomedical ethics]*. Textbook and workbook for academic baccalaureate. Moscow, Jurajt Publ., 2016.
7. Svjatitel' Luka (Vojno-Jaseneckij) [Saint Luke (Voyno-Yasenetsky)]. *Duh, dusha i telo [Spirit, soul and body]*. Moscow, Blagovest Publ., 2018.
8. Prepodobnyj Maksim Isповедnik [Saint Maximus Confessor]. Glavy o bogoslovii i o domostroitel'stve voploshhenija Syna Bozhija [Chapters on theology and on the economy of the incarnation of the Son of God]. 1. 48. *Izbrannye tvorenija [Selected works]*. Moscow, Palomnik Publ., 2004. P. 299.
9. *Prostrannyj hristianskij katihizis Pravoslavnoj Kafolicheskoy Vostochnoj Cerkvi [Voluminous Christian catechism of the Orthodox Catholic Eastern Church]*, Comp. St. Filaret (Drozдов). Moscow, Izdatel'skij Sovet Russkoj Pravoslavnoj Cerkvi [Publishing Council of the Russian Orthodox Church], 2006.
10. Prepodobnyj Makarij Egipetskij [Venerable Macarius the Great of Egypt]. *Duhovnye besedy [Spiritual conversation]*. Sergiev Posad, Izdatel'stvo Svjato-Troickoj Sergievoj Lavry [Publishing house of the Trinity Lavra of St.Sergius], 2008.

НОВОСТИ

РОСТОВ-НА-ДОНУ

6 октября 2019 г. состоялся очередной выезд в область участников **Общества православных врачей Ростова-на-Дону**, действующего при Свято-Казанском храме. Врачи проконсультировали жителей села Екатериновка Матвеево-Курганского района.

Осмотр и консультацию в этот день в местной амбулатории получили около 50 человек — дети и взрослые. Каждый из пришедших за медицинской помощью смог посетить одного или нескольких специалистов — отоларинголога, врача ЛФК, врача ультразвуковой диагностики, функциональной диагностики, педиатра. Электрокардиографию прошли 32 взрослых пациента и 8 детей.

По результатам у двоих взрослых пациентов выявлены признаки очаговых рубцовых изменений в миокарде, что явилось результатом острого инфаркта миокарда, перенесенного вне стационарного лечения.

У трех взрослых выявлена желудочковая экстрасистолия. Пациентам было рекомендовано обратиться к кардиологу по месту жительства для дальнейшего обследования и назначения соответствующей терапии. Несколько электрокардиограмм было получено с изменениями, характерными для гипертоников, не наблюдавшихся у врачей и не получавших адекватной коррекции своего состояния. С такими пациентами проводилась беседа о необходимости лечения гипертонической болезни, об осложнениях этого заболевания.

Прием педиатра посетили 15 маленьких пациентов и 21 человек из числа взрослых, из-за удаленности медицинской помощи в течение длительного времени не получавших коррекции своих проблемных состояний.

Весьма продуктивным оказалось ведение приема педиатра и врача ЛФК в одном кабинете. Мамы маленьких пациентов получили рекомендации по лечению, вскармливанию, лечебной физкультуре.

По наблюдению врачебной бригады, дети, родители которых имеют возможность вывезти их для получения консультаций в Таганроге или в Ростове, имеют меньше проблем со здоровьем и выглядят более ухоженными.

25 жителей села были осмотрены отоларингологом. Одному пациенту была настоятельно рекомендована компьютерная томография околоносовых пазух в Ростове-на-Дону. На основании обнаружения у большого числа пациентов серных пробок врачом-отоларингологом было принято решение в дальнейшем решать данную проблему непосредственно на выезде. В ходе выездного приема в качестве преобладающих были отмечены диагнозы: ОРВИ, аденоидит, нарушение осанки, плоскостопие, невроз, нарушения питания.

После проведения приема гости ознакомились с проведением восстановительных работ в храме св. вмч. Екатерины.

По материалам rostoveparhia.ru

УЛИЦА ДОКТОРА ГАЗА

Иван Анатольевич ДРОНОВ,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры детских болезней
Первого Московского государственного
медицинского университета
им. И. М. Сеченова
(Сеченовский университет)



Ivan A. Dronov,
Cand. Sci. (Med),
Assoc. Professor of the Department
of Children's Diseases
of I. M. Sechenov First Moscow
State University
(Sechenov University))

DOCTOR HAASS STREET

АННОТАЦИЯ. Статья посвящена биографии врача-филантропа Фридриха Иосифа Лаврентия Газа (1780–1853), долгое время работавшего в России и широко известного как доктор Федор Петрович Гааз. Приводятся вехи биографии, в том числе информация о научно-исследовательской деятельности Ф. П. Гааза. Представлены высказывания Гааза и воспоминания о нем современников. Ключевое внимание уделено историям из врачебной и общественной деятельности доктора Гааза, которые являются ярким примером христианской любви и самопожертвования.

Ключевые слова: история медицины, доктор Гааз, христианство, филантропия.

ABSTRACT. The article is devoted to the biography of philanthropist Friedrich Joseph Lawrence Haass (1780-1853), who worked in Russia for a long period of time and was commonly known as Doctor Fedor Petrovich Gaaz. Milestones of his life history are given, including information on the scientific activities of F. P. Haass. The statements of Haass and the memories of him by his contemporaries are introduced. The utmost importance is paid to the medical and social activities of Dr. Haass, which are the prime example of Christian love and self-sacrifice.

Keywords: history of Medicine, Doctor Haass, Christianity, philanthropy.

Введение

19 июня 2017 г. постановлением правительства Москвы безымянному проезду на юго-западе столицы было присвоено наименование «улица Доктора Гааза». В Москве много улиц, названных в честь знаменитых врачей, но эта — первая, в названии которой использовано слово «доктор».

Почему же фамилия Гааз стала неотрывна от слова «доктор»? В данной статье будут представлены ключевые факты и некоторые истории из биографии доктора Гааза, которые помогут найти ответ на этот вопрос.

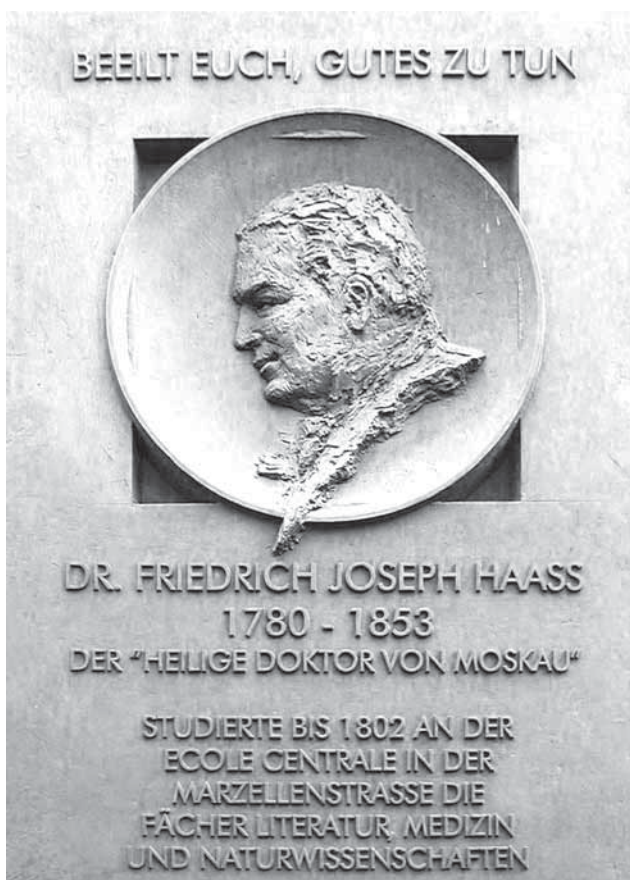
До приезда в Россию

Фридрих Иосиф Лаврентий Гааз, известный в России как Федор Петрович Гааз, ро-

дился в Бад-Мюнстерайфеле (город в Германии, недалеко от Кельна) в 1780 г. Его семья имела отношение к медицине: отец был аптекарем, а дед — хирургом. В семье было 8 детей, все получили хорошее образование, но врачом стал один. Учился Гааз в католической школе, затем изучал математику, философию, медицину в университетах Йены, Геттингена и Вены.

С 1802 г. Гааз начал работать в Вене врачом, где практиковал в офтальмологии и пользовался успехом как хороший специалист. В 1806 г. он успешно провел операцию на глазах князю Н. Г. Репнину-Волконскому, после чего получил предложение его супруги Варвары стать семейным врачом и поехать в Россию. 3 февраля 1806 г. в Вене был заключен договор найма между княгиней Репниной и господином Гаазом, доктором

медицины, согласно которому Гааз «в качестве врача принимал на себя заботу о лечебном пользовании ее Светлости княгини Репниной, всей ее семьи и прислуги, причем не только в городе Петербурге, но также и в деревне и повсюду, где ее Светлость будет находиться. Он обещает и обязуется нести эту службу в течение четырех лет» в обмен на предоставление жалования, продовольствия и слуги. В одном из пунктов договора значилось, что Гааз имеет право также заниматься врачебной деятельностью по своему желанию.



Мемориальная доска на доме в Кельне, где была гимназия, в которой учился доктор Гааз

Первые годы в России

В России Гааз очень быстро становится известной личностью благодаря высокой образованности и благонаправленному поведению. Вот что рассказывали про него родственники и приятели Репниных: «Учен не по летам. В медицинских науках все превзошел. Латынь и греческий не хуже своего немецкого и французского знает; в математике, физике

и астрономии весьма сведущ; по философии... В Священном Писании начитан редкостно, все Евангелия наизусть помнит. А уж богобоязнен, благонаправлен вовсе беспримерно; не пьет, ни в карты, ни в кости не играет, никому злого слова не скажет... Однако не ханжа: своими добродетелями не чванится, чужих грехов не судит, не пересушивает. Напротив, о любом и каждом норовит сказать хоть что-нибудь доброе, похвальное. Ласков и приветлив без корысти; перед сильными и богатыми не искателен; с простолюдинами, с прислугой — кроток и милостив».

Гааз успешно лечит семью князя Репнина и других аристократов. Он приобретает роскошный дом в Москве и имение в Тишково с суконной фабрикой. В то же время доктор оказывает бесплатную медицинскую помощь бедным.

Однажды княгиня Репнина представила Гааза императрице Марии Федоровне, вдове Павла I, которая активно занималась благотворительностью. На императрицу доктор также производит благоприятное впечатление, и в 1807 г. она принимает решение назначить Гааза главным врачом Павловской больницы в Москве (ныне ГКБ №4), где оказывают помощь малоимущим. В приказе московского губернатора Д. С. Ланского по данному поводу сказано: «Ее императорское величество находит его достойным быть определены в Павловской больнице над медицинской частью главным доктором».

В 1809 г. и 1810 г. Гааз после тяжелой инфекционной болезни выезжал на Кавказ, где изучал минеральные источники, а также растения. Исследования он обычно проводил на себе: пил различные воды до и после еды, наблюдал за своим самочувствием и пищеварением. Также выпаривал воду и проводил химические опыты с твердыми остатками. По результатам этих исследований в 1811 г. Гааз опубликовал научный труд «Мое посещение Александровских вод», который являлся по сути первым изданием в России, посвященным бальнеотерапии (один из источников Кавказских минеральных вод носит название «Гаазовский»). Наверное, уже это позволило бы внести имя Гааза в историю российской медицины. Но известность доктор получил благодаря совсем другой деятельности.

Необходимо отметить, что доктор Гааз не только не пытался противопоставлять науку и религию, но видел медицину и христианскую веру как единое целое. Вот что он пишет о здоровье, болезнях и врачах: «Всякий человек получает от Бога здоровье, здоровую природу. И всякий человек должен разумно заботиться о своем здоровье, ибо оно есть подарок Всевышнего. Почему бывают болезни? Есть разные болезни: от плохая пища; от плохие напитки; от плохой воздух; от сильный холод или от сильный жар; от раны, кои наносит оружие, огонь, разные несчастные случаи; от сильное беспокойство или сильное утомление души и тела... Можно сказать: наше здоровье от неба, от Божественного разума, а наши болезни — от земли, от человеческого неразумия... Поэтому все болезни надо лечить разумно и уповая на Бога. Надо помнить все, что велит наука медицины, помнить все, что велит опыт, и надо иметь любовь. Настоящий доктор медицины должен быть настоящий христианин. Он должен любить всякий больной, и тогда он будет внимательно смотреть и понимать его болезнь. Будет понимать не только глазами, ушами, носом, пальцами, но будет понимать умом и сердцем. И еще он должен иметь разумение, как спасать здоровье».

Возвращение в Россию

Во время Отечественной войны 1812 г. и заграничного похода 1813–1814 гг. Гааз добровольно отправляется служить хирургом в русскую армию. На обратном пути он заезжает в родной Бад-Мюнстерайфель и несколько месяцев проводит на родине, ухаживая за тяжелобольным отцом, который умирает на его руках. Несмотря на уговоры матери и братьев Гааз принимает решение вернуться в Москву. После этого доктор уже никогда не покидает Россию.

Весной 1825 г. по распоряжению генерал-губернатора Москвы князя Голицына Ф. П. Гааз стал штатт-физиком, то есть главным врачом города. К работе на этой должности он относился с огромной ответственностью; с утра и до позднего вечера он разъезжал по больницам: ходил по палатам,

перевязочным, больничным кухням, кладовым и прочим службам. Писал донесения, жалобы, ходатайства, просьбы, мольбы. Многие бумаги сам отвозил в Медицинскую контору, генерал-губернатору, гражданскому губернатору и прочим начальникам.

Гааз разработал первые в России положения о работе городской неотложной помощи, ходатайствовал об учреждении в Москве особого врача для наблюдения внезапно заболевших и организации попечения нуждающихся в немедленной помощи.



Портрет доктора Гааза

Интересен факт, что свое жалование Гааз отсылал своему предшественнику на данной должности, который, по его мнению, был уволен несправедливо, по доносу. А тем временем медицинский инспектор писал доносы, в которых уверял, что «лекарь Гааз находится не в здравом душевном состоянии», а его действия «безрассудны, вызывают лишь смущение служащих и больных». Летом 1826 г. Гааз подал в отставку, не выдержав бесконечных обвинений.

В конце 1825 г. в России случилось событие, которое никого не могло оставить равнодушным — в Петербурге произошло декабрьское восстание. Свое мнение об этом событии высказал и доктор Гааз: «Я помню хорошо, как было у нас, когда приходила французская армия. Я был отрок 13–14 лет, я тоже кричал “вив ля республик, аба ля тирании” (да здравствует республика, долой тиранию). Я тоже очень хотел эгалите, либертэ, фратернитэ (свобода, равенство, братство). Но мой батюшка, очень добрый и очень умный аптекарь и мой очень добрый учитель, очень умный прелат объясняли: “Ты есть наивный глупый юнош, ты просишь свобода, но свобода всегда была, везде есть, свободу нам дал Спаситель Христос. Каждый человек может свободно решать: хорошее дело он хочет делать или дурное, доброе или злое. И равенство всегда было и есть, самое главное равенство перед небом. Великий аристократ и маленький поселянин суть равные, если они добродетельны, а хороший работник есть перед Богом более высокий человек, чем плохой король. И братство всегда было. И всегда может быть; надо лишь помнить уроки Спасителя, Нагорную проповедь, послания апостолов”».

Будучи глубоко верующим, Гааз, тем не менее, общался и даже дружил с воинствующими атеистами, чем вызывал естественные упреки единоверцев. Однако Гааза упреки не смущали. Вот что он писал о дружбе с графом Зотовым, которого называли «почитателем безбожных энциклопедистов» (энциклопедисты — группа французских ученых, которые составляли универсальный справочник во второй половине XVIII века; многие из них были атеистами): «Я люблю графа Николай Николаевича. И в этой любви нет никаких противоречий. Поелику я есть христианин, я ненавижу грех, но люблю грешника. А Николай Николаевич есть грешник в своих речах, но в своих делах, в своей душе он добрый, очень добрый, очень разумный, благородный человек. И он есть совсем настоящий христианин. Например, он любит меня, хотя я его противник, я кричал на него, говорил гневливо... А он живет точно, как велел Спаситель: любите ненавидящих вас».

Деятельность в Комитете попечительства о тюрьмах

В 1829 г. Гааз был назначен секретарем московского Комитета попечительства о тюрьмах и главным врачом московских тюрем и пробыл на этой должности более 20 лет. Именно эта деятельность принесла ему широкую известность и позволила проявить себя как христианина и филантропа. Вот лишь часть того, что удалось доктору Гаазу:

- добился отмены пересылки осужденных «на пруте» (8–10 человек прикреплялись наручниками к одному пруту, который не снимался весь этап),
- разработал кандалы весом 6 кг (вместо 16) и обитые изнутри кожей, чтобы ноги не стирались и не обмораживались (при этом испытывал новую модель на себе),
- настоял, чтобы перестали брить всех подряд заключенных,
- увеличил пребывание в пересыльной тюрьме с 3 дней до недели,
- добился, чтобы помещения тюрьмы были теплыми, разделения их на мужские, женские, для рецидивистов и для впервые заключенных,
- организовал при тюрьме больницу на 120 мест, где являлся главным врачом,
- распорядился сажать тяжелобольных, престарелых и женщин в телеги,
- добился строительства при тюрьме гостиницы для родственников осужденных,
- организовал приют и школу для детей, чьи родители находились в заключении, набрал для школы учителей и сам проводил в ней занятия.

Вот как оценивал деятельность Гааза председатель Петербургского тюремного комитета Лебедев: «В двадцать четыре года своей деятельности успел сделать переворот в нашем тюремном деле. Найдя тюрьмы наши в Москве в состоянии вертепов разврата и унижения человечества, Гааз не только бросил на эту почву первые семена преобразований, но успел довести до конца некоторые из своих начинаний, и сделал один, и не имея никакой власти, кроме силы убеждения, более, чем после него все комитеты и лица власть имевшие».

А еще доктор Гааз лично общался с осужденными и пытался помочь каждому. Они придумали очень короткую, но емкую поговорку, отражавшую сущность деятельности доктора: «У Гааза нет отказа». Понимая, насколько скудное питание в тюрьмах, доктор на свои средства закупал калачи для осужденных у знаменитого московского булочника Филиппова. Вот что пишет о Гаазе в своих воспоминаниях А. И. Герцен: «Гааз ездил каждую неделю в этап на Воробьевы горы, когда отправляли ссыльных, в качестве доктора. Он ездил осматривать их и всегда привозил с собой корзину всякой всячины, съестных припасов и разных лакомств: грецких орехов, пряников, апельсинов и яблок для женщин. Это возбуждало гнев и негодование благотворительных дам, боящихся благотворением сделать удовольствие».

Для решения проблем, связанных с работой в Комитете попечительства о тюрьмах, Гааз считал своим долгом обращаться ко всем тем, от кого зависело их решение. Вот что он писал московскому генерал-губернатору князю Д. В. Голицыну, который являлся главой Комитета: «Сегодня в прекрасной и христианской Москве имеются три большие тюрьмы... и есть еще тюрьмы малые при полицейских частях. И все эти места, в коих сейчас, сей минут пребывают многие сотни, может, уже больше чем тысяча несчастные люди — пусть они грешные, пусть есть преступные и даже есть злодеи, но все они люди. Крещенные люди. И за них тоже Иисус Христос принял крестную муку и, страдая на кресте, пожалел разбойника. А здесь в христианской Москве страдают в тюрьме больше несчастные, чем преступные!». Не боялся доктор Гааз обратиться и к императору. Николай I во время приездов в Москву обычно посещал тюрьмы, а Гааз как тюремный врач его при этом сопровождал. Однажды один из тюремщиков пожаловался императору: «Ваше величество! Федор Петрович держит в лазарете осужденного старика. А старик давно здоров и должен идти на каторгу!». Николай I грозно обратился к Гаазу: «Это правда?!», в ответ Гааз молча упал на колени, на что император снисходительно сказал: «Ну, полно,

Федор Петрович! Вижу, что раскаиваешься, и прощаю тебя». Однако Гааз не встал с колен, чем вызвал удивление императора: «Что тебе еще надо? Я же сказал, что прощаю тебя». Гааз ответил: «Ваше величество! Помилуйте старика — он невиновен!». Видя искренность доктора, император сказал: «Ну, Федор Петрович, ну, Федор Петрович! Будь по-твоему!».

Деятельность доктора Гааза нашла свое воплощение в художественной литературе. В романе «Идиот» Ф. М. Достоевский описывает такую историю: «В Москве жил один старик, один “генерал”, то есть действительный статский советник, с немецким именем; он всю свою жизнь таскался по острогам и по преступникам; каждая пересыльная партия в Сибирь знала заранее, что на Воробьевых горах ее посетит “старичок генерал”. Он делал свое дело в высшей степени серьезно и набожно; он являлся, проходил по рядам ссыльных, которые окружали его, останавливался пред каждым, каждого расспрашивал о его нуждах, наставлений не читал почти никогда никому, звал их всех “голубчиками”». И хотя в романе не называется фамилия, всем российским читателям того времени было понятно, что речь идет о Гаазе.

О народной славе доктора свидетельствует следующая история. Однажды ночью доктор спешил на вызов к пациенту и шел напрямую через темные переулки. И случилось то, что часто случалось в те годы в Москве: доктора встретили три грабителя и потребовали снять шубу. Доктор обратился к ним: «Голубчики, вы меня только доведите до больного, а то я сейчас озябну. Месяц февраль. Если хотите, приходите потом ко мне в больницу полицейскую, спросите Гааза, вам шубу отдадут». Услышав эти слова, грабители упали на колени: «Батюшка, да мы тебя не признали в темноте! Прости!». Грабители довели Гааза до пациента и сопровождали назад.

Помимо тюремной больницы Ф. П. Гааз также руководил Старо-Екатерининской больницей для бедных. И у него возникали споры с другими известными врачами о том, кого следует принимать в больницы, а кого нет. Вот что писал об этом Гааз главному

врачу Ново-Екатерининской больницы, профессору Московского университета, известному хирургу А. И. Полем: «Мой скромный разум всегда подчиняется сердцу. Я прежде всего христианин, а потом уже врач. Справедливее: я стал врачом потому, что я христианин, и я следую всегда побуждениям сердца, повелениям любви. Да-да, сударь мой, именно той христианской любви, о которой апостол сказал, что она выше и веры, и надежды. И мой рассудок следует ей неукоснительно... Любовь врача к ближнему — это прежде всего любовь к страдающему, несчастному, тяжело больному ближнему. Кто более нуждается в нашей любви? Ведь здоровым, благополучным людям — я и таких, разумеется, люблю, и таким, если нужно, помогаю — наша любовь как лакомство после сытного обеда. А беспомощным беднякам наша любовь — хлеб насущный для голодных».

Доктор Гааз был готов не только принимать в свою больницу любых пациентов, но и лично оказывать им помощь. Так, однажды в больницу привезли крестьянскую девочку, умирающую от осложненной туберкулезной волчанки. Язва на ее лице была настолько зловонна, что даже мать не могла к ней приблизиться. Гааз ежедневно сидел у ее постели, целовал и читал сказки, пока она не умерла.

Святой доктор

Будучи немцем по национальности и католиком по вере, Гааз, безусловно, часто получал вопросы от соотечественников и единоверцев о том, почему он служит в православной России. Вот что отвечал доктор Гааз на один из таких вопросов: «Да, я есть немец, но прежде всего я есть христианин. И, значит, для меня „несть елина, несть иудея...“ Почему я живу здесь? Потому что я люблю, очень люблю многие здешние люди, люблю Москву, люблю Россию и потому, что жить здесь — мой долг. Перед всеми несчастными в больницах, в тюрьмах». Один немец, познакомившись с Гаазом, отозвался о нем так: «Идеи и образ жизни этого человека столь необычны для нашего времени, что он либо дурак, либо сумасшедший, либо святой!»

В Москве Гааз регулярно посещал католические богослужения. Однако часто бывал и в православных храмах, знал тонкости православной литургии. Гааз добился постройки православного храма Святой Троицы на Воробьевых горах рядом с пересыльной тюрьмой. На свои деньги он покупал Евангелия и молитвословы для заключенных. Более того, Гааз написал, издал на свои деньги и бесплатно раздавал осужденным книгу «Азбука христианского благонравия».

По долгу службы Гааз часто общался со святителем Филаретом (Дроздовым), который, будучи митрополитом Московским, входил в состав Комитета попечительства о тюрьмах. По свидетельству очевидцев, на одном из заседаний Комитета произошла необычная история. Митрополит Филарет обратился к Гаазу: «Вы все говорите о невинно осужденных, Федор Петрович, но таких нет, не бывает. Если уж суд подвергает каре, значит, была на подсудимом вина». Гааз в сердцах ответил: «Владыко, что вы говорите?! Вы о Христе забыли!». Воцарилось тяжелое молчание, Гааз осекся, сел и опустил голову на руки — ведь немислимо сказать такое митрополиту! Однако, митрополит Филарет ответил: «Нет, Федор Петрович, не так. Я не забыл Христа. Но когда я сейчас произнес поспешные слова, то Христос обо мне забыл».

Когда Гааз тяжело заболел и арестанты стали просить тюремного священника Алексея Орлова отслужить молебен о его здравии, тот поспешил к митрополиту, поскольку молебен о здравии иноверца служить нельзя. И митрополит Филарет, автор православного катехизиса и бескомпромиссный ревнитель канонов Православной Церкви сказал: «Бог благословил нас молиться за всех живых, и я тебя благословляю!». Затем владыка лично поехал к умирающему и сказал ему: «В тебе исполняется реченное Спасителем: “Блаженны кроткие. Блаженны алчущие и жаждущие правды. Блаженны милостивые. Блаженны чистые сердцем. Блаженны миротворцы”. Укрепись духом, брат мой, Федор Петрович, ты войдешь в Царствие Небесное!»

14 августа 1854 г. доктор Гааз скончался. Более 20 тысяч человек (из примерно

370 тысяч москвичей) пришли проводить доктора в последний путь. В православных храмах, наверное впервые, служились панихиды по католику.

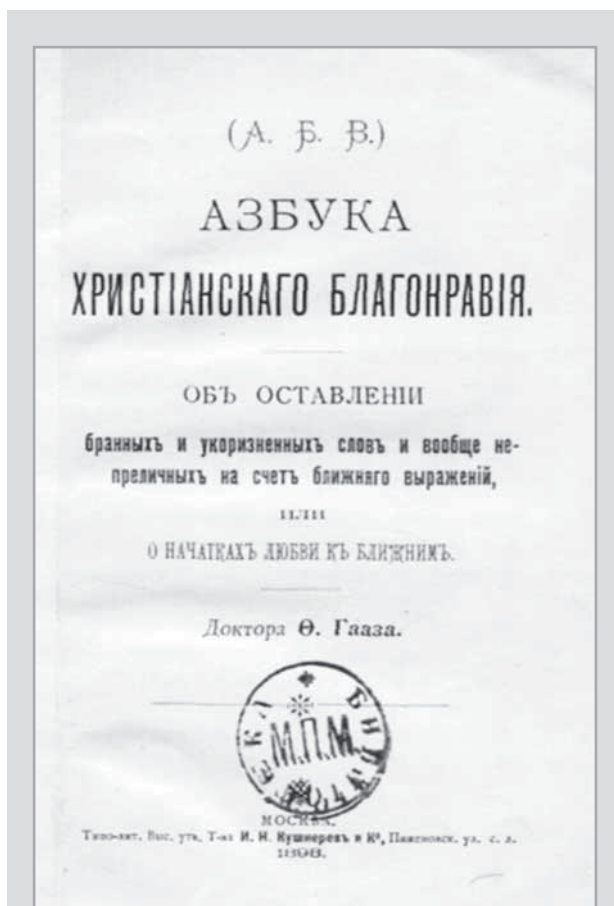
Конец земной жизни Ф. П. Гааз встретил в бедности. Все свое богатство (дом, поместье, фабрику) продал и потратил средства на помощь осужденным и бедным. Помогал доктор не только тем, кто обращался за помощью. Рассказывают, что он, как Николай Чудотворец, мог тайно подкинуть нуждающемуся кошелек с деньгами. Высокая сутулая фигура доктора была слишком заметна, поэтому о таких благодеяниях становилось известно.

После смерти Гааза в его скромной квартире при больнице нашли старую мебель, поношенную одежду, несколько рублей денег, книги. И астрономические инструменты — они были единственной слабостью покойного. После тяжелого трудового дня он отдыхал, глядя в телескоп на звезды. А еще нашли последнюю его рукопись о нравственных и религиозных началах его жизни.



Памятник доктору Гаазу в Москве

Похоронили Ф. П. Гааза на Введенском (немецком) кладбище в Москве. На постаменте памятника, представляющего собой



Книга Ф. Гааза «Азбука христианского благо нравия»



Могила Гааза на Введенском кладбище

камень с крестом, высечена самая известная цитата доктора — всего три слова на русском языке, которые отражают весь смысл его жизни: «Спешите делать добро!». Ограда могилы многократно обвита знаменитыми «гаазовскими» кандалами. В 1909 г. во дворе здания, где жил Гааз и где размещалась открытая им больница, был установлен памятник доктору работы знаменитого московского скульптора Н. А. Андреева. Из большого уважения к доктору скульптор за свою работу не взял денег.

В 1994 г. группа российских католиков обратилась с предложением поднять вопрос о канонизации Гааза. В 1998 г. от Конгрегации канонизации святых Римской курии было получено разрешение начать процесс беатификации Гааза (причисление к лику блаженных), предваряющий канонизацию (причисление к лику святых) в Католической Церкви. В 1998–2011 гг. процесс начался в Кельнской архиепархии, где родился Гааз, затем продолжился

в архиепархии Божией Матери в Москве.¹ В 2007 г. папа Бенедикт XVI назвал Гааза святым, человеком, излучающим свет, что, безусловно, является признанием его достойным католической канонизации. Однако еще при жизни Гааза в православной России называли «святым доктором»...

¹ Процесс причисления доктора, которого еще при жизни называли святым, к лику блаженных длился 20 лет. По канонам Католической Церкви, к которой принадлежал Гааз, процесс должен был проходить в Кельнской епархии, поскольку он родился в немецком городке Бад-Мюнстерайфель. Но, учитывая неординарную судьбу Фридриха Йозефа, в 22 года переехавшего в Россию на службу доктором, подготовка к причислению к лику блаженных была перенесена в архиепархию Божией Матери в Москве.

Литература

1. Кони А. Ф. Федор Петрович Гааз. Биографический очерк. СПб., 1904.
2. Копелев Л. З. Святой доктор Федор Петрович. London, 1985.
3. Православная энциклопедия. URL: <http://www.pravenc.ru/text/161191.html> (дата обращения: 02.12.2019).
4. Протоиерей Александр Борисов. Доктор Гааз глазами православных. URL: <https://www.miloserdie.ru/article/doktor-gaaz-glazami-pravoslavnyh> (дата обращения: 02.12.2019).
5. Свешишникова М. Доктор Гааз официально объявлен святым. URL: <https://www.vesti.ru/doc.html?id=3014788> (дата обращения: 02.12.2019).
6. 10 фактов о докторе Гаазе: спорил с митрополитом, отменил пытки и смотрел на звезды. URL: <https://www.pravmir.ru/10-faktov-o-blazhennom-doktore> (дата обращения: 02.12.2019).
7. Олтаржевский Г. К. Две жизни доктора Гааза. URL: <https://moslenta.ru/istoriya/gaaz.htm> (дата обращения: 02.12.2019).
8. Величко С. Г. Христианин в волчьей шубе. URL: <http://www.nsad.ru/articles/hristianin-v-volchej-shube> (дата обращения: 02.12.2019).
9. 10 интересных фактов о Докторе Гаазе. URL: <http://рускатолик.рф/doktor-gaaz/> (дата обращения: 02.12.2019).
10. Лебедева В. Спешите делать добро! URL: <http://www.foru.ru/article.159.html> (дата обращения: 02.12.2019).
11. Завершилась епархиальная стадия беатификации «святого доктора Москвы» Федора Гааза. URL: <https://www.mos.ru/news/item/39983073/> (дата обращения: 02.12.2019).

References

1. Koni A. F. *Fedor Petrovich Gaaz. Bibliograficheskii ocherk [Fedor Petrovich Haass. Profile]*. SPb., 1904.
2. Kopelev L. Z. *Svyatoy doktor Fedor Petrovich [The holy doctor Fedor Petrovich]*. London, 1985.
3. *Pravoslavnaya entsiklopediya [Orthodox encyclopedia]*. URL: <http://www.pravenc.ru/text/161191.html> (accessed: 02.12.2019).
4. Archpriest Alexander Borisov. *Doktor Gaaz glazami pravoslavnykh [Doctor Haass through the eyes of the Orthodox]*. URL: <https://www.miloserdie.ru/article/doktor-gaaz-glazami-pravoslavnyh> (accessed: 02.12.2019).
5. Sveshnikova M. *Doktor Gaaz ofitsialno obyavlen svyatym [Doctor Haass is officially declared a saint]*. URL: <https://www.vesti.ru/doc.html?id=3014788> (accessed: 02.12.2019).
6. *10 faktov o doktore Gaaze: sporil s mitropolitom, otmencil pytki i smotrel na zvezdy [Ten facts about Dr. Haass: argued with the Metropolitan, called off the torture and looked at the stars]*. URL: <https://www.pravmir.ru/10-faktov-o-blazhennom-doktore> (accessed: 02.12.2019).
7. Oltarzhevskii G. K. *Dve gizni doktora Gaaza [Two lives of Dr. Haass]*. URL: <https://moslenta.ru/istoriya/gaaz.htm> (accessed: 02.12.2019).
8. Velichko S. G. *Khristianin v volchej shube [A Christian in a wolf's fur coat]*. URL: <http://www.nsad.ru/articles/hristianin-v-volchej-shube> (accessed: 02.12.2019).
9. *10 interesnih faktov o doktore Gaaze [Ten interesting facts about Dr. Haass]*. URL: <http://рускатолик.рф/doktor-gaaz/> (accessed: 02.12.2019).
10. Lebedeva V. *Speshite delat dobro! [Hurry up to do good!]* URL: <http://www.foru.ru/article.159.html> (accessed: 02.12.2019).
11. *Zavershilas eparkhialnaya stadiya beatifikatsii «svyatogo doktora Moskvi» Fedora Gaaza [The Diocesan stage of beatification of «Moscow's holy doctor Fedor Haass» is complete]*. URL: <https://www.mos.ru/news/item/39983073/> (accessed: 02.12.2019).

ТРАНСГУМАНИЗМ: СВОБОДА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Протоиерей Игорь АКСЁНОВ
кандидат философских наук,
председатель Отдела религиозного
образования и катехизации Выборгской
епархии, настоятель Свято-Ильинского
храма Выборга



Archpriest Igor AKSYONOV,
Ph.C., Chairman of the Department
for Religious Education and Catechesis
of the Vyborg Diocese,
Rector of St. Elijah Church
of Vyborg

TRANSHUMANISM: FREEDOM AND RESPONSIBILITY

АННОТАЦИЯ. Основания для пессимистичной оценки трансгуманистической перспективы обнаруживаются в том факте, что когда наша свобода действовать в мире возрастает безгранично и мы сталкиваемся с новыми и непредвиденными формами ответственности, нравственные ресурсы, имеющиеся в нашем распоряжении, уменьшаются в той же пропорции. Одни и те же достижения научно-технического прогресса, обещающие человеку возможность безгранично воздействовать на мир и свободу от собственных биологических ограничений, сводят человека до статуса объекта, который может быть спроектирован и сформирован по желанию; концепция разума как машины является той же самой концепцией, которая позволяет нам воображать возможность переделать нас самих, и в то же самое время она препятствует тому, чтобы мы, потеряв свою субъектность, могли этого достичь. В том, что возвещает нам невиданную свободу, таится самая жестокая необходимость, снимающая с повестки дня вопрос о нравственной ответственности вообще.

Ключевые слова: трансгуманизм, свобода, ответственность.

Последние достижения научно-технического прогресса, особенно в таких областях научного знания, как биомедицинские технологии, геновая инженерия и информационные технологии, порождают вопрос о возможности использования этих достижений для улучшения биологических условий человеческого существования. Это заставляет по-новому взглянуть на соотношение духовного и биологического в человеческой жизни, на границы наследственного и приобретенного

ABSTRACT. The grounds for pessimistic estimates of transhumanist prospect are found in the fact that when our freedom of action increases without limit in the modern world and we are faced with new and unforeseen forms of responsibility, the moral resources available at our disposal are reduced in the same proportion. The technological breakthrough promising a person the opportunity to influence the world reduces the person to the status of an object which can be designed and generated at will; the concept of mind as a machine is the same concept which allows us to imagine the possibility of remaking ourselves, and at the same time it prevents us from achieving it through the loss of our subjectivity. Something that is proclaimed to us as unprecedented freedom lurks cruel necessity removing from the agenda the question of moral responsibility in general.

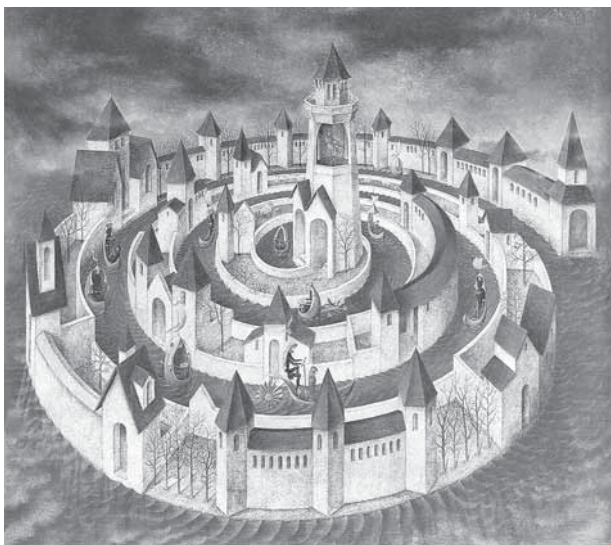
Keywords: transhumanism, ethics, existence, meaning of life.

в природе человека и на то новое содержание, которым на наших глазах наполняется само понятие «человеческого».

Все эти вопросы уже выходят за рамки компетенции естествознания и обретают явно выраженные нравственные, религиозные и философские аспекты. Наряду с возможностью применения той или иной технологии не менее остро встает и вопрос о ее допустимости или недопустимости с этической точки зрения, что привело к возникно-

вению такой новой междисциплинарной области знаний, как биоэтика.

Вполне закономерными являются фундаментальные мировоззренческие разногласия относительно возможного изменения человеческой природы, «улучшения» генотипа человеческих популяций и изменения существующей структуры семейно-брачных отношений. Появление для человека нового горизонта свободы — теперь уже свободы от биологических ограничений собственной природы — не только выводит эти вопросы за рамки чисто академических дискуссий, но и закономерно ставит вопрос об ответственности за результат их применения.



Спиральное путешествие. Художник Р. Вара, 1962 г.

Во второй половине XX в. сформировалось специфическое философское, политическое и даже в каком-то смысле религиозно-мировоззренческое движение, в центре интересов которого оказалась возможность улучшения человеческой природы посредством новых технологий, включая и генную инженерию. Основателями этого движения стали: основатель Иммуралистического общества и Института крионики профессор Роберт Честер Вильсон Эттингер (1918–2011), основатель Лаборатории искусственного интеллекта в Массачусетском технологическом институте профессор Марвин Ли Минский (1927–2016), писатель-фантаст и философ Ферейдун М. Эсфендиари (1930–2000), технический директор в области машинного обучения компании «Google» Реймонд Курцвейл (1948), основатель Инсти-

тута экстропии Макс Мор (1964), директор созданного в Оксфорде Института будущего человечества профессор Ник Бостром (1973) и другие. Для обозначения характерной для этого движения мировоззренческой картины используется термин «трансгуманизм», введенный в оборот в 1957 г. английским биологом Джулианом Хаксли (1887–1975), который стоит у истоков создания Всемирного фонда дикой природы и международной организации ЮНЕСКО, в которой был ее первым генеральным директором.

Обязательными в этой мировоззренческой картине являются два принципа: во-первых, убеждение, что при помощи технологий возможно улучшение человеческого вида, а во-вторых, это возможное улучшение является не только желательным, но и способно привести к решению многих острых проблем, сопровождающих человечество с самых первых этапов его истории. Голод, болезни, бедность — все это и многое другое, благодаря применению новых технологий, навсегда останется в далеком прошлом. Сам человек в трансгуманистической перспективе преобразится настолько, что получит в свое распоряжение или реальное бессмертие, или, по меньшей мере, возможность радикального продления времени жизни. Трансгуманисты связывают свои представления о преобразенном человеке с конвергенцией технологий, в первую очередь, нанотехнологий, биотехнологий, информационных технологий и когнитивистики.

Следует заметить, что особую привлекательность трансгуманистическая перспектива преобразования человека как биологического вида приобретает на фоне разворачивающегося антропологического кризиса. Начало XXI в. характеризуется тем, что горизонты возможного воздействия человека на природу становятся все более и более широкими. В то же время человечество начинает осознавать, что существуют границы такого воздействия, нарушение которых грозит уже самому человеку непредвиденными негативными результатами. Природа все чаще оказывается не просто пассивным объектом приложения человеческих сил и способностей, но своеобразным «субъектом»,

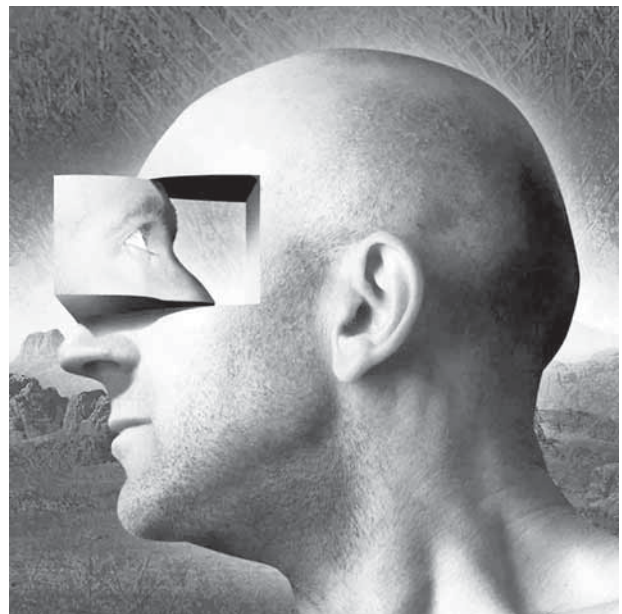
способным ответить непредсказуемыми последствиями для среды обитания человека. Это обратное воздействие природы на человека может оказаться весьма существенным.

Начиная со второй половины XX в. это обратное воздействие проявляет себя в разнообразных проблемах глобального характера, таких как климатические изменения, нехватка пресной воды, накопление ядовитых химических и радиоактивных отходов, загрязнение мирового океана и другие проблемы экологического характера, а также ухудшающееся психическое и физическое здоровье людей, появление новых болезней, различного рода демографические проблемы и т. д. Сами биологические основания существования человека уже не представляются чем-то безусловным и само собой разумеющимся. Многие исследователи склоняются к тому, чтобы обозначать эту совокупность проблем как антропологический кризис.

Этот кризис имеет два различных, даже противоположных аспекта. Во-первых, нарушение экологического баланса между человеческой цивилизацией и природой имеет равное негативное воздействие и на природную среду, и на самого человека. Человеческий вид адаптировался к природной среде, которая длительное время в истории человечества была либо неизменной, либо изменялась очень медленно. А сегодня антропогенное воздействие на природную среду приводит к радикальным и быстрым изменениям последней и человек оказывается в новой, искусственно преобразованной среде, которая каждым новым поколением воспринимается уже как естественная, но к которой человеку как биологическому виду предстоит вновь адаптироваться. Эффективная возможность такой адаптации зависит от скорости изменения этой среды, и поэтому антропогенное воздействие на природную среду неизбежно оборачивается разрушением генофонда как отдельных популяций, так и всего человечества, оборачивается инволюцией человека как биологического вида.

Второй аспект порожден не негативными последствиями научного и технологического развития, а, наоборот, тем, что чаще всего принимается за его самые наглядные дости-

жения. Это успехи в генетических исследованиях, нейронауке, биомедицинских технологиях, геной инженерии, которые открывают головокружительные возможности манипулирования биологическими формами жизни, начиная от бактерий и вирусов и заканчивая животными и человеком. В практической плоскости встает вопрос об искусственном воспроизведении жизни, в том числе и жизни человека, вопрос о клонировании и создании искусственного генома человека. Все это радикальным образом изменяет изначальное отношение человека как к своей собственной природе, так и к природе вообще. Современный человек оказался способным к активному преобразованию своей собственной природы, что неизбежно вызвало переосмысление прежних представлений человека о самом себе и формирование новых. Таким образом, сами новые возможности человека, возникшие в результате научно-технического прогресса, становятся источником антропологического кризиса.



Самоанализ. Художник И. Морски

Трансгуманизм ставит и пытается в рамках секулярного мировоззрения решить проблемы, философский аспект которых выражается в осознании новых типов отношений между человеком и природой в результате появления новых технологий и новых возможностей воздействия на природу. Но возникает закономерный вопрос, насколько непротиворечива и обоснована эта претензия

трансгуманистического проекта освободить человека из тисков антропологического кризиса, возникшего в результате научно-технического прогресса, посредством новых достижений научно-технического прогресса?



Жизнь в ваших руках. Художник И. Морски

Очевидно, что сам по себе научно-технический прогресс при отсутствии целостного и адекватно отражающего реальность мировоззрения в обществе, позволяющего видеть и стремиться к подлинному благу для человека, делает прогресс неуправляемым и не позволяет прийти к консенсусу о допустимой области применения его достижений. Что, в свою очередь, как уже было отмечено, порождает и приводит общество к кризису, что, в переводе с греческого, означает суд (κρίσις).

Но что в этом мире может подлежать суду? Можем ли мы подвергнуть суду сам по себе научно-технический прогресс и вынести решение, например, прекратить его? Очевидно, что нет. И нет, не потому что мы не можем остановить прогресс — глобальный ядерный конфликт вполне может это сделать, а потому что абсурдно подвергать суду что-либо, — судить можно только кого-либо, того, кто, по слову Имманула Канта,

обладает «способностью самопроизвольно, т. е. *от самого себя* (курсив автора), начинать новое состояние» [1]. То есть судить можно только того, кто может свободно выбирать для себя цели и определять образ своего бытия. Поэтому в основании любого кризиса лежат мировоззренческие проблемы и суду при любом кризисе подлежит духовно-нравственное состояние общества метафизически свободных людей.

Испанский философ XX в. Хосе Ортега-и-Гассет в своей работе «Размышление о технике» очень тонко подметил:

Человек a *nativitate* (по своей природе, с рождения — пер. с исп.) — технический творец избытка.

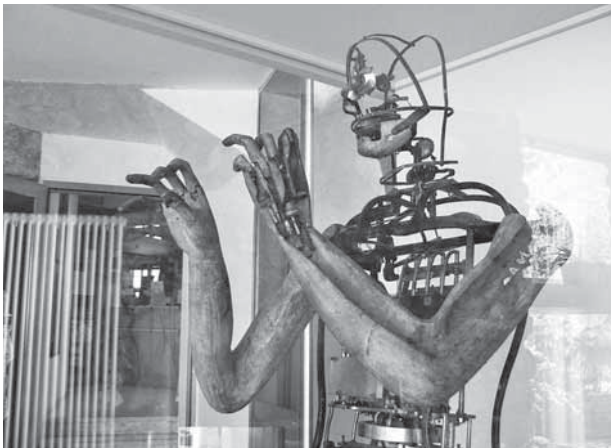
Человеческие потребности являются таковыми лишь в своей исключительной связи с благосостоянием. А это крайне осложняет положение дел. Откуда нам знать, что именно человек понимал, понимает и будет понимать под благосостоянием?..

В той пустоте, которая осталась после преодоления человеком животной жизни, он создает иные, уже небиологические заботы, которые не навязаны природой, а изобретены им для себя самого. Именно эту, изобретенную, выдуманную, как роман или театральная пьеса, жизнь человек называет человеческой жизнью или же благосостоянием... Наша жизнь создается самим человеком, и созидание начинается с изобретения. Так неужели наша жизнь в этом особом смысле — лишь... плод воображения? [2].

Сегодня, как впрочем и на протяжении всего предыдущего XX в., мы все являемся свидетелями такого духовно-нравственного кризиса, причина которого, как мне представляется, лежит в утрате человеком онтологических оснований не только собственной жизни, но и окружающей реальности. Как справедливо заметил уже цитированный ранее философ Ортега-и-Гассет, «едва осознав собственное бытие, человек обнаруживает вокруг себя сказочное число предметов и различных средств, созданных техникой и образующих раскинувшийся перед ним на переднем плане некий искусственный пейзаж, который заслоняет от его взора первозданную природу» [2].

И надо заметить, не только природу, но и само бытие, что порождает проблему, которую Мартин Хайдеггер обозначает не только как «забвение бытия», но и забвение уже того, что вопрос о бытии предан забвению. Это является серьезной проблемой осознания живой реальности Триипостасного Творца мира, собственной тварной относительности, смысла и подлинной цели своего бытия. И порождает иллюзию возможности познания и, соответственно, обладания жизнью как неким свойством природы, которое можно технически, т. е. магически воспроизвести.

Очевидно, что все сущее стремится к собственному благу. И это стремление к благу порождает в сущем движение, которое является характерной особенностью нынешнего века как века перемен. Но сложно не заметить, что благо сегодня оказалось неразрывно связанным с понятием «прогресса».



Автоматон-флейтист Жака де Вокансона, 1737 г.

Платон в своем сочинении «Государство» определяет «благо» (τὸ ἀγαθόν) не просто как нечто этически положительное, но и обладающее онтологическим совершенством. Благо, по Платону, нельзя определять как удовольствие, потому что удовольствия бывают и дурными. Также благом нельзя назвать и то, что только приносит нам пользу, потому что польза одного может быть вредом для другого. В конечной своей глубине «благо» — это категория онтологическая, которая ставит нас перед реальностью Того, Кто подлинно «благ» (Матф. 19, 17) и Который подает благо бытия и жизни всему творению в Своей нетварной благодати.

Триипостасный Бог, как пишет прп. Иоанн Дамаскин, по преизбытку благодати восхотел, чтобы произошло нечто, что в будущем пользовалось бы Его благодеяниями и было причастно Его благодати, Он приводит из не сущего в бытие и творит все без изъятия, как невидимое, так и видимое [3].

Платон в шестой книге «Государства», говорит: «Познаваемые вещи могут познаваться лишь благодаря благу; оно же дает им и бытие, и существование, хотя само благо не есть существование, оно — за пределами существования, превышая его достоинством и силой» [4].

Благо — это онтологический принцип. Бытие и благо нераздельны, так как Творец мира и Податель бытия и жизни — благ. И всякая тварь стремится к благу для себя. Зло же есть результат личностного промаха мимо блага, источником которого является Триипостасный Творец всего сущего. Такой личностный промах — на древнегреческом ἀμαρτία, ἀμαρτία — и означает «грех». Такой «промах» означает и выход за пределы жизни в Боге, вне которых нет ни жизни, ни реальности, ни бытия.

Поэтому благо есть не только принцип бытия, но и нормативный принцип. Можно даже сказать, что должное для сотворенных по образу Божию свободными ангелов и человека выводится из самого факта их существования, которое не является автономным, самобытийным, а является относительным и зависит от Триипостасного Источника и Подателя жизни и бытия.

И здесь, как мне представляется, следует признать, что духовно-нравственный кризис, с которым мы все столкнулись, является закономерным результатом глубинных мировоззренческих подвижек, причины которых находятся в смене базовых ценностных ориентиров, начавшихся с возникновением гуманизма, который в своем логическом развитии привел к кардинальной перемене в иерархии ценностей, в *ordo amoris*, порядке любви, по слову Макса Шелера, как конкретного человека, так и всего общества.

Именно здесь находится корень той перемены, которая началась с гуманизма эпохи

Возрождения, справедливо обратившего внимание в лице своих лучших представителей на необходимость должного уважения к человеку, сотворенному по образу и подобию Божию, и в своем генезисе привела к тому, что человек в системе общехристианских ценностей был признан абсолютной ценностью и занял место Бога. Но вот беда, человек не обладает абсолютным бытием, как и самой жизнью. Никто из людей не родился по собственной воле, точно так же, как не может и не умереть. Бытие человека относительно и зависит от его Творца, Который дает ему возможность участия в Его бытии и жизни.

В результате возникновения идеологии нового субъекта культурно-исторического развития, концептуально выраженной в форме «учения о правах свободного индивидуума» [5] и реализованной в различных культурных, философских, социально-политических и религиозных проекциях, 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.

Трансгуманизм является логичным итогом развития гуманизма, отвергнувшего свое христианское происхождение, а вслед за ним и онтологические основания суще-

ствования человека и всего сущего. Человек, сотворенный Богом — разом или в результате управляемой Богом эволюции, в данном случае не важно, 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, несет в себе переменчивый образ случайности. Поэтому человек в секулярном мировоззрении может улучшать свою природу через генетические манипуляции вплоть до создания 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 в таком случае мы будем вынуждены отказать человеку в каком-либо смысле и цели его существования. Потому что какой может быть смысл у случайного? Как, впрочем, и цель? А если нет смысла, логоса в сущем, то невозможно говорить и о логичности чего-либо. В таком случае, мы теряем реальность, в основание которой невозможно положить случайность. Одновременно мы будем вынуждены отказаться и от абсолютных онтологических оснований всей человеческой культуры. Прежде всего отказаться от различения добра и зла, ибо случайность не позволяет нам сделать предпочтение одного другому, а следовательно, и выбрать направление развития человеческой культуры, потому что непонятно, где будет развитие, а где деградация человека. Кто более совершенен как человек, профессиональный боксер или поэт, мастер биржевых спекуляций или волонтер в хосписе?

Случайность сущего и человека дезориентирует его в пространстве ценностей, точнее упраздняет само понятие ценности, а соответственно, и какой-либо системы нравственности и нравственной ответственности. Если человек — результат случайности, как можно обосновать его стремление к лучшему в различных его проявлениях, или, иначе говоря, стремление человека

к совершенству? Где мы возьмем критерий и масштаб для оценки совершенства? Да и зачем, собственно говоря, надо к чему-то стремиться, если человек и все сущее — результат случайности? Все эти вопросы, закономерные и осмысленные для религиозной мысли, в секулярной картине мира повисают в онтологическом вакууме случайно сущего.

Если же говорить о человеке сотворенном, то сразу же в бесконечной значимости встает вопрос о Творце всего сущего, образ Которого необходимо лежит в онтологии человека и всего сущего. Тогда именно Творец является причиной, онтологическим фундаментом, смыслом и целью всего сущего.

В книге «The Human Condition», изданной в 1958 г., известный философ Ханна Арендт (1906–1975) очень точно заметила:

Искусственное соиздание мира человеком отделяет человеческое существование от всего животного окружения, но сама жизнь остается за пределами этого искусственного мира, и посредством жизни человек остается связанным со всеми другими живыми организмами. Теперь, на какое-то время, многие научные усилия направлены на создание жизни, также «искусственной», на разрыв последней связи, благодаря которой даже человек принадлежит к детям природы... Этот будущий человек, которого, как нам рассказывают ученые, они произведут на свет не более чем через сто лет, кажется, одержим восстанием против человеческого существования, каким оно нам было дано..., которое он желает поменять на что-то сделанное им самим [6].

Трансгуманистическая мечта, которая впервые начала давать о себе знать лишь спустя несколько десятилетий после этой книги Ханна Арендт, 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 охарак-

теризовал сущность восстания против экзистенциально-онтологических оснований человека в своей большой книге «Устарелость человека», изданной в 1956 г. [7].



Автоматон Анри Майярде, рисует 4 рисунка, пишет 3 стихотворения, ок. 1800 г.

Прометеевский проект трансгуманизма предстает очередной магической попыткой стать богами без Бога, самостоятельно преодолеть свою тварную относительность и абсолютизировать свое бытие, что одновременно обнажает богоборческий дух и приводит к парадоксу на грани иронии над амбициями секулярного человечества: «триумф» человека в достижениях научно-технического прогресса и его стремлении усовершенствовать человека одновременно низводит человека в положение «устаревшего» и вводит его в пагубный круг перманентного усовершенствования, в конце которого он рискует вообще потерять понимание «человеческого».

Уже упоминавшийся здесь антропологический кризис демонстрирует другой парадокс, коренящийся в вавилонских амбициях тех, кто не властен даже над собственным завтрашним днем: с увеличением потенциальной возможности изменять окружающий нас мир и желанием встать на место его Творца человек все в меньшей степени может контролировать последствия своих действий.

Человеческая свобода при отсутствии опыта нравственной ответственности и навыка пребывания в нравственных пределах единственно подлинной реальности Триипостасного бытия, всегда будет стремиться преодолеть любое ее ограничение и уничто-

жить все, что ей сопротивляется. Поэтому человек вне онтологического единства со своим Творцом сделает все, что в его силах, чтобы не только подчинить себе весь мир, но и стать своим собственным создателем — чтобы не быть обязанным своей свободой никому, кроме себя самого.

Но здесь мы сталкиваемся с новым парадоксом: по мере роста возможностей человека воздействовать на природу в той же степени должны возрастать и нравственные ресурсы, позволяющие человеку ответственно осуществлять свою свободу по отношению к окружающему миру, чтобы сохранить и мир, и себя как часть этого мира. Однако в трансгуманистической оптике отсутствуют абсолютные онтологические основания как мира, так и человеческой культуры. В случайно возникшем мире все зиждется на случайности. Соответственно, нет и не может

быть никакого абсолютного критерия для отделения света от тьмы в бытии мира и, соответственно, различия добра и зла.

Поэтому одни и те же достижения научно-технического прогресса, обещающие человеку небывалые возможности преобразования окружающего мира и свободу от собственных биологических ограничений, сводят человека до статуса объекта, который может быть спроектирован и сформирован по желанию; концепция разума как машины является той же самой концепцией, которая позволяет нам воображать возможность переделать нас самих, и в то же самое время она препятствует тому, чтобы мы, потеряв свою субъектность, могли этого достичь. В том, что возвещает нам, казалось бы, невиданную свободу, таится самая жестокая необходимость, снимающая с повестки дня вопрос о нравственной ответственности.

Литература

1. Кант И. Сочинения: в 6 т. Т. 3. М.: Мысль, 1964. С. 478.
2. Хосе Ортега-и-Гассет. Размышления о технике // Вопросы философии. № 5. 1993. С. 164–232. // Электронная публикация: Центр гуманитарных технологий. 01.03.2010. URL: <http://gtmarket.ru/laboratory/expertize/5483> (дата обращения: 20.11.2019).
3. Св. Иоанн Дамаскин. Точное изложение православной веры. М.: Ладья, 2000. С. 117.
4. Платон. Государство. Книга VI. 509b // PSYLIB [электронная библиотека]. URL: <http://psylib.org.ua/books/plato01/26gos06.htm> (дата обращения: 20.11.2019).
5. Лосев А. Ф. Эстетика Возрождения. М.: Мысль, 1978.
6. Arendt H. The Human Condition / Hannah Arendt. 2nd edition. Chicago: University of Chicago Press, 1998. P. 2–3.
7. Anders G. Die Antiquiertheit des Menschen: 2 bd. Bd. I: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution. Munich: Beck, 1980.

References

1. Kant I. *Sochinenija [Collection]*, in 6 vols, v.3. Moscow, Mysl', 1964. P. 478
2. Jose Ortega-i-Gasset [José Ortega y Gasset]. *Razmyshlenija o tehnike [Meditation on Technology]*. *Voprosy filosofii [Philosophy issues]*. No. 5. 1993. P. 164–232. Centr gumanitarnyh tehnologij [Humanitarian Technology Center], 01.03.2010. URL: <http://gtmarket.ru/laboratory/expertize/5483> (accessed: 20.11.2019).
3. Sv. Ioann Damaskin [St. John of Damascus]. *Tochnoe izlozhenie pravoslavnoj very [An Exact Exposition of the Orthodox Faith]*. Moscow, Lad'ya, 2000. P. 117.
4. Platon [Plato]. *Gosudarstvo. Kniga VI [State. Book VI]*. 509b. PSYLIB. URL: <http://psylib.org.ua/books/plato01/26gos06.htm> (accessed: 20.11.2019).
5. Losev A.F. *Jestetika Vozrozhdenija. [The Aesthetics of the Renaissance]*. Moscow, Mysl', 1978.
6. Arendt H. *The Human Condition*. Hannah Arendt. 2nd edition. Chicago: University of Chicago Press, 1998. P. 2–3.
7. Anders G. *Die Antiquiertheit des Menschen: 2 bd. Bd. I: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution*. Munich: Beck, 1980.

НОВОСТИ

ВЕЛИКИЙ НОВГОРОД

25 ноября 2019 г. в Свято-Юрьевом монастыре состоялось заседание **круглого стола «Святость материнства»**, посвященного профилактике аборт. В мероприятии участвовали представители духовенства, медицинской общественности Великого Новгорода и Новгородской области. Почетным гостем мероприятия стала уполномоченный

по правам ребенка в Новгородской области Е. В. Филинкова. Главный акушер-гинеколог Новгородской области В. Ю. Мишекурин отметил, что для изменения отношения женщины к репродуктивному здоровью и проблеме абортов необходимо совершенствовать доабортное консультирование, активно вести работу с молодежью. В 2018–2019 учебном году 4000 новгородских школьников и учащихся техникумов посетили занятия с подростковым

психологом роддома, посвященные семейным ценностям.

В ходе круглого стола были подведены итоги областного конкурса «История отказа от аборта». Состоялась церемония награждения победителей конкурса. В этот же день была открыта фотовыставка «Святость материнства».

По материалам boreparhia.ru

ТРАНСГУМАНИЗМ. ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

Татьяна Николаевна КОЖЕВНИКОВА,
председатель Общества православных
врачей Тулы во имя блаженного Иоанна
Тулского, кандидат медицинских
наук, профессор кафедры педиатрии
Медицинского института Тульского
государственного университета



Tatiana N. KOZHEVNIKOVA,
Chairman of the Society for Orthodox
Doctors of Tula in the Name
of Blessed John of Tula, Dr. Sci. (Med),
Professor of the Pediatrics Department
of Medical Institute
of Tula State University

TRANSHUMANISM. THE PROBLEM OF DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIPS YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW

АННОТАЦИЯ. Проблемы, связанные с применением новых биотехнологий, безусловно, должны рассматриваться и решаться с учетом сложившихся в стране культурных и нравственных традиций, формирующих морально-этическое самосознание врача.

Позиция православных врачей заключается в признании врачами важной роли религии в формировании этической составляющей общественного сознания, что поддерживает интерес к мнению Русской Православной Церкви по различным проблемам биомедицинской этики.

В середине XX в. возникла новая разновидность гуманистического мировоззрения, которая получила название трансгуманизм. В статье представлены главные цели движения, раскрыта история вопроса. С точки зрения этики православного врача представлены возражения оппонентов.

Отмечено, что поведение врача обычно является отражением отношения к нему общества и больных. Взаимоотношения эти не являются постоянными, но, независимо от каких-либо факторов, врач обязан нести тем, кто к нему обращается, добро, а пациенту следует относиться к врачу уважительно и доверительно.

Представлены рабочие модели взаимоотношений врача и пациента, дана характеристика современных психологических особенностей пациентов и врачей с учетом литературных данных и собственных наблюдений. Рассмотрена динамика взаимоотношений врача и пациента с учетом временной характеристики (вчера, сегодня, завтра).

Ключевые слова: трансгуманизм, нравственная культура врача, модели взаимоотношения врача и пациента.

ABSTRACT. The problems associated with the use of new biotechnology should be considered and solved taking into account the cultural and moral traditions developed in the country, which form moral and ethical self-awareness of the doctor.

The orthodox doctor's position is in recognition the important role of religion in shaping the ethical component of public consciousness, which maintains interest in the opinion of the Russian Orthodox Church on various problems of biomedical ethics.

In the middle of XX century a new kind of humanistic worldview arose, which is known as transhumanism. The main goals of this movement are introduced in this article; the historical background of the issue is disclosed. The objects of opponents are presented from the point of view of the orthodox doctor's ethics.

It is noted that doctor's behavior is usually a reflection of society's and patient's attitude towards him. This kind of relationships is not permanent, but, regardless of any factors, a doctor has to do good to anyone who asks for his help and a patient in return should treat him with respect and trust.

Working patterns of doctor/patient relationships are presented, the characteristics of the modern patients and doctors psychological features are given based on literature and their own observations. The dynamics of relationships between doctor and patient is explored taking into consideration temporal characteristics (yesterday, today, tomorrow).

Keywords: transhumanism, doctor's ethical culture, doctor/patient relationship patterns.

Проблема взаимоотношений врача и пациента появилась вместе с медициной и до настоящего времени остается одной из главных проблем в медицине.

Веками врачевание считалось уникальной профессией. В обществе врачи были наиболее образованными людьми.

Со времен Гиппократы было принято считать, что нравственная культура врача — это не просто добродетель, но и качество, определяющее его профессионализм. Социально-историческую трактовку этого понятия можно встретить у Н. А. Бердяева, который считал, что «профессиональная культура — это совокупность норм, правил и моделей поведения людей — относительно замкнутая область, связанная со спецификой деятельности людей в современных условиях разделения труда. В ней, как в любой другой отрасли культуры, действуют два начала: консервативное, обращенное к прошлому и поддерживающее с ним преемственную связь, и творческое, обращенное к будущему и создающее новые ценности» [1].

Современная медицина получает реальную возможность «давать» жизнь (методы искусственного оплодотворения), определять и изменять ее качественные параметры (генная инженерия, транссексуальная хирургия), отодвигать «время» смерти (реани-

мация, трансплантация, геронтология) и т. д. Проблемы, связанные с применением новых биотехнологий, безусловно, должны рассматриваться и решаться с учетом сложившихся в стране культурных и нравственных традиций, формирующих морально-этическое самосознание врача, а также с учетом мнения ведущих религиозных конфессий. Однако исследования, проведенные доктором медицинских наук протоиереем Сергием Филимоновым и профессором Г. Л. Микиртичан, показали, что взгляды многих врачей на современные биотехнологии еще окончательно не сформированы и не имеют твердого нравственного обоснования [2].

В связи с этим необходимо обратить внимание на истинное понимание такой философской концепции, как трансгуманизм.

Трансгуманизм — это философская концепция, а также международное движение, поддерживающее использование достижений науки и технологии для улучшения умственных и физических возможностей человека с целью устранения тех аспектов человеческого существования, которые трансгуманисты считают нежелательными (страданий, болезней, старения и смерти).

Впервые слово трансгуманизм использовал Данте Алигьери в «Божественной комедии» в 1312 г.



Иллюстрация к «Божественной комедии» Данте. Художник Г. Доре, 1861–1869 гг.

В 1927 г. биолог-эволюционист Дж. Хаксли дал определение этому явлению, обозначив его как новую идеологию, «веру» для человечества, входящего в новую волну научно-технической революции.

Русский изобретатель С. Н. Корсаков изучал перспективы усиления разума человека с помощью специальных устройств, что в дальнейшем получило развитие в работах Ф. Виллард и Н. Ф. Фёдорова.



Семён Николаевич Корсаков (1787–1853) — пионер русской кибернетики. Основное стремление С. Н. Корсакова — усиление возможностей разума посредством разработки научных методов и специальных устройств. Изобрел и сконструировал ряд действующих механических устройств, функционирующих на основе перфорированных таблиц и предназначенных для задач информационного поиска и классификации. В 1832 г. представил свои изобретения на суд Императорской академии наук, однако не получил официальной поддержки. В заключении комиссии говорилось: «Г-н Корсаков потратил слишком много разума на то, чтобы научить других обходиться без разума».

В 2009 г. теоретико-множественная интерпретация работы машин Корсакова обсуждалась на научной сессии МИФИ. Уже в первой половине XIX в. машины Корсакова реализовывали основные операции с множествами, то есть базис, лежащий в основе дискретной математики. На кафедре кибернетики МИФИ была выполнена визуализация работы «интеллектуальных машин» Корсакова.

В своей работе 1957 г. «In New Bottles for New Wine» Хаксли вновь обращается к вопросам трансгуманизма, и этот год стал датой официального рождения трансгуманизма.

В 1962 г. выходят работы Р. Эттингера и Э. Купера — основоположников становления крионики. В 1972 г. Р. Эттингер расширяет эти идеи, которые подхватывает футуролог Ферейдун М. Эсфендиари и излагает теорию о людях, которые используют достижения науки для перехода к «постчеловеческой» форме существования (его концепция изложена в 1989 г).

В 1998 г. философы Н. Бостром и Д. Пирс основали Всемирную организацию трансгуманистов.

В 2003 г. организовано Российское трансгуманистическое движение, и в 2005 г. состоялся первый семинар трансгуманистов.

В 2012 г. первым проявлением трансгуманитарной политики стало создание «Партии продления жизни».

В 2014 г. было создано политическое движение, называющее себя Космической партией и считающее себя трансгуманистами. В 2015 г. началось формирование движения в Европе.

Николай Фёдорович Фёдоров (1829–1903) — русский религиозный мыслитель и философ-футуролог, деятель библиотековедения, педагог-новатор. Один из родоначальников русского космизма. Мечтал воскресить людей, с помощью науки собирать рассеянные молекулы и атомы, чтобы «сложить их в тела отцов».

Науке Фёдоров отводил место рядом с искусством и религией в общем деле объединения человечества, включая и умерших, которые должны в будущем воссоединиться с ныне живущими. Предвидел то, что во второй половине XX в. стали называть «экологическими глобальными проблемами» и «экологическим мышлением». Неоднократно высказывался по вопросам изучения и сохранения культурного наследия прошлого, много сделал для развития краеведения в дореволюционной России. Был верующим человеком, участвовал в литургической жизни Церкви. В Святой Троице усматривал корень грядущего бессмертия человека. В его жизни и трудах явлен синтез религии и науки.

Главная цель трансгуманистов — с помощью научно-технического прогресса добиться фундаментальных изменений в человеке:

- увеличить его умственные, физические и психологические возможности;
- ликвидировать старение;
- достичь бессмертия;
- радикально уменьшить страдания и увеличить уровень счастья человека;
- противостоять государственным инициативам, ограничивающим передовые научные исследования.

Главное возражение оппонентов трансгуманизма заключается в концепции расчеловечивания — постепенной утраты человеком своей видовой, сексуальной, социальной и духовной самоидентификации еще до практического вмешательства в природу собственного тела, уже в ходе размышления над самой возможностью этого.

Позиция православных врачей заключается в признании врачами важной роли религии в формировании этической составляющей общественного сознания, что поддерживает интерес к мнению Русской Православной Церкви по различным проблемам биомедицинской этики.

Наиболее ярко этическая направленность учения о биосоциальной природе человека прослеживается, по мнению Н. А. Агеевой, в работах А. А. Ухтомского. Человек мыслится им в постоянном процессе становления, и прежде всего, становления духовного, где нравственность является одним из естественнейших и биологически оправданных законов жизни человека [3]. Концепция Ухтомского органически примиряет вещи, долгое время казавшиеся непримиримыми: знание и веру, науку и религию, раскрывает роль идей и идеалов как естественных законов бытия человека, как высших социальных и духовных ориентиров человеческого общежития, обеспечивающих его духовное и телесное здоровье.

Осмысление многих проблем современной медицины с точки зрения православного вероучения дано митрополитом Антонием Сурожским. В его работах показано

православное отношение к болезни и больному, смерти, приводятся размышления о пастырской роли врача. Дается взгляд на проблемы аборта, репродуктивных технологий, пренатальную диагностику и методы генетики, эвтаназию, трансплантацию органов и тканей.



Алексей Алексеевич Ухтомский, князь (1875–1942) — русский и советский физиолог, академик Академии наук СССР (1935).

Главным открытием Ухтомского принято считать разработанный им принцип доминанты — теорию, способную объяснить некоторые фундаментальные аспекты поведения и психических процессов человека. Описал принцип доминанты в работе «Доминанта как рабочий принцип нервных центров». Под «доминантой» Ухтомский и его последователи понимали «более или менее устойчивый очаг повышенной возбудимости центров, чем бы он ни был вызван, причем вновь приходящие в центры возбуждения сигналы служат усилению (подтверждению) возбуждения в очаге, тогда как в прочей центральной нервной системе широко разлиты явления торможения».

В 1921 г. тайно принял монашеский постриг с именем Алипий. Был старостой и клириком Никольской единоверческой церкви в Петрограде, на ул. Марата. Служил там в сане иеромонаха до ее закрытия в 1923 г. Много сделал для воссоединения старообрядцев-единоверцев в Русскую Православную Церковь.

Происходящие в обществе и Церкви изменения потребовали выработать всеобъемлющую концепцию, которая отражала бы православный взгляд на вопросы церковно-государственных отношений и проблемы современного общества в целом. Таким документом стали Основы Социальной концепции РПЦ, принятые на Юбилейном Архиерейском Соборе 2000 г. Она разделена на 16 важных разделов, раздел 12 представляет концепцию РПЦ по вопросам биоэтики («Проблемы биоэтики»).

Значительный вклад в исследование данных проблем внесли труды профессора И. В. Силуяновой, где с позиций православия и русской религиозной философии рассматриваются все современные биотехнологии, а также проблемы взаимоотношений врача и пациента.

Врачевание — одна из самых «благословеннейших» профессий. По сути, врач ежедневно творит добро и занимается богоугодным делом, выполняя заповедь «Возлюби ближнего своего».

Поведение врача обычно является отражением отношения к нему общества и больных. Взаимоотношения эти не являются постоянными, но, независимо от каких-либо факторов, врач обязан нести тем, кто к нему обращается, добро, а пациенту следует относиться к врачу уважительно и доверительно.

Между тем психологические особенности современного пациента таковы:

- возросшая образованность, не всегда совпадающая с культурой и интеллектностью;
- переоценка своего понимания проблем медицины;
- признание и понимание важности профилактики на словах при частом игнорировании ее на деле;
- склонность к самолечению;
- обостренный интерес к ненаучным методам диагностики и лечения;
- несоизмеримость заявляемых и реальных результатов.

У пациента выработалась определенная психология — ожидания одной таблетки от всех болезней и желательно даром.

Все большее и большее количество пациентов хотят участвовать в процессе принятия решений, выбора тактики лечения.

Медицина обязана подсказывать приоритетные направления и пути совершенствования в медицине, но врач не бросит курить за пациента, не будет заниматься за него физкультурой и спортом. За свое здоровье в первую очередь ответственен сам Человек [4].

О. М. Лесняк предлагает следующие модели взаимоотношения врача и пациента:

- активно-пассивная: основана на представлении, что врач лучше знает, что нужно больному;
- покровительственная: больному сообщается только та информация, которая необходима по мнению врача;
- информативная: врач информирует пациента, а тот принимает решение самостоятельно;
- интерпретивная: пациент принимает сам решение с учетом уточнений врача о его состоянии здоровья;
- совещательная (договорная), наиболее оптимальная: врач активно влияет на состояние пациента и помогает ему принять правильное решение [5].

В современной действительности многие пациенты оказались социально незащищенными. На фоне все более зримого расслоения общества, диктата экономических факторов, страха потерять работу, пациенты стараются избежать обращения к врачу, особенно госпитализации, с другой стороны — не в силах приобрести необходимые лекарства.

Изменились условия жизни и работы врачей. Широко распространенная частная практика рассчитана на хорошо обеспеченные слои населения, но, к сожалению, при ультрасовременной аппаратуре в частных клиниках не всегда работают достаточно квалифицированные специалисты.

Имеет место все больший отход от классических методов диагностики с переоценкой значимости аппаратно-инструментальных данных.

Между тем исследования, выполненные в разных странах, показали, что диагноз по данным анамнеза устанавливается более чем в 50%, на основании физикального обследования в 30%, по лабораторно-инструментальным данным 15–20%.

Материальное положение врачей оставляет желать лучшего. Врач работает с оглядкой на администрацию, которая диктует примитивно-упрощенный экономический подход к врачеванию. Имеет место все больший отход от классических методов диагностики с переоценкой значимости аппаратно-инструментальных данных.

В XXI в. нелепо противопоставлять достижения научной революции и классические методы диагностики, но если говорить о взаимоотношениях врача и больного, то начинаются они не с аппарата, не с анализа, а с умения врача разговаривать с пациентом, расположить его к себе, заслужить доверие. «Служение врача есть служение любви и сострадания, если этого нет, значит нет главного двигателя, нет души и нет сердца» — писал в работе «Путь к очевидности» И. Ильин.

Трудно представить, но уже в недалеком будущем процедура визита к врачу кардинально изменится. Вместо доктора пациент будет общаться с роботизированной программой, которая сможет диагностировать 95% заболеваний. Дальнейшее развитие роботизированных систем оказания медицинской помощи, интерфейсов и средств связи приведет к тому, что в будущем можно будет исключить большую часть визитов к врачу, а значит, уйдет в небытие и живое человеческое общение врача и пациента. В медицине будущего вместо проблемы взаимоотношения врача и пациента будет стоять проблема взаимоотношений человека и робота [6]. Можно предположить, как это отразится на исцелении, так как всем известно, что врач лечит не только делом, но и словом.

Таким образом, в настоящее время имеет место все большая тенденция к дегуманизации медицины, при которой игнорируются

психологические, типологические, характерологические особенности пациента.

Главное, о чем не стоит забывать, — это о помощи Божией. И сами пациенты, и их родственники должны с молитвой обращаться к Господу, не забывать о спасительных Таинствах — тогда и неизбежные тяготы пребывания в болезни будут переноситься гораздо легче. Очень важно, что часто первым, кто направляет пациента на путь именно духовного исцеления, бывает православный врач.

Одр болезни бывает часто местом Богопознания и самопознания. Страдания тела бывают часто причиной духовных наслаждений, и одр болезни орошается слезами покаяния и слезами радости о Боге.

Святитель Игнатий Брянчанинов

Не каждый врач способен отнестись к пациенту с христианской любовью. Но то, что врач должен видеть своих пациентов не просто глазами, а умом, душой, понимать, кто перед ним и что нужно сделать, чтобы ему помочь, — это безусловно.

Отношение к пациенту должно быть осознанным, а не технологизированным. Далеко шагнувший научно-технический прогресс наряду с созданием современных способов и методов диагностики, новых фармакологических препаратов создал грозное оружие сильнейшей разрушительной силы, угрожающее жизни и здоровью людей [7, 8].

Несомненно, что по мере совершенствования новых технологий в медицине будут возникать новые этические и правовые проблемы, но следует помнить, что врач всегда должен руководствоваться принципом «Не навреди!».

Литература

1. Бердяев Н. А. Философия неравенства: письма к недругам по социальной философии. Письмо 13-е. О культуре // Русское зарубежье: Из истории социальной и правовой мысли. Л.: Лениздат, 1991. С. 220.
2. Протоиерей Сергей Филимонов, Микиртичан Г. Л. Взгляды врачей на некоторые новые биотехнологии в зависимости от отношения к православию // Милосердие.ру [электронный ресурс]. URL: miloserdie.ru/article/vzglyady-vrachej-na-nekotorye-novye-biotehnologii-v-zavisimosti-ot-otnosheniya-k-pravoslaviyu/ (дата обращения: 17.12.2019).
3. Агеева Н. А. Этический аспект проблемы взаимоотношения врача и пациента // Гуманитарные и социальные науки. 2012. № 5.
4. Элиштейн Н. В. Взаимоотношения врача и пациента в меняющемся времени // Русский медицинский журнал. 1996. Т. 3. № 6. С. 1–6. URL: rmj.ru/rmj/t3/n6/2.htm (дата обращения: 17.12.2019).
5. Лесняк О. М. Психология отношений между врачом и пациентом. Навыки общения в работе врача общей практики. Екатеринбург: УГМА, 2004.
6. Введенская Е. В. Взаимоотношения врача и пациента в медицине будущего // Церковь и медицина. 2019. № 1. С. 34–38.

7. Полякова Р. В., Маршалок О. И. Взаимоотношения врач-больной. Этические проблемы // *Современные проблемы науки и образования*. 2012. № 6. URL: science-education.ru/ru/article/view?id=8056 (дата обращения: 17.12.2019).

8. Федеральный закон № 223 «О внесении изменений в Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации» от 28 июня 2016 г.

References

1. Berdyaev N. A. *Filosofiya neravenstva: pisma k nedrugam po sotsialnoy filosofii* [The philosophy of inequality: letters to the enemies on social philosophy]. Letter 13. On Culture. *Russkoe zarubezhie: iz istorii sotsialnoy i pravovoy mysli* [The Russian abroad: from the history of social and legal thinking]. L., 1991. P. 220.

2. Archpriest Sergiy Filimonov, Mikirtichan G. L. *Vzglyady vrachev na nekotorye novye biotekhnologii v zavisimosti ot otnosheniya k pravoslaviiu* [Doctors' views on some new biotechnology according to their attitude to Orthodoxy]. *Miloserdie.ru* [Mercy.ru] URL: miloserdie.ru/article/vzglyady-vrachev-na-nekotorye-novye-biotekhnologii-v-zavisimosti-ot-otnosheniya-k-pravoslaviiu/ (accessed: 17.12.2019).

3. Ageeva N. A. *Eticheskiy aspekt problemy vzaimootnosheniya vracha i patsienta* [Ethical aspect of the problem of doctor/patient relationships]. *Gumanitarnye i sotsialnye nauki* [The Humanities and social sciences], 2012. No. 5. P. 131–139.

4. Elshtein N. V. *Vzaimootnosheniya vracha i patsienta v menyayushchemsya vremeni* [Doctor-patient relationships in changing times]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* [Russian medical journal], 1996, vol. 3. N. 6. P. 1–6. URL: rmj.ru/rmj/t3/n6/2.htm (accessed: 17.12.2019).

5. Lesnyak O. M. *Psikhologiya otnosheniy mezhdu vrachom i patsientom. Navyki obshcheniya v rabote vracha obshchey praktiki* [Psychology of the problem of doctor/patient relationships. Communication skills in general practitioner's work]. Ekaterinburg, USMU Publ., 2004.

6. Vvedenskaya E. V. *Vzaimootnosheniya vracha i patsienta v meditsine budushchego* [Doctor-patient relationships in medicine of the future]. *Tserkov i meditsina* [The church and medicine], 2019. N. 1 (18). P. 34–38.

7. Polyakova R. V., Marshalok O. I. *Vzaimootnosheniya vrach — bolnoy. Eticheskie problemy* [Doctor-patient relationships. Ethical issues]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 2012. N. 6. URL: science-education.ru/ru/article/view?id=8056 (accessed: 17.12.2019).

8. *Federalnyy zakon №223 «O vnesenii izmeneniy v Kodeks administrativnogo sudoproizvodstva Rossiyskoy Federatsii* [Federal Act no. 223 «On amendments to the Code of Administrative Procedure of Russian Federation»], 28.06.2016.

НОВОСТИ

ЧЕЛЯБИНСК

4 мая 2019 г. в духовно-просветительском центре «Наследие» состоялась встреча Общества православных врачей (ОПВ) Челябинска. Собравшиеся заслушали доклад терапевта высшей категории к. м. н. Н. А. Ральниковой **«Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний»**.

В целях профилактики хронических неинфекционных заболеваний среди населения региона в здравоохранении Челябинской области идет активное создание системы профилактических учреждений и подразделений, предусматривающей вовлечение в профилактическую работу всех медицинских организаций. В учреждениях здравоохранения области организованы центры здоровья, открываются кабинеты отказа от курения, работают школы здоровья.

Приоритетными в профилактической работе службы являются укрепление здоровья женщин и детей; профилактика и раннее выявление онкологических заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и его осложнений, курения, алкоголизма, ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и заболеваний, передающихся половым путем; борьба со стрессом и формирование психического здоровья; улучшение качества жизни молодых и пожилых людей.

Встреча православных врачей Челябинска закончилась составлением и обсуждением плана работы общества на 2019–2020 г.

24 сентября 2019 г. в духовно-просветительском центре «Наследие» состоялось первое в 2019–2020 учебном году заседание Общества православных врачей Челябинска.

Доклад **«Клиницизм: прошлое, настоящее и будущее»** зачитал почетный кардиолог России проф., д. м. н. О. Ф. Калев. Докладчик начал выступление словами преподобного Сергия Радонежского «любовью и единением спасемся», актуальными и по сей день.

«Процесс накопления новых знаний, новых методов диагностики и лечения, приводит к утрате врачами навыков и умений клинического мастерства, следствием этого является сужение клинического мышления», — отметил О. Ф. Калев. Индивидуальный подход и отношение к пациенту как к личности, ранняя диагностика заболеваний в скрытом периоде или на начальных стадиях болезни — вот критерии, которых должен придерживаться врач.

В ходе заседания состоялось освящение кабинета для медицинских бесед при храме преподобного Сергия Радонежского. Здесь прихожане храма могут получить консультации специалистов — членов ОПВ Челябинска. Духовником общества протоиереем Александром Бянкиным был отслужен молебен на начало работы кабинета.

29 октября 2019 г. на заседании Общества православных врачей Челябинска был заслушан доклад Л. С. Дриботун **«Врач призван сотрудничать с Богом»**.

По сообщению докладчика, около 80% врачей, работающих в российских медицинских учреждениях, считают себя православными, однако в действительности далеко не все придерживаются православного вероучения. Л. С. Дриботун представила слушателям портрет православного врача: «православный христианин, имеющий высшее медицинское образование, живущий по заповедям Божиим, регулярно (не менее одного-двух раз в месяц) причащающийся Святых Христовых Тайн, посещающий храм в воскресные и праздничные дни, молящийся утром и вечером, имеющий или ищущий духовника, состоящий в венчанном браке или стремящийся к таковому, заботящийся как о медицинском, так и о духовном образовании, регулярно очищающий свою душу в Таинстве Покаяния, кающийся в числе прочих и во врачебных грехах».

В докладе также был рассмотрен вопрос христианского понимания устройства человека как триединства духа, души и тела.

По материалам М. Иргалиной
hramsergiy74.ru

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ЭВТАНАЗИИ И АБОРТАМ

Елена Борисовна КОКОРЕВА,
сотрудник Российского национального
исследовательского медицинского
университета им. Н. И. Пирогова



Elena B. KOKOREVA,
Employee of Pirogov Russian
National Research Medical
University

ATTITUDES OF MEDICAL STUDENTS TOWARDS EUTHANASIA AND ABORTION

АННОТАЦИЯ. В статье исследуется отношение студентов-медиков к эвтаназии и абортam. Анализ проводится на материале письменных эссе, а также опросов, проводившихся в 2017-2019 гг. в рамках курса «Биоэтика» (кафедра биоэтики, лечебный факультет) среди студентов РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Кроме того, рассматриваются позиции представителей мировых религий в отношении эвтаназии, анализируется опыт западных стран, где эвтаназия законодательно разрешена.

Ключевые слова: эвтаназия, аборты, студенты-медики, биоэтика.

ABSTRACT. The article examines the attitude of medical students to euthanasia and abortion. The analysis is based on written essays, as well as the surveys conducted within the course «Bioethics» (Department of Bioethics, Faculty of Medicine) in 2017-2019 among the students of Pirogov Russian National Research Medical University. In addition, the author considers the positions of representatives of world religions regarding euthanasia and analyzes the experience of Western countries where euthanasia is legally permitted.

Keywords: euthanasia, abortion, medical students, bioethics.

Введение

В 2017–2019 гг. в Российском государственном исследовательском университете им. Н. И. Пирогова на кафедре биоэтики проводилось анонимное анкетирование студентов по ряду вопросов, в том числе по абортam и эвтаназии.

Тема абортов вот уже столетие является актуальной для нашей страны. Прошедшие десятилетия унесли многие миллионы жизней нерожденных людей, и до сих пор, хотя число абортов неуклонно уменьшается, их количество оценивается в 600–800 тыс. в год. Особенно значима эта цифра становится в связи с сокращением численности

населения страны в последние четыре года. И от будущих врачей в немалой степени зависит, будет ли количество абортов снижаться дальше.

Если в отношении абортов мы ведем только арьергардные бои после проигранных масштабных сражений, то в отношении эвтаназии еще держим оборону, не пуская врага на свою территорию. Но надолго ли? Насколько прочны стены нашей крепости? Нет ли в ней брешей? Какое отношение к эвтаназии формируется в умах молодежи? Это мы попытались понять, анализируя ответы студентов.

26 сентября 2019 г. эвтаназия была разрешена в Италии (пока лишь в исключи-

тельных случаях). Через месяц, 28 октября 2019 г., можно сказать, в ответ на разрешение эвтаназии государственной властью Италии, в Папской академии наук в Ватикане состоялась церемония подписания Совместного документа о позиции трех авраамических религий (христианства, иудаизма и ислама) по проблемам, касающимся конца человеческой жизни. В документе была осуждена практика эвтаназии, подчеркнуто священное достоинство жизни человека, созданного по образу Божию, подтверждена необходимость паллиативной и духовной помощи неизлечимо больным, исповедующим одну из трех религий. «Эвтаназия и самоубийство при врачебном содействии являются ошибочными с точки зрения нравственности и религии и должны быть запрещены без исключения. Ни один медицинский работник не должен принуждаться или подвергаться давлению с целью прямого или косвенного участия в добровольной и преднамеренной смерти пациента». Об этом говорится в совместной декларации о конце жизни, подписанной в Ватикане 28 октября представителями монотеистических авраамических религий [1].

Позиция Русской Православной Церкви по вопросу эвтаназии сходна с той, что изложена в данной декларации. В приветствии, направленном РПЦ участникам церемонии, в числе прочего говорится: «распространение так называемой эвтаназии приводит к тому, что престарелые и больные начинают ощущать себя чрезмерным бременем для своих близких и для общества в целом» [2]. Вне внешнеполитического контекста мнение представителей церкви звучит еще более ясно. «Православная Церковь», — пишет иеромонах Феодорит (Сеньчуков), — категорически против эвтаназии, рассматривая пациента как самоубийцу, а врача — как убийцу. Основано это суждение на принятии воли Божией, поэтому самоубийца — всегда богорец» [3].

Международный исламский кодекс медицины и здравоохранения в своей 60-й статье провозглашает: врач не должен принимать активное участие в прекращении жизни пациента. Это относится, прежде всего, к трем видам случаев. Первый: умышленное убий-

ство человека, который добровольно просит покончить с жизнью. Второй: самоубийство с помощью врача. И третий: преднамеренное убийство новорожденных детей с уродствами, которые могут угрожать или не угрожать их жизни. Любой врач, будь то прямое убийство, как при активной эвтаназии, или косвенное убийство, как при самоубийстве с помощью врача, совершает аморальный и незаконный акт. Сталкиваясь с трудностями и страданиями, верующий мусульманин не должен впадать в безнадежность, но должен сохранять надежду, потому что не смерть является конечной судьбой людей, а будущая жизнь (хира), для которой верующий должен жить [4].

Для верующих людей мнение их духовных лидеров авторитетно и является руководством в жизни, но для светской молодежи? Для нашего будущего врачебного сообщества? В данной работе мы ставим своей целью выяснить, что же современный студент-медик думает об эвтаназии и абортах.

1. Отношение студентов-медиков к эвтаназии

Опрос

Рассматривая тему эвтаназии в ходе учебного курса биоэтики, преподаватели кафедры стараются помочь студентам сформировать свое мнение, обсуждая различные — медицинские, социально-экономические, духовные — аспекты проблемы. Курс биоэтики направлен на то, чтобы студент, во-первых, задумался над этим явлением современной нам жизни и, во-вторых, получил правдивую информацию для формирования своей позиции как человека и врача. О мнениях студентов мы судим, исходя из написанных ими эссе и ответов на вопросы анкеты. В опросах участвовало несколько групп общей численностью примерно 150 чел.

Первый опрос был проведен в конце 2017–2018 гг. Вопрос, касающийся эвтаназии, был предельно прост:

Каково ваше отношение к эвтаназии?

1) отрицательное;

- 2) положительное;
- 3) у меня нет определенного мнения.

На диаграмме опроса в 2017–2018 гг. видно, как распределились голоса студентов (рис. 1).



Рис. 1. Отношение студентов к эвтаназии. Результаты опроса в 2017–2018 гг.

Как мы видим, в отношении к проблеме студенты разделились на три более-менее схожие по размерам части: «против эвтаназии» — 33,6%, «за» — 27,4%, доля неопределившихся — 39%.

Эссе

Теперь посмотрим, какое мнение выражают студенты в своих эссе и какие аргументы приводят:

Позиция №1: Эвтаназия недопустима (33,6% студентов в 2017–18 гг.)

Аргумент 1. Врач, совершивший этот поступок, не имеет права называть себя этим именем. «Я отрицательно отношусь к эвтаназии, потому что нужно учитывать то, что человек, который просит это, находится в эмоционально неустойчивом состоянии. Или на человека может оказываться давление со стороны родственников или партнеров по бизнесу. Совершение такого убийства — это нарушение заповеди и закона; также это нарушение Клятвы Гиппократата. Врач, совершивший этот поступок, не имеет права называть себя этим именем. Предоставлять медработникам легальное право убивать, даже в ограниченных обстоятельствах, и глупо, и опасно. Пользуясь этим правом, можно будет скрыть врачебную халатность и неправильное лечение».

Аргумент 2. Убийство и самоубийство человека — большой грех. «Я против эвтаназии, потому что, во-первых, считаю, что жизнь человека — это высшая ценность, дан-

ная Богом, и никто не имеет права отнимать ее у человека, даже он сам. Во-вторых, врач может допустить ошибку, например, просто перепутать анализы. В-третьих, сам человек может находиться в сложном эмоциональном состоянии, не отдавая себе отчета о своей просьбе и последствиях. В-четвертых, это может привести к криминализации медицины. Об эвтаназии могут просить родственники, борющиеся за наследство, свидетели преступлений. А самое главное, что предназначение врача — лечить, а не убивать. Убийство и самоубийство человека — большой грех».

Аргумент 3. Никто, кроме Бога, не имеет права лишать человека жизни. «Если дать людям право лишать других жизни, они используют его не туда, куда надо. Люди выходят за рамки. И другой момент: медицина настолько идет вперед, что никогда нельзя терять надежду. Я против принятия закона по эвтаназии. Как человек верующий, считаю, что нельзя лишать жизни человека. А если человек подписывает бумажку о том, что хочет умереть — это самоубийство. А вообще мы помним, что самоубийца даже на кладбище не хоронили».

Аргумент 4. Эвтаназия — это поощрение слабости и провозглашение убийства нормой. «Человек, который соглашается на данную процедуру, помимо того, что является физически больным, болен еще и психически. В первую очередь нужно решить психологические проблемы, тогда мысли о смерти уйдут. Отличие эвтаназии от самоубийства состоит в том, что есть человек, который совершает убийство. Как ни странно, данный человек — врач, который должен поддерживать и продлевать жизнь. Не понимаю, для чего нужно выбирать профессию врача, если часть твоей работы — убивать. Лично для меня вывод однозначен: эвтаназия — это поощрение слабости и провозглашение убийства нормой!»

Аргумент 5. Итогом легализации эвтаназии может стать криминализация медицины. Студент-юноша пишет: «Я считаю, что эвтаназия недопустима. Сам факт такой медицинской услуги является несовместимым с призванием врача спасать и продлевать жизнь; здесь прямое противоречие

морально-этической основе. ...Также огромное количество проблем возникнет в правовой сфере: кто, когда и почему имеет право на эвтаназию? Эвтаназию могут осуществить по ошибке в диагнозе или из-за депрессии пациента, которая не позволяет взвесить все за и против. Общим итогом может стать потеря доверия в обществе к медицине, снижение развития отраслей, криминализация медицины. Также появится возможность определения ценности жизни человека другими людьми вместо него самого».

Аргумент 6. Человек может принять решение об эвтаназии под влиянием депрессии. «Согласие на эвтаназию может дать только полностью психически здоровый человек, отвечающий за свои действия. Как взять такое согласие у человека, находящегося в состоянии комы или в депрессионном, из-за болезни, состоянии? Эвтаназия недопустима в любом случае, потому что призвание врача — не убивать, а спасать!»

Аргумент 7. Воля к жизни должна преодолевать намерение эвтаназии. «Я считаю, что основной причиной отказа от эвтаназии должна стать воля к жизни. Страх смерти должен сподвигать на борьбу за жизнь. Как только человек понимает, что если он захочет остановить борьбу за свое место в этом мире, он сможет это сделать по собственному желанию, человек перестает стремиться. Важную роль играет психосоматика: от того, как настраивает себя пациент, зависит динамика протекания его болезни, прогноз и итог. Эвтаназия должна быть запрещена, так как несет в себе негативные последствия под маской „легкой“ и „безболезненной“ смерти».

Позиция № 2: Эвтаназия должна быть разрешена (27,4% студентов в 2017–2018 гг.).

Аргумент 1. Эвтаназия — это безболезненный метод самоубийства, когда жизнь не в радость. «Мое отношение к эвтаназии однозначно положительное, поскольку это приемлемый, безболезненный метод уйти из жизни, лучше, нежели порез вен, повешенье, падение с крыши. Ничего аморального в этом нет, потому что это добровольный и осознанный выбор. Например, человек парализован, неполноценен, он считает, что жизнь не приносит ему радость, а лишь разочарование

в себе, своем теле, возможностях, так зачем же продолжать эти муки? Незачем».

Аргумент 2. Почему закон обязывает человека страдать? «Почему у человека, сильно больного и потерявшего надежду на выздоровление, нет права выбора? Если человек сам желает уйти из жизни, в первую очередь для того, чтобы облегчить свои муки, то почему законы ограничивают его? Почему закон обязывает человека страдать?»

Аргумент 3. Я не хочу умирать в муках. Пишет молодой человек: «В нашей стране запрещена эвтаназия, но я все равно считаю это способом удовлетворения человеческих желаний. Чтобы понять человека, который находится в очень плохом физическом состоянии, необходимо оказаться на его месте. Когда больной не лечится, не живет, а мучается, то лично для меня это не то, что должно происходить с людьми на грани жизни и смерти. Если говорить про себя, то я бы сам подписал согласие на это, потому что не хочу мучиться, умирать в муках. Безусловно, если бы что-то подобное случилось с близкими мне людьми, то я был бы, скорее, против, чем за. Не дай Бог кому-то оказаться в ситуации, когда человек будет стоять перед выбором».

Аргумент 4. При соблюдении строгих условий и добровольности эвтаназия возможна. Студент-юноша: «Эвтаназия должна применяться только в лечебных учреждениях, только для тяжело и неизлечимо больных, которые подключены к аппаратам жизнеобеспечения. Это должно происходить только с согласия самого больного или его родственников. Я считаю, что эту группу людей нужно просто проводить в их последний путь».

Значительная часть этих высказываний в пользу эвтаназии свидетельствует об отсутствии у студентов христианского мировоззрения, например, понятия об ответственности за самоубийство, о промысле Божиим в жизни человека и даже просто о незнании современного опыта западных стран, где эвтаназия разрешена. По результатам опросов 2017–2018 гг. студентов — будущих врачей, имеющих положительное отношение к эвтаназии — 27,4%. Согласно

данным опроса 2019 г., этот показатель увеличился и составил 33,6% (рис. 2).



Рис. 2. Отношение студентов к эвтаназии. Результаты опроса в 2019 г.

Позиция № 3: Я не могу сказать определенно — у эвтаназии есть свои плюсы и минусы (39% студентов в 2017–2018 гг.).

По сути, взгляды этой самой большой группы «колеблющихся» (39%) ближе к сторонникам эвтаназии. Если сложить 27,4% и 39%, получаем — 66,4%. Такое количество современных студентов второго курса — будущих врачей не имеют зрелого, ныне законодательно закрепленного, а именно — отрицательного взгляда на эвтаназию! Что же ждет нас в недалеком будущем, когда эти взгляды станут преобладающими во врачебной среде и станут определять развитие нашего общества?

Аргумент 1. Жить или умереть — должно быть выбором самого человека. «Что касается моего отношения к эвтаназии, то я ни за и ни против. Есть случаи, когда она просто необходима, так как нельзя обречь больного на невыносимые страдания в надежде на „чудесное выздоровление“».

Аргумент 2. Нельзя однозначно придерживаться какой-то определенной точки зрения. «Каждый должен обладать правом самоопределения того, жить ли ему в страданиях на обезболивающих, или оборвать свое существование. Также человек должен иметь право быть альтруистом, то есть не быть обузой для своих близких, не обременять их ни морально, ни финансово. Подводя итог, хочу сказать, что нельзя однозначно придерживаться какой-то определенной стороны — за или против эвтаназии. Нужно принимать во внимание все плюсы и минусы каждой из них».

Влияние пола на позицию относительно эвтаназии

В заключение темы эвтаназии хотелось бы рассмотреть вопрос о различиях в ответах девушек и юношей (рис. 3).

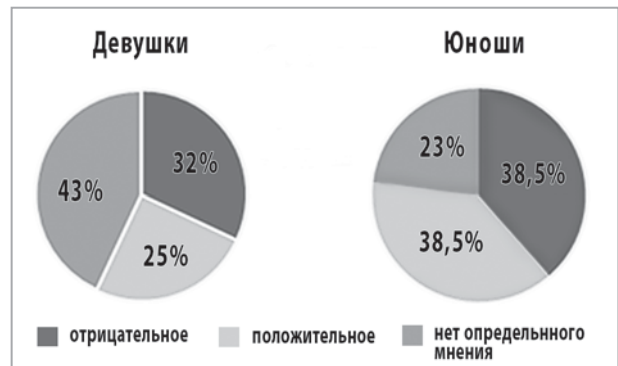


Рис. 3. Отношение к эвтаназии юношей и девушек. Результаты опроса студентов 2017–2018 гг.

Юноши, как можно видеть, имеют более определенное мнение. Доля колеблющихся, не имеющих четкого мнения юношей почти в два раза меньше (23%), чем таковая доля у девушек (43%). Хочется добавить, что в будущем многое будет зависеть от сомневающихся мужчин-врачей — куда склонится их мнение?

Влияние курса биоэтики на формирование взглядов студентов по вопросу эвтаназии

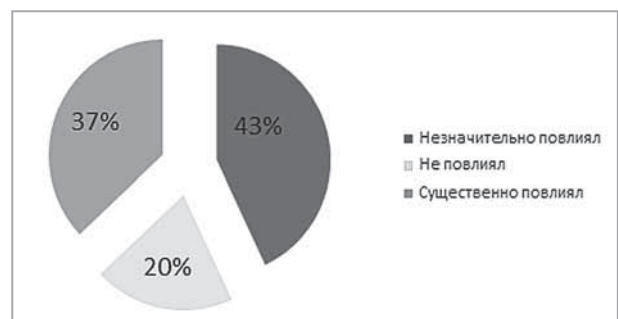


Рис. 4. Влияние курса биоэтики на отрицательное отношение студентов к эвтаназии. Результаты опроса 2017–2018 гг.

Если группу студентов, отметивших свое отрицательное отношение к эвтаназии, проанализировать с точки зрения влияния курса биоэтики на их взгляды, то мы получаем следующую картину. На 37% из них курс оказал существенное влияние и на 43% — незначительное.

То есть на 80% респондентов, выразивших негативное отношение к эвтаназии, в той или иной степени оказал влияние курс биоэтики (рис. 4).

О чем свидетельствует опыт западных стран, где эвтаназия законодательно разрешена?

Нидерланды. В Нидерландах эвтаназия легализована с 2002 г. В 2001 г. в стране проходили многотысячные демонстрации против принятия этого закона, но по мере того как люди привыкали к нему, число подвергаемых эвтаназии голландцев начало резко возрастать — с менее чем 2000 человек в 2007 г. до почти 6600 в 2017 г. Тем более что эвтаназия в стране — это базовая медицинская услуга, покрываемая страховкой! А вот что считает профессор этики богословского университета г. Кампена Тео Бур: «Я сильно ошибался, поддерживая эвтаназию» [5].

Почему же уважаемый профессор пришел к такому выводу? Приведем несколько реальных историй недавнего времени. Вот Тео Бур пишет о своем друге-враче, который рассказал ему, что его пожилой пациент настойчиво требовал от него проведения ему эвтаназии, причем срочно — на этой неделе! Тогда врач ответил пациенту: «На улице –15°C. Возьми бутылку виски и сядь в своем саду, и мы найдем тебя завтра, потому что я не могу смириться с тем, что ты возложил на меня ответственность за свое самоубийство». Настойчивая требовательность некоторых пациентов в осуществлении эвтаназии и недовольство тем, что врач не желает этого и оттягивает время, превратилась для голландских врачей в серьезную проблему. Многие врачи не могут прийти в себя от мысли, что им надо убивать людей! Ведь они стали врачами для того, чтобы их спасать! Те, кто отказываются принимать участие в убийстве своих пациентов, составляют, по некоторым оценкам, менее 8% всех врачей. Именно врач должен принять окончательное решение — являются ли страдания пациента «невыносимыми». Дать ли разрешение на эвтаназию? Таким образом, реше-

ние о смерти пациента зависит решающим образом от личных взглядов врача и его со- вести.

Следующей большой проблемой западных стран с легализованной эвтаназией стало умерщвление людей, страдающих деменцией. «Протесты пациентки перед смертью не имели значения!» Пожилая женщина попросила врача убить ее, когда «настанет нужный момент», но, когда, по мнению врача, это время настало, пациентка отказалась. Несмотря на это, врач сделала ей смертельную инъекцию, объяснив это тем, что выполняет ранее высказанную просьбу. Врач посчитала, что в данный момент пациентка «некомпетентна», и поэтому ее протесты перед смертью не имели значения!

В январе 2018 г. член этического совета по медицинской этике Голландии Берна Ван Барсен вышла из него в знак протеста против растущей частоты эвтаназии страдающих деменцией людей. По ее словам число эвтаназий душевнобольных людей увеличилось в четыре раза за последние пять лет. «Принципиально невозможно установить, что пациент страдает невыносимо, потому что он больше не может это объяснить» [5].

Бельгия. О подобном случае в Бельгии, произошедшем с пожилым пациентом, страдавшем болезнью Паркинсона, рассказал доктор Виллем Дистелманс. Медики провели эвтаназию мужчине, который никогда не просил об этом. По мнению Дистелманса врачи умертвили пациента по просьбе его родственников, но этическая комиссия по эвтаназии после смерти старика не передала материалы дела в прокуратуру. Доктор Виллем Дистелманс назвал произошедшее убийством и принял решение уйти в отставку из государственной комиссии по эвтаназии [6].

В настоящее время «линия эвтаназийного фронта» переместилась еще глубже: речь идет о так называемой «автономии» пациента. Проще говоря, люди борются за то, чтобы решение об эвтаназии они могли принимать самостоятельно, без всякого согласования и одобрения докторов. «Для наших молодых людей принцип автономии находится на переднем крае их мышления». Доктор Тео Бур заявил, что, законодательное разрешение

эвтаназии привело к последствиям, «которые мы не могли себе представить».

Бельгийские психиатрические больницы, находящиеся под управлением организации «Братья милосердия», отныне разрешат своим врачам проводить эвтаназию пациентов. В ноябре 2016 г. в Голландии была проведена эвтаназия 38-летнему Ээлко де Гойеру, страдавшему психическим заболеванием, но физически здоровому. Его эвтаназия была одной из первых громких историй такого рода. В 2018 г. была разрешена эвтаназия женщине, которая не хотела жить из-за моральной травмы после изнасилования. Неужели ее смерть была единственным выходом из этой ситуации, и ей никак нельзя было помочь? По закону 2002 г. врач в Нидерландах не обязан сообщать родственникам о желании их близкого покончить с жизнью путем эвтаназии. Так, например, стало ужасной неожиданностью для Марка Вельда узнать, что его мать, которая не страдала никаким смертельным заболеванием, решила уйти из жизни. «Она могла бы прожить еще минимум несколько лет!», — в отчаянии заявлял сын, вкладывая в руки умершей матери в гробу свое полное страдания письмо к ней [4]. Множество подобных и других разнообразных случаев эвтаназии происходят сейчас в западных странах.

Нам необходимо рассказывать студентам об этом, уже имеющемся опыте, пытаться убедить их в отрицательном воздействии эвтаназии на жизнь конкретных семей и общества в целом, просвещать о взгляде христианской церкви (и в целом авраамических религий). Мы упускаем сегодня возможности и время для формирования здравых позиций у молодых людей, и завтра ситуация может кардинально измениться в сторону одобрения эвтаназии врачебным сообществом.

США. В завершение темы хотим привести еще одно свидетельство об опыте эвтаназии — в США, штате Орегон. Свидетельствует Маргарет Доре, практикующая адвокат в штате Вашингтон, которая является президентом некоммерческой поддерживающей жизнь организации, занимающейся противодействием эвтаназии. Доре отмечает, что есть шесть групп, наиболее уязвимых с точ-

ки зрения эвтаназии. Первая — это пожилые состоятельные люди, обычно старше 65 лет. Они часто становятся жертвами своих наследников, которые с нетерпением ждут своего наследства. Вторая группа — это люди с серьезными заболеваниями, но которых вполне можно лечить, их условия жизни это позволяют. Тем не менее, после постановки диагноза вместо лечения им нередко предлагается эвтаназия. Третья группа условно названа «Барбара Вагнерс» — по имени пациентки штата Орегон, которой медицинская страховая компания отказалась оплачивать сложное лечение рака, а предложила оплату эвтаназии. Четвертую уязвимую группу представляют собой люди с ограниченными возможностями — инвалиды. Из-за отсутствия подходящих рабочих мест у них часто недостаточно денежных средств; некоторые штаты даже пытаются включить инвалидов в группу «смертельно больных». Пятую группу составляют люди с хроническими заболеваниями, которым требуется постоянное длительное лечение. И, наконец, шестая группа уязвимых — это люди, склонные к депрессии и самоубийству. Вместо борьбы за жизнь им предлагается легкая возможность сдать и умереть [7].

2. Отношение студентов-медиков к проблеме аборт

Опрос

В данном разделе мы хотим проанализировать мнение студентов-медиков относительно абортов. В фокусе нашего исследования находятся именно аборт «по желанию женщины», т. е. в отсутствие угрозы, связанной со здоровьем (аборт после изнасилования или аборт в ситуации угрозы жизни или здоровья женщины и ребенка не входят в сферу нашего анализа). Соответственно выглядел и вопрос, заданный студентам.

Ответы студентов, участвовавших в опросах в 2017–2018 гг., отражены в диаграмме на рисунке 5.

На рисунке 6 приведена диаграмма, иллюстрирующая мнения студентов, обучавшихся осенью 2019 г.



Рис. 5. Отношение студентов к абортam по желанию женщины. Результаты опроса 2017–2018 гг.

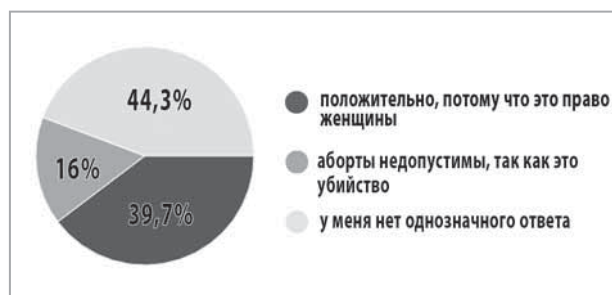


Рис. 6. Отношение студентов к абортam по желанию женщины. Результаты опроса 2019 г.

Как мы видим, отличия существенные и безрадостные. Если доля неопределившихся изменилась незначительно (уменьшилась с 48,6% до 43,8%), то доля защитников права женщины на аборт существенно возросла (с 21,9% до 39,8%), соответственно уменьшилось количество тех, кто считает, что аборт недопустим.

С чем это связано? Может быть, с тем, что с каждым годом средний духовно-нравственный уровень студентов постепенно снижается? Возможно. Однако — коль скоро речь идет о подготовке именно будущих врачей в специализированном высшем учебном заведении — гораздо более существенным выглядит другой фактор. В 2017–2018 гг. (и в предыдущие годы) курс биоэтики читался в течение семестра и составлял 16 занятий. Но именно с 2019 г. руководство института решило уменьшить продолжительность курса в два раза, и теперь она составляет только два месяца. Осталось всего лишь 8 занятий, на которых надо рассмотреть 8 разных тем: все сжато до предела. Раньше было достаточно времени на обсуждение проблемы, рассмотрение ее с разных сторон, была возможность вернуться к некоторым вопросам пройденной темы на следующем занятии, каждый студент в течение семестра делал доклад с презентацией по какой-либо из тем курса. Студенты смотрели видеоролики о зарождении жизни, о формировании ребенка в утробе матери, фильм «Безмолвный крик» Бернарда Натансона, социальные молодежные клипы о семье и рождении детей. Рассматривали проблему аборта с точки зрения влияния на физическое и психическое здоровье женщины, на демографические показатели

снижения рождаемости в стране и т.д. Удавалось уделить внимание таким вопросам, как история абортov в России и мире, законодательство нашей и других стран, статистика, отношение традиционных религий к проблеме абортov. Сейчас, когда количество занятий уменьшено с 16 до 8, большую часть тем рассмотреть уже невозможно, для этого нет времени. Результаты этого нового подхода видны уже сейчас — и будут только усиливаться.

Эссе

Приводим мнения студентов на тему абортov.

Позиция № 1: Аборты недопустимы, так как это убийство (29,5% в 2017–18 и 16,4% в 2019 гг.).

Студенты, придерживающиеся этого мнения приводят следующие аргументы:

Аргумент 1. Мы не имеем права распоряжаться чужой жизнью. Цитата из эссе: «Во-первых, зачастую на пренатальной стадии развития скрининг неточен, а во-вторых, мы не имеем права распоряжаться чужой жизнью».

Аргумент 2. Пагубные последствия аборта для женщины. «Больше всего мне запомнилось повествование о физических последствиях абортov: ранение матки, воспаления матки, маточных труб, органов брюшной полости и т.д. Осложнения могут быть и более серьезными, например, бесплодие. Один раз решившись сделать аборт, женщина рискует вовсе не иметь детей впоследствии».

Аргумент 3. Оказывается, эмбрион — это совершенно новый, чужой организм. «До

поступления в медицинский институт я была за аборт, но здесь в мое распоряжение поступила новая информация, а прочитав „Пустые песочницы“ я вообще была поражена, насколько глубоко я заблуждалась. Все мои аргументы в буквальном смысле рассыпались в пух и прах. Оказалось, что эмбрион вообще не имеет отношения к моему телу, это совершенно новый, чужой организм. Чуть ли не с первых дней жизни он считается человеком и обладает правами на неприкосновенность его жизни».

Аргумент 4. Глубокое потрясение после увиденного аборта на УЗИ (или прочитанного об этом). «Я была глубоко потрясена, что ребенок, который еще секунду назад находился в безопасности, и вдруг к нему тянется вакуумная трубка — как искажается его лицо, какой ужас он испытывает! Чудовищным открытием для меня оказалась и статистика абортот». Или вот еще, пишет студентка из стран ближнего зарубежья (сохранено написание автора): «Прочитав книгу „Пустые песочницы“ мне возникли много мыслей. Я всегда придерживалась нейтральную позицию по счету аборта. Но в конце этой книги возник у меня ужас. Мне показалось, я читаю книгу ужасов. ...Ребенка врач исчлняет. Вытаскивает ногу, потом тело, а потом голову. Я считаю, что ребенок — это чистая безвинная душа. Ничего нет на свете чище, радостнее, чем это существо. А, прочитав, что этот мир исчлняют, рвут на куски, у мне что-то вздрогнуло в душе. Мне стало очень плохо. Врач — это тот человек, кто должен спасать и дарить жизнь». Пишет юноша: «Наиболее сильным моментом для меня стало описание страха смерти, накатившего на Юлию непосредственно перед абортот, но прошедшего сразу после проведения манипуляции. Этот момент показал, как связь матери и ребенка, так и способность эмбриона испытывать эмоции, в том числе страх и желание выжить. Полагаю, именно этот отрывок „Пустых песочниц“ останется в моей памяти даже тогда, когда я не буду помнить о том, что эта книга существует, и была мною прочитана». Еще, пишет студентка: «Это невообразимо представить, но это оказывается именно так ужасно. Нам кажется, что это всего лишь

эмбрион, который ничего не чувствует и не понимает, но это уже человек, осознающий свое существование. Я считаю, что все женщины, идущие на такое преступление, должны понимать, что происходит в действительности, посмотрев хоть раз такое видео». И последний отрывок: «Мне кажется, что молодым людям в подростковом возрасте стоит показывать подобные страшные кадры, чтобы убедить их в том, что ребенок чувствует боль и страх. Он забивается в угол матки, ему не хочется умирать. ... Общество и государство должны поддерживать женщину в такой трудный период, направлять ее по единственно верному пути».

Аргумент 5. В жизни всегда что-то будет не так и не вовремя. «Может, я не права, но для меня ребенок всегда желаем. В жизни всегда что-то будет не так и не вовремя, но, если мы идем на определенные поступки, нужно помнить о возможных последствиях. Я искренне не понимаю, как может быть нежелаем ребенок от любимого человека. Ребенок в утробе матери — это свой маленький мир с душой и мечтами на жизнь, ведь он тоже хочет дышать, любить и жить!»

Напомним, что так думали всего 29,5% второкурсников в 2018 г. и 16,4% в 2019 г. (из опрошенных).

Позиция № 2: Аборт — это право женщины (21,9% в 2017–2018 гг. и 39,8% в 2019 г.)

За год значительно увеличилась группа твердых сторонников абортот. Они уже слышали много аргументов против, посмотрели несколько видео, но ничто не убедило их. Какие же аргументы приводят в своих эссе сторонники абортот по желанию женщины?

Первый аргумент — «женщина должна принимать решения самостоятельно — никто не может ей указывать». Типичная цитата: «Мы не можем диктовать людям, как им жить. Мы не знаем ситуацию у каждого. Не знаем его историю, чувства, переживания, характер, отношение к жизни, к себе. Тогда как же мы можем ему что-то советовать, а, тем более, указывать?» *Второй аргумент — «аборт не является убийством, так как жизнь начинается с рождения».* Мнение студента-юноши: «Я считаю

искусственное прерывание беременности абсолютно нормальной рядовой медицинской процедурой. Убийством аборт не является, так как я считаю, что жизнь начинается с момента рождения». *Третий аргумент* — «аборты должны быть разрешены, т. к. не каждая беременная готова стать матерью». Варианты ответов, почему она не готова стать матерью различны — учеба, карьера, материальные проблемы... Схож с третьим и *четвертый аргумент* — очень широкая трактовка «крайних случаев», когда аборты делать можно. «Я считаю, что аборты можно делать только в крайних случаях, таких как: неспособность вырастить ребенка и воспитать его, по медицинским показаниям, в случаях изнасилования, а также при тяжелых патологиях плода» — пишет студентка. *Четвертый аргумент* — фильм «Безмолвный крик» будто бы ненаучен и полон ошибок. «Видео полно научных и медицинских ошибок. Цель данного видео — запугать женщин до такой степени, чтобы они отказались делать аборт. Людям нельзя руководствоваться абсолютно ненаучными вещами». Такие же мысли высказывает будущий врач-мужчина: «Данная книга — „Пустые песочницы“ — посвящена цели создать у читателя негативное отношение к искусственному прерыванию беременности и сексуальным меньшинствам. Пересказ фильма «Безмолвный крик»: при более детальном изучении становится ясно, что он состоит из домыслов и грубейших ошибок. Данный отрывок являет собой суть книги, являющейся грубой, антинаучной религиозной пропагандой».

Удивительно, насколько по-разному один и тот же фильм может воздействовать на человека! Для одного — это «откровение, новая информация, которая полностью меняет взгляд на аборт», а для другого — «домыслы, запугивания, ошибки и вообще только повод для критики!» Впрочем, такие крайние взгляды — исключение. В основном, чтение статей, посещение лекций и семинаров, просматривание видеосюжетов обогащает человека новой информацией, которая способствует изменению его позиции в сторону осуждения аборта.

Позиция № 3: У меня нет определенного взгляда (48,6% в 2017–2018 и 43,8% в 2019 гг.).

Третья, и самая многочисленная группа, близкая к половине всех студентов, включает тех, у кого «нет однозначного ответа». И это именно та группа, с которой необходима ответственная работа. Это «колеблющееся большинство» еще можно переубедить, по крайней мере, изменить его мнение в сторону негативной оценки абортов. В этой группе происходят подчас трудноуловимые, но существенные изменения взглядов. Вот цитата из эссе студента: «До этого я считал аборты каким-то обыденным процессом. Прочитав книгу „Пустые песочницы“, я немного поменял свое мнение по этой теме. Описанный процесс извлечения плода, который чувствовал приближение аппарата для его убийства, повлиял на меня в плане подхода к данной проблеме. До этого я считал аборты лишь каким-то обыденным процессом по извлечению неживой материи. В настоящее время я понимаю, что этот процесс — это убийство. В связи с этим, сложно считать происходящее в операционной чем-то обычным, не заслуживающим внимания».

Влияние пола на позицию относительно абортов



Рис. 7. Отношение студентов к проблеме абортов

Что касается различия в отношении к абортам среди юношей и девушек, то они несущественны, и, в целом, отражают то же соотношение (рис. 7). Хотя колеблющихся среди юношей поменьше: все-таки для мужчин более характерно иметь определенную точку зрения на проблему — «да» или «нет».

Влияние курса биоэтики на отношение к проблеме аборт



Рис. 8. Влияние курса биоэтики на отрицательное отношение студентов к аборт

Из тех студентов, которые выразили твердо негативное отношение к аборт (29,5% в 2017–2018 гг.) ответили, что курс биоэтики оказал на них «существенное влияние» — 30%, «незначительное влияние» — 39,5%, «не повлиял» — 30% (то есть у этой группы уже было сформированное отрицательное отно-

шение) (рис. 8). Значит, курс биоэтики в той или иной степени оказал влияние на 69,5% респондентов, выразивших негативное отношение к аборт.

Заключение

Реальность современного мира такова, что ни одна страна не может оставаться «островом» и быть полностью отделенной от всей той информации, которая появляется в мировом интернет-пространстве. Естественно, процессы, происходящие в одних странах, рано или поздно оказывают влияние и на другие страны; быстро распространяются как перспективные достижения современной науки, так и негативные тенденции, к которым мы в данном случае относим эвтаназию и аборт. И задача преподавателей биоэтики — побуждать студентов, будущих врачей, размышлять над этими проблемами и приходиться к правильным выводам.

Литература

1. Халходжаева С. Авраамические религии: нет эвтаназии и самоубийствам // Русская служба Радио Ватикана, Vatican News. 29.10.2019. URL: <https://www.vaticannews.va/ru/world/news/2019-10/avraamicheskie-religii-net-evtanazii-i-samoubijstvam.html> (дата обращения: 21.12.2019).
2. Представитель ОВЦС принял участие в подписании совместного документа против эвтаназии // Русская Православная Церковь. Служба коммуникации ОВЦС. 31.10.2019. URL: <https://mospat.ru/ru/2019/10/31/news179292/> (дата обращения: 21.12.2019).
3. Константинова Н. Эвтаназия: право на смерть или крик о помощи? // Православие и мир. 24.10.2019. URL: <https://www.pravmir.ru/evtanaziya-est-pravo-zhit-no-est-li-pravo-umeret/> (дата обращения: 21.12.2019).
4. Malik Mohammad Manzoor. Euthanasia: An Islamic Perspective // The Islamic Worldview, Ethics and Civilization. Kuala Lumpur: IUUM Press, 2011. P. 229–250. URL: <http://irep.iium.edu.my/13886/> (дата обращения: 21.12.2019).
5. de Bellaigue Ch. Death on demand: has euthanasia gone too far? // The Guardian. 18.01.2019. URL: <https://www.theguardian.com/news/2019/jan/18/death-on-demand-has-euthanasia-gone-too-far-netherlands-assisted-dying> (дата обращения: 21.12.2019).
6. Outrage as dementia patient who never asked to die is euthanized at request of family in Belgium // Daily Mail. 16.02.2018. URL: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-5399059/Death-dementia-patient-stirs-Belgium-euthanasia-fears.html> (дата обращения: 21.12.2019).
7. Gallerizzo W. O. Euthanasia and Assisted Suicide: Trends in the United States (Licentiate Thesis Paper). Rome, 2015. URL: https://www.academia.edu/29424005/Euthanasia_trends.pdf (дата обращения: 21.12.2019).

References

1. Khalkhodzhaeva S. *Avraamicheskie religii: net evtanazii i samoubijstvam [Abrahamic religions: no to euthanasia and assisted suicide]*. Tr. from Eng. Russian service, Vatican Radio News, 29.10.2019. URL: <https://www.vaticannews.va/ru/world/news/2019-10/avraamicheskie-religii-net-evtanazii-i-samoubijstvam.html> (accessed: 21.12.2019).
2. *Predstavitel OVTSS prinyal uchastie v podpisanii sovmestnogo dokumenta protiv evtanazii [The department of external church relations representative took part in the signing of a joint document against euthanasia]*. DECR Communication service, 31.10.2019. URL: <https://mospat.ru/ru/2019/10/31/news179292/> (accessed: 21.12.2019).
3. Konstantinova N. Evtanaziya: parvo na smert ili krik o pomoshchi? [Euthanasia: right-to-die or cry for help?] *Pravoslavie i mir [Orthodox Christianity and the World]*, 24.10.2019. URL: <https://www.pravmir.ru/evtanaziya-est-pravo-zhit-no-est-li-pravo-umeret/> (accessed: 21.12.2019).
4. Malik Mohammad Manzoor. Euthanasia: An Islamic Perspective // *The Islamic Worldview, Ethics and Civilization*. Kuala Lumpur: IUUM Press, 2011. P. 229–250. URL: <http://irep.iium.edu.my/13886/> (accessed: 21.12.2019).
5. de Bellaigue Ch. Death on demand: has euthanasia gone too far? // *The Guardian*. 18.01.2019. URL: <https://www.theguardian.com/news/2019/jan/18/death-on-demand-has-euthanasia-gone-too-far-netherlands-assisted-dying> (accessed: 21.12.2019).
6. Outrage as dementia patient who never asked to die is euthanized at request of family in Belgium // *Daily Mail*. 16.02.2018. URL: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-5399059/Death-dementia-patient-stirs-Belgium-euthanasia-fears.html> (accessed: 21.12.2019).
7. Gallerizzo W. O. *Euthanasia and Assisted Suicide: Trends in the United States* (Licentiate Thesis Paper). Rome, 2015. URL: https://www.academia.edu/29424005/Euthanasia_trends.pdf (accessed: 21.12.2019).

Святые отцы о надежде

Надежда на Бога не допускает колебания, и Господь не благоволит подавать всецелую помощь Свою тому, кто иногда надеялся на богатство, на славу человеческую и на могущество мирское; а иногда надеждою своею признавал Бога; напротив того, человек вполне должен успокоиваться на Божией помощи

Святитель Василий Великий

Будем надеяться на Бога, брат, будем надеяться, хотя видим, что не вдруг и не легко получаем просимое, даже не знаем, что еще воспоследует с нами.

Преподобный Ефрем Сирийский

Всякому правому намерению пусть предшествует надежда, она помогает иногда и в худом, и потому не справедливо ли, чтобы еще более содействовала в добре.

Святитель Григорий Богослов

Нет любви без надежды, нет надежды без любви, нет и обеих без веры.

...из всех предметов веры, к надежде относится только то, что заключается в Молитве Господней. «Проклят всякий, — как свидетельствует Божественное писание, — кто надеется на человека» (Иер. 17:5). А поэтому и тот, кто надеется на самого себя, подпадает под это проклятие. Следовательно, кроме как у Господа Бога мы не должны просить того, что мы надеемся или совершить надлежащим образом, или получить за добрые дела.

Блаженный Августин Иппонийский

Надежда... рождается от твердой веры, от того, что человек вовсе не заботится о своей жизни или смерти, но все попечение возлагает на Бога...

Священномученик Петр Дамаскин

Как растет выносливость души? Через надежду и доверие к Богу. Они наделяют человека большой силой. Нужно полностью довериться Богу и на каждое испытание смотреть как на дар, посланный любовью Божией. Человек, имеющий великое доверие к Богу, радуется всему. Будь он болен, или голоден, или несправедливо обижен, или... или... он всегда верит, что это поущено Богом, надеется на Бога и всегда пребывает в безопасности, находясь в пристани надежды на Бога.

Преподобный Паисий Святогорец

Который за скорби благодарит Бога, у того они малы бывают, потому что душа предалась воле Божией и Дух Божий веселит душу упованием на Бога. Все люди, которые возложили упование на Бога, они покойны в Боге на всяком месте, потому что внутри души веселит их Благодать. Но если кто потерял Ее, то опять ее ищет покаянием, и Господь опять дает.

Преподобный Силуан Афонский



**МИЛОСЕРДНОЕ
СЛУЖЕНИЕ**





ДОБРОДЕТЕЛЬ НАДЕЖДЫ В ПАЛЛИАТИВНОМ СЕСТРИЧЕСКОМ СЛУЖЕНИИ

Протоиерей Сергей ФИЛИМОНОВ,
кандидат богословия
доктор медицинских наук
председатель Общества православных
врачей Санкт-Петербурга
им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)



Archpriest Sergiy FILIMONOV,
Th. C., D. Sc. (Med),
Chairman of St. Petersburg Society
of Orthodox Doctors named
after St. Luke (Voyno-Yasenetsky)

THE VIRTUE OF HOPE IN THE PALLIATIVE NURSING CARE

АННОТАЦИЯ. Добродетель надежды неоправданно редко становится предметом изучения. Между тем она необходимо присутствует при любом столкновении человека с серьезной болезнью. Паллиативное сестрическое служение, пастырское окормление и медицинский уход за тяжелобольными пациентами должны укреплять их надежду, одновременно не подавая ложных надежд на исцеление. Надежда может быть рассмотрена теоретически — с точки зрения философии, антропологии, богословия — и практически — в контексте взаимодействия с конкретным страдающим человеком.

Ключевые слова: надежда, страдания, паллиативный уход, попечение.

ABSTRACT. The virtue of hope is unreasonably the rare subject matter. Meanwhile, it certainly occurs in any confrontation of a person with a serious illness. Palliative nursing, pastoral counseling and medical care of seriously ill patients should enhance their prospects of recovery, while not giving false hope. Hope can be considered theoretically, from the point of view of philosophy, anthropology, theology, and practically, in the context of interaction with a particular suffering person.

Keywords: hope, sufferings, palliative care, pastoral care

Определение надежды

Цель настоящего исследования — научить сестру милосердия, как помочь тяжелому больному; не увлечься, не обмануться ложной надеждой и не поддаться отчаянию.

Надежда всегда направлена на медицинские, социальные и духовные аспекты и потенциально может быть использована при лечении.

В медицинском контексте надежда в основном понимается как надежда на выздоровление. Каждый больной, который ложится в клинику, надеется, что его заболевание

закончится выздоровлением и восстановлением здоровья.

В социальном контексте надежда в основном понимается как надежда после выздоровления обеспечить свое дальнейшее благополучное существование, проживание и самообеспечение. Это питание, одежда, квартира, социальные услуги и блага.

В духовном контексте это упование, что болезнь послужит искуплением грехов, очищению души и тела и Господь после выздоровления все управит к лучшему. В этом смысле надежда есть проявление глубины веры и упования на Бога.

Надежда сильна и уязвима одновременно, она может исчезать, давая место своему антиподу — отчаянию — и возникать снова, раз за разом возрождаясь, как феникс из пепла. Она остается, даже если, по словам преподобного Иустина Поповича, то, на что она возлагалась, не осуществляется. Как показывают практические жизненные наблюдения, человек сохраняет надежду в самых крайних ситуациях, когда возможность выздоровления уже отсутствует.



*Пока жива надежда.
Художник С. Пышинко, 2012 г.*

Надежда в философии и антропологии

Надежда — это всегда отношение между человеком и временем. Люди по существу живут сознанием времени. Для понимания любого человеческого опыта необходимо учитывать три временных измерения: прошлое, настоящее и будущее.

Будущее вносит уникальный вклад в человеческое существование и необходимо для

понимания этого существования. В соответствии с этим надежда всегда направлена в будущее.

Отношения между людьми и временем является дуалистическим. Люди чувствуют себя одновременно и лишенными свободы, и освобожденными временем.

Надежда является ключевым фактором укорененных трех временных измерений. Она существует по причине событий прошлого, дает жизненную энергию в настоящем, обретает силы по причине будущего.

Например, врач или сестра милосердия лечили тяжелого больного. Этот больной был на грани смерти или у него развилось тяжелое осложнение. Он должен был умереть. Но выжил после молитв родственников и сестер милосердия, помазания святым елеем. Это свидетельство того, что такие случаи бывают, и пример такой возможности нужно использовать в настоящем, и в будущем это может помочь другому больному.

Сестры милосердия приходили к больной в реанимационную палату, помазывали ее святым елеем. Рядом лежала некрещеная женщина, она была в тяжелом состоянии, но в сознании. Каждый раз, когда приходили сестры милосердия, она их ругала, поносила бранными словами и спрашивала, зачем они беспокоят всех, и ее в том числе. Но в определенный момент, увидев рядом сестру милосердия, эта больная попросила, чтобы ее окрестили, так как уверовала в Господа. Она была крещена и через несколько минут скончалась.

Другой пример. Неверующий мужчина с саркомой бедра, последняя стадия. Его супруга купила камень с изображением преподобного Серафима Саровского и привязала этот камень на ночь к его ноге и молилась о своем супруге. Наутро, когда больной проснулся, никакой опухоли не было. Наступило полное клиническое выздоровление.

Данные примеры из личного опыта могут укрепить надежду на излечение у больных, чье выздоровление практически нереально.

Бывают безнадежные больные, безнадежные с медицинской, но не с духовной точки зрения. Для Бога безнадежных нет.

Больная в реанимационной палате получила осложнение в виде синус-тромбоза, находилась без сознания, при соответствующей клинической картине. Для врачей-реаниматологов она была совершенно бесперспективна, т. е. безнадежна, но по молитве родственников, после ежедневного окропления святой водой и помазания святым елеем неожиданно пошла на поправку и через некоторое время наступило полное клиническое выздоровление.

Другой пример. Больная, имеющая опухоль IV стадии с метастазами в позвоночник, была полностью обездвижена. В течение двух лет сестры милосердия пытались помочь больной обрести веру. Но она была категорически против. Даже священнослужитель, окормлявший больную, потерял всякую надежду на изменение ее духовного состояния. Когда больная сказала о том, что она уверует в Бога только тогда, когда пообщается с умершими родственниками, священник, потеряв надежду, развернулся и ушел из палаты. Интересно, что вскоре после этого Господь по Своей милости восхитил на сутки ее душу в потусторонний мир, где она встретила со своими усопшими родными. После этого, придя в себя, она участвовала во всех Таинствах Церкви и через несколько месяцев умерла глубоко верующим человеком, надеющимся на жизнь вечную.

Надежда в богословии

Понимание надежды имеет два ключевых момента: Бог присутствует в страданиях людей и Бог обещает лучшее будущее. Об этом неоднократно говорится в Писании. Так, Псалтирь Давида обещает: «Не постыдятся все надеющиеся на Тебя» (Пс. 24, 3). Надежда — это добродетель, которая находит свою опору в Божественной сущности.

Из этого тезиса видно, что надежда для верующего человека строится на полном доверии Богу и вере в Него. В христианстве существует сильная устойчивая связь между надеждой и тремя временными измерениями.

Христианин в настоящем имеет надежду на будущее по причине прошлого, зная историю общения Бога с людьми. Тяжелобольной в Капернауме исцеляется Господом после отпущения грехов (Мк. 2, 5).

Человек, 38 лет пролежавший у купели, исцеляется Господом по причине милости Его (Ин. 5, 1–15). Вартимей, слепой от рождения, в мгновение ока по Божией милости прозревает (Мк. 10, 46–52). Многочисленные случаи исцелений больных Господом Иисусом Христом доказывают, что там, где Он вмешивается, «нарушается естества чин», то есть перестают действовать естественные физиологические законы.

Священная история общения Бога с людьми в Ветхом Завете показывает то же самое. Бог наказывает Мариам проказою, но Сам же ее исцеляет (Чис. 12, 1). Пророк Елисей исцеляет больного проказой (4 Цар. 5, 1–19). Святой Пророк Божий Илия воскрешает умершего отрока (3 Цар. 17, 7–24). В Библии и в Священной истории Ветхого Завета приведено множество случаев развития заболеваний вследствие преслушания Богу и выздоровления после покаяния и молитвы.

Второй момент. Христиане могут надеяться, т. е. иметь надежду по причине настоящего. То есть это личный опыт помощи Божией в своей жизни по молитве о выздоровлении страждущего человека. Это может быть помощь человеку после участия в Таинстве Церкви, после которого он испытывает укрепление в своей болезни или обретает стабильное состояние, если это заболевание хроническое.

Надежда имеет своей причиной и будущее — обещание Господа пребывать с человеком до конца жизни и даровать ему Царство Небесное. Человек надеется на то, что его земные страдания, и духовные, и душевные, и телесные, в определенное время закончатся и наступит время, когда не будет ни болезней, ни печали, ни воздыхания, но жизнь бесконечная. Поэтому надежда влечет за собой терпение. Итак, надежда для христианина укоренена в уповании на Бога. Время дает человеку историческую индивидуальность, а также, с богословской точки зрения, индивидуальность эсхатологическую.

Для выработки несомненной надежды на благое будущее, особенно у тяжелых и терминальных больных, сестре милосердия и православному врачу необходимо опереться на положительный опыт прошлой жизни самого больного, вспомнить, когда, на

каких жизненных отрезках Господь помогал ему в тех ситуациях, которые он считал безвыходными. Необходимо использовать опыт Священного Писания, Священного Предания и конкретных случаев помощи Божией в современном мире, в личной сестрической и врачебной практике, практике других сестер милосердия. Для этого необходим постоянный обмен опытом между врачами и сестрами милосердия, где они могут поделиться друг с другом случаями помощи Божией безнадежным больным.

Надежда и ложная надежда в контексте страданий

Надежда — это способность быть спокойным и твердо уверенным, что все, что будет, в том числе во время болезни, во время и после операции, выздоровления или инвалидности, или осложнения, устроится Богом ко благу и спасению души наилучшим образом, как в жизни временной, так и в жизни вечной.

В старинной молитве Оптинских старцев есть такие слова: «Благодарю тебя, Господи, за все, что со мной будет, ибо твердо верую, что все, посылаемое Тобой, содействует ко благу».



*Надежда в тюрьме отчаяния.
Художник Э. де Морган, 1887 г.*

Может ли надежда истощаться? Может. Ее подрывает тяжелое физическое состояние, душевные и физические муки. Поте-

ря и даже просто оскудение надежды ведут к потере мира и спокойствия души, сильным душевным страданиям. Однако, к счастью, надежда имеет свойство теплиться даже в ситуации сильнейшего страдания, даже когда надеяться не на что.

В свое время я познакомился с сестрой милосердия, у которой ранее была большая опухоль головного мозга. Операция могла привести к очень тяжелым последствиям, которые инвалидизировали бы больную. Больной, кроме как на Бога и на себя, надеяться было не на кого. Никакой помощи, сын на руках и низкая заработная плата. Но с упованием на Бога она приложилась к святыням, надела на голову обруч Иоанна Крестителя, в дальнейшем молилась перед мощами преподобного Серафима Саровского и в его монастыре какое-то время несла послушания. Через некоторое время повторное исследование МРТ показало, что никаких признаков опухоли нет. Она стала здоровым человеком, впоследствии сестрой милосердия, служащей Богу.

Надежда теплится, даже когда не на что надеяться. Поэтому она вносит существенный вклад в продолжительность и качество остающейся жизни. Умение пользоваться этой добродетелью и поддерживать ее в больных крайне важно для сестры милосердия и православного врача.

Надежда на продолжение жизни после смерти остается даже при приближении смерти. Она помогает противостоять желанию прервать жизнь посредством эвтаназии.

Только неверующий человек, не принимающий бытия Божия, существования потустороннего мира и Царства Небесного, не имеет надежды на вечную жизнь. Поэтому жизнь со страданием для него бессмысленна, он стремится прервать свою жизнь при помощи эвтаназии, то есть совершить медицинское самоубийство.

При этом необходимо помнить о губительности ложной надежды. В медицинской практике ложная надежда противоположна надежде истинной. Это упование на современные медицинские технологии и лекарства, которые якобы могут решить любую проблему и принести выздоровление

от любой болезни без Божией помощи. Это и вера в то, что любую болезнь можно сразу правильно и полностью диагностировать. Это и уверения медицинского персонала, знающего перспективу негативного развития заболевания, что все разрешится благополучно и будет хорошо. Не подать ложную надежду, но укрепить истинную — особая трудная тема в разговоре с родственниками пациента при паллиативном окормлении тяжелых больных.

Верующий человек укрепляется надеждой на слова Спасителя: «Блажен человек, который переносит искушение, потому что, быв испытан, он получит венец жизни» (Иак. 1, 12). Таковой переносит все с благодарением, доверяет Богу свое страдание и обретает Царство Небесное.

Надежда пожилых пациентов при паллиативном лечении часто направлена на способность жить полной жизнью в настоящем, на непостыдную мирную христианскую кончину, на прекращение боли после смерти и хорошее будущее для родственников и любимых, остающихся на земле.

Для укрепления надежды у пациента священнику, православному врачу или сестре милосердия необходимо сотрудничать с семьей, родственниками и медицинским персоналом, непосредственно занимающимся лечением больного: лечащим врачом, медсестрами, санитарками, сиделками.

Надежда в пастырском попечении

Многие святоотеческие изречения указывают на важность надежды. Опираясь на них, отец Иоанн Крестьянкин неоднократно повторял: «Бог никогда не ошибается».

Надежда в православном понимании должна простираться на купирование болевого синдрома, непостыдную мирную христианскую кончину, напутствие перед смертью святых Христовых Таин, очищение души покаянием, исповедью, примирение со всеми людьми, христианское сопровождение времени умирания, отходные молитвы священника, ближайших родственников или верующих православных друзей,

на христианское погребение и поддержку души после смерти, благополучное прохождение воздушных мытарств, дальнейшую молитвенную связь с родственниками из потустороннего мира, их поддержку и пребывание с Богом в Вечности.

Это понятие затрагивает самый последний и подчас короткий момент жизни, большое количество важных моментов, играющих огромную роль в поддержании души при переходе из жизни времени в жизнь вечную.

Пастырское попечение требует внимания к двум ключевым моментам.

Необходимо иметь в поле зрения и последнюю, и промежуточную надежду — не только на переход в вечность, но и возможное удлинение жизни или выздоровление. Некоторым пожилым людям, страдающим тяжелыми заболеваниями, очень важно дать благословение своим детям, внукам и правнукам.

Одна женщина преклонного возраста очень хотела увидеть своего внука и благословить его, потому что у сына долго не было детей. Когда невестка забеременела, эта христианка попросила Господа продлить свою жизнь еще на один год, до момента родов и появления внука на свет. Спустя месяц после того, как младенец родился и она дала ему свое благословение, она спокойно перешла в жизнь вечную.

Надежда есть **внутренняя и внешняя**, на которую также необходимо обращать пристальное внимание. Внешняя надежда — это надежда на Промысл Божий, дабы все внешние обстоятельства устроились не как лучше с мирской точки зрения, а как угодно Богу. Потому что это есть лучшее.

Выводы

1. Понимание неизбежности будущего существенно необходимо для формирования надежды у человека в целом. Даже в контексте страдания, даже когда будущее — смерть.

2. Источниками энергии надежды являются: глубина веры, степень воцерковленности,

внешние события, заключающиеся в Промысле Божиим, видимые ближайшие и отдаленные перспективы, отношения с родственниками и окружающими людьми.

3. Надежда сочетается с нахождением больным смысла болезни, страдания и смерти. Это является критически важным в ситуациях милосердного сестрин-

ского служения, медицинского ухода при быстром умирании, тяжелых хронических заболеваниях, при паллиативном уходе. Сестры, которые осуществляют служение, должны создавать такую обстановку, в которой пациенты имеют возможность искать смысл своей жизненной ситуации и ее переосмысления.

НОВОСТИ

АРХАНГЕЛЬСК

11 июня 2019 г., в день памяти святителя Луки (Войно-Ясенецкого), в Северном государственном медицинском университете (СГМУ) прошла встреча членов Архангельского регионального общества православных врачей и Союза православных женщин Архангельской области. Цель мероприятия — **обсуждение научного и педагогического наследия архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого)**.

Собравшихся поприветствовала ректор СГМУ Л. Н. Горбатова: «Здоровье души и тела — ответственность каждого из нас. Творите маленькие дела добра, заботьтесь о нравственном воспитании общества».

Председатель Архангельского регионального отделения общества православных врачей, доцент кафедры педагогики и психо-

логии СГМУ к. псих. н. **Е. Г. Щукина** рассказала о святителе Луке как педагоге. Продолжила тему воспитания подрастающего поколения заместитель председателя Союза православных женщин Архангельской области **А. Г. Семенихина**: «Именно от матери зависит, на каких ценностях вырастут ее дети, и будет ли ощущаться присутствие в семье Бога. Вера, атмосфера и уют, гармония, радость и творчество — все это проявления женщины в доме».

Директор музейного комплекса СГМУ **А. В. Андреева** провела обзор трудов профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, а также книг, посвященных святителю Луке.

Участниками встречи был намечен план дальнейших мероприятий: совместный просмотр фильмов о святителе Луке, архиепископе Крымском, обсуждение книг, проведение паломнических поездок с участи-

ем студентов вузов по местам, связанным с именем святого.

Было выдвинуто предложение о необходимости разработки **проекта по сохранению дома № 126** по улице Петроградской (ныне проспект Ломоносова), в котором жил и работал святитель Лука (Войно-Ясенецкий) во время ссылки в Архангельск. Особняк, построенный в 1908 г. купцом Н. А. Калининым — памятник архитектуры и объект культурного наследия регионального значения, в настоящее время пребывает в полуразрушенном состоянии.

*Е. А. Макарова,
председатель Союза православных
женщин в Архангельской области*

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

28 ноября 2019 г. Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. святителя Луки (Войно-Ясенецкого) в рамках выставки «Православная Русь» провело **«День здоровья»** в конференц-зале выставочного комплекса ЛЕНЭКСПО.

Специалисты ОПВ Санкт-Петербурга в живой и наглядной форме рассказали собравшимся о лечении и профилактике различных заболеваний, о бережном отношении к здоровью, о ситуациях, требующих обращения к врачам-специалистам, ответили на вопросы.

Врач-стоматолог-хирург детского отделения Стоматологической поликлиники № 9 О. А. Паршина в докладе **«Стоматологическое здоровье детей, учащихся в школьно-дошкольных учреждениях»** рассказала о данных современной статистики по во-

просам заболеваемости кариесом у детей в разных странах, а также дала советы по первичной профилактике стоматологических заболеваний у детей дошкольного и школьного возраста.

Доклад **«Артериальная гипертензия и избыточный вес — эпидемия XXI века: в чем опасность и что делать?»** представила член правления Общества православных врачей Санкт-Петербурга, врач кардиолог ВЦЭРМ им. А. М. Никифорова МЧС России, к. м. н. Т. Н. Гриненко. Артериальная гипертензия в сочетании с избыточным весом является одним из самых распространенных хронических заболеваний во всем мире. По данным РИСИ в 2017 г. смертность в России от болезней системы кровообращения составила 53,2% всех случаев. В течение последних 20 лет наблюдается рост числа детей и подростков, страдающих ожирением. Т. Н. Гриненко отметила факторы риска

развития ожирения у детей старше 2 лет. Также докладчик сообщила о симптомах, начальной профилактике и коррекции артериальной гипертензии и ожирения.

Действительный член ОПВ Санкт-Петербурга, хирург, флеболог Кронштадтской больницы св. прав. Иоанна Кронштадтского А. Б. Варваричев выступил с докладом **«Профилактика и лечение сосудистых заболеваний. Когда нужна консультация сосудистого хирурга?»**.

Во время встречи с православными врачами посетители выставки смогли приложиться к иконе с частицей мощей свт. Луки (Войно-Ясенецкого) из храма Державной иконы Божией Матери на пр. Культуры.

По материалам opvsppb.ru



**ВОПРОСЫ
БИОМЕДИЦИНСКОЙ
ЭТИКИ**





МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ДУХОВНО-ПРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИИ КЕСАРЕВЫХ СЕЧЕНИЙ

Николай Александрович ЖАРКИН,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой акушерства и
гинекологии Волгоградского государственного
медицинского университета



Nikolay A. Zharkin,
D. Sc. (Med), Professor, Head of the
Department of Obstetrics and Gynecology,
Volgograd State Medical University,
Volgograd

Татьяна Геннадьевна СЕМИХОВА,
врач педиатр, специалист по методической работе
кафедры акушерства и гинекологии Волгоградского
государственного медицинского университета

Tatiana G. Semikhova,
Pediatrician, Specialist of Methodological Work,
Department of Obstetrics and Gynecology, Volgograd
State Medical University, Volgograd

MEDICO-SOCIAL AND SPIRITUAL-MORALITY ASPECTS OF CESAREAN SECTION EPIDEMIC

АННОТАЦИЯ. Наблюдающееся глобальное аномальное явление в виде высокой частоты кесарева сечения, достигшее в России 30% всех родов, а в некоторых странах превысившее 50%, требует разумного осмысления и нравственной оценки. Неестественный способ появления ребенка на свет не может не оставить определенный след как на самом ребенке, так и на матери, а также на тех, «кто прикоснулся к ней в момент разрешения от бремени». В статье обозначены ближайшие и отдаленные негативные последствия, с которыми могут столкнуться дети, появившиеся на свет путем кесарева сечения, а также их родители. Дается оценка профессиональной компетентности врачей, соглашающихся на выполнение elective (по желанию пациентки) кесарева сечения. Для исправления создавшегося опасного социального явления необходимо вернуть сознание людей в христианское русло и сохранить семейные ценности как основу воспроизводства нации.

Ключевые слова: кесарево сечение, эволюция человека, перинатальная психотравма, антропология.

Во второй декаде XXI в. кесарево сечение (КС) стало самой часто выполняемой абдоминальной хирургической операцией.

ABSTRACT. The global anomaly observed in the form of high frequency of Caesarean section, which reached 30 % of all the childbirth in Russia and exceeded 50 % in some other countries, requires reasonable comprehension and moral assessment. The unnatural way of giving birth cannot but leave a certain mark on both the child and the mother, as well as those «who was with her in the moment of accouchement». The article indicates the immediate and long-term consequences that may be encountered by children born by Caesarean section as well as their parents. An assessment of the professional competence is given of those doctors who agree to perform elective (on patient request) Caesarean section. To correct the created dangerous social phenomena, it is important to bring the consciousness of people back to Christianity and to retain family values as the basis for the nation reproduction.

Keywords: Caesarean section, human evolution, perinatal psychotrauma, anthropology.

Более 15 лет высокие показатели КС характерны для стран Латинской Америки. В Европе лидерами являются Турция, Италия,

Болгария, Португалия, Мальта, где частота КС находится в пределах 36–52%. Даже такие страны, как Индия и Китай отмечают взрыв КС за 10 последних лет — свыше 30% в популяции [1, 2]. Несмотря на столь высокие показатели, продолжается устойчивая тенденция к росту частоты КС во всем мире, в том числе и в России. По данным Росстата и Минздрава России в нашей стране за последние 20 лет произошло увеличение частоты КС в 10 раз, при этом наблюдается ежегодный рост примерно на 1%. Если в 1997 г. частота КС составила 10,1%, в 2006 г. — 18,4%, то в 2018 г. — 30%, т. е. уже почти треть всех беременностей завершается появлением (но не рождением) ребенка неестественным путем [3]. Действительно парадоксально, что операция, некогда выполняемая крайне редко и только по жизненным показаниям ради спасения ребенка, стала превалировать над естественными родами [4].

Положительным результатом высокой частоты КС является лишь один — снижение перинатальной смертности (ПС), которая, тем не менее, достигается путем устранения естественного отбора нежизнеспособных детей. Так, показатель ПС ниже 4%, которым гордятся развитые страны как свидетельством высокого уровня экономического развития в целом и здравоохранения в частности, оборачивается серьезными проблемами для педиатров, психологов, социологов и общества, поскольку перекрывается уровень естественных перинатальных потерь, равный 5,6–6%, обусловленный генетическими и врожденными повреждениями. Тем самым положительный результат по существу приводит к негативному обществу явлению.

Как ни прискорбно отметить, снижение перинатальной смертности не сопровождается существенным снижением заболеваемости новорожденных и младенческой смертности (до 1 года). Более того, современные принципы родовспоможения не учитывают положения перинатальной психологии, предполагающей наличие психической жизни плода и духовной связи между матерью и ребенком на всех этапах беременности и особенно в родах [5]. Таким

образом, несмотря на благоприятные ближайшие результаты как индивидуальные (появление живого ребенка), так и общественно значимые (снижение ПС), отдаленные последствия заставляют пересмотреть столь легкое отношение к неестественному методу деторождения. Французский акушер-гинеколог и гуманист Мишель Оден названием своей книги поставил перед всем современным миром вопрос: «Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему?» [6]. И вот здесь следует определиться (или осознать), какому будущему может угрожать кесарево сечение.



Рождение Юлия Цезаря. Книжная миниатюра 1470-х гг.

Будущее матери

К отрицательным последствиям можно отнести повышение материнской заболеваемости и летальности, снижение репродуктивного потенциала оперированных женщин и их дочерей.

Женщины после КС чаще обречены на малодетность, а если решаются на новые беременности, то подвергают себя риску многих акушерских осложнений, среди которых наиболее значимы гипотонические кровотечения (в 5 раз выше при повторных операциях),

предлежание плаценты с вращением ее в рубец (в 20–50 раз возросла эта патология за 7–10 последних лет), беременность в рубце, разрыв матки по рубцу во время следующей беременности или в родах и др. [1]. Наиболее высокий риск жизнеугрожающих осложнений отмечен при выполнении 4-й и последующих операций у одной и той же пациентки. Перечисленные осложнения обуславливают нарушение репродуктивной функции. Однако немало проблем возникает и с заболеваемостью, не связанной с деторождением, например, спаечная болезнь брюшной полости, эндометриоз послеоперационного рубца на передней брюшной стенке, послеродовой нейроэндокринный синдром, рак яичников (в связи с малодетностью) [7].

Это с медицинской точки зрения. Но не менее тягостные переживания в виде послеродовой депрессии нередко испытывают женщины, не родившие естественным путем [8]. В конце прошлого века этой проблеме, которая наблюдалась у 15–20% родильниц, уделялось довольно пристальное внимание. В настоящее время с ростом КС частота встречаемости послеродовой депрессии не только увеличилась — она стала более продолжительной. После «неудачного» репродуктивного дебюта у оперированных женщин значительно чаще встречаются переживания собственной ущербности, невозможности справиться с заботами о ребенке, ипохондрические идеи. Более того, по мнению R. Robson с соавт. (цит. по [8]), «женщины в депрессии по сравнению со здоровыми родильницами достоверно чаще испытывают противоречивые и (или) отрицательные чувства к детям, что затрудняет их общение, не позволяет матерям адекватно воспринимать новорожденных». Опыт авторов статьи подтверждает приведенное мнение. Особенно яркое различие в восприятии новорожденного демонстрируют те оперированные женщины, которым в последующую беременность удалось родить естественным путем.

Таким образом, женщина, у которой беременность закончилась кесаревым сечением без медицинских показаний оказалась не способной реализовать себя именно в той сфере ее жизни, которая является главной

ступенью в приобретении зрелой женской идентичности. К КС нельзя относиться как к малозначимому событию в жизни всей семьи, поскольку высока вероятность как появления в жизни матери трудностей со стороны здоровья ее и ребенка, так и внутрисемейных проблем.

Будущее ребенка

Появление на свет без переживания, детерминированного природой родового стресса, не может не сказаться на состоянии новорожденного в ближайшем и отдаленном будущем. Родовой стресс необходим для человека как с биологической, так и антропологической точки зрения. Роды — первое жизненно необходимое испытание для ребенка, что называется: «огни, воды и медные трубы». Это своего рода первый опыт борьбы за выживание в реальной жизнеугрожающей ситуации. Опыт этот чрезвычайно важен в формировании личности человека-борца, испытавшего не только тяжесть борьбы, но и радость победы. Именно на этом этапе закладывается умение ждать, терпеть боль, приспосабливаться к обстоятельствам, не терять веру в собственные силы. В процессе родов, которые длятся около 10 часов у первородящих и чуть менее у повторнородящих, срабатывают мощнейшие механизмы адаптации, необходимые для перехода к самостоятельной жизни в совершенно новых условиях: легочное дыхание, прекращение плацентарного и запуск малого круга кровообращения, контакт с воздухом, который на 10–15 градусов ниже температуры тела, изменение мировосприятия (свет, звуки, тактильные ощущения, гравитация и др.) и, наконец, встреча с микробами. Но самое важное — ребенок встречается с матерью, первой своей любовью.

Как выразилась журналист Елена Ефимова: «„кесарята“ в этом смысле пьесу собственного рождения не доиграли — к ним пришла помощь извне».

К ближайшим негативным последствиям относят такие нередкие патологические состояния новорожденных, как респираторный дистресс-синдром (тахипноэ, стойкая легочная гипертензия, необходимость

оксигенотерапии), родовая травма и острая анемия. Исследование плацент новорожденных после вагинальных и оперативных родов, проведенное на кафедре акушерства и гинекологии ВолгГМУ показало, что ввиду немедленного пережатия и пересечения пуповины ребенок может потерять до 200 мл крови (из 700–800 мл объема циркулирующей крови), которая в этот момент находится в плаценте. При вагинальных родах этого не происходит из-за того, что пуповина пересекается в конце первой минуты, когда плацента практически полностью освободилась от плодовой крови.

Не менее повреждающим фактором является разлучение матери и ребенка до суток и более сразу после извлечения. Далеко не везде в раннем послеоперационном периоде допускается совместное пребывание матери и новорожденного, да это и затруднительно. За этим фактом тянется целая цепочка психофизиологических потерь как для матери, так и для ее ребенка.

К отдаленным последствиям относят частые заболевания легких у детей, рожденных путем КС, их риск в 2–4 раза выше, чем после естественных родов. Это может быть объяснимо нарушением функции первого вдоха, происходящего неожиданно без соответствующей многочасовой подготовки, которая имеет место во время вагинальных родов. Наиболее серьезные заболевания — бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких — диагностируется в детском возрасте у 6% «кесарят». Также среди них отмечено увеличение заболеваемости по таким опасным болезням, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь и атопия [7].

Но не менее серьезной проблемой для «извлеченных» новорожденных является склонность к аутизму. «Дети, родившиеся путем операции кесарева сечения, имеют т. н. перинатальную психотравму, обусловленную неожиданностью и неподготовленностью ребенка к переходу во внеутробное существование, характеризующуюся как шоковое состояние и вызывающую нервно-психические и интеллектуальные депривации, которые чрезвычайно трудно поддаются лечению» [9]. Эти слова извест-

ного немецкого перинатального психолога Людвиг Януса подтверждаются наблюдениями отечественных специалистов по детской психологии: среди 4–5-летних детей, имеющих проблемы с психикой, — треть составляют «кесарята». Тенденция такова, что по сравнению со сверстниками, родившимися обычным путем, «кесарята» оказались безразличными к жизни, чаще не испытывали родственных чувств к родителям, были социально пассивны, замкнуты в себе, тяжелее находили общий язык с внешним миром.

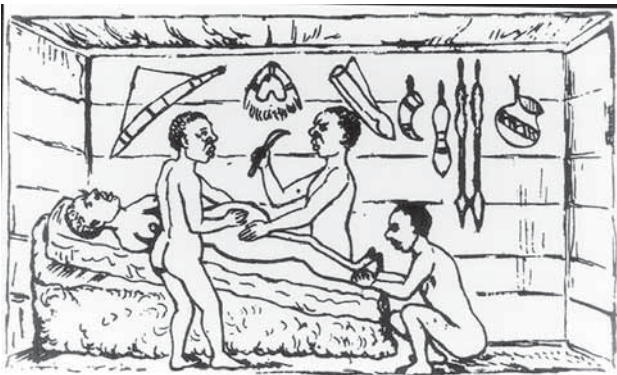


Операция кесарева сечения. Репродукция ксилографии, 1483 г.

В ходе психологического исследования Е. А. Кошелева и И. М. Никольская доказали, что потребность в освоении предметного мира у таких детей ниже, чем у обычных подростков. Например, выполняя психологический тест, они чаще остальных сверстников выбирали из палитры красок серый цвет, что, по мнению психологов, говорит о пассивности в познании. Вывод

исследователей: «кесарята» стремятся отгородиться от внешнего мира и общения, отойти от социальных контактов, освободиться от обязанностей, чаще других испытывают опустошенность и раннюю усталость [10].

Не менее важной проблемой для будущего является низкий репродуктивный потенциал девочек, рожденных путем КС. Исследования, проведенные на нашей кафедре врачом Ю. В. Булавской показали, что частота КС в группе женщин, родившихся путем КС, оказалась более чем в 2 раза выше по сравнению с популяционными данными!



Кесарево сечение в Уганде. Рисунок Р. Фелкина, 1884 г.

Таким образом, неестественный метод рождения для ребенка представляет собой физическую и психическую травму, оказывающую существенное влияние на формирование не только состояния его здоровья, но и личностных особенностей.

Будущее для специалистов

Любопытен тот факт, что необходимость положить предел безграничному применению этой серьезной операции обсуждался на VIII Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в 1928 г. в Киеве, когда частота операций кесарева сечения достигла... 0,44–1,17%! «Профессор К. К. Скробанский в своем докладе, посвященном этому вопросу, отметил, что кесарево сечение начало применяться все шире и шире и привело к так называемой хирургической эре в акушерстве. Применение хирургического родоразрешения соблазнительно для молодых

врачей тем, что значительно упрощает всю работу: не нужны понимание биомеханизма родов и всех его многообразных отклонений, тщательная оценка каждого случая и разбор необходимых условий и показаний для различных операций» (цит. по Кулакову В. И. с соавт., 1994). Действительно, частота влагалищных родоразрешающих операций сократилась в разы: так, на 2500 родов в год в нашей клинике выполняется 26–35 вакуум-экстракций плода и всего 3–6 раз выходные акушерские щипцы. В сравнении в Великобритании частота наложения акушерских щипцов до сих пор составляет около 3% всех вагинальных родов. Таким образом, желание избежать «родовых мук» со стороны будущих матерей и увлеченность кесаревым сечением со стороны акушеров (простой рыночный закон: есть потребность — есть предложения), а также юридическая незащищенность врачебной деятельности в случае осложнений в родах оборачивается потерей профессионализма и стремлением «не рисковать» уже у второго поколения врачей.



Кресло для родов. Европа. 1601–1700 гг.

Каждые роды, как и каждая роженица, уникальны. Неслучайно акушерская работа, т. е. ведение родов почитается за искусство. Осуществление динамического контроля за состоянием роженицы, сократительной деятельностью матки, состоянием плода требует неотступного участия врача или акушерки в процессе деторождения. Более того, постоянная грамотная психологическая поддержка роженицы может иногда оказать существенное влияние

на весь исход родов. Такое профессиональное участие, безусловно, сопровождается затратой огромного количества умственной, физической энергии и нервно-психическим напряжением. При недостатке у врача профессионального опыта, терпения, душевного сочувствия роженице и ее ребенку решение об операции принимается без долгих колебаний.

Вопрос о влиянии духовно-нравственного состояния врача на принятие решения об операции кесарева сечения сложен и совершенно не освещен. Считается само собой разумеющимся, что врач в этом случае руководствуется присягой и сознанием того, что он выполняет свой профессиональный долг. Однако, так же как и в проблеме с абортами, в условиях платных услуг кесарево сечение позволяет техническими средствами и в установленное время (в отличие от естественных родов) удовлетворить «запрос клиента». Во многих родильных домах отмечено значительное повышение оперативной активности по пятницам в преддверии выходных дней. Показанием при этом является «безэффективность родовозбуждения после амниотомии» или «дискоординация родовой деятельности, не поддающаяся коррекции», или «дисстресс плода», которые, как правило, не подтверждаются объективными данными. Для заинтересованного врача не представляет сложности убедить беременную и ее родственников в опасности предстоящих родов, особенно для ребенка. Безусловно, такая практика требует общественного осуждения. Врач не имеет права выполнять вмешательства, для которых нет медицинских и этических показаний.

Будущее всего человечества

Появились публикации о влиянии КС на эволюцию человека! Правда, под эволюцией подразумеваются изменения преимущественно анатомо-физиологического характера. По мнению австрийского антрополога Philipp Mitteroecker женщины с узким тазом, которые раньше не выживали при рождении ребенка, сейчас передают гены узкого таза своим дочерям [11]. К слову, необходимо от-

метить, что в структуре показаний к КС узкий таз занимает одно из последних мест.

Для того чтобы в полной мере оценить последствия непомерно высокой частоты КС для будущего человечества, необходимо осознать причины этого явления. Повидимому, только медицинскими факторами объяснить это трудно. Необходимо учесть некоторые социальные и этические моменты, которые оказывают определенное влияние на обсуждаемую проблему и в научной литературе освещаются недостаточно. Причины подобных мотиваций можно классифицировать по некоторым категориям, часть из которых мы уже упомянули. К другим относятся духовно-нравственное состояние беременных и отношение общества к обсуждаемой проблеме.

На наш взгляд, многие из тех, кто решают избежать роды через естественные родовые пути, отличаются отсутствием или очень слабо сформированным чувством материнства. Особенно это касается перворожающих женщин. Во время беременности такие особы занимаются чем угодно, только не подготовкой к родам. Их волнует учеба, работа, заботы о внешнем виде, сохранение половой активности и т. д. Причины такого явления кроются в социальной сфере: малодетности семей, особенностях воспитания в семье и обществе, характере личности и др. Психологи женских консультаций, а тем более участковый гинеколог вряд ли смогут изменить сознание беременной в силу дефицита времени и массы других задач, которые стоят перед специалистами. Повышение частоты заказных операций, т. е. по желанию (так называемое элективное кесарево сечение), свидетельствует о несформировавшемся чувстве материнства у беременной. Мы называем такое состояние психологическим инфантилизмом. Психологический инфантилизм вынуждает беременную находиться в полной зависимости от мнения врача, что делает решение о кесаревом сечении субъективным, а следовательно, не лишенным возможности ошибки.

К этой же категории причин можно отнести выполнение кесарева сечения по требованию мужа с целью сохранить у жены

размеры влагалища. Столь примитивный повод, иногда встречающийся в практике акушера-гинеколога, можно отнести к проблеме насилия над женщиной, широко обсуждаемой в настоящее время в мировой периодической литературе по правам человека. В Южноамериканских странах, где процент кесаревых наиболее высокий в мире, население находится под влиянием католических воззрений, в которых превалирует мнение о целесообразности избавить женщину от «родовых мук», поскольку для этого есть возможность.

Общество в целом замалчивает проблему кесаревых сечений, считая ее сугубо медицинской, в то же время формируя общественное мнение о родах как о чем-то ужасном и трудно переживаемом событии, к тому же зависящем от действий, как правило, непрофессионального медперсонала (врачи-убийцы). В этом отношении велика роль средств массовой информации, которые не способствуют поддержанию семейных ценностей. Скорее наоборот, популяризируют свободные отношения мужчин и женщин [12]. Здесь нет особой новизны, давно известные пороки человечества, направленные на уничтожение понятия материнства, истинной любви, целомудрия, единобрачия, только стали они более наглядными благодаря телевидению и кинематографу.

Таким образом, в обществе имеется некая потребность, которая удовлетворяет-

ся службой здравоохранения. Причем чем выше частота КС, тем с каждым поколением эта потребность возрастает в арифметической прогрессии. Какое общество будет в будущем, если, по мнению перинатальных психологов, нейрокогнитивные проблемы людей формируются как раз во внутриутробный период жизни [13]? Хотя нет строгих научных доказательств этой гипотезе, тем не менее, многочисленные клинические примеры свидетельствуют о том, что **перинатальная психотравма становится антропологическим признаком будущего поколения.**

Для исправления создавшегося положения необходимо вернуть сознание людей в христианское русло и в первую очередь сохранить и укрепить семейные ценности, являющиеся необходимым условием развития нации. Каждый человек, вовлеченный в процесс воспроизводства, должен выполнять свое дело с христианским духом: любви и милосердия [14]. Нужно помнить, что жизнь человека начинается не с первого вдоха, а с момента зачатия, нужно помнить о трипостасности человека именно с этого момента, а не когда ребенок заговорит. Нужно помнить об опасности избежать установленных премудростью Божией естественных процессов деторождения, необходимых для становления личности, «соответствующей образу и подобию Мастера, чтобы властвовать над всем сущим» [15].

Литература

1. Arulkumaran S. Life threatening complications of Multiple caesarean Sections // Report on the 24th European Congress EBCOG, Torino, Italy, 19–21 May, 2016.
2. WHO Statement on Caesarean Section Rates (PDF). 2015. Retrieved 6 May 2015.
3. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации / Доклад МЗ РФ. М., 2015.
4. Доброхотова Ю. Э., Кузнецов П. А., Копылова Ю. В., Джохадзе Л. С. Кесарево сечение: прошлое и будущее // Гинекология. 2015. Т. 17. № 3. С. 64–66.
5. Добряков И. В. Перинатальная психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2015.
6. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? / Пер. с англ. М.: Междунар. шк. традиц. акушерства, 2006.
7. Sophie Alexander The C-section epidemic: why does it matter? // Report on the 24th European Congress EBCOG. Torino, Italy, 19–21 May, 2016.
8. Психика и роды / Под ред. проф. Э. К. Айламазяна СПб: Яблочко СО, 1996.
9. Janus L. Die Bedeutung der Perinatalen Psechologie fur den Umgang mit Schwangerschaft und Geurt // Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: материалы. Всероссийской конференции. Ч. 2. Ивановская государственная медицинская академия, Иваново. 2001. С. 72–77.
10. Кошелева Е. А., Никольская И. М. «Кесарята». Психологические особенности подростков, рожденных путем кесарева сечения // Психологическая газета. 1997. N 10 (25).
11. Mitteroecker P, Huttegger S. M., Fischer B., Pavlicev M. Reply to Grossman: The role of natural selection for the increase of Caesarean section rates // Proceedings of the National Academy of Sciences USA. 2017. V. 114. N 8. E1305. doi: 10.1073/pnas.1621176114.

12. Протоиерей Дмитрий Смирнов. Семья и дети. Церковный взгляд на проблему // VII Международные Рождественские чтения: сборник докладов. Моск. Патриархат, отдел религ. обр. и катехизации, 1999. С. 169–175.
13. Laughlin C. D. Pre- and perinatal anthropology: A selective review // Pre- and Peri-Natal Psychology Journal. 1989. V. 3. N 4. P. 261–296.
14. Силуянова И. В. Антропология болезни. М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2007.
15. Свт. Нисский Григорий. Об устройении человека / Пер., прим. и послесловие В. М. Лурье. СПб.: Аксиома, Мифрил, 1995.

References

1. Arulkumaran S. *Life threatening complications of Multiple Caesarean sections*. Report on the 24th European Congress EBCOG, Torino, Italy. 19–21 May, 2016.
2. WHO Statement on Caesarean Section Rates (PDF). 2015. Retrieved 6 May 2015.
3. *Osnovnye pokazateli zdorovya materi i rebenka, deyatel'nost sluzhby okhrani detstva i rodovspomozheniya v Rossiiskoy Federatsii [Key indicators of maternal and child health, activities of Child Protective services and delivery care in Russian Federation]*. Report of Ministry of Health Care. Moscow, 2015.
4. Dobrokhotova Yu. E., Kuznetsov P. A., Kopylova Yu. V., Dzhokhadze L. S. Kesarevo sechenie: proshloe i budushchee [Caesarean section: past and future]. *Gynecology*, 2015. Vol. 17. N 3. P. 64–66.
5. Dobryakov I. V. *Perinatalnaya psikhologiya [Perinatal psychology]*. 2nd ed. Saint Petersburg, Piter Publ., 2015.
6. Oden M. *Kesarevo sechenie: bezopasnyy vyhod ili ugroza budushchemu? [Caesarean section: safe way out or threat to the future?]* Tr. from Eng. Moscow, International school of traditional obstetrics Publ., 2006.
7. Sophie Alexander. *The C-section epidemic: why does it matter?* Report on the 24th European Congress EBCOG. Torino, Italy. 19–21 May, 2016.
8. Psikhika i rody [Psyche and childbirth]. Ed. by professor E. K. Aylamazyan. Saint Petersburg, Yablochko SO Publ., 1996.
9. Janus L. Die Bedeutung der Pränatalen Psechologie für den Umgang mit Schwangerschaft und Geburt. *Perinatal psychology and medicine. Psychosomatic disorders in obstetrics, gynecology, pediatrics and therapy: proceedings of the All-Russian Conference*. Pt 2. Ivanovo State Medical Academy. Ivanovo, 2001. P. 72–77.
10. Kosheleva E. A., Nikolskaya I. M. «Kesaryata». Psikhologicheskie osobennosti podrostkov, rozhdennykh putem kesareva secheniya [C-section children. Psychological characteristics of teenagers born by Caesarean section]. *Psychological newspaper*, 1997. N 10 (25).
11. Mitteroecker P., Huttegger S. M., Fischer B., Pavlicev M. Reply to Grossman: The role of natural selection for the increase of Caesarean section rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 2017. Vol. 114. N 8. E 1305. Doi: 10.1073/pnas.1621176114.
12. Archpriest Dmitry Sмирнов. Semya i deti. Tserkovnyy vzglyad na problem [Family and children. Church perspective]. *VII International Christmas reading: coll. papers*. Moscow Patriarchy, Department of Religious Education and Catechesis, 1999. P. 169–175.
13. Laughlin C. D. Pre- and perinatal anthropology: a selective review. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 1989. Vol. 3. N 4. P. 261–296.
14. Siluyanov I. V. *Antropologiya bolezni [Anthropology of the disease]*. M., Sretensky Monastery Publ., 2007.
15. St. Gregory of Nyssa. *Ob ustroenii cheloveka [On the making of Man]*. Tr., note and afterword by V. M. Lur'e. SPb. Axioma Publ., Mithril Publ., 1995.

НОВОСТИ

ТУЛА

18 ноября 2019 г. по благословению митрополита Тульского и Ефремовского Алексия состоялся образовательный семинар по социальному служению «Оказание помощи алко- и наркозависимым людям», организованный Тульской и Белевской епархиями и Тульским обществом православных врачей.

Обучающий семинар прошел на приходе храма в честь святого благоверного князя Александра Невского в Туле. С приветственным словом к участникам образовательного форума, обратился благочинный церковью Центрального округа Тульской епархии, председатель отдела по благотворительности и социальному служению, протоиерей Сергей Резухин. Он, в частности, отметил: «Всем нам известно, что алкоголизм наркомания — и болезнь, и грех. И если медицинская сторона этой проблемы квалифицированно решается нашими медиками, то задача Церкви — это духовная реабилитация, это восстановление

системы ценностей в сознании вчерашнего наркомана и алкоголика. Церковь употребляет для этого все имеющиеся у нее благодатные средства, воздействуя на духовную жизнь человека, чтобы закрепить те положительные перемены, которые были достигнуты или медикаментозными средствами, или путем медицинских технологий».

Главный врач Тульского областного наркологического диспансера № 1 Н. И. Висягин подробно рассказал о деятельности наркологической службы в Тульской области, подчеркнув главные особенности мероприятий профилактической направленности.

О формировании зависимости у несовершеннолетних, этапах развития, факторах риска развития наркологических заболеваний представила доклад председатель Тульского общества православных врачей, заслуженный врач РФ, проф. кафедры педиатрии Медицинского института ТулГУ к. м. н. Т. Н. Кожевникова.

Руководитель координационного центра по утверждению трезвости и противодействию

алкоголизму и наркомании, протоиерей Виктор Рябовол сообщил о «Духовных основах помощи алко- и наркозависимым».

С докладами, характеризующими социальную значимость созависимости, особенности первичной консультации и методы лечения алкогольной зависимости, выступили заведующий кафедры поликлинической медицины Медицинского института ТулГУ к. м. н. С. Ю. Федоров, консультант по химическим зависимостям Координационного центра по утверждению трезвости и противодействию алкоголизму и наркомании К. А. Гуров, врач-психиатр Щекинской районной больницы С. В. Фадеев.

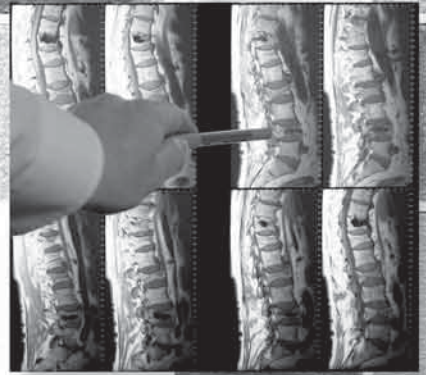
Проблемы и направления работы обсудили священнослужители, помощники благочинных и настоятелей по социальной работе, сестры милосердия сестричеств Тулы, волонтеры.

По материалам
tulaparthia.ru



**ПРАКТИЧЕСКИЕ
ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНЫ**





ПРОБЛЕМА ПОДРОСТКОВЫХ САМОУБИЙСТВ: ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ ПОДРОСТКА, РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Ирина Петровна ОЗЕРНАЯ,
врач-психиатр высшей категории,
специалист Душепопечительского центра
ОПВ Санкт-Петербурга
им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)



Irina P. OZERNAYA,
Psychiatrist of the Highest Professional
Degree, Specialist of the Pastoral Counseling
and Followup Center of St. Petersburg
Society of Orthodox Doctors named after
St. Luke (Voyno-Yasenetsky)

THE PROBLEM OF TEENAGE SUICIDES: PECULIARITIES OF THE TEEN PSYCHE AND RISKY BEHAVIORS

АННОТАЦИЯ. Подростковый возраст, считавшийся всегда психологически трудным, в наше время создает еще больше проблем. Выросшие трудности специалисты объясняют многочисленными факторами: стремительное ускорение темпа жизни, развитие международных коммуникаций, ломка традиционных психологических устоев и привычных духовных и культурных ценностей, мощнейший информационный взрыв, внутри которого оказался подросток.

Знание особенностей психики подростков весьма важно для понимания специфики психопатологии пубертатного периода, а также для отграничения психологических возрастных сдвигов от психической патологии.

В статье рассматриваются психологические особенности подросткового возраста, суицидальное поведение подростков (концепции обоснования, психологический портрет суицидента), описываются группы риска, приводятся рекомендации для родителей.

Ключевые слова: подростки, депрессия, свойства личности подростков, суицидальное поведение, подростковый суицид.

ABSTRACT. Adolescence has always been considered a psychologically difficult period. Nowadays it creates even more problems. Experts explain the increased difficulties by numerous factors: rapidly accelerating pace of life, development of international communications, breaking of traditional psychological foundations and habitual spiritual and cultural values, and a powerful information explosion, in which a teenager found himself.

Knowledge of the modern teenage mentality is very important both for understanding of pubertal psychopathology specificity, and for differentiation of psychological age-related shifts from mental pathology.

The article deals with the psychological characteristics of adolescence, suicidal behavior of adolescents (concepts of justification, psychological portrait of a suicidal person), describes the risk groups, and provides recommendations for parents.

Keywords: adolescents, depression, personality traits in adolescence, suicidal behavior, adolescent suicide.

Особенности подросткового возраста

Некоторые исследователи, изучая психологические особенности подросткового возраста, назвали их «подростковым комплексом»:

- крайняя самонадеянность и безапелляционность суждений,
- показная независимость,
- стремление к ниспровержению общепризнанных авторитетов с обожествлением случайных кумиров;

- сочетание ранимости, чувствительности к себе с бессердечием и черствостью к другим;
- крайняя эмоциональная неустойчивость и полярность психики, которая выражается:
 - ▶ в настойчивости и импульсивности,
 - ▶ в острой потребности в общении и внезапным стремлением к уединению,
 - ▶ нежность и ласковость могут проявляться на фоне недетской жестокости,
 - ▶ эмоциональное возбуждение может легко смениться апатией, отсутствием стремлений,
 - ▶ апломб и самоуверенность сменяются неуверенностью, сомнением, робостью,
 - ▶ застенчивость сменяется развязностью.

Подросткам свойственна особая чувствительность к оценке посторонними своей внешности.

Появляются атрибуты псевдовзрослости (курение, тусовки, поездки за город). Появляются свои вкусы, взгляды, оценки, линии поведения (иногда заимствованные у новых кумиров). Претензии на взрослость могут быть нелепыми, иногда уродливыми.

Характерная черта многих сегодняшних подростков — социальная инфантильность. Подростка не смущает, что прав он требует значительно больше, чем берет на себя обязанностей.

У подростков часто происходит смена мнений интересов, а также частая смена друзей при насущной потребности в единственном преданном друге. Им свойственен максимализм как в словах, так и в действиях.

Характерно для подростковой среды наличие «референтных групп», чьим мнением подросток чрезвычайно дорожит. Желание слиться с «референтной» группой — это социальная мимикрия, т. е. механизм психологической защиты.

Подростковый период характеризуется потребностью получения большого количества информации, но стремления и умения систематизировать получаемую информацию у подростков нет.

В начальном периоде пубертатного возраста, в негативном периоде, который в зару-

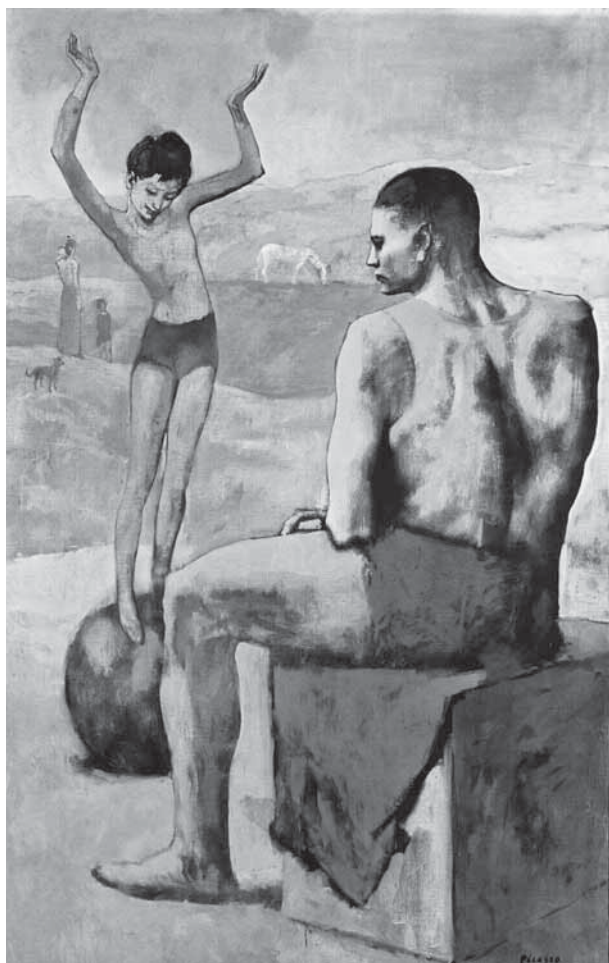
бежной литературе обозначается как «фаза негативизма», «фаза упрямства», преобладают изменения в эмоционально-волевой сфере, а также контрастные и противоречивые личностные проявления, о которых упоминалось ранее и которые четко указывают на отсутствие стабильности личности подростка. Подростки рано начинают стремиться к «самостоятельности», протестуя против опеки взрослых, нередко через оппозиционное, недоброжелательное поведение (со вспышками грубости, непослушания, уходов из дома), что, кстати, совсем не означает, что подросток перестал любить своих родителей. Что же произошло? Вчерашний нежный, ласковый, послушный ребенок чуть повзрослел и так изменился!



Тайна и меланхолия улицы. Художник Д. де Кирико. 1914 г.

Целый ряд психиатров (Г. К. Ушаков, Н. D. Ressler, Г. Е. Сухарева) отмечали, что в пубертатном периоде значительно усиливается **асинхрония** созревания отдельных систем и функций организма, а адаптационная система (гипоталамус–гипофиз–кора надпочечников) у подростка находится в состоянии гипервозбудимости. Возникает разрыв между ранним физическим, включая половое, созреванием и более поздним

достижением социальной зрелости. Именно с асинхронией связывают возникновение той или иной степени дисгармонии и неустойчивости (в отличие от относительного равновесия в детском возрасте) как в физических, так и психических проявлениях здоровых подростков. Эндокринные изменения в этот период влияют на нервную систему и на организацию деятельности мозга подростка. При этом замечено, что на поведение подростка оказывает воздействие не столько его календарный возраст и характер функционирования его центральной нервной системы, сколько уровень его половой зрелости.



Девочка на шаре. Художник П. Пикассо. 1905 г.

В этот период для подростков характерен повышенный интерес к своему физическому «Я», внешним формам и пропорциям своего тела. Не только организм мальчика, но и организм девочки в подростковом возрасте подвержен множеству изменений. У девочек увеличивается риск «неправиль-

ности» поведения, т. к. в подростковом возрасте начинает утверждаться своеобразная независимость, появляется ощущение взросления, а с ним и множество личностных проблем, связанных с излишней озабоченностью своей внешностью, своим весом, своим телом. Частично эта озабоченность может быть связана с теми гендерными стереотипами, которые существуют и распространяются СМИ. Отсюда могут быть навязчивые занятия физическими упражнениями, подсчет калорий, выбор диет, а отсюда неправильное питание. Наблюдения показывают, что у растущих девушек нередко увеличивается употребление сигарет, психоактивных веществ, а при пролонгации тех или иных увлечений незаметно формируются зависимости

У подростков мышление во многом зависит от эмоционального состояния. Они воспринимают проблемы гиперболизированно, не хватает жизненного опыта, недостаточно контакта между родителями и детьми, нарастает ощущение своей незащитности, нарастает степень внутренней дисгармонии, что может способствовать образованию затяжных патологических реакций и нарастанию социальной дезадаптации, что порождает тревогу и может привести к аутоагрессии.

Важно не упустить этот момент «дисгармонической декомпенсации». Этого «дезадаптационного взрыва», могущего привести подростка к трагической попытке решить свои проблемы путем аутоагрессии, т. е. суицида.

Суицидальное поведение

Несмотря на попытки ученых дать теоретическое обоснование суицидальному поведению, в настоящее время нет единой теории, объясняющей природу самоубийств, хотя и выделяют основные **три концепции**:

1. психопатологическую,
2. психологическую,
3. социологическую.

Некоторые исследователи считают, что суицидальные действия представляют собой одну из форм проявлений психических

заболеваний. В 1985 г. А. Е. Личко писал: «суицидальное поведение подростков — это в основном проблема пограничной психиатрии». По наблюдению автора лишь 5% суицидов падает на психозы; на психопатии и акцентуации характера — 20–30%. А все остальные случаи — так называемые «подростковые кризы».

Большинство ученых-социологов считают, что самоубийство более вероятно тогда, когда человек испытывает недостаток социальных отношений (изоляция в классе или в референтной группе, дезадаптация в новом коллективе и т. д.). Еще одним из факторов называют влияние подростковой субкультуры. Некоторые исследователи (Н. В. Конончук, В. К. Магер), выделяя основные свойства, характерные для суициданта, как бы предлагают обобщенный психологический портрет его:

- заниженная самооценка с одной стороны, но и высокая потребность в самореализации с другой;
- чаще это эмпатичный человек со сниженной способностью переносить боль;
- ему свойственны тревожность, пессимизм, тенденция к самообвинению, тенденция ухода от решения проблем.

Вот еще один рисуемый портрет суицидента:

- воспитание по типу гипоопеки;
- малые эмоциональные связи;
- ригидность целевых установок;
- настойчивость в значимых ситуациях;
- склонность к импульсивным реакциям.

Надо сказать, что единого портрета суицидента пока создать не удалось.

З. Фрейд считал, что «Эрос и Танатос» правят миром. Другие психологи утверждают, что в основе суицида чувство безнадежности, и поток невыносимой психологической боли у суицидента прерывается смертью. Эти люди не обладают гибким мышлением.

В практике: подростков, склонных к суициду, принято делить на две категории:

- те, для кого смерть, прекращение жизни, является целью фатального поступка. К такой смерти чаще идут осознанно;
- те, для кого суицид является следствием прекращения страданий, обстоятельств, не удовлетворяющих их.

Детский суицид чаще является средством ухода от страшной для них жизни, а не целью завершить жизнь, умереть. Суициды для детей и подростков случаются не только в неблагополучных семьях. Суицидальная готовность может развиваться у впечатлительных, легко ранимых, обидчивых детей с повышенной тревожностью, навязчивыми страхами, фобиями, чувством вины, склонных застревать на негативных эмоциях. Интенсивность страданий, толкающих к суициду, настолько высока и невыносима для ребенка, что на этой почве любое событие может довести до сужения сознания и стать толчком или внешним поводом к суициду.

Цель суицида у таких детей парадоксальна — достучаться до взрослого, изменить невыносимую ситуацию. При этом именно в благополучных семьях дети обычно не рассказывают о своих суицидальных фантазиях, мыслях, намерениях, а с друзьями делятся легко, иногда с психологом. Почему не делятся с мамой? — «Не хотел расстраивать». «Я думал, родители знают». «А разве они не чувствуют, что мне плохо?» Между тем, не только дети, но и подростки не осознают по-настоящему, что такое смерть. Кроме того, они находятся в мире компьютерных игр, где герои не погибают. Некоторые суициденты представляют себя в гробу, предполагая, что будут радоваться, видя слезы жалеющих их близких. Кто-то мечтает о мести и наказании вредной учительницы, ибо она-то и виновна в их смерти. Большинство младших школьников воспринимают смерть как временное явление, нет понимания необратимости смерти. Наиболее частые причины суицидов у младших школьников: развод родителей, смерть близких, и, к сожалению, все чаще — наркозависимость.

Подросткам среднего и старшего возраста свойственны размышления о жизни и смерти, повышенный интерес к этой теме. Это находит интерес и в молодежной субкультуре. Тема смерти особенно привлекательна, нередко приобретает для подростка даже ореол таинственной романтичности. Только незначительный процент подростков сознают, что смерть является окончательным прекращением жизни. Остальные

так или иначе отрицают необратимость смертельного исхода, верят в переселение душ, в реинкарнацию и т. д. У детей и подростков довольно трудно отличить истинные суицидальные акты от демонстративных суицидальных имитаций. Многие, кто покушаются на самоубийство, на самом деле не хотят умирать. Они просто утратили способность общаться с миром обычным способом. Для них большая доза таблеток или перерезанные вены — лишь способ сообщить всем о своем отчаянии. Некоторые из самоубийц молятся, чтобы кто-то нашел их до того, как наступит конец.

Коммуникативные трудности — одна из ключевых проблем эмоциональной жизни подростка. Нарастающая тревога, неумение видеть перспективу, падающая самооценка — все это ведет к развитию недостаточности самопринятия. Отмечено, что суициденты имеют суженное поле зрения, своеобразное туннельное сознание. Иногда подобное состояние уходит в сторону девиантного поведения или подводит к суициду.

Кто из подростков наиболее подвержен суициду?

Первую группу составляют подростки, склонные к депрессиям. Речь идет не о свойствах характера или особенностях темперамента. Депрессией страдают до 8% всех подростков. Патогенез связан с нарушением в системе нейротрансмиттеров, приводящих к нехватке серотонина, норадреналина и дофамина в отделах головного мозга, связанных с генерацией эмоций (гиппокамп, миндалина, прозрачная перегородка, поясная извилина), а также с нарушениями функции ГАМКергической и глутаматергической систем.

По данным ВОЗ, депрессия — одно из самых распространенных психических расстройств в мире. Как отмечается в докладе ВОЗ «Депрессия: глобальная проблема», опубликованном в 2012 г., от депрессии ежегодно страдают более 350 млн человек всех возрастных групп.

Депрессия — аффективный синдром, основным проявлением которого служат сни-

жение настроения, потеря интересов, утрата способности получать удовольствие.

Симптоматика депрессивных расстройств у подростков имеет отчетливое возрастное своеобразие. Для подростков 10–12 лет — это чаще соматические симптомы (недомогание, расстройство пищеварения, боли в животе, астенизация и т. д.) Наряду с жалобами на физическое недомогание нужно обратить внимание на изменения в поведении: ранее общительный стал замкнутым, жалуется на скуку, усталость; утратил интерес к играм, развлечениям. Жалобы на тоску и грусть крайне редки.

В 12–14 лет, по мере перехода из начальной школы в среднюю, где усложняется программа и появляется множество учителей-предметников, у некоторых подростков развивается депрессия, замаскированная школьной фобией. В психическом состоянии подростка нарастает двигательная и мыслительная заторможенность, появляются мысли о своей несостоятельности, появляется страх порицания, что в итоге может привести к отказу от школы. Подросток затрудняется выразить свои чувства вербально (при постоянном пользовании гаджетами вербальный контакт затруднен, внимание рассеяно, мышление клиповое и т. д.) Появляется неуверенность в себе, начинает расти тревога, а с ней снижается настроение, все острее ощущается тяжесть проблем и чувство одиночества, безысходности. Поиск выхода и безуспешность такового толкает подростка к аутоагрессии.

По мере взросления у подростка медленно идет созревание самосознания, начинают формироваться высшие формы понятийного мышления, зреет осознание своего места в обществе, выстраиваются высшие эмоции, в том числе интеллектуальные, этические и др. В 15–18 лет депрессия нередко просматривается сквозь маску «метафизической интоксикации». Подросток размышляет о смысле жизни и переживает чувство утраты этого смысла, переживает как свою личную драму. Мысли о жизни и смерти приобретают самодовлеющий характер, превращаются в навязчивое, бесплодное мудрствование, нарастает отрешенность и дезадаптация, ведущая к социальному краху и суициду.

Наблюдения показывают, что депрессия у подростков, имея в своей основе типичные признаки, тем не менее может проявляться такими особенностями, которые позволили J. Toolan (1971), а впоследствии А. Е. Личко говорить об атипичности подростковых депрессий и выделить так называемые **депрессивные эквиваленты**.

Делинквентный эквивалент депрессии выступает внезапно начавшимися и ранее не свойственными данному подростку нарушениями поведения. Подросток становится озлобленным, угрюмым, начинает грубить учителям, родителям, все делать «наперекор», перестает посещать занятия, выполнять школьные задания, поздно возвращается домой и, наконец, попадает в асоциальную уличную компанию. Начинает употреблять алкогольные напитки (при этом не испытывает эйфории), пробует психоактивные и токсические вещества.



Дозорные верхнего парка. Художник Р. Гонсалес

Но настоящего удовольствия от своих походов подросток не получает в отличие от обычного делинквентного поведения. На всем — отпечаток отчаяния, безысходности, сам лезет на рожон, как будто ищет наказания. Проявленная грубость, агрессия как бы убеждает подростка в том, что он действительно плохой, что еще больше отталкивает его от родных, усиливая таким образом чувство оторванности, одиночества. Состояние может затягиваться, иногда может предшествовать будущим типичным депрессиям в структуре разных психозов.

Ипохондрический эквивалент депрессии встречается нередко, содержит в себе оби-

лие соматических жалоб, выискивание у себя несуществующих болезней. Такие подростки бегают по врачам, охотно обследуются и лечатся, валяются в постели, обижаются на то, что им «не верят». Плохое настроение объясняют «тяжелым заболеванием». Ипохондрический эквивалент чаще наблюдается у лиц с невысоким интеллектом. Может предшествовать дальнейшему развитию шизофрении.

Астено-апатический эквивалент депрессии обычно начинается со снижения успеваемости, с жалоб на невозможность сосредоточиться, понять, усвоить, запомнить новый материал. Подросток пытается заниматься дольше и интенсивнее, но утомляется, и его продуктивность стремительно падает. Ухудшающие отметки приводят в отчаяние, настроение падает, ребенок становится все более вялым, безынициативным, исчезают хобби, увлечения, пропадает интерес к развлекательным занятиям. Может много спать, но после сна не ощущает свежести, бодрости. Аппетит не падает, но принятие любимой пищи не приносит прежнего удовольствия. Жалуются обычно на скуку, тоски не отмечают, раздражаются на обвинения в бездеятельности, в лени. Особенно часто этот эквивалент встречается при эндокринных депрессиях, но может выступать в качестве дебюта прогрессивной шизофрении. Мысли о нежелании жить нередки, но действия чаще не предпринимаются.

Самоубийство — это акт отчаяния и, как мы видим, часто его причина лежит в подростковой депрессии.

Одна из характерных особенностей поведения подростков — это гипертрофированная, неудержимая потребность в эмоциональном насыщении (Л. И. Божович, А. М. Прихожан, Х. Ремшмидт). Поиск новых ощущений сочетается с повышенной поисковой активностью, возможно, с риском. Подросток знакомится с алкоголем, наркотиками, психоактивными веществами, экстримом, не умея при этом сдерживать бурное выражение эмоций, блокирующих разумные решения, плохо контролирует себя и свои устремления к самоутверждению. Именно те подростки, которые начинают пробовать

токсические вещества в поисках новых ощущений, составляют **вторую группу** подростков, подверженных суициду.

К третьей группе относят тех, кто плохо успевают в школе, стал плохо учиться, у кого появилось и нарастает чувство собственной несостоятельности.

Четвертую группу составляют подростки, которые в силу обстоятельств стали свидетелями гибели или самоубийства.

Пятую группу представляют девушки (после насилия или во время беременности).

И иногда не минует сия чаша неординарных, талантливых подростков, не вписывающихся в общество (**шестая группа**). Для них характерны повышенная ранимость и ощущение себя изгоем, что и толкает их к самоубийству.

Суициды различают:

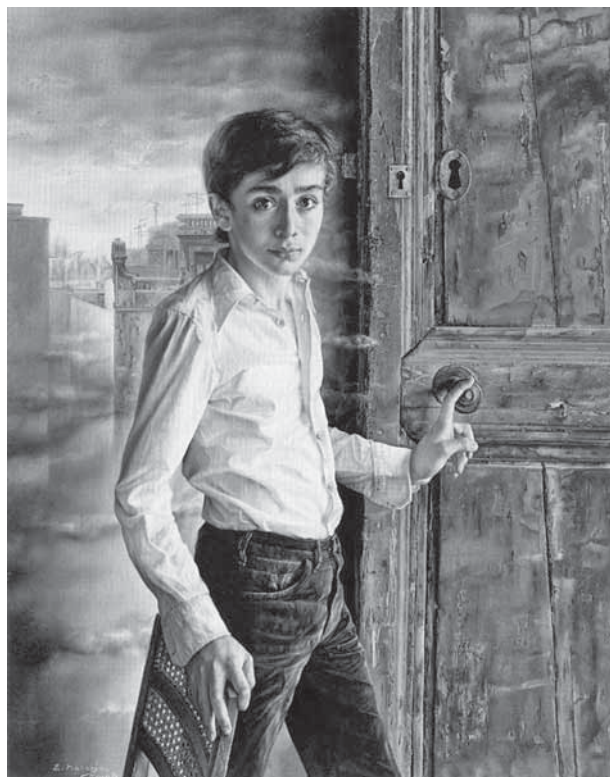
- истинные, когда у подростка действительно твердые намерения свести счеты с жизнью. Часто зреют внутри, подросток ничем себя не выдает. Но даже здесь в глубине души тлеет надежда, что вдруг что-то изменится и не надо будет это делать. Если суицид не завершен, может быть повторяем;
- демонстративные — как способ привлечь к себе внимание. Чаще наблюдается у девочек с истерическими чертами личности. Если суицид не завершен, может многократно повторяться;
- аффективные, когда попытка самоубийства происходит под влиянием сиюминутных сильных чувств, чаще у девочек (вследствие конфликта в семье, на почве неразделенной, безответной влюбленности, под сильным впечатлением фильма, прочитанной книги). Обычно не повторяется.

Выделяют признаки готовящегося суицида:

- вербальные: подросток избегает в разговорах этой темы или, напротив, намекает, даже шутит, может прямо говорить «покончу с собой». В высказываниях настойчиво звучит отсутствие надежды, веры в будущее;
- ситуационные: подросток все более отдален, уединяется, находится в изоляции, ощущает себя жертвой насилия (сексуального, эмоционального), к себе относится излишне самокритично, даже уничижительно.

Возможно, перенес тяжелую утрату или живет в нестабильном окружении. Предпринимал суицидальные попытки ранее;

- поведенческие: начинает раздавать прежде любимые предметы, вещи; примиряется с недругами, приводит в порядок дела, свою комнату, отдаляется от друзей, за собой не следит, может перестать мыться, мало или, напротив, много и без особого разбора ест, не спит или наоборот спит много, то пассивен, то чрезмерно деятелен; то эйфоричен, то явные признаки отчаяния. Чем более подробно разработан план, тем более близок он для осуществления. Прием алкоголя может способствовать раскованности и снижает страх смерти.



Портрет мальчика. Художник Э. Наранхо. 1974 г.

Иногда внешние признаки готовящегося суицида как бы отступают, нивелируются. В поведении подростка даже может просматриваться прилив энергии, внешняя удовлетворенность. Если решение покончить с собой принято и план составлен, мысли на эту тему перестают мучить; исчезает тревога, появляется избыток энергии. Может показаться, что подросток отказался от мысли о самоубийстве, но следует знать, что состояние прилива сил на фоне длительной

«меланхолии», апатии, тревоги может быть опаснее, чем выраженная депрессия.

Если родители, близкие почувствовали возможную опасность, им необходимо отложить все дела, остаться с подростком, ждать, пока пройдет такое настроение, почувствовать, сопереживать, но, что называется, не лезть в душу. В любой момент надо быть готовыми к общению, не упрекать. Не возлагать на ребенка ожидания ответственности за нереализованные планы и мечты,

не поощрять его склонность к самообвинению; постараться не дать подростку стать затворником, стимулировать любые двигательные занятия (совместные прогулки, бег, велосипед, ролики в парке, за городом). При необходимости уговорить обратиться к специалисту (психологу, психотерапевту, психиатру).

В оформлении статьи использованы материалы archive.ru, thisiscolossal.com, iamachild.wordpress.com

Литература

1. Ушаков Г. К. Клиника заболеваний, физиология и гигиена в подростковом возрасте. М., 1971.
2. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М., 1955.
3. Кербинов О. В. К учению о динамике психопатий // Избранные труды. М., 1971.
4. Личко А. Е. Психопатия и акцентуация характера у подростков. Л., 1977.
5. Личко А. Е., Александров А. А. О разграничении психопатий и акцентуаций характера по степени выраженности // Патологические нарушения поведения у подростков / Под ред. А. Е. Личко. Л., 1973.
6. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. М., 1979.
7. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.

References

1. Ushakov G. K. *Klinika zabojevanij, fiziologija i gigiena v podrostkovom vozraste* [Disease Clinic, Physiology and Hygiene in Adolescence]. M., 1971.
2. Sukhareva G. E. *Klinicheskie lekcii po psihiatrii detskogo vozrasta* [Clinical Lectures on Child Psychiatry]. Vol. 1. M., 1955.
3. Kerbikov O. V. *K ucheniju o dinamike psihopatij* [To the Doctrine of the Dynamics of Psychopathy]. *Izbrannye trudy* [Selected Works]. M., 1971.
4. Lichko A. E. *Psihopatija i akcentuacija haraktera u podrostkov* [Psychopathy and Accentuation of Character in Adolescents]. L., 1977.
5. Lichko A. E., Alexandrov A. A. *O razgranichenii psihopatij i akcentuacij haraktera po stepeni vyrazhennosti* [On the Differentiation of Psychopathies and Character Accentuations by Degree of Severity]. *Patologicheskie narushenija povedenija u podrostkov* [Pathological Behavior Disorders in Adolescents] Ed. Lichko A.E. L., 1973.
6. Lichko A. E. *Podrostkovaja psihiatrija* [Adolescent Psychiatry]. M., 1979.
7. Kovalev V. V. *Psihiatrija detskogo vozrasta* [Psychiatry of Childhood]. M., 1979.

НОВОСТИ

БАРНАУЛ

6 ноября 2019 г. в краевом перинатальном центре «Дар» в рамках X Епархиальных Рождественских образовательных чтений в Барнауле прошел круглый стол **«Затруднительные вопросы духовного окормления пациентов детских и взрослых больничных учреждений, домов инвалидов и интернатов»**.

В мероприятии приняли участие священнослужители, врачи, а также те, кто несет служение в данном направлении, в их числе: заместитель настоятеля Александро-Невского собора по социальному служению иерей Михаил Ралдугин, участники социальной службы храма.

На круглом столе обсуждались такие актуальные темы, как опыт духовного окормления пациенток родильного дома, специфика психологической помощи беременным, психологические особенности работы с престарелыми

людьми и инвалидами, проживающими в интернатах, вопросы демографии, современные медицинские технологии, опыт священнического служения в больнице.

Сегодня во многих больницах и интернатах Барнаульской епархии действуют часовни и моленные комнаты. Священники регулярно посещают пациентов учреждений здравоохранения, оказывая им духовную поддержку, исповедуя и причащая Святых Христовых Таин. Различные аспекты духовной помощи болящим обсуждались на круглом столе.

Проблемы окормления беременных женщин и роениц затронули в своих выступлениях протоиерей Сергей Холодков и акушер-гинеколог, председатель Алтайского отделения Общества православных врачей России Е. В. Харченко, сообщившая о влиянии современных вспомогательных репродуктивных технологий на здоровье женщин и их будущих детей.

По итогам круглого стола было выдвинуто предложение о более плотном сотрудничестве священников и психологов, работающих в больницах и интернатах, принято решение об отдельной встрече всех заинтересованных сторон.

Участники встречи затронули тему **помощи священникам, несущим больничное служение**. Примером такой помощи является социальная служба при Александро-Невском соборе, в состав которой входят сестры милосердия и добровольцы, помогающие в часовне св. великомученика и целителя Пантелеймона при Железнодорожной больнице Барнаула.

Круглый стол стал эффективной площадкой по обмену опытом священнослужителей, окормляющих пациентов различных учреждений здравоохранения, психологов и врачей.

По материалам altai-eparhia.ru

БЕЗМОЛВНАЯ ЭПИДЕМИЯ — ОСТЕОПОРОЗ

Дмитрий Сергеевич АГАНОВ,
кандидат медицинских наук, сотрудник кафедры
и клиники факультетской терапии Военно-
медицинской академии им. С. М. Кирова

Dmitriy S. AGANOV,
Cand. Sci. (Med), Employee of the Department
and Clinic Faculty Therapy of Military Medical Academy
named after S. M. Kirov

Сергей Борисович ИГНАТЬЕВ,
кандидат медицинских наук, сотрудник кафедры
и клиники факультетской терапии Военно-
медицинской академии им. С. М. Кирова

Sergey B. IGNATIEV,
Cand. Sci. (Med), Employee of the Department
and Clinic Faculty Therapy of Military Medical Academy
named after S. M. Kirov

Михаил Михайлович ТОПОРКОВ,
кандидат медицинских наук, сотрудник кафедры
и клиники факультетской терапии Военно-
медицинской академии им. С. М. Кирова

Mikhail M. TOPORKOV,
Cand. Sci. (Med), Employee of the Department
and Clinic Faculty Therapy of Military Medical Academy
named after S. M. Kirov

SILENT EPIDEMIC — OSTEOPOROSIS

АННОТАЦИЯ. Остеопороз — многофакторное заболевание, характеризующееся низкой минеральной плотностью кости и микроархитектурными нарушениями, что приводит к потере прочности костной ткани и увеличению риска переломов. Актуальность определяется в первую очередь переломами позвонков и костей периферического скелета, приводящими к потере трудоспособности, повышенной заболеваемости и смертности, а также значительным социально-экономическим потерям, что ставит проблему остеопороза на четвертое место после сердечно-сосудистых, онкологических болезней и сахарного диабета. В данной статье рассматриваются: современные данные о патогенезе нарушения минерального обмена костной ткани, группы риска, методы лабораторной и инструментальной диагностики.

Ключевые слова: остеопороз, холекальциферол, остеокальцин, оксипролин, деносуаб.

ABSTRACT. Osteoporosis is a multifactorial disease characterized by low mineral bone density and microarchitectural disorders, which leads to bone tissue strength loss and fracture risk increase. The relevance is mostly determined by fractured vertebra and peripheral skeleton bones, leading to disability, increased morbidity and mortality, as well as social and economic losses, which puts the problem of osteoporosis in fourth place after cardiovascular, oncological diseases and diabetes. This article considers: current data on the pathogenesis of mineral metabolism of bone tissue disorders, risk groups, laboratory and instrumental diagnostics methods.

Keywords: Osteoporosis, cholecalciferol, osteocalcin, oxyproline, denosumab.

Введение

Кость — это орган, являющийся компонентом системы органов опоры и движения, имеющий типичную форму и строение, характерную архитектуру сосудов и нервов. Костная ткань на $\frac{2}{3}$ состоит из минеральных соединений, главным образом из солей кальция в форме гидроксипатитных кристал-

лов и органического матрикса, который на 90% представлен коллагеном I типа. Ведущая роль в формировании костной системы принадлежит макро- и микроэлементам. Значительное влияние среди макроэлементов имеет кальций, магний и фосфор. Их дефицит может приводить к нарушению как формирования, так и резорбции костной ткани.

Большинство регуляторных механизмов направлено на процессы резорбции костной ткани. Ключевую роль в понимании процессов регуляции костной реконструкции принадлежит цитокиновой системе рецептора активатора ядерного фактора каппа-В (RANK), его лиганда (RANKL) и остеопротегерина (OPG) [1], отвечающей за остеокластогенез, резорбцию и ремоделирование костной ткани. Открытие данной системы в 1997 г. помогло понять патогенез остеопороза (ОП), остеокластогенеза, регуляцию костной резорбции, локальных процессов репарации.

Регуляция ремоделирования костной ткани происходит под действием паратиреоидного гормона (ПТГ), 1,25-дигидроксивитамина D₃ и кальцитонина на уровне органов-мишеней — кишечника, почек и костной системы. Любое снижение концентрации кальция в сыворотке крови приводит к развитию вторичного гиперпаратиреоза, для поддержания физиологического уровня кальция, необходимого для нормального клеточного метаболизма [2]. Центральная роль в поддержании гомеостаза кальция в организме и здоровья костей принадлежит витамину D₃, а данные, указывающие на взаимосвязи уровня витамина D₃ при различных хронических заболеваниях по-прежнему определяют интерес к данной проблеме. Витамин D₃ — холекальциферол синтезируется в мальпигиевом слое эпидермиса из 7-дигидрохолестерина под действием УФО спектра 290–315 нм. Холекальциферол гидроксилируется в печени, образуя 25-гидроксивитамин D₃. Последний не обладает никакой метаболической активностью и только после последующего гидроксилирования в почках под влиянием ПТГ синтезируется в активную форму 1,25-дигидроксивитамина D₃ — кальцитриол, обеспечивающий и поддерживающий гомеостаз кальция через его регуляцию в кишечнике и костях.

ОП — системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и микроструктурной перестройкой костной ткани, приводящими к повышенной хрупкости кости. Вследствие снижения костной массы при ОП происходят переломы как при незначительной травме, так и при статиче-

ской нагрузке. Прочность кости отражает интеграцию двух главных характеристик костной ткани: минеральной плотности и качества кости (архитектоника, обмен, накопление повреждений, минерализация)

ОП в настоящее время самое распространенное метаболическое заболевание опорно-двигательного аппарата, для которого характерно снижение костной массы в единице объема, что происходит постепенно, скрыто и часто выявляется после переломов позвонков, шейки бедренной кости, проксимального отдела лучевой кости и других локализаций.

Результаты проведенного анализа данных Российской ассоциацией по остеопорозу в 2010 г. [3] показали, что население России составило 142 млн человек, из них 45,5 млн (32%) — люди в возрасте 50 лет и старше. При этом средняя продолжительность жизни женщин значительно выше, чем у мужчин (72 года против 59 лет). Таким образом, на настоящий момент в Российской Федерации ОП страдают 14 млн человек (10% населения страны), у 20 млн есть остеопения. Ожидается, что к 2020 г. в Российской Федерации количество лиц в возрасте 50 лет и старше увеличится до 48 млн человек, а к 2050 г. до 56%, а в возрасте 70 лет и старше — до 20%, что предполагает увеличение числа больных ОП на 1/3.

Влияние внешних факторов на минеральный обмен костной ткани

Костная масса нарастает до 25–30 лет и после завершения роста у остается практически неизменной. В периоде старения резорбция начинает преобладать над синтезом кости, что приводит к снижению костной массы. Считается, что уровень костной массы в пожилом возрасте зависит от двух факторов — массы кости, сформированной в подростковом периоде и скорости костной резорбции в процессе старения. На величину костной массы влияют генетический статус, физическая активность и алиментарный фактор. Скорость потери костной массы определяется большим количеством факторов, такими как: недостаток половых гормонов (менопауза, оофрэктомия, аме-

норея, гипогонадизм), возрастные изменения (снижение физической активности, всасывания кальция в желудочно-кишечном тракте). Кроме того, снижение костной массы может быть следствием хронических заболеваний (эндокринных, ревматических, гематологических гастроэнтерологических, нефрологических, алкоголизма) или лекарственной терапии, прежде всего, глюкокортикоидной. При ОП необходимо целенаправленное выявление пациентов с факторами риска ОП и переломов с целью профилактики либо формирования групп риска для последующего обследования и лечения ОП (табл. 1).

Среди внешних факторов риска ОП особую роль занимает влияние экстремальных условий Севера. Как известно, около 70% России занимают Северные территории, что определяет актуальность проблемы. В условиях Севера, по-прежнему остается одной из самых актуальных проблема минерального обмена костной ткани. К факторам, вызывающим данные изменения относятся: низкая температура среды, специфическая для этих широт фотопериодичность, высокая ионизация воздуха и резкие непериодические колебания напряжения геомагнитного и статического электрического поля, перепады атмосферного давления, низкая парциальная плотность кислорода в воздухе. Неблагоприятное воздействие на ор-

ганизм перечисленных факторов приводит к развитию сдвигов основных физиологических процессов, формированию «полярного» метаболического типа обмена. Помимо неблагоприятного влияния природно-климатических условий, отрицательное воздействие могут оказывать такие модифицированные факторы как курение, гиподинамия, недостаточное потребление кальция, злоупотребление алкоголем.

Установлено, что у лиц, проживающих в условиях Севера, наблюдается чаще снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ), чем в других регионах. По данным многоцентрового межнационального исследования MEDOS [4], показано увеличение частоты переломов проксимальных отделов бедренной кости, преимущественно в северных регионах Европы.

В многочисленных исследованиях, рассматривающих влияние сезонности на МПКТ, показано, что наименьший уровень в сыворотке крови витамина D₃ наблюдается преимущественно в зимнее время — декабрь–февраль. По результатам ряда исследований снижение уровня витамина D₃ совпадает со значительным усилением минерального обмена костной ткани, однако есть работы не подтверждающие данный факт.

До сих пор остается дискуссионным вопрос об оптимальном содержании витами-

Таблица 1

Основные факторы риска остеопороза и переломов костей

Модифицируемые факторы риска	Немодифицируемые факторы риска
<ul style="list-style-type: none"> • Системный прием ГК более трех месяцев (А) • Табакокурение (А) • Недостаточное потребление кальция (А) • Дефицит витамина D (А) • Злоупотребление алкоголем (А) • Низкая физическая активность (В) • Длительная иммобилизация (В) 	<ul style="list-style-type: none"> • Возраст старше 65 лет (А) • Женский пол (А) • Белая (европеоидная) раса (В) • Предшествующие переломы (А) • Низкая МПК (А) • Склонность к падениям (А) • Наследственность (семейный анамнез остеопороза) (А) • Гипогонадизм у мужчин и женщин* (А) • Снижение клиренса креатинина и/или клубочковой фильтрации (В) • ИМТ <20 кг/м² и/или вес менее 57кг (А)

* низкий уровень тестостерона у мужчин с соответствующей симптоматикой и ранняя менопауза у женщин (ранее 45 лет).

на D₃ в сыворотке крови. Многие исследователи определяют необходимое содержание витамина D₃ как самую низкую концентрацию в сыворотке крови D₃, максимально подавляющую секрецию ПТГ и оптимизирующую МПКТ. На основании этих критериев, большинство экспертов полагают, что уровень витамина D₃ от 21 до 30 нг/мл свидетельствуют относительной недостаточности, в то время как уровень менее 20 нг/мл является дефицитом витамина D₃. По данным доклада Американского института медицины, опубликованного в 2011 г., уровень витамина D₃ является адекватным, когда он равен или выше 50 нмоль/л. Недавние исследования показали, что минимальный пороговый уровень D₃, необходимый для профилактики разрушения кости, составляет 29,7 нг/мл [5]. Однако, есть определенная проблема в отношении оптимальной концентрации витамина D₃ для профилактики переломов. Витамин D₃ обладает рядом внескелетных действий, включая укрепление иммунитета, профилактику рака и артериальной гипертензии. В связи с этим доза витамина D₃, необходимая для реализации данных эффектов может быть значительно выше, чем необходимо для обеспечения адекватного метаболизма костной ткани.

Диагностика ОП

Для диагностики ОП в настоящее время широко используется рентгенография и двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA).

Рентгендиагностика является первым лучевым методом для выявления ОП. Выделяют следующие рентгенологические признаки ОП позвоночника (Н. Р. Kruse, 1978):

- снижение плотности рентгенологической тени;
- истончение поперечных трабекул и кортикального слоя, подчеркнутость замыкательных пластин;
- дальнейшая атрофия трабекулярного рисунка, дополнительный вертикальный акцент губчатого слоя тел позвонков;
- деформация позвонков (клиновидная, двояковогнутая, деформация сдавления).

В настоящий момент в ВС Российской Федерации рентгенологическая оценка по-прежнему остается единственным доступным и распространенным методом визуализации ОП. Рентгенография позволяет определять локализацию снижения МПКТ лишь в том случае, когда потеря костной ткани достигает значительных величин — 20–50%, что снижает значение данного метода для ранней диагностики ОП. Рентгенография необходима для обнаружения уже имеющихся деформаций, переломов или трещин

Денситометрия на сегодняшний день является наиболее распространенным и достоверным методом измерения МПКТ с целью диагностики ОП на ранних стадиях, обеспечивающим при минимальной лучевой нагрузке визуализировать от 2 до 5% потери МПК. Точность исследования превосходит ультразвуковое, не уступая при этом компьютерной томографии.

Таблица 2

Критерии ВОЗ по интерпретации результатов ДРА денситометрии у женщин в перименопаузе и у мужчин старше 50 лет (А)

	Показатели Т-критерия
Норма	От 2,5 до –1,0 стандартных отклонений
Остеопения	От –1,0 до –2,5 стандартных отклонений
ОП	Менее –2,5 стандартных отклонений
Тяжелый ОП	Менее –2,5 стандартных отклонений с наличием в анамнезе одного и более переломов

Лабораторная диагностика ОП включает определение маркеров костеобразования и резорбции костной ткани

Маркеры костеобразования:

- остеокальцин (синтезируемый остеобластами),
- костный изофермент щелочной фосфатазы;
- карбокситерминальные пропептиды проколлагена 1 типа.

Маркеры резорбции костной ткани:

- продукты деградации коллагена I типа;
- -N- и C-телопептиды молекул коллагена I типа (NTX, CTX) в крови и моче
- оксипролин (ОНPr)*;
- оксипиридинолин (PYR)*;
- дезоксипиридинолин (DPYR)*;
- тартрат-резистентная кислая фосфатаза (TRACP).

Маркеры костного ремоделирования (резорбции при назначении антирезорбтивной терапии и костеобразования при назначении анаболической терапии) рекомендовано определять исходно и через 3 месяца от начала терапии с целью ранней оценки эффективности лечения и приверженности к терапии. Достаточно оценивать один маркер, но одним и тем же лабораторным набором.

Лечение

Обязательной частью лечения ОП является немедикаментозная терапия:

- ходьба и физические упражнения (упражнения с нагрузкой весом тела, силовые упражнения и тренировка равновесия);
- прыжки и бег противопоказаны;
- коррекция питания (продукты, богатые кальцием) (D);
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем (D);
- образовательные программы («Школа здоровья для пациентов с остеопорозом») (B);
- ношение жестких и полужестких корсетов для снижения выраженности болевого синдрома после перелома позвонка (A).

Таблица 3

Дозировки и способы введения препаратов для лечения остеопороза

Препараты	Дозировка	Режим и способ введения	Формы остеопороза, при которых используется
Бисфосфонаты			
Алендронат	Таблетка 70 мг	Внутри один раз в неделю*	Постменопаузальный ОП, ОП у мужчин, Глюкокортикоидный ОП
Ризедронат	Таблетка 35 мг	Внутри один раз в неделю*	Постменопаузальный ОП, Глюкокортикоидный ОП
Золедроновая кислота	Флакон 5 мг/100 мл	Внутривенно один раз в год	Постменопаузальный ОП, ОП у мужчин, Глюкокортикоидный ОП, профилактика новых переломов у мужчин и женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости
Ибандронат	Таблетка 150 мг	Внутри один раз в месяц	Постменопаузальный ОП
Ибандронат	3 мг/3 мл в шприце	Внутривенно один раз в 3 мес.	Постменопаузальный ОП
Деносумаб	60 мг в шприце	Подкожно раз в 6 мес.	Постменопаузальный ОП
Терипаратид	2,4 мл (1 мл — 250 мкг) в шприц-ручке (1 доза — 20 мкг)	Подкожно раз в день	Тяжелый постменопаузальный ОП, Тяжелый ОП у мужчин
Стронция ранелат	Порошок 2 г/саше	Внутри раз в день	Тяжелый постменопаузальный ОП, Тяжелый ОП у мужчин

* для предупреждения побочных эффектов и лучшего всасывания обязательно соблюдать рекомендованный способ приема пероральных бисфосфонатов: утром натощак за 40–60 минут до еды, запить полным стаканом воды, после приема 40–60 минут не принимать горизонтальное положение.

Длительное ношение корсета может привести к слабости мышц спины и, как следствие, к плохим отдаленным результатам (D);

- постоянное ношение протекторов бедра пациентами, имеющими высокий риск развития перелома проксимального отдела бедра и имеющими факторы риска падений (B);
- у пациентов с ОП переломом позвонка и хронической болью в спине возможно применение кифопластики и вертебропластики для уменьшения болевого синдрома, коррекции осанки и уменьшения риска последующих переломов (C);
- мануальная терапия при остеопорозе позвоночника противопоказана в связи с высоким риском переломов позвонков (D);
- при высоком риске падений — мероприятия, направленные на снижение риска падений (D);
- лечение сопутствующих заболеваний, коррекция зрения, коррекция принимаемых медикаментов, оценка и изменение домашней обстановки (сделать ее более безопасной), обучение правильному стереотипу движений, пользование тростью, устойчивая обувь на низком каблуке, физические упражнения на координацию и тренировку равновесия.

Медикаментозная терапия. При лечении женщин в постменопаузе и мужчин 50 лет и старше с ОП в настоящее время используются азотсодержащие бисфосфонаты (ален-

дроновая, ризедроновая, ибандроновая, золедроновая кислоты), деносумаб, тирепаратид и стронция ранелат.

Заключение

ОП в настоящее время входит в число наиболее распространенных заболеваний, что обусловлено не только старением населения, приводящим к высокой инвалидизации и смертности пациентов, но и омоложением болезни, что отражено в клинических рекомендациях по диагностике, профилактике и лечению ОП. Несмотря на общепринятое мнение о преимущественном распространении ОП у женщин, что подтверждается высокой частотой переломов проксимального отдела бедра и костей предплечья, показано что частота переломов позвонков у мужчин такая же, как и у женщин. Данный факт объясняется анатомическими особенностями костной ткани и темпами потери костной массы.

Метод ДEXA, позволяющий диагностировать снижение МПКТ на ранних этапах, не получил массового распространения в Российской Федерации. Недостаток рентгеновских костных денситометров и их сконцентрированность в крупных городах, приводит к запоздалой диагностике и как следствие отсутствию адекватной профилактики остеопоротических переломов.

Литература

1. Walsh M. C., Choi Y. Biology of the RANKL–RANK–OPG System in Immunity, bone and Beyond // *Inflammation*. 2014. Vol. 5. P. 511 [Электронный ресурс]. URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202272/ (дата обращения: 11.01.2020).
2. Adams J. S. Update in vitamin D / J.S Adams, M. Hewison // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2010. Vol. 95. N 2. P. 471–478.
3. Лесняк О. М. Аудит состояния проблемы остеопороза в Российской Федерации // *Профилактик. медицина*. 2011. Т. 14. № 2. С. 7–10.
4. Elffors I., Allander E., Kanis J. A. et al. The variable incidence of hip fracture in southern Europe: the MEDOS Study and // *Osteoporosis Int.* 1994. Vol. 4. N 5. P. 253–263.
5. Khazai N., Judd E., Tangpricha V. Calcium and vitamin D: skeletal and extraskeletal health // *Curr. Rheumatol. Rep.* 2008. Vol. 10. N 2. P. 110–117.

References

1. Walsh M. C. & Choi Y. Biology of the RANKL–RANK–OPG System in Immunity, bone and Beyond. *Inflammation*, 2014, vol. 5, 511 p. URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202272/ (accessed: 11.01.2020).
2. Adams J. S. & Hewison M. Update in vitamin D. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2010. Vol. 95. N. 2. P. 471–478.
3. Lesnyak O. M. Audit sostoyaniya problemy osteoporoz v Rossiyskoy Federatsii [Audit of the osteoporosis condition problem in the Russian Federation]. *Profilakticheskaya meditsina [Preventive medicine]*. Vol. 14. N. 2. P. 7–10.
4. Elffors I., Allander E., Kanis J. A. et al. The variable incidence of hip fracture in southern Europe: the MEDOS Study and // *Osteoporosis Int.*, 1994. Vol. 4. N. 5. P. 253–263.
5. Khazai N., Judd E. & Tangpricha V. Calcium and vitamin D: skeletal and extraskeletal health. *Curr. Rheumatol. Rep.*, 2008. Vol. 10. N. 2. P. 110–117.



**МАТЕРИАЛЫ,
ПОСВЯЩЕННЫЕ
СВЯТИТЕЛЮ ЛУКЕ**



СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА В КРАСНОЯРСКОМ ГОСПИТАЛЕ № 1515 В 1941–1944 ГГ.

Екатерина Игоревна КАЛИКИНСКАЯ,
кандидат биологических наук,
член Союза писателей России,
член Московского научного общества
историков медицины



Ekaterina I. KALIKINSKAYA,
Doctor of Biological Sciences,
a Member of the Union of Writers of Russia,
a Member of the Moscow Scientific Society
of Medicine Historians.

ST. LUKA IN THE HOSPITAL N 1515 IN KRASNOYARSK IN 1941–1944

АННОТАЦИЯ. Красноярский эвакуационный госпиталь № 1515, в котором работал с сентября 1941 г. по февраль 1944 г. ведущим хирургом В. Ф. Войно-Ясенецкий (святитель Лука), принимал самых тяжелых раненых и больных. Условия работы были трудными: на 364 человек медицинского персонала всего 28 врачей, из них только 5 хирургов. Не хватало инструментария, перевязочных материалов, фармакологических препаратов. Тем не менее святителю Луке удалось широко развернуть работу: по его инициативе госпиталь стал не только общехирургическим, но также принимал больных с особыми травмами — нейрохирургических, урологических, с ранениями грудной клетки. Спектр операций отличался большим разнообразием. Для обучения молодых специалистов профессор Войно-Ясенецкий читал цикл лекций, чтобы внедрить в практику единый принцип лечения. Разработанные им уникальные операции и новые методы обезболивания, в том числе и спинномозговая анестезия, улучшили эффективность лечения. После отъезда хирурга в госпитале остались его ученицы, которые поддерживали работу на высоком уровне.

Ключевые слова: работа и организация эвакуационных госпиталей, лечение раненых, спинномозговая анестезия, святитель Лука (хирург В. Ф. Войно-Ясенецкий) в Красноярске.

Известно, что в начале войны ссыльный епископ Лука, хирург В. Ф. Войно-Ясенецкий, послал М. И. Калинину телеграмму, в которой предлагал использовать его способности и силы на лечение раненых во вре-

ABSTRACT. The Krasnoyarsk evacuation hospital N 1515 provided heavily injured and sick people with medical treatment. The leading surgeon of the hospital was doctor V. F. Voyno-Yassenetsky (St.Luka), who was working there from September 1941 till February 1944. The working conditions were very hard: out of 364 medical personnel there were only 28 doctors, 5 of them were surgeons.

There was lack of instruments, bandages, and medicine. Nevertheless, St. Luka organised works in hospital to the best extend: on his initiative the hospital treated patients with complex injuries, neuro-surgical, urological and chest injuries. Spectrum of operations varied immensely.

In order to teach young doctors, professor V. F. Voyno-Yassenetsky gave lectures, his aim was to introduce common principles of treatment into practice. His unique operations and a new method of anaesthesia, including a spinal-cord anaesthesia improved the effectiveness of medical treatment. When the surgeon left the hospital, his apprentices continued to work on a high level.

Keywords: Work and organisation of evacuation hospitals, treatment of injured, spinal-cord anaesthesia, St. Luka, surgeon V. F. Voyno-Yassenetsky in Krasnoyarsk.

мя войны, после окончания которой выразил желание вернуться в ссылку, если это будет необходимо. Эту странную телеграмму местные органы власти не сразу решились доставить адресату. Однако здравый смысл и воля

хирурга возобладали, и В. Ф. Войно-Ясенецкий был доставлен в Красноярск из поселка Большая Мурта Красноярского края 30 сентября 1941 г. [8, л. 8]. Этот госпиталь был центральным медицинским учреждением военного профиля, куда направляли самых тяжелых раненых.

Уже в декабре 1941 г. в нем было 1000 коек, с общим количеством медицинского и обслуживающего персонала 350 человек. Из них, согласно отчету начальника госпиталя военврача III ранга Тыщенко, врачей было 28 человек, при этом «хирургов 5... На каждый госпиталь приходится по одну врачу-хирургу» [10, л. 1а].

Святитель-хирург был назначен начальником одного из медицинских отделений эвакогоспиталя № 1515 и работал во втором корпусе госпиталя, разместившемся в здании бывшей школы № 10, где было 282 койки. Согласно архивным документам, это было четырехэтажное здание с достаточной по площади усадьбой и даже небольшой конюшней во дворе, с центральным отоплением, водопроводом и местной канализацией. Во втором корпусе располагалась центральная аптека и рентгеновский кабинет [10, л. 1].



Красноярский госпиталь № 1515, 1942–1943 гг.

При этом штат обслуживающего персонала был совершенно недостаточным. Кроме того, не хватало самого необходимого: не было тележек для перевозки больных из палат в операционную, ящиков для хранения крови, инструментария для черепных операций, в некоторых корпусах не имелось даже кварцевых горелок.

К профессору В. Ф. Войно-Ясенецкому в корпус № 2 направляли самых тяжелых ра-

ненных и больных из других эвакогоспиталей города, тех, которых другие считали безнадежными, а также наиболее тяжелых раненых и больных с железнодорожного дебаркадера.

В воспоминаниях Т. П. Сизых «Ровесница лихого века», посвященных жизни начмеда госпиталя № 1515 Н. А. Бранчевской, описано, как это происходило: «начмеду нужно было организовать прием раненых, их выгрузку из вагонов, сортировку и доставку, во все четыре отделения госпиталя... на грузовых машинах или извозом на лошадях. Редко, но использовали санитарный автомобиль... Для разгрузки санитарного эшелона нужны были люди и много их. О прибытии санитарного эшелона получали информацию телеграфом заранее еще до его прибытия на ст. Красноярск. После чего ночью связывались с фельдшеро-акушерской школой, а днем с шефами ПВРЗ и отделениями эвакогоспиталя, чтобы выслали людей на вокзал. Все поднятые люди выезжали на вокзал, для выгрузки раненых и доставки их в госпиталь. Из госпиталя отправлялся начальник санпропускника (фельдшер), из врачей школы № 10, кто не будет занят на операциях. Обычно выезжали рентгенолог Виктор Рудольфович Ключе или физиотерапевт Анна Кашина. Выезжала на вокзал особенно в первые месяцы войны, и начмед Н. А. Бранчевская. Врачи Ключе, А. Кашина или кто-то другой, отправлялись на вокзал по личному заданию профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, для выявления всех тяжелораненых, с ранениями в крупные суставы и кости таза, грудную клетку, поскольку их мог прооперировать только профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий. Поэтому со всех прибывающих с фронта санитарных эшелонов этих раненых снимали из теплушек и доставляли и концентрировали в школе № 10. Выполнение данного задания было обязательным и неукоснительным. Только в небольшом количестве подобные раненые случайно оказывались в других госпиталях г. Красноярска. Тогда врачи данных госпиталей вызывали на себя — ведущего консультанта всех эвакогоспиталей г. Красноярска профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, который осматривал раненого и, как правило, переводил его в Первое отделение госпиталя (школе № 10)» [7].

С ноября 1941 г. госпиталь стал принимать не только общехирургических больных, но и раненых с тяжелыми поражен-

ями суставов, черепа и грудной клетки, с гнойными осложнениями [1, с. 16]. Работа по сортировке и доставке больных была очень тяжелой и легла в основном на плечи женского медперсонала. Инструктор по партийной пропаганде госпиталя М. Шумилова вспоминает, что зимой 1941–1942 гг. морозы достигали 45 градусов. В этих условиях нужно было перенести из вагонов в автобусы носилки с ранеными, внести их в помещения госпиталя, помочь персоналу провести санитарную обработку поступивших. Перенести в операционные и перевязочные, а затем их доставить в палаты и накормить. В такие дни все работали по 15–20 часов без перерыва.

По воспоминаниям операционной медсестры ЭГ № 1515 Клавдии Сутягиной, каждый санитарный эшелон доставлял 140 раненых и за день прибывал не один эшелон.

Самое большое поступление в госпиталь раненых и больных было в октябре 1941 г. — 622 человека. И несмотря на то, что к декабрю 1941 г. госпиталь был уже полностью заполнен, больных и раненых продолжали привозить, и в марте 1942 г. их было уже 1342 человека [10, л. 17].

При этом в госпитале работало всего 5 хирургов, остальные — врачи самых разнообразных специальностей, в основном молодые женщины, не всегда достаточной квалификации. Для обучения молодых специалистов профессор Войно-Ясенецкий открывает цикл лекций: о лечении инфицированных ран, о ранениях суставов, методах обезболивания. Он ставил целью ознакомить всех врачей и внедрить в практику единый принцип лечения и своевременного назначения оперативного вмешательства, улучшающий эффективность лечения. Судя по отчету, составленному в июле 1942 г. за 10 месяцев работы, объем хирургической активности был максимальным в декабре 1941 г. и в марте–апреле 1942 г. Спектр операций был весьма широким: вскрытие гнойных затеков, операции на черепе, нервных стволах, крупных суставах и сосудах.

В эти годы разрабатывался и успешно применялся новаторский подход В. Ф. Войно-Ясенецкого в военно-полевой хирургии: он предложил выполнять резекции инфициро-

ванных суставов, пострадавших после огнестрельных ранений. Эти данные позднее легли в основу его монографии «Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов». Он также продолжал научную и практическую работу по гнойным осложнениям. Этому весьма помогло то, что по настоянию профессора эвакогоспиталь № 1515 на ½ ставки был зачислен патологоанатом, в обязанности которого входило «вскрытие всех трупов из госпиталей города» [1, с. 17].

В начале 1943 г. в эвакогоспитале № 1515 уменьшилось количество коек: сначала снизилось до 700, потом до 400 и 1 марта 1943 г. — до 300 коек, которые теперь все были размещены в бывшем втором корпусе, то есть в здании школы № 10 на ул. Ленина, д. 108.

За второе полугодие 1943 г. через госпиталь прошло 953 раненых и 19 больных. В штате госпиталя в это время осталось всего два хирурга, включая главного хирурга профессора Войно-Ясенецкого. Он периодически осматривал всех больных и лично проводил сложнейшие оперативные вмешательства, среди которых были отмечены следующие: секвестротомия костей черепа, вскрытие абсцессов мозга, нейрорафии, перевязка нерва без сшивания с последующим сшиванием. За второе полугодие 1943 г. было сделано 356 операций: на суставах — 36, на грудной клетке — 34, на периферической нервной системе — 14, на сосудах — 6, пластических операций — 31, удаление гнойных затеков — 23 случая, крупных ампутаций и сочленений — 16, удаление инородных тел — 26, поражение костей остеомиелитом — около 90 [13, л. 67–68].

Нужно отметить, что в этих отчетах появляются пациенты, у которых были сделаны операции на грудной клетке. Академик Ю. Л. Шевченко считает: «Инициатива... специализации или выделения... самостоятельного лечебного отделения для раненных в грудь, вероятно, принадлежала профессору Войно-Ясенецкому [6, с. 508].

В начале 1944 г., когда В. Ф. Войно-Ясенецкий еще работал в госпитале (до февраля включительно), количество коек в госпитале было 400.

Всего за февраль было выполнено 88 операций: 2 на черепе, 4 на грудной клетке, 5 на суставах, 5 на нервных стволах, 8 пластических, 18 — удаление осколков, 30 операций по поводу остеомиелита. В первом полугодии 1944 г. через госпиталь прошло 1336 раненых и 20 больных. Выписано в часть 205 человек, умерло 5 человек. Операций было произведено 600 [13, л. 89].

В каждом отчете начальник госпиталя составляет статистику по применению видов обезбоживания и отмечает, что в госпитале, где много тяжелораненых, наркоз имеет большое значение, хотя хирургам постоянно недостает наркотических средств.

В некоторых случаях количество операций лимитировалось отсутствием наркотических средств. Тем не менее в госпитале получили широкое применение нарколановый наркоз, спинномозговая анестезия, оксолановый наркоз, все виды обезбоживания [13, л. 44].

Почти половина всех операций была сделана под общим наркозом, в основном эфирным, в 10% случаев применялась спинномозговая анестезия, анестезия новокаином — в 2%. Операции на черепе, пластические и другие проводились под местной анестезией и инфильтрационной, много операций на нижних конечностях было сделано при регионарной анестезии [13, л. 68].

Операции с применением методов спинномозговой, регионарной и местной анестезии, которым виртуозно владел профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий, сопровождались обучением этим методам его учениц.

В отчетах даются высокие оценки деятельности двух учениц профессора Войно-Ясенецкого: А. Х. Левиковой и Н. С. Пановой, обе они выпускницы Днепропетровского медицинского института [10, л. 1]. Н. С. Панова ассистировала ведущему хирургу на операциях, была лечащим врачом у оперированных им больных. Ученица профессора сосредоточила свое внимание на пациентах с кариозным процессом в реберных хрящах — теме, которая за 15–20 лет до этого начала изучаться Войно-Ясенецким. Нина Степановна изучила хирургическую технику учителя, в 1943 г. на краевой научной конфе-

ренции сделала доклад о хирургическом лечении кариеса реберных хрящей (в 1945 г. эта работа была опубликована) и по-видимому, позднее применяла методики учителя для лечения таких больных [6, с. 515].

А. Х. Левикова, которая после отъезда учителя стала заведовать его отделением (несмотря на то, что некоторые другие хирурги были членами партии, а Анна Ханановна — беспартийная), оставила заметный след в истории нашей медицины.

Она продолжала заниматься разработкой темы по огнестрельным остеомиелитам таза, проанализировала около 200 случаев этого заболевания, разработала некоторые методики хирургического вмешательства, позволившие снизить смертность до 6,5–7%, предложила новую классификацию. В 1946 г. она стала ведущим хирургом госпиталя № 1235 по долечиванию инвалидов войны в Гомеле. Впоследствии в 1953 г. в ЦИУВ в Москве защитила кандидатскую диссертацию по теме «Огнестрельные остеомиелиты таза», стала доцентом кафедры военно-полевой хирургии ЧГМИ.

Нужно заметить, что после отъезда В. Ф. Войно-Ясенецкого из Красноярск Анна Ханановна смогла поддерживать высокий уровень хирургической помощи в госпитале.

Многому научилась у него и А. Д. Мочалова, заведующая неврологическим отделением, которое, по мнению академика Ю. Л. Шевченко, работало в годы войны как нейрохирургическое (в нем лечилось 50 пациентов после оперативных вмешательств по поводу абсцессов головного мозга и 85 после операций на периферической нервной системе, выполненных В. Ф. Войно-Ясенецким) в 1941–1943 гг. На Красноярской краевой конференции Мочалова докладывала о разработке в госпитале нового оперативного вмешательства при ранении седалищного нерва, а также о пересадке периферических нервов, в том числе локтевого, для трансплантации использовались зафиксированные в формалине нервы теленка [3, с. 246–254]. Там же выступила с докладом о смещении обломков при огнестрельных переломах бедра ординатор-хирург Л. Я. Элинсон.

В воспоминаниях М. Шумиловой упоминается как ученица Войно-Ясенецкого также

ординатор-хирург В. Н. Зиновьева. После войны в 1946 г. она защитит диссертацию на ученую степень кандидата наук и получит ученое звание доцента. Будет работать в Красноярском государственном медицинском институте и даже заведовать кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии [2].

Хорошие отношения и плодотворное сотрудничество сложилось у В. Ф. Войно-Ясенецкого в годы работы и с некоторыми врачами нехирургических специальностей. Это прежде всего заместитель начальника госпиталя по медицинским вопросам Н. А. Бранчевская: «Бывала она в первом отделении госпиталя № 1515 (школа № 10), как правило, когда ее лично приглашал профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий, тогда она приходила, слушала его и затем решала вопросы, им поставленные, бывала еще во всех корпусах и в силу обычных ее функциональных обязанностей организатора. В круг обязанностей начмеда Н. А. Бранчевской входило обеспечение лечебно-диагностического процесса всем необходимым. Поэтому она работала с шефами завода ПВРЗ, заместителями начальника аптеки, отделений госпиталя, начальником продовольственного снабжения. Решала все возникающие, текущие дела: кадровые, по оборудованию» [2].

С Бранчевской у епископа-хирурга были особенно теплые отношения, поскольку ее мама Е. А. Бранчевская была прихожанкой церкви, где он служил.

Заведующая физиотерапевтическим отделением А. И. Кашаева также оставила воспоминания о работе В. Ф. Войно-Ясенецкого в госпитале: «...Лечебной работой руководил профессор (архиепископ Лука (в миру — Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, прим. автора). ...Местные врачи были, но немного. Их не хватало на все госпитали края. Я была местной, красноярской, Таисия Степановна Смирнова, по моему, рентгенолог, Виктор Адольфович Ключе... Кроме нашего госпиталя к профессору направляли тяжелораненых и другие госпитали г. Красноярска... У него были операционные дни. В график операций включались не четыре операции, больше — 10–12.

Он... был священнослужителем — епископом Красноярским, состоял в Священном Синоде. Жил он в этом же здании в маленькой комнате на первом этаже, спал на железной койке, в комнате были иконы. Обеды ему готовили в госпитале на кухне» [2].

В полугодовом отчете с октября по июнь 1943 г. упоминается, что врачи госпиталя посещали цикл занятий по военно-полевой хирургии, организованный профессором Войно-Ясенецким: «т. к. в госпитале работает ведущим хирургом профессор Войно-Ясенецкий, то этот корпус является базой, где врачи госпиталя повышают квалификацию по гнойной хирургии. В настоящее время по инициативе одного из госпиталей организован чрезвычайно важный цикл лекций по гнойной хирургии, читаемый профессором Войно-Ясенецким [10, 14]».

В отчете за первое полугодие 1944 г. перечислены все темы научных конференций, проведенных профессором Войно-Ясенецким:

- а) лечение гнойных воспалений голеностопных суставов,
- б) огнестрельные ранения грудной клетки,
- в) инструктивный доклад о методах постановки травматологической помощи,
- г) окостенение нервного рубца,
- д) нарколановый наркоз,
- е) разбор истории болезни больного Захарченко, умершего от газовой флегмоны,
- ж) отчет о съезде хирургов,
- з) лечение хронических эмпиэм,
- и) огнестрельные остемиелиты тазовых костей,
- к) резекция реберных хрящей,
- л) о травматическом повреждении периферической нервной системы,
- м) морфологические типы и особенности смещения отломков при огнестрельных ранениях бедра,
- н) ошибки рентгенодиагностики,
- о) о долечивании инвалидов от войны с остаточными гнойными процессами в костях суставов грудной клетки,
- п) о лечении больных с трофическими язвами крахмальными повязками,
- р) о результатах после операций на тазовых костях [14, л. 12].

По-видимому, по инициативе главного хирурга в 1943 г. три врача были командированы в Новосибирский институт усовершенствования врачей по циклу хирургии, два врача занимались по циклу травматологии в Красноярске [10, л. 13].



Работники Красноярского госпиталя № 1515, в центре проф. В. Ф. Войно-Ясенецкий, 1942 г.

Профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий, кроме лечения больных и научной работы, постоянно занимался воспитанием молодых врачей, которых он обучал новым подходам и методам.

Важным этапом была окружная хирургическая конференция СибВО в Новосибирске 24–29 марта 1943 г., которую он посетил вместе с другими хирургами МЭП-49 и заведующей Красноярским райздравотделом Р. А. Браницкой.

Доклад В. Ф. Войно-Ясенецкого был назначен на 25 марта, и ему единственному отвели 40 минут вместо положенных докладчикам 20 минут. О своем докладе епископ-хирург писал сыну: «Слушали с наслаждением, с глубоким вниманием, требовали продолжения... Называли доклад не только глубоким, но даже и мудрым... Со всех сторон подходили представляться» [5, с. 316].

На этой же конференции состоялось личное знакомство В. Ф. Войно-Ясенецкого с главным хирургом Сибирского военного округа профессором А. И. Мануйловым, который не только горячо поддержал его точку зрения, но и написал рецензию, которая, по мнению академика Ю. Л. Шевченко, была первой «путевкой в жизнь», данной книге, которая закончилась получением Сталин-

ской премии 1943–1944 гг. Вторую «путевку в жизнь» труду по гнойной хирургии дал Н. Н. Приоров, приехавший в госпиталь № 1515 в 1943 г. как главный хирург Наркомздрава [6, с. 504–505].

Вместе с этими рецензиями двух крупных специалистов в военно-полевой хирургии 2 мая 1943 г. В. Ф. Войно-Ясенецкий направил рукопись «Очерков гнойной хирургии» И. В. Сталину, прося содействия в издании этой книги, столь необходимой военным хирургам. Одновременно он направил письма и рукопись «Поздних резекций...» профессорам Н. Н. Приорову и И. Г. Руфанову, главным хирургам управлений эвакуационных госпиталей Наркомздравов РСФСР и СССР с просьбой помочь в публикации этой книги. И уже 1 июля получил положительный ответ из Медгиза, а затем сам министр здравоохранения Третьяков телеграммой известил хирурга, о том, что рукописи будут направлены в Комитет по Сталинским премиям.

Чтобы оценить в полной мере не только вклад в хирургию и врачебное дело самого В. Ф. Войно-Ясенецкого и работавших с ним в военное время врачей, но и их врачебный, гражданский и чисто человеческий подвиг, необходимо сказать об условиях, в которых осуществлялась их работа. 7 октября 1942 г., возможно, по инициативе ведущего хирурга, в корпусе № 2, где он работал, председателем ВЭК военврачом III ранга Поповым и врачом В. Н. Зиновьевой в присутствии начальника корпуса А. Х. Левиковой было проведено обследование состояния лечебных средств и медобслуживания и составлен соответствующий акт.

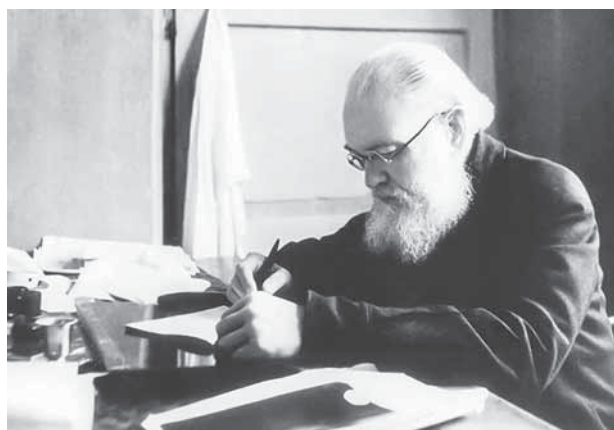
Это обследование выявило массу недостатков в организации медицинского обслуживания, которые необходимо было срочно решать: «Корпус рассчитан на 262 койки, находится больных 283. В корпусе 2 сосредоточены тяжелые хирургические (гнойные) больные, которые направляются из госпиталей края. Получая наиболее квалифицированную консультацию по вопросам лечения в лице профессора Войно-Ясенецкого, этот контингент раненых кроме того безусловно нуждается также в квалифицированном медицинском обслуживании. Врачебный

персонал из числа имеющихся в корпусе врачей лечебников 7 человек, только два могут вести самостоятельную хирургическую работу. Из 5 человек 2 врача прибыли на протяжении 2-х месяцев окончания 1940–1941 г., из остальных 2 (терапевт и невропатолог) являются также консультантами в корпусе эвакогоспиталя и в ряде других госпиталей и уделять достаточно времени в отделении не могут. Врач Ивасенко не справляется со своей работой. Средний медперсонал по штату 24, недостает 5 человек. Из имеющихся в наличии 5 чел. совершенно не соответствуют и не могут вести работу в отделении из-за совершенной неграмотности» [10, с. 127].

Были отмечены серьезные нарушения в работе среднего персонала: больных в операционную доставляли необработанных (не выкупанных, небритых, в грязном белье), бритва была одна на весь корпус. Перевязки начинались не раньше 12 часов, все отделение выстраивалось на перевязки в одни и те же часы. Перевязочного материала не хватало, в результате срывались плановые операции, иногда отменялись операционные дни из-за того, что не хватало стерильного материала: электрический автоклав портился, а керосина не было. «Уход за больными неудовлетворительный, особенно за тяжелыми больными. В палатах грязно, на полу много окурков, на окнах сушится хлеб, мочеприемники вовремя не убираются... Как результат плохого ухода за больными является появление личинок мух на постели больного Краснова (палата 50), которые не были убраны в течение двух дней... Подкладных суден недостает, мочеприемников недостаточно, в результате подушки матрасы промокают от гноя, обмен белья не чаще одного раза в две недели. Персонал был вынужден стирать белье, чтобы сменить его несколькими промокшим больным» [10, л. 127].

Возможно, чашу терпения врачей переполнила авария, которая случилась незадолго до приведенной проверки. Акт от 17.02.1942 сообщает об аварии канализации: на территории 10-й школы имеется наводнение нечистот, во дворе обнаружены горы мусора, во всем здании хирургическо-

го корпуса текут краны. По-видимому, неисправность была устранена, однако принципиально положение не улучшилось, хотя в дело подшито «Постановление комитета помощи раненым бойцам, командирам и работникам Красной Армии при Красноярском крайкоме ВКП(б) от 25.07.1942 г.», где среди первейших недостатков отмечено отнюдь не санитарное состояние и обеспеченность коммунального хозяйства, а критикуются идеологические просчеты и даются советы по организации работы: «...командование госпиталя 1515 не обеспечило надлежащее развертывание массовой политработы среди раненых всего личного состава госпиталя... выявлять дефекты лечения...» [12, л. 73].



Святитель Лука (Войно-Ясенецкий)

Однако усиление политработы, разумеется, не привело к результатам, а вот после проверки был разработан комплекс мер с перестановкой кадров по госпиталю, чтобы обеспечить соответствующим образом корпус № 2, изменен порядок работы в перевязочной, увеличено количество младшего медицинского персонала.

В целом начальник госпиталя и побывавшая там, по-видимому, комиссия во главе с главным хирургом Наркомздрава Н. Н. Приоровым оценила хирургическую деятельность очень высоко, несмотря на отмеченные недостатки [10, л. 17].

В июне 1943 г. появились некоторые улучшения: «построена новая канализация, сейчас дополненная и новым отоплением». Но в сентябре начальник госпиталя снова сообщает, что в госпитале нужен ремонт крыши,

постоянные перебои с бельем, не отремонтированы каталки для перевозки больных и их приходится переносить на руках, а свободных рук не хватает, в госпитале всего 4 машины, одна санитарная, но нет горючего, из-за чего раненых невозможно отвезти на рентген. Также недостает перевязочных материалов, стрептоцида, вазелина, касторового масла, а также средств для наркоза, из-за чего резко снизилось количество операций [13, л. 53–54].

В разделе о питании сотрудников он отмечает, что «качество обедов, состоящих, как правило, из одного первого чрезвычайно низкой калорийности (вода плюс 2–3 галушки) является недостаточным и оставляет желать лучшего». Несколько лучше питание раненых, хотя в нем не хватает овощей, а круп только две — перловая и манная, хотя для тяжелых пациентов организована индивидуальная диета, которая, впрочем, вряд ли значительно более полноценная. В начале месяца совсем отсутствовали крупы и были весьма ограничены овощи, а во второй половине крупы появились, но не было сахара и весьма мало молочных продуктов [13, л. 46].

Ситуация изменилась после визита шефа госпиталя Тувинской народной республики. Начальник госпиталя Свидлер сообщает: «Питание больных в госпитале за отчетный период было высококачественным, что обеспечивалось, с одной стороны, достаточной квалификацией персонала пищеблока, с другой стороны, наличием значительного количества ценных пищевых продуктов: масла, мяса, рыбы, сухарей, пшена, яиц, полученных в подарок от шефа госпиталя Тувинской народной республики» [13, л. 52].

Позднее отчеты подтверждают улучшение положения с питанием больных и медперсонала, была также организована витаминная лаборатория по извлечению аскорбиновой кислоты из хвои, и проведена 100% витаминизация больных [12, л. 2].

Нужно, однако, не забывать о том, что для епископа-хирурга работа осложнялась необходимостью раз в две недели, как бывшему ссыльному, отмечаться в местных органах правопорядка, тратя на это драгоценное

время, которое могло быть посвящено лечению больных или подготовке его научных трудов. Партконтроль над работой сотрудников госпиталя также, вероятно, ощущался им тяжелее, чем остальными сотрудниками. Например, воскресник, который был организован в госпитале 22 марта 1942 г., конечно, вряд ли мог быть приятен православному пастырю: мало того, что это работа в воскресенье, но еще и на пятой седмице Великого Поста. Непонимание окружающими его двойного служения — Богу и людям — преследовало епископа-хирурга и в эти тяжелые годы. Достаточно вспомнить приводящиеся в книге М. А. Поповского и позже опубликованные более подробно воспоминания новосибирского врача П. Т. Приходько, который «по просьбе... товарищей по Санотделу» попытывался у архиепископа, как может он совмещать «материалистическую функцию врача-хирурга и одновременно — духовного пастыря... мы — материалисты-врачи — верим в силу разума, познаем законы природы, чтобы управлять ими... но он снова повторил, что вера во всемогущество Бога делает его разум сильнее» [4, с. 11]. Эти люди, постоянно противопоставлявшие епископу себя, «просвещенных» коммунистическим учением, иронизировали над тем, что «молча, ни на кого не глядя, профессор прошел в восточный угол предоперационной и, не обращая внимания на тазы с какой-то хирургической утварью, погрузился в молитву». Им казалось, что он нарочито демонстрирует свою веру и вредит их работе: «Молился он долго. Такое поведение маститого хирурга было необычно, противоречило порядку и ритму работы эвакуогоспиталя. Знал ли и понимал ли это Войно-Ясенецкий? Надо полагать, знал и понимал, но относился к делу и к людям как „князь церкви“, делал вид и хотел убедить других, что духовные его дела превыше мирских... Создавалось впечатление, что молился он не столько для себя, сколько для других, как бы агитировал за приобщение людей к христианству» [4, с. 12]. По мнению Приходько, поверить этому человеку могли только женщины с неустойчивой психикой. Удивительно, что это говорит врач, который прекрасно сознавал научную величину своего оппонента, наввер-

няка слышал от коллег о его огромном труде в госпитале, через несколько дней был под впечатлением его достижений и его авторитета на научной конференции... (воспоминания писались в 1970-е гг., когда Приходько знал и о Сталинской премии). Однако сила идеологии — превыше всего. С таким отношением архиепископу Луке приходилось сталкиваться все годы своего служения. Конечно, были и люди, относившиеся к нему совсем иначе. Его ученицы оставили самые теплые и проникновенные воспоминания о нем: В. Н. Зиновьева рассказывала, что он учил их не только хирургическому мастерству, но и «человеческой хирургии» [5, с. 306], другие запомнили, как тяжело переживал он смерть пациентов и глубоко сочувствовали ему, трети старались, как могли, облегчить его жизнь. Здоровье его к тому времени заметно пошатнулось, и осенью 1942 г. он пережил приступ «судорожной одышки», ему пришлось впрыснуть камфору, он жаловался сыну, что «в таких условиях еще никогда не работал» [5, с. 309].

Были благодарны хирургу и пациенты, а те, у которых была возможность выразить свою благодарность конкретной помощью, делали это. В письме к сыну Михаилу 5 июля 1942 г. он с благодарностью вспоминает подаренные ему букеты цветов, сделанные по

заказу для него ботинки, валенки и резиновые сапоги для операций, две смены белья, два полотенца, носовые платки, записные книжки, торжественные заседания и ужины... Несмотря на все эти знаки внимания, деятельность выдающегося хирурга и будущего святителя в эвакогоспитале № 1515 протекала в очень трудных условиях. Нужно добавить еще, что в 1941 г., когда он начал там работать, ему было 64 года, в 1944 г., когда закончил, через два месяца должно было исполниться 67 лет. Он так переутомился осенью 1942 г., что в декабре на некоторое время был вынужден лечь в больницу, а после выписки слег на следующий день из-за большой сердечной слабости [5, с. 311].

Нужно добавить еще, что Святитель чрезвычайно страдал из-за невозможности служить в церкви, и когда наконец в марте 1943 г. «после шестнадцати лет мучительной тоски по церкви и молчания» он узнал, что назначен архиепископом Красноярским и смог провести первую службу в открывшейся маленькой церкви на кладбище в Николаевке, предместье Красноярска, он и духовно, и физически стал чувствовать себя гораздо лучше [16, с. 313]. Именно вера в Бога и вдохновенное служение Ему дали силы архиепископу-хирургу пережить тяжелое, полное испытаний военное время работы в Красноярске.

Литература

1. Кожевников С. В. Красноярский эвакогоспиталь № 1515 — центр военно-полевой хирургии страны в 1941–1943 гг. // Вестник ЮУрГУ. Серия «Социально-гуманитарные науки». 2018. Т. 18. № 2.
2. Дворецкая А. П. Люди в белых халатах // Архивы Красноярского края: электронный ресурс. URL: <http://xn---7sbbimrdkb3alvdfgd8eufwc.xn--p1ai/gosudarstvennyi-arkh/users/articles/297> (дата обращения: 03.11.2019).
3. Мочалова А. Д. Хирургическое вмешательство при травматических повреждениях периферической нервной системы // Сб. работ эвакогоспиталей Красноярского края. Красноярск: Красноярский рабочий, 1945. С. 246–254.
4. Петров С. Г. Пребывание архиепископа Луки в Новосибирске (свидетельства очевидца) // Вестник ПСТГУ. 2011. Вып. 3(40). С. 122.
5. Поповский М. А. Жизнь и житие святителя Луки Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга. СПб.: Сатисъ, 2013.
6. Священник Шевченко Г. Л. Приветствует вас Лука, врач возлюбленный. СПб.: Наука, 2009.
7. Сизых Т. П. Ровесница лихого века (личностно-биографическое повествование). Красноярск: Офсет, 2015 // Сибирский медицинский портал: электронный ресурс. URL: <http://www.sibmedport.ru/article/10933-rovesnitsa-lihogo-veka/> (дата обращения: 03.11.2019).
8. ЦАМО, ф. 35053, оп. 25053, д.8, л. 8.
9. ЦАМО, ф. 1515, ЭГ оп. 16174, д. 4, л. 18.
10. ЦАМО, ф. 974, оп.49575, ед. хр. 1.
11. ЦАМО, ф. 974, оп. 69646, ед. хр. 2.
12. ЦАМО, ф. 974, оп.15192, пор. хр. 1.
13. ЦАМО, ф.974, оп. 9934, пор. хр. 1
14. ЦАМО, ф. 974, оп. 64002, пор. хр. 1.

References

1. Kozhevnikov S. V. Krasnojarskij jevakogospital' № 1515 — centr voenno-polevoj hirurgii strany v 1941–1943 gg. [Evacuation hospital no. 1515 of Krasnoyarsk — the center of military-field surgery of the country in 1941–1943]. *Vestnik URGY [Bulletin of the South Ural State University], Ser. "Social'no-gumanitarnye nauki" [Social humanitarian sciences]*, 2018. Vol. 18. N. 2.
2. Dvoretskaya A. P. Ljudi v belyh halatah [People in white coats]. Arhivy Krasnojarskogo kraja [Archives of Krasnoyarsk region]. URL: <http://xn---7sbbimrdkb3alvdfgd8eufwc.xn--p1ai/gosudarstvennyi-arkh/users/articles/297> (assessed: 03.11.2019).

3. Mochalova A. D. Hirurgicheskoe vmeshatel'stvo pri travmaticheskikh povrezhdenijah perifericheskoy nervnoj sistemy. [Surgical intervention at traumatic injury of the peripheral nervous system]. *Cbornik rabot jevakogospitalej Krasnojarskogo kraja* [Works of evacuation hospitals of Krasnoyarsk region]. Krasnoyarsk, Krasnoyarskiy rabochiy Publ., 1945. P. 246–254.
4. Petrov S. G. Prebyvanie arhiepiskopa Luki v Novosibirsk [Stay of archbishop Luka in Novosibirsk (eye-witness account)], *Vestnik PGSTU*, [Bulletin of St. Tikhon Orthodox Humanitarian University], 2011. Ed. 3 (40). P. 122.
5. Popovsky M. A. *Zhizn' i zhitie svyatitelja Luki Vojno-Jaseneckogo, arhiepiskopa i hirurga*. [Life and biography of St. Luka Vojno-Yassenetsky, archbishop and surgeon]. SPb., Satis' Publ., 2013.
6. Priest Shevchenko G. L. *Privetstvuet vas Luka, vrach vozljublennyj*. [The beloved doctor, St. Luka greets you.]. SPb., Nauka Publ., 2009.
7. Sizykh T. P. *Rovesnica lihogogo veka (lichnostno-biograficheskoe povestvovanie)* [Contemporary of intrepid age (biographical narration)]. Krasnoyarsk. Offset Publ., 2015. Sibirskij medicinskij portal. [Siberian medical portal], URL://http://www.sibmedport.ru/article/10933-rovesnitsa-lihogogo-veka/ (assessed: 03.11.2019).
8. TsAMO [CAMD RF — The Central Archive of the Ministry of Defense of the Russian Federation], f. 35034, list 25053, cas. 8, sheet 8.
9. TsAMO [CAMD], f. 1515, EG list 16174, cas. 4, sheet 18.
10. TsAMO [CAMD], f. 974, list 49575, item 1.
11. TsAMO [CAMD], f. 974, list 69646, item. 2.
12. TsAMO [CAMD], f. 974, list 15192, item. 1.
13. TsAMO [CAMD], f. 974, list 9934, item. 1.
14. TsAMO [CAMD], f. 974, list 64002, item. 1.

НОВОСТИ

ЛИПЕЦК

11 июня 2019 г., в день памяти святителя Луки исповедника, архиепископа Симферопольского, в Липецкой областной больнице № 2 состоялись **мероприятия, посвященные святому**.

Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) — подвижник, просиявший в годы гонений на Русскую Православную Церковь в XX в. Будучи врачом, лечившим людей, многие из которых живы и сейчас; профессором, читавшим лекции студентам, ныне практикующим врачам; политзаключенным, прошедшим ссылки, тюрьмы и пытки, он был истинным христианином огромной силы духа, честности и безбоязненной веры.

В Липецкой областной больнице № 2 действует домовый храм в честь святителя Луки. Также в 2011 г. на ее территории был установлен и освящен памятник исповеднику.

Духовное окормление лечебного учреждения совершает клирик кафедрального Хри-

сто-Рождественского собора Липецка иерей Виктор Архипкин. Ежегодно в больнице проводятся мероприятия, приуроченные ко дню памяти святителя Луки.

Празднование было открыто молебном с акафистом святителю Луке в домовом храме больницы. Молебен совершил иерей Виктор Архипкин в сослужении клириков кафедрального собора: иерея Александра Лихошерста и диакона Андрея Кантарыюка. В богослужении участвовали медицинский персонал и пациенты больницы. По окончании молебна состоялась традиционное возложение цветов к памятнику святителю.

Затем в помещении больницы прошла **конференция, посвященная памяти архиепископа Луки**. На нее собрались медицинские работники во главе с заместителем главного врача М. М. Гулевской. Мероприятие началось с молитвенного обращения к святителю.

Конференцию открыл руководитель Епархиального отдела по связям с медицинскими

учреждениями иерей Вячеслав Колягин, выступление которого было посвящено духовному наследию святителя Луки как пастыря и врача, а также его книге «Дух, душа и тело».

Руководитель Епархиального отдела по взаимодействию Церкви и общества иерей Виктор Архипкин на примере евангельской притчи о милосердном самарянине рассказал о сострадании святителя Луки ближним и его служении им всей своей жизнью.

Выступление главного врача Липецкого областного наркологического диспансера, председателя Липецкого общества православных врачей М. И. Коростина было посвящено профессиональному «выгоранию» медицинских работников как проблеме, имеющей духовные предпосылки.

По окончании конференции участники получили в дар книгу святителя Луки «Дух, душа и тело».

По материалам uzalo48.lipetsk.ru

АРХАНГЕЛЬСК

6 апреля 2019 г. участники **Архангельского отделения общества православных врачей** совершили **медицинскую экспедицию на Пинежье**.

Специалисты осмотрели жителей деревни Веркола, монахов и насельников Свято-Артемиево Веркольского мужского монастыря.

Прием провели уролог А. Б. Шаманин, хирург Е. С. Шаманина, терапевт, эндокринолог и гастроэнтеролог С. Н. Иванова, кардиолог К. Ю. Кривонкин, невролог Ю. А. Ленко и челюстно-лицевой хирург Г. Е. Ускова, психолог Е. Г. Шукина.

На приемах помогли врачам студенты Северного государственного медицинского университета (СГМУ): А. Коцемба (студентка 5 курса педиатрического факультета), А. Коробичина и Н. Попов (студенты 6 курса педиатрического факультета), И. Лавриненко (студент 4 курса лечебного факультета).

Возглавила экспедицию председатель Архангельского регионального отделения общества православных врачей, доцент кафедры педагогики и психологии СГМУ, кандидат психологических наук Е. Г. Шукина. Сопровождал участников поездки руководитель епархиального отдела медико-социального служения и благотворительности, настоятель Свято-Троиц-

кого храма Архангельска протоиерей Алексей Денисов.

«В деревне Верколе врачами было принято более 110 человек, также специалисты осмотрели на дому пациентов, имеющих сложности в передвижении, — сообщила Е. Г. Шукина. — В монастыре за медпомощью обратилось более 40 человек».

Кроме медосмотров врачи провели в Верколе встречу со школьниками по вопросам профориентации.

По материалам verav.ru, nsmu.ru



**СОБЫТИЯ,
ФАКТЫ,
КОММЕНТАРИИ**





РОСТОВ-НА-ДОНУ



ТОМСК



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ



АРХАНГЕЛЬСК



НОВОСИБИРСК



КАРЕЛИЯ



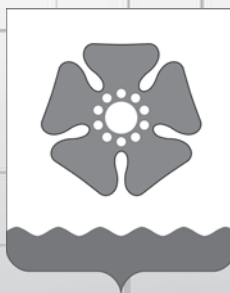
НОВГОРОД



КУРСК



БАРНАУЛ



СЕВЕРОДВИНСК



СМОЛЕНСК



ЛИПЕЦК



ЧЕЛЯБИНСК

КОНФЕРЕНЦИЯ «МОЛИТВА ВРАЧА. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНЫЙ ПОДХОД»



13–14 июня 2019 г. в Смоленском государственном медицинском университете состоялась III научно-практическая конференция с международным участием «**Молитва врача. Актуальные вопросы охраны психического здоровья: биопсихосоциодуховный подход**».

Мероприятие проходило в рамках проекта «**Здоровье души: подготовка православных волонтеров в сфере охраны психического здоровья**» — победителя международного грантового конкурса «**Православная инициатива 2018–2019**».

Конференция была организована Смоленским государственным медицинским университетом (СГМУ), Обществом православных студентов-медиков СГМУ при поддержке Смоленской митрополии РПЦ, Смоленской Православной Духовной Семинарии, Смоленского регионального отделения международной общественной организации «Союз православных женщин».



В мероприятии приняли участие представители Национального научного центра наркологии — филиала НМИЦ ПН им. В. П. Сербского, Научного центра психического здоровья, Союза охраны психического здоровья, преподаватели и студенты СГМУ, православные ученые медики и психологи, практикующие врачи, педагоги Смоленска

и других городов России. На конференции также были представлены Смоленская митрополия, Свято-Троицкая Сергиева Лавра, Смоленская православная духовная семинария, Общество православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости, духовенство ряда городов России, а также Новой Зеландии.

На открытии конференции выступил проректор по учебной и воспитательной работе СГМУ доктор мед. наук, профессор С. Ю. Абросимов. Он отметил актуальность взаимодействия медицинского сообщества и Православной Церкви в вопросах охраны психического здоровья.

Митрополит Смоленский и Дорогобужский Исидор в пленарном докладе «**Православие и психиатрия: опыт и перспективы взаимодействия**» представил опыт пастырской психиатрии, который имеет многовековые традиции и успешно реализуется сегодня во многих странах.

В своем докладе «Эволюция нравственности. Проблема формирования мировоззренческих компетенций в деятельности специалистов в области психического здоровья» доктор мед. наук, доцент, зав. кафедрой философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук, декан психолого-социального факультета СГМУВ. М. Остапенко отметила актуальность определения понятия «нравственного здоровья» и его составляющих в аспекте психического здоровья.

Председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), доктор мед. наук, профессор Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, профессор СПбГПМУ, кандидат богословия, протоиерей Сергей Филимонов в докладе «Баловать или не баловать, уступать или не

уступать больным. Грани утешения как наследие взглядов Е. С. Боткина» поднял важную проблему границ в отношениях врача и пациента с позиции православного мировоззрения.

Теме пастырского душепопечения в помощи больным был посвящен доклад «Монастырская медицина и психическое здоровье» канд. мед. наук, врача-офтальмолога, насельника Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, руководителя Монастырского оздоровительного центра, иеромонаха Моисея Дроздова.

Проректор по научной работе, доцент кафедры богословских и церковно-исторических дисциплин Смоленской православной духовной семинарии игумен Тарасий Ланге в докладе «Библейский и святоотеческий взгляд на причины и сущность болезней» продолжил обсуждение вопроса о важности разграничения духовных и душевных истоков болезни.

Проблему психологической поддержки и профилактики психических заболеваний поднял в докладе «Психическое здоровье несовершеннолетних с ВИЧ-инфекцией» канд. мед. наук, заместитель директора по научной работе Союза охраны психического здоровья Е. В. Бачило (Москва). Он отметил необходимость разработки алгоритмов психологической помощи ВИЧ-инфицированным.



Доктор фармацевтических наук, зав. кафедрой управления и экономики фармации СГМУ А. В. Крикова затронула тему важности здорового отношения общества к проблеме ВИЧ-инфекции. В докладе «Анкетирование как эффективный метод исследования толерантности общества к ВИЧ-инфицированным» она представила данные,

отражающие различные аспекты общественного восприятия проблемы.

На конференции обсуждались возможности применения духовно-ориентированного подхода в вопросах профилактики и реабилитации зависимых, помощи психически больным. Психиатр-нарколог, сотрудник Научного центра психического здоровья, заместитель председателя правления по научно-аналитической работе Межрегионального общественного движения в поддержку семейных клубов трезвости А. И. Магай (Москва) выступил с докладом «Опыт внебольничной амбулаторной реабилитационной программы для больных с коморбидной патологией на базе общественной организации и церковного прихода». Представитель Межрегионального общественного движения в поддержку семейных клубов трезвости, психолог-консультант реабилитационного центра «Неугасимая надежда» А. А. Бердичевский (Москва) в докладе «Духовно-ориентированная арт-терапия в формировании мотивации к изменению образа жизни зависимых людей» сообщил об эффективных инструментах реабилитационного процесса. Вопросы пастырского душепопечения были рассмотрены в докладе руководителя отдела особых форм психической патологии Научного центра психического здоровья канд. мед. наук О. А. Борисовой (Москва).

Большой интерес и дискуссию вызвало выступление клирика прихода храма свв. новомучеников и исповедников Церкви Русской иерея Сергия Осиповского на тему «Границы милосердия: опыт преодоления профессионального выгорания». Докладчик отметил важность для специалистов сферы охраны психического здоровья заботы о целостности личности.

Смоленская земля обладает ценными традициями оказания помощи людям с душевными недугами. Об этом историческом опыте сообщила доцент кафедры философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук СГМУ, канд. мед. наук Е. Л. Коноплева в докладе «Вклад В. И. Яковенко в несечение душевнобольных и гуманизацию оказания психиатрической помощи Смоленской губернии».

Также прозвучал доклад «Опыт и перспективы профессионального сотрудничества вуза и Смоленской епархии в сфере охраны психического здоровья» заведующей кафедрой клинической психологии СГМУ, начальника управления по воспитательной и социальной работе, доцента канд. мед. наук Н. Н. Осиповой и доцента кафедры клинической психологии СГМУ канд. мед. наук И. Ю. Машковой.

В рамках конференции состоялся ряд секционных заседаний. На секции **«Профилактика эмоциональных нарушений и зависимостей: клинические и социально-психологические аспекты»** рассматривалась проблема аффективной патологии, являющаяся одной из наиболее острых в сфере психического здоровья и требующая в своем решении комплексного подхода.



На заседании секции **«Междисциплинарный подход к проблеме охраны психического здоровья»** обсуждались вопросы поддержания и развития духовного, душевного и тесного здоровья. Дискуссия вызвала живой интерес студенческой аудитории — будущих врачей и психологов.

Практика духовно-ориентированного подхода в сфере охраны психического здоровья обсуждалась в материалах конференции. Так, в работе «Роль духовного воспитания детей и подростков в борьбе с зависимостью от новых психоактивных веществ», представленной руководителем отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии — филиала НМИЦ ПН им. В. П. Сербского доктором мед. наук, профессором С. А. Игумновым и старшего научного сотрудника отделения

клинической психофармакологии доцента канд. мед. наук Ф. Л. Кутарева рассматривается проблема потребления новых психоактивных веществ (НПАВ) и роль духовного воспитания детей и подростков в борьбе с зависимостью от синтетических каннабиноидов («спайсов») и синтетических катинонов («солей»). Приводятся современные данные о распространенности НПАВ и их основных клинических проявлениях. Также в материалах конференции были опубликованы результаты исследований специалистов Научного центра психического здоровья: заместителя директора по научной работе канд. мед. наук Г. И. Копейко, руководителя отдела особых форм психической патологии канд. мед. наук О. А. Борисовой, ведущего научного сотрудника отдела клинической психологии канд. психол. наук О. Ю. Казьминой «О возможности использования религиозных способов совладания с депрессивными состояниями». В работе рассматриваются вопросы оказания комплексной помощи пациентам, страдающим эндогенными депрессиями, подчеркивается важность «духовно-ориентированного общения в специально организованной психотерапевтической среде, ведущего к гармонизации личности пациента».

Конференция стала площадкой для обмена практическим опытом специалистов и волонтеров в сфере профилактики психического неблагополучия.



14 июня в Региональном православном центре защиты семьи, материнства и детства «Смоленский дом для мамы» прошел практический семинар **«Психологическое волонтерство в сопровождении кризисной семьи»**, который открыл протоиерей

Павел Петровский, настоятель прихода храма в честь Архангела Михаила Смоленска. Сотрудники центра представили свое учреждение и опыт работы.

Ведущие семинара: педагог Смоленского педагогического колледжа канд. пед. наук А. И. Назарова и доцент кафедры клинической психологии СГМУ канд. мед. наук И. Ю. Машкова совместно со студентами смоленских вузов обсудили наиболее актуальные для «Дома для мамы» вопросы волонтерской помощи:

- общие основы организации сопровождения молодых матерей в трудной жизненной ситуации в Доме для мамы;
- роль волонтерства в организации сопровождения подопечных;
- возможности организации волонтерской деятельности студентов вузов и средних специальных учебных заведений в сфере охраны психического здоровья и сопровождения кризисных семей.

В отделе Смоленской епархии по социальному служению и церковной благотворительности работала практическая площадка «Мастерская родительского опыта». Состоялся круглый стол «Подготовка и адаптация ребенка к обучению в начальной школе». Мероприятия прошли при поддержке проекта «Семицветик» — группа развития детей, не посещающих детский сад (проект-победитель международного грантового конкурса «Православная инициатива 2018–2019» Отдела Смоленской епархии по социальному служению и церковной благотворительности).

Конференция имела большое значение в развитии сотрудничества священнослужителей и специалистов в вопросах охраны психического здоровья.

В оформлении использованы фотоматериалы сайта newpravkonkurs.ru/, <http://rpb-v.ru/2019/06/17/>

ПРАВОСЛАВИЕ И ПСИХИАТРИЯ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Митрополит Смоленский и Дорогобужский ИСИДОР,
кандидат богословия, и кандидат юридических наук,
ректор Смоленской православной духовной семинарии



Доклад, прочитанный на III научно-практической конференции
«Молитва врача. Актуальные вопросы охраны психического здоровья:
биопсихосоциодуховный подход» 13 июня 2019 г. в Смоленске

Степень актуальности проблем, связанных с психическим здоровьем человека, профилактикой психических расстройств и выбором эффективных форм помощи людям, страдающим душевными недугами, сегодня чрезвычайно высока.

Ученые констатируют высокий уровень психических расстройств и тенденцию его

неуклонного роста. По данным Всемирной организации здравоохранения около 20–25% населения Земли имеет некие поведенческие или психические расстройства. Прогнозируется, что уже к 2020 г. депрессии станут второй причиной инвалидизации работоспособного населения. Расстройства в психической сфере касаются

не только взрослых людей, но также детей и подростков: такие расстройства все чаще становятся причинами социальной дезадаптации в семье и школе. Особого внимания заслуживает проблема суицидального поведения, в основе которого могут лежать несвоевременно распознанные последствия стрессовых ситуаций, депрессии и другие психические расстройства.

Все перечисленные проблемы актуальны и для Смоленской области. Совсем недавно — в декабре 2018 г. и апреле 2019 г. вопросы предотвращения попыток суицида, профилактики и своевременной поддержки детей и подростков «группы риска» были рассмотрены на заседаниях Координационного совета при Губернаторе Смоленской области по вопросам семьи, материнства, отцовства и детства и Координационного совета при Администрации Смоленской области по развитию системы духовно-нравственного воспитания.

Для определения действенных форм и методов оказания помощи людям, страдающим душевными недугами, необходимо, прежде всего, определить причины психических болезней.

Несмотря на обширность фундаментальных исследований в области психиатрии, однозначные причины большинства таких болезней неизвестны. Как не найдено научного понимания того, что есть психика (общеизвестно, что в греческое произнесение слова «душа» созвучно термину «психика»).

Вместе с тем, мы можем констатировать, что в основе многих душевных заболеваний лежат духовные недуги. В Евангельском сюжете о расслабленном Господь прямо указывает исцеленному Им человеку на духовную причину болезни: «... вот, ты выздоровел; не греши больше, чтобы не случилось с тобою чего хуже» (Ин. 5, 14). Согласно «Основам социальной концепции Русской Православной Церкви» Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы.

Пусковым механизмом психического расстройства часто выступают стрессовые факторы, такие как непонимание в семье, сложные взаимоотношения на работе, не-

обоснованно высокий уровень притязаний, эгоцентризм с сосредоточенностью только на своих потребностях. Безусловно, все перечисленные факторы имеют нравственные, духовные корни.

На психическое состояние человека влияет его образ жизни. Для большинства современных людей это жизнь в нарастающем темпе, своеобразная гонка. Это и постоянное стремление к новым и новым внешним достижениям, что нередко является проявлением гордыни и самонадеянности; и перенасыщенность ненужной информацией с одновременной неспособностью ограничить, выстроить четкие границы собственного информационного поля, что порождает целый комплекс греховного поведения.

Необходимо отметить тенденцию к тотальному гедонизму, стремлению к удовольствиям. Сегодня в секулярной среде жизнь ради получения удовольствий агрессивно навязывается как псевдо идеал. Игумен Анатолий (Берестов), доктор медицинских наук, психиатр, отмечал, что такое потребительское отношение к жизни формирует наркоманический тип характера, когда человек настроен только на то, чтобы наслаждаться. Неполучение очередных удовольствий приводит к психическим срывам. И в этом случае также существует прямая зависимость греха и психической болезни.

Церковь выделяет в личностной структуре человека духовный, душевный и телесный уровни организации. Как древние, так и современные отцы и учителя Церкви уделяют внимание всей личности в целом. Единство и гармония человеческой личности, дарованные Господом, и утерянные человеком вследствие пренебрежения законами духовной жизни, ныне являются искомым состоянием. Об этой гармонии замечательно сказал святитель Феофан Затворник: «Когда удовлетворяются духовные потребности, то они научают человека поставлять в согласие с ними удовлетворение и прочих потребностей, так что ни то, чем удовлетворяется душа, ни то, чем удовлетворяется тело, не противоречат духовной жизни, а ей способствуют — и в человеке водворяется полная гармония: мыслей, чувств, желаний, предприятий, отношений!».

Неизменно попечение о человеческом здоровье — душевном и телесном — является заботой Церкви. Как отмечено в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви, «Господь Иисус Христос, проповедуя словом и делом, врачевал людей, заботясь не только об их теле, но наипаче о душе, а в итоге — о целостном составе личности. По слову Самого Спасителя, он врачевал «всего человека» (Ин. 7, 23)».

Из истории медицины известно, что первый этап становления психиатрии в России именуется монастырским. В монастыри свозили душевнобольных и бесноватых. Братия с христианской любовью и милосердием заботилась о них. Больной был не лишним, не чужим человеком, он был братом во Христе, который нуждается в помощи. Святитель Игнатий (Брянчанинов) писал: «И слепому, и прокаженному, и поврежденному рассудком... окажи почтение как образу Божию».

С конца XVIII в. начался процесс становления психиатрии как научной медицинской дисциплины, опирающейся на рационалистические теории, данные клинических наблюдений и лабораторных исследований. Несмотря на это, в дореволюционной России существовала практика взаимодействия врачей и священнослужителей в оказании помощи душевнобольным. Во всех психиатрических лечебницах строились больничные храмы. Священник и врач были сотрудниками. Например, при каждой из 50 клиник Военно-медицинской академии был свой храм, и каждый день в этих храмах совершалась Божественная литургия.

В годы советской власти традиции сотрудничества Церкви и медицины были утрачены. Но многие душевнобольные нашли себе приют в монастырских стенах. Парадоксально, что во многих монастырях после их закрытия были созданы интернаты для тяжелых хронических больных. Это, например, Успенская Вышинская пустынь, где подвизался святитель Феофан Затворник.

Несмотря на господство в Советской России материалистической теории, ряд ученых открыто свидетельствовали об обратном. Известен случай, когда святитель Лука (Войно-Ясенецкий) многократно оперировавший мозг, на допросе сказал:

«...я много оперировал на мозге и, открывая черепную коробку, никогда не видел там также и ума. И совести там тоже не находил». Известный нейрохирург Н. П. Бехтерева писала: «Всю свою жизнь я посвятила изучению самого совершенного органа — человеческого мозга, и пришла к выводу, что возникновение такого чуда невозможно без Творца». Один из выдающихся психиатров XX века — профессор Дмитрий Евгеньевич Мелехов, почивший о Господе в 1979 г., создал концепцию «Пастырская психиатрия» для студентов Духовных академий и семинарий. Им был написан труд «Психиатрия и вопросы духовной жизни», который и в наши дни может служить научным пособием как для психиатров, так и для священнослужителей.

Переходя к актуальным для сегодняшнего дня вопросам организации оказания помощи людям, страдающим душевными недугами, представляется целесообразным остановиться на рассмотрении проблемы стигматизации психически больных людей, которая существует в современном обществе. Нередко это вызвано просто страхом перед человеком, поведению которого невозможно дать объективную оценку. В нашем обществе по-прежнему больной диабетом и душевнобольной человек вызывают разные чувства даже у ближайшего социального окружения. Если к первому относятся с состраданием и сочувствием, то болезнь второго либо стараются не замечать, либо всячески избегают общения, нередко такая болезнь вызывает насмешки. Этим, во многом, объясняется нежелание душевнобольного человека обращаться за психиатрической помощью — признание себя психически больным требует определенного мужества. Кроме того, симптомы многих психических расстройств часто не распознаются пациентами как болезненные, утрачивается критическое отношение к последствиям своего поведения и больные не обращаются за медицинской помощью.

Одним из первых, кто сталкивается с признаками душевного расстройства верующего человека, является священнослужитель. Верующий человек, испытывающий

душевные страдания, идет за помощью в храм, обращается за советом и просьбой о помощи к священнику. Именно священник призван выявить причину духовных страданий. Первым шагом в такой помощи является определение степени духовного повреждения. Важной задачей является установление возможных признаков душевного заболевания. Еще одна задача состоит в определении наличия или отсутствия психофизических нарушений. Как мы видим, и во втором, и в третьем случаях невозможно обойтись без помощи специалиста в области психиатрии.

Если в современной зарубежной литературе необходимость совместной деятельности врача-психиатра и пастыря-богослова при оказании помощи душевнобольным признается как аксиома, то в России такая работа в большинстве российских регионов находится в стадии становления. Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что в «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви», принятых Архиерейским Собором Русской Православной Церкви в августе 2000 г. (то есть почти два десятилетия назад!) отмечено, что «в области психотерапии оказывается наиболее плодотворным сочетание пастырской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника». На деле серьезный опыт сотрудничества врачей-психиатров и священнослужителей как из приходских храмов, так и из монастырей в деле окормления душевнобольных накоплен только в нескольких регионах, прежде всего, в Москве и Санкт-Петербурге.

Назову две проблемы, решение которых в регионах является необходимым для организации взаимодействия врача-психиатра и священнослужителя при оказании помощи душевнобольным.

С одной стороны, многие высококвалифицированные психиатры считают, что в ряде случаев (например, при обострениях болезней), больному не рекомендуется общение со священнослужителем, более того, оно может вызвать ухудшение его состояния. Вместе с тем, некоторые российские ученые еще в прошлом веке отмечали благо-

творное влияние веры и церковных таинств на лечение психиатрических заболеваний. Например, Дмитрий Евгеньевич Мелехов, в книге «Психиатрия и проблемы духовной жизни» подробно рассматривает способы пастырского попечения и особенности оказания медицинской помощи при лечении различных форм психических расстройств.

С другой стороны, существует проблема дифференцированного разграничения духовных и душевных болезней. В обыденной православной среде, к сожалению, мы можем встречать непонимание того, что есть болезни духовные и есть болезни душевные. Неправильно смешивать все болезни, все состояния, связанные с душевной и духовной жизнью человека, объединять их в одно целое. Нужно помнить, что древние святые отцы различали болезни, развившиеся «от естества», и недуги, вызванные бесовским воздействием либо ставшие следствиями поработивших человека страстей. Например, еще в VI в. преподобный Иоанн Лествичник приводил определенные признаки, по которым необходимо отличать расстройства духовного происхождения от расстройств, развитие которых зависит «от естества». Как отмечено в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви, «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».

Важно отметить, что примеров, которые показывают значительное сходство болезней душевных и духовных, достаточно много, и их разграничение требует совместного комплексного подхода врача и священнослужителя. Например, к духовным недугам относят грех уныния и печали; среди психических заболеваний выделяются депрессии, проявлениями которых является грустное, подавленное настроение, тоска, уныние, апатия. Среди духовных заболеваний в качестве наиболее тяжелого состояния выделяется бесоодержимость, к основным внешним проявлениям

которого относится боязнь святости. При психических заболеваниях встречаются бредовые идеи бесоудержимости, когда человек говорит о том, что он одержим бесами и описывает их воздействие на физическом уровне.

Профессор Свято-Сергиевского православного института Парижа, архимандрит Киприан (Керн) в своей работе по пастырскому богословию посвятил вопросам пастырской психиатрии отдельную главу. Он писал, что «...существуют такие душевные состояния, которые не могут быть определяемы категориями нравственного богословия и которые не входят в понятие добра и зла, добродетели и греха. Это все — те «глубины души», которые принадлежат к области психопатологической, а не аскетической». Далее он замечал, что «... области психиатрии и нравственного богословия не совпадают, так как для одной часто встают загадки души, там, где другая решает все простым определением «тяжкий грех». Архимандрит Киприан считал, что пастырь должен сам прочесть одну-две книги с психопатологическими наблюдениями, «...чтобы огулом не осудить в человеке, как грех, то, что само по себе есть только трагическое искривление душевной жизни, загадка, а не грех, таинственная глубина души, а не нравственная испорченность...».

Итак, сфера человеческого духа, болезнь человеческого духа — это сфера, где врачует врач духовный, священник. Сфера человеческого души — это сфера, в которой врачует врач-психиатр. Эти сферы неразрывно между собой связаны, именно поэтому необходимо тесное сотрудничество и священника, и врача-психиатра.

Здоровье как совокупность физического, духовного и социального благополучия требует изначально комплексного подхода к пониманию его ухудшения. Комплексное врачевание душевного недуга призывает к лечению, с одной стороны, врача, представляющего медико-биологическую точку зрения, психотерапевта, который использует методы психического воздействия на больного и, с другой, — духовника, который объясняет природу болезни с духовной точ-

ки зрения и применяет меры пастырского воздействия.

Подводя итоги выступления, можно констатировать, что в настоящее время имеются достаточные научные обоснования и существенный положительный опыт организации совместной практической работы врачей-психиатров и священнослужителей. Безусловно, для становления такой работы в Смоленской области предстоит сделать еще очень многое. Прежде всего, это организация обучения священнослужителей основам пастырской психиатрии и пастырского попечения о людях, страдающих душевными недугами. Не менее важной является подготовка врачей-психиатров и психотерапевтов в сфере христианской антропологии. Только при названных условиях мы можем обеспечить внедрение в нашем регионе практики совместной врачебно-пастырской помощи и профилактической работы в сфере охраны психического здоровья.

Отмечу, что конференция «Молитва врача» является площадкой, на которой не только обсуждаются актуальные вопросы взаимодействия медицины и Церкви, но и осуществляется планирование дальнейшей работы. Пользуясь возможностями этого представительного форума, предлагаю после конференции в рабочем порядке рассмотреть вопрос об участии священнослужителей Смоленской епархии в качестве слушателей в курсах повышения квалификации «Охрана психического здоровья: биопсихосоциодуховный подход», которые запланированы к проведению в сентябре текущего года в рамках проекта «Здоровье души...».

Также предлагаю совместно обсудить программу этих курсов и включить в нее блок занятий по основам христианской антропологии для студентов-медиков и медицинских работников, которые станут участниками курсов. Думаю, что такая подготовка станет важным условием для дальнейшего создания и функционирования на постоянной основе православного Центра охраны психического здоровья, в котором нуждающиеся в пастырском попечении и медицинской помощи смоляне смогут получить комплексную помощь.

Алтай. 23.01.19



Встреча благочинного Белоярского округа протоиерея Вячеслава Даныкина и председателя Алтайского отделения ОПВР Е. В. Харченко со школьниками-волонтерами Новоалтайска

Томск. 16.02.19



Выездной консультативный прием Томского общества православных врачей в дер. Вороново Кожевниковского р-на

Новосибирск. 28.02.19



Архангельск. 6.04.19



Встреча представителей Новосибирского отделения ОПВР с митрополитом Новосибирским и Бердским Никодимом



Медосмотр жителей дер. Веркола, монахов и насельников Свято-Артемиево Веркольского мужского монастыря членами Архангельского общества православных врачей

НОВОСТИ

Томск. 20.04.19



Молебен свт. Луке и консультативно-медицинский осмотр врачами Томского ОПВ в Богородице-Алексеевском монастыре

Липецк. 11.06.19



Участие Липецкого общества православных врачей в конференции, посвященной памяти свт. Луки в Липецкой областной больнице № 2

Архангельск. 18.06.19



Архангельское общество православных врачей и Архангельский Союз православных женщин обсудили научное и педагогическое наследие свт. Луки (Войно-Ясенецкого)

Карелия. 28.09.19



Лечебно-консультативный прием Общества православных врачей Республики Карелия в г. Суоярви



Санкт-Петербург. 4.10.19



Создан хор Общества православных врачей Санкт-Петербурга

Ростов-на Дону. 6.10.19

Выезд
Общества
православных
врачей
Ростова-на-Дону
в с. Екатериновка
Матвеево-
Курганского
района



Алтай. 24.10.19



Участие Общества
православных
врачей Алтая
в конференции
«Семейные
ценности
в современном мире»
в с. Панкрушиха



Новгород Великий. 25.11.19



Круглый стол «Святость материнства»
с участием врачей Великого Новгорода
и области и новгородского духовенства



НОВОСТИ

Липецк. 28.11.19



Организация и участие Липецкого ОПВ в Межъпархиальной духовно-медицинской видеоконференции «Духовно-патриотическое служение православных врачей в годы Великой Отечественной войны»

Санкт-Петербург. 28.11.19



Проведение «Дня здоровья» на Всероссийской выставке «Православная Русь» Обществом православных врачей Санкт-Петербурга

Карелия. 7.12.19



Поездка Общества православных врачей Республики Карелия в с. Янишполе Кондопожского района



V ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СВЯТИТЕЛЬ ФЕОФАН ЗАТВОРНИК — ОСНОВАТЕЛЬ ПРАВОСЛАВНОЙ ПСИХОЛОГИИ»



7–9 февраля 2019 г. в Санкт-Петербурге состоялась V Всероссийская конференция «Святитель Феофан Затворник — основатель православной психологии». Организаторы конференции: епархиальный Отдел по церковной благотворительности и социальному служению (ОЦБСС), храм святителя Петра, митрополита Московского, на Роменской улице и Общество православных психологов Санкт-Петербурга. Мероприятие проходило в крипте Казанского собора. Вела встречу председатель Общества православных психологов профессор Санкт-Петербургской духовной академии (СПбДА) доктор психол. наук Л. Ф. Шеховцова.



*Первый день работы конференции.
Крипта Казанского собора*

Приветственное слово председателя ОЦБСС протоиерея Николая Брындина зачитал руководитель координационного центра ОЦБСС по работе с детьми, оставшимися без попечения родителей иерей Феодосий Амбарцумов. В слове говорилось о трудах и заслугах святителя на ниве служения Церкви и людям. Было подчеркнуто, что опыт христианской психологии святителя основан на православной антропологии, аскетической практике, самонаблюдении святых подвижников и опыте светской психологии.

Духовник Общества православных психологов, настоятель храма святителя Петра, митрополита Московского иерей Артемий Наумов напомнил участникам и слушателям, что в 2019 г. исполняется 125 лет со дня представления святителя Феофана. «День представления святого приходится на праздник Богоявления, и это промыслительно: можно сказать, что святитель Феофан — преемник Иоанна Крестителя, так как через его труды красной нитью проходит тема спасения души, к чему призывал всех крестившихся у него Иоанн Предтеча. Каждая строка трудов святителя Феофана наполнена вдохновением о возможности быть с Богом — в том числе и грешному человеку. Ведь любой грех прощается Господом, если мы искореняем его в своей душе, тем самым идя по пути спасения. В каждом слове святителя чувствуется благодать Божия, данная доброму пастырю. Святитель Феофан говорил о том, что в деле веры и спасения на первом месте стоит не философия, а детская и чуткая восприимчивость к Божественной истине», — сказал отец Артемий.



Иерей Артемий Наумов

Программу первого дня конференции открыл совместный доклад «Понятие об ипостаси в антропологии преподобного Силуана

Афонского и схииеромонаха Софрония (Сахарова) протоиерея Николая Брындина и иерея Феодосия Амбарцумова. В докладе сообщалось о размышлениях свв. отцов Силуана и Софрония о подобию человека Богу во всем до тождества, но не по сущности, а по благодати.

Заведующая отделом русской классической литературы ИМЛИ РАН М. И. Щербакова выступила с докладом «Учащий и учащееся: плоды педагогических трудов святителя Феофана. Она рассказала, что с жизнью и трудами святителя Феофана связано около 120 учебных заведений. Первое назначение на преподавательскую должность святитель Феофан получил сразу после окончания Киевской духовной академии, затем продолжил преподавание в Новгородской семинарии, позже — в Санкт-Петербургской духовной академии. М. И. Щербакова познакомила слушателей с воспоминаниями известных семинаристов, проходивших обучение во времена преподавания святителя.



Участники конференции

С докладом «К вопросу формирования личности юного Георгия Говорова: наставник Евфимий Остроумский» выступила член научно-редакционного совета по подготовке полного собрания творений святителя Феофана Затворника А. Е. Лукьянова. Научный сотрудник кафедры библистики Московской духовной академии (МДА) иерей Сергей Фуфаев в своем докладе, касаясь вопроса богословского персонализма, рассказал о истолковании В. Н. Лосским догматических понятий «ипостась» и «индивид».

С докладом «Свобода как категория духовной жизни и персонологии» выступил протоиерей Михаил Браверман. Богословский взгляд на проблему сознания в свете православного учения о душе описал в своем докладе иерей Сергей Ладанов. Доцент кафедры прикладной психологии СПбГУПС канд. психол. наук И. Л. Соломин рассказал о психосемантическом исследовании содержания сознания современной российской молодежи.

Были заслушаны доклады профессора Л. Ф. Шеховцовой «Концепция личности в православной психологии», доцента кафедры библистики МДА протоиерея Михаила Ковшова «Основные положения современного православного персонализма», преподавателя факультета психологии СПбГУ, канд. психол. наук Н. Н. Лепёхина «Модулярность психики в контексте христианской антропологии».



Л. Ф. Шеховцова

8 февраля 2019 г. в крипте Казанского собора состоялось заседание секции «**Православный подход в консультировании и психотерапии**». Прозвучали доклады членов Общества православных психологов СПб протоиерея Георгия Пименова «Возможные пути преодоления отвержения и самоотвержения психических больных» и М. Ю. Клепиковой «Дети с особым восприятием жизни (из опыта работы)»; члена Российского психологического общества канд. психол. наук Т. В. Филипповой «Чувство вины — позитивный и негативный аспекты»; православного психолога Е. А. Триандофиловой «Духовные и душевные причины страхов».

и панических атак»; семейного консультанта, магистра философ. наук, бакалавра теологии пастора Олли Хювяринена «Эмоционально-фокусированная парная терапия в семейном консультировании Евангелическо-лютеранской церкви Финляндии»; Л. С. Дубинина «Личностные изменения в процессе освоения православной аскетической практики — исихазма».



Работа круглого стола «Духовное окормление и психотерапия семьи»

8 февраля 2019 г. в рамках конференции прошел также круглый стол «**Духовное окормление и психотерапия семьи**», посвященный современным вопросам пастырской и психологической работы с семьей.

Его провели проректор по учебной работе СПбДА протоиерей Владимир Хулап и профессор Л. Ф. Шеховцова. В работе круглого стола приняли участие председатель комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства Санкт-Петербургской епархии протоиерей Александр Дягилев, члены Общества православных психологов, преподаватели петербургских вузов и практикующие специалисты: протоиерей Петр Чубаров, Н. Н. Лепёхин, М. Е. Василенко, Н. А. Пивоварова, А. М. Ефимова.

Участники обсудили семейные программы, реализуемые в Санкт-Петербургской епархии, подробно остановились на вопросах взаимодействия пастыря и психолога в рамках работы с семьей. Было высказано пожелание о проведении серии совместных тематических семинаров, посвященных семье и браку.

9 февраля 2019 г., в храме святителя Петра митрополита Московского на Роменской были подведены итоги конференции. Также прошла встреча с доктором искусствоведения, профессором СПбГУ, СПбДА М. Н. Цветаевой, посвященная теме «Философия образа: лицо, личина, лик».

*По материалам ИА «Вода живая»,
kazansky-spb.ru, cpospbda.ru*

НОВОСТИ

НОВОСИБИРСК

28 февраля 2019 г. в официальной резиденции Новосибирской митрополии состоялась **встреча митрополита Новосибирского и Бердского Никодима с представителями Новосибирского регионального отделения общества православных врачей России.**

Во встрече участвовали главный врач городской клинической больницы № 1 д. м. н. проф. Ю. И. Бравве, руководитель службы анестезиологии и реанимации Национального медицинского исследовательского центра имени Е. Н. Мешалкина детский анестезиолог-реаниматолог д. м. н. О. В. Струнин, главный офтальмолог Сибирского федерального округа д. м. н. профессор О. Г. Гусаревич, бессменный руководитель врачебной миссии на Горбале-церкви

«Святой апостол Андрей Первозванный» врач УЗИ Областной клинической больницы О. Н. Фишова и др. представители медицинских учреждений города, преподаватели Новосибирского государственного медицинского университета.

Председатель общества православных врачей, главный врач Новосибирского гастроэнтерологического центра к. м. н. Д. И. Индинок рассказал о деятельности общества, подчеркнув важные ее составляющие: молитвенное общение, сложившееся между православными врачами, паломнические поездки, совместное участие врачей в Таинстве елеосвящения.

Правящий архиерей познакомился с деятельностью Общества православных врачей Новосибирска, его участниками, внес ряд предложений: провести в городе день православного донора, организовать на территории

Исследовательского центра имени Е. Н. Мешалкина больничный храм, используя опыт храма в честь иконы Божией Матери «Целительница» в Новосибирской областной больнице.

Во время встречи была затронута тема строительстве храма во имя святого страстотерпца врача Евгения Боткина на территории городской клинической больницы № 1. Митрополит Никодим посоветовал незамедлительно создать при больнице активно действующую православную общину.

В завершение встречи владыка Никодим поблагодарил врачей за их служение и благословил на добрые начинания.

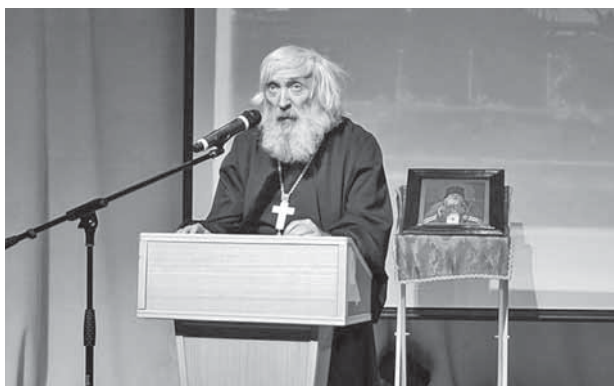
По материалам nskmi.ru

VIII ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЕ ЧТЕНИЯ В СЕВЕРОДВИНСКЕ

16–17 мая 2019 г. в Северодвинске в Центре культуры и общественных мероприятий состоялись **VIII Войно-Ясенецкие чтения**, посвященные 142-летию со дня рождения святителя Луки Крымского.

Организатор Войно-Ясенецких чтений — Архангельская митрополия, министерство здравоохранения Архангельской области, Северный государственный медицинский университет (СГМУ). Чтения, посвященные известному хирургу и архипастырю Русской Православной Церкви, проводятся в архангельском крае с 2007 г. В Северодвинске они прошли первый раз.

После молебна святителю Луке от имени митрополита Архангельского и Холмогорского Даниила гостей и участников конференции поприветствовал руководитель миссионерского отдела Архангельской епархии, настоятель храма св. прав. Иоанна Кронштадтского при Северном (Арктическом) федеральном университете им. М. В. Ломоносова протоиерей Евгений Соколов.



Протоиерей Евгений Соколов

В приветственном слове к участникам чтений глава Северодвинска И. В. Скубенко отметил: «В нашем городе работают талантливые врачи и медицинские сестры, руководители организаций здравоохранения. В каждой больнице сложились свои традиции, но есть и много общего. Например, уважительное отношение к верованиям пациентов».

Также на открытии форума выступили представитель министерства здравоохранения Архангельской области О. А. Шурундина и ректор СГМУ Л. Н. Горбатова.



Открытие VIII Войно-Ясенецких чтений

Доцент кафедры хирургии СГМУ В. П. Рехачев представил доклад о научном наследии В. Ф. Войно-Ясенецкого, подчеркнув, что научную и медицинскую деятельность святителя Луки нельзя отделять от священства, так как Валентин Феликсович — уникальный пример святого и великого ученого в одном лице. «Надо отметить, что Войно-Ясенецкий претерпел гонения и ссылки. Будучи в очень бедственном положении, не имея работы в больницах и возможности опубликовать свои научные труды, он никогда не отказывался от епископства. Советская власть предлагала ему возглавить больницы и кафедры медицинских вузов, нужно было лишь снять с себя сан. Святитель Лука считал это невозможным», — отметил докладчик.

Доктор мед. наук, профессор кафедры педиатрии СГМУ Е. Н. Сибилева предложила вниманию слушателей доклад «Святость детства». Она затронула некоторые современные проблемы, связанные со здоровьем детей. «Самое страшное сейчас то, что информация, которая льется из СМИ, разрушает детскую душу. На сегодняшний день существуют следующая опасность —

стирается понятие „пола“. Ребенку говорят, что он сам может выбрать себе пол: быть ему мальчиком, девочкой, или чем-то средним. И хотя это принято по законам международного права, я считаю, что это преступление. Также детство окружают и другие опасности — это ювенальное законодательство и бэби-боксы».



Пленарный доклад В. П. Рыхачева

Доктор философ. наук, профессор кафедры философии религии и религиозных аспектов культуры московского Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета А. В. Саввин рассказал о категориях добра и зла, а также проблемах их понимания в современном мире.

На открытии чтений ректор СГМУ Л. Н. Горбатова вручила медали святителя Луки (Войно-Ясенецкого) опытным врачам-хирургам. За большой личный вклад в развитие хирургической службы Архангельской области и многолетний добросовестный труд в системе здравоохранения медалью В. Ф. Войно-Ясенецкого были награждены врач-хирург третьего хирургического отделения Северодвинской городской больницы № 2 Н. Б. Доронина (общий стаж работы 44 года), врач-хирург Северодвинской городской больницы № 2 С. Г. Кравцов (общий стаж работы 42 года), заместитель начальника по хирургической помощи центральной медико-санитарной части № 58 Северодвинска Е. Г. Маляров (общий стаж работы 36 лет), детский хирург Северодвинской городской детской клинической больницы М. М. Танцулин (общий стаж работы 35 лет).

За многолетнюю хирургическую работу в здравоохранении Архангельской области почетной грамотой СГМУ награждены врач травматолог-ортопед Северодвинской городской детской клинической больницы В. Н. Фомин (общий стаж работы 36 лет) и заведующий эндоскопическим отделением Северодвинской городской клинической больницы № 2 И. В. Папылев (общий стаж работы 13 лет).

Почетные грамоты министерства здравоохранения Архангельской области были вручены заведующему хирургическим отделением Северодвинской городской больницы № 2 Е. Г. Протасову, врачу-хирургу Северодвинской городской больницы № 2 К. А. Кокорину, врачу травматологу-ортопеду Северодвинской городской больницы № 1 В. Ф. Янковскому и врачу анестезиологу-реаниматологу Северодвинской городской детской клинической больницы В. Р. Афанасову.

В рамках чтений состоялись заседания тематических секций. На **терапевтической секции «Актуальные вопросы терапии»**, проходившей в Северодвинской городской больнице № 1.



Президиум: Л. Е. Громова, Л. Н. Горбатова, О. А. Шурундина, протоиерей Евгений Соколов

О современных подходах в диагностике и методах хирургического лечения приобретенных и хронических пороков сердца врачам городских больниц рассказал доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии и эндокринологии СГМУ С. И. Мартюшов. Докладчик сообщил о рекомендациях европейских и российских кардиологов ведущих медицинских центров, практических рекомендациях по диагностике заболеваний, их консервативному

и оперативному лечению». С. И. Мартюшов подчеркнул высокий уровень работы кардиохирургических отделений больниц Архангельской области.



Работа терапевтической секции: С. И. Мартюшов

В Северодвинской городской клинической больнице № 2 состоялось заседание хирургической секции «Актуальные проблемы хирургии желчевыводящих путей и поджелудочной железы», которую возглавил председатель Архангельского областного регионального отделения Российского общества хирургов, профессор кафедры хирургии СГМУ, доктор мед. наук С. М. Дыньков.

Были заслушаны доклады: «Лечебно-диагностическая тактика при остром билиарном панкреатите» профессора С. М. Дынькова; «Острый холецистит. Современные подходы к проблеме» доцента кафедры хирургии, канд. мед. наук Е. В. Федотовой; «Возможности эндоскопического ультразвука в диагностике заболеваний желчевы-



Экскурсия участников чтений

водящей системы и поджелудочной железы» доцента кафедры хирургии СГМУ, канд. мед. наук А. М. Эпштейна; «Лечение осложненных форм холедохолитиаза с помощью рентгенхирургических методов» врача-хирурга Архангельской областной клинической больницы Г. А. Соболева; «Диагностика и лечение гнойных осложнений острого панкреатита» доцента кафедры хирургии СГМУ, канд. мед. наук Д. В. Мизгирева.

В рамках секции «Актуальные вопросы педиатрии», проходившей в конференц-зале Северодвинской городской детской клинической больницы, прозвучали доклады: «Дефицит витамина Д у детей и подростков. Тактика педиатра председателя секции, председателя Архангельского общества педиатров, проректора по научно-инновационной работе СГМУ, заведующей кафедрой педиатрии, профессора, доктора мед. наук С. И. Малявской; «Актуальные проблемы эндокринологии. Дифференциальная диагностика нарушений углеводного обмена» профессора кафедры педиатрии СГМУ, доктора мед. наук Е. Н. Сибилевой; «Вегето-сосудистая дистония у детей и подростков. Энерготропная терапия» доцента кафедры педиатрии СГМУ, канд. мед. наук Л. А. Зубова и др.

Секцию «Духовная безопасность молодежи» возглавила декан общественного факультета ментального здоровья им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого), профессор кафедры фармакологии СГМУ, доктор мед. наук Л. Е. Громова. Посредством видеосвязи на секции выступил председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга



*Дистанционное участие в конференции.
Протоиерей Сергей Филимонов*

профессор СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, профессор СПбГПМУ, доктор мед. наук, кандидат богословия протоиерей Сергей Филимонов с докладом «Баловать или не баловать, уступать или не уступать больным. Грани утешения как наследие взглядов Е. С. Боткина».

Прозвучал также доклад протоиерея Евгения Соколова, руководителя миссионерского отдела Архангельской митрополии, настоятеля храма св. прав. Иоанна Кронштадтского при Северном (Арктическом) федеральном университете им. М. В. Ломо-

носова. Об «Опыте волонтерского движения студентов филиала Архангельского медицинского колледжа в Северодвинске» доложила заведующая филиалом Архангельского медицинского колледжа в Северодвинске, канд. биолог. наук О. Н. Тихонова.

Чтения завершились заседанием правления Архангельского областного регионального отделения Российского общества хирургов.

*По материалам пресс-службы
Архангельской епархии arh-eparhia.ru;
nsmu.ru; severodvinsk.info*

НОВОСТИ

БАРНАУЛ

13 ноября 2019 г. в Алтайском государственном техническом университете прошло пленарное заседание X Рождественских образовательных чтений Барнаульской епархии «**Великая Победа: наследие и наследники**».

В работе церковно-общественного форума приняли участие ректор АлтГТУ А. М. Марков, председатель АКЗС А. А. Романенко, викарий Барнаульской епархии епископ Заринский Серапион, епископ Бийский и Белокурихинский Серафим; председатель комитета общественных связей и безопасности администрации Барнаула Г. В. Королев, председатель отдела религиозного образования и катехизации Барнаульской епархии протоиерей Сергей Фисун, представители государственной власти, депутатского корпуса, общественных организаций, работники образования, деятели культуры и искусства, духовенство Алтайской митрополии, учащиеся средних и высших образовательных учреждений.

КАРЕЛИЯ

16 декабря 2019 г. в стенах Детской республиканской больницы состоялось праздничное собрание по случаю **8-летия Общества православных врачей Республики Карелия**.

После вступительного слова председателя секретаря ОПВ Республики Карелия И. С. Скопец представила доклад, посвященный житию преподобного Паисия Святогорца. Помимо биографических сведений докладчик рассказала о поездке на малую родину старца, в деревню Коница, где односельчане бережно хранят память

Открыл заседание ректор АлтГТУ А. М. Марков. С приветственным словом выступил епископ Серапион, который передал участникам форума благословение митрополита Сергия, находившегося в этот момент в командировке. Поприветствовал собрание также председатель АКЗС А. А. Романенко. С содержательным докладом выступил председатель комитета общественных связей и безопасности администрации Барнаула Г. В. Королев.

В рамках чтений состоялось торжественное награждение победителей регионального этапа XIV Всероссийского конкурса в области педагогики, воспитания и работы с детьми школьного возраста и молодежью до 20 лет «За нравственный подвиг учителя».

С докладом «**Любовь к Отечеству как один из источников Победы советского народа в Великой Отечественной войне**» выступил заведующий музеем истории АлтГТУ проф., д. ист. н. Н. Д. Ростов. Живой интерес собравшихся вызвал рассказ руководителя отдела Рубцовской епархии по взаимодействию с Вооруженными силами и правоохранительны-

ми органами протоиерея Михаила Киселева о его пребывании в качестве помощника командира группировки в Сирии на российских базах Хмеймим и Тартус во время военных операций наших летчиков, десантников и моряков против террористов. Священник рассказал о нелегкой доле женщин-военнослужащих на войне, о Рождественском крестном ходе, в котором приняла участие вся база — 4,5 тысячи человек. Председатель комиссии по культуре Барнаульской епархии протодиакон Владимир Черных рассказал об истории Покровского собора «**Храм памяти и молитвы Барнаула**», в том числе в период Великой Отечественной войны.

Председатель Общества православных врачей Алтайского края, к. м. н. Е. В. Харченко выступила с сообщением «**Святитель Лука (Войно-Ясенецкий): священник, военврач, верный сын своего Отечества**», в котором осветила в том числе вклад святителя в Победу в качестве военного хирурга и уникального специалиста по гнойной хирургии.

о своем великом соотечественнике. Доклад сопровождался демонстрацией редких фотографий, также были представлены книги, посвященные преподобному Паисию Святогорцу

Затем И. С. Скопец представила отчетный доклад о работе ОПВ Республики Карелия за прошедший год. В 2019 г. состоялась 4 выезда в районы Республики Карелия, в ходе которых бесплатную специализированную медицинскую помощь получили около 200 пациентов. Православные врачи проводили индивидуальное консультирование для священнослужителей, монашествующих и мирян, врачебный патронаж для маломобильных пациентов.

ми органами протоиерея Михаила Киселева о его пребывании в качестве помощника командира группировки в Сирии на российских базах Хмеймим и Тартус во время военных операций наших летчиков, десантников и моряков против террористов. Священник рассказал о нелегкой доле женщин-военнослужащих на войне, о Рождественском крестном ходе, в котором приняла участие вся база — 4,5 тысячи человек. Председатель комиссии по культуре Барнаульской епархии протодиакон Владимир Черных рассказал об истории Покровского собора «**Храм памяти и молитвы Барнаула**», в том числе в период Великой Отечественной войны.

Председатель Общества православных врачей Алтайского края, к. м. н. Е. В. Харченко выступила с сообщением «**Святитель Лука (Войно-Ясенецкий): священник, военврач, верный сын своего Отечества**», в котором осветила в том числе вклад святителя в Победу в качестве военного хирурга и уникального специалиста по гнойной хирургии.

По материалам altai-eparhia.ru

Православные врачи принимают участие в молебнах, регулярно совершаемых священнослужителями епархии в часовнях при ЛПУ, особенно почитают небесного покровителя общества — святителя Луку (Войно-Ясенецкого). В день памяти архиепископа Луки ежегодно проходит традиционный праздничный молебен с освящением медицинских халатов. Регулярно совершаются собрания ОПВ Республики Карелия, на которых доктора представляют доклады по различным медико-нравственным вопросам.

По материалам oprvrk.ru

ПРОФЕССОР В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ (СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА) КАК СИМВОЛ СЛУЖЕНИЯ БОГУ И ЧЕЛОВЕКУ



3–4 октября 2019 г. по благословению митрополита Курского и Рыльского Германа в Курском государственном медицинском университете (КГМУ) состоялась Международная научно-практическая конференция «От фундаментальных знаний к тонкому владению скальпелем», посвященная памяти профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого — святителя Луки, архиепископа Симферопольского и Крымского.

Организаторами конференции выступили КГМУ, Курская православная духовная семинария, Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского, Гомельский государственный медицинский университет, Ташкентская медицинская академия, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины.

В конференции приняли участие более 300 человек из 11 городов России: Курска, Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Кирова, Смоленска, Великого Новгорода, Твери, Красноярска, Симферополя, Махачкалы и стран ближнего зарубежья: Узбекистана, Казахстана, Белоруссии, Украины.

Участников конференции приветствовали исполняющий обязанности ректора КГМУ, проректор по образовательной деятельности и общим вопросам, профессор П. В. Калуцкий; почетный профессор КГМУ, митрополит Курский и Рыльский Герман; заместитель главы Администрации Курска В. В. Гребенкин; ректор Московской духовной академии епископ Звенигородский Питирим; ректор Курской Православной духовной семинарии архимандрит Симеон; ректор Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого профессор А. В. Протопопов; директор Медицинской академии им. С. И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского профессор Е. С. Крутиков.

Первый день работы конференции включал в себя **мемориальную программу, посвященную памяти святителя Луки**. Выездное заседание проходило в Фатеже — городе, где В. Ф. Войно-Ясенецкий трудился в качестве земского врача, в стенах Фатежской центральной районной больницы, носящей его имя.

«Мы гордимся, что наша земля дала плеяду великих людей, — подчеркнул глава Фатежского района С. Е. Гнездилов. — Среди выдающихся личностей был и святитель Лука, который врачевал в Любаже и Фатеже».



Первый день конференции: мемориальная программа



Участники конференции

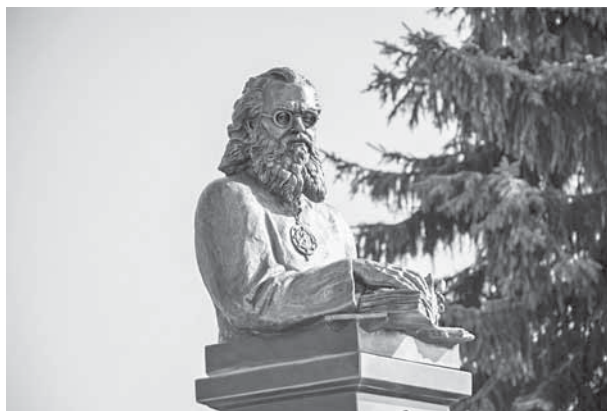
С докладом «Соратники святителя Луки (профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого) в период его работы в верхнелюбазской земской больнице» выступил заслуженный врач РФ, главный врач Черемисиновской центральной районной больницы Курской области В. А. Головин — потомок любазского фельдшера, сотрудника святителя Луки.

Л. И. Жердева, жительница села Верхний Любаз, представила участникам встречи фильм о работе святителя Луки в Верхне-Любазской земской больнице.

О духовном наследии святителя Луки и современном продолжении его школы сообщили доктор мед. наук, проф., академик Государственной академии космонавтики им. К. Э. Циолковского В. М. Успенский, депутат Курской областной Думы Р. С. Чекед и другие участники конференции.

Обществом православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) была передана подборка журналов «Церковь и медицина» для библиотеки КГМУ. Председатель общества — доктор мед. наук, профессор протоиерей Сергей Филимонов принял участие в конференции с видеолекцией «Молитва православного врача в свете учения свт. Луки (Войно-Ясенецкого)».

В рамках конференции на территории Архиерейского подворья в честь святителя Луки Крымского — строящегося монастыря, находящегося на месте земской больницы, в которой некогда трудился молодой хирург В. Ф. Войно-Ясенецкий — был **открыт памятник святителю**. Монумент освятил епископ Железнодорожский и Львовский Вениамин.



Освящение памятника свт. Луке, архиепископу Симферопольскому и Крымскому

Участники конференции обсудили духовно-нравственные аспекты врачебной деятельности в свете сугубого служения святителя Луки как хирурга и епископа. Также в выступлениях докладчиков были рассмотрены аспекты клинической и экспериментальной хирургии, а также результаты междисциплинарных исследований.

Во время проведения конференции было подписано соглашение о сотрудничестве в сфере поддержки научной и исследовательской деятельности между Благотворительным фондом содействия социальной



Второй день работы конференции

и просветительской деятельности им. святителя Луки (Войно-Ясенецкого) и Курским государственным медицинским университетом.

В итоговом документе конференции участники констатировали:

- жизненный путь, исполнение профессионального долга, труды профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого (святителя Луки, архиепископа Симферопольского и Крымского) являются примером для современного поколения врачей;
- хирургическая тактика и техника оперативного лечения раненых и хирургических больных, применявшиеся и рекомендованные В. Ф. Войно-Ясенецким, являются актуальными в настоящее время;
- научные труды профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого имеют важное значение для развития различных областей медицинской науки.

Участники конференции предложили:

- расширить взаимодействие между вузами — организаторами конференции в области научных исследований, академического обмена, студенческих миссий и т. д.;
- совершенствовать методы духовно-нравственного воспитания студентов на примере жизни и деятельности профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого (святителя Луки, архиепископа Симферопольского и Крымского);
- предложить Совету ректоров медицинских и фармацевтических вузов России регулярно проводить подобные совместные конференции.

По материалам kurskmed.com, gtrkkursk.ru, фатежскиебудни.рф

НОВОСТИ

ТОМСК

20 апреля 2019 г., в Лазареву субботу члены **Томского общества православных врачей** отслужили очередной **молебен с акафистом святителю Луке Крымскому** перед иконой с частицами его мощей в Трехсвятительском храме Богородице-Алексеевского монастыря. Возглавил молебен насельник монастыря иеромонах Моисей (Крылов). В совместной молитве принимали участие болящие.

После акафиста в здании воскресной школы Богородице-Алексеевского монастыря был проведен консультативно-медицинский прием для всех монахов и священнослужителей Томска и Томской области и их семей, а так же для работников храмов и активных прихожан. На сайтах заранее были вывешены объявления с информацией о приеме врачей, которые будут трудиться во славу Божию. Все желающие получили консультации специалистов: кардиологов, терапевтов, отоларинго-

лога, гинеколога, уролога, невролога, врачей ЛФК, психолога.

По традиции такие молебны с участием иеромонаха Моисея (Крылова) последующим консультативно-медицинским осмотром силами православных врачей Томска совершаются раз в месяц. Для пациентов с тяжелыми заболеваниями консультативная помощь может оказываться на дому.

По материалам oprv70.ru

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

19 ноября 2019 г. состоялось заседание Общества православных врачей Санкт-Петербурга на тему **«Этические проблемы генетики»**.

Современная генетика, а особенно генетика человека — одна из наиболее бурно развивающихся областей научного знания. Многие ее достижения быстро находят свои практические приложения в области медицины и здравоохранения. Стремительный прогресс медицинской генетики неизбежно сопровождается появлением новых моральных и юридических проблем, требующих не только обсуждения, но и принятия ответственных решений как на уровне общества в целом, так и на уровне научного медицинского сообщества.

На заседании прозвучал доклад **«Этические проблемы медицинской генетики»** заведующей кафедрой гуманитарных дисциплин и биомедицинской этики СПбГПМУ, профессора, д. м. н. Г. Л. Микиртичан.

С докладом **«Современное состояние генетических исследований на этапе пренатальной диагностики»** выступил организатор центра семейной медицины «Медика» на Пулковской, главный врач Многопрофильной клиники доктора Чубкина в Московском районе, к. м. н., профессор РАЕ И. В. Чубкин.

О проблеме редактирования генома и о резолюции Церковно-общественного совета по биомедицинской этике при Московской Патриархии сообщил председатель Общества православных врачей Санкт-

Петербурга, профессор, д. м. н. протоиерей Сергей Филимонов.

Церковно-общественный совет по биомедицинской этике обратил внимание на необходимость тщательной всесторонней экспертной оценки и общественной дискуссии о возможных последствиях вмешательства в геном человека, а также установления постоянного диалога по вопросам биоэтики между медицинским и гуманитарным научным сообществом. По мнению совета необходимо также привлечение к дискуссии о возможных пределах вмешательства в природу человека теологического и философского сообщества, представителей религиозных организаций.

По материалам oprvspb.ru

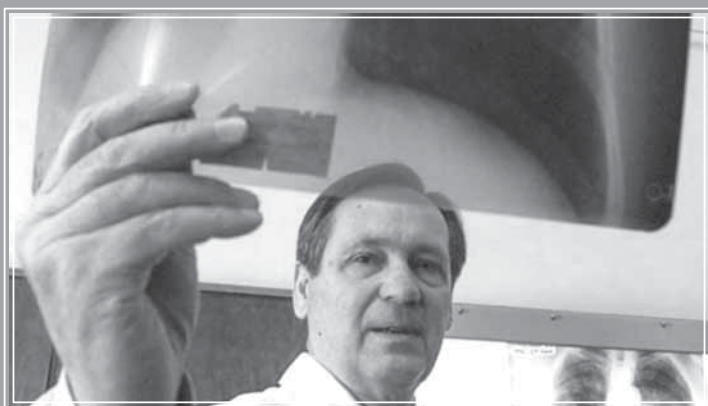


ПОЗДРАВЛЕНИЯ



ПОЗДРАВЛЯЕМ!

**Александра
Викторовича
Недоступа**



**Александра
Григорьевича
Чучалина**

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ ПРОФЕССОРА АЛЕКСАНДРА ВИКТОРОВИЧА НЕДОСТУПА!



5 апреля 2019 г. председатель исполкома ОПВР Александр Викторович Недоступ награжден медалью Отдела по благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви святого праведного Филарета Милостивого I степени «Во внимание к участию в делах милосердия и за деятельную любовь», а также в связи с 80-летием.

Александр Викторович Недоступ — доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Кардиолог и терапевт широкого профиля, один из наиболее авторитетных московских врачей с обширным клиническим опытом.

После окончания с золотой медалью средней школы в 1956 г. А. В. Недоступ поступил на лечебный факультет I МОЛМИ им. И. М. Сеченова. Своими учителями Александр Викторович называет прежде всего В. Н. Виноградова и всю «виноградовскую» клинику, выдающегося кардиолога В. Г. Попова, В. Г. Спесивцеву, А. Л. Сыркина и др.

В 1962 г. А. В. Недоступ с отличием оканчивает медицинский институт и с этого времени работает в Клинике факультетской терапии им. В. Н. Виноградова Первого МГМУ им. И. М. Сеченова последовательно клиническим ординатором, аспирантом, ассистентом, доцентом, профессором. Защитил кандидатскую (1968) и докторскую (1988) диссертации по вопросам электроимпульсной терапии, диагностики и медикаментозного лечения мерцательной аритмии.

Профессор А. В. Недоступ — один из ведущих специалистов в области диагностики и лечения аритмий; автор более 400 публикаций, тематикой которых являются психовегетативные соотношения при различных болезнях сердца и их коррекция, синдром слабости синусового узла, лабильная артериальная гипертония пожилых и др. Соавтор первой в России монографии по электроимпульсной

терапии мерцательной аритмии; монографий «Мерцательная аритмия: стратегия и тактика лечения на пороге XXI века» (1998), «Как лечить аритмии» (2006–2014), «Нарушения ритма и проводимости в клинической практике» (2011) «Клинические разборы в ФТК им. В. Н. Виноградова» (2012), национальных руководств по кардиологии и клинических рекомендаций.

За 50 лет преподавательской деятельности Александром Викторовичем Недоступом подготовлено большое количество студентов-медиков, под его руководством постоянно работают аспиранты, защищены кандидатские диссертации.

В 1995 г. по инициативе А. В. Недоступа впервые в нашей стране было создано Московское общества православных врачей. Его цели, по словам Александра Викторовича: «способствовать сохранению и улучшению здоровья населения... способствовать привнесению в отечественную медицину принципов христианства, христианской нравственности... способствовать христианизации медицины. Это и совершенствование самих врачей, и ...просвещение больных вместе со священниками по поводу сущности болезни (при желании, конечно), и ... просвещение наших коллег, — в общем, внесение элементов духовного оздоровления в процесс врачевания и противостояние тем недопустимым новациям, которые сейчас распространяются в медицине». Также среди задач общества А. В. Недоступ выделяет «взаимообогащение, ликвидацию собственной духовной безграмотности. С нашей точки зрения, профессиональному медику элементы духовного образования просто необходимы».

С момента создания и по сей день профессор А. В. Недоступ является председателем Московского общества православных врачей. С 1998 г. — сопредседателем Церковно-общественного совета по биомедицинской

этике при Московской Патриархии. С 2007 г. — председателем исполкома Общества православных врачей России, образованного по благословению Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Алексия II и решению представителей 49 епархий Русской Православной Церкви, участвовавших в I Всероссийском съезде православных врачей в Белгороде. Своим общественным служением Александр Викторович продолжает традиции просветительства и миссионерства предков по линии матери — представителей русского православного духовенства.

Труды А. В. Недоступа отмечены рядом церковных и светских наград. Награжден орденом преподобного Сергия Радонежского III степени (1998) и орденом святого благоверного князя Даниила Московского III степени (2009) — за участие в восстановлении храмов; медалью «За заслуги перед космонавтикой» (2008) и др. награды — за участие в подготовке космических экипажей.

Различные профессиональные и социальные служения — не единственные проявления таланта профессора А. В. Недоступа. Высокую оценку литературоведов получило литературное и поэтическое творчество Александра Викторовича. В 2016 г. вышла очередная книга «Из разных лет...», представившая избранные стихи 1970–2000-х гг., в которых автор предстает христианским русским поэтом.

Сердечно поздравляем Александра Викторовича Недоступа с прекрасным юбилеем и вручением высокой церковной награды! Желаем крепости, сил, здоровья духовного и телесного, душевного мира и благополучия, Божией помощи и благословения всем трудам — научным, общественным, врачебным и литературным!

*Исполком ОПВР и редакция журнала
«Церковь и медицина»*

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ АКАДЕМИКА АЛЕКСАНДРА ГРИГОРЬЕВИЧА ЧУЧАЛИНА!



5 января 2010 г. свое 80-летие отмечает академик РАН Александр Григорьевич Чучалин — ученый с мировым именем, один из наиболее выдающихся представителей современной отечественной медицинской науки и практического здравоохранения, с именем которого связано становление отечественной пульмонологии как самостоятельной отрасли.

Александр Григорьевич был одним из инициаторов создания Общества православных врачей России (ОПВР) им. святителя Луки (Войно-Ясенецкого). Это знаменательное событие произошло в 2007 г. в Белгороде на I Всероссийском съезде православных врачей, когда по решению представителей почти 50 епархий Русской Православной Церкви и ведущих врачей и деятелей науки в одну огромную общественную организа-

цию объединились разрозненные по всей стране общества православных врачей. За годы существования ОПВР стало авторитетной общественной организацией, известной не только в России, но и за ее пределами.

Большой вклад Александр Григорьевич внес в формировании этики православного врача, что отразилось в разработанном и утвержденном ОПВР документе «Кодексе профессиональной этики православного врача», согласно которому православный врач посвящает свою жизнь воплощению Евангельских идеалов любви, милосердия, сострадания и служению страждущему человеку.

Один из активнейших и уважаемых членов ОПВР Александр Григорьевич Чучалин выдвинул инициативу по канонизации в РПЦ лейб-медика Царской Семьи Евгения Боткина, при его активном участии были

воздвигнуты храмы во имя праведного врача Евгения (Боткина) и святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

Академик А. Г. Чучалин стоял у истоков разработки отечественных импортзамещающих лекарственных препаратов (ингавирин, сальтос, сальбен, бенакорт, биастен), для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей. Заслугой А. Г. Чучалина является введение в практику отечественного здравоохранения передовых методы диагностики и лечения заболеваний легких: небулайзерная терапия хронических обструктивных болезней легких, неинвазивная вентиляция легких и ингаляционная терапия термическими гелий-кислородными смесями у больных с тяжелой дыхательной недостаточностью, индукция мокроты, полисомнографические исследования и коррекция дыхательных расстройств во время сна, хирургическая редукция легочной ткани при эмфиземе, определение маркеров воспаления в выдыхаемом воздухе в диагностических целях, методы ранней диагностики и эффективной терапии больных с муковисцидозом.

Особое внимание А. Г. Чучалин уделяет развитию национальных профилактических программ. Под его руководством разработана и внедряется программа по борьбе с табакокурением. Разработаны методы реабилитации у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, подвергшихся массивной ингаляции радиоактивной пыли. А. Г. Чучалин был инициатором создания образовательных программ для больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. В настоящее время в стране функционирует более 1000 школ для больных, что позволило снизить число обострений, обращений к врачам, госпитализаций и вследствие этого добиться значительной экономии бюджетных средств. А. Г. Чучалиным впервые в России была научно обоснована и внедрена в практическую пульмонологию программа амбулаторного и стационарного ведения взрослых больных муковисцидозом, что увеличило продолжительность жизни пациентов с этим тяжелым заболеванием более чем на 10 лет.

В 2003 г. А. Г. Чучалиным была подготовлена и утверждена Коллегией Минздрава

России «Концепция развития пульмонологической помощи населению Российской Федерации на 2004–2008 годы», заложившая качественно новый этап пульмонологии в нашей стране. За последние годы А. Г. Чучалиным было опубликовано несколько монографий по наиболее актуальным проблемам современной пульмонологии, среди них «Бронхиальная астма», «Хронические обструктивные болезни легких», «Пневмонии», «Респираторная медицина» (руководство в 2 томах). Фундаментальным трудом академика А. Г. Чучалина является разработка отечественной формулярной системы — информационно-методической доктрины по рациональному использованию лекарственных препаратов, на принципах медицины, основанной на доказательствах. Данная формулярная система выдержала 8 изданий в течение последних 8 лет. Будучи главным терапевтом и пульмонологом Минздрава России, А. Г. Чучалин также подготовил «Белую книгу. Пульмонология» — аналитический обзор состояния здоровья населения России в области болезней органов дыхания, проблем, стоящих как перед организаторами здравоохранения, так и практическими врачами. А. Г. Чучалин — организатор и бессменный президент Российских национальных конгрессов по болезням органов дыхания «Человек и лекарство», на которых ежегодно повышают свой профессиональный уровень более 40 тысяч врачей разных специальностей из всех регионов России.

В течение последних лет деятельность А. Г. Чучалина была направлена на реализацию государственной научно-технической программы «Здоровье населения России», федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера 2002–2006 гг.», отраслевой научно-исследовательской программы «Разработка актуальных вопросов пульмонологии».

Одно из наиболее важных научных достижений, в котором отразился весь опыт российской пульмонологии, — организация и успешное проведение под руководством А. Г. Чучалина 33 операций по двусторонней трансплантации легких в период 2006–2016 гг.

А. Г. Чучалин имеет большой опыт научно-организационной деятельности и является одним из организаторов медицинской науки

в нашей стране. С 1987 по 1990 гг. он трудился в качестве вице-президента АМН СССР.

Профессор А. Г. Чучалин трижды был удостоен премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники:

- в 1996 г. за разработку и внедрение новой генерации противоастматических лекарственных средств;
- в 2003 г. за разработку и практическое применение новых методов диагностики, лечения, прогнозирования и профилактики первичной, резидуальной и вторичной легочной гипертензии;
- в 2011 г. за повышение эффективности диагностики и лечения острого респираторного дистресс-синдрома на основе разработки и внедрения новейших медицинских технологий.

В 2005 г. академику А. Г. Чучалину была присуждена очередная премия Правительства Российской Федерации в области образования за учебник для образовательных учреждений высшего профессионального образования «Физиология человека».

А. Г. Чучалин также был награжден в 1981 г. орденом «Знак Почета». В 2005 г. за большой вклад в развитие здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу — Орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени.

Заслуги ученого А. Г. Чучалина признаны не только в России, но и за рубежом. Он является экспертом Всемирной организации здравоохранения, почетным членом Немец-

кого общества пневмологов, в 2000 г. был избран вице-президентом Европейского респираторного общества, в 2002 г. награжден первым из российских врачей международной премией «Золотой Гиппократ» за выдающиеся достижения в области клинической медицины, в 2003 г. удостоен награды Евроазиатского общества терапевтов «Золотой стетоскоп». Почетный профессор МГУ имени М. В. Ломоносова и многих других медицинских университетов страны. Член редколлегий многих отечественных и международных журналов. С 2017 г. председатель Российского комитета по биоэтике при Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО, вице-председатель Межправительственного комитета ЮНЕСКО по биоэтике.

За многие годы профессором Александром Григорьевичем Чучалиным создана крупная научная школа. Под его руководством подготовлено 37 профессоров, 63 докторов и 127 кандидатов медицинских наук.

Желаем выдающемуся ученому, нашему дорогому и уважаемому коллеге и другу многая и благая лета!

*Желаем Божьей помощи в делах,
Телесного, духовного здоровья,
И истину искать лишь в небесах,
И к людям относиться лишь с любовью.*

*Исполком Общества православных врачей России
им. святителя Луки (Войно-Ясенецкого)*

КРАСНОЯРСК

17 сентября 2019 г. открыла работу **школа социального волонтерства по паллиативному уходу**. Школа организована благотворительным фондом социальной помощи и реабилитации граждан «Феникс» при участии Красноярского регионального Общества православных врачей имени Архиепископа Луки в рамках проекта «Я выбираю жизнь!», реализуемого с использованием гранта Президента РФ на развитие гражданского общества.

Занятия проводятся силами членов Общества православных врачей им. Архиепископа

Луки — лекторов Красноярского государственного университета (КрасГМУ) имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, а также приглашенных специалистов, психологов, участвующих в реализации проекта. В работе школы также принимает участие настоятель храма Святителя Луки архиепископа Красноярского при КрасГМУ протоиерей Анатолий Обухов.

Обучение в школе социального волонтерства проходит с сентября по май два раза в неделю в зале Союза журналистов Красноярского края.

В программе школы уроки по паллиативному уходу: лекции, видео, практика, а также психологические тренинги для родственников

лежащих и тяжелобольных. Предусмотрено также проведение индивидуальных бесед со священником.

Волонтеры благотворительного фонда «Феникс» закрепляют полученные знания на практике с подопечными в городском центре социального обслуживания «Родник» и пансионате «Солнечном».

На занятия школы приглашаются не только волонтеры фонда и родственники больных, но и социальные работники, а также горожане, которые хотят получить новые социальные навыки.

*По материалам gornovosti.ru,
созвездиефеникс.рф*

НОВОСТИ

ЛИПЕЦК

20 ноября 2019 г. в рамках регионального этапа XXVIII Международных Рождественских образовательных чтений «Великая Победа: наследие и наследники» в Липецке на базе Липецкой областной клинической больницы состоялась **межепархиальная духовно-медицинская видеоконференция «Духовно-патриотическое служение православных врачей в годы Великой Отечественной войны»**. Мероприятие было организовано отделом Липецкой епархии по связям с медицинскими учреждениями и Липецким обществом православных врачей.

В работе видеоконференции приняли участие священнослужители и медицинские работники Липецка и Липецкой области. Было представлено 18 районных больниц и 7 липец-

ких городских лечебных учреждений. С приветствием к участникам от имени Управления здравоохранения Липецкой области обратилась начальник отдела ОМПВН С. В. Коротеева.

Заведующий кафедрой церковной истории Тамбовской духовной семинарии, к. ист. н. протоиерей Виктор Лисюнин выступил с докладом **«Духовно-патриотическое служение святителя Луки (Войно-Ясенецкого) в годы Великой Отечественной войны по свидетельствам очевидцев в городе Тамбове»**. Он продемонстрировал экспонаты из коллекции мемориального дома-музея святителя Луки в Тамбове, стенды передвижного проекта «Мир дому сему...», посвященные святителю Луке. До 1927 г. часть территории Липецкой митрополии входила в состав Тамбовской епархии.

Проф. Елецкого государственного университета им. И. А. Бунина, д-р пед. н. О. А. Саввина

представила доклад **«Иеросхимонах Нектарий (Обвчинников), священник и врач — страницы биографии»**. Руководитель епархиального медицинского отдела, клирик храма прп. Сергия Радонежского Липецка иерей Вячеслав Колягин выступил с докладом **«Православная Церковь о неприкосновенности жизни человека с момента зачатия»**. Председатель Липецкого общества православных врачей, сотрудник епархиального медицинского отдела, главный врач Липецкого областного наркологического диспансера М. И. Коростин рассказал участникам конференции **о деятельности Липецкого общества православных врачей**.

По материалам el-eparhy.ru

БАРНАУЛ

1 октября 2019 г. в международный день пожилого человека в Духовно-просветительском центре Покровского собора Барнаула состоялась встреча священников, православных врачей и участников мероприятия **«Христианские ориентиры в преклонные годы против омолаживающей терапии в медицине»**.

Председатель Общества православных врачей Алтайского края Е. В. Харченко сообщила о медицинских аспектах этого возраста. В настоящее время среди ученых и практиков продолжаются интенсивные попытки и возвратить молодость, и задержать приход старости. Исторический экскурс в вопрос продления жизни показал как неприемлемые методики, так и ряд рекомендаций, вошедших и в современные врачебные практики поддержания здоровья. Докладчик рассмотрела на примерах возможности улучшения работы внутренних органов и систем организма человека в преклонные годы.

Духовные аспекты проблемы старения раскрыли в своих выступлениях священники. О необходимости следования апостольскому призыву радости, которое способно обогатить внешний вид и проблемы здоровья стареющего человека, рассказал протоиерей Максим Спиненко. Рассматривать старость как Божию милость, как благодатную возможность достижения духовной зрелости, призвал иерей Сергей Беляев.

Видеоматериалы встречи представлены на сайте Общества православных врачей Алтайского края.

По материалам altai-eparhia.ru

24 октября 2019 г. в доме культуры села Панкрушиха Алтайского края состоялась конференция **«Семейные ценности в современном мире»** в рамках IV Столыпинских епархиально-образовательных чтений, организованных Славгородской епархией совместно с комитетом по образованию администрации Панкрушихинского района.

С приветственным словом к участникам конференции обратилась заместитель главы администрации по социальным вопросам, председатель комитета администрации Панкрушихинского района по образованию Н. А. Брянская.

Секретарь Славгородской епархии иеродиакон Иоанн Шевгенюк открыл конференцию докладом «Проблема духовно-нравственного воспитания подрастающего поколения в современном мире».

Председатель Алтайского отделения Общества православных врачей России к. м. н. Е. В. Харченко в своем докладе поделилась со слушателями **проблемами духовно-нравственной зрелости**, а также возможностями для молодых на этом нелегком пути. Эмоциональное выступление, сопровождавшееся показом видеороликов, вызвало большой ин-

терес у аудитории, особенно у его молодежной части.

Прозвучали доклады С. В. Цебоевой «Проблемы нравственного и духовного воспитания в приемной семье» и У. И. Русаковой «Воспитание детей и семейные ценности дореволюционного времени, на примере дневниковых записей святой царицы Александры Федоровны Романовой».

В своих исследовательских работах учащиеся Е. Докучаева (руководитель Н. А. Ларионцева) и Т. Тулинова (руководитель Н. А. Суханова) рассказали о жизни и творчестве В. М. Шукшина и В. С. Золотухина.

В заключительной официальной части чтений иеродиакон Иоанн Шевгенюк, а также настоятель храма святого Или пророка в селе Панкрушиха иерей Игорь Русаков наградили организаторов, докладчиков, педагогических работников благодарственными письмами от Славгородской епархии.

После окончания конференции все желающие могли принять участие во встрече за круглым столом с Е. В. Харченко, посвященной проблеме снижения рождаемости.

29 октября 2019 г. в городе Славгороде состоялась пленарное заседание и закрытие чтений. Алтайское отделение Общества православных врачей России было награждено благодарственными грамотами.

По материалам tribuna-pnkr.ru

«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
- 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. На отдельной странице должен быть представлен перевод на английский язык названия статьи, фамилии, имени, отчества, ученой степени автора (авторов), название учреждения, его адрес (включая адрес электронной почты), аннотации и ключевых слов.

5. 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).

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. Статьи, оформленные не по правилам, не рассматриваются. Рукописи, не принятые к печати, обратно не возвращаются.