

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



Глубокоуважаемые коллеги и читатели!

Очередной, шестой, номер журнала «Церковь и медицина» посвящён заседаниям медицинских секций XVIII Международных Рождественских Образовательных чтений. Основные тематические доклады были сделаны в Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению. Генеральной проблематикой состоявшегося заседания было всестороннее осмысление перспектив взаимодействия церкви и государства в решении медико-социальных проблем материнства и детства, организации помощи молодым матерям в условиях приходов и епархий Русской православной церкви, особенностей пастырского служения среди детей и подростков в детских лечебных учреждениях. В разделе вопросов биомедицинской этики размещены материалы 2-го съезда православных врачей в Воронеже, заседания биоэтических секций Рождественских чтений 2010 года. В разделе вопросов современной науки большой интерес представляет статья, обобщающая опыт сорокалетнего изучения живой клетки с точки зрения органической химии. Традиционными являются исторические ма-

териалы, посвящённые жизни и деятельности святителя Луки, его посмертного прославления в России и за рубежом. Продолжается рубрика житий святых целебников. В журнале опубликованы жития преподобного Агапита Печерского и св. мученика Диомида.

В связи с 10-летним юбилеем официальной регистрации Общества православных врачей Санкт-Петербурга, на страницах журнала приводится итог более чем десятилетней деятельности Общества, рассказывается о современной структуре и направлениях развития. В разделе «Факты и комментарии» сообщается о перестановках в управлении ОЦБ и СС РПЦ и назначении на должность нового председателя отдела – протоиерея Аркадия Шатова, а также приводятся его взгляды на восстановление православных традиций российской медицины. Заканчивают журнал интервью с участниками II-го съезда православных врачей, происходившего в 2009 году в Воронеже.

Следующий, седьмой номер, будет приурочен к освящению крупных конференций, проходивших в апреле и мае 2010 года в Ростове-на-Дону и Самаре.

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



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

Главный редактор:

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

Зам. главного редактора:

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

Выпускающий редактор:

В. В. Горбенко

Технический редактор:

С. В. Лободина

Редакционная коллегия:

Т. В. Виноградова, кандидат
медицинских наук, доцент;

Н. Ф. Жарков, врач;

Д. Э. Коржевский, доктор

медицинских наук

Верстка, дизайн:

Л. Ю. Шундалова

Редакционный совет

Митрополит

Санкт-Петербургский
и Ладожский Владимир

Протоиерей Аркадий Шатов,
председатель отдела
по церковной
благотворительности
и социальному служению
(Москва)

Игумен Филипп (Филиппов),
врач (Сыктывкар)

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

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

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



Основан в 2005 г.
в Санкт-Петербурге

ЦЕРКОВЬ И МЕДИЦИНА

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

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

XVIII МЕЖДУНАРОДНЫЕ РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ

(Москва, 24–29 января 2010 г.) 6

Выступление Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла
на открытии XVIII Международных рождественских чтений 9

ДОКЛАДЫ 14

Приветственное слово Митрополита Воронежского
и Борисоглебского Сергия 14

К. В. Зорин, ст. преподаватель кафедры педагогики и психологии МГМСУ

**Младенец до рождения с точки зрения
современной психологии** 18

Протоиерей Сергей Филимонов, кандидат богословия, д. м. н., профессор

**Церковное душепопечение беременных женщин и молодых
матерей** 25

Протоиерей Сергей Филимонов, кандидат богословия, д. м. н., профессор,

Ю. Е. Тихонов, Ю. Ю. Торопкова, Н. А. Новикова, Т. Ф. Медникова,
Н. С. Архиповская

**Организация помощи молодым матерям в условиях прихода
и епархии** 29

Священник Михаил Зазвонов, О. В. Удалова, зав. медико-генетической
консультацией, М. Р. Вигриянова

**Проблемы и перспективы взаимодействия
медико-генетической службы и церкви** 33

Священник Михаил Зазвонов

**Формирование служб и лекториев
для беременных женщин как направление
приходской деятельности** 41

Н. Г. Машукова, кандидат
медицинских наук, кафедра детских болезней ММА
им. И. М. Сеченова

**Социальные и нравственно-религиозные аспекты проблемы
табакокурения подростков. Программа
экспресс-профилактики табакокурения
в подростковых группах** 43

Иерей Алексей Борискин

**Особенности пастырского служения в детском отделении
психиатрической больницы** 48

Протоиерей Константин Момотов

**Служение священника в медучреждениях: вопросы, трудности,
перспективы: Опыт Волжского благочиния
Волгоградской епархии** 52

В. А. Соколова (Франция)

Кодекс профессиональной этики врача 57

**РЕЗОЛЮЦИЯ КОНФЕРЕНЦИИ
«ЦЕРКОВЬ И ГОСУДАРСТВО В РЕШЕНИИ МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»** 67

**ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ КРУГЛОГО СТОЛА «ПЕРСПЕКТИВЫ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ
В ЕПАРХИЯХ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ» 68**

ВОПРОСЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ 69

**Заявление церковно-общественного совета по биомедицинской
этике московского патриархата «О правовой регламентации
методов искусственного размножения человека» 71**

Протоиерей Сергей Филимонов, кандидат богословия, д. м. н., профессор

**Несколько слов об эвтаназии (духовные механизмы
медицинского самоубийства) 72**

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

**Взаимоотношение «врач–пациент»: основные модулы системы
и критерии их классификации 75**

Анжей Виклер, профессор, руководитель Международной Ассоциации
психотерапевтов New Experience for Survivors of Trauma

Слепота души 83

ПАСТЫРСКОЕ СЛУЖЕНИЕ В БОЛЬНИЦЕ 89

Проблем нет! (интервью священника Алексея Тимакова) 91

ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ 95

В. Г. Костенко, канд. хим. наук

Живая клетка глазами химика-органика 97

О. В. Терлецкий, канд. мед. наук

Сложности терапии больных псориазом 112

НАШИ ДРУЗЬЯ И КОЛЛЕГИ 119

Медицина и православие – грани служения людям

(общество православных врачей Саратова) 121

Простая беседа в Ново-Голутвином монастыре 125

ИСТОРИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ 129

Обретение святых мощей 131

Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) о воспитании детей 132

ХРАМЫ И ЧАСОВНИ ВО ИМЯ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ

(ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО) 135

Петербургская часовня 135

Святителя Луку почитают не только в России 136

ЖИТИЯ СВЯТЫХ ЦЕЛЕБНИКОВ 139

Преподобный Агапит Печерский, безмездный врач 141

Святой мученик Диомид 144

НАШИ ЮБИЛЯРЫ 145

Общество православных врачей Санкт-Петербурга 147

СОБЫТИЯ, ФАКТЫ, КОММЕНТАРИИ 155

**Протоиерей Аркадий Шатов – новый председатель отдела
по церковной благотворительности и социальному служению ... 156**

Протоиерей Аркадий Шатов: «Восстановление нравственных традиций
нашей медицины – важнейший вклад, который Церковь может внести

в организацию новой системы здравоохранения» 157

Интервью участников II Всероссийского съезда православных врачей ... 158

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ 160

Редакционный совет

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

А. В. Недоступ,
профессор кафедры
факультетской терапии
Московской медицинской
академии им. И. М. Сеченова
(Москва)

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

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

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

Н. А. Машукова, кандидат
медицинских наук, ассистент
кафедры детских болезней
Московской медицинской
академии им. И. М. Сеченова
(Москва)

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

Тираж 500 экз. Заказ

Отпечатано в типографии «Береста»

Санкт-Петербург, ул. Коли

Томчака, 28, тел./факс (812) 388-90-00

XVIII МЕЖДУНАРОДНЫЕ РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ

(Москва, 24–29 января 2010 г.)

Пятое направление XVIII Международных рождественских образовательных чтений – «Церковь и Общество» КОНФЕРЕНЦИЯ «ЦЕРКОВЬ И ГОСУДАРСТВО В РЕШЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»

1-е заседание

Председатель – митрополит Воронежский и Борисоглебский Сергей. Сопредседатель – акад. РАМН Александр Григорьевич Чучалин.

10.00–10.20 – председатель Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, митрополит Воронежский и Борисоглебский Сергей: «Здоровье матери и новорожденного ребенка как совместная работа Церкви и государства».

10.20–10.40 – старший преподаватель кафедры педагогики и психологии МГМСУ Константин Вячеславович Зорин (Москва): «Младенец в дородовый период с точки зрения психологии».

10.40–11.00 – председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга, профессор, д. м. н., кандидат богословия, настоятель храма святого великомученика и целителя Пантелеимона протоиерей Сергей Филимонов (Санкт-Петербургская епархия): «Церковное душеопечение беременных женщин и молодых матерей».

11.00–11.20 – гл. генетик Департамента здравоохранения Нижегородской области, зав. медико-генетической консультацией, к. м. н. Ольга Васильевна Удалова (Нижний Новгород): «Проблемы и перспективы взаимодействия медико-генетической службы и Церкви».

11.20–11.40 – сопредседатель Духовно-просветительского центра «Кострома» Дмитрий Анатольевич Бурков (Костромская епархия): «Проблемы и перспективы взаимодействия власти и Церкви в преодолении психологии абортного мышления на примере Костромской области».

11.40–12.00 – председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга, профессор, д. м. н., кандидат богословия, настоятель храма святого великомученика и целителя Пантелеимона протоиерей Сергей Филимонов; лаборант НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта Тамара Федоровна Медникова; Нина Сергеевна Архиповская (СПбГМА им. Павлова); ст. акушерка родильного отделения НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта Наталья Анатольевна Новикова; гинеколог-эндокринолог Юлия Юрьевна Торопкова; акушер-гинеколог родильного дома №9 Юрий Евгеньевич Тихонов (Санкт-Петербургская епархия): «Принципы организации помощи молодым матерям».

12.00–12.20 – священник Михаил Зазвонов (Нижегородская епархия): «Формирование служб и

лекториев для беременных женщин как направление приходской деятельности».

2-е заседание

Председатель – д. м. н., проф. Александр Викторович Недоступ. Сопредседатель – д. м. н., проф. Наталья Анатольевна Генпе.

13.30–13.50 – гл. акушер Департамента здравоохранения Тверской области, врач высшей категории Людмила Юрьевна Гребенщикова, иерей Роман Манилов (Тверская епархия): «Участие Церкви в работе с беременными».

13.50–14.10 – ассистент кафедры детских болезней ММА им. И. М. Сеченова, к. м. н. Иван Анатольевич Дронов (Москва): «Антивакцинация: экспансия псевдонаучных взглядов».

14.10–14.30 – ведущий научный сотрудник научной группы по проблемам детской гигиены ММА им. И. М. Сеченова, к. м. н. Людмила Викторовна Баль (Москва): «Опыт работы с детьми школьного возраста по формированию здорового образа жизни».

14.30–14.50 – зав. отделением НИИ питания РАМН, д. м. н., профессор Вера Афанасьевна Ревякина (Москва): «Аллергия как болезнь цивилизации и ее профилактика».

3-е заседание

Председатель – д. м. н., проф. Вера Афанасьевна Ревякина. Сопредседатель – к. м. н. Николай Николаевич Пустограев.

15.30–15.50 – ассистент кафедры детских болезней ММА им. И. М. Сеченова, к. м. н. Наталья Геннадьевна Машукова (Москва): «Антисмокинг-программы в детской и подростковой среде».

15.50–16.10 – врач-оториноларинголог детской поликлиники №3, к. м. н., священник Алексей Борискин (Новгородская епархия): «Особенности пастырского служения в детском отделении психиатрической больницы».

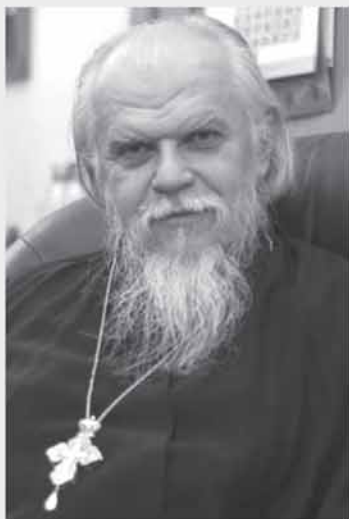
16.10–16.30 – протоиерей Константин Момотов (Волгоградская епархия): «Служение священника в медицинских учреждениях: вопросы, трудности, перспективы».

16.30–16.50 – руководитель административно-правового управления Центрального исполнительного комитета Партии «Единая Россия», юрист Общества православных врачей России Анна Валерьевна Румянцева (Москва): «Закон и преступность в молодежной среде».

16.50–17.00 – подведение итогов.

ОБЩЕСТВО ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ

Состав Исполкома ОПВР



Протоиерей Аркадий Шатов –
(председатель Отдела по церковной благотворительности и социальному служению)
Москва



Чучалин Александр Григорьевич
(стратегия развития ОПВР)
Москва



Недоступ Александр Викторович –
Председатель Исполкома ОПВР
Москва



Протоиерей Сергей Филимонов
связь с региональными и местными ОПВ, главный редактор журнала «Церковь и Медицина»
Санкт-Петербург



Сидоров Павел Иванович
(проблемы социальных заболеваний)
Архангельск



Геппе Наталья Анатольевна
(вопросы материнства и детства)
Москва

Состав Исполкома ОПВР



**Силуянова Ирина
Васильевна**
(проблемы биомедицинской
этики) Москва



Воробьев Сергей Иванович
(вопросы образования
и науки)
Москва



**Протоиерей Алексей
Бабурин**
(проблемы социальных
заболеваний) Москва



**Машукова Наталья
Геннадьевна**
ответственный секретарь
ОПВР Москва



Игумен Серафим (Кравченко)
(связь с епархиями РПЦ
и Московской Патриархией)
Москва



**Ревякина Вера
Афанасьевна**
(вопросы материнства
и детства) Москва



**Игумен Анатолий
(Берестов)**
проблемы социальных
заболеваний) Москва



**Пустограев Николай
Николаевич**
(информационное обеспечение
сайта ОПВР) Москва



**XVIII
МЕЖДУНАРОДНЫЕ
РОЖДЕСТВЕНСКИЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ
ЧТЕНИЯ**

МОСКВА
24–29 января 2010 года



МЕЖДУНАРОДНЫЕ
РОДСТВЕННИКИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ
ЦЕНТРЫ

ВЫСТУПЛЕНИЕ СВЯТЕЙШЕГО ПАТРИАРХА МОСКОВСКОГО И ВСЕЯ РУСИ КИРИЛЛА НА ОТКРЫТИИ XVIII МЕЖДУНАРОДНЫХ РОЖДЕСТВЕНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЧТЕНИЙ

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



Сердечно рад приветствовать всех вас – друзей, коллег и соратников на ниве духовного просвещения, которые вновь собрались в этом зале для традиционного обсуждения насущных вопросов образования и воспитания.

Международные Рождественские образовательные чтения, организуемые Русской Православной Церковью на протяжении почти двух десятилетий, стали уникальной дискуссионной площадкой для заинтересованного обсуждения различных идей, подходов, оценок и методологий применительно к сферам народного образования, педагогической науки и практики, общественной морали и явлений современной культуры. На сегодняшний день это одно из наиболее значимых мероприятий, на котором подводятся итоги ушедшего года, выстраивается пер-

спектива развития церковно-государственного и церковно-общественного взаимодействия в весьма сложной области, затрагивающей духовную и культурную жизнь современного человека. Настоящий форум призван служить объединению общественных сил в трудном деле духовного преображения Отечества, что невозможно без совершенствования всей системы воспитания и образования, без усилий по сбережению нашего народа, по сохранению и укреплению его нравственного и физического здоровья, по созиданию атмосферы мира и согласия, по недопущению межнациональной и межрелигиозной вражды.

На Рождественских чтениях обмен опытом происходит отнюдь не только внутри замкнутого профессионального педагогического сообщества. Представители всех ветвей и уровней светской власти, общественных структур и движений, науки, искусства и деловых кругов благодаря этой важной церковно-общественной инициативе имеют возможность выразить на открытом гражданском форуме свою позицию по значимым для будущего страны вопросам, принять непосредственное участие в процессе взаимобогащающего обмена идеями, формулирования и совместной выработки адекватных и эффективных ответов на вызовы века сего, обращенные к нам и нашим детям. Убежден, что это полезно для всех участников этого продолжающегося диалога.

Нынешний год в нашей стране пройдет, в частности, под знаком инициативы Президента Российской Федерации Дмитрия Анатольевича Медведева, поддержанной всеми традиционными религиозными общинами нашей страны. Я говорю о начинающемся с 2010 года преподавании в средних образовательных учебных заведениях России Основ духовной культуры и светской этики.

Это принципиально важный шаг на пути долгожданного воссоединения образовательного и воспитательного процессов в контексте школьного обучения. Тем самым закладывается краеугольный камень в систему преемственной пе-

редачи подрастающим поколениям ключевых представлений о нашей национальной идентичности. В рамках школы процесс целенаправленного и ответственного формирования из сегодняшних школьников достойных граждан России приобретает качественно новый импульс.

Хотел бы от имени присутствующих здесь, а также огромного множества других людей, которых неспособен был бы вместить никакой зал, выразить особую признательность политическому руководству страны за проявленное понимание важности приобщения молодого поколения к основам нашей национальной духовно-нравственной и культурно-исторической традиции.

Неслучайно 2010 год объявлен Годом учителя. Роль педагога, его нравственный и профессиональный авторитет имеет ключевое значение в деле формирования человеческой личности. Поэтому в систему подготовки современных преподавателей и воспитателей должно быть включено лучшее из нашего национального и мирового опыта и, не в последнюю очередь, нравственное измерение, созидающее целостную и этически ответственную личность.

Для всякого человека, равнодушного к проблеме моральной атмосферы в обществе, сегодня очевидно, что мы живем в эпоху, когда фундаментальные нравственные устои человеческого общежития оказались подвержены коррозии. Показателем этого становятся чудовищные преступления, регулярно происходящие в наше время и потрясающие общественное сознание. В качестве знаковых событий этого ряда нужно упомянуть о произошедших на протяжении двух прошлых месяцев жестоких убийствах православных священников: иерея Даниила Сысоева и протоиерея Александра Филиппова.

Эти два преступления, не исчерпывая всей глубины проблемы, тем не менее, демонстрируют современный уровень нравственного состояния человеческих душ. В сознании слишком многих людей как бы «раздвинута завеса», отделяющая добро от зла, размываются сами представления о грехе и праведности, а норма жизни расходится с нормой веры. Очевидно, что в данном случае, имея дело с проблемой прогрессирующей нравственной деградации части общества, мы стоим не только перед задачей улучшения морального климата, но и перед вопросом национального выживания.

В этих условиях голос Церкви – не просто выражение ее оценки и позиции как массового и влиятельного института гражданского общества. Это тревожный набат, отсутствие реакции на который способно привести к самым печальным последствиям. Поэтому мы вправе рассчитывать на то, что с нашей серьезной озабоченностью соли-

даризируются все здоровые силы общества, что нас поддержат и с нами разделят наши труды все, кому дорого Отечество и его будущее.

В связи с этим следует сказать, что школьное образование призвано не только обеспечивать трансляцию научных знаний и представлений новым поколениям, но и формировать ценностные идеалы и ориентиры, утверждать в сознании и душах учеников базовые мировоззренческие понятия с учетом нашего исторического опыта и отечественной культурной традиции, складывавшейся на протяжении многих веков.

Быстро сменяющиеся друг друга технологии и постоянно обновляющаяся информационная повестка дня настолько побуждают современного человека пытаться предвосхищать ожидающие его события, что в этой погоне за грядущим днем в массовом сознании стало постепенно девальвироваться все связанное с прошлым, с памятью, с ощущением исторической преемственности поколений.

Массовая культура приучает человека поклоняться всякому новшеству, презрительно отвергая все то, что было новым и важным вчера. То, что еще недавно было весьма значимым, то, что воспринималось с почтением и благоговением, ради чего готовы были умереть, сегодня становится малозначительным и неважным. Молодой человек, столкнувшийся с явлением прошлого, превосходящим возможности его воображения, но так и не ставшим фактом его собственной духовной биографии, привычно говорит себе: «В крайнем случае, если понадобится, прочту об этом в Интернете». В эпоху массового потребления значение исторической памяти обесценивается, ее пути с нашей индивидуальной памятью, с памятью нашего сердца все более расходятся. Знания о прошлом, не согретые личным отношением, становятся информационным шумом.

К сожалению, не только юное, но и зрелое поколение нередко забывает о том, что мы никогда не пойдем, куда нам идти дальше, пока не уясним, как мы здесь оказались. Социологические исследования показывают, что большинство наших сограждан имеет весьма приблизительное знание не только об отечественной истории, но и о своем собственном генеалогическом древе. Это знание обычно не простирается далее третьего поколения, т. е. своих деда и бабушки. На вопрос «Составлялась ли в Вашей семье родословная?» только 7 % дали положительный ответ. На вопрос «В чем видите причины слабого знания истории своей семьи?» 38 % сказали, что некому было рассказать об этом, а 48 % утверждали, что этот вопрос для семьи был безразличен, к нему относились равнодушно.

Курс «Основы православной культуры», наряду с другими историческими и культурными

дисциплинами школьного учебного плана, призван объяснить молодым гражданам нашей страны, в чем ценность прошлого, как мы стали тем, чем мы стали, почему наша культура ценится во всем мире и почему напитавшая ее наша вера именуется православной.

Идея фундаментальности этого знания заложена в самом названии предмета – «Основы православной культуры». Это курс о базисе нашей культуры и идентичности. Покойный Дмитрий Сергеевич Лихачев называл знание своей культуры и истории «нравственной оседлостью» человека. Без нее, как он полагал, не могут развиваться ни личность, ни народ, ни государство. «Нравственная оседлость» невозможна без осмысления своего прошлого, а значит, и реабилитации такой жизненно важной способности человека, как историческая память. Историческая память – это еще и прививка честности и смирения, главных человеческих добродетелей, ведь помнить приходится не только о взлетах, но и о своих падениях и ошибках.

Только так можно избежать лжепатриотизма и повторения исторических просчетов и мировоззренческих заблуждений. Развивая память, мы укрепляем совесть.

Память – это в том числе и проявление внимания к тому, что действительно заслуживает уважения и по отношению к чему необходимо постоянное бодрствование сознания. Сохранение информации о чем-то требует приложения усилий – написания книг и учебников, создания фотоальбомов, фильмов, сайтов, организации архивов, библиотек, музеев. Все это малые, а иногда и весьма значительные жертвы людей во имя сохранения памяти о том, что им дорого, что они любят. Поэтому когда мы учим и учимся помнить, мы воспитываем навык деятельной любви, мы возрастаем духовно.

В этом смысле значение введения в школьную программу курса «Основы православной культуры и светской этики» значительно важнее, чем простое религиозоведческое и культурное просвещение.

Для того чтобы наше юношество снова научилось ценить и любить прошлое своей страны, интересоваться историей и традициями, необходимо объединять усилия государственных и общественных институтов, Православной Церкви и других религиозных общин. Не секрет, что сегодня существуют влиятельные силы, движимые идеологическими, коммерческими и политическими интересами, которым не по душе видеть нашу молодежь опамятававшейся.

Неоднократно говорилось, что служение учителя – это особый подвиг. Господь наш Иисус Христос был Учителем в самом высоком смысле

этого слова. Живое личное общение, простота и любовь были положены Им в основу взаимоотношений с учениками. Впоследствии это стало основой всего христианского воспитания и образования. В Год учителя от лица Русской Православной Церкви считаю своим долгом обратиться ко всем педагогам со словами признательности и благодарности за их нелегкий, но очень важный и благодатный труд. Учитывая многовековой опыт Церкви, для которой учительная деятельность всегда была одной из важнейших, хотел бы выразить готовность разделить этот опыт с теми, кто сегодня трудится в области подготовки педагогических кадров.

Как свидетельство успешного церковно-государственного сотрудничества в этой области можно привести пример Всероссийского конкурса «За нравственный подвиг учителя», ежегодно проводимого Министерством образования и науки Российской Федерации совместно с Отделом религиозного образования и катехизации Русской Православной Церкви, при поддержке аппарата Полномочного представителя Президента в Центральном федеральном округе. Участники конкурса – представители всех типов существующих в России учебных заведений: педагоги общеобразовательных, православных и музыкальных школ, домов детского творчества, гимназий и лицеев, школ с этнокультурным компонентом, а также преподаватели институтов повышения квалификации учителей и педагоги высшей школы.

Ценность работ, предоставляемых на конкурс, заключается в том, что в них содержится богатый опыт педагогической практики в области духовно-просветительского и гражданско-патриотического воспитания детей и молодежи, приобщения подрастающего поколения к наследию мировой художественной культуры, отечественной истории.

Первоначально конкурс проводился только в одном Центральном федеральном округе, в 2007 году в конкурсе участвовало уже четыре округа. С 2008 года конкурс стал всероссийским и проводится в 2010 году уже в 5-й раз.

Весьма актуально также слаженное сотрудничество Отдела религиозного образования и катехизации Русской Православной Церкви и епархиальных отделов с государственными образовательными структурами в условиях проводимого в настоящее время Министерством образования и науки Российской Федерации эксперимента по введению новой предметной области «Основы религиозных культур и светской этики».

В этом общем делании на благо Отечества всем нам крайне важны добрая воля к взаимопольному сотрудничеству, а также рабочее взаимопонимание, основанное на сознании того, что школа и Церковь в сфере воспитания детей и юношества

выступают в качестве союзников, каждый из которых располагает собственными уникальными педагогическими возможностями и ресурсами. Соединение наших духовно-организационных потенциалов во имя достижения важнейшей педагогической цели, стоящей перед современной российской школой, неизбежно создаст синергичный воспитательный эффект, благотворность которого сумеют, надеюсь, в будущем по достоинству оценить даже наши сегодняшние критики. Ибо Русская Православная Церковь на протяжении более чем тысячелетней истории своего существования неизменно оставалась хранительницей высочайших духовно-культурных ценностей, исповедницей фундаментальных этических принципов человеческого бытия, на основе чего только и может совершаться процесс воспитания разносторонней, внутренне содержательной и нравственно зрелой личности.

Сегодня все еще приходится слышать критику со стороны сторонников агрессивного секуляризма по поводу преподавания «Основ православной культуры». Зачастую делаются необоснованные утверждения о нарушении Конституции, декларирующей светскость российского государства, что якобы должно исключать всякую возможность преподавания основ религиозной культуры в общеобразовательной школе. При этом односторонне перетолковывается само понятие светскости, в результате чего оно фактически отождествляется с атеизмом. Вместе с тем практически отсутствует критика в адрес преподавания светской этики – по сути нерелигиозной этики. Очевидно, в данном случае мы имеем дело с попытками идеологизировать школьное образование, под прикрытием борьбы за светский характер школы навязать учащимся материалистическое мировоззрение. Следует прямо сказать, что значение президентской инициативы состоит как раз в том, что она удовлетворяет все присутствующие в обществе запросы, предполагая уважение к свободе выбора каждого человека.

Вместе с тем нельзя умолчать и об имеющей место критике со стороны представителей религиозных общин, в частности, со стороны православных верующих. Основной аргумент, используемый в данном случае, апеллирует к недостаточному количеству учебных часов, посвященных изучению детьми своей религиозной традиции. Несомненно, верующие люди правы, когда говорят, что изучение религиозной культуры должно быть делом всей жизни. И задача Церкви – позаботиться, чтобы так оно и было, по крайней мере, посредством образовательной деятельности на уровне приходов и через систему учебных заведений, учрежденных самой Церковью.

Что же касается принятого решения о преподавании Основ православной культуры, то оно обеспечивает возможность всем учащимся, кто того пожелает, сделать первый и очень важный шаг на пути приобщения к своим духовным истокам. И, дай Бог, чтобы этот шаг не был последним.

Ныне перед всем педагогическим сообществом стоит важная задача – честно выявить выбор родителей учащихся в отношении того курса, который будет преподаваться их детям. Сегодня вполне очевидно, что многие родители нуждаются в помощи со стороны Церкви и педагогов при совершении выбора. Многие, не вполне осознавая значение термина «светская этика», склонны полагать, что речь идет о светском этикете, о правилах приличия. Наши сограждане должны знать, что светская этика – это нерелигиозная, то есть атеистическая мораль. Совершенно очевидно, что в нашем обществе имеются нерелигиозные люди и у них есть право на воспитание своих детей в соответствии с собственными убеждениями. Но этот факт не должен препятствовать верующим родителям делать выбор на основе своих религиозных предпочтений. Наша общая задача состоит в том, чтобы твердо и обоснованно разъяснить важность осуществляемого выбора для дальнейшей жизни ребенка. Ведь именно в школьном возрасте у человека формируется в главных чертах система его жизненных ценностей и приоритетов, происходят процессы его социализации и вовлечения в контекст национальной культуры. И поскольку русская религиозная традиция является неотъемлемой частью как национального культурного наследия, так и отечественной истории, курс Основ православной культуры призван донести до юного гражданина нашей страны понимание того, насколько тесно переплетены и нераздельны понятия «Россия» и «Православие».

Православное образование должно осуществляться на протяжении всей жизни человека, и каждый этап духовного взросления важен. Детские сады, воскресные школы, православные гимназии, курсы духовно-нравственного содержания, преподающиеся в общеобразовательных школах, богословские факультеты и вузы должны стать единой, непрерывной системой православного образования, адекватно отвечающей на актуальные запросы жизни.

Отделу религиозного образования и катехизации поручена важная работа по подготовке учебно-методических материалов для всей этой системы православного образования. Речь идет о создании полноценного блока высококачественных, профессионально подготовленных учебников, охватывающего все обучение в средней и высшей школе. Мы не можем ограничить-

ся подготовкой одного или нескольких пособий, необходимо учесть и систематизировать весь существующий опыт епархий Московского Патриархата в преподавании предметов духовно-нравственного содержания и на основании этого подготовить список материалов, официально рекомендованных Русской Православной Церковью для учебных заведений всех типов и уровней. К сотрудничеству в этом направлении с Синодальным отделом религиозного образования и катехизации призываю православных педагогов, представителей государственного образования, епархиальные структуры, а также всех, кто непосредственно заинтересован в конструктивной и плодотворной работе на благо отечественного образования.

Сегодня уже ведется разработка учебника по «Основам православной культуры» для 4-5 классов средней школы. Патриаршим распоряжением от 9 июля 2009 года были утверждены редакционная коллегия под председательством протоиерея Андрея Кураева и редакционный совет, куда вошли не только священнослужители и сотрудники церковных структур, но и представители педагогической науки, известные общественные деятели, специалисты в области культуры.

Учительство никогда не было обязанностью и привилегией одного священства. Православие не знало разделения на Церковь учащую и учащуюся, хотя служение словом и вменялось духовенству как первая и прямая обязанность. «Епископ или пресвитер, нерадеющий о причте и о людях, и не учащий их благочестию, да будет отлучен», гласит 58-е Апостольское правило. Наука и благочестие в церковном понимании неразделимы, как неразрывна связь между воспитанием и передачей знаний.

Может быть, кто-то скажет, что мы слишком часто обращаем взгляд в прошлое и придаем чрезмерное значение сохранению традиций. Но наш взгляд в прошлое помогает ясно увидеть контуры будущего. Оценивая настоящее через опыт прошлого, мы устремляемся в будущее при ясном понимании того, что будущее каждого человека – это не только его земное бытие, но и жизнь вечная. Если же говорить о земном будущем Церкви и Отечества, то оно зависит от тех, кто придет на смену нынешнему поколению. Дай Бог, чтобы трудности, переживаемые сегодня и во многом порожденные человеческим грехом, могли стать, как это не раз бывало, поводом для покаяния и началом подлинного духовного, культурного и экономического возрождения.

Сказанное имеет отношение не только к странам, находящимся на пространстве исторической Руси и являющимся хранителя-

ми ее духовного наследия. Мы, будучи православными, осознаем себя частью Европы. В основе европейской цивилизации лежат христианские ценности, которые, к сожалению, вытесняются сегодня из жизни европейских народов. В странах, прошедших через горнило испытаний в эпоху государственного атеизма и на своем опыте осознавших, что означает жизнь без Бога, существует сегодня реальная возможность исследовать и использовать великий потенциал этих ценностей. Во взаимодействии с теми, кто вдохновляется иными исконными религиозными и культурными традициями, и теми, кто живет вне этих традиций, сохраняя нравственное чувство и голос совести, православные христиане могут и должны изменить к лучшему наш мир.

В этом направлении с терпением и любовью должны совместно трудиться представители и государственного образования, и Церкви. Мы призваны рука об руку идти вперед, полагая в основу взаимодействия и сотрудничества то, что нас объединяет: заботу о подрастающем поколении, заботу о нашем будущем.

Призывая к соработничеству государственные, муниципальные, общественные структуры, другие религиозные объединения, полагаю необходимым указать, что ключевым пунктом для выстраивания концепции преподавания основ любой религиозной традиции либо светской этики должно служить наше общее представление о нравственном начале, присущем человеческой личности и формирующем ее духовный облик. Такой подход необходим для того, чтобы исключить всякую возможность ложных антитез, неверных противопоставлений и беспочвенных конфронтаций.

Особенно важным представляется отметить, что в православной составляющей курса Основ духовной культуры принципиально отсутствует какая бы то ни было полемика с представителями других конфессий или безрелигиозного мировоззрения. Сегодня для всех нас главной задачей является созидание в нашем обществе атмосферы мира и взаимоуважения, которое невозможно без осознания нашими согражданами и особенно молодым поколением идеи гражданской солидарности во имя общего блага.

Сердечно желаю всем участникам Рождественских чтений плодотворной работы. Милость и благословение Божие да сопутствуют труженикам на ниве просвещения и духовно-нравственного воспитания.

**Пресс-служба Патриарха
Московского и всея Руси**

27 января 2010 года в рамках направления прошла конференция

«ЦЕРКОВЬ И ГОСУДАРСТВО В РЕШЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»

ДОКЛАДЫ



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

Дорогие отцы, братья и сестры!

Обозначенные в программе нашей встречи темы, относящиеся к здоровью матери и ребенка, важны для всех матерей и детей. Но они имеют чрезвычайную актуальность в тех случаях, когда мать и дитя нуждаются в медицинской помощи. Слова Спасителя «пустите детей приходите ко Мне и не препятствуйте им» [Мк.10,14] имеют особый смысл в медицинском контексте охраны материнства и детства, – в тех случаях, когда речь идет об абортах, о бесплодии, о невозможности родить здорового ребенка, о безвременной смерти новорожденного или его матери.

Ежедневно в мире около 5000 новорожденных и 1600 женщин умирают от медицинских проблем, связанных с беременностью. По мировой медицинской статистике, на каждую женщину, которая умирает от связанных с беременностью причин,

приходится еще около 20 женщин, страдающих от травматических повреждений, инфекций, осложнений, которые лишают их трудоспособности. На каждого новорожденного, который умирает, приходится еще 20 выживших младенцев, страдающих от последствий родовой травмы, осложнений, связанных с преждевременными родами или другими заболеваниями. Но разве в этом состоял замысел Бога о человеческом роде? Не болезни и смерть, а «умножение» человечества, замыслил Творец. Благословенный Господом супружеский союз должен был стать средством продолжения и умножения человеческого рода: «И благословил их Бог, и сказал им Бог: плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю, и обладайте ею» [Быт. 1. 28]. Как же случилось, что в наш век современных достижений и прогресса медицины мы оказались бессильны и не в состоянии защитить женщин, благодаря которым сохраняется человеческий род? Почему на канонической территории Русской Православной Церкви риск матери умереть в течение жизни в 10 раз выше, чем в странах ЕС? Каковы причины того, что в православной России смертность детей в возрасте до 5 лет в три раза выше, чем в большинстве европейских стран, а мертвые дети в нашей стране рождаются в три раза чаще?

С конца 80-х годов XX века охрана материнства и снижение материнской смертности были основными темами нескольких международных конференций, в том числе Саммита тысячелетия ООН 2000 года. Улучшение охраны материнства признано международным сообществом одной из восьми целей развития наступившего тысячелетия. В январе 2005 года во Всемирной Организации Здравоохранения для принятия чрезвычайных мер по противодействию материнской и детской смерт-

ности был создан специальный отдел по обеспечению безопасной беременности. Такая обеспокоенность понятна – ведь если жизнь матери обрывается или она лишается трудоспособности в результате беременности или деторождения, то эта трагедия имеет многоплановый характер: дети лишаются матерей, мужа – жен, общество – своих активных членов. Церковь же ослабевает трагедией семьи, призванной принимать, хранить, раскрывать и сообщать человеку любовь.

Очевидно, что для сохранения здоровья матери и ребенка, для спасения жизни новорожденного и женщины, у которой возникли связанные с родами осложнения, необходима своевременная и качественно оказанная медицинская помощь. Не дело Церкви заниматься анализом процессов финансирования современного здравоохранения, однако Церковь оставляет за собой право давать нравственную оценку любых явлений. В силу несметных богатств, которыми наделил нашу страну Господь, удивительно богатой культуры нашей Родины, мы не можем считать нравственно приемлемым такое положение дел, при котором по общим расходам на здравоохранение на душу населения Россия оказывается на одном уровне с развивающимися странами, – рядом с Габоном и Уругваем.

Преклоняюсь перед подвигом врачей, которые в условиях такого финансового обеспечения здравоохранения отдают свой опыт, знания и труд ради спасения здоровья матерей и их детей. Вместе с тем, мы должны признать, что у медицины и Церкви имеются отличные представления о причинах благополучного материнства. Бесспорно: качество питания, отсутствие вредных привычек, состояние окружающей среды беременной женщины, ее медицинское обслуживание влияют на здоровье детей. Но Церковь относит здоровье детей к еще более ранним событиям: к моменту зачатия и воспитания его родителей. Так, в Евангелии от Луки рождение Иоанна Крестителя описывается в контексте религиозного благочестия Захарии и Елисаветы, а описание Рождества Самого Спасителя предваряется описанием святости жизни Пресвятой Девы Марии и Иосифа. [Лк.1, 5–58]. Более того, Церковь усматривает подлинную первопричину здоровья матери и ребенка не в причинно-следственных связях природных или экономических процессов, но в личной Встрече человека с Богом. Состояние человеческой природы зависит от Богообщения и от попечения Творца о нашем здоровье и благополучии. Как говорит об этом Бог своему народу через пророка Исайю: «Послушайте меня... принятые Мною от чрева, носимые Мною от утробы матерней: и до старости вашей Я тот же буду, и до седины вашей Я же буду носить вас; Я создал и буду носить, поддерживать и охранять вас» [Ис. 46, 3–4].

Общепризнано, что значительная часть детских смертей приходится на первые 28 дней жизни. Самый важный вывод специалистов, занимающихся изучением этой проблемы, заключается в том, что состояние здоровья новорожденного в этот ранний период полностью зависит от здоровья его матери. Между тем здоровье современных мам оставляет желать лучшего. Лишь 5 процентов выпускников и выпускниц средних школ России признаются здоровыми. Таким образом, создается замкнутый круг: нездоровая мать не способна родить здорового ребенка, а больные дети, становясь взрослыми и вступая в семейную жизнь, рожают больных детей. По убеждению Церкви, этот порочный круг невозможно разорвать без осознания тех изменений, которые произошли в воспитании детей, и в целом в институте семьи и брака, вследствие секуляризации общества.

К сожалению, многочисленные проблемы материнства и детства становятся подтверждением того, о чем Православная Церковь неоднократно предостерегала: общество, где под маской морального релятивизма прячется тоталитаризм идеологий, в которых нет места Богу и Евангелию, является обществом людей, обреченных на болезни и смерть. По словам Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, «истина – фундаментальная ценность бытия. Если в основе жизни неправда, заблуждение, то жизнь не состоится». Предстоя перед сложными проблемами, связанными со здоровьем матери и ребенка, настала пора признать: Церковь говорила и говорит правду о любви, семье и браке. Отвержение современным обществом этого здорового учения Церкви проходило поэтапно. Вначале была абсолютизирована романтическая влюбленность, которой чужда всякая ответственность и в которой интимное общение людей было отделено от брака. Позднее супружеская связь была отделена от чадородия и превращена лишь в способ получения удовольствия. Последний шаг состоял в том, что сексуальность человека отделили от самой любви и превратили ее в составную часть сферы потребления и услуг. И вот теперь, когда Церковь напоминает людям о том, что в замысле Творца сексуальные отношения неотделимо связаны с чадородием и браком, нам говорят, что это все «поповские выдумки», ограничивающие свободу человека. Горькие плоды такого поэтапного отказа общества от Церковного учения о браке и семье мы уже пожинаем. Это – рост числа абортов, заболеваний, передающихся половым путем, личные драмы разрыва брачных отношений, домашнее насилие, дети, вырастающие без родителей, нежелания молодежи иметь детей, суррогатное материнство, рост числа врожден-



ных пороков развития у детей и другие проблемы, которые мы будем сегодня обсуждать.

Одно из самых серьезных последствий забвения истин христианской семейной жизни – это принижение роли отцовства. Рождение и уход за новорожденным ребенком требует огромных душевных и физических сил и знаний – как от матери, так и от отца. Не говоря уже о воспитании детей. Нередко в докладах, посвященных здоровью матери и ребенка, мужчины упоминаются лишь как пьяницы, лица, совершающие насилие, или как безответственные партнеры, которые не берут на себя обязанности по использованию методов контрацепции. Обращает на себя внимание тот факт, что в научной литературе, касающейся здоровья матерей и новорожденных, мужчины, как правило, вообще не упоминаются. В светском обществе серьезно деформировано представление об отцовстве. Между тем, в церковной традиции рождение ребенка, особенно первого ребенка, является значительным событием в жизни мужчины, укрепляющим его любовь и формирующим у него ответственность за тех, о ком он Богом призван заботиться и ухаживать: ответственность за свою супругу и новорожденных детей, ответственность, которая, собственно, и делает мужчину мужчиной. Рождение человека не может рассматриваться лишь как физиологический акт изгнания плода из чрева матери. Это глубоко личностный процесс, к которому сопричастны оба супруга и который преобразует их обоих. Поэтому считаю оправданным поддержку инициативы по развитию условий, создающих возможность присутствия отца при родах его ребенка. Материнство немислимо без отцовства, питаемого чувством глубокой сердечной радости от того, что супружеская любовь божьей милостью была воплощена в маленьком человеке.

Нездоровье будущих матерей, зачастую делающее их неспособными к чадородию, по общему признанию специалистов, во многом связано с перенесенными ранее инфекционными заболеваниями и сделанными когда-то абортми. В России абортм заканчивается едва ли не каждая вторая беременность. Наша страна занимает 1 место по количеству абортм на душу населения – не только среди стран Евросоюза, но и среди стран СНГ. Заболеваемость сифилисом в России в 14, а гонококковой инфекцией в 8 раз выше, чем в странах объединенной Европы. А эти государства мы, зачастую, представляем себе как образец нравственного растления под влиянием либеральной идеологии и процессов секуляризации. С 2000 года более чем в 10 раз выросло число родов у ВИЧ-инфицированных женщин. Все это лишь убеждает нас, что современные проблемы детства и материнства не являются лишь следствием недофинансирования медицины и здравоохранения. Это

– проявления дефицита нравственности и выражение богооставленности человека в секулярном мире. Это родимые пятна, которые несет теперь на себе наша страна после десятилетий безбожия и неоязычества, несмотря на повсеместное теперь возрождение в России религиозной жизни. Остро переживая неправду и заблуждение как состояние внутреннего мира человека, удалившегося от Бога, апостол Павел объяснял такое состояние ранением души человека и помрачением его сердца: «Ибо, что можно знать о Боге, явно для них, потому что Бог явил им... Но они, познав Бога, не прославили Его, как Бога, и не возблагодарили, но осуетились в умствованиях своих, и омрачилось несмысленное их сердце» [Рим. 1, 19, 21]. Проявлением такого помрачения ума и сердца являются и подростковые беременности, – когда дети рожают детей, не имея ни прочных моральных устоев, ни душевной и финансовой самостоятельности для воспитания ребенка. Общеизвестно, что ранняя беременность и материнство создают значительный риск для здоровья девочек. При рассмотрении этих медицинских аспектов материнства особенно наглядна роль образования и воспитания девочки и женщины в сохранении ее здоровья и здоровья ее будущего ребенка. Церковь видит это образование и воспитание в том, чтобы помочь людям повторно открыть для себя христианское понимание любви, семьи и брака. Рождение здорового ребенка невозможно без рождения в душах людей Христа.

Брак понимается в христианстве как онтологическое соединение двух людей в единое целое, соединение, совершающееся Самим Богом, в личности Иисуса Христа, Который и является главой семьи, равно как и главой Церкви. Без личности Спасителя, объединяющей мужчину и женщину в единое целое, брак и прочная семья невозможны. Поэтому не удивительно, что отрицание Бога в секуляризованном обществе и попытка изгнать Церковь из социальной жизни закономерно приводят к распаду семьи и брачного союза. Одно из проявлений этого распада – угасание внутрисемейных уз любви, без которых невозможно здоровье. Родители, которые присутствуют в полной мере в жизни своих детей, физически, эмоционально, психологически и духовно становятся все большей редкостью. Современные семьи сталкиваются с такими трудностями, как отсутствие одного или обоих родителей в связи со смертью, разводом, временным расставанием из-за работы. Но даже, когда родители пробуют сохранять культурную ценность общения в семье, процессы глобализации стимулируют конфликты между родителями и детьми, насаждая в детях идею порочной свободы, понимаемой как власть самоутверждения и эгоизма. Неудивительно, что современные дети зачастую менее своих родителей способ-

ны получать и отдавать любовь. Связь с родителями внутри семьи является ключом к нравственному и физическому здоровью детей. И все начинается в младенческом возрасте. К сожалению, процент детей до 3 месяцев жизни, находящихся на грудном вскармливании, в Российской Федерации почти на 70% меньше, чем в странах ЕС. А ведь установленный Богом порядок вскармливания младенца является еще и способом общения личностей матери и ребенка. Паисий Святогорец писал: «Питаюсь от груди, младенцы впитывают в себя не только молоко: они впитывают любовь, нежность, утешение, безопасность и таким образом становятся людьми с сильным характером». Ребенок, не вскармливаемый грудью матери – фактически отстраняется матерью от общения, покинут ею с первых же месяцев жизни. О каком воспитании и здоровье тут может идти речь? «Разрушение семейных связей неизбежно сопряжено с нарушением нормального развития детей и накладывает долгий, в известной мере неизгладимый отпечаток на всю их последующую жизнь».

Церковь рассматривает служение семье как одну из своих самых существенных современных задач. Сегодня необходимо говорить обществу о благой вести христианской семьи, о «Евангелии брака и семьи» ради решения сложной и многоплановой проблемы здоровья матери и новорожденного ребенка. Брак и семья должны быть обновлены на фундаменте евангельского благовестия и христианской веры, чтобы выполнить свое общественное и церковное предназначение – привести людей к полноте личной и христианской

жизни и к рождению здоровых детей. Замысел Бога о человеке понимается Церковью как «призвание в любовь». Брачный союз двух людей в Церкви – это истинное выражение плодородности любви. «Вот наследие от Господа: дети; награда от Него – плод чрева», – восклицает Псалмопевец [Пс. 126. 3]. Православной Церкви есть что сказать о здоровье матери и ребенка. Лишь бы голос Церкви, возвышаемый ею в защиту материнства и детства, был услышан. Мы, священнослужители и православные врачи, готовы разделить вместе с государством ответственность перед матерями, жизнь которых можно было спасти. Общество в долгу перед тысячами беременных женщин, которые и сегодня, во время нашей конференции, рискуют жизнью во время родов. Мы все в долгу перед последующими поколениями детей, заслуживающих того, чтобы у них были мать, семья, вера и святое Отечество. Будущее России и человечества – сокрыто в семье, более чем в предпочтениях государственного или экономического устройства общества.

С этими чувствами я выражаю свою искреннюю благодарность всем участникам нашей встречи за готовность понести труды по сохранению и преумножению здоровья матерей и детей. Сам Иисус Христос, – податель совершенной любви, здоровья и подлинный глава всякой семьи, вместе со Пресвятой Девой Марией, – образцом настоящего материнства, – да освятит своим заступничеством и помощью все притекающие к ним семьи, благословит и сделает плодотворной работу нашей конференции.





МЛАДЕНЕЦ ДО РОЖДЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ

Зачатие – настоящее чудо. Когда в благоприятных естественных или искусственных условиях встречаются две зрелые половые клетки мужчины и женщины, их слияние происходит далеко не всегда. Это на учебных картинках изображают все просто и примитивно. Но есть весьма значимые факторы, роль которых мы до сих пор мало понимаем.



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

Соблазны и дурные привычки весьма заразительны и часто закладываются в подсознание человека еще до рождения. Впрочем, и добрые навыки глубже укореняются в душе с малолетства, даже прежде появления на свет. Поэтому грамотное поведение до родов нужно и будущим родителям, и малышу.

Восхваляя премудрость Божию, пророк Давид восклицает: «Ты устроил внутренности мои и соткал меня во чреве матери моей. Славлю Тебя, потому что я дивно устроен. Дивны дела Твои, и душа моя вполне сознает это. Не сокрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был во глубине утробы. Зародыш мой видели очи Твои...» (Пс. 138, 13–16).

В XX столетии ученые смогли приблизиться к научному пониманию этого библейского прозрения. Действительно, то, что происходит внутри матери, иначе как чудом не назовешь. Настолько все тонко и гармонично! Расскажу об этом подробнее.

По мысли выдающегося хирурга, архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого), духовная энергия, энергия любви Божией является прародительницей всех форм физической энергии и самой материи. Благодать Святого Духа изливается по воле Господа на весь мир и действует по неписанным божественным законам, вне нашего пространства и времени¹.

В процессе эмбриогенеза Дух руководит развитием соматических элементов, формируя органы и ткани. «Всем клеткам тела присуща духовная энергия, ибо они живы, а жизнь от Духа, – учит святитель Лука. – Подобно гению Леонардо да Винчи, действует в эмбриональном развитии *духовная энергия, присущая хромосомам половых клеток* (курсив мой. – К. З.)»².

Поскольку «Дух направляет развитие тел человеческих в соответствующих себе формах», то дети перенимают от родителей как физические и психические, так и духовные свойства. «Врожденные внешние формы становятся все более ярко выраженными в постэмбриональной жизни по мере развития духа в том или ином направлении», – заключает святой врач³.

Его позицию интересно сопоставить с новейшими научными гипотезами. Подчеркнем, что речь пойдет именно о версиях, которые нуждаются в дальнейшем теоретическом и практическом подтверждении и подчас вызывают горячие споры.

В середине XX столетия известный отечественный ученый А. Г. Гурвич предположил, что *геном несет особую смысловую информацию о всех наших предках*. Она закодирована в ДНК в виде биологического поля и материального вещества. Не

вся эта информация востребуется в ходе человеческой жизни. Но она все равно присутствует⁴.

Гены контролируют процессы внутриутробного развития в основном косвенно, определяя, какие регуляторные белки будут синтезированы. Судьба клеток зародыша и их точное расположение зависят также от множества негенетических факторов: клеточного окружения, различных сигналов от смежных клеточных систем, импульсов внешней среды и т. д.⁵

Современные исследования доказали, что ДНК может излучать биополе, свет и звук (волновой образ-голограмму). Считается, что это биополе задает генам программу их работы и, таким образом, направляет рост и развитие органов и тканей. Искажение внешнего естественного полевого окружения приводит к уродствам и даже гибели эмбриона. Волновой образ, созданный биополем, постепенно «заполняется» делящимися клетками, подобно тому, как литейная форма заполняется сталью⁶.

Некоторые ученые усматривают во всем этом невидимое водительство руки Божией. Они отмечают, что божественный план весьма загадочен. Не исключено, что биологические поля участвуют и в наследовании духовной информации при зачатии.

Однако целиком и полностью духовные явления нельзя объяснить с помощью биологических, электромагнитных, гравитационных и каких-либо иных материальных полей. Духовное принципиально не сводится к материальному, и между ними существуют кардинальные различия. Как справедливо напоминает архимандрит Иоанн (Крестьянкин), «душа есть некий вид энергии, еще не познанный людьми науки... Она дышит Духом Божиим...»⁷

Итак, *жизненный сценарий (путь) человека в большой степени обусловлен мотивами и обстоятельствами его зачатия, особенностями протекания беременности и родов, а также условиями, которые созданы новорожденному. Известный в Великобритании психотерапевт Джеоф Грэхэм считает, что опыт, переживаемый человеком во время внутриутробной жизни, в момент рождения и первые несколько часов после него, абсолютно уникален. «Запечатлеваясь, этот опыт генерирует определенную поведенческую модель»⁸.*

Американский психотерапевт Эрик Берн в своей монографии «Люди, которые играют в игры», также утверждает, что основа жизненного плана формируется во многом под влиянием отношений родителей к ребенку и возникает еще до рождения. Согласно данной теории, «ситуация зачатия человека может сильно влиять на его будущую судьбу». Э. Берн рекомендовал, независимо от того, была ли ситуация зачатия «результатом случайности, страсти, любви, насилия, обмана, хитрости или равнодушия... анализировать любой из



этих вариантов, чтобы выяснить, каковы были обстоятельства и как подготавливалось это событие. Планировалось ли оно? Если планировалось, то как: хладнокровно и педантично, с темпераментом, разговорами и обсуждениями или при молчаливом страстном согласии? В жизненном сценарии будущего ребенка могут отразиться все эти качества. Возможно, его родители считали близость занятием бездельников или пошлостью, а может быть, священнодействием или развлечением? Отношение родителей к интимной жизни может быть перенесено и на их ребенка. А если мать пыталась избавиться от плода? Даже несколько раз? Делались ли аборт или попытки аборта во время предыдущих беременностей? Здесь можно задать бесконечное число вопросов различной степени деликатности. Однако надо учитывать, что все эти факты могут воздействовать на сценарий жизни даже еще не рожденного ребенка»⁹.

Как правило, существует несколько мотивов, следя которым родители сознательно принимают решение зачать младенца. Но ведущим является лишь один. *Конструктивные мотивы* способствуют укреплению семьи, личностному росту супругов, благополучному рождению и развитию ребенка, *деструктивные* – приводят к обратным результатам.

Все конструктивные мотивы основаны на чувстве любви, духовной зрелости и психологической готовности пренебрегать мелочами, преодолевать неизбежные трудности, хранить мир и взаимопонимание. Именно тогда у мужа и жены возникает осознанное желание кардинально изменить совместную жизнь: продолжить свой род.

Отрицательно сказываются на семье и личности каждого из супругов, на здоровье и развитии ребенка *деструктивные или относительно деструктивные мотивы его зачатия*¹⁰:

- укрепить отношения в семье («привязать» к себе, вернуть мужа, предотвратить его уход и т. п.);
- заставить партнера жениться;
- родить, «чтобы был хоть один близкий человек», о котором надо заботиться;



- показать родственникам, что стал(а) взрослым и независимым человеком;
- вынудить родителей смириться с браком;
- родить «для здоровья»;
- улучшить жилплощадь и получить иные материальные выгоды;
- изменить социальный статус в свою пользу.

Итак, *ситуации зачатия и ее деталям придается огромное значение*, поскольку отношение родителей к интимной жизни так или иначе отражается на их взаимоотношениях с ребенком. А значит, при планировании деторождения семья нуждается в консультации опытного священника, врача и психолога.

Интересное мнение высказывает президент Французской ассоциации пренатального воспитания Андрэ Бертин в своей книге «Воспитание в утробе матери, или Рассказ об упущенных возможностях»¹¹. По его словам, в момент зачатия сильнейшие, глубоко личностные переживания и чувства родителей генерируют мощное биологическое поле. Оно влияет на каждую клеточку их тел, включая те, из которых образуется зародыш*.

Иллюстрируя свою мысль, А. Бертин приводит примеры двух разных зачатий. Допустим, будущими родителями становятся мужчина и женщина, которые после обильной выпивки и бурной ссоры ищут примирения в «постели». Даже если не принимать во внимание чисто медицинские последствия «нетрезвого» зачатия, вряд ли они смогут дать жизнь гармоничному человеку. Дело в том, что их негативные эмоции и склонности наверняка передадутся ребенку. Когда он вырастет, то будет предрасположен к насилию, похотливости и алкоголизму.

Второй случай прямо противоположен первому. В семье царят мир и лад. Будущие родители ведут здоровый образ жизни и психологически уравновешены. Если они вступают в близость, то глубокое чувство взаимной любви дает шанс на зачатие гармоничного во всех отношениях ребенка.

Недаром народная мудрость гласит, что самые прекрасные и счастливые дети – это дети любви. Подчеркну: настоящей супружеской любви.

Как ни вспомнить здесь замечательные изречения православных авторов! Наклонность к добру и злу, чувство любви и неприязни, спокойствие и агрессивность, уровень физического здоровья и жизненной активности закладываются в момент оплодотворения, продолжая формироваться до и после родов. Поэтому порочное состояние духа родителей при зачатии и во время беременности есть тяжкий грех.

Родители должны сделать счастливым своего ребенка еще до рождения. После нравственно-осторожного зачатия и богобоязненного чревоноше-

ния ребенок приходит в мир сей с большей силой против греха, с некоторым «предварительным запасом добра». *Тот, кто искренне и горячо кается перед Богом в собственных недостатках, передает своему потомку чистоту сердца и души. А какое наследство дороже этого?*

Как желание или нежелание родителей иметь ребенка отражается на его судьбе и здоровье? Это огромная и, к сожалению, очень острая тема. Все-го не скажешь, поэтому буду краток.

По оценкам психологов, желанные дети обладают большим жизненным потенциалом и обретают в утробе матери позитивный опыт, который крайне важен для благополучного развития¹². Поэтому реакция отца и особенно матери на беременность оказывает сильнейшее влияние на ребенка. При неприятии этого факта у малыша подсознательно возникает ощущение нежеланности, которое затем перерастает в чувство ненужности и отверженности. После рождения такие дети часто задают вопрос: «Мама (папа), а ты меня любишь?»

Восприятие ребенком самого себя зависит и от родительского отношения к нему. Это самоощущение начинает формироваться еще в утробе, когда духовное и психологическое состояние матери и отца имеет решающее значение. Допустим, ребенок им не нужен, по крайней мере, не сейчас («не ко времени», «не к месту»). Первые признаки беременности мама воспринимает с ужасом, а папа – с раздражением. Нежеланный, «случайный» ребенок на протяжении всей своей жизни будет стараться доказать, что его можно и есть за что любить, будет отстаивать свое право на существование.

Увы, дети от нежеланной беременности, которых никто в этом мире не встретил с любовью, сильно страдают. Нередко они становятся преступниками, испытывают трудности в общении с другими людьми. Анализ медицинских карт группы детей и подростков с плохим состоянием здоровья показывает: большинство из них родилось от незамужних женщин или от матерей, огорченных своей беременностью и испытывавших стрессы по поводу семейных неурядиц¹³.

У нежеланных и брошенных детей обнаруживаются психологические отклонения, которые ранят их сердце и отягощают жизнь в обществе. Конфликтность, стремление выделиться и непременно обратить на себя внимание – их привычные способы самоутверждения. Тот, кто прошел «первую школу ненависти и отвержения еще в лоне матери», может носить эти чувства в своем сердце и «пользоваться» ими. Отчасти этим объясняется склонность к дурным поступкам.

По наблюдениям известного детского невропатолога, доктора медицинских наук, игумена Ана-

*Для простоты повествования понятия «зародыш», «эмбрион», «плод», «нерожденный ребенок» и «младенец до рождения» условимся считать равнозначными.



толия (Берестова), патология нервной системы у плода в дальнейшем сугубо отрицательно сказывается на психофизическом развитии ребенка. В определенной степени провоцируется его асоциальное поведение и пристрастие к наркотикам¹⁴.

Да, нежеланный ребенок интуитивно, подсознательно чувствует какую-то неправду, неискренность со стороны матери (отца). Вольно или невольно он платит им той же монетой: враждебностью, холодностью и неприятием, отгораживается от них незримым внутренним барьером. Разрушить эту стену может лишь христианская любовь.

Однажды я консультировал пациентку, назову ее Валентиной. Перед зачатием своего младшего сына она по настоянию мужа сделала аборт. Но ей очень хотелось родить еще. И вот беременность наступила. Валентина четыре месяца не сообщала мужу: боялась, что опять придется ее прервать. А когда супруг узнал, то страшно рассердился. Но главное, что недовольны были мать и свекровь Валентины. Ее поддержал только родной отец.

«Помню день, который никогда не сотрется из памяти, – рассказала мне Валентина. – У нас гостила моя свекровь, пришла моя мать, и вместе с моим мужем они втроем стали ругать меня за упрямство. В этот момент я ощутила истинную близость с моим ребенком! Я плакала у окна, и мне казалось, что он там, внутри меня, тоже плакал. С того дня мы стали с ним по-настоящему родными и близкими.

Я думаю, – продолжала Валентина, – именно в тот день у сына четко сложилось отношение к отцу и двум своим бабушкам. Он всегда почтительно-холоден к ним. А своего деда он искренне любил и находил с ним общий язык. Мой супруг любит сына, но душевной, сердечной близости у них нет. Даже когда отец хочет его поцеловать, тот вежливо уклоняется от объятий.

Во время беременности я часто оставалась дома одна, ласково беседовала со своим маленьким, убеждала, что все его любят, всем он нужен. И в ответ он легонько толкался, словно давая понять, что услы-

шал меня. Эта нежность и внутренняя связь сохраняются до сих пор. С нами происходили до удивления похожие события, хотя нас разделяли большие расстояния. Когда сын вырос, мы поссорились и почти год не разговаривали. И независимо друг от друга, ничего не подозревая, занялись одним и тем же делом! Потом жизнь, слава Богу, нас примирила. Но до чего же схожи наши натуры, реакции, интересы и предпочтения! Надо быть очень внимательным и очень искренним, когда носишь ребенка под сердцем», – завершила свою историю Валентина.

Дети еще до рождения «чувствуют», как к ним относятся близкие, ждут ли их, любят ли. Уже во чреве матери они «знают», вернее «догадываются» о предательстве, злобе или лукавстве тех, кто решает их судьбу. Посеянные семена дают всходы не сразу. Что же мы сеем: пшеницу или плевелы?

В мае 2007 года в Москве проходил Всемирный конгресс «Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии». Был принят *Московский манифест пре- и перинатальной психологии и медицины*¹⁵. Вот ряд его положений:

1. Неродившийся ребенок является человеком с его собственными эмоциями, восприятием и функционирующей памятью. Его жизнь начинается с зачатия, а предварительные условия появляются даже раньше.

2. Условия пренатальной жизни содействуют или препятствуют проявлению генетических способностей и талантов. Как человек развивается и учится, зависит от динамического взаимодействия между его генетической природой и внешней средой (питанием, воспитанием, экологией и т. д.).

3. Стресс беременной матери может иметь в будущем длительное воздействие на ребенка и взрослого и способствовать возникновению депрессии, аутизма, психосоматических симптомов, предрасположенности к гиперактивности, агрессии, насилию и т. п.

4. Пренатальная (дородовая) и ранняя постнатальная (послеродовая) стадии развития в очень большой степени определяют нашу биологическую и психологическую структуру. Дородовый опыт влияет на формирование структуры мозга.

5. Семья и общество играют главную роль в создании достаточных условий для развития человека с момента зачатия...

6. Открытия пре- и перинатальной психологии и медицины существенны для развития различных научных и клинических областей психологии, психиатрии, акушерства, родовспоможения, профилактической медицины, социологии, психологии, культуры и других. Исходя из этого, научные исследования в указанных направлениях необходимы для благосостояния общества.



7. Все родители, включая беременных, должны иметь доступ к медицинской и психологической пренатальной заботе и знаниям, чтобы подняться до полной родительской компетентности. Особенно активно должны быть поддержаны родители, находящиеся в «конфликтной беременности».

8. Общество и семья должны осознать пре- и перинатальные корни материнства и родительства. Школы и институты родительства должны обучать и распространять новые знания пренатальной и перинатальной психологии и медицины. Главная цель этих усилий состоит в том, чтобы все дети рождались желанными и здоровыми.

9. Пренатальная и ранняя постнатальная стадии развития обеспечивают уникальную и наилучшую возможность для первичной профилактики соматических, психологических и социальных расстройств, для улучшения условий жизни человека в обществе.

К сожалению, теория и практика некоторых альтернативных центров пренатальной подготовки явно противоречит христианству (например, идея перевоплощения душ и совершенствования без Бога, «мистическая школа сознательного зачатия и беременности», «работа с энергией», применение гипноза, наркотиков и холотропного дыхания). Все это сопряжено с языческими культами, восточно-мистическими учениями, медитацией, пробуждением сверхспособностей и поэтому крайне опасно для духовного здоровья человека.

Очень много нареканий экспертов вызывает трансперсональная психология Станислава Грофа. Его теорию и практику напрямую связывают с бесовщиной, справедливо обвиняя в духовной неразборчивости и всеядности.

По мысли видного представителя отечественной христианской психологии Б. С. Братуся, «методы трансперсональной психологии рассчитаны на то, чтобы фактически вломиться с черного хода в духовное пространство и сразу, в течение нескольких сеансов, сломив естественные защитные силы, получить доступ к его богатствам... Ворвавшись туда чужаком и на короткое время в состоянии одурманенности наркотиком, гипнозом или усиленным дыханием, человек берет без разбора все, что попадется, все, что привлечет его внимание. Но духовное пространство отнюдь не однородно. В нем присутствуют силы разных оттенков, есть Свет и тьма. И, беря что попадая, лишь бы это было “духовным“, мы можем нанести непоправимый вред своему развитию»¹⁶.

Приверженцы нетрадиционного пренатального воспитания отстаивают необходимость «постоянного контакта» матери и плода. Кто-то ратует за ежедневные, обязательные и строго регламентированные «ритуалы» общения. Женщину вводят в измененное состояние сознания, иногда эйфорию или гипноз, что категорически противопоказано при бере-

менности. Но сторонники данных методов полагают, что таким образом мать «воссоединяется» с ребенком и их общение достигает наивысшего уровня. Другие «энтузиасты» разработали специальные упражнения для ежедневного «обучения» плода математике, алфавиту, языкам и т. д. Однако никто еще научно не доказал эффективность этого.

Беременные женщины ставят на живот наушники с записью текстов на иностранных языках вместо того, чтобы самим спеть песню и насладиться любимой музыкой. Рисуя световым лучом буквы и цифры на своем животе, они надеются, что смогут сделать малыша гениальным или по крайней мере одаренным. Разумеется, для развития ребенка нуждается во впечатлениях, которые получает в материнской утробе. Но оправданы ли какие-либо дополнительные, тем более столь изощренные мероприятия?

Природа не приемлет насилия. Целенаправленное воздействие с целью ускорить психическое развитие дитя в утробе разрушает его нервную систему и приводит к внутриутробной психической травме. Специалисты резонно возражают, что не надо путать стимуляцию органов чувств с ранним интеллектуальным развитием¹⁷.

У нас пока недостаточно сведений о том, как происходит психическое (в частности, умственное и эмоциональное) созревание плода. Очевидно иное: любые воздействия на беременную женщину и ее ребенка обязаны подчиняться основному принципу медицины «не навреди». Значит, из огромного арсенала предлагаемых манипуляций следует выбирать, во-первых, безвредные, а во-вторых, полезные. И здесь требуется совет не только опытного врача и психолога, но и пастыря.

Неумно верить судьбу младенца и свое здоровье в руки корыстных или недобросовестных людей, использующих плохо изученные программы и методы. Серьезнейшая опасность – тренеры-шарлатаны. Пройдя краткие (двух-трехнедельные и т. п.) курсы подготовки и получив дипломы, они уверены, что постигли азы мастерства и достойны вести за собой учеников. Такой горе-преподаватель чем-то сродни священнику-младостарцу. Он «лепит» своих последователей по тому образу и подобию, который выдумал сам. Гордо называясь «пренатальным наставником», он требует беспрекословного послушания, привязывает к себе и не обучает, а дает собственные интерпретации. Это обыкновенная профанация. Причем осуществляется она часто под флагом пропаганды здорового образа жизни и популяризации мудрости Востока.

Поэтому *будущие родители должны заранее определиться, как именно готовиться к рождению ребенка*. Поскольку далеко не все обосновано, нужно трезво относиться к программе занятий и не стесняться заблаговременно прояснить

любые сомнительные моменты. Также надо узнать, есть ли у центра, школы или курсов соответствующая лицензия, какое образование у преподавателей, в рамках какого направления они работают, насколько эффективно, какова мера их ответственности за излагаемый материал, какие отзывы.

Когда вам навязывают чуждые мнения, образ мыслей и действий или вторгаются в интимную жизнь, не бойтесь вовсе отказаться от занятий. Дородовая подготовка призвана помочь будущим родителям справиться с насущными проблемами, ответить на животрепещущие вопросы, дать конкретные знания и навыки. Тогда это целесообразно. Если же что-то вызывает внутренний протест, сомнения и опасения, доверьтесь своей интуиции. Помните: ответственность за благополучие и здоровье ребенка несете именно вы, поэтому выбор только за вами!

Слава Богу, сейчас открыты *православные школы материнства, семейные школы и курсы для супружеских пар, которые получили благословение Святейшего Патриарха и где трудятся православные священники, педагоги и психологи*. Что же советуют делать будущей матери?

«Если носящая в чреве мать волнуется и расстраивается, то зародыш в ее утробе тоже беспокоится, — напоминает старец Паисий Святогорец. — А если мать молится и живет духовно, то младенец в ее чреве освящается. Поэтому женщина, будучи беременной, должна творить Иисусову молитву, читать Евангелие, петь церковные песнопения. Но и близкие тоже должны быть внимательными, чтобы не расстраивать ее. *В этом случае родившийся ребенок будет освященным, и родителям не придется испытывать с ним затруднений: ни пока он маленький, ни когда подрастет*» (курсив мой. — К. З.)¹⁸.

Созвучно мыслит и митрополит Антоний Сурожский. По его словам, чрезвычайно важно, чтобы беременная женщина читала или пела молитвы про себя и вслух. То же следует делать и после рождения ребенка. Это питает его духовную жизнь¹⁹.



Итак, если до и после зачатия женщина исполняет предписания Православной Церкви, ее младенец некоторым образом уже получает освящение. Он «впитывает» божественную благодать, когда мать творит добрые дела, молится, кается, читает или слушает Священное Писание, участвует в Таинствах.

Очень важно, чтобы накануне родов священник отслужил молебен «О женщине перед рождением ребенка». Какие чудные молитвы сложены к Господу и Божией Матери на «разрешение от бремени»! Какие трогательные слова произносятся! Пресвятая Богородица не требовала посторонней помощи, но нетленно и безболезненно родила Сына Божия. Она знает немощь естества людского. И пастырь просит Ее помочь беременной женщине легко и благополучно родить, а потом принять дитя и мать под Свой покров, сохранить «от всякой заразы, всякой нечистоты, от лукавства диавольского, от всякого мора», оградить Ангелами сияющими и сподобить младенца, которому надлежит родиться, Таинства святого крещения.

Забота Церкви не ограничивается одной молитвенной поддержкой. По благословию духовника беременные и кормящие постятся не так строго. При необходимости пост перед Таинством причащения сокращается до нескольких часов. По слаблению в телесном посте желательно восполнять усердием в иных добрых делах (молитве, милостыне, чтении духовной литературы и т. д.).

По мысли протоиерея Сергия Николаева, церковное воспитание следует начинать с «нулевого возраста». В период беременности одни мамочки часто приходят в храм (пусть даже в будни, когда меньше народа), молятся, исповедуются, причащаются Святых Христовых Таин. И младенцы, еще не увидевшие свет, радуются этому, как возрадовался присутствию Господа Иоанн Предтеча. Другие мамы, убоявшись духоты и скопления людей, не посещают церковь, а гуляют по бульвару или сидят в палисаднике. И дети потом ведут себя по-разному. Одни младенцы чувствуют себя в церкви спокойно: пространство храма для них «свое», хотя они никогда и не видели его. Другие — беспокоятся, капризничают, тяготятся. Это не «свое» для них. Хотя плачут в храме, конечно, и детишки воцерковленных родителей, но это случается реже и плачут они иначе²⁰.

«Когда в церковь приносят младенца, особенно к Чаше Причастия, обычно бывает легко отличить дитя церковных родителей от нецерковных детишек, — продолжает отец Сергий. — Спокойно лежит малыш на руках у одной мамы; вертится, пытаясь спрятать личико, у другой. Как жалко смотреть на кричащих, отворачивающихся от Причастия, сжимающих ротик малюток. Что их так пугает? В храме благолепие, рядом мама или бабушка. Что же он кричит, выгибается дугой, дергает



ножками? Это кричат родительские грехи, это они отворачивают от благодати малютку. У этого крохи еще нет ничего своего, только рот и нос, ножки и ручки, а грехов своих нет. Есть лишь маленькие семена грехов родителей. И если родители сами не каются на исповеди и не желают жить с Богом, то и дитя их будет бояться Господа, бояться Чаши.

Детишек, которых часто причащают, сразу видно. Удивительно, как легко они находят друг друга в любой компании. Без лишних слов и объяснений. Они могут быть разными: шалунами и пиньками, “шустриками” и “мямликами”. Но ангельское в них сохраняется дольше²¹.

Итак, если родители хотят, чтобы Бог благословил и освятил их дитя, они сами должны горячо молиться за него. «Ибо благословение отца утверждает дома детей, а клятва (проклятие – К. З.) матери разрушает до основания» (Сир. 2, 9). *Будем же стараться вести себя достойно звания христианина, и тогда через нас благодать Божия придет и на детей наших.* Тогда и на чадах наших сбудется то, что сказал Господь о Своем пророке Иеремии: «Прежде нежели Я образовал тебя во чреве, Я познал тебя, и прежде нежели ты вышел из утробы, Я освятил тебя...» (Иер. 1, 5).

Библиография

¹Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. – М., 1997. – С. 24, 117.

²Там же. – С. 62, 129.

³Там же. – С. 63, 64, 97.

⁴Об этом подробнее см.: Гурвич А. Г. Теория биологического поля. – М., 1944.; Гурвич А. Г. Избранные труды. – М., 1977.

⁵Об этом подробнее см.: Edelman G. M. Bright air, brilliant fire. – N.Y.: Basic Books, 1992. – p. 62.; Michel G., Moor C. Developmental psychology. Interdisciplinary Science. – Cambridge, Mass.; Bradford Book; L.: MIT Press, 1995.; Малых С. Б. Проблема наследственности в современных психологических исследованиях // Вопросы психологии. – 2004. – № 2. – С. 137.

⁶Казначеев В. П., Иванова М. П., Михайлова Л. П., Зайцев Ю. И. // Бюллетень Сибирского от-

деления АМН СССР. – 1986. – № 3. – С. 12–16.; Казначеев В. П. Живые лучи и живое поле // Чудеса и приключения. – 1996. – № 5. – С. 6–9.

⁷Архимандрит Иоанн (Крестьянкин). Проповеди. Размышления. Поздравления. – М., 2003. – с. 602, 616.

⁸Цит. по: Добряков И. В. Перинатальные аспекты психологии и психотерапии семьи // Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб., 2006. – С. 105.

⁹Об этом подробнее см.: Берн Э. Люди, которые играют в игры. – М., 1988.

¹⁰Добряков И. В. Указ. соч. – С. 105.

¹¹Об этом подробнее см.: Бертин А. Воспитание в утробе матери, или Рассказ об упущенных возможностях. – Л., 1991.

¹²Звягина А. Что такое внутриутробное воспитание, или Как подарить ребенку рай? Режим доступа: www.shkolazhizni.ru/archive/0/n-2732/

¹³Уитвелл Ж. Э. Роль музыки в пренатальном и перинатальном развитии // Медико-психологические аспекты современной перинатологии. III Всероссийская научно-практическая конференция по пренатальному воспитанию. – М., 2001. – С. 76.

¹⁴Иеромонах Анатолий (Берестов). Возвращение в жизнь. – М., 2001. – С. 14.

¹⁵Московский манифест пре- и перинатальной психологии и медицины. Режим доступа: www.budumamoi.com/moscow-manifest-prenatal.html

¹⁶Братусь Б. С. Российская психология на перепутье // Начала христианской психологии. Учебное пособие для вузов. – М., 1995. – с. 39–40.

¹⁷Сосновская Н. Воспитание? Обучение? Сливание? // Журнал «9 месяцев». – 2006. – № 4.

¹⁸Старец Паисий Святогорец. Слова. Т. IV. Семейная жизнь / Пер. с греч. иеромонаха Доримедонта (Сухина). – Суроти, Салоники-М., 2004. – С. 93.

¹⁹Митрополит Антоний Сурожский. Труды. Книга вторая. – М., 2007. – С. 72–73.

²⁰Священник Сергей Николаев. За советом к бабушке: Сборник. – М., 2002. – С. 93.

²¹Там же. – С. 93–94.



*Протоиерей Сергей ФИЛИМОНОВ,
кандидат богословия, д.м.н., проф.*

ЦЕРКОВНОЕ ДУШЕПОПЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И МОЛОДЫХ МАТЕРЕЙ

ФОТОДОКЛАД



ОСОБЕННОСТИ ЦЕРКОВНОГО ДУШЕПОПЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ДОРОДОВЫЙ ПЕРИОД

- ❑ Особенности участия в Таинствах Церкви
- ❑ Особенности соблюдения поста
- ❑ Совершение особых церковных молитв самой беременной женщиной и священником



Особенности соблюдения поста

- ❑ Освобождение от соблюдения всех годовичных постов и постов по средам и пятницам до окончания кормления грудью (Правило...)
- ❑ Освобождение от евхаристического поста перед причастием
- ❑ В случае выраженного токсикоза или осложнений беременности разрешение причастия не натощак



Особенности участия в Таинствах Церкви

- ❑ Ежедневные исповедь и причастие
- ❑ Краткое пребывание на богослужении по причине токсикоза
- ❑ Сидение во время богослужений по причине возможных обморочных состояний
- ❑ Вкушение небольшого количества пищи сразу после причастия в храме по причине острого голода и пребывания на службе натощак
- ❑ Возможность внеочередного соборования в случае угрозы выкидыша и других осложнений протекания родового периода



Совершение особых церковных молитв самой беременной женщиной и священником

- ❑ Молитвы беременной женщины
- ❑ Молебны перед иконой Божией Матери «Помощница в родах» и др.
- ❑ Благословение на роды и чтение особых священнических молитв о благополучном протекании родов и рождении ребенка (Сербский требник)

ЦЕРКОВНОЕ ДУШЕПОПЕЧЕНИЕ РОЖЕНИЦ

Церковное душепопечение рожениц предполагает:

- исповедь, причастие, молебны в роддоме;
- обучение рожениц, сестер милосердия и сотрудников медперсонала роддома крещению младенцев «страха ради смертного» и крещение младенцев в угрожающих для жизни ситуациях;
- крещение младенцев священником;
- решение сложных биоэтических ситуаций;
- молитвенное и духовное сопровождение рожениц во время схваток и начала родов;
- обучение рожениц молитвам во время схваток и родов;
- испрошение воли Божией относительно способа родовспоможения с учетом медицинских данных и рекомендаций.



Решение сложных биоэтических ситуаций

В условиях роддома могут возникать различные сложные биоэтические ситуации, связанные с несоответствием светских медицинских правил и документов Божиим заповедям, церковным правилам и канонам. Решение этих ситуаций зависит от взаимопонимания медперсонала и священнослужителя и выработки насколько это возможно совместных компромиссных решений.

Испрошение воли Божией относительно способа родовспоможения

В одних случаях необходимы естественные роды, в других – кесарево сечение. При неопределенности ситуации роженице следует молитвенно испрашивать волю Божию через священника или непосредственно самой, с рассуждением относясь к медицинским данным, касающимся прогноза протекания родов и возможных осложнений для здоровья матери и ребенка.

Исповедь, причастие, молебны в роддоме

В основном предназначены для помощи нецерковным роженицам, которые первый раз в жизни сталкиваются с возможностью церковной поддержки в родах. Для многих из них это по сути первый шаг в Церковь или первое соприкосновение с ней. Воцерковленные роженицы все таинства стараются провести до госпитализации в роддом. Исповедь, причастие и молебны проводятся священником, официально назначенным от епархии для служения в роддоме.

Обучение рожениц, сестер милосердия и сотрудников медперсонала роддома крещению младенцев «страха ради смертного»

Значимой проблемой для спасения души является возможная смерть новорожденных младенцев без крещения. Необходимо обучить рожениц и медперсонал крещению младенцев способом «страха ради смертного». В случае смерти таких младенцев возможно их каноническое церковное погребение и поминовение. Нередко после крещения «тяжелые» младенцы выживают вопреки неблагоприятным медицинским прогнозам.



С момента начала схваток традиционно рекомендуется читать молитву «Богородице Дево радуйся...»

Молитвенное и духовное сопровождение рожениц во время схваток и начала родов

- Проводится силами сестер милосердия, несущих свое служение в роддоме, добровольно помогающих, православных врачей.
- Чтение молитв и акафистов родственниками во время родов.
- Звонок в храм или духовнику.
- Особые формы поминовения.

ЦЕРКОВНОЕ ДУШЕПОПЕЧЕНИЕ МОЛОДЫХ МАТЕРЕЙ

- ❑ Молитвы священника о матери и ребенке, регламентируемые Третьим Каноником.
- ❑ Своевременное крещение и воцерковление ребенка.
- ❑ Разрешение трудностей церковной жизни молодой матери.

Своевременное крещение и воцерковление ребенка



Молитвы священника о матери и ребенке, регламентируемые Третьим Каноником



- ❑ Молитвы в первый день после рождения.
- ❑ Молитвы на восьмой день после рождения ребенка, наречение имени младенцу.
- ❑ Молитвы матери и ребенку на сороковой день после рождения.
- ❑ Молитва женщине в случае чадотвержения (выкидыша).

Разрешение трудностей церковной жизни молодой матери

В первые три года после рождения ребенка молодая мать не может полноценно участвовать в церковных службах, существуют объективные трудности для ее причастия и исповеди. Физическое переутомление и бытовые семейные нагрузки затрудняют молитвенную жизнь и исполнение молитвенных правил. Необходимо помочь молодой матери справиться с трудностями и вновь в полной мере войти в церковную жизнь.



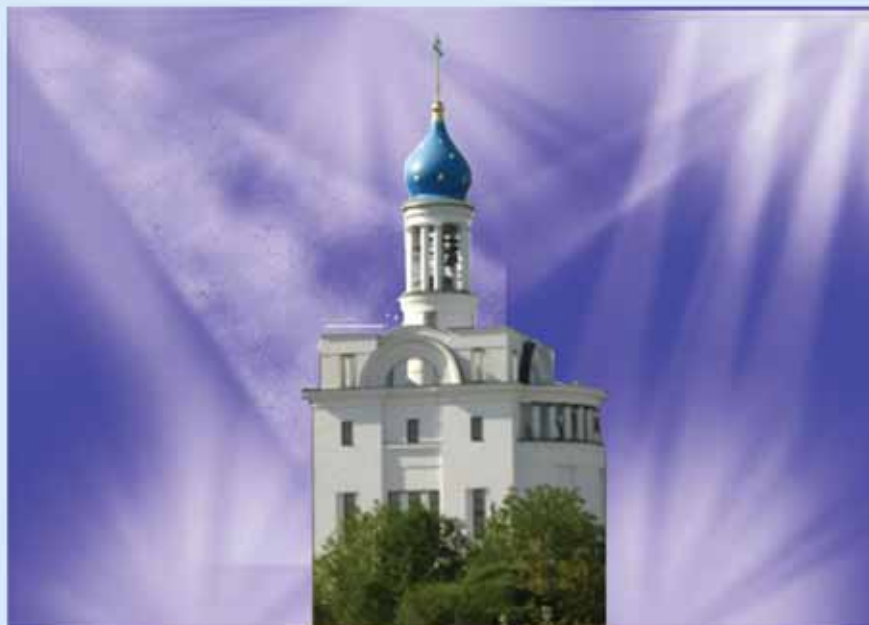
**ПРИЧАЩЕНИЕ МЛАДЕНЦЕВ
БЕЗ ОЧЕРЕДИ**



**СОЗДАНИЕ ГРУПП
ВЗАИМОВЫРУЧКИ
И ВЗАИМОПОДДЕРЖКИ**



**ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОСТЬ
ОТЦА И МАТЕРИ В УХОДЕ
ЗА РЕБЕНКОМ
И ПООЧЕРЕДНОЕ
ПРИСУТВИЕ СУПРУГОВ
НА БОГОСЛУЖЕНИЯХ**



*Протоиерей Сергей ФИЛИМОНОВ, Ю.Е. ТИХОНОВ, Ю.Ю. ТОРОПКОВА,
Н.А. НОВИКОВА, Т.Ф. МЕДНИКОВА, Н.С. АРХИПОВСКАЯ*

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ МОЛОДЫМ МАТЕРЯМ В УСЛОВИЯХ ПРИХОДА И ЕПАРХИИ

На примере деятельности группы
«Помощь молодой матери» при храме
Державной иконы Божией Матери
г. Санкт-Петербурга

ФОТОДОКЛАД

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНА ГРУППА «ПОМОЩЬ МОЛОДОЙ МАТЕРИ»?

Группа «Помощь молодой матери» в настоящее время является одним из структурных подразделений особого учреждения – «Центра милосердия», созданного на базе прихода св. великомученика и целителя Пантелеимона при храме Державной иконы Божией Матери. Деятельность Центра, объединяющего Общество православных врачей, сестричества милосердия, Душепопечительский центр, братства, загородное поселение и т. д. чрезвычайно разнообразна, но, как и любое медико-социальное учреждение, созданное Русской Православной Церковью, имеет четкую иерархическую структуру. По тому же принципу построена и деятельность Группы, все члены которой трудятся в различных медицинских учреждениях города и области, но являются, в основном, прихожанами храма Державной иконы Божией Матери и состоят в Обществе православных врачей Санкт-Петербурга.

ПРИЧИНЫ СОЗДАНИЯ ГРУППЫ







- Растущее количество молодых семей на приходе**
- Особенности психологического статуса православной женщины**
 - Поставлен диагноз БЕСПЛОДИЕ. Как лечить?
 - Встать на учет по беременности. Где?
 - Пренатальная диагностика. Делать анализ (исследование) или нет?
 - Где рожать?
- Загруженность государственных учреждений, занимающихся родовспоможением**
- Большая разбросанность этих учреждений в условиях мегаполиса, транспортные проблемы**

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ГРУППЫ



УЧРЕЖДЕНИЯ, В КОТОРЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта



Отделение «Здоровье семьи» ООО «Современная медицинская служба» г. Гатчины



Акушерское отделение Санкт-Петербургского государственного университета им. Н.И. Павлова



Акушерское отделение гатчинской Центральной районной клинической больницы



Родильный дом №9 г. Санкт-Петербурга



Медико-генетический центр, больница им. Боткина и другие мед. учреждения



ЦЕЛИ СОЗДАНИЯ «ГРУППЫ»

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И ДУХОВНОЕ ОКОРМЛЕНИЕ ЖЕНЩИН – ПРИХОЖАНОК ХРАМА ДЕРЖАВНОЙ ИКОНЫ БОЖИЕЙ МАТЕРИ.

СПОСОБЫ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

КОНТИНГЕНТ ПАЦИЕНТОК



ПУТИ ОБРАЩЕНИЯ В «ГРУППУ»

- через диспетчерскую ОПВ Санкт-Петербурга;
- через сайт ОПВ Санкт-Петербурга;
- через специалистов ОПВ с консультативно-диагностического приема;
- напрямую – через обращение в храм к председателю ОПВ СПб;
- через секретариат храма по предварительной записи;
- самостоятельно.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

- Помощь беременным
- Помощь женщинам в послеродовом периоде
- Помощь роженицам
- Консультирование по вопросам гинекологических заболеваний, в том числе бесплодия.

ДУХОВНОЕ ОКОРМЛЕНИЕ

- Работа с бесплодными супружескими парами
- Крещение новорожденных, находящихся в тяжелом состоянии
- Паломнические поездки
- Помощь беременным и кормящим женщинам в духовной жизни

АЛГОРИТМ РАБОТЫ ГРУППЫ 1. ПОДГОТОВКА К БЕРЕМЕННОСТИ ПРОБЛЕМА БЕСПЛОДИЯ

Духовные причины	Медицинские причины
<p>С чего начать?</p> <p>С тщательного исследования самими супругами качества их христианской жизни.</p> <p>С осмысления всего происходящего со своим духовником или наставником</p>	





СПОСОБЫ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

АЛГОРИТМ РАБОТЫ ГРУППЫ

1. ПОДГОТОВКА К БЕРЕМЕННОСТИ

Обращение к помощи благодатных средств церкви

Церковное освящение брака



Участие в Таинствах



Паломнические поездки



Обращение к помощи святых



Контрольный срок



2. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ПРОБЛЕМЫ С ПРОТЕКАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Непосредственное наблюдение врачом акушером-гинекологом (членом Группы)

Консультативный прием при условии наблюдения в женской консультации по месту жительства

Распределение по «подшефным» роддомам



Необоснованные сомнения: «Все ли в порядке»



Выбор средств пренатальной диагностики



Предложено прерывание беременности по медицинским показаниям

3. ПОМОЩЬ РОЖЕНИЦАМ

Снижение риска воздействия «агрессивного» акушерства



Крещение «тяжелых» младенцев «страха ради смертного»



4. ПОМОЩЬ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ



Врачи группы «Помощь молодой матери»



Санкт-Петербургский фонд поддержки грудного вскармливания



Храм и группа «Поддержки молодой семьи»



Кризисный центр «Маленькая мама»



ПМП центр «Жизнь»



Фонд св. Димитрия Солунского

*Священник М.Н. Зазвонов;
генетик Департамента здравоохранения
Нижегородской области,
зав. медико-генетической консультацией О.В. Удалова;
М.Р. Вигриянова.*



ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ЦЕРКВИ

ФОТОДОКЛАД

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Пренатальная (иначе говоря — дородовая) диагностика — одно из самых молодых направлений современной генетики. Оно отвечает на жизненно важные для каждого будущего родителя вопросы. Болен плод или нет? Как может повлиять обнаруженная болезнь на качество жизни будущего ребенка? Возможно ли эффективное лечение болезни после рождения?.



Бурное развитие и широкое внедрение в практику новых медицинских технологий, таких как пренатальная диагностика, связано не только с прогрессом, но и с появлением острых неоднозначных проблем, которые неразрешимы без формирования в обществе христианского мировоззрения и Веры.

Социальная концепция Русской Православной Церкви

- ❑ осуждает пренатальную диагностику в случае, если предполагается убийство нерожденного ребенка
- ❑ пренатальная диагностика может быть оправдана только в том случае, если предполагается лечение пациента (ребенка во чреве)



МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА, НОВОРОЖДЕННОГО И ПРИ КРИЗИСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

При поддержке Благотворительного Фонда Преподобного Серафима Саровского ГУЗ «Нижегородский областной клинический диагностический центр» МЗ Нижегородской области совместно с Отделом по взаимодействию с медицинскими и социальными учреждениями Нижегородской епархии Русской Православной Церкви осуществлялся проект «Медико-психологическая помощь семьям с врожденными пороками развития плода, новорожденного и при кризисной беременности на территории Нижегородской области».

Актуальность проекта

- ❑ большое количество семей с врожденными пороками развития плода и новорожденного
- ❑ отсутствует комплексная медико-социально-психологическая помощь семьям в кризисной ситуации
- ❑ социальная изоляция семей с детьми-инвалидами
- ❑ высокий уровень абортот и отказов от детей с врожденными пороками



1. Работа с женщинами

В тренинг по снятию напряжения во время выполнения медицинских процедур пренатальной диагностики вводились элементы взаимодействия матери с нерожденным ребенком (общение, тактильный контакт, музыкальное сопровождение, организация визуальной среды).



2. Работа с семьей

Выяснение семейной ситуации, отношение к проведению диагностики, информирование членов семьи об особенностях состояния женщины и плода и оказание поддержки матери и ребенку.

Этапы психодинамики семьи 1-2 год

1 ЭТАП

- Стресс
- Страх, тревога
- Дезинтеграция
- Ступорозное состояние
- Падение самооценки

2 ЭТАП

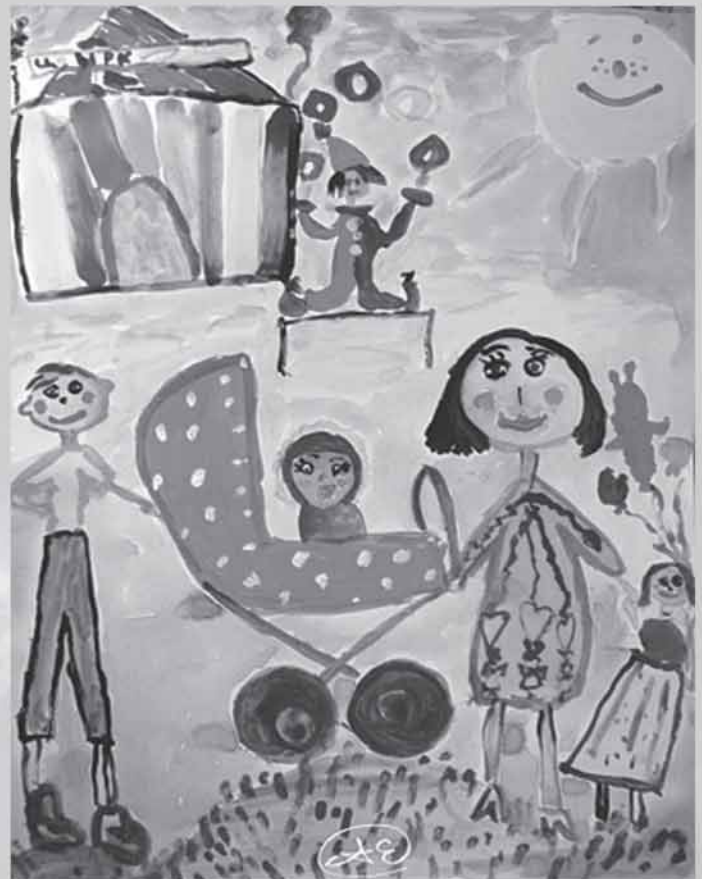
- Негативизм, перенос вины
- Агрессия, взаимообвинения
- Вытеснение информации
- Отрицание болезни
- Хождение по кругу врачей
- Развод
- Неопределенность выбора

3 ЭТАП

- Депрессия, отчаяние
- Синдром хронической печали, чувство вины
- Чувство стыда и горя
- Ощущение неполноценности
- Эмоциональная отстраненность
- Утрата интереса к жизни
- Распад семьи

Психологические аспекты

- Наблюдаются разные эмоциональные реакции на диагностическое вмешательство – от полного спокойствия до очень высокой степени напряжения.
- Результаты опроса показывают появление защитного механизма – женщины перестают общаться со своими детьми во время инвазивных процедур до получения диагноза, даже если до этого наблюдалось активное общение матери и отца с плодом. «Чтобы не было потом очень больно» – так прокомментировала данный факт одна из женщин.
- От окончания процедуры до получения диагноза женщины находятся в состоянии психологического напряжения.



4 ЭТАП

- Адаптация к горю
- Обращение за помощью
- Эмоциональный контакт
- Интерес к жизни
- Поиск информации
- Принятие конструктивных решений
- Помощь ребенку
- Планирование будущего
- Выход из кризиса

Психологические аспекты при выявлении врожденных пороков развития плода (ВНР)

При получении диагноза женщина (семья) переживает острое стрессовое расстройство. Запускается процесс, который в психологии получил название синдрома утраты. Состояние шока и оцепенения от утраты надежды на рождение здорового ребенка обостряется тем, что необходимо принять решение по поводу его жизни.



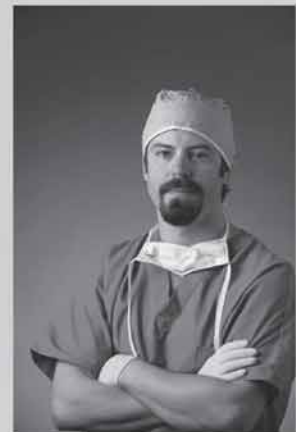
Проект в действии

- ❑ Специалисты, задействованные в проекте, оказывали психологическую помощь и поддержку семьям, помогали пережить горе.
- ❑ После работы с пациентами, ожидающими рождения ребенка с корригируемыми ВНР, у них снималось чувство шока, отчаяния, агрессии и неприятия ситуации. Семья, проходя сложные этапы переживания, принимала решение не прерывать беременность и обретала способность к поиску конструктивных решений по лечению будущего ребенка и уходу за ним.
- ❑ Семьи информировали о медико-психолого-педагогических службах помощи детям с особенностями развития, о возможностях социальной, юридической помощи, о духовной поддержке и о последствиях аборта.

Психологические аспекты принятия решения

МУЖ, БЛИЗКИЕ РОДСТВЕННИКИ, ПАРТНЕРЫ

Часто именно их решение, поддержка или отсутствие таковой является ключевым фактором при принятии решения жить или не жить будущему ребенку.



МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ

Личность врача, его взгляд на ценность человеческой жизни, умение донести информацию до пациента может оказать существенную роль в деле сохранения ребенка. Важно формирование отношения к проблеме у медицинских работников на основе христианских принципов.

В подавляющем большинстве случаев семья настаивает на прерывании беременности даже при корригируемых ВНР, таких как расщелина губы и неба.

- ❑ Официальный запрет ведет к криминальному прерыванию беременности.
- ❑ Небольшая часть, менее 5% семей, добровольно пролонгируют беременность при тяжелых врожденных аномалиях у ребенка.

В НАШИ ДНИ НЕОБХОДИМ КОМПЛЕКСНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ АБОРТОВ И К ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ИМЕЮЩИМ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ.

КАК МЫ УБЕДИЛИСЬ, БЕСПОЛЕЗНО РЕШАТЬ ВОПРОС НА ОСНОВАНИИ ЗАПРЕТОВ. ЛИШЬ ФОРМИРОВАНИЕ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ ХРИСТИАНСКОГО ОТНОШЕНИЯ К ЦЕННОСТИ ЖИЗНИ ПОЗВОЛИТ ПОСТЕПЕННО ИЗМЕНЯТЬ СИТУАЦИЮ.

Итоги проекта

Отработана модель медико-психологической помощи семьям с врожденными пороками развития плода, новорожденного и при кризисной беременности.

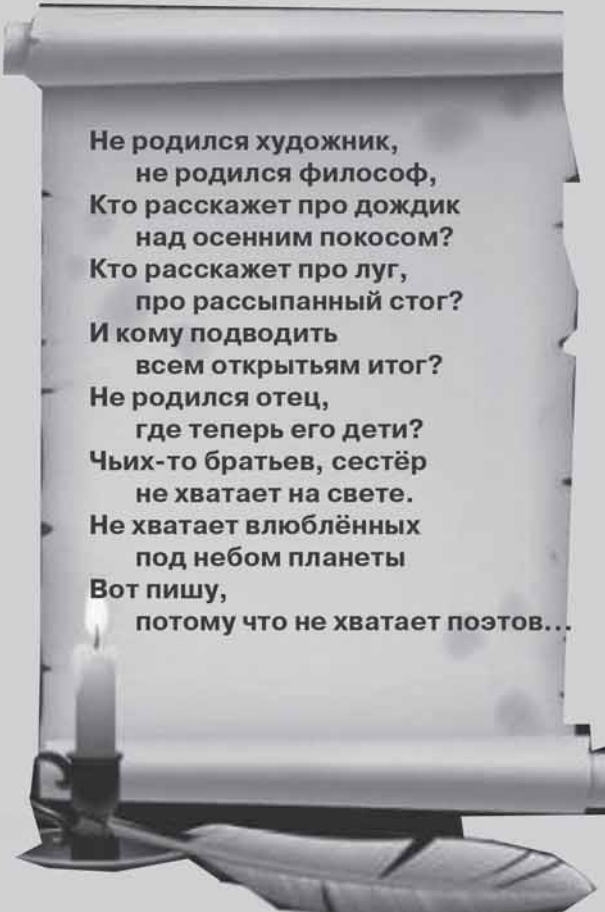
Дальнейшие перспективы

Необходимо:

- формировать представления о ценности семьи и жизни в общественном сознании;
- совершенствовать юридические основы пренатальной диагностики.
- государственным институтам участвовать в деле социальной поддержки семей, воспитывающих детей с особенностями развития.
- ввести должность штатного психолога в МГК.
- разработать государственные программы социально-психологической поддержки семьи до родов, а также вести психологическое сопровождение семей, имеющих детей с особенностями развития, совместно с другими организациями.



ЗА ЖИЗНЬ!



Не родился художник,
не родился философ,
Кто расскажет про дождик
над осенним покосом?
Кто расскажет про луг,
про рассыпанный стог?
И кому подводить
всем открытиям итог?
Не родился отец,
где теперь его дети?
Чьих-то братьев, сестёр
не хватает на свете.
Не хватает влюблённых
под небом планеты
Вот пишу,
потому что не хватает поэтов...



Информация для врачей

О МАЛЫШЕ и ЦЕННОСТИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ!

Сейчас в Ваших руках судьба будущего ребенка. Когда-то и Вы были только клеточкой, хотя в генетическом коде была уже вся информация о Вас. Вы были таким же, как и маленький человечек, который живет под сердцем этой беременной женщины. И Вы могли бы никогда не родиться на свет и никогда бы не существовали и не видели бы этот мир, не стали бы личностью.

А, может быть, этот малыш, который сейчас так стремительно развивается и так страстно хочет жить, будет великим человеком, любящим сыном или дочкой. И от Вас зависит, чтобы он остался, Вы можете помочь его сохранить. Проявите внимание, помогите женщине принять правильное решение. Ведь она, скорее всего, не задумывается о последствиях. Возможно, по незнанию или по молодости, из страха перед трудностями, или под влиянием стечения обстоятельств, под внешним давлением. Вы же всё знаете, проявите к ней чуточку больше внимания и доброты и предостерегите её от неверного шага. В Священном писании сказано: *«Обративший грешника от ложного пути его спасёт душу свою от смерти и покроет множество грехов своих»* (книга Притчей Соломоновых).

МИЛАЯ ЖЕНЩИНА!

ВПУСТИ меня в свое сердце

сохрани мне **ЖИЗНЬ!**

Вам сейчас трудно. Вы стоите перед выбором. Вы не планировали ребёнка и вдруг...беременность. Все планы рушатся. Что же делать? Но... Он уже есть!

Он реальность! У него бьётся сердце и функционирует система кровообращения.

В 3,5 недели можно различить три составляющие части мозга, а в 6 недель с помощью электроэнцефалограммы можно записать его работу, в 9 недель появляются уникальные отпечатки пальцев, в 10 – эмбрион обладает теми же характеристиками, которые дети имеют после рождения.

Ребенок стремительно развивается и хочет жить!!!

Неужели Вы, его мама – сможете его убить?! Как знать, может быть, он станет в Вашей жизни самым дорогим и необходимым человеком, который в трудную минуту придет Вам на помощь.

Он уже любит Вас! Откликнитесь на его любовь!!!

Впустите его в свое сердце!

ДУХОВНАЯ СТОРОНА

У людей существует разное понимание Бога. Какой бы ни была твоя вера сейчас, духовная сторона аборта заслуживает внимания. Если ты сделаешь аборт, это повлияет не только на твой разум и организм, но и на отношение к Богу. Что хочет Бог для тебя в сложившейся ситуации? Кем видит Господь твоего будущего ребёнка? Это важные вопросы, о которых следует подумать.



ЗА ЖИЗНЬ!

Жители России! Когда ваших детей убивали в Афганистане или Чечне – вашему возмущению не было предела. Ежедневно там гибли десятки, сотни людей. Это ужасно! Но сейчас в России **КАЖДЫЙ ДЕНЬ** совершается около 13 тысяч аборт! Ежедневно гибнет 13000 человек – целая дивизия! Гибнут в зверских мучениях, самые незащитные, неспособные даже позвать на помощь... Убивают их с согласия своих родных матерей и близких родственников! Спаси их – это в твоих силах! Помоги, не стой в стороне – помни, ты спасаешь будущее России!



МУЖЧИНЫ – МУЖЬЯ, ОТЦЫ, БРАТЬЯ! ДЛЯ ВАС НАШЕ СЛОВО В ЗАЩИТУ ЖИЗНИ

А видел ли ты, как разрывают на куски в утробе не рожденного ребенка? Без страха, сожаленья и тоски, его на части рвут, как бумажонку.

Существуют несколько видов операций аборта.

1. В полость матки вводится трубка вакуум-аспиратора, в котором создается отрицательное давление для отсасывания ребенка. Насос размалывает тело малыша на части и высасывает их из матки.

2. Ребенка расчленяют и удаляют из матки с помощью специального петлеобразного ножа. Если срок беременности превышает 10–11 недель, голову крохи раздавливают щипцами.

3. Малое кесарево сечение при беременности до 27 недель. Дети на таком сроке жизнеспособны, они плачут, сучат ножками, двигают ручками. Таких детей кладут на окно между рамами или в холодильник живыми, и они погибают от переохлаждения.

4. В околоплодный пузырь вводятся концентрированные растворы поваренной соли или глюкозы, под действием которых ребенок погибает мучительной смертью, в агонии. Через несколько часов начинается родовая деятельность, и ребенок изгоняется из матки.

5. Внутривенно вводятся простагландины, вызывающие родовую деятельность. Ребенок рождается живым, чтоб потом погибнуть.

6. Медикаментозный аборт обозначает умерщвление ребенка, вызванное лекарственными средствами. Часто заканчивается операционным вмешательством и серьезными физическими и моральными последствиями.

Многочисленные осложнения аборта наблюдаются в 100% случаев.

1. Ранние осложнения во время операции: ранение матки, сильное кровотечение, оперативное удаление матки.

2. Ранние послеоперационные осложнения: развитие воспалительного процесса в матке, в маточных трубах, в брюшной полости, тромбоз. В экстремальных случаях осложнения после аборта могут привести к смерти.



ЕСЛИ РЕБЕНОК РОДИТСЯ БОЛЬНЫМ...

«Я нуждаюсь в тебе, чтобы быть самим собой»

ДОРОГАЯ ПОДРУЖКА!

Я очень сожалею о том, что с тобой происходит. Ты меня спрашиваешь, как перестать думать об этом? Честно отвечу: «Я не знаю!» Тем не менее, если бы тогда я узнала то, что знаю сейчас, я бы поступила совсем иначе. Я бы всем говорила, что нужно меньше переживать и больше молиться, потому что теперь знаю точно – на всё воля Божия. Сейчас ты думаешь об искусственном прерывании беременности, что может быть очень рискованным для тебя. Пожалуйста, не приноси этого ребёнка в жертву своей неуверенности в будущем. Твой страх понять не трудно, но помни – ты не одна. Я буду молиться за тебя Богу, чтобы Он дал тебе силы и мир в душе – те два главных свидетельства Его понимания и наставничества.

*С любовью, мама Джесики,
ребенка-инвалида*



Сохранение беременности после неблагоприятного диагноза

ШОКИРУЮЩАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Ваш визит к врачу прошёл совсем не так, как вы ожидали. Фактически новость, которую вам сообщили, повергла вас в состояние страха, непонимания и сердечной боли. Ваша беременность проходит с нарушениями и теперь вам предстоит принять непростое решение. Стоит ли сохранять ребёнка, который, родившись, может принести столько неразрешимых проблем. Возможно ли, что истинная Любовь сможет преодолеть все препятствия и победит?!

Рождение ребёнка – прекрасное событие в жизни семьи. Но когда врач ставит беременной женщине неблагоприятный диагноз, это может привести к кризису в жизни будущих родителей. Так же, как перед принятием любого ответственного решения, вам очень важно знать все необходимые факты. Мы верим, что информация и свидетельства помогут принять наилучшее решение всем, кто столкнулся с подобной проблемой.



КОГДА ПОБЕЖДАЕТ ЛЮБОВЬ...

ФОРМИРОВАНИЕ СЛУЖБ И ЛЕКТОРИЕВ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК НАПРАВЛЕНИЕ ПРИХОДСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Священник
Михаил ЗАВОНОВ,
руководитель Отдела
Нижегородской
епархии по взаимо-
действию с медицин-
скими и социальны-
ми учреждениями**



Вот уже 6 лет в Нижнем Новгороде действует Христианский православный центр детства и родовспоможения во имя преподобного Серафима Саровского. Он был создан в 2004 году в рамках направления Миссионерской приходской деятельности в области родовспоможения.

Одна из главных задач Центра – проведение бесед с беременными женщинами в женских консультациях и родильных домах Нижнего Новгорода. Православные психологи делают упор на духовную подготовку к родам. Специально разработан цикл лекций под общим названием «Православная христианка в ожидании ребенка». Во многих лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения есть информационные стенды центра. Листовки и брошюры, размещенные на них, имеют просветительскую направленность и содержат информацию о медицинских, психологических и религиозных аспектах брака, семейной жизни, деторождения и воспитания. Любой



желающий может ознакомиться с ними и получить необходимую консультацию у волонтеров.

На стендах можно узнать и о времени проведения молебнов в храмах об удачном разрешении от бремени. После таких молебнов психологи и врачи-волонтеры проводят занятия для беременных по подготовке к родам.

Часто мы сталкиваемся с тем, что женщины, которых отговаривают делать аборт, остаются без дальнейшего духовного окормления. Если будущая мать согласилась оставить ребенка, это еще не окончательная победа, а только начало. Путь к воцерковлению и материнству непростой. В центре во имя преподобного Серафима Саровского к таким женщинам проявляют особое внимание.

Иногда будущие матери приходят в центр «на всякий случай». Но после молебнов перед иконой



*Часовня во имя святой Марии Магдалины
при роддоме №1*

Божьей Матери «Помощница в родах» многие из них приходят на исповедь и причастие – постепенно воцерковляются.

Открытие часовен и молебных комнат в родильных домах и детских больницах – одно из важнейших направлений деятельности Центра. Стараниями Центра открылись часовни в роддомах № 1 и 7.

Здесь женщины могут помолиться о благополучном разрешении от бремени и о рождении здорового ребенка, поставить свечу и подать записки о здравии своих родных и близких. Катехизаторы дают добрые духовные советы, рекомендуют необходимую православную литературу.

При Христианском православном центре детства и родовспоможения с 2007 года организовано



В детских городских больницах Нижнего Новгорода всегда рады волонтерам из Центра

волонтерское движение «Милосердие». Его цель – социальная адаптация детей, оставшихся без попечения родителей. Участники движения взяли на себя патронаж сирот, находящихся в детских больницах Нижнего Новгорода.

Волонтеры занимаются с детьми: осуществляют гигиенический уход, читают книги, играют в развивающие игры, гуляют, кормят, укладывают спать. И конечно же, дарят заботу, нежность и тепло... Ведь без любви невозможна духовная работа.

За малышами из дома ребенка, поступившими на плановые операции в больницы города, волонтеры ведут круглосуточное наблюдение, выступают в роли дневных и ночных сиделок.

Волонтерское движение «Милосердие» получило общественное признание. На Нижегородском Благотворительном сезоне 2007 года оно стало лауреатом в номинации «Доброволец года». Диплом и золотую медаль вручил мэр Нижнего Новгорода Вадим Булавинов.

Группа поддержки грудного вскармливания «Берегиня» тоже существует не один год. По телефону молодые мамы могут получить необходимые практические советы. Консультанты: женщи-



ны из числа прихожан, которые имеют длительный опыт кормления грудью и прошли специальную подготовку.

Любому волонтерскому движению необходимы сотрудники, в том числе требуются они и Христианскому православному центру детства и родовспоможения. В настоящее время планируется привлечь к работе молодежь. Причем не только ребят из православных организаций, но и студентов нижегородских вузов.

СОЦИАЛЬНЫЕ И НРАВСТВЕННО-РЕЛИГИОЗНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ ПОДРОСТКОВ. ПРОГРАММА ЭКСПРЕСС-ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ПОДРОСТКОВЫХ ГРУППАХ

Тезисы доклада

Н.Г. МАШУКОВА,
кандидат
медицинских наук,
кафедра детских
болезней ММА
им. И.М. Сеченова



Привычка свыше нам дана?

Условно можно считать, что «открытие» табакокурения состоялось 12 октября 1492 г., когда экспедиция Христофора Колумба достигла Америки и высадилась на остров Сан-Сальвадор. У индейцев курение листьев табака было частью ритуала поклонения языческим богам. Обряды, как правило, сопровождалось человеческим жертвоприношением. В этой связи стоит согласиться с известной поговоркой: «Курить – бесам кадить».

Курение, несомненно, – страсть духовная. По природе человеку курить несвойственно.



«Курение – прямо противоестественное дело. Уста даны вовсе не для того, чтобы есть ими дым... Дыхание существует у нас вовсе не для того, чтобы дышать дымом»

«Табак – подслащенная пилюля дьявола, которую он дал плоти, прикрываясь мнимой ее потребностью, ее похотью бессмысленной.

Четыре зла разом делает через табак дьявол: время драгоценное убивает, жизнь сокращает, самую глупую роскошь производит и у нищих насущное пропитание отнимает».

Святой праведный Иоанн Кронштадтский

Духовный смысл курения – распущенность не только тела, но и души. А суть тяжелой никотиновой зависимости – наркотическое пристрастие.

Курение – неизвестное природе лакомство прахом и дымом хутородного зелья»

**Святитель Филарет, митрополит
Московский (1783–1867)**

Курение табака на Руси известно со времен Ивана Грозного. Указ царя Михаила Федоровича Романова от 1634 г. «бесовское зелье» осуждал и предписывал: «Казнить смертью курильщиков».

«Тишайший» царь Алексей Михайлович Указом от 1645 г. предписывал выселять людей, курящих табак, в Сибирь, а перед тем «пороти ноздри и носы резати»

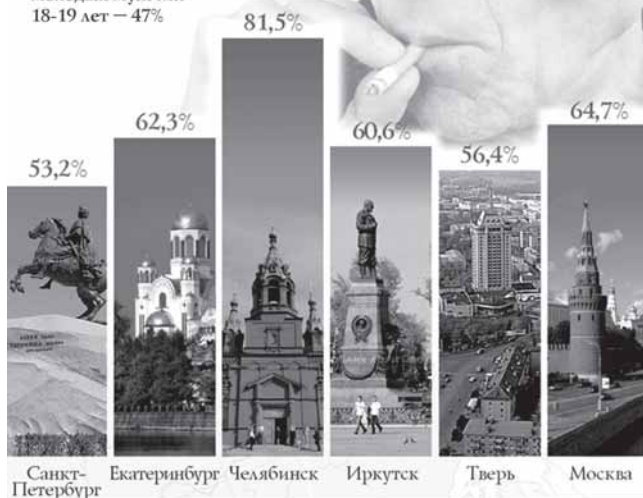
Его сын, Петр I, не продолжил традиции отца. Он сам стал заядлым курильщиком, «заразившись» пагубной привычкой от своих приятелей в «Немецкой слободе». Во время путешествия по Западной Европе молодой царь договорился в Лондоне с известным коммерсантом, лордом Ф. Кармартеном, о поставке в Россию крупной партии табачного сырья (1698 г.), а по возвращении в Россию издал Указ о казенной продаже табака. С той поры порок курения приобрел огромное число сторонников на Руси.

Современное состояние проблемы

На сегодня, по официальным данным, распространенность табакокурения среди молодых мужчин (18–19 лет) оценивается в 47%, доля курящих девушек того же возраста от общего числа сверстниц – 36%. То есть можно сказать, в молодежной среде курит почти каждый второй. Больше число курильщиков, как это не странно, приходится на семьи с низким или очень низким уровнем достатка (рис.1). Как правило, первую сигарету дали выкурить друзья (рис.2).

ТАБАКОКУРЕНИЕ
СРЕДИ МУЖЧИН
В РОССИИ

Распространенность
табакокурения среди
молодых мужчин
18-19 лет – 47%



ТАБАКОКУРЕНИЕ
СРЕДИ ЖЕНЩИН
В РОССИИ

Распространенность
табакокурения среди
молодых женщин
18-19 лет – 36%

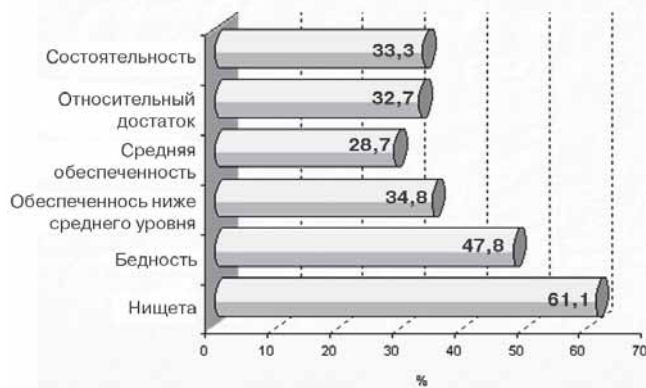


Рис. 1. Доля часто курящих в составе молодежи из семей с разным уровнем благосостояния, %

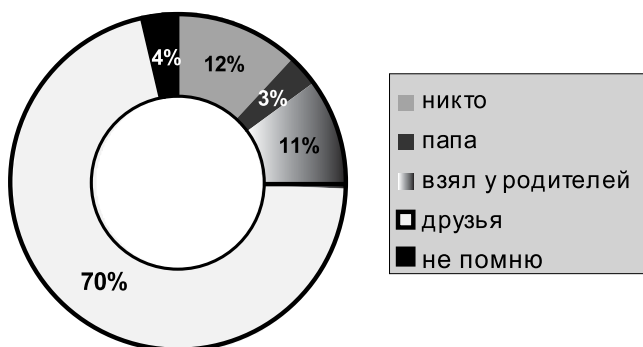


Рис. 2. «Кто вам дал первую сигарету?»
Результаты статистического опроса среди молодежи России

Среди главных факторов риска основных заболеваний XXI века следует назвать:

- табакокурение;
- избыточный вес;
- нездоровое питание;
- низкую физическую активность.

Стоит отметить: в России у детей до 14 лет в большей степени распространены заболевания

органов дыхания. Более того, число регистрируемых случаев неизменно возрастает, что связано в первую очередь с распространением курения среди подростков (рис. 3)

В настоящее время общество в целом очень терпимо относится к курению, данная привычка не порицается. Более того, она считается правом выбора человека.

Рекламные кампании производителей табачных изделий воздействуют на эмоциональном уровне. Они используют привлекающие внимание образы и идеи, которые имеют ценность именно в глазах подростков.

Информация о вреде курения эмоционально не окрашена, она является в большей степени формальной, и, как правило, для молодых людей не слишком значима, так как «выгоды» курения перевешивают пользу здорового образа жизни.

Вывод один: необходимо создавать специальные антитабачные программы для подростков и активно привлекать к этой работе психологов. Так как только они:

- обладают знаниями основ возрастной психологии;
- могут оценить и корректировать коммуникативные навыки врача;
- способны овладеть методами коррекционно-игровых технологий.

Коротко об особенностях психологии подростков

Личностное развитие: кризис идентичности человека без Бога.

В личностной сфере основная проблема, которая встает перед подростками, – осмысление себя. Они ищут свое глобальное место в мире, пытаются

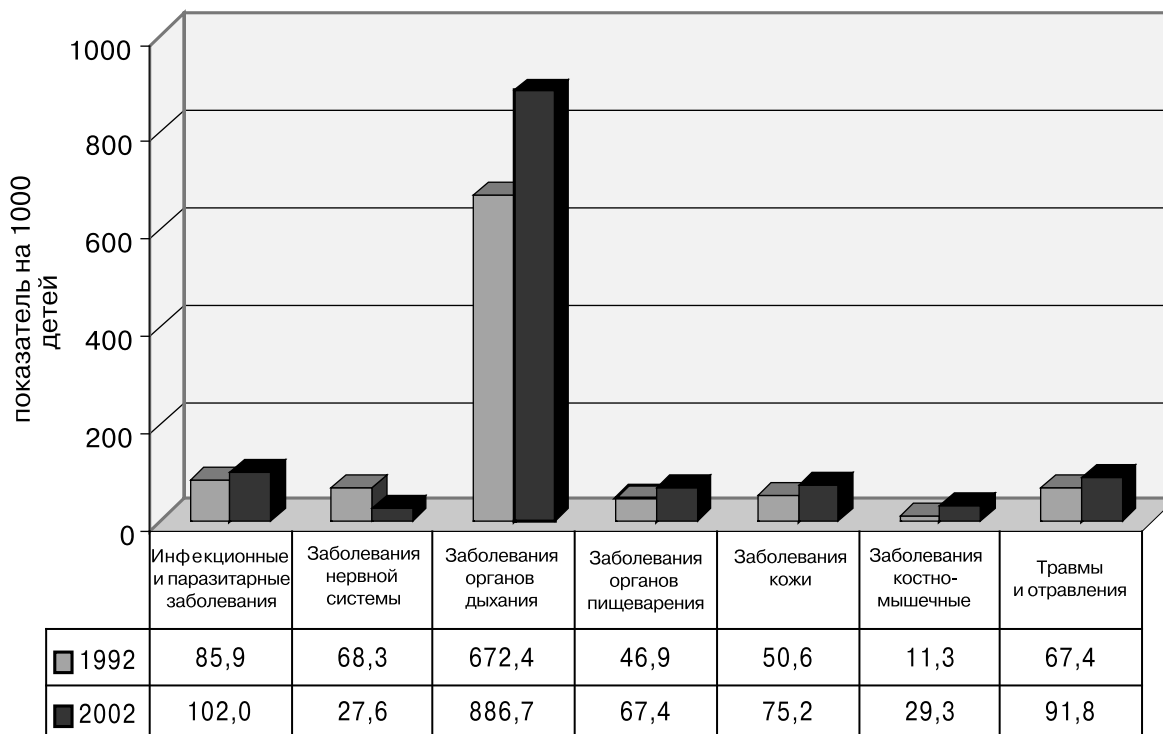


Рис. 3. Структура заболеваемости детей 0–14 лет в Российской Федерации

ся ответить на вопрос «Кто я»? В психологии это явление носит название «кризис идентичности». Его благополучным исходом является формирование устойчивой системы представлений о себе и своем месте в мире, а неблагоприятным – «потерянность», неопределенность в этих вопросах.

Механизмы поиска идентичности включают:

- идентификацию – уподобление себя какому-то конкретному персонажу, группе людей или нахождение определенной социальной роли;
- поведение, направленное на проверку границ дозволенного. Подросток как бы «пробует на прочность» окружающий мир, нарушая принятые запреты, совершая связанные с риском действия, в частности, ставит под сомнение недопустимость категорического запрета курения.

Подростковый кризис

Сущность «подросткового кризиса» можно определить как разрыв между физиологическим и социальным взрослением. Процесс занимает как минимум 3–4 года, а подчас и гораздо больше. Это время, когда взрослеющие люди находятся в «промежуточном», маргинальном положении, не принадлежа ни к миру детей, ни к миру взрослых, они активно отстаивают свое «место под Солнцем». К подросткам нельзя обращаться как к детям, рассказывать что-то в менторской манере, выступать с авторитарными требованиями и запретами.

Социальное развитие

Большое значение имеет общение со сверстниками. У младших подростков оно реализуется в компаниях более-менее стабильного состава, состоящих преимущественно из детей одного пола. У старших – компании чаще становятся смешанными по полу, возрастает также значимость доверительного общения с друзьями один на один.

Во всех перечисленных вариантах сверстники воспринимаются подростками как более авторитетные фигуры, чем взрослые.

В этой связи стоит подчеркнуть особую эффективность групповых антитабачных программ, которые используют авторитет сверстников в деле преодоления пагубной привычки.

Особенности восприятия времени

Взгляды подростков устремлены в будущее. Однако конкретные, четкие и реальные планы о нем чаще всего отсутствуют. Для подростков характерна так называемая «разорванность временной перспективы»: настоящее и будущее воспринимаются ими как области, не имеющие связи между собой. Время, на которое распространяются конкретные планы, ограничивается несколькими месяцами, иногда – годом. Отсюда следует: мотивация отказа от курения должна быть рассчитана на достаточно близкую перспективу.

Отношение подростков к здоровью

Подростки рассматривают здоровье не как самостоятельную ценность, а как инструмент, сред-



ство для достижения других целей. Поэтому призывы взрослых наподобие того, что «курить – здоровью вредить» или «занимайся физкультурой – это полезно для здоровья» не находят у них понимания.

Соответственно, и болезни воспринимаются подростками в свете тех симптомов, которые могут затруднить жизнь в настоящий момент, причинить те или иные неудобства, наложить ограничения на жизнедеятельность. Им непонятна профилактика здоровья, сохранение его как такового.

«Анти-смокинг»: программа экспресс-профилактики табакокурения в подростковых группах

Предлагается алгоритм профилактической работы, центрированный на мотивации.

Занимает он 1–3 академических часа.

Оптимальная величина группы – 12–16 человек.

Все задания выполняются в подгруппах по 3–4 человека, обсуждения проводятся в общей группе.

Логика построения программы

Вводная часть

- Разминка
- Обозначение тематики занятия
- Обмен

Основная часть

- Интерактивные игры, групповые дискуссии
- Вспомогательные методы: психодиагностика, арт-терапия и т. д.

Завершение

- Обмен впечатлениями, выводами по занятию, пожеланиями к дальнейшей работе
- Упражнения на получение обратной связи.

Большинство занятий имеют все три стадии, но не все элементы присутствуют внутри них.

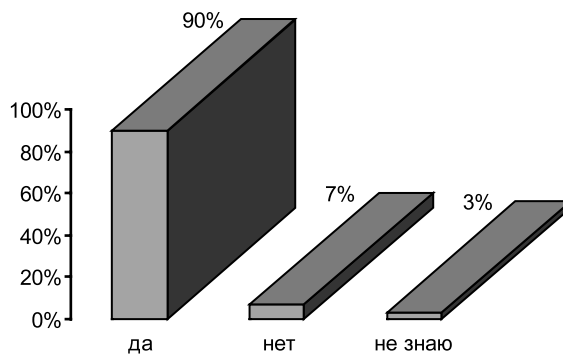


Рис. 4. Данные социологического опроса подростков: «Считаете ли Вы, что курить вредно?»

Основные положения программы

Курение – действие произвольное. На начальных этапах оно полностью подчинено воле человека, совершается сугубо добровольно, как следствие личного выбора.

Курение – действие мотивированное. Для подростков – это стремление чувствовать себя более взрослыми, отстоять независимость от родителей, быть принятыми в компанию, повысить свой статус в глазах сверстников.

Курение – действие с осознанным вредом. Кстати, большая часть подростков осознают вред курения (рис. 4).

Необходимо дать анализ мотивации курения

Расставить плюсы и минусы, и определить цену курению.

По окончании работы представители от каждой из подгрупп рассказывают об очевидных недостатках и скрытых рисках, связанных с курением. Результаты представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Преимущества, даваемые курением	Очевидные недостатки	Скрытые риски
Выгляжу более взрослым в глазах окружающих	Кашлять больше стал, одышка появилась	Когда-нибудь это может вызвать серьезные проблемы со здоровьем (например, рак легких)
Мне это помогает расслабиться, снять напряжение	Зубы желтеют	Обостряется протекание многих из имеющихся хронических заболеваний (например, астмы)
В компании, где все курят, не чувствую себя «белой вороной»	Плохо себя чувствую, если нет сигареты, вынужден тратить довольно много денег на курево	Кажется, некоторые <u>окружающие считают меня из-за курения не более взрослым, а более глупым</u>
Мне кажется, что таким путем я отстаиваю независимость от родителей	Нет сигареты – начинаю нервничать, и не могу успокоиться без нее	
	Подруга сказала, что от меня пахнет как от пепельницы	

Выгода от курения	Альтернатива
Дает возможность почувствовать себя более взрослым	Демонстрировать больше самостоятельности и ответственности. Заниматься спортом, стать более развитым физически (и, как следствие, выглядеть взрослее). Овладеть каким-либо полезным ремеслом. Начать самостоятельно зарабатывать деньги
Облегчает общение в курящих компаниях	Развивать лидерские качества, научиться обращать внимание на себя и свои слова. Научиться рассказывать веселые истории и т. п. Научиться чему-либо, популярному в компаниях (например, играть на гитаре). Общаться в тех компаниях, где курить не принято.
Позволяет снять напряжение, расслабиться	Научиться контролировать себя, чтобы попусту не нервничать, а быть в состоянии управлять стрессом. Убрать из своей жизни те поводы, которые побуждают нервничать (например, избегать общаться с неприятными людьми). Овладеть техниками расслабления: мышечной релаксацией, дыхательной гимнастикой и т. д.

Примеры эффективных упражнений

- «Надписи на пачках сигарет»;
- «Открытое письмо сверстникам»;
- «Создай свою рекламу».

Сайт общественного совета по проблеме подросткового курения:

www.youth-non-smoking

«Разве вы не знаете, что вы храм Божий и Дух Божий живет в Вас?»

Если кто разорит храм Божий, того покарает Бог: ибо храм Божий свят; и этот храм – Вы.»

Святой Апостол Павел



ОСОБЕННОСТИ ПАСТЫРСКОГО СЛУЖЕНИЯ В ДЕТСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

**Иерей Алексей
БОРИСКИН,**
кандидат
медицинских наук,
Великий Новгород



По данным Всемирной организации здравоохранения, сейчас в мире насчитывается более 400 млн. человек, страдающих психическими расстройствами, 13,3% смертей происходят именно по этим причинам. В России психическими заболеваниями страдают около 6 млн человек. Однако следует учитывать, что за психиатрической помощью обращается лишь небольшая часть нуждающихся. В пограничном состоянии сегодня находятся 15–20 млн человек. В большинстве своем, как подтверждают исследователи и эксперты Всемирной организации здравоохранения, это дети и молодежь.

В 2000 г. в амбулаторно-поликлинических психоневрологических учреждениях наблюдалось более 955 тыс. детей в возрасте до 18 лет, что составляет 2,5–3,5% детского и подросткового населения. В соответствии с результатами отечественных эпидемиологических исследований, данные учета, как минимум, в 3–4 раза ниже фактической распространенности психических расстройств в рассматриваемых группах.

По данным Московского НИИ психиатрии Минздрава России, частота пограничных психических расстройств среди детей всех возрастов, воспитанников и учащихся различных образовательных учреждений колеблется (по разным регионам) от 22,5% до 71%. По данным института социально-политических исследований РАН, число абсолютно здоровых в психическом отношении школьников снижается с 30% в первых трех классах до 16% в 9–11-х классах¹.

По данным Министерства обороны Российской Федерации среди заболеваний, послуживших причиной освобождения юношей от призыва на военную службу в 2000 году, более 20% принадлежало психическим расстройствам. Кроме того, в струк-

туре заболеваний, явившихся причиной увольнения из войск в первые 3 месяца, психические нарушения занимают первое ранговое место (39%)².

Мониторинг психического здоровья детей раннего возраста, проведенный в различных регионах (Москва, Волгоградская, Владимирская области и др.), показал, что если в начале 80-х годов на 100 малышей до 3-х лет приходилось 9 с психическими нарушениями и 30 составляли группу риска, то к концу 90-х годов таких детей выявлялось 15,5 и 35 соответственно. Учитывая изложенное, в настоящее время в России начало складываться научно-практическое направление – микропсихиатрия.

Формирование психических нарушений во многом зависит от социальных параметров среды роста, развития и воспитания ребенка. Распространенность психических расстройств значительно выше среди детей-сирот и детей из хронически конфликтных семей. В настоящее время в России насчитывается более 700 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

По данным Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им.В.П. Сербского, у 62% детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, с раннего детства выявляется задержка соматофизического и психического созревания с нарушениями интеллекта, личностной незрелостью, признаками депривационного развития личности, у 43,7% детей-сирот и 77,3% детей из конфликтных семей – соматоформные или психосоматические расстройства, затяжные реакции на стресс; у 22–23% – стойкие отклонения поведения с характерологическими и патохарактерологическими реакциями.

В Новгородской области психические расстройства у детей занимают второе место в ранго-



вой структуре пораженности детей разными классами заболеваний и составляют 17,2%, уступая только болезням органов дыхания (18,4%). Причем в школьном возрасте психические расстройства выходят на 1 место, давая пик с 11 до 14 лет.

Специалисты считают, что такие высокие цифры обусловлены стрессогенным воздействием ряда факторов, влияющих на большие группы населения. К ним можно отнести неудовлетворенность социально-экономическими реформами, социальную дезорганизацию людей, социально-экономическое расслоение общества, падение уровня производства и угрозу безработицы, многочисленные экономические и природные катастрофы, постоянные (в том числе и вооруженные) конфликтные ситуации, акты терроризма. Происходящая ломка сложившихся стереотипов и ценностей порождает чувства обманутости, неуверенности в будущем, безысходности, апатии, разочарования и раздражения, что способствует возникновению психологических и психических расстройств»³. «Несомненно, на возникновение и рецидивирование психических расстройств влияет распространившееся в России увлечение мистикой, парапсихологией, идеями «порчи», «сглаза», «колдовства», фанатического сектантства»⁴.

Распространению психиатрической патологии способствует загруженность теле- и видеопрограмм, интернета сюжетами на темы психического оружия, контроля сознания и всевозможной мистики. Неокрепшая психика ребенка или же пошатнувшееся мышление человека, склонного к шизофрении, наполняется образами, возникновение которых в большинстве своем спровоцировано большими фантазиями самих авторов сценария, режиссеров, операторов...

Православные пастыри и психотерапевты неоднократно обращали внимание на прямую зависимость между телевизионно-компьютерным вторжением в психику и увеличением психобольней у детей и взрослых. То же можно сказать и о влиянии алкоголя и наркотических веществ»⁵.

«В наше время, – считает протоиерей Владимир Воробьев, – очень много душевнобольных людей. И в особенности их много в Церкви»⁶. В сознании большинства из них, именно Церковь должна стать чем-то вроде постоянно действующего реабилитационного общественного института для душевнобольных людей.

Действительно, попечение о человеческом здоровье – душевном и телесном – искони является заботой Церкви. Люди ожидают от служителей Церкви и психотерапевтической помощи, часто обращаются к священникам с вопросами, которые находятся в компетенции психиатра или психотерапевта. У большинства современных людей, при произнесении слова «психиатрия», в созна-

нии возникает предубеждение, не лишенное оснований. По мнению профессора Мелихова: «Развитие естественнонаучного представления в медицине, психологии привело к взгляду на человека как на объект. При этом «понятие личности неизбежно обеднялось»⁷.

Современной медицине, в частности психиатрии, необходимо целостное воззрение на человека во всей полноте его духовных и психофизических проявлений. Классик психиатрии С. С. Корсаков в 1901 году писал, что каждому психически здоровому человеку присуще религиозное чувство. Религиозная потребность – это искание и неутолимая жажда Абсолютного, Вечного и Безусловного, искание Высшего Смысла.

Практики, работающие с человеком (психотерапевты, психиатры, врачи других специальностей, педагоги, социальные работники) сегодня остро нуждаются в целостной концепции человека, которая бы синтезировала все знания о нем – его теле, психике, духе»⁸. Т. е. необходимо взаимодействие, обмен знаниями и опытом между медициной и Церковью. И этот процесс постепенно идет.

По благословению архиепископа Великого Новгорода и Старорусского Льва клир нашего храма совершает окормление часовни во имя св. великомученика и целителя Пантелеимона, на территории Новгородской областной психиатрической больницы. Не касаясь служения, совершаемого для взрослых пациентов, расскажу о нашем опыте душепопечения в детском отделении психиатрического стационара. Вначале немного официальных данных.

Детское отделение расположено в отдельном корпусе на значительном удалении от центрального, где находится часовня. Поэтому встречи с детьми происходят непосредственно на их отделении. Детское отделение НОПБ рассчитано на 55 коек, которые практически не пустуют. Все пациенты разделены на 2 группы по 20–25 человек: 1) старшие мальчики (от 10 до 15 лет), 2) младшие мальчики (от 5 до 10 лет) и все девочки (от 5 до 15 лет), группы эти располагаются в разных крыльях здания, имеют свои сестринские посты, игровые и учебные комнаты, поэтому дети разных групп не пересекаются. Отдельно имеется изолятор с боксами, где пациенты находятся по одному в палате.

Основной контингент детского отделения составляют пациенты с умственной отсталостью (олигофрения) – около 50%, органические поражения головного мозга с задержкой развития или снижением интеллекта – около 30%, а также около 20% детей с диагнозом: патологическое развитие личности, или т. н. дети с девиантным поведением.

Продолжительность госпитализации колеблется от 40 до 80 дней, т. е. составляет в среднем – 2 месяца. Таким образом, через отделение за год проходит около 300 человек.



Священник еженедельно посещает каждую группу детей. Встречи строятся приблизительно так. Сначала краткое общение на интересующие детей темы, затем небольшой рассказ о ближайшем церковном празднике, о жизни святого или по сюжету из библейской истории. Рассказ обычно сопровождается показом детских книг с цветными картинками. Далее перед иконой, которая постоянно находится в каждой группе, совершается краткий молебен с помазанием освященным елеем или окроплением пациентов святой водой. Причем, мы стараемся сделать так, чтобы дети сами пели и молитву «Отче наш», и «Господи помилуй», и припевы «Слава тебе, Боже наш, слава тебе», «Пресвятая Богородице, спаси нас». Все общение занимает не более 30 минут – это наибольшее время сохранения больными детьми нормальной концентрации внимания.

С прошлого года при Новгородском обществе православных врачей организовано молодежное волонтерское движение. Одним из видов его деятельности является окормление детей в психиатрической больнице. Ребята играют с детьми, водят хороводы, танцуют, поют песни, загадывают загадки, ставят вместе небольшие спектакли, проводят праздники.

По мнению врачей детского отделения НОПБ, главная проблема в лечении и реабилитации детей с психическими расстройствами (впрочем, это главная проблема всей нашей жизни!) – это отсутствие любви. Больные дети чувствуют, что они никому не нужны. Сегодняшние пациенты – дети подростков 90-х годов, со всеми вытекающими последствиями: алкоголизация, наркомания, душевное неблагополучие, бездуховность. В последние годы получила распространения практика приемных, или патронатных семей. Однако дети с психическими расстройствами и даже с пограничными состояниями часто требуют к себе особого внимания и специальных знаний и навыков общения, чего зачастую не могут дать патронатные семьи. Возникает отторжение таких детей из приемных семей, что ведет к утяжелению психиатрической патологии, через возрастание у детей агрессии или, наоборот, депрессивные состояния с выходом в суицид.

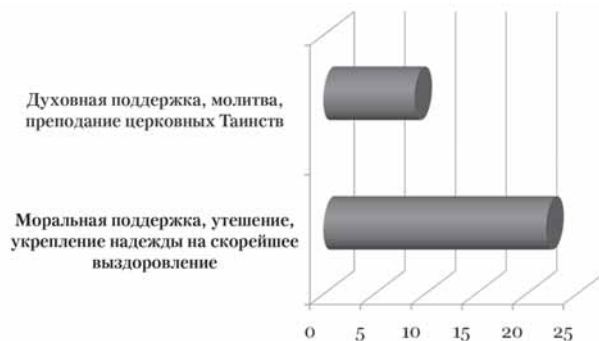
Чем же может здесь помочь Церковь, какая особая роль у священнослужителя, совершающего пастырское служение детям в психиатрической больнице?

«И слепому, и прокаженному, и поврежденному рассудком, и грудному младенцу, и уголовному преступнику, и язычнику окажи почтение как образу Божию. Что тебе за дело до его немощей и недостатков? Наблюдай за собой, чтобы тебе не иметь недостатка в любви».

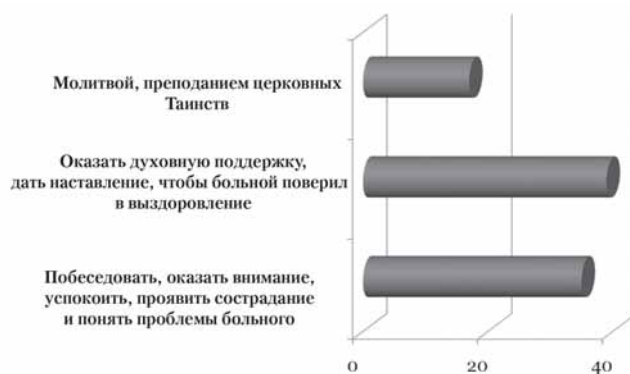
Святитель Игнатий Брянчанинов

**ДАННЫЕ ОПРОСА:
«ЧЕМ СВЯЩЕННИК МОЖЕТ ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ
В БОЛЬНИЦЕ?»**

Мнение родителей пациентов



Мнение медработников



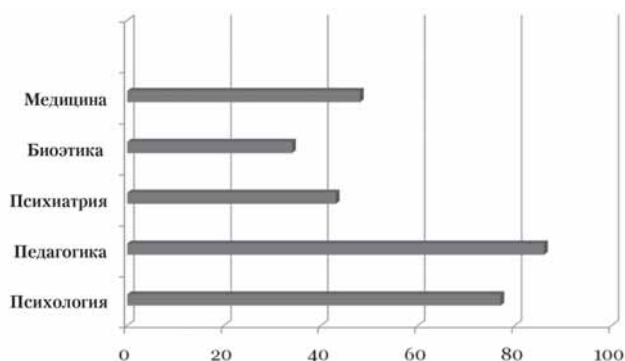
Итак, главное – проявить любовь к больным детям, показать, что они нужны нам, Церкви, Богу. Эти дети очень отзывчивы и очень рады практически каждому человеку, пришедшему к ним даже просто поиграть или поговорить, они вешаются на шею, тянут руки, улыбаются, обнимаются.

Проведенное Новгородским ОПВ социологическое исследование показало, что родители детей, находящихся в больнице, ждут от священника, приходящего к их чадам, в первую очередь душевного тепла, моральной поддержки.

Приблизительно такая же картина и при выяснении мнения по этому вопросу у медицинских работников. Духовному окормлению придается меньшее значение. Конечно, это связано в первую очередь с недостаточной воцерковленностью нашего общества. Вместе с теплым душевным подходом необходимо и духовное окормление детей. При этом необходимо учитывать ряд особенностей, связанных с заболеваниями пациентов.

Церковные Таинства (крещение, исповедь, соборование, причастие) в психиатрическом стационаре должны совершаться индивидуально или отдельно для небольших групп детей (3–5 человек). Во избежание недоразумений, связанных с особенностями поведения детей с психической патологией. При проведении треб священнику не-

ДАННЫЕ ОПРОСА:
НЕОБХОДИМОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЗНАНИЙ
ПО РАЗНЫМ ПРЕДМЕТАМ ДЛЯ СВЯЩЕННИКОВ



обходимы помощники, лучше из числа работников отделения, знающие особенности поведения пациентов. Перед проведением молебнов и священнодействий всегда стоит уточнить состояние пациентов у лечащего врача и наличие согласия родителей или опекунов ребенка на совершение религиозных обрядов.

Вот ряд рекомендаций, которые мы можем дать относительно пастырского служения детям в психиатрическом стационаре.

- Священник, совершающий свое служение в детском отделении психиатрической больницы, должен знать основы психиатрии и возрастной психологии.
- Необходимо всячески приветствовать объединение вокруг священника помощников-мирян (организация волонтерских групп, создание больничных братств и сестричеств), которые принесут больным детям свою любовь и душевное тепло.
- Общее богослужение желательно совершать в виде краткого молебна с елеопомазанием или окроплением святой водой, очень благотворно привлечение к пению пациентов.
- Крещение, Исповедь, Соборование и Причащение желательно проводить индивиду-

ально или в малых группах в отдельном помещении (Часовне). Согласие родителей или опекунов на проведение религиозных обрядов берется при поступлении ребенка в стационар.

- Необходимо духовное просвещение медицинских работников (регулярные открытые собрания региональных Обществ православных врачей, доступность священника для личного общения с медицинскими работниками и др).
- Необходимо медицинское (в частности, психиатрическое) просвещение священнослужителей (организация пастырских семинаров).

Возрастающее взаимопроникновение между психиатрией и религией сближает священника и психиатра. Сейчас в духовных школах в курсе пастырского богословия существует раздел пастырской психиатрии, который знакомит будущих служителей Церкви с различными формами ментальной патологии. Однако наблюдения показывают необходимость дополнительного изучения основ психиатрии и психологии среди священнослужителей. В то же время необходимо ознакомление психиатров с религиозным опытом в его здоровом выражении. Многие психиатры, воспитанные на вере во фрейдистские принципы («религия – это коллективный психоз»), отказываются сотрудничать с Церковью. Те, кто призван выносить заключение о нормальных или патологических личностных проявлениях, оказываются отрезанными от практического знакомства с религией, находящей конструктивное и целостное выражение у нормальных личностей. Думаю, что духовное просвещение работников здравоохранения, а так же преподавание основ медицинской грамотности среди духовенства – одна из основных задач деятельности Общества православных врачей России.



¹ Виктор Ананьев. Аномалия личности <http://www.ug.ru/issue/?action=topic&toid=1354>

² А.А. Корсунский. Начальник Управления медицинских проблем материнства и детства.

³ Цит. по: Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. М. 2001, С. 18–23.

⁴ Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. М. 1997, с. 32.

⁵ См. Данилин А. Г. LSD. Галлюциногены, психоделия и феномен зависимости. М. 2002.

⁶ Прот. Владимир Воробьев. «Покаяние, исповедь, духовное руководство». 1997.

⁷ Мелехов, ук. соч., с. 8.

⁸ Шеховцова Л. Ф. Психотерапия и духовная практика.

http://www.spbda.ru/theology/psihology_list/shehovcova6.php

СЛУЖЕНИЕ СВЯЩЕННИКА В МЕДУЧРЕЖДЕНИЯХ: ВОПРОСЫ, ТРУДНОСТИ, ПЕРСПЕКТИВЫ. ОПЫТ ВОЛЖСКОГО БЛАГОЧИНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ЕПАРХИИ

**Протоиерей
Константин
МОМОТОВ,**
настоятель храма
Святого Апостола
и Евангелиста
Иоанна Богослова
в г. Волжском



В Волжском благочинии Волгоградской епархии при любом стационаре или родильном доме существует молельная комната или больничный храм. Всего их семь. Мне бы хотелось поговорить о практических вопросах священнического служения в детских медицинских учреждениях, поскольку первый и наиболее богатый опыт сотрудничества был накоплен именно в них. Например, при Областном Перинатальном Клиническом Центре (бывшем областном роддоме) молельная комната существует уже пятнадцатый год.

Итак, в городе Волжском имеется четыре медучреждения, так или иначе связанные с материнством и детством, при каждом имеется молельная комната, в каждой несет свое служение священнослужитель.

1. Самое большое из них – Областной Клинический Перинатальный Центр (ОКПЦ) – принимает около 3500 родов ежегодно, через стационар проходят около 2500 беременных женщин, амбулаторный прием около 7000 женщин ежегодно. Это медучреждение было освящено по инициативе сотрудников в 1995 году, в январе 1996 года по той же инициативе и на добровольные средства все тех же сотрудников была обустроена молельная комната.

2. Волжский городской родильный дом принял в 2009 году 2842 родов, в стационаре проходят лечение около 1000 женщин и 1000 пациенток получают амбулаторное лечение, связанное с патологиями и репродуктивными проблемами. Начало сотрудничества – открытие молельной комнаты – март 1998 года. Молельная комната обустроена на добровольные средства работников и руководства. Инициатива создания комнаты принадлежит руководству родильного дома.

3. МУЗ Городская детская больница. Около 500 новорожденных в год в возрасте до 1,5 месяцев

принимает отделение патологии новорожденных, из этого числа 60% поступают сразу после роддома. Отделение выхаживания недоношенных детей в этой больнице принимает из ОКПЦ и Волжского городского родильного дома дополнительно около 380 человек ежегодно. Начало сотрудничества – открытие молельной комнаты – январь 2000 года. Инициатива создания комнаты принадлежит руководству отделения патологии новорожденных.

4. Волгоградский областной специализированный дом ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики. За три года существования этого учреждения через него прошло 179 детей, обрели семью 135 детей, 2 ребенка переведены во «взрослый» детский дом. В настоящий момент в Доме ребенка пребывают 40 человек (рассчитан на 60), но количество поступающих детей не уменьшается. Начало сотрудничества с Русской Православной Церковью – открытие молельной комнаты – март 2007 года. Инициатива ее создания тоже принадлежит руководству Дома ребенка.

Говоря об опыте служения священнослужителя в вышеуказанных медицинских учреждениях, я, может быть, буду говорить о банальных вещах и, казалось бы, о прописных истинах. Но, как показывает опыт нашего благочиния, именно эти вещи являются главными и основополагающими.

Прежде всего, мне хотелось бы сказать об основных направлениях работы священнослужителя в медучреждениях и практике больничного служения Волжского благочиния. Сейчас этих направлений – три, а в перспективе видится пять.



Мы имеем:

- работа с медперсоналом;
- работа с пациентами;
- работа с родственниками пациентов.

Перспективы работы:

- работа с будущими родителями;
- сотрудничество с отделом опеки;

Теперь обо всем по порядку.

Как уже было сказано, все молельные комнаты в детских медицинских учреждениях были обустроены по инициативе самих медицинских работников. Поэтому приоритетным мы видим направление работы священнослужителя именно с медицинским персоналом. Именно от полноты взаимодействия с медицинскими работниками зависит полнота служения священника в медучреждении. От того, как расположит священник медперсонал к себе, насколько ему будут доверять медработники, зависит, насколько ему позволят заниматься священнической деятельностью в медицинском учреждении, начиная от медсестры в столе справок, заканчивая главврачом: одна может не пустить к больному в «тихий час», другой может запретить даже служения молебнов, ссылаясь на «карантин по гриппу».

Работа с пациентами – именно для нее в первую очередь священник находится в медицинском учреждении. Именно о ней написано немало статей и пособий. Именно о ней сегодня прозвучали замечательные доклады священнослужителей и были определены приоритеты. Поэтому нет нужды еще раз на них останавливаться.

Работа с родителями пациентов. Это и мама больного ребенка, и муж этой мамы – настоящий или будущий отец, настоящие или будущие бабушки и дедушки – мамы и папы родителей, а также другие родственники, от которых зависит не только состояние здоровья ребенка или состояние здоровья будущей мамы. В случае их заботы, в трудных ситуациях можно перенаправить их печаль мирскую в «печаль спасительную» по слову апостольскому: «Печаль ради Бога производит неизменное покаяние ко спасению, а печаль мирская производит смерть (2 Кор. 7. 10). Вместо уныния и опущения рук в критических состояниях священник должен показать родственникам перспективу их участия в молитве к Богу, при которой не только может совершиться чудо исцеления. В молитве родственников, в их участии в Таинстве исповеди, в примирении с Богом и ближними могут родиться новые отношения и с Творцом и с друг другом. Плоды такого преображенного отношения ведут к созданию новых семейных и родственных отношений. Напротив же, мирское, обычное рассуждение, кто из родных виновен в болезни ребенка или его мамы, может разрушить даже крепкую семью. Говоря о работе с родственниками, нельзя забы-

вать и еще об одном аспекте. Как правило, их мнение является решающим при наличии патологии ребенка или в случае так называемой «нежелательной беременности». Очень часто под нажимом близких женщина идет на аборт или оставляет своего ребенка в роддоме. Слово священника, обращенное к родственникам в данной ситуации, может уберечь от тяжкого греха и от необдуманных действий.

Работа с будущими родителями. В этом направлении все то, что касается сферы подготовки (духовной и физиологической) женщины – будущей матери, мужчины – будущего отца к вынашиванию и рождению их будущего ребенка достаточно своевременно, полно и объективно было сказано в докладе Высокопреосвященнейшего Сергия митрополита Воронежского и Борисоглебского. Безусловно, все это прямое руководство к действию священнослужителей на местах. Со своей стороны, имея опыт окормления Дома ребенка, где происходит усыновление детей, было бы правильным участие священнослужителя и в этом процессе усыновления, хотя бы в виде бесед с будущими усыновителями или опекунами. Это, безусловно, отдельная тема для разговора и это является перспективой работы Волжского благочиния. Нужно предостеречь от возможных нравственных и духовных ошибок. Показать, в том числе, и возможность участия Бога в семье при желании такого участия будущих усыновителей или опекунов. Надо рассказать им, что богоугодность такого дела намного ценнее материального вспомоществования государства. С другой стороны, это накладывает и огромную ответственность пред Богом за свое неправильное родительское поведение по отношению к сироте. «Смотрите, не презирайте ни одного из малых сих; ибо говорю вам, что Ангелы их на небесах всегда видят лице Отца Моего Небесного» (От Матфея 18:10). Может быть, такая беседа поможет уберечь ребенка от своекорыстного отношения к нему будущих опекунов или усыновителей. Ведь ни для кого не секрет, и об этом все чаще появляется информация в СМИ, что «опекунские» деньги, материальные пособия многодетным семьям, подчас состоящим сплошь из усыновленных детей, становятся главным критерием такого «усыновления». Забота же о детях отходит порой в таких семьях даже не на второй или на третий план – от усыновленных детей просто избавляются или калечат их.

В связи с этим видится еще одно направление работы священника, несущего свое служение в медучреждении – это взаимодействие с органами опеки. Здесь хорошо бы было иметь хотя бы советательный голос Церкви и при лишении родительских прав, и при разрешении государством усыновления или опекуна. Необходимо в перс-



пективе священнослужителю и участвовать в контроле за надлежащим воспитанием и пребыванием детей в семьях опекунов или усыновителей.

Важно помнить, что основополагающими факторами полноценного церковного служения в медучреждениях являются особенности личности самого священнослужителя. И если на приходе, в храме, наличие священнического сана уже априори несет за собой почитание и уважение при безоговорочном послушании паствы, то в медицинском (как, впрочем, и в любом другом светском учреждении) – почет и уважение нужно заслужить. В противном случае отношение к священнику будет не как с соратнику, а как, например, к приходящему с обязательными протокольными действиями работнику санитарно-эпидемиологической станции, со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Итак, что в личности священника играет основополагающую роль в полноценном деле медицинского служения? Здесь мы видим две составляющие – духовную и так называемую светскую, или мирскую.

В духовной составляющей для полноценного служения необходима самоотверженность. Когда священник, невзирая на неурочный час, вне установленного расписания идет, если есть в этом необходимость, к пациенту. Идет с радостью о том, что в нем нуждаются. Не показывает всем своим видом, что: «Вот опять не дали отдохнуть» или: «Оторвали от более важных дел». Не ждет от окружающих восхищенных его «подвигом» благодарных взглядов. И уж тем более не упивается своей исключительностью и правотой: «Что, поняли, наконец-то, что без Бога никуда!»

Производной такой самоотверженности священнослужителя является его бескорыстность. Я считаю, что какая-либо регламентированная «мера пожертвования», в качестве благодарности священнику за его труд в медицинских учреждениях, должна быть исключена. Нет, конечно, кружка для пожертвований должна присутствовать в моленной комнате. Должен быть такой ящичек, чтобы, с одной стороны, священник не возгордился своим «бессребренничеством» и самонадеянно не требовал от Бога дара «целительства». С другой стороны, естественная потребность благодарности пациентов священнику, проявившему свое участие в их судьбе, должна быть осуществлена посредством такого добровольного, без всяких кавычек, пожертвования.

Рядом с бескорыстностью священника должна быть и его открытость, если хотите – доступность. Помимо внешних проявлений, это свойство должно выражаться и в возможности позвонить священнику. Номер его мобильного телефона должен, по возможности, быть размещен на самом видном месте, звонить по нему должны и пациен-

ты, и врачи. Всегда приветливый и заботливый голос священника на другом конце провода делает свое доброе дело. Напротив, раздраженный, высокомерный голос или «временно недоступный» неперезванивающий «абонент» потеряет всякую связь (в том числе и мобильную) с действительностью.

Очень важное место в духовной сфере медицинской деятельности священнослужителя является его грамотность. Причем не только в богословских вопросах или нюансах питания по Типикону. Грамотность должна выражаться в умении выразить личное мнение священника по тем или иным (в том числе и светским) вопросам. Грамотность должна выражаться в знании мнения Церкви и умении этот голос Церкви донести до любого слушателя, и, если потребуется, аргументировать всю правоту данного взгляда. В этом аспекте видится первостепенность знания священнослужителем основ «Социальной концепции Русской Православной Церкви», особенно тем, связанных с биоэтикой и отношением Церкви к основополагающим медицинским проблемам.

Все вышеперечисленные качества священнослужителя вместе с попечительностью (нелицемерной заботой) о каждом, кто к небу обратился, вырастают в полноценное пастырское служение в медицинском учреждении. Эта забота проявляется и к пациентам и к врачам и к родственникам тех и других. Это служение зачастую выходит за рамки медучреждения. Больничного священника просят освятить жилище, покрестить родственника, отпеть усопшего родителя или первый раз в жизни принять исповедь. К бабушке начинают обращаться в бытовых нуждах: накануне операции, когда муж запил, или дочка экзамены сдает, и именно тогда служение священника в медучреждении обретает свою полноту.

Что же касается светской стороны служения священника, то здесь самое главное место занимают добрые человеческие качества.

В первую очередь – ответственность. Если священник что-либо обещал, он обязательно должен это сделать, в светских учреждениях поступок священника – это поведение всей Церкви. Вовремя прийти, отслужить молебен, совершить крещение, если бабушка это обещал, то должен сделать обязательно. В крайнем случае, попросить своего собрата заменить, но предупредить людей и извиниться за невозможность присутствовать лично.

Священнику важно уметь уважать чужое мнение, даже если оно расходится с мнением личным или мнением Церкви. Даже неверие в Бога, не должно препятствовать полноценному участию священнослужителя в судьбе человека.

Священник должен участвовать в жизни медицинского учреждения, в котором он несет свое

служение. В идеале хотя бы раз в неделю быть на рапорте, чтобы (в течение 2–3 минут, не затягивая) пригласить сотрудников на молебен, рассказать о предстоящем празднике, поздравить со светскими праздниками: Днем медицинского работника, Новым Годом. Женская часть медицинских работников (а это большая часть) ждет поздравлений и на 8 марта. Я думаю, батюшке не стоит всем своим видом показывать, что такого праздника вроде бы и нет. Напротив, необходимо прийти и поздравить, пояснив при этом, что со стороны священника нехорошо было бы устраивать гуляния во время поста, рассказать о «Православном женском дне – Жен мироносиц», пообещать поздравить всех в этот день. Впоследствии исполнить это обещание, подарить по иконочке, рассказать про Святых жен – все это принесет гораздо больше пользы, нежели мораторий на общение с женской половиной персонала накануне или в день 8-го марта.

При всем вышеперечисленном очень важно священнику в хорошем смысле этого слова заниматься своим делом, не претендовать на авторитет врача, с уважением относиться к его медицинскому служению и к его действиям, связанным с этим служением. Священнику важно не добиваться приобретения дешевой популярности, потакая пациентам, упрекающим врача в непрофессионализме и безответственности. Напротив, батюшка медицинского учреждения должен сделать все

чтобы авторитет врача в медицинском аспекте был непререкаем.

Трудности, связанные с больничным служением священника, так называемые «тонкие места» хорошо были освещены в докладе протоиерея Сергия Филимонова, поэтому подробно говорить о них я не буду. Остановлюсь лишь на том, что сегодня не прозвучало. Это порой надменное поведение священнослужителя, его поучения, не имеющие ничего общего с той действительностью, в которой живут как пациенты, так и медицинский персонал. К этому можно прибавить безответственность священнослужителя и служение ради галочки – в дополнение ко всему вышесказанному все это очень сильно расстраивает дело служения священника, и не только в учреждениях медицинского профиля.

Стоит предостеречь и от ошибок, связанных с межконфессиональными отношениями. Необходимо заметить, что, исходя из опыта больничного служения Волжского благочиния Волгоградской епархии, мы ежегодно в праздник Богоявления кропьем крещенской водой помещения, в том числе и в вышеупомянутых медицинских учреждениях. Никогда не было ни одного конфликта со стороны людей другого вероисповедания. Однако был прецедент в Татарстане, когда священник кропил родильный дом святой водой, лидер мусульманского экстремистского движения поднял по этому поводу шумиху, а сайт IslamNews.Ru в





лучших традициях «сарафанного радио» преподал это мировой общественности, как «они (священники) демонстративно произвели «крещение» детей мусульман» (цитата по www.islamnews.ru/news-9298.html). Этот негативный пример предостерегает от необдуманных и неорганизованных действий. Может быть, заранее следовало бы проинформировать людей, и не желающих присутствовать при освящении, попросить выйти из палат, или покропить эти палаты после выписки несогласных. Из любой ситуации есть выход, и, исполняя свое служение, больничный священник должен помнить слова Христа: «Вот, Я посылаю вас, как овец среди волков: итак будьте мудры, как змии, и просты, как голуби. (От Матфея 10:16).

Говоря о перспективах служения священника в медицинских учреждениях, сразу стоит заметить что служение священника не является функциональным (эдаким духовным компонентом) в деле, например, родовспоможения. «Вот Вам, женщина, направление на УЗИ, вот на анализ крови, вот на фетальный монитор, а после этого сходите к священнику – мы должны использовать все средства, чтобы сохранить здоровье матери и обеспечить рождение здорового ребеночка». Если хотите, «функция» священника должна заключаться совсем в другом. Батюшка, в первую очередь, должен заниматься спасением пациентов, врачей и их родственников и именно в этой перспективе осуществлять свое служение, а не заниматься требоисполнительством, сводя отношение к Богу как к средству для достижения цели выздоровления пациента или благополучного родоразрешения. В этой



перспективе медицинское учреждение, будь то больница или родильный дом, представляют собой как нельзя лучшее средство для обращения человека к Богу и последующего его воцерковления. Человеку в больнице трудно, кто приходит к нему на помощь – Церковь. Впоследствии у себя дома, в трудной ситуации этот человек тоже в Церкви будет искать помощи и будет доверять Ее авторитету. И здесь очень важно священнику передать пациента другому батюшке, чтобы и он поучаствовал на своем месте в жизни этого человека. Например, после родильного дома направляют мамочку с ребенком в больницу, важно позвонить «роддомовскому» священнику батюшке «больничному», чтобы он проявил все возможное участие. Отправляют мамочку по месту жительства – и здесь можно связаться с приходским батюшкой, чтобы и он не обделил новоиспеченных родителей своим вниманием. Здесь и забота, и единение (в том числе и духовенства между собой), и перспектива служения с последующим воцерковлением – заботой о жизни вечной.

Осуществляя свое больничное служение, мы должны сделать все возможное для того, чтобы слово «православный» стало синонимом слова «лучший». К сожалению, существует опасность, когда называя себя «Православными» – роддомами, врачами, организациями, мы порой не преобразуем мир, а создаем себе комфортные условия существования. Мы оправдываем свое поведение разными «канонами» и «благословениями старцев»: кто поступает не по-нашему, тот поступает «не по-православному». На самом деле мы порой не хотим жертвовать собой. Наши «православные копья» должны быть направлены, в первую очередь, не против «неправильного лечения», а против собственной фальшивой праведности.

Встреча с Богом меняет человека и меняет все медучреждение. Меняется отношение в коллективе, меняется отношение и к пациентам. Если мы пока не можем изменить ситуацию на законодательном уровне, мы должны изменить ее посредством доброго личного общения с руководителями медучреждений и медперсоналом

С телефоном доверия, сотрудничая с роддомами г. Волжского, на сегодняшний день мы имеем возможность оказать медицинскую помощь людям, подчас не имеющим никаких документов, или гражданам других стран. Это стало возможно потому, что, с одной стороны, врач доверяет Церкви, с другой стороны – чувствует свою ответственность пред Богом.

28 января 2010 года в рамках направления прошла конференция

ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ В ЕПАРХИЯХ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ

КОДЕКС ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ВРАЧЕЙ

*Кодекс профессиональной этики врачей был принят во Франции. Он со-
держится в Указе № 95-1000 от 6 сентября 1995 г. Думаем, текст кодекса
будет интересен и российским врачам.*



Раздел I

1. Общие обязанности

Ст. 2. Служа охране здоровья, врач выполняет свою миссию, с уважением относясь к человеческой жизни, к личности и ее достоинству.

Соблюдение должного уважения к человеку остается обязательным и после его смерти.

Ст. 3. Врач обязан при любых обстоятельствах следовать неотъемлемым от занятий медицинской практикой принципам нравственности, порядочности и самоотверженности.

Ст. 4. Профессиональная тайна, установленная в интересах пациентов, обязательна для любого врача в условиях, определенных законом.

Тайна относится ко всему, что стало известно врачу при выполнении им профессиональных обязанностей, то есть не только к тому, что было ему доверено, но и к тому, что он видел, слышал или понял.

Ст. 5. Врач не может ни под каким видом отказаться от своей профессиональной независимости.

Ст. 6. Врач обязан уважать принадлежащее каждому лицу право на свободный выбор своего врача. Он должен облегчать пациенту реализацию этого права.

Ст. 7. Врач обязан одинаково добросовестно выслушивать, обследовать, консультировать или лечить всех людей, независимо от их происхождения, нравов, семейного положения, принадлежности или непринадлежности к какой-либо этни-



В. А. СОКОЛОВА
(Франция)

Ст 1. Положения настоящего Кодекса обязательны для врачей, внесенных в список корпорации, а также для любого врача, выполняющего профессиональные функции в условиях, предусмотренных статьей L.356-1 кодекса здравоохранения или международной конвенцией, а также для студентов-медиков, временно замещающих врача или ассистирующих врачу в случае, предусмотренном статьей 87 настоящего кодекса.

В соответствии со статьей L.409 кодекса здравоохранения, корпорация врачей обязана контролировать соблюдение этих положений.

Нарушение этих положений подлежит дисциплинарной ответственности.



ческой группе, нации или вероисповеданию, от того, здоровы ли они или имеют физические либо умственные недостатки, независимо от их репутации и от чувств, которые врач может испытывать по отношению к ним.

Он обязан оказывать им помощь в любых обстоятельствах.

Он никогда не должен отступать от корректного и внимательного отношения к человеку, которого обследует.

Ст. 8. В установленных законом пределах врач свободен в своих предписаниях, которые будут такими, какие он сочтет оптимальными в данных обстоятельствах.

Не пренебрегая долгом моральной поддержки, врач обязан ограничить свои предписания и действия тем, что необходимо для оказания качественной, надежной и эффективной медицинской помощи.

Он обязан учитывать преимущества, неудобства и последствия различных возможных исследований и методов лечения.

Ст. 9. Любой врач, будучи рядом с больным или раненым, находящимся в опасности, или получив информацию о том, что больной или раненый находится в опасности, должен оказать ему помощь или убедиться в том, что он получает необходимую помощь.

Ст. 10. Врач, обследующий или лечащий лицо, лишенное свободы, не может ни прямо ни косвенно, пусть даже только фактом своего присутствия, способствовать посягательству на физическую или психологическую неприкосновенность этого лица или на его достоинство либо поддерживать такое посягательство.

Если врач констатирует, что данное лицо стало жертвой насилия или плохого обращения, он должен уведомить об этом судебные власти, при условии согласия заинтересованного лица.

Однако, если речь идет о лицах, упомянутых во втором абзаце статьи 44, согласие заинтересованных лиц не является необходимым.

Ст. 11. Каждый врач должен поддерживать и совершенствовать свои знания; он обязан участвовать в мероприятиях по повышению квалификации.

Каждый врач участвует в оценке профессионального опыта и навыков.

Ст. 12. Врач должен оказывать содействие деятельности, предпринимаемой компетентными органами власти с целью охраны здоровья и санитарного просвещения.

Сбор, регистрация, обработка и передача сведений, прямо или косвенно затрагивающих личности пациентов, разрешаются в условиях, предусмотренных законом.

Ст. 13. Когда врач участвует в мероприятии по санитарно-просветительному информированию

населения, независимо от того, какие используются средства информации, он должен ссылаться лишь на подтвержденные данные, проявлять осторожность и предусматривать последствия своих публичных высказываний. В этом случае он должен воздерживаться от какой-либо формы рекламы, относящейся к нему лично или к организациям, в которых он работает или с которыми сотрудничает, либо к какому-либо делу, не являющемуся общественно-полезным.

Ст. 14. Врачи не должны оглашать в медицинских кругах новый, недостаточно испытанный метод диагностики или лечения, не сопровождая свое сообщение должными оговорками. Они не должны оглашать такую информацию вне профессиональной среды.

Ст. 15. Участие врача в проведении биомедицинских исследований на людях допустимо лишь в условиях, предусмотренных законом; врач должен убедиться в законности и уместности этих исследований, а также в объективности выводов.

Лечащий врач, участвующий в биомедицинском научном исследовании, должен следить за тем, чтобы осуществление этой работы не отразилось на его доверительных отношениях с пациентом, а также на непрерывности процесса лечения.

Ст. 16. Взятие крови, а также органов, тканей, клеток или других элементов тела у живого или умершего человека возможны лишь в случаях и в условиях, определенных законом.

Ст. 17. Врач может осуществлять искусственное оплодотворение только в случаях и в условиях, предусмотренных законом.

Ст. 18. Врач может осуществлять добровольное прерывание беременности только в случаях и в условиях, предусмотренных законом; он всегда вправе отказаться это делать, о чем должен сообщить заинтересованной особе в условиях и в сроки, которые предусмотрены законом.

Ст. 19. Недопустимо заниматься медицинской практикой как коммерцией.

Запрещаются все прямые и косвенные методы рекламы, в частности, всякое оборудование и сигнализация, придающие помещению коммерческий вид.

Ст. 20. Врач должен следить за тем, как используется его имя, положение и его заявления.

Он не должен допускать использования в рекламных целях его имени или его профессиональной деятельности общественными или частными организациями, в которых он работает или с которыми сотрудничает.

Ст. 21. Врачам запрещается распространять с целью получения прибыли лекарства, приборы или изделия, представляемые как полезные для здоровья; исключения допустимы лишь в условиях, предусмотренных законом.

Врачам запрещается выдавать не разрешенные лекарства.

Ст. 22. Делить вознаграждение между врачами в какой бы то ни было форме запрещается, за исключением случаев, предусмотренных в статье 94.

Согласие, требование или предложение поделить вознаграждение запрещены, даже если они не имеют реальных последствий.

Ст. 23. Запрещается всякий сговор между врачами, между врачами и фармацевтами, младшим медицинским персоналом или другими лицами, физическими или юридическими.

Ст. 24. Врачам запрещены:

- любые действия, которые могут предоставить пациенту необоснованное или незаконное материальное преимущество;
- любая скидка или частичный возврат уплаченной суммы в денежной или натуральной форме, любые комиссионные какому бы то ни было лицу;
- вне условий, указанных в статье L. 365-1 кодекса здравоохранения, требование или принятие особой платы натурой или деньгами, в какой бы то ни было форме, прямое или косвенное, за рецепт или любую медицинскую услугу.

Ст. 25. Врачам запрещено давать консультации, предписания, медицинские советы в помещениях коммерческих предприятий или в любых других местах, где продаются лекарства, изделия или аппараты, которые они рекомендуют или используют.

Ст. 26. Врач может заниматься другой деятельностью лишь в том случае, если совместительство не противоречит его профессиональной независимости и профессиональному достоинству и не позволяет ему извлекать выгоду из своих медицинских предписаний и советов.

Ст. 27. Врачу, имеющему депутатский и т. п. мандат избирателей или выполняющему административные функции, запрещается использовать свое положение с целью расширения клиентуры.

Ст. 28. Запрещается выдача тенденциозных медицинских заключений и фиктивных свидетельств.

Ст. 29. Какое бы то ни было мошенничество, злоупотребление в отношении расценок, неточное указание взимаемого вознаграждения или предоставляемых услуг запрещены.

Ст. 30. Запрещено любое содействие любому лицу, незаконно занимающемуся медицинской практикой.

Ст. 31. Любой врач, даже вне своей профессиональной деятельности, обязан воздерживаться от всякого поступка, способного подорвать уважение к его профессии.

Раздел II

Обязанности по отношению к пациентам

Ст. 32. С того момента, как врач соглашается откликнуться на обращение пациента, он берет на себя обязательство лично обеспечить пациенту добросовестное, самоотверженное медицинское обслуживание, основанное на достижениях науки, прибегая, если это требуется, к помощи компетентных третьих лиц.

Ст. 33. Врач обязан ставить диагноз с максимальной тщательностью, посвящая этому необходимое время, пользуясь, насколько представляется возможным, наиболее подходящими научными методами и, если необходимо, прибегая к соответствующей помощи.

Ст. 34. Врач должен формулировать свои предписания со всей необходимой ясностью, убедиться в том, что они понятны пациенту и окружающим его людям, и добиваться их точного выполнения.

Ст. 35. Врач должен предоставить лицу, которое обследует, лечит или консультирует, честную, ясную надлежащую информацию о его состоянии, обследованиях и лечении, которые он ему предлагает. В течение болезни врач в своих объяснениях учитывает личность пациента и контролирует понимание этих объяснений.

Однако в интересах больного и по обоснованным соображениям, которые врач добросовестно оценивает, больной может оставаться в неведении относительно серьезности диагноза или прогноза, за исключением случаев, когда его заболевание несет опасность заражения третьих лиц.

Открытие прогноза смертельного исхода требует особой осмотрительности, но близкие больного должны быть предупреждены, кроме лиц, составляющих исключение, а также кроме тех случаев, когда больной предварительно запретил открывать эту информацию или указал третьих лиц, которым следует ее сообщить.

Ст. 36. Во всех случаях необходимо стремиться получить согласие обследуемого или подлежащего лечению лица.

Когда больной, будучи в состоянии выразить свою волю, отказывается от предлагаемого обследования или лечения, врач должен отнестись с уважением к его отказу, предварительно сообщив больному о последствиях такого отказа.

Если больной не в состоянии выразить свою волю, врач не может его оперировать, не предупредив и не проинформировав близких больного, кроме неотложного случая или случая, когда предупреждение невозможно.

Обязанности врача по отношению к несовершеннолетнему или находящемуся под опекой (защитой) совершеннолетнему пациенту определены в статье 42.



Ст. 37. В любых обстоятельствах врач обязан стремиться облегчать страдания больного, поддерживать его морально и избегать неразумной настойчивости в проведении исследований и лечения.

Ст. 38. Врач должен сопровождать умирающего вплоть до последних мгновений, обеспечивать надлежащим уходом и соответствующими мерами качество жизни в ее последней фазе, поддерживать достоинство больного и дух окружающих.

Врач не имеет права сознательно вызвать смерть больного.

Ст. 39. Врачи не могут предлагать больным или их близким в качестве целительных и безопасных средств лекарства или методы, являющиеся шарлатанскими или недостаточно проверенными.

Любая шарлатанская практика запрещена.

Ст. 40. Врач не должен допускать, чтобы в ходе проводимых им исследований, оперативных вмешательств или рекомендованного им лечения пациент подвергался неоправданному риску.

Ст. 41. Недопустима никакая калечащая операция без крайне серьезного медицинского основания, а также без уведомления и согласия заинтересованного лица, кроме неотложного случая и случая, когда это невозможно.

Ст. 42. Врач, призванный оказывать медицинские услуги несовершеннолетнему или находящемуся под опекой (защитой) совершеннолетнему пациенту, должен приложить все усилия, чтобы предупредить его родителей или законного представителя и получить их согласие.

В неотложном случае, даже если с ними нельзя связаться, врач обязан оказать необходимую медицинскую помощь.

Если возможно выяснить мнение заинтересованного лица, врач должен его учитывать, насколько это возможно.

Ст. 43. Врач должен защитить ребенка, если считает, что окружающие плохо понимают, в чем заключаются интересы здоровья ребенка, или не берегут его должным образом.

Ст. 44. Если врач понимает, что лицо, к которому его вызвали, является жертвой насилия или каких-либо лишений, он должен применить наиболее адекватные средства для защиты пациента, действуя осторожно и осмотрительно.

Если речь идет о несовершеннолетнем подростке моложе пятнадцати лет или о лице, не способном себя защитить в силу возраста или физического либо психического состояния, врач должен привлечь внимание судебных, медицинских или административных органов, за исключением особых обстоятельств, которые он должен оценить со всей добросовестностью.

Ст. 45. Независимо от истории болезни, предусмотренной законом, врач должен вести личную карточку наблюдения для каждого больного: эта карточка является конфиденциальной и содержит

актуальные данные, необходимые для принятия решений по диагнозу и лечению.

Во всех случаях врач ответствен за хранение этих документов.

Любой врач должен, по просьбе пациента или с его согласия, передавать врачам, которые участвуют в его лечении или с которыми он намерен проконсультироваться, сведения и документы, нужные для обеспечения непрерывности лечебного процесса.

То же касается случая, когда пациент решает выбрать другого лечащего врача.

Ст. 46. Когда закон предусматривает, что пациент может получить доступ к своей истории болезни с помощью врача, последний должен выполнить миссию посредника, учитывая только интересы пациента, и уклониться от этой миссии, если затронуты его собственные интересы.

Ст. 47. При любых обстоятельствах должна быть обеспечена непрерывность медицинского обслуживания больного.

Врач имеет право отказать в своих услугах по профессиональным или личным причинам, за исключением неотложного случая или случая, когда тем самым врач нарушает долг гуманности.

Если врач отказывается от своей миссии, он обязан сообщить об этом пациенту и передать указанному им врачу сведения, нужные для продолжения лечения.

Ст. 48. Врач не может покинуть своих больных в случае общественной опасности, если только он не получает официального приказа компетентного органа, в соответствии с законом.

Ст. 49. Врач, призванный оказывать медицинские услуги в семье или в коллективе, должен всемерно добиваться соблюдения правил гигиены и профилактики.

Он должен информировать больного о его обязанностях и долге по отношению к себе самому и к третьим лицам, а также о мерах предосторожности, которые ему следует соблюдать.

Ст. 50. Не уступая каким-либо неправомерным требованиям, врач должен облегчать получение пациентом социальных преимуществ, на которые дает право его состояние.

С этой целью он уполномочен, если пациент не возражает, передавать строго необходимые медицинские сведения врачу страховой кассы, назначенному соответствующим органом социального обеспечения, или другому врачу, подведомственному государственному органу, предоставляющему социальные льготы.

Ст. 51. Врач не должен вмешиваться в семейные дела и личную жизнь своих пациентов без профессиональных оснований.

Ст. 52. Врач, лечивший некое лицо во время болезни, приведшей к смертельному исходу, может воспользоваться завещательными распоряжени-

ями, сделанными в его пользу данным лицом в период этой болезни, только в случаях и в условиях, предусмотренных законом.

Врач не должен также злоупотреблять своим влиянием, чтобы получить распоряжение о платеже или заключить кабальный договор в неправомерно благоприятных для него условиях.

Ст. 53. При определении гонорара врача необходимы такт и мера, учет действующей регламентации, выполненных действий или особых обстоятельств.

Вознаграждения можно требовать только за реально выполненные действия. Совет или консультация, данные пациенту по телефону или заочно, не являются основанием для получения гонорара.

Врач должен предоставить по требованию предварительную информацию и объяснение относительно его вознаграждения или стоимости лечения. Он не может отказать в расписке о полученной сумме.

Больным не может быть навязан какой-либо особый способ расчета.

Ст. 54. Когда несколько врачей сообща проводят обследование или лечение, каждый получает гонорар по собственному личному счету.

Оплата ассистента (ассистентов) оперирующего врача, выбранных им самим и работающих под его контролем, включается в его гонорар.

Ст. 55. Заранее обусловленная плата за эффективность лечения, а также требование предварительной оплаты недопустимы при всех обстоятельствах.

Раздел III.

Отношения врачей между собой и с представителями других профессий сферы здравоохранения

Ст. 56. Врачи должны поддерживать между собой товарищеские отношения.

Врач, имеющий разногласия с коллегой, должен стремиться к примирению, при необходимости через посредство департаментского совета корпорации врачей.

Врачи должны помогать друг другу в беде.

Ст. 57. Запрещается переманивать клиентуру или делать попытки ее переманить.

Ст. 58. Если к врачу обращается за консультацией больной, которого лечит один из коллег этого врача, необходимо уважать:

- интересы больного (в частности, оказать медицинскую помощь в неотложном случае);
- свободный выбор больного, желающего обратиться к другому врачу.

Врач, к которому больной обратился, должен, с согласия пациента, сообщить об этом лечащему

врачу и проинформировать его о том, что он установил и решил. В случае отказа пациента врач должен его проинформировать о возможных последствиях этого отказа.

Ст. 59. Врач, вызванный в срочном порядке к больному, которому предстоит визит лечащего врача или другого специалиста, должен составить для своего коллеги отчет о принятых им мерах и сделанных предписаниях; отчет может быть вручен больному или направлен непосредственно коллеге, о чем следует известить больного.

Дубликат отчета должен быть сохранен врачом.

Ст. 60. Врач должен предложить консультацию коллеги, если того требуют обстоятельства, или согласиться на такую консультацию по требованию больного или его близких.

Он должен уважать выбор больного и, если не имеется серьезных возражений, направлять его к любому консультанту (или вызывать консультанта) в условиях текущего обслуживания.

Если врач не считает возможным одобрить выбор пациента, он может снять с себя ответственность. Он может также рекомендовать обратиться к другому консультанту, как следует поступить и в том случае, если больной не высказывает своих предпочтений.

После консультации консультант письменно информирует лечащего врача о своих констатациях, заключениях и возможных рекомендациях, уведомив об этом пациента.

Ст. 61. В случае, когда мнения консультанта и лечащего врача существенно расходятся, после консультации больному следует об этом сообщить. Лечащий врач может отказаться от обслуживания больного, если мнение консультанта более весомо для больного или окружающих его лиц.

Ст. 62. Во время болезни, вызвавшей повод к консультации, консультант не должен по собственной инициативе приглашать или повторно обследовать больного, не информируя об этом лечащего врача, за исключением неотложного случая.

Консультант не должен, кроме случая, когда больной выражает такое желание, продолжать лечение, обусловленное состоянием больного, если это лечение относится к компетенции лечащего врача, которому консультант должен предоставить все сведения, необходимые для дальнейшего наблюдения пациента.

Ст. 63. Не нарушая положений, применимых к государственным учреждениям здравоохранения и частным учреждениям, участвующим в больничном обслуживании населения, врач, который берет на себя ответственность за больного при его госпитализации, должен поставить об этом в известность практикующего врача, указанного пациентом или его близкими. Он должен держать его в курсе основных решений, в которых практикующий врач по мере возможности будет участвовать.



Ст. 64. Когда в обследовании или лечении больного сотрудничают несколько врачей, они должны взаимно информировать друг друга; каждый врач несет личную ответственность и следит за тем, чтобы больной был информирован.

Каждый из врачей может отказаться или отстраниться от сотрудничества, если это не нанесет ущерба больному и коллеги будут об этом предупреждены.

Ст. 65. Врач может быть замещаем в своей практике только временно, коллегой, являющимся членом корпорации врачей, или студентом, выполняющим условия, предусмотренные статьей L.359 кодекса здравоохранения.

Врач, оставляющий вместо себя заместителя, должен предварительно (за исключением неотложного случая) уведомить об этом совет корпорации врачей, которому он подведомствен, указав фамилию и квалификацию заместителя, а также даты и срок замены.

Замена имеет личный характер.

Заменяемый врач должен прекратить всякую свою медицинскую практику на время замены.

Ст. 66. По окончании срока замены заместитель должен прекратить всякую связанную с заменой деятельность и передать информацию, необходимую для продолжения медицинского обслуживания пациентов.

Ст. 67. Врачу запрещается какая-либо практика, приводящая к снижению его гонораров в целях конкуренции.

Он имеет право оказывать услуги бесплатно.

Ст. 68. В интересах больных врачи должны поддерживать хорошие отношения с представителями других профессий, связанных со здравоохранением. Они должны уважать их профессиональную независимость и свободный выбор пациента.

Раздел IV

О практике профессии

1. Общие правила для всех видов практики

Ст. 69. Практика медицины имеет личный характер: каждый врач ответствен за свои решения и действия.

Ст. 70. Каждый врач в принципе имеет право осуществлять все действия по диагностике, профилактике и лечению. Но он не должен, кроме исключительных обстоятельств, предпринимать или продолжать лечение либо формулировать рекомендации в областях, выходящих за пределы его знаний, опыта и возможностей, которыми он располагает.

Ст. 71. Врач должен располагать в том месте, где он занимается профессиональной практикой, надлежащим помещением, позволяющим обеспечить соблюдение профессиональной тайны, и достаточными техническими средствами в соответ-

ствии с характером его профессиональной деятельности и особенностями обслуживаемого им населения. Он должен, в частности, следить за стерилизацией и обеззараживанием используемых медицинских инструментов и устранением медицинских отходов согласно нормам и правилам.

Врач не должен практиковать в условиях, которые могут поставить под угрозу качество медицинских услуг или безопасность обследуемых лиц.

Он обязан контролировать компетентность лиц, которые с ним сотрудничают.

Ст. 72. Врач должен следить за тем, чтобы лица, помогающие ему в его работе, получили инструкции о своих обязательствах, касающихся профессиональной тайны, и соблюдали их.

Он должен следить за тем, чтобы окружающие его люди не нарушали тайну, связанную с его профессиональной корреспонденцией.

Ст. 73. Врач обязан оберегать от какого-либо нескромного интереса медицинские документы, касающиеся лиц, которых он лечил или обследовал, независимо от содержания этих документов и носителя информации.

То же касается медицинской информации, обладателем которой он может быть.

Используя свой опыт или документы для научной публикации или в целях обучения, врач обязан принять меры к тому, чтобы идентификация личностей была невозможной. В противном случае необходимо получить их согласие.

Ст. 74. Разъездная медицинская практика запрещается; однако возможны отклонения от правила с разрешения департаментского совета корпорации врачей в интересах общественного здравоохранения.

Ст. 75. В соответствии со статьей L.363 кодекса здравоохранения, запрещено заниматься медицинской практикой под псевдонимом.

Врач, использующий псевдоним в деятельности, имеющей отношение к его профессии, должен заявить об этом в департаментском совете корпорации врачей.

Ст. 76. Медицинская практика обычно включает составление врачом на основании медицинских констатаций, которые он может сделать, справок, свидетельств и документов, создание которых предписано законодательными и нормативными текстами.

Любые справка, рецепт, свидетельство или документ, выданные врачом, должны быть составлены на французском языке, разборчиво написаны, датированы, подписаны врачом; любой из этих документов должен давать возможность установления личности выдавшего документ врача. Врач может вручить пациенту перевод документа на его родной язык.

Ст. 77. В рамках непрерывного медицинского обслуживания любой врач обязан принимать участие в дневном и ночном дежурстве.

Департаментский совет корпорации врачей может, однако, освободить врача от этой обязанности, учитывая его возраст, состояние здоровья, а также, возможно, условия его практики.

Ст. 78. Будучи участником дежурной службы или службы неотложной помощи, врач должен принять все меры для того, чтобы с ним можно было срочно связаться.

Ему разрешается для облегчения его миссии установить на своем транспортном средстве табличку с надписью «врач неотложной помощи», устранив прочие надписи. Он должен убрать эту табличку по окончании своих функций в неотложной помощи.

Он должен проинформировать об оказанной помощи лечащего врача пациента, согласно условиям, предусмотренным ст. 59.

Ст. 79. Врачу разрешено указывать на бланках рецептов только следующие сведения:

1. Его имя, фамилия, служебный адрес, номера телефона и факса, дни и часы приема.

2. Фамилии компаньонов, если врач является членом ассоциации или общества.

3. Его положение относительно органов страхования на случай болезни.

4. Квалификация, присвоенная врачу в соответствии с установленным профессиональной корпорацией положением о квалификации, одобренным министром здравоохранения.

5. Дипломы, звания и должности, если они признаны Национальным советом корпорации врачей.

6. Сведения о членстве в официально признанном обществе, предусмотренные ст. 64 закона о финансах на 1977 год.

7. Почетные звания и награды, признанные Французской Республикой.

Ст. 80. В ежегодниках для клиентуры, распространяемых на любом носителе информации, врачу разрешается указывать только следующие сведения.

1. Имя, фамилия, служебный адрес, номера телефона и факса, дни и часы приема.

2. Положение относительно органов страхования на случай болезни.

3. Квалификация, признанная в соответствии с положением о квалификации, дипломы о дополнительном профессиональном образовании, профессиональные возможности, которыми он обладает.

Ст. 81. Табличка, расположенная по месту работы врача, должна содержать только следующие сведения: имя, фамилия, номер телефона, дни и часы приема, положение по отношению к органам страхования, признанные дипломы, звания и квалификации, в соответствии с пунктами 4 и 5 ст. 79.

Одна табличка может быть помещена при входе в здание, другая – на двери кабинета; при необходимости может быть предусмотрен промежуточный указатель.

Эти объявления должны быть представлены в сдержанной форме, соответствующей традициям профессиональной практики.

Если врач не является обладателем диплома, сертификата или звания, указанных в 1 пункте статьи L.356-2 кодекса здравоохранения, он должен во всех случаях, когда он упоминает свое положение и врачебную должность, указывать место и название университета, где он получил диплом, звание или сертификат, позволяющие ему заниматься медицинской практикой.

Ст. 82. Когда врач открывает практику или в его практике происходит изменение, он может поместить в прессе объявление, не имеющее рекламного характера, текст и условия публикации которого должны быть предварительно согласованы в департаментском совете корпорации.

Ст. 83. В соответствии со статьей L.462 кодекса здравоохранения, обычная медицинская практика в какой бы то ни было форме на предприятии, в учреждении или в организации, относящихся к компетенции частного права, в любом случае должна быть предметом контракта в письменной форме.

Этот контракт определяет взаимные обязательства сторон; в нем должно быть уточнено, какие возможности позволят врачу соблюдать положения данного кодекса.

Любой проект контракта может быть направлен в департаментский совет корпорации, который должен сообщить свои замечания в месячный срок.

Всякое соглашение или возобновление соглашения с одной из организаций, предусмотренных в первом абзаце, с целью медицинской практики, должно быть представлено в заинтересованный департаментский совет. То же касается дополнительных соглашений и внутренних регламентаций, если контракт на них ссылается. Совет проверяет, соответствует ли контракт положениям данного кодекса, а также основным условиям типовых контрактов, утвержденных либо по соглашению между национальным советом и заинтересованными организациями или учреждениями, либо в соответствии с законодательными и нормативными постановлениями.

Врач обязан подписать и передать в департаментский совет декларацию, согласно которой он дает честное слово, что он не умолчал ни о каком тайном документе или дополнительном соглашении, относящемся к контракту, подлежащему рассмотрению советом.

Ст. 84. Обычная медицинская практика в какой бы то ни было форме в рамках государственного административного органа, административно-территориального образования или государственного учреждения должна быть предметом письменного контракта, кроме случаев, когда врач является штатным государственным служащим или штатным служащим административно-террито-



риального образования либо государственного учреждения, а также случаев, когда он подчиняется законодательным и нормативным постановлениям, не предусматривающим заключения контракта.

Врач должен представить этот контракт в компетентную инстанцию корпорации врачей. Замечания, которые эта инстанция сочтет необходимым сформулировать, направляются в заинтересованный административный орган, а также врачу.

2. Практика среди частной клиентуры

Ст. 85. В принципе, врач должен иметь только один кабинет.

Дополнительный кабинет возможен в случае, когда врач регулярно или по обыкновению консультирует пациентов не в основном кабинете, а в другом месте. Создание или сохранение дополнительного кабинета в любой форме возможно только с разрешения заинтересованного департаментского совета корпорации.

Разрешение должно быть предоставлено в случае, если удаленность врача той же специальности наносит ущерб больным, и с условием обеспечения помощи в срочных случаях, качества и непрерывности медицинского обслуживания.

Разрешение имеет личный характер и не может быть уступлено другому врачу.

Разрешение ограничивается трехлетним сроком и может быть вновь предоставлено только в ответ на новое ходатайство, направленное на рассмотрение департаментского совета.

Разрешение может быть отозвано в любой момент и должно быть отменено при открытии кабинета врача той же специальности, если это даст возможность удовлетворить нужды больных.

Врач ни в коем случае не может иметь более одного дополнительного кабинета.

Положения этой статьи не препятствуют применению профессиональными объединениями врачей как лиц свободной профессии и членами этих объединений статьи 50 указа № 77-636 от 14 июня 1977 года и объединениями свободной практики — статьи 14 указа № 94-680 от 3 августа 1994 года.

Операции или исследования, проводимые по соображениям безопасности в специально приспособленном медицинском помещении или с использованием тяжелого оборудования, которое требует разрешения, не являются деятельностью, возможной в дополнительном кабинете.

Ст. 86. Врач или студент, замещавший коллегу в течение трех месяцев (независимо от того, прерывался ли этот срок), в течение двух лет не должен открывать свой кабинет там, где он может составить прямую конкуренцию коллеге, которого замещал, и врачам, являющимся его компаньонами, если только между заинтересованными ли-

цами не заключено соглашение, которое доведено до сведения департаментского совета.

При отсутствии соглашения между всеми заинтересованными лицами, для открытия кабинета необходимо разрешение департаментского совета корпорации.

Ст. 87. Врач не имеет права самостоятельно нанять другого врача или студента-медика для осуществления профессиональной практики.

Однако у врача может быть ассистент в случае исключительно большого наплыва населения в определенном регионе.

В таком случае, если ассистент является доктором медицины, разрешение должно быть предметом рассмотрения департаментского совета корпорации; если речь идет о студенте, разрешение дает префект, в условиях, определенных законом.

Положения данной статьи не препятствуют прохождению университетской практики студентами-медиками под руководством практикующего врача, в соответствии с законом.

Ст. 88. В отступление от первого абзаца статьи 87, врачу может ассистировать в его практике другой врач при исключительных обстоятельствах, в частности, в случае эпидемии или же временно, если это оправдано состоянием здоровья врача. Разрешение в порядке исключения дается департаментским советом на срок в три месяца с возможностью его возобновления.

Ст. 89. Врачу запрещается передавать заведование кабинетом коллеге.

Однако департаментский совет может разрешить на трехмесячный срок с возможностью однократного возобновления ведение кабинета скончавшегося врача его коллеге.

Ст. 90. Врач не должен открывать свою практику в доме, где уже практикует врач той же специальности без согласия этого врача или разрешения департаментского совета корпорации. В разрешении может быть отказано только по мотивам, связанным с риском внести путаницу для населения.

Ст. 91. Всякое общество или объединение врачей, имеющее целью профессиональную практику, должно быть предметом письменного контракта, уважающего профессиональную независимость каждого из компаньонов.

То же касается случаев, предусмотренных статьями 65, 87 и 88 данного кодекса.

Контракты и дополнительные соглашения должны быть представлены, согласно статье L.462 и последующим статьям кодекса здравоохранения, в департаментский совет корпорации для проверки их соответствия принципам настоящего кодекса, а также основным положениям типовых контрактов, установленных национальным советом (при наличии таковых).

Любое соглашение или контракт об объединении, имеющем профессиональные цели, между

одним или несколькими врачами, с одной стороны, и одним или несколькими представителями профессий здравоохранения, с другой стороны, должны быть представлены в департаментский совет корпорации врачей. Последний передает их со своей рекомендацией в национальный совет, который рассматривает вопрос об их соответствии действующим законам, кодексу врачебной этики и положению о независимости врачей.

Проекты соглашений или контрактов, разработанные с целью применения данной статьи, могут быть направлены в департаментский совет корпорации, который обязан сообщить свои замечания в месячный срок.

Врач должен подписать и представить в департаментский совет декларацию, согласно которой он дает честное слово, что не умалчивает ни о каком тайном документе или дополнительном соглашении, касающемся контракта, представленного на рассмотрение совета.

Ст. 92. Врач не может допустить в контракте, связывающем его с учреждением здравоохранения, где он призван занять важное положение, какое-либо условие, которое, ставя его вознаграждение или срок его работы в зависимость от критериев, связанных с рентабельностью учреждения, могло бы повлиять на независимость его решений или вызвать снижение качества его услуг.

Ст. 93. В кабинетах, объединяющих нескольких практиков, работающих совместно, независимо от их юридического статуса, медицинская практика каждого должна сохранять личный характер. Каждый практик сохраняет свою профессиональную независимость.

Следует уважать свободный выбор врача больным.

Не нарушая особых положений, касающихся объединений лиц свободных профессий или объединений свободной практики, если несколько объединившихся медиков практикуют в разных местах, каждый из компаньонов должен консультировать только в своем собственном кабинете, за исключением срочных случаев или дежурств.

То же касается случая регулярной взаимной замены в рамках ассоциации (объединения) врачей.

Врач может использовать документы с общим грифом ассоциации или профессионального объединения практиков, членом которых он является. Необходимо указывать при этом имя, фамилию и адрес лица, подписавшего документ.

Ст. 94. Во врачебных ассоциациях и совместных кабинетах запрещаются какие-либо общие платежи или распределение денежных сумм между практиками, кроме случаев, когда все компаньоны являются терапевтами или врачами одной специальности, и не исключая особых положений, касающихся объединений лиц свободных профессий и объединений свободной практики.

3. Практика врача как наемного служащего.

Ст. 95. Тот факт, что врач в своей профессиональной практике связан контрактом или законодательным положением с каким-либо административным органом, государственной или частной организацией, ни в коей мере не освобождает его от выполнения профессионального долга, в частности, от обязательств, касающихся профессиональной тайны и независимости решений врача.

Ни при каких обстоятельствах врач не может допустить ограничения независимости в своей медицинской практике со стороны предприятия или организации, в которых он работает. В действиях врача для него всегда остаются приоритетными интересы общественного здравоохранения, интересы людей и их безопасности на предприятиях или в организациях, где он практикует.

Ст. 96. С оговоркой, касающейся положений, применимых к учреждениям здравоохранения, за хранение медицинских досье несет ответственность врач, который начал их вести.

Ст. 97. Врач, работающий по найму, ни в коем случае не может допустить, чтобы его зарплата зависела от норм производительности, почасовой выработки или любых других условий, которые могли бы повлечь за собой ограничение или отмену его независимости либо снижение качества его услуг.

Ст. 98. Врачи, практикующие в частном или государственном лечебном или профилактическом учреждении, не могут использовать свое положение для привлечения клиентуры.

Ст. 99. Кроме срочных случаев или случаев, предусмотренных законом, медик, который обеспечивает профилактическое обслуживание какой-либо организации или учреждения, не имеет права оказывать там лечебные услуги.

Он обязан направить пациента, которого считает больным, к лечащему врачу или любому другому врачу по выбору пациента.

4. Практика медицинского контроля

Ст. 100. Врач, осуществляющий медицинский контроль, не может одновременно обеспечивать профилактическое обслуживание или (исключая срочные случаи) быть лечащим врачом того же лица.

Этот запрет распространяется на членов семьи больного, живущих вместе с ним, и, если врач практикует в каком-либо коллективе, на членов данного коллектива.

Ст. 101. Выполняя порученную ему миссию, проверяющий врач должен уклониться от ответа на вопросы, если они не касаются собственно медицинских методов, а также выходят за пределы его знаний, его возможностей или вынуждают его нарушить положения настоящего кодекса.



Ст. 102. Проверяющий врач должен проинформировать обследуемое лицо о своей миссии и о юридических рамках, в которых она осуществляется, и этим ограничиться.

Он должен быть предельно осторожным в своих высказываниях и не позволять себе каких-либо откровений или комментариев.

Он должен быть совершенно объективным в своих выводах.

Ст. 103. Если речь не идет о противоположных положениях, предусмотренных законом, врач, на которого возложен контроль, не должен вмешиваться в лечение или вносить в него изменения. Если после обследования он расходится с лечащим врачом в мнениях относительно диагноза или прогноза или если ему представляется, что коллега упустил какую-то важную или полезную для процесса лечения деталь, он должен лично сообщить об этом коллеге. В случае, если это сопряжено с какими-либо трудностями, он может поставить в известность департаментский совет корпорации.

Ст. 104. Врач, на которого возложена функция контроля, должен соблюдать тайну по отношению к обратившемуся к нему органу или учреждению. Он может и обязан предоставить ему лишь свои выводы административного порядка, без указания оснований медицинского порядка, которыми они мотивированы.

Сведения, содержащиеся в досье, составленных этим врачом, прямо или косвенно затрагивающие имена, не могут быть переданы ни посторонним по отношению к медицинской службе лицам, ни какой-либо другой организации.

5. Практика медицинской экспертизы

Ст. 105. Никто не имеет права быть врачом-экспертом и одновременно лечащим врачом того же больного.

Врач не должен соглашаться на проведение экспертизы, если она затрагивает его собственные интересы, а также интересы одного из его пациентов, близких, друзей или какого-либо коллектива, который он обычно обслуживает.

Ст. 106. Выполняя свою миссию, врач-эксперт должен уклониться от ответов на вопросы, не относящиеся, по его мнению, к собственно медицинским методам и выходящие за пределы его знаний и возможностей или вынуждающие его нарушить положения настоящего кодекса.

Ст. 107. Врач-эксперт, прежде чем он приступит к каким-либо действиям по экспертизе, дол-

жен проинформировать обследуемое лицо о своей миссии и о юридических рамках, в которых запрашивается его мнение.

Ст. 108. Составляя отчет, врач-эксперт должен сообщать только те детали, которые помогают получить ответ на заданные вопросы. Вне этих границ он обязан умолчать обо всем, что он мог узнать при проведении экспертизы.

Он должен удостоверить, что выполнил свою миссию лично.

Раздел V Разное

Ст. 109. Любой врач, принимаемый в корпорацию, должен заявить перед департаментским советом корпорации, что он ознакомился с данным кодексом, и обязаться его соблюдать под присягой.

Ст. 110. Любая декларация, намеренно неточная или неполная, представленная врачом в совет корпорации, может стать поводом для привлечения к дисциплинарной ответственности.

Ст. 111. Любой врач, изменяющий условия своей практики или прекращающий практику, должен поставить об этом в известность департаментский совет корпорации. Последний принимает к сведению эти изменения и информирует о них национальный совет.

Ст. 112. Все решения, принимаемые корпорацией врачей в связи с применением настоящего кодекса, должны быть мотивированы.

Решения, принимаемые департаментскими советами, могут быть отменены или аннулированы национальным советом либо в бесспорном порядке, либо по заявлению заинтересованных лиц, которое должно быть представлено в течение двух месяцев - срока официального извещения о решении.

Ст. 113. Указ № 79-506 от 28 июня 1979 года отменяется.

Ст. 114. Министру юстиции и министру здравоохранения и страхования на случай болезни поручается (каждому в касающейся его части) выполнение настоящего указа, который будет опубликован в «Журналь оффисьель» Французской республики.

Париж, 6 сентября 1995 года.

Премьер-министр: Ален Жюппе;

Министр здравоохранения: Элизабет Юбер;

Министр юстиции: Жак Тубон.

РЕЗОЛЮЦИЯ КОНФЕРЕНЦИИ «ЦЕРКОВЬ И ГОСУДАРСТВО В РЕШЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА»

В работе конференции приняли участие 68 человек из 17 епархий, расположенных на территориях Российской Федерации и Украины.

Конференция позволила участникам Рождественских чтений обсудить вопросы, связанные с охраной здоровья матери и новорожденного ребенка, душепопечением беременных женщин и молодых матерей. Особое внимание было уделено антивакцинальной проблематике, антисмокинг-вым программам и аллергическим заболеваниям в детской и подростковой среде.

По теме конференции было заслушано и обсуждено 14 докладов и сообщений.

Заслушав доклады и выступления, участники конференции:

- положительно оценили опыт и общий вектор взаимодействия Русской Православной Церкви с Министерством здравоохранения и социального развития РФ (на основе подписанного Соглашения о сотрудничестве), а также с научными и лечебно-профилактическими учреждениями в области охраны здоровья населения России и формирования здорового образа жизни;
- поддержали и рекомендовали к повсеместному использованию применяемую православными врачами и священнослужителями практику духовного окормления беременных и молодых матерей;
- выразили обеспокоенность тенденциями внедрения в отечественную систему семейных отношений идей и принципов т. н. «ювенальной юстиции», чреватой разрушительными последствиями для семьи и формирования ребенка как психически здоровой и нравственно цельной личности;
- поддержали систему государственных мероприятий по профилактике инфекционных и социально значимых заболеваний, в том числе по соблюдению выработанных к настоящему времени принципов вакцинации;
- признали целесообразным расширение практики взаимодействия научно-образова-



- поддержали взаимодействие с ассоциациями больных и душепопечительскими центрами Русской Православной Церкви;
- в целях сохранения психического и нравственного здоровья семьи и подрастающего поколения поддержали инициативу о создании экспертных этических комиссий при СМИ.

Участники конференции выразили благодарность Отделу по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви, его Председателю митрополиту Воронежскому и Борисоглебскому Сергию и сотрудникам за высокий уровень организации и проведения конференции.

ИТОГОВЫЙ ДОКУМЕНТ КРУГЛОГО СТОЛА «ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ В ЕПАРХИЯХ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ»

В рамках Пятого направления XVIII Международных образовательных рождественских чтений 28 января 2010 года в Отделе по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви под председательством главного терапевта Российской Федерации, академика РАМН А.Г. Чучалина состоялось заседание круглого стола на тему: «Перспективы деятельности Общества православных врачей в епархиях Русской Православной Церкви».

В работе круглого стола приняли участие 53 человека из Австрии, России, Украины и Франции. В рамках круглого стола было заслушано и обсуждено 4 доклада.

Заслушав доклады и выступления, участники круглого стола:

- положительно оценили общий вектор развития деятельности Общества православных врачей России;
- рекомендовали руководству ОПВР активизировать работу по открытию своих региональных отделений в тех епархиях Русской Православной Церкви (на территории Российской Федерации), в которых их еще нет;
- поддержали идею о развитии двусторонних отношений с обществами православных врачей, осуществляющими свою деятельность на Украине и в Белоруссии;
- отметили важность оказания (в случае необходимости) организационной, консультативной и методической помощи православным врачам, проживающим и работающим в

Азербайджане, Казахстане, Молдове, странах Балтии и республиках Средней Азии;

- просили руководство ОПВР обратиться в оргкомитет Рождественских чтений с просьбой о проведении в рамках последующих Рождественских чтений единого пленарного заседания для секций, связанных с медициной, биоэтикой и социальным служением, под эгидой Синодального отдела по церковной благотворительности и Общества православных врачей России на базе РАМН с последующим проведением секционных заседаний на различных площадках;
- в связи с распространением псевдонаучной литературы по медицинской тематике через приходские и монастырские книжные лавки, предложили руководству Общества православных врачей России проведение медицинской экспертизы подобного рода книжной продукции, которая реализуется через канонические подразделения Русской Православной Церкви (по согласованию с Издательским Советом Русской Православной Церкви и Синодальным Информационным отделом).

Участники круглого стола выразили благодарность Председателю Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви митрополиту Воронежскому и Борисоглебскому Сергию и его сотрудникам за понесенные труды по организации и проведению круглого стола.





**ВОПРОСЫ
БИОМЕДИЦИНСКОЙ
ЭТИКИ**



ЗАЯВЛЕНИЕ ЦЕРКОВНО-ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПО БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ МОСКОВСКОГО ПАТРИАРХАТА «О ПРАВОВОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ МЕТОДОВ ИСКУССТВЕННОГО РАЗМНОЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА»

Утверждение правовой регламентации применения методов искусственного размножения человека, или экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), – актуальная задача для российского общества. Искусственное размножение человека, наряду с такими современными биомедицинскими технологиями, как трансплантация и генетика, требует специального регулирования. Неуправляемое применение этих методов несет отрицательное последствие для социума. В первую очередь регламентации требуют такие основные вопросы:

- Кто может использовать методы искусственного размножения?
- Каков статус искусственно созданного эмбриона человека?
- Какое количество эмбрионов должно быть создано «в пробирке», подсажено в матку и рождено?
- Допустимы ли эксперименты над эмбрионами человека и их массовое использование в качестве сырья для других технологий?

К сожалению, в проекте Федерального закона «Об охране репродуктивного здоровья населения РФ», который обсуждался в декабре 2009 г. в Государственной Думе, ответы на эти вопросы вступают в противоречие не только с традиционными нравственными ценностями, но и с современными представлениями о правах человека. Это относится к утверждаемому в законе праву людей, не состоящих в браке, использовать методы искусственного оплодотворения. Таким образом, «закон» не только создает предпосылки для разрушения традиционной семьи, но и попирает права детей иметь мать и отца, воспитываться в полноценных семьях.

Вопрос о статусе эмбриона человека, т. е. жизни человека на ранней стадии ее развития, решается путем разрешения купли-продажи эмбрионов человека. На каком основании в России осуществляется законодательное утверждение права на торговлю человеческой жизнью?

Детальная аргументация морально-этической неприемлемости методик ЭКО содержится в Основах социальной концепции Русской Православ-

ной Церкви (2000 г.), а также в заявлениях Церковно-общественного совета по биомедицинской этике Московского Патриархата «О нравственных проблемах, связанных с развитием «новых репродуктивных технологий», «О негативных последствиях государственного финансирования методик искусственного оплодотворения».

Закон РФ, который будет регулировать применение методик искусственного оплодотворения, должен быть морально выверен и не вступать в противоречие с традиционным нравственным сознанием народов России, с принципами права, с научными представлениями о начале и стадиях развития человеческой жизни. На основании вышесказанного мы полагаем, что закон, который призван регулировать применение методик ЭКО, должен предусматривать:

1) применение методик ЭКО без уничтожения «лишних» человеческих эмбрионов (например, 3 эмбриона культивируют, их же переносят в полость матки и вынашивают);

2) применение методик ЭКО исключительно для супружеских пар, при обязательном получении их информированного согласия, включающего ознакомление с возможными осложнениями от применения этой процедуры для здоровья детей;

3) применение методик ЭКО только при наличии медицинского заключения о бесплодии у жены или мужа;

4) исключение возможности использования эмбрионов человека, созданных методами ЭКО, в экспериментах и в качестве сырья для извлечения стволовых клеток.

Церковно-общественный совет по биомедицинской этике Московского Патриархата считает неприемлемым куплю-продажу донорских половых клеток и эмбрионов человека.

Церковно-общественный совет по биомедицинской этике Московского Патриархата полагает, что проект закона «Об охране репродуктивного здоровья населения РФ», в случае его принятия, будет иметь разрушающее воздействие на общественные отношения, олицетворяя собой пример вопиющего противостояния права и морали.

НЕСКОЛЬКО СЛОВ ОБ ЭВТАНАЗИИ (ДУХОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ МЕДИЦИНСКОГО САМОУБИЙСТВА)



**Протоиерей
Сергий
ФИЛИМОНОВ,**
кандидат
богословия,
д. м. н., проф.

Святитель Николай Сербский пишет: «Человек ненавидит того, против кого грешит. Сначала боится его, а потом ненавидит... Человек, ослепленный ненавистью к другому человеку, помышляет об убийстве. Но поскольку убийство Бога невозможно, то ослепленный ненавистью к Богу человек вместо убийства использует кажущееся ему равносильным убийству – отрицание Бога. Между тем, это равносильно лишь самоубийству».

Рассматривая через призму сказанного эвтаназию, можно понять мировоззрение больных людей, прибегающих к этому отчаянному средству. Совершая по жизни грехи, человек приходит к такому душевному состоянию, когда ему необходимо совершить сознательный и свободный выбор: слушать дальше укоры неспокойной совести или заглушить ее и жить спокойно в этом мире, особенно не переживая своих дурных поступков. Перешагнув через совесть, человек все равно будет периодически испытывать ее обличения и угрозы, поэтому он начинает выстраивать свою внутреннюю систему, если хотите – свою «философию» для самозащиты. Но от кого? От Бога, от гласа Божия в своем сердце. Постепенно помрачась и ожесточаясь, человек начинает роптать на жизнь, на Бога и испытывать ненависть к ним. Следующий шаг – полное вычеркивание Бога из своей жизни, т. е. духовное самоубийство. Поэтому «эвтаназию» как одной из разновидностей телесного самоубийства предшествует самоубийство духовное. Для человека, душа которого погибла еще при этой жизни, жизнь как таковая не представляет особой ценности и не является даром Божиим. «Поэтому Церковь, оставаясь верной соблюдению заповеди Божией «не убивай» (Исх. 20. 13), не может

признать нравственно приемлемыми распространенные ныне в светском обществе попытки легализации так называемой эвтаназии, то есть намеренного умерщвления безнадежно больных (в том числе по их желанию). Просьба больного об ускорении смерти подчас обусловлена состоянием депрессии, лишаящим его возможности правильно оценивать свое положение. Признание законности эвтаназии привело бы к умалению достоинства и извращению профессионального долга врача, призванного к сохранению, а не к пресечению жизни» (*Основы социальной концепции Русской Православной Церкви*).

Для православного христианина характерно такое понимание смысла жизни: мы рождаемся в этот мир и живем для того, чтобы умереть, а умираем для того, чтобы вечно жить с Богом. В соответствии с этим смерть воспринимается как небольшой этап, часть продолжения жизни – не как точка в его бытии, а как запятая. Тогда возникает примирение с судьбой, не как воля, беспомощно и безропотно бредущего на бойню смерти, а как измученного сына, радостно – через смерть, как последнее препятствие – спешащего в объятия Отца.

Святитель Николай советует: «Не поддавайся распространенной иллюзии, которую называют «борьбой за жизнь». Это выражение имеет смысл лишь в том случае, когда означает «борьбу за Бога»; во всех остальных случаях оно бессмысленно. «Борьба за жизнь» означает борьбу за как можно более продолжительное существование тела здесь – на земле. И это, следовательно, борьба не за жизнь, а за тело... Жизнь не завоевывается, жизнь по доброй воле дается Дарителем жизни. У тех, кто ведет борьбу за жизнь, не думая о Боге, как Источнике жизни, Бог отнимает свою жизнь и оставляет их, как пустые горшки. Поэтому в Социальной



«Человек ненавидит того, против кого грешит. Сначала боится его, а потом ненавидит... Человек ослепленный ненавистью к другому человеку, помышляет об убийстве. Но поскольку убийство Бога невозможно, то ослепленный ненавистью к Богу человек вместо убийства использует кажущееся ему равносильным убийству – отрицание Бога. Между тем, это равносильно лишь самоубийству»

Святитель Николай СЕРБСКИЙ



место должна занять паллиативная помощь (обезболивание, уход, социальная и психологическая поддержка), а также пастырское попечение. Все это имеет целью обеспечить подлинно человеческое завершение жизни, согретое милосердием и любовью.

Православное понимание непостыдной кончины включает подготовку к смертному исходу, который рассматривается как духовно значимый этап жизни человека. Больной, окруженный христианской заботой, в последние дни земного бытия способен пережить благодатное изменение, связанное с новым осмыслением пройденного пути и покаянным предстоянием перед вечностью. А для родственников умирающего и медицинских работников терпеливый уход за больным становится возможностью служения Самому Господу, по слову Спасителя: «Так как вы сделали это одному из братьев Моих меньших, то сделали Мне» (Мф. 25. 40). Соккрытие от пациента информации о тяжелом состоянии под предлогом сохранения его душевного комфорта нередко лишает умирающего возможности сознательного приуготовления к кончине и духовного утешения, обретаемого через участие в Таинствах Церкви, а также омрачает недоверием его отношения с близкими и врачами.

Предсмертные физические страдания не всегда эффективно устраняются применением обезболивающих средств. Зная это, Церковь в таких случаях обращает к Богу молитву: «Разреш раба Твоего нестерпимыя сея болезни и содержащая его горькия немощи и упокой его, идеже праведных души» (Требник. Молитва о долгострадающем)...

Эвтаназия является формой убийства или самоубийства, в зависимости от того, принимает ли в ней участие пациент. В последнем случае к эвтаназии применимы соответствующие канонические правила, согласно которым намеренное самоубийство, как и оказание помощи в его совершении, расцениваются как тяжкий грех. Умышленный самоубийца, который «соделал сие от оби-





ды человеческой или по иному какому случаю от малодушия», не удостаивается христианского погребения и литургического поминовения (Тимофея Алекс. прав. 14).

«Самоубийство – это не сокращение страданий, а продление.

Пчела, которая перебирается из одного улья в другой, становится нежелательной для двух сторон: для улья, из которого она бежала, и для улья, к которому она прибилась.

Самоубийство – это попытка бегства из этого царства жизни. Но беглеца никакое царство не принимает радушно.

Убийство – это опосредованное покушение на жизнь, самоубийство – непосредственное покушение на жизнь. Убийство – это выражение частичного презрения к жизни, самоубийство – выражение крайнего и полного презрения к жизни. Убийство – нападение на человека как человека, самоубийство – нападение на жизнь как жизнь.

Убийство само по себе представляет также род самоубийства, поскольку жизнь твоя и твоего соседа – это одна жизнь. Но убийством ты намереваешься убить часть жизни, которая может защи-

щаться от тебя, тогда как самоубийством ты намереваешься убить часть жизни, которая от тебя не может защититься. Да, жизнь в твоём соседе может защититься от тебя, а жизнь в тебе совершенно беззащитна со стороны тебя. А убийство того, кто беззащитен, влечет за собой кару и мучения во всех царствах жизни» (*Свт. Николай Сербский*).

Однако в отношении самоубийства в Православной Церкви существует вариант икономии (исключения). Учитывается и анализируется состояние психики человека, уровень эффективности и обстоятельства, на основании которых принимается окончательное решение. В этих случаях наличие психического заболевания самоубийцы должно быть подтверждено документально. «Вместе с тем необходимо помнить, что вину самоубийцы нередко разделяют окружающие его люди, оказавшиеся неспособными к действительному состраданию и проявлению милосердия. Вместе с апостолом Павлом Церковь призывает: «Носите бремена друг друга, и таким образом исполните закон Христов» (Гал. 6. 2)» (*Основы социальной концепции Русской Православной Церкви*).



ВЗАИМООТНОШЕНИЕ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»: ОСНОВНЫЕ МОДУСЫ СИСТЕМЫ И КРИТЕРИИ ИХ КЛАССИФИКАЦИИ

Взаимоотношения между врачом и пациентом – традиционный предмет профессиональной этики врача.

Какими должны быть эти отношения? Как они отличаются от повседневных отношений между людьми? Как научиться общаться с пациентом так, чтобы это общение формировало у пациента чувство доверия ко врачу, помогало врачу достичь желаемого терапевтического результата, не травмировало врача, работающего с «трудными больными».

*В литературе часто встречается мнение о существовании двух основных моделей отношения «врач-пациент» – патернализм и информированное согласие. В реальности же взаимоотношение «врач-пациент» – более сложная система, включающая в себя различные уровни и формы. С нашей точки зрения, для фиксирования этих уровней и существования связи между различными типами и формами системы отношений более точным будет использование термина «модус». Модус (от лат. *modus* – мера, образ, способ) – это свойство и способ отношений в определенных состояниях и в различных условиях. Модус – это составная часть системы отношений, которую надо учитывать, чтобы координировать общее состояние системы. В системе отношений, в нашем случае в реальных взаимоотношениях «врач – пациент», могут сосуществовать, присутствовать одновременно несколько модусов.*

Мы предлагаем различать 7 модусов. В основе такой классификации лежат различные критерии, различные уровни рассмотрения отношения «врач – пациент». Рассмотрим последовательно каждый из существующих модусов, или типов, отношений.



И. В. СИЛУЯНОВА,
заведующая кафедрой
биомедицинской этики
Российского государственного
медицинского университета, профессор,
доктор философских наук

1. В какой цивилизации мы живем? Цивилизационный модус отношения «врач – пациент»

В мировой медицине существует ряд традиций врачевания, которые непосредственно связаны с особенностями тех цивилизаций, в которых они сформировались и существуют.

К древнейшим цивилизациям относятся восточные страны, в которых были сформированы древнекитайская медицина, тибетская медицина, со своими мировоззренческими принципами и методами лечения. Один из основных принципов восточной медицины – не позволить человеку заболеть.

В центре западноевропейской цивилизационной традиции находятся принципы механистического понимания человека, с определяющим значением данных лабораторий, анализов, просвечиваний, рентгеновских снимков, измерений и подсчетов. Эта тенденция сохраняется и в современной медицине, которая все более превращается в практически научно-техническое производство, в котором главное – организационно справиться с потоком больных, провести обследование с использованием новейших технических средств, поставить диагноз и провести лечение, опять же в строгом соответствии со стандартами диагностики и лечения.

Но если еще в XIX веке точность диагноза зависела от искусства врача-клинициста, то в XX



веке постановка диагноза предельно формализуется результатами конкретных исследований и автоматизируется. На этой тенденции формируется стремление к строгой стандартизации лечения, клиническое мышление врача вытесняется четкими инструкциями, стандартами диагностики и лечения. Эти установки – логичное воплощение в современную медицинскую практику технократичной, механистической модели западной цивилизации.

Многие отечественные врачи тем не менее отмечают отличие этих западных тенденций от традиций русской медицины с ее основным принципом: «лечить не болезнь, а больного».

Согласно этому принципу, врач ориентируется на проведение индивидуальной терапии конкретного больного с учетом всей неповторимости и пациента и его болезни. Каждый пациент неповторим не только своими достоинствами, но и своими недостатками, ошибками, заблуждениями, грехами, своим неправильным отношением к себе, к людям, верным или неверным пониманием смысла и предназначения своей жизни.

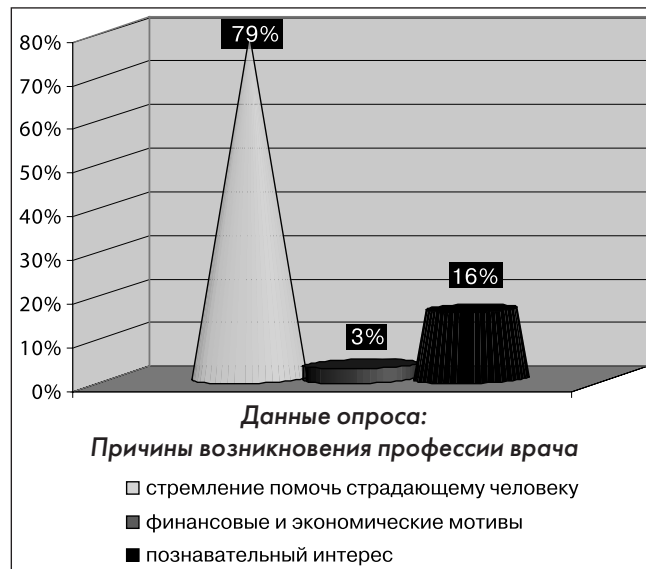
Отношение к пациенту как к индивидуальной личности, а не как к «растению» или «механизму» – принципиально в контексте христианской этики и антропологии. В этом контексте врач осуществляет волю Бога к исцелению и спасению человека.

Только до конца осознав сущность человека и его болезни в их органической целостности с Божественным мироустроением, врач может выполнить свое призвание – вести страдающего человека к исцелению. Для каждого христианина очевидно, что врач призван быть носителем и проводником любви и милосердия Бога к человеку.

Ведь главное для Бога – милость Свою нам явить – вот Его желание (МФ., 9, 13; 12, 7). В целом для христианской цивилизации характерен образ «врача-проводника» – проводника милости Бога к человеку. Врач исполняет Волю Божию и через исполнение этой Воли осуществляет свое призвание. Бог призывает врача служить людям. Это призвание – дар от Бога. Это дар возможности и даже обязательства великого подвига – служения страдающим и немощным ближним. В этом служении врач оказывается со-участником в деле Божественного милосердия и спасения людей.

2. Моральный критерий отношения врача с пациентом и патернализм как основной тип отношения «врач – пациент»

Система отношений между врачом и пациентом, которая получила название «патернализм», была сформирована моральными критериями – стремлением помочь страдающему человеку, желанием оказывать помощь людям.



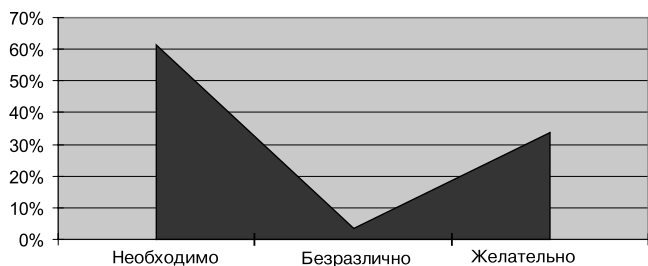
Патернализм – это классический тип взаимоотношения между врачом и пациентом, который пользуется в профессиональной врачебной этике абсолютным признанием на протяжении более двадцати столетий. Его суть фиксируется в корне понятия – слове «pater» (лат. – отец). Врач, как отец, заботящийся о своем ребенке, сострадает больному, помогает ему, принимает решение о лечении, берет ответственность за принимаемые решения. Уже в «Клятве» Гиппократов присутствует патерналистская установка в положении об управлении процессом лечения, режим которого определяется сообразно с силами и разумением врача в интересах и для пользы больного¹.

В истории европейской культуры патернализм, как норма отношения «врач – пациент», приобретает фундаментальные основания в христианской морали. В профессиональной врачебной этике на протяжении более двадцати столетий никогда и никем не оспаривалось значение ценностей милосердия, сострадания, заботы, помощи, которые составляли краеугольное основание морально-нравственного отношения врача к больному страдающему человеку. Но в христианстве роль «отца», которую призван выполнить врач, включает не столько «физический», точнее, физиологический, кровно-родственный, сколько смысл «мета-физический», моральный. Именно этот моральный смысл определяет, что врачевание, как никакое другое служение (за исключением священства), предоставляет неограниченные возможности для проявления любви к болящему и страждущему человеку.

«Служение врача есть служение любви и сострадания... Мы должны любить наших пациентов»².

И здесь для практического врача возникает главный вопрос: что же такое любовь к пациенту в ее подлинном профессиональном смысле?

В современной культуре распространено понимание любви в трех смыслах – как чувственное пристрастие, как родственная связь, как личная



Данные опроса:
Какое значение для Вас имеет доверие пациента?

симпатия³. Подлинное же профессиональное содержание отношения врача к пациенту заключено в христианском смысле любви. Именно он означает, что любовь – это направление воли, определяемой рассудком и состраданием, это сознательное служение ближнему, самоотдача и признание необходимости подчинения себя интересам пациента.

Возникает вопрос: почему же именно этот христианский смысл любви верный и истинный, а потому и следовать ему в практической врачебной деятельности необходимо? Ответ прост. Потому, что такая любовь исцеляет. Почему же именно она обладает этим свойством? Потому, что такая любовь подобна любви Бога к людям и страждущему человеку.

«Бог есть любовь» (Ин. 4,8,16), «... любовь от Бога» (1Ин. 4,7). Любовью устроен мир, в том числе и мир человеческих сердец, мир человеческих отношений. Болезни тела – это нарушение целостности функционирования организма, сбой в работе системы, разрыв в гармонично устроенном человеке. Среди этих сбоев и разрывов не последнее место занимает потеря гармонии отношений к себе самому, к людям, к Богу. Как правило, это отравление души ядом зла, ненависти, гордости, равнодушия. Любовь, внимание, забота врача о пациенте – это лекарство, очищающее его душу от «гноения злобы». Это первый и важнейший шаг к восстановлению созданного Богом устройства чело-



Данные опроса:
Ставите ли Вы перед собой задачу выработать симпатию к пациенту, полюбить его?

века, порядка, гармонии, мира душевного, находящегося в прямой связи с порядком и устройством телесным. «Возлюбленные! будем любить друг друга, потому что любовь от Бога» (1 Ин. 4,7), «очищающего вся беззакония твоя, исцеляющего вся недуги твоя, избавляющего от истления живот твой» (Пс. 102, 3, 4).

Патерналистские традиции врачебной этики – это результат осмысления сложного межличностного отношения между врачом и пациентом в лечебной практике, это результат осознания целей и задач врачевания, независимо от места и времени их осуществления. Патернализм является не просто отражением специфических отношений частной области деятельности людей в некую конкретно-историческую эпоху, он соответствует подлинной сущности человека, глубоко коренясь в самой природе человеческих взаимоотношений.

3. Юридический, правовой критерий отношения врача с пациентом и модус «информированное согласие»

Возникновение понятия «информированного согласия» было связано с определенным порядком судебных разбирательств дел о возмещении вреда, причиненного небрежным лечением в судопроизводстве США. Именно в США в 50–60-х годах возникает сам термин *informed consent* и соответствующая ему практика признания обязанности врача сообщать пациенту о риске медицинского вмешательства, об альтернативных формах лечения, прежде чем он даст согласие на медицинское лечение.

Введение «информированного согласия» подчинено определенным и объективным процессам. В России к объективным процессам, безусловно, относятся реалии страховой медицины. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» легализует «услуги по программе добровольного медицинского страхования». Ст. 50 Гражданского Кодекса РФ легализует систему предоставления платных медицинских услуг. Но поскольку услуги добровольного медицинского страхования и платные медицинские услуги являются элементами «рыночных», т. е. финансово-экономических отношений, постольку претензии и споры, возникающие между пациентом и врачом по поводу качества оказания медицинских услуг, разрешаются в судебном порядке.

Количество судебных исков, связанных с неудовлетворенностью пациентом качеством оказания медицинской помощи, с неблагоприятным исходом медицинского вмешательства, с дефектом оказания медицинской услуги, неуклонно растет. При этом нельзя не отметить принципиальные отличия платных медицинских услуг от любых дру-

гих услуг, предоставляемых потребителю современным рынком. Медицинские услуги, во-первых, касаются важнейших ценностей – жизни и здоровья человека; во-вторых, включают фактор обоснованного риска со стороны врача; в-третьих, не гарантируют определенных конечных результатов медицинского вмешательства.

В связи с этим принцип «информированного согласия» может быть рассмотрен как искомая и, наконец, найденная форма правовой защищенности рисков врача, не застрахованного от так называемых «врачебных ошибок». В этих условиях принцип информированного добровольного согласия пациента выступает как правовая основа взаимоотношений «врач – пациент», делая врача более защищенным при исковом заявлении пациента. Более того, можно утверждать, что «информированное согласие» становится формой обеспечения правовой защи-

Информированное согласие

Защита пациента	Защита врача
Предоставление пациенту полной информации о заболевании и о методах лечения	От претензий о насильственном медицинском вмешательстве
Право выбора пациентом медицинского вмешательства	В США – от ответственности за неблагоприятный исход лечения
Последующее информирование о ходе и результатах лечения	В России – от необоснованных исков пациента

щенности врача, значительно ослабляя при этом правовые позиции пациента.

Принятие модуса «информированного согласия», как единственной формы взаимоотношения

между врачом и пациентом, без учета патернализма, значительно «охлаждает» традиционную морально-этическую теплоту и искренность взаимоотношений между врачом и пациентом. Ориентация только на модус «информированного согласия» чревата возникновением определенной отчужденности их отношений, что не способствует преодолению препятствий во взаимопонимании. Этим может быть нанесен немалый урон достижению психологически дружественного контакта, тому «лечебному альянсу», от которого в значительной степени зависит успешность лечения. Так, например, в США, где модель «информированного согласия» получила широкое распространение, с середины XX века идет активный процесс создания новой врачебной специальности – «семейный врач». За этим стоит признание факта технократизации, отчуждения, «ухода» врача от больного и признание значения моральных отношений между врачом и пациентом.

4. Критерий «автономии пациента» и модели отношения «врач – пациент» по Р. Витчу, Е. и Л. Эсмануэль (США). Пермисивистский модус.

К пермисивистскому модусу относятся такие модели, как «модель коллегиального типа», «модель контрактного типа» Р. Витча и «интерпретационная модель» и «совещательная модель» Е. и Л. Эсмануэль.

Например, модель контрактного типа Р. Витча – это модель, основанная на контракте или соглашении. Здесь врач и пациент действуют на основе взаимных обязательств, договоренностей и ожидаемой взаимной выгоды. В отношениях, ос-



нованных на контракте, врач признает, что за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой.

У интерпретационной модели по Е. и Л. Эсмануэль много общего с моделью информированного согласия, но есть и отличие. Интерпретационная модель – это максимальное расширение возможностей информирования. При этом детально выясняются требования больного, а также выбор доступных медицинских вмешательств, реализующих эти требования с максимальной эффективностью. Интерпретационная модель обязует врача как можно более полно информировать больного о состоянии его здоровья, риске и пользе возможных вмешательств. На основании предоставленных данных и при активном содействии врача в интерпретации этих данных пациент выбирает метод лечения.

В каждой из этих моделей есть свое рациональное зерно. Тем не менее, их главное общее свойство – воинствующий антипатернализм. Основной упрек патернализму сводится к главному – патернализм ограничивает свободу пациента. Причем эта «свобода пациента» понимается либерально: как право на своеволие, ничем и никем не ограничиваемое. Неудивительно, что такое (по сути ложное) понимание свободы вообще и «свободы пациента» в частности оборачивается несвободой для врача. К негативным последствиям предлагаемых «моделей» можно отнести явление пермиссивизма в медицине (от лат. *permissio* – повинование, позволение), т. е. превращение врача в лицо без нравственных принципов, во «врача-исполнителя», повинующегося и выполняющего желания пациента в любом диапазоне от эвтаназии и аборта и в любой форме от совещания до контракта.

5. Нозологический модус отношения врача с пациентом

Критерием нозологического типа отношения врача с пациентом является сущность и характер отдельных заболеваний пациентов. Любой вид медицинской специальности реализует общие основы отношения «врач – больной». Но вместе с тем каждая медицинская специальность – хирургия, терапия, онкология, психиатрия и т. д. – имеет свои особенности отношения с пациентом по основанию той патологии и тех отдельных болезней, которыми страдает пациент и на которые направлена лечебная деятельность врача.

Так, например, отношение «хирург – пациент» связаны с особенностями хирургического больного, которые включают, как правило, типичное отношение пациента к хирургам. Ни к одной другой врачебной специальности не фиксируется у пациента такая степень страха и боязни, как к вра-

чу-хирургу. Такое отношение определяется двумя основными и объективными факторами:

- постоянным присутствием операционного риска (в той или иной степени);
- отсутствием абсолютной гарантии успеха операционного вмешательства.

Повышенные страхи больного, его боязнь операционного вмешательства порождаются объективными факторами. В силу этого основная задача врача – хирурга – преодоление данных эмоциональных состояний больного. Хирургических пациентов надо специально, порой длительно готовить к операции, используя различные методы, включая беседы, внушение, медикаменты. Эта задача чрезвычайно важная, так как от ее решения в значительной степени зависит исход всего лечения.

Безусловно, отличаются особенностями отношения врача и пациента в онкологии. С онкологией в первую очередь связан тяжелейший моральный фон этих отношений. Для онкологического больного характерны не просто страх или боязнь, как для хирургического больного, но и состояния крайнего отчаяния. Они вызваны двумя причинами: убеждением большинства людей в неизлечимости рака и ожиданием неизбежности невыносимых страданий, сопровождающих это заболевание. При этом угнетенное состояние психики, страх, депрессия, неадекватное поведение вызваны не особенностями характера пациента, а формами проявления болезни и требуют адекватного отношения врача. В то же время глубочайшие переживания онкологических больных не могут не отражаться на врачах, которые испытывают ежедневное моральное и эмоциональное перенапряжение. Специалистами фиксируется две крайние формы отношения врачей-онкологов к пациентам. Первая – активное сопереживание, потеря хладнокровия, переживание состояния «перехлеста эмоций». Типичной в этом случае является ситуация «совместных рыданий». По последним данным, слезы врачей – не редкость в медицинской среде, особенно это относится к молодым специалистам. Например, по данным опроса, проведенного в Гарвардской медицинской школе – 69% студентов-медиков и 79% интернов признались, что плакали в процессе медицинской практики⁴. Вторая форма – появление равнодушия и как результат – «соскок» в безразличие даже к летальным исходам после выполненных ими операций. Перечисленные формы – две крайности, предохранить себя от которых должен уметь врач-онколог. К сожалению, в процессе обучения медиков досконально изучаются симптомы рака, но будущие врачи не обучаются навыкам морально-эмоционального управления собой в профессии. Так, врач должен уметь избежать двух ошибочных форм общения с пациентами. Первая связана с навязчивым оптимизмом, т. е. с настойчивыми



НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ МОДУС



попытками внушения возможности непременно излечения больного. Вторая – с пессимизмом и запугиванием пациента. Правильное отношение врача к пациенту – ориентировка на серьезность положения, необходимость обследований и длительное лечение.

Врач-онколог должен ориентировать себя на доброжелательную и терпеливую заботу, уметь взять на себя решение двух задач – сопротивление не только соматическим, но и морально-психическим недугам пациента.

Психиатрические заболевания, как никакие другие, требуют особого этического отношения врача к пациенту с психиатрической патологией. Во-первых, это имеет отношение к самому процессу постановки диагноза. Во-вторых, к недобровольному характеру оказания помощи больному в психиатрии, который является травмирующим фактором как для пациента, так и для самого врача. В-третьих, это относится к особой беззащитности пациентов, в случае слабоумия, острых психозов, когда пациенты могут быть подвергнуты различным манипуляциям, даже со стороны своих законных представителей. В-четвертых, врач должен уметь достичь баланса интересов пациента и общества.

Перечисленные особенности определяют и специальные требования к психиатру, который должен обладать рядом необходимых личностных качеств. Об этих качествах врача-психиатра говорил еще в начале XX века известный отечественный психиатр П.И. Ковалевский (1849–1923) в «Руководстве к правильному уходу за душевными больными»: «Обращение с больными в боль-

нице должно быть всегда человеколюбивое, мягкое, кроткое и терпеливое. Прежде всего необходимо приобрести доверие своих больных; а приобретают его только теплым участием, терпением, ласковым обращением, исполнением разумных желаний, готовностью оказать добро и строгую справедливость по отношению ко всем больным. Ложь, обман и хитрость не имеют место в обращении с этими больными. Они слишком чутки даже к искусственности и очень не любят человека, который только прикидывается добрым»⁵.

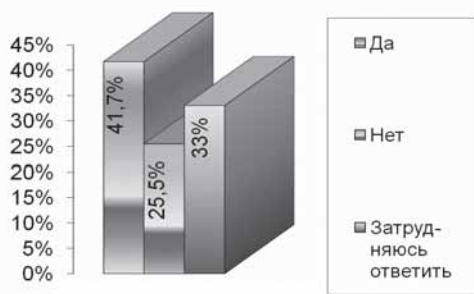
6. Финансовый модус отношения врача с пациентом

Финансовые отношения неизбежно возникают между врачом и пациентом, независимо от того, в каком типе лечебного учреждения – государственном, частном и т. д., или в какой форме финансирования (частной, бюджетной и т. п.) они осуществляются.

Кафедра биомедицинской этики в 2008 году провела социологический опрос пациентов Москвы по широкому спектру вопросов об их отношении к врачам, включая и вопросы, связанные с финансовыми аспектами их отношений. В данном опросе приняли участие 463 пациента московских больниц.

На вопрос: должен ли с Вашей точки зрения, пациент индивидуально благодарить врача материально (подарками или деньгами) за лечение?

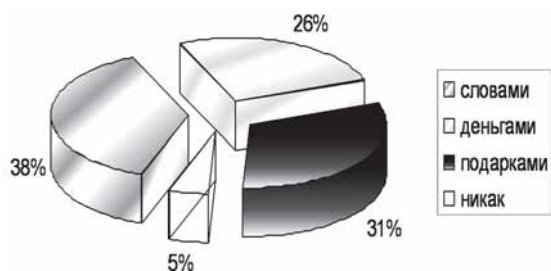
1. «да» ответили 42% пациентов;
2. «нет» – 25%;
3. затруднились с ответом – 33%.



Данные опроса:
 Должен ли пациент индивидуально благодарить врача материально (подарками или деньгами) за лечение?

На вопрос: как Вы обычно благодарите врача? – получены следующие ответы:

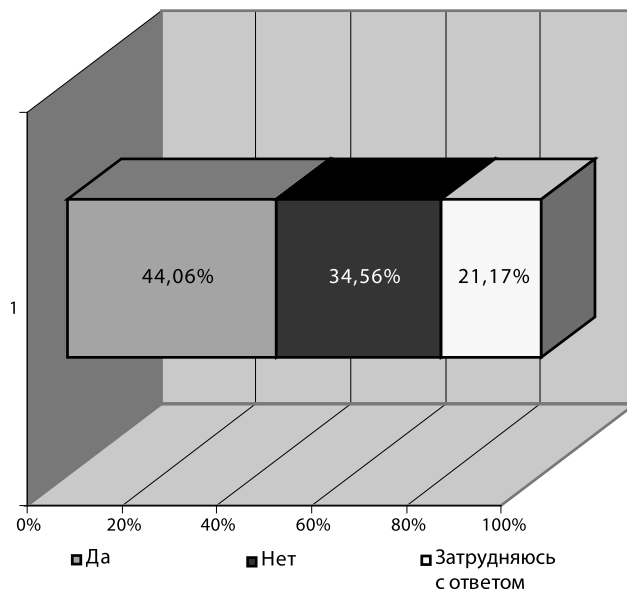
1. словами – 38% пациентов;
2. деньгами – 26% пациентов;
3. подарками – 31% пациентов;
4. никак – 5% пациентов.



Данные опроса:
 Как Вы обычно благодарите врача?

Финансовые отношения в медицине в России регулируются законодательно. Статья 575 Гражданского кодекса РФ гласит: «Не допускается дарение, за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает пяти установленных законом МРОТ (минимальных размеров оплаты труда), работникам лечебных учреждений гражданами, находящимися в них на лечении, ... супругами и родственниками этих граждан». Данная статья ГК, в совокупности с другими правовыми нормами, позволяет сделать следующие выводы.

И в правовом и в этическом контексте, прежде всего, различаются собственно благодарность и взятка или «коммерческий подкуп» в терминологии Уголовного кодекса Российской Федерации (ст. 204). Главное отличие – время и размер денежного вознаграждения. Денежное вознаграждение до оказания медицинской помощи и его размер более пяти минимальных окладов классифицируется как нарушение должностными лицами и сотрудниками медицинских учреждений своих



Данные опроса:
 Зависит ли качество медицинской помощи от того, оплачена ли она Вами или нет?

служебных и трудовых обязанностей и может определяться как «взятка», «вымогательство», «коммерческий подкуп». Так, например, согласно статьи 204 (п. 3) УК РФ, «незаконное получение лицом, выполняющим управленческие функции в коммерческой или иной организации, денег, ценных бумаг, иного имущества, а равно незаконное пользование услугами имущественного характера за совершение действий (бездействия) в интересах дающего в связи с занимаемым этим лицом служебным положением – наказываются штрафом в размере от пятисот до восьмисот минимальных размеров оплаты труда, или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от пяти до восьми месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до трех лет»⁶.

Денежное вознаграждение после оказания медицинской помощи в размере менее пяти минимальных окладов – правомерное вознаграждение. Современное российское законодательство очень тонко соединило моральную и правовую суть ситуации благодарения. Если вознаграждение, как безвозмездное дарение, было оговорено и обещано перед оказанием медицинской помощи, например, перед операцией, то после операции оно теряет юридический статус «безвозмездного дарения» и моральный статус благодарности, становясь «мздой» за операцию, видом «коммерческого подкупа» и, следовательно, правонарушением.

Действие статьи 575 ГК РФ теряет юридическую силу после того, как пациент выписывается из медицинского учреждения, все законодатель-



ные ограничения снимаются, за исключением этических, в том случае, если осуществляется осознанная попытка обойти моральные принципы и действующее законодательство.

7. Характер врача и пациента как критерий характерологического модуса взаимоотношения «врач – пациент»

При формировании отношений с пациентом врач должен учитывать как свои собственные характерологические особенности, так и характерологические особенности пациента. Всегда необходимо иметь в виду эти особенности и уметь корректировать себя в соответствии с выявленными особенностями характера и нрава пациента. Со времен Гиппократов очевидно, что выявление врачом этих особенностей чрезвычайно важно для определения терапевтической стратегии врача. В

Характерологический модус

Характер врача	Характер пациента
Ученый	Правильный
Просветитель	Эрудит
Циник	Прагматик
Педант	Педант
Любознательный	Пессимист
Весельчак	Оптимист
и др.	и др.

контексте проблемы взаимоотношения «врач– пациент» необходимо обращать внимание не только на общие характерологические особенности людей, но и на формы отношения пациентов к своей болезни. П.Г. Ганнушкин писал: «Истерик, психоастеник, сангвиник, маньяк – все они, каждый по-своему реагируют на одно и то же заболевание: истерик будет маскировать свою истинную боль и поведет врача по совершенно ложным следам, психоастеник будет преувеличивать, а сангвиник преуменьшать и даже отрицать свое заболевание. По отношению к каждому из них врач должен точно установить тот плюс, ту добавку, которая должна быть отнесена за счет психики больного; только тогда может быть намечена врачебная правильная линия поведения»⁷.

Существование реальности различных характеров необходимо учитывать, особенно в случаях

явного несовпадения характеров врача и пациента. В этих случаях врачу надо соблюдать предельную осторожность, так как ситуация несовпадения характеров чревата реальной возможностью возникновения в лучшем случае непонимания, в худшем – конфликта. При возможности в данной ситуации лучше перепоручить пациента своему коллеге или посоветовать пациенту обратиться к другому врачу.

Заключение

Взаимоотношение врача и пациента является основным вопросом профессиональной этики врача, от решения которого в значительной степени зависит результативность лечения.

Привлечение внимания к проблеме взаимоотношения «врач – пациент» – это признание необходимости постоянного самосовершенствования врача и формирования у пациента чувства доверия ко врачу, что является важнейшим условием достижения врачом желаемого терапевтического результата.

Литература

- ¹ Гиппократ. Избранные книги. М., 1936, с. 87–88.
- ² Там же, с. 475.
- ³ И. В. Силуянова. Любовь как лекарство или нужно ли любить пациента? / Избранные статьи О призвании врача. М. 2008, С. 47–72.
- ⁴ Сострадая и врачуя. Материалы зарубежной прессы. // Медицинский вестник №28–29 (455–456), сентябрь 2008, с. 20.
- ⁵ П. И. Ковалевский (1849–1923). «Руководство к правильному уходу за душевными больными». Харьков, 1880, 2-е издание.
- ⁶ Уголовный кодекс Российской Федерации. М. 1996, с. 77.
- ⁷ П. Г. Ганнушкин. Избранные труды. Под ред. О.В. Кербилова. М., Медицина, 1964.



СЛЕПОТА ДУШИ

Мы предлагаем вашему вниманию беседу, записанную на занятиях по терапии посттравматического и постабортного синдрома, которые проводятся Международной Ассоциацией NEST для специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь людям, испытавшим насилие, а также аборт, самопроизвольный выкидыш, рождение мертвого ребенка – потери, связанные с продолжением рода.



АНДЖЕЙ Виклер,
профессор, руководи-
тель Международной
Ассоциации психоте-
рапевтов *New*
Experience for
Survivors of Trauma –
NESTB

В этих спорах не рождается истина

Тема аборта постоянно и повсеместно дискутируется. Однако чаще всего не с психологической, не с медицинской точек зрения, а в качестве аргументов в идеологических спорах. В этих спорах не рождается истина. Истина состоит в том, что под словом «аборт» скрывается смерть маленького человека, который зачат, но еще не родился. Безусловно, есть много других случаев пренатальной смерти. Но аборт – это смерть с отягчающими обстоятельствами. В эту смерть вовлечены родители ребенка, врачи, друзья, знакомые, родственники.

Например, выкидыш – это тоже смерть ребенка во чреве, но это связано с нарушением каких-то естественных процессов организма матери. Точно так же можно рассматривать смерть пренатальную в околородовой период.

По данным Всемирной организации здравоохранения (за 1998 год) ежегодно в мире происходит около 50 миллионов абортов. За последние 10 лет картина изменилась незначительно. Это явление такое массовое, что можно говорить об «эпи-

демии» абортов. Если таким массовым фактом является насильственная смерть ребенка во чреве, то следует рассмотреть: какие же последствия могут быть в такой ситуации.

Так называемый здоровый человек, когда видит, что ребенку грозит опасность или причиняется зло, то он невольно как-то реагирует. В разных культурах есть запрет, табу на причинение вреда ребенку. Не везде это соблюдается, но реакция взрослого человека всегда примерно одинаковая – мы протестуем, возмущаемся, негодуем, печалимся, скорбим, стараемся защитить, причем не только своего ребенка, а детей вообще (от редакции: в России есть даже специальный «День защиты детей»). Когда мы способны так выражать свой протест, это говорит о том, что наша эмоциональная конструкция, если так можно выразиться, в норме. Однако встречается нарушение нормы, например, «цветовая слепота», есть люди, которые не различают цветов, есть и такие, которые не реагируют живым, естественным образом на смерть ребенка. И это можно назвать «слепотой души».

Человек, который не различает цветов, должен быть внимательным, особенно когда переходит дорогу, иногда он должен спросить, какой свет сейчас показывает светофор: красный или зеленый. Ведь если слепой выйдет на «зеленый» для автомобиля, то для него самого это может закончиться трагически. Однако в случае слепоты душевной, эмоциональной у людей не возникает даже идеи спросить: хорошо то, что он делает, или плохо? Почему? Потому что сейчас он повсеместно слышит: аборт – это выбор женщины. Он знает, что раз Закон позволяет делать аборт, наверное, это хорошо. Иначе как доверять государству? Если аборт выполняют врачи – значит, это идет на пользу женщине. Иначе эта процедура не была бы в перечне медицинских услуг, тем более государственного здравоохранения. Нет более страшной ошибки!

Хирургический аборт, таким образом, становится все более массовым, но это еще не весь спектр палитры обмана. В настоящее время огром-



ное распространение имеет химическое вытравление зародыша, к нему же относятся и методы оральной контрацепции – таблетки.

Последствия этих событий касаются врачей и всего медицинского персонала, а также мужа, детей, уже рожденных в этой семье, и тех, которые, возможно, еще родятся. В это втянуто и старшее поколение. А в эпицентре события – безусловно, сами женщины, которые идут на аборт. Абортивное мышление, порожденное эмоциональной слепотой, принимает характер трагедии в глобальном масштабе. И в то же время оно само порождает эмоциональную слепоту. Круг замкнулся. Эта бесчувственность приносит обезчеловечивание всего общества и приводит к исчезновению нормальной человеческой реакции. Это крайне опасный фактор. Мы становимся пассивными наблюдателями того, как свершается убийство самых незащитных, мы перестаем реагировать на это.

«Господин Жизни и Смерти»

Постараемся разомкнуть этот круг, для начала с помощью рассуждений.

Начнем сегодняшнюю беседу парадоксально, как бы с конца.

Попробуйте ответить на вопрос: каким образом аборт действует на медицинский персонал?

Часто, когда мы говорим об абортах, из поля зрения уходит вопрос: как эта медицинская процедура – искусственное прерывание беременности – сказывается на врачах и медицинском персонале. Я хотел бы обратить внимание на переживания гинекологов.



Итак, вместо того, чтобы лечить и защищать здоровье пациента, они нарушают клятву Гиппократова. В давнее время было разделение между врачами. Были врачи, которые служат здоровью, были и те, которые исполняли просьбу семьи избавиться от какого-нибудь ее члена. Эта граница была принята и использовалась в качестве присяги для врачей в разных культурах, разных странах. Всем известно, что по сей день врачи приносят клятву Гиппократова. Однако в последнее время что-то испортилось во врачебном призвании, и эта присяга стала незначимой. В нашем случае гинекологи сегодня стараются как-то «выстроить» свои отношения со званием врача.

Гинеколог, который делает аборт, пытается рационализировать свою практику, старается как бы обосновать свою деятельность, говоря себе: «Я помогаю женщине, я избавляю ее от проблемы, если я этого не сделаю, то кто-то другой это сделает хуже». Его успокаивает также законодательно установленная норма: «Законодатель от меня требует именно этого». Таким образом, в какой-то мере врач становится «господином Жизни и Смерти». От него зависит, будет жить или умрет маленький человек. Врач как бы входит в роль Бога, обретая абсолютную власть. Финансовая сторона, прибыль не компенсирует эмоциональных затрат: аборт – эта не та работа, о которой врачи говорят между собой, нет никаких научных съездов, конференций на тему абортотерапии. (Есть конференции, на которых обсуждается роль акушерства, лечения гинекологических заболеваний, но не производства абортотерапии и роли абортотерапевта.) Вокруг производства абортотерапии господствует закон: молчание. В связи с этим происходит как бы расщепление личности врача, раздвоение самосознания. Например, рано утром врач-гинеколог присутствует где-нибудь в роддоме, участвует в родах, защищает жизнь матери и помогает появиться на свет ее ребенку. В 10 часов решает проблемы женского здоровья, лечит, заботится о здоровье беременной, разглядывает ее крошечного ребенка на экране монитора во время ультразвукового обследования, видит, как этот ребенок двигается, развивается, слышит стук его сердца. В 18 часов в приватном кабинете (в частной клинике или тут же, в этой же больнице) – делает аборт, то есть реализует свое профессиональное умение, выполняя то, что с его профессией не имеет ничего общего. При этом врач-гинеколог является делегатом от социума для выполнения этой, несовместимой с его профессиональными установками, роли. Но в его биологических и медицинских знаниях нет никаких оснований для выполнения этой роли – роли палача в глобальной трагедии.

Во многих странах врачи отказываются участвовать в этих операциях. Нужно помнить, что врач-гинеколог в своей обычной жизни может

быть мужем, и у него могут быть собственные дети. Врач-абортёр должен выработать в себе способность жить с расщепленным сознанием: с одной стороны, он оказывает заботу, сердечность по отношению к своим детям, маленьким и большим, с другой – он должен стать холодным оператором, который лишает жизни чужих детей. Безусловно, что такой вид конфликтов не остается без последствий для врача и его семьи. Когда дети узнают, откуда у папы деньги, когда им становится известным и понятным, чем зарабатывает их папа-абортёр, то они начинают задумываться над своей судьбой. Возникают очень серьезные психологические проблемы.

В этом случае используется стратегия защитных механизмов. Человек, причастный к убийству младенца во чреве, вынужден согласиться на повторную «слепоту», чтобы защититься от чувств, которые естественно возникают, когда видишь причиняемое зло.

Кастрирующий эффект

Трагедия абортёров касается и отца нерожденного ребенка. Когда мужчина вовлечен в процедуру этой утраты, в нем пробуждаются конфликты, которые лишают его мужской силы – отцовства. Изменяется значение самого сексуального акта. Для мужчины в глубине его сознания сексуальный акт инстинктивно связан с продолжением рода. Раньше, когда абортёры не были так широко распространены, сексуальная активность приводила к рождению детей. В настоящий момент, с массовым применением абортёров, сексуальная активность перестала служить продолжению рода в таком специфическом смысле. Вместо того чтобы вызывать детей к жизни, сексуальная активность очень часто приводит к смерти нерожденного ребенка: есть страны, где на одного рожденного – 2–3 погибших а абортёрах. Секс перестал служить продолжению рода, из жизнедающего он стал смертоносным, а функционирование мужского организма приводит к кастрирующему эффекту. Абортивное сознание лишает мужчин силы, мощи, творчества и порождает чувство злости. Мужчина становится похожим на бомбу замедленного действия, которая в любой момент может взорваться. Это часто приводит к нарастающему пренебрежению, запущенности, насилия в супружестве и в семье. Большая часть мужчин, чтобы изменить свое настроение, «поправить» его, начинает употреблять алкоголь. В каком-то смысле можно сказать, что в злоупотреблении алкоголем мужчины ищут способ для того, чтобы справиться со своими проблемами, которые касаются их мужских способностей, мужественности. Недостаток в мужской силе они ищут в химическом заменителе – алкоголе. Это рождает вторичную проблему – проблему алкоголизма.

Спасенные от аборта

Аборт влияет и на тех детей, которые растут в семье. Мы говорим о тех, которые выжили и родились в семье несмотря на то, что их братья и сестры были абортированы. В английском языке для таких детей не так давно стало использоваться словосочетание «спасенные от аборта».

Понятие «спасенные» было использовано первоначально для изучения личностей, которые выжили в условиях концлагерей. Психиатры проводили исследования людей, которые вышли из Освенцима, изучали психологическое состояние таких людей, просили описать, что они чувствуют. В 70-е годы доктор Филипп Ней из Канады стал описывать тех людей, которые родились в семьях, где были абортёры, систематизировал эти данные.

Интересные явления обнаружил доктор Филипп Ней: совпадение состояния тех людей, в семьях которых делались абортёры, с теми, которые вышли из концлагерей Второй Мировой войны. Выжившие все время чувствуют вину за то, что живут. Те, кто вышел из концлагеря, не мог радоваться этой свободе. Этим они шокировали своих близких. Выжившие в семье от абортёров тоже носят в себе затаенную печаль. У них наблюдается комплекс вины Каина: «Я есть, я был, но не смог родиться мой брат или сестра. Может быть, я виноват в смерти брата или сестры?» (Примерно так можно раскрыть этот комплекс.) Эти люди все время ждут какую-то угрозу, живут в ожидании опасности, которая может произойти с ними. А часто именно своим ожиданием опасности они провоцируют судьбу, чтобы с ними что-то случилось.

Другой комплекс – это комплекс Якова, он заключается в следующем: «Сначала был аборт, а я родился, чтобы заместить жизнь брата или сестры, которые были убиты во время аборта». Люди с таким комплексом всю жизнь ищут миссию, которую они должны выполнить. Им кажется, что они живут за счет того, что кто-то умер, и они должны выполнить ожидания, которые родители возлагали на своих утраченных в абортёрах детей. Часто эти люди пессимистически настроены, пребывают в меланхолии. Они испытывают затруднения в переживании радости, удовольствия. У таких людей есть проблемы с доверием, особенно они не доверяют родителям, а также другим авторитетам. Родители говорят: «Да, я люблю тебя». Но трудно человеку понять, почему его любят, а его брата или сестру нисколько не любят, так, что позволили убить совсем маленьким. Формируется связь, основанная на страхе: с одной стороны, ребенка тянет к родителям, это естественная потребность, а с другой стороны – что-то внутри говорит: «Будь осторожен, он может причинить тебе зло». Связь, основанная на страхе, приводит к тому, что ребенок, что называется, хватается за



своих родителей, «держится за юбку». Такой малыш ходит за родителями, но часто он чувствует с их стороны безразличие. «Выжившие» имеют также проблемы с верой в Бога. У них нет естественной убежденности: «хорошо, что я есть». Они ощущают чувство вины, у них нет доверия к жизни, они живут в страхе, что вот-вот должно случиться что-то плохое. Очень трудно им поверить в Бога-Отца, который всех любит. Особенно тогда, когда они слышат, что Он отправил на Крестную смерть Своего сына. Они не в состоянии принять это. Это вызывает у них негативный резонанс.

«Выжившие» в семейной системе держатся как бы на дистанции и страдают от заброшенности. Часто в семье, где мама сделала аборт, а потом родила, ребенок страдает от послеродовой депрессии матери: она становится как бы недоступной. Ей не хочется кормить ребенка грудью, она очень скована, ей трудно брать ребенка на руки, она боится, что может причинить ему вред. Все это лишает естественных сил рожденного ребенка. Маленькому ребенку еще ничего не могут сказать слова: я тебя люблю, но это может быть выражено через касания, через взгляд матери. Ребенок воспринимает себя через взгляд матери, в её глазах отражается весь мир для него. Если же ребенок видит «стеклянный взгляд» – он ничего не может понять. И это его беспокоит, тревожит. Такие дети тяжело налаживают общение с ровесниками, у них часто возникает импульсивная злость. Повзрослев, свои психоэмоциональные затруднения они нередко лечат алкоголем. Это еще раз показывает, откуда в некоторых культурах появляется столько алкоголиков.

Жизнь в стыде

Мы уже коснулись этого вопроса выше. Теперь постараемся уточнить, как аборт отражается на тех, кто непосредственно является объектом этой операции, кто носит в себе новую жизнь и позволяет ее уничтожить. Безусловно, эти последствия не переживаются всеми женщинами постоянно. Не всегда они переживаются в максимальном напряжении. И не все одновременно. Благодаря этому есть (в каком-то смысле) возможность поправить психологическое состояние женщины и структуру отношений в семье. Но здесь существуют свои нюансы.

После аборта чаще всего срабатывают защитные механизмы, то есть те механизмы, которые ослабляют удар от этой травмы. Один из массово используемых механизмов – это запрет. Запрет предавать серьезное значение аборту: «А ничего особенного, это просто чистка полости матки, это все равно, что вырвать зуб». Другая форма – это рационализация: «Если Закон позволяет – значит все нормально». Многие пробуют забыться в ком-

пенсирующих занятиях, например, «работа, работа, работа – с утра до вечера» или «покупки, покупки, покупки», или «секс, много секса» (здесь может иметь значение количество партнеров, случайные связи). Женщина может искать утешение в путешествиях («ездить, ездить, ездить»), и чем дальше, тем лучше (главное, подальше от себя самой).

Еще один механизм – это проекция, как бы перебрасывание ответственности во внешнюю среду, тогда возникает агрессия, чувство вины ложится на партнера, врача, родителей. Часто у верующих женщин появляется потребность часто ходить на исповедь, «истязать» священника в многочасовых исповедях, прибегать к всевозможным оздоровительным ритуалам. Все это служит как бы такой анестезией. Появляется бесчувственность, часто это связано с употреблением снотворных препаратов и антидепрессантов, а также со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Несмотря на эту защиту, опыт аборта оставляет свой след в сознании. Например, появляются такие явления, как «годовщины», женщины вспоминают: «Вот в этот день был аборт год тому назад, два года, три, десять лет». Это дата, которая не стирается из памяти. Отмечаются также «годовщины» несостоявшихся родов: «Вот сейчас ему было бы пять, десять...» Что особенно ярко вызывает воспоминание об аборте? Это очередная беременность.

Многочисленные исследования показывают, что сегодня большинство союзов, в которых она – мать, он – отец, чаще – внебрачные партнерские связи. После аборт таких связей распадается. Часто расторгаются и официально зарегистрированные браки. В Западной культуре формально – через развод. Там, где нельзя развестись, эти союзы теряют прочность, становятся мертвыми. В них вкрадывается неустранимая злость, недоверие. И быть вместе уже становится мучительным.

Первым психологическим следствием аборта является переживание и патологическое сожаление. Каждая привязанность требует своей развязки. После того как соединяется яйцеклетка со сперматозоидом, происходит как бы первая привязанность, с этого начинается целый цикл очередных привязанностей. Ребенок гормонально привязывается к организму матери. Проявляется привязанность, создаваемая воображением мамы (кто это: мальчик или девочка?), или отрицанием – «не хочу быть мамой!». Даже этот негативный факт составляет привязанность и оставляет след – «не хочу». И вот эти все сложные привязанности должны завершиться развязкой. Естественным образом развязка происходит при отделении матери от ребенка, который находится в ее лоне, и происходит в процессе родов. Это очень важное биологическое событие: мать разлучается с ребенком путем перерезания пуповины. В процессе родов

происходит не только рождение, но и разделение ребенка и матери – это когда перерезают пуповину. Там, где разрешением беременности не являются роды, появляется сожаление. Разделение с неживым ребенком сопровождается сожалением. Иногда этот процесс бывает интенсивный, иногда долговременный, иногда импульсивный, но сожаление всегда присутствует. Другое дело, что очень часто на это сожаление как бы накладывается запрет. И тогда женщина идет после аборта на работу, входит в постоянный круг занятий и, согласно социальным ожиданиям, она должна радоваться, что проблемы нет. Ей кажется, что она как бы выкинула проблему, но, оказывается, не столько из головы, сколько из матки.

На самом деле, в этом случае проблема из матки переносится в голову. Ребенок, удаленный из матки, как бы переселяется в голову. Но в этой голове не находится сил, чтобы выразить боль, грусть, сожаление. Есть женщины, которые боятся, что если они начнут говорить о своей боли, страхе, то их посчитают сумасшедшими. Следующим этапом в этой цепи является переживание чувства вины. Вина – это естественный психологический указатель, что сделано что-то плохое. Чувство вины приходит после совершенного зла. Страх возникает перед поступком. Это два механизма, которые должны защищать человека, которые говорят: «Внимание, внимание, внимание!» Если есть страх или чувствуешь вину, то что-то грядет плохое или уже произошло. Такой естественный механизм ощущения вины может заменить патологическое чувство вины: люди могут стараться справиться с чувством вины с помощью саморазрушения. Они сами как бы назначают себе приговор, иногда это депрессия, постоянная печаль, или даже приговаривают себя к смерти – совершают самоубийства. Неумение справиться с виной приводит к уменьшению чувства собственной ценности. Около 80% женщин, исследованных после аборта, ощущают понижение чувства собственного достоинства, теряют чувство собственной ценности в своих глазах. Это иногда ассоциируется с каким-то поражением, уменьшением жизненной активности. 75% чувствуют снижение доверия к себе, а также пропадает чувство доверия к мужу, к родителям и другим людям.

Иногда возникает ощущение безнадежности, беспомощности, часто появляется чувство стыда. Жизнь в стыде – след того, что я не состоялась в роли матери.

Около 90% женщин чувствуют как бы отделение от своих эмоций. Иногда эти эмоции очень сильные, хаотические, и это уменьшает жизненную энергию женщины, она чувствует себя измученной, ослабленной. Появляются трудности в принятии собственного тела, не только с эстетической стороны, сколько со стороны функций.

Тело становится менее чувствительным к близости, к касаниям, к нежности, появляются нарушения в сексуальной сфере: с одной стороны – это проявляется в случайных связях (35% женщин после аборта входят в параллельные связи с несколькими партнерами, или имеют несколько партнеров одновременно, или много партнеров за короткий срок). И это тоже связано с ухудшением состояния здоровья и с риском заражения и передачи болезней (ЗПП). Другое последствие аборта в сексуальной сфере – фригидность, холодность, иногда ярко выраженное нежелание вступать в сексуальные отношения, даже отвращение. Иногда возникает боль во время близости и утрата получения удовольствия от близости, иногда возникает страх или стыд перед мужчинами.

Следующим последствием, как это ни парадоксально, может быть повторение травмы. 45% женщин делают повторный аборт. Часто последующие аборт – это как бы самонаказание женщины. И она делает следующий аборт в надежде, что поймет причину предыдущего и полагает, что разрешится какой-то внутренний конфликт. Этим, возможно, женщина пытается снизить травмирующее воспоминание, ведь когда что-то повторяется часто, то утрачивает свое значение, зло перестает быть злом, опасностью, а становится обычным делом.

Безусловно, аборт имеет сильное влияние на уже рожденных детей. Уже раньше мы говорили, что пережитый аборт приводит женщину к пренебрежению, заброшенности, насилию к уже живущим детям. Зло, страх, испуг, которые переживает женщина, изолируют ее от детей. Дети как бы эмоционально заброшены – мама где-то там, далеко. Женщина часто лечится от соматических заболеваний, постоянно лечится, часто попадает в больницу и становится недоступной детям. Может быть, видя депрессивное состояние матери, дети и себя обвиняют. После аборта женщина чувствует злость и нежелание быть с мужчиной, а также подсознательно злость на своих родителей, уже не говоря о врачах. Оказывается, что девушки, испытавшие в ранней молодости насилие, чаще идут на аборт. Женщины, которые не имеют поддержки со стороны партнера – отца ребенка, относятся к этой же категории риска, так же, как и те, кто сам испытал на себе заброшенность.

Постабортная депрессия

Психиатрические последствия аборта чаще всего выражаются в субклинической или клинической депрессии. Печаль, нежелание жить делает их как бы исключенными из жизни на короткое или длительное время. Этим женщинам свойственен обобщенный страх. Этот страх непостоянен, но он всегда готов прийти. Человек становится



ся как бы «зараженным» страхом. Это может быть страх ожидания, что вот-вот что-то произойдет.

Полезно, когда во сне женщина драматически переживает страх. Позитивность ночных кошмаров состоит в том, что из головы выходят картины ужаса, воплощаясь в сновидения. Однако большинство женщин склонны блокировать этот процесс, принимая снотворные препараты, которые, в свою очередь, оставляют свой негативный след и в то же время лишают ее возможности освобождения через сон. Часто женщины в этих кошмарных снах или слышат крики, или видят детей, поэтому они иногда боятся заснуть. Сон, вместо того чтобы принести облегчение, становится страданием. У женщин появляются саморазрушающие тенденции, например, чрезмерное употребление алкоголя, нарушения памяти, а чаще всего – это отрицание аборта («да нет, ничего страшного, с абортом мое состояние не связано»). Появляются также психосоматические нарушения, например, анорексия, то есть отказ от пищи, который может привести к смерти, как наказание, назначенное самой себе. Может проявиться булимия, астма, даже ревматоидные заболевания суставов, особенно в преддверии годовщин, связанных с абортом. Без каких-либо органических причин могут появиться боли в малом тазу, в животе, в груди. Иногда появляются тенденции к самоубийству (мысли о самоубийстве) и формируются различные зависимости. Вот то основное, что касается психологических изменений личности в связи с абортами.

Биологические и физиологические изменения

Можно было бы еще сказать о биологических и физиологических изменениях у женщин. Бывает, что органические повреждения организма приводят к бесплодию. Бывает, что в результате внезапного прерывания гормонального процесса во время аборта происходят сильные гормональные нарушения, что приводит к ускорению роста клеток и угрозе онкологических заболеваний, чаще всего рака молочной железы и рака шейки матки.

Безусловно, нет никаких медицинских показаний для выполнения процедуры аборта. Это единственная процедура, по которой не проводится никаких научных исследований (даже чтобы вырвать зуб – надо иметь показания, иметь доказательства невозможности его сохранения).

Если бы женщины были информированы хотя бы частично о тех угрозах, которые связаны с абортом, то они могли бы успешнее противостоять внешнему натиску, который часто превалирует в решении об искусственном прерывании беременности. К сожалению, такого типа информация практически недоступна для большинства. И это

большое упущение в сфере медицины. Например, при операции аппендицита пациент подписывает документ, в котором указано: «Я проинформирован(а) обо всех возможных последствиях операции». Он не всегда о них слышал, не всегда представляет в полной мере, что это такое, но процедура удаления отростка слепой кишки необходима, если начались патологические изменения, промедление может принести смерть пациента. В беременности нет никакой патологии – это не болезнь, это естественное состояние женщины. Однако во время беременности, как это ни парадоксально, врачи не медлят, не пытаются довести до женщины все те реальные последствия, с которыми она столкнется после этой процедуры, не имеющей никакого отношения к оздоровлению организма. Замалчивание этих проблем бесчестно и со стороны общества.

Разговор об абортах

Разговор об абортах чаще всего идет на поле идеологической борьбы или уходит в сферу религиозно-философскую. А на простые факты в этом случае не принято ссылаться. Но именно факты могут иметь силу последнего аргумента не в пользу аборта.


Сейчас все меньше людей верят в идеалы, они скептически, недоверчивы, но в то же время люди еще склонны принимать во внимание факты. Например, все признают факт гравитации – силы притяжения, и понимают, что если они прыгнут с 10 этажа, то в силу факта гравитации просто разобьются. С фактами не спорят. Если кто-то не верит фактам, то он не неверующий, а просто глупый. Это грубое сравнение, но это так. И вот такая форма разговора с людьми при помощи фактов помогает им оценить травму и не быть наивными. Они могут понять, как научиться жить, избегая таких травм, могут научиться быть родителями. Оценив реалии жизни, они смогут научиться довольствоваться той ситуацией, в которой оказались, смогут научиться прощать и принимать прощение, и найти свое место в жизни. Быстрее или медленнее, они находят уважение и к себе, и к судьбе, и, главное, к Господу Богу.

Опираясь на конкретную информацию, можно что-то изменить. И это аргумент, что нужно говорить о фактах, о том, что есть, что происходит в расширенной социальной системе, а также в более узком кругу: семья – врач – бабушки, дедушки. Опыт смерти в семейной системе – это опыт, который имеет широкие последствия.

*Перевод Галины Масленниковой
Homoamans@nln.ru*



**ПАСТЫРСКОЕ
СЛУЖЕНИЕ
В БОЛЬНИЦЕ**



КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ


1-е ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ

Священник Алексей ТИМАКОВ –
клирик храма прпп. Зосимы
и Савватия Соловецких чудотворцев
в Гольянове (г. Москва)

*Беседу со священником Алексеем
Тимаковым ведут:*

*Анна ЧЕРКАСОВА – заведующая
медицинским сектором Отдела по
церковной благотворительности и
социального служения Московского
Патриархата и Алла АНДРИАНОВА –
главный редактор журнала «Вестник-
Жизнь»*

*В беседе принимает участие врач
Александр Сиваков – куратор соци-
альных программ Братства храма прпп.
Зосимы и Савватия Соловецких чудот-
ворцев в Гольянове.*



Многие ценят молитвенную помощь отца
Алексея и духовные наставления, даже сказан-
ные вскользь, вместе с благословением. Еще боль-
шее число людей знают о. Алексея по проница-
тельными проповедям на евангельские темы, ко-
торые нередко звучат с амвона храма прпп. Зо-
симы и Савватия Соловецких, и по лекциям в вос-
кресной школе. Другие имели возможность
встретиться с ним лишь на страницах книг, жур-
налов, в телевизионных передачах. Есть и такие,
которые идут к о. Алексею за советом врача.

Мы попросили о. Алексея Тимакова расска-
зать о том, какое место в сегодняшней жизни ба-
тюшки занимают его медицинские знания и на-
выки, и о больничном храме во имя святого вели-
комученика и целителя Пантелеимона при Цен-
тральной клинической больнице РАН.



ПРОБЛЕМ НЕТ!

Интервью священника Алексея Тимакова

О. Алексей: Храм при Центральной клинической больнице Российской Академии наук освящен в честь Великомученика и целителя Пантелеимона на Пасхальной неделе 2005 года. Несмотря на то, что эта больница территориально находится в Ясеневе («Узкое»), на противоположной от Гольянова окраине столицы, храм был приписан именно к Зосимо-Савватиевскому приходу. Оба эти места объединяет род князей Трубецких (и в Гольянове и в Узком когда-то располагались их усадьбы). В последние годы своей врачебной деятельности я работал в ЦКБ и некоторое время после рукоположения еще совмещал работу анестезиолога и священническое служение. Но потом все-таки вынужден был уйти из медицины: сил и времени на полноценную медицинскую деятельность не хватило. По-видимому, ушел не очень плохо, раз мои коллеги обо мне не забыли. Когда главным врачом ЦКБ стал Николай Гаврилович Гончаров, он попросил меня содействовать открытию храма при клинике. Я в свою очередь познакомил его с о. Владимиром – настоятелем Зосимосавватиевского храма, который с энтузиазмом принял за создание больничного храма.

Корреспонденты: Приходится ли Вам применять в больничном храме свои познания в области медицины?

О. Ал.: В больнице нет необходимости для этого. Скорее, в Гольяновском храме мне приходится вспоминать кое-что из того, что когда-то учил, с чем сталкивался в медицинской практике, ведь многие знают мое медицинское прошлое и идут за советом. Однако в последнее время я все-таки действую, как диспетчер: то к одному врачу отправлю, то к другому. У нас на приходе много медиков, да и связи в медицинском сообществе кое-какие у меня сохранились. Слава Богу, коллеги ко мне относятся снисходительно и не отказывают в помощи.

К.: Как строятся отношения с администрацией медицинского учреждения, на территории которого расположен храм святого великомученика и целителя Пантелеимона?

О. Ал.: Главный врач – Гончаров Николай Гаврилович имеет полную расположенность к нам, да и половина сотрудников, с которыми мне привелось когда-то здесь работать – тоже, даже атеисты.

На первых порах, как я уже говорил, свое священническое служение я совмещал с работой анестезиолога в ЦКБ. И все мои коллеги уже об этом знали. В 1997 году, на Страстной неделе, внезапно на Москву обрушился страшный снегопад, да та-

кой, что по килограмму на квадратный сантиметр за ночь намело. Словом, всю ночь мело, всю апрельскую Москву занесло. Но я на это не сильно обращал внимание – дежурил. А Лев Моисеевич (коллега-атеист) только что с улицы, заступает на смену. Входит он в ординаторскую и подтрунивает надо мной: «И за что это Господь Бог прогневался на нас?» «А что, собственно говоря, случилось?» – интересуюсь я. «Да как же, вон сколько снегу!» – объясняет мой собеседник. «Да и слава Тебе, Господи! Как чисто-то!» – удивляюсь я его недоумению. «Да нет. Не все так просто: машины бьются, аварии, травмы!» – не унимается он. «Ну, если так, – вынужден был согласиться я, – то и моих грехов вполне достаточно!» «Ах, значит, это ты виноват?» – слегка торжествуя, позлорадствовал он. «Безусловно! – вынужден был повторно согласиться я. Но если моих грехов достаточно для стихийного бедствия, то наших с Вами, Лев Моисеевич, вполне хватит для вселенской катастрофы. И это приводит меня к иной постановке вопроса: не за что Господь прогневался, а как Он нас еще терпит».

А потом как-то мы еще и о житейских трудностях поговорили, а я дай и скажи: «В жизни, Лев Моисеевич, проблем нет. Они начинаются потом». И этот врач-атеист все принял настолько близко к сердцу, что замахал на меня руками и быстренько ретировался – слишком трудно для него принять такое решение вопроса о смысле жизни.

К.: Расскажите о группе «Милосердие», которая существует при приходе Зосимы и Савватия.

О. Ал.: Эту группу курирует хирург одной из поликлиник Гольянова – Константин Титов, ему помогает психиатр Анна Брацун, Михаил Жуков, есть и еще помощники. В группу «Милосердие» входят врачи и медицинские работники самых разных специальностей, работающие в государственных клиниках и поликлиниках Москвы. Все они наши прихожане, все окончили трехгодичную воскресную школу или курсы «Введение в Православие». Наши врачи бесплатно проводят лекции и практические занятия по основам первой доврачебной медицинской помощи, рассказывают о новых препаратах, профилактических мероприятиях – медицинский ликбез для всех желающих.

К.: Кто приходит на эти занятия?

О. Ал.: Как правило, жители района Гольяново, наши прихожане или даже просто «захожане» – все, кому это интересно и нужно. Объявления о лектории были расклеены по всему району, опубликованы в православных СМИ, на нашем сайте.



Всего в группе занимаются до 20 человек одновременно, некоторые – все три года. Занятия проходят каждое воскресенье.

К.: Оказывают ли врачи группы «Милосердие» профессиональную врачебную помощь при храме?

О. Ал.: Все они – врачи действующие и сейчас работают по своей специальности в государственных клиниках и поликлиниках, а также в медицинских центрах. Они не только помогают освоить азы первой доврачебной помощи, но, по возможности, проводят консультации, подсказывают, к кому обратиться за конкретной помощью в конкретном случае, куда попросить направление у своего лечащего врача. Я достаточно часто присылаю к ним на консультацию «недугующих и страждущих», особенно сильно загружаю Анну Леонардовну и Константина Сергеевича, так что мне их даже жалко.

К.: 2009 год объявлен в Москве Годом равных возможностей, т. е. временем особого внимания к инвалидам. Расскажите о той работе, которая ведется с помощью храма в этой области.

О. Ал.: Я знаю, что такая работа в храме есть, и ведется она по инициативе и милосердию Дмитрия Александровича Здраевского. У Дмитрия Александровича – ребенок-инвалид, страдающий ДЦП. Сам он – человек обеспеченный – спонсор нашего храма, предприятие, которое он возглавляет – завод ЭЗОИС – находится в Гольянове и участвует с самого начала в восстановлении храма и строительстве приходского культурно-просветительского Центра. Врожденную болезнь своей дочери Дмитрий Александрович воспринял остро и деятельно. Он анализировал систему реабилитации и социализации детей-инвалидов разных стран. У его семьи есть возможности выбирать, где и как обучать и развивать своего ребенка.

Однако Дмитрий Александрович хорошо понимает, что не каждая российская семья, где есть дети-инвалиды, способна обеспечить им маломальски достойные условия развития, поэтому и предложил о. Владимиру организовать при храме социально-просветительский Центр для детей с ограниченными возможностями и выделил средства на работу этого Центра и для оплаты труда педагогов и воспитателей.

Я же сам непосредственно в этой работе не участвую, лучше об этом могут рассказать преподаватели, непосредственно занимающиеся с детьми, а также куратор социальных программ Братства храма прпп. Зосимы и Савватия Александр Евгеньевич Сиваков – врач по профессии. Кстати, Александр Евгеньевич сейчас здесь, он проводит занятия с детьми. Давайте попросим его самого присоединиться к нашему разговору и рассказать о работе Центра.

Александр Евгеньевич СИВАКОВ – куратор социальных программ Братства храма прпп. Зосимы и Савватия: В основу нашей деятельности по-

ложена социализация детей с ограниченными возможностями. Во всем мире эту идею называют «комплекс программ независимой жизни». Главная задача этих программ – побуждение к социальной активности детей и подростков, которые традиционно воспринимаются обществом лишь как больные и нуждающиеся в милосердии. На наш взгляд, проблемы семей, где есть такие дети, нужно решать комплексно: прежде всего, поддержать семейное окружение ребенка; потом – помочь в обучении навыкам независимой жизни, и все это должно привести к осознанному формированию стремления к профессиональному самоопределению и активной жизненной позиции.

В настоящее время в Храме около 30 детей с ограниченными возможностями охвачены Программой социальной адаптации. Занятия ведутся по индивидуальному плану на дому, а также в кружках и студиях при нашем храме. Дети рисуют, лепят, вяжут, вышивают, играют на музыкальных инструментах, занимаются оригами и оздоровительной гимнастикой (насколько позволяют помещения культурно-просветительского Центра). Пока своего физкультурного зала и тренажеров у нас нет – просто негде их поставить.

Социальная адаптация детей проходит при подготовке праздников и во время их проведения (при посильном участии каждого нашего подопечного). Этому служат также экскурсии в музеи, на выставки, концерты, занятия на ипподроме под Сергиевым Посадом (иппотерапия). Для детей в сопровождении родителей были организованы паломнические и экскурсионные поездки по Москве и Санкт-Петербургу. Планируется поездка по Золотому Кольцу.

Мы не в состоянии охватить всех детей-инвалидов района Гольяново, их более 500. Но уже договорились, что в ближайшее время в Управе района будет рассмотрен депутатский запрос «О включении в Проект 2-ой очереди реконструкции микрорайона Калошино строительства социально-досугового Центра».

Еще один пример социального служения храма: по благословению настоятеля с этого года началось сотрудничество с государственным учреждением здравоохранения «Детский санаторий № 9 У.З. ВАО». Здесь при помощи храма оформлен интерьер и оснащен тренажерами лечебно-физкультурный кабинет.

По оценкам преподавателей и родителей, чьи дети-инвалиды занимаются при храме, свои достижения отмечены у каждого. Но, пожалуй, самый яркий пример трудолюбия и мужества – Надежда А. (инвалид с рождения) и ее мама. Вопреки прогнозам врачей, Надежда с серебряной медалью окончила общеобразовательную школу и стала студенткой психологического факультета. За 6 лет индивидуальных занятий на дому с нашими преподавателями она освоила живопись, художе-

ственную лепку, рукоделие. И даже участвует в выставках. Надя выбрала такую профессию, с помощью которой у нее есть шанс решить не только свои проблемы, но и помочь другим, даже собственным примером.

Мы не оставляем без внимания и наших одиноких пожилых прихожан. По давно сложившейся традиции помогаем им приходить в храм, участвовать в Таинствах Церкви. Навещаем наших бабушек и дедушек на дому. На Рождество всем разносим подарки от храма, к Пасхе – куличи.

К.: Отец Алексей, есть ли у Вас пример того, как взрослый человек с ограниченными возможностями, обращаясь к Богу, обретает и поддержку прихода?

О. Ал.: Примеров достаточно много, хотя бы наша Лолита (в крещении Елизавета). У этой девушки, судя по всему, трисомия XXI хромосомы. Несмотря на это, она смогла стать активной участницей жизни прихода. Или одаренный поэт, музыкант Александр Андриянов.

К.: Что Вы можете рассказать об Александре Андриянове?

О. Ал.: Этот замечательный человек окончил один из самых престижных технических вузов и работал в области электроники, но в душе оставался всегда художником. В молодости Александр Андриянов прошел школу авторской песни: приятный и сильный голос, собственные песни на свои стихи, виртуозное исполнение классики на 7-струнной гитаре, помноженное на собственное обаяние – все это всегда складывалось в образ незаурядной личности. Так что, по словам Натальи, супруги Александра, она влюбилась в Сашу «с первого звука». Потом они вместе стали репетировать, поженились. У Александра уже тогда были серьезные проблемы с опорно-двигательным аппаратом, и скоро его болезнь начала давать о себе знать в полную силу.

Страдания многих приводят к Богу.

Александр даже пел на клиросе и регентовал в открывающихся один за другим храмах Преображенского благочиния – тех, что поближе к дому. Потом Наташа поступила в нашу взрослую воскресную школу и окончила ее. Это был самый первый и самый сильный курс. Пока позволяли Сашины силы, супруги часто посещали наш храм.

В настоящее время Александру удается с трудом даже просто говорить, а если и выбирается он из дома, то чуть ли не с подъемным краном – поклонники его таланта подарили ему специальное устройство. Он обездвижен, однако до последнего времени работал при помощи компьютера: писал стихи, музыку, даже сделал несколько замечательных фильмов, в которых звучат его произведения. Александру во всем помогает его супруга. Крайне редко они вместе выбирают в ближайший храм. Но обычно кто-то из священников приходит в их дом, чтобы причастить Александ-

ра. Я сам несколько раз причащал его, но духовником его является о. Игорь Коньков, ранее служивший в нашем храме.

На нашем приходе об Александре не забыли, на поэтических вечерах читают его стихи, в книжной лавке при нашем храме можно найти его книги. Есть среди наших прихожан те, кто постоянно общается с Александром.

Это общение особенно дорого обездвиженному человеку. Артём Тропкин, выпускник ВГИКа, стал оператором документального фильма «Благодарение». Идея этого фильма принадлежит самому Александру Андриянову, им написан сценарий, сам он монтировал отснятый материал, он же и звукорежиссер. В этом фильме использованы стихи автора, а в других его фильмах – и собственная музыка. Фильм «Благодарение» был представлен и отмечен на нескольких кинофестивалях. Кинофестиваль «Сретение» признал его лучшим и отдал одно из первых мест. К сожалению, авторские права на этот фильм принадлежат не ему... В «Благодарении» говорится о том, что Бог дает силы человеку даже в самых тяжелых испытаниях и позволяет ему не только сохранить в себе образ Божий, но и приумножать дары, если человек научается благодарить Господа за все.

И в этом благодарении Александр обращает свой взор к Пимену Печерскому Многоболезненному – святому древней Киевской Руси (1110 г.) Одним из самых проникновенных произведений Александра Андриянова стал написанный в стихотворной форме Акафист этому святому.

К.: Медики иногда чувствуют себя как боги, и люди, нуждающиеся во врачебной помощи, подливают масла в огонь этой гордыни. Что Вы думаете по этому поводу?

О. Ал.: Нормальные врачи никогда не гордятся. В книге «Чудо рядом с нами» я описал реплику одного очень опытного реаниматолога другому при смене дежурства: «Слушай, Павлик, я уже этой реанимацией так сильно наелся, но до сих пор не могу понять две простые вещи: отчего люди умирают и почему они выживают?» Другой замечательный доктор, заведующая реанимацией 15 больницы Ирина Евгеньевна Гридчик в частной беседе по поводу исхода тяжелейшей патологии – панкреанекроза – сказала очень просто: «Пятьдесят на пятьдесят: 50% от врачей, 50% от Бога» – и в этой фразе звучит парадоксальная богословская мысль: дело нашего спасения есть дело Богочеловеческое; в Ветхом Завете это было выражено пониманием: все от Бога, но все и от человека. Настоящий врач знает предел своих возможностей. Он знает, что делает всё, что может и умеет, но почему получается тот или иной исход, по-настоящему знать не может никто.

К.: Как профессиональное знание в области медицины приводит к Богу?



О. Ал.: Очень много врачей верующих, искренне верующих, воцерковленных людей, их гораздо больше, чем неверующих. Почему? Возможно, потому, что врачи соприкасаются со страданиями. Страдания заставляют думать о смысле жизни. Вопрос о смысле жизни неминуемо приводит к факту бытия Божия. Если есть Бог, то есть смысл в жизни, и если нет смысла в жизни, то нет и Бога. Фильм «Все остается людям» – слишком слаб...

К.: Расскажите о себе. Как врач стал священником? И как священник не перестает быть врачом?

О. Ал.: Конечно, по большому счету, я не врач. Я уже говорил, что сейчас, скорее, выполняю диспетчерские функции. Да и в бытность свою в медицине часто шутил, что я не врач, а анестезиолог. Ну, действительно, что анестезиолог-реаниматолог может лечить? – только смерть, если получится. Врач – это тот, кто вместе с больным болеет и умирает. Таким был мой учитель в медицине, Константин Михайлович Иванов. Про начало своей врачебной деятельности он так и говорил: «Я, считай, ложился в постель к больному и болел с ним», – но он и «сгорел» в пятьдесят четыре года от болезни, от которой всех и лечил, – от инфаркта. Настоящий врач чувствует боль другого. Но таких врачей очень мало, единицы. В большинстве же своём – мы, скорее, люди, которые имеют медицинское образование и знают, в общем, что и как применить, с кем посоветоваться. Я же, по большей части, знаю, к кому, кто умнее меня, послать больного. Главное – сделать это вовремя. И это у меня, наверное, еще до конца не умерло. Надеюсь, что и не умрет.

Как я стал священником? Этот вопрос с моих детских лет никогда не снимался. К моменту моего окончания школы старший брат, Валентин, служил в армии. А я по настоятельному совету матери подал документы в Мединститут. Если бы не прошел, то, наверное, также оказался бы в армии, а потом – в семинарии. Но вступительные экзамены сдал удачно, с интересом учился, потом с удовольствием работал на «Скорой помощи» и в больницах. И ничуть не жалею. Медицина – удивительная школа жизни, она даёт опыт, развивает интуицию, учит переживанию. Кроме того, с врачом больные любят поговорить о жизни. Да и коллеги не чужды в беседах касаться вечных вопросов. Вот темы этих разговоров и легли в основу моих первых публикаций. Очень многому я научился от них, очень многое понял в нецерковном и даже атеистическом сознании. Для многих это выстрадано. Многие менялись на моих глазах. Многих Господь вразумлял и открывал им тайны божественной жизни. Для меня это бесценный опыт.

К.: Как Вы относитесь к родам на дому?

О. Ал.: Лично я – плохо. Моя однокурсница, естественно, сама с высшим медицинским образованием, вот так попробовала рожать, и ее еле спасли

от профузного кровотечения. Конечно, сейчас женщины рожают на дому не без помощи повитух. Организована целая система. В православной среде она пользуется особой популярностью, мол, все по природе, как Богом установлено, как рожали на Руси двести лет назад. Одна из таких домашних акушерок мне говорила о том, что кресло роженицы, кровать Эрисмана – страшно неудобная штука, по сравнению с домашней кроватью – ложе пыток. Судить мне трудно – я же ни разу не рожал, однако я не думаю, что великий врач Эрисман был дураком, и очевидно неспроста он придумал специальное кресло, приспособленное для родов.

Нельзя забывать и того, что мы не столь крепки, как те люди, которые жили двести лет назад. Наши женщины – не те, что некогда рожали в поле, отгрызали зубами пуповину, заворачивали ребенка в тряпку, клали сверток под ракиту и шли дальше косить. Сейчас люди хлипкие. Да и условий, как на высокотехнологичном Западе, у нас нет: нет под дверью домашней роженицы пожарных и полицейских, обученных оказывать первое добротное медицинское пособие, в машинах которых достаточно необходимого медицинского оборудования и которые за 5–7 минут могут домчать мамочку с ребенком в стационар.

Как бы мы ни ругали нашу медицину, но каких младенцев вытягивают сейчас – XIX веку и не снилось! И не стоит забывать, что детская смертность и смертность в родах в те времена были ой как высоки. Согласиться на домашнее родовое пособие означает дать зеленый свет избирательной элиминации эволюции – выживать будут наиболее приспособленные. Наверно, роды на дому допустимы для очень здоровых женщин и очень крепких младенцев, но где их взять? До тех пор, пока все идет хорошо – все хорошо, но случись нечто непредвиденное – и времени, чтобы это поправить, не хватит.

Конечно, я понимаю, что и в государственной больнице люди погибают, бывает необъяснимая, преступная халатность, которой не должно быть, потому что ее не должно быть никогда. Но одно дело – моя халатность, когда я позволяю своей жене оказаться в беспомощной ситуации, а другое дело – халатность тех, которые не подпадают под меру моей ответственности. Случись что, и сам себе не найдёшь оправдания. Правда, в нашем храме служит священник, трое его младших детей родились дома.

Вольному – воля.

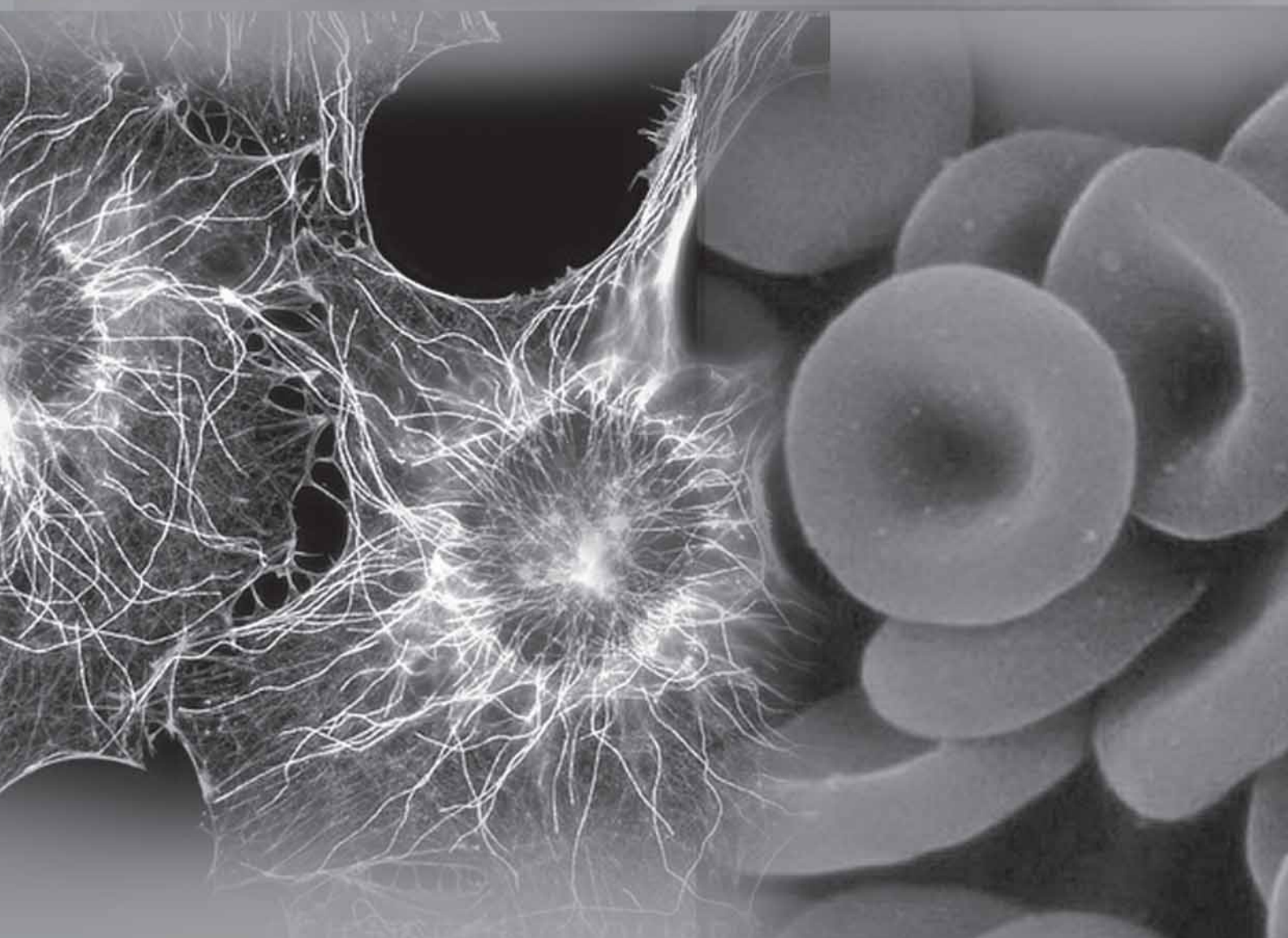
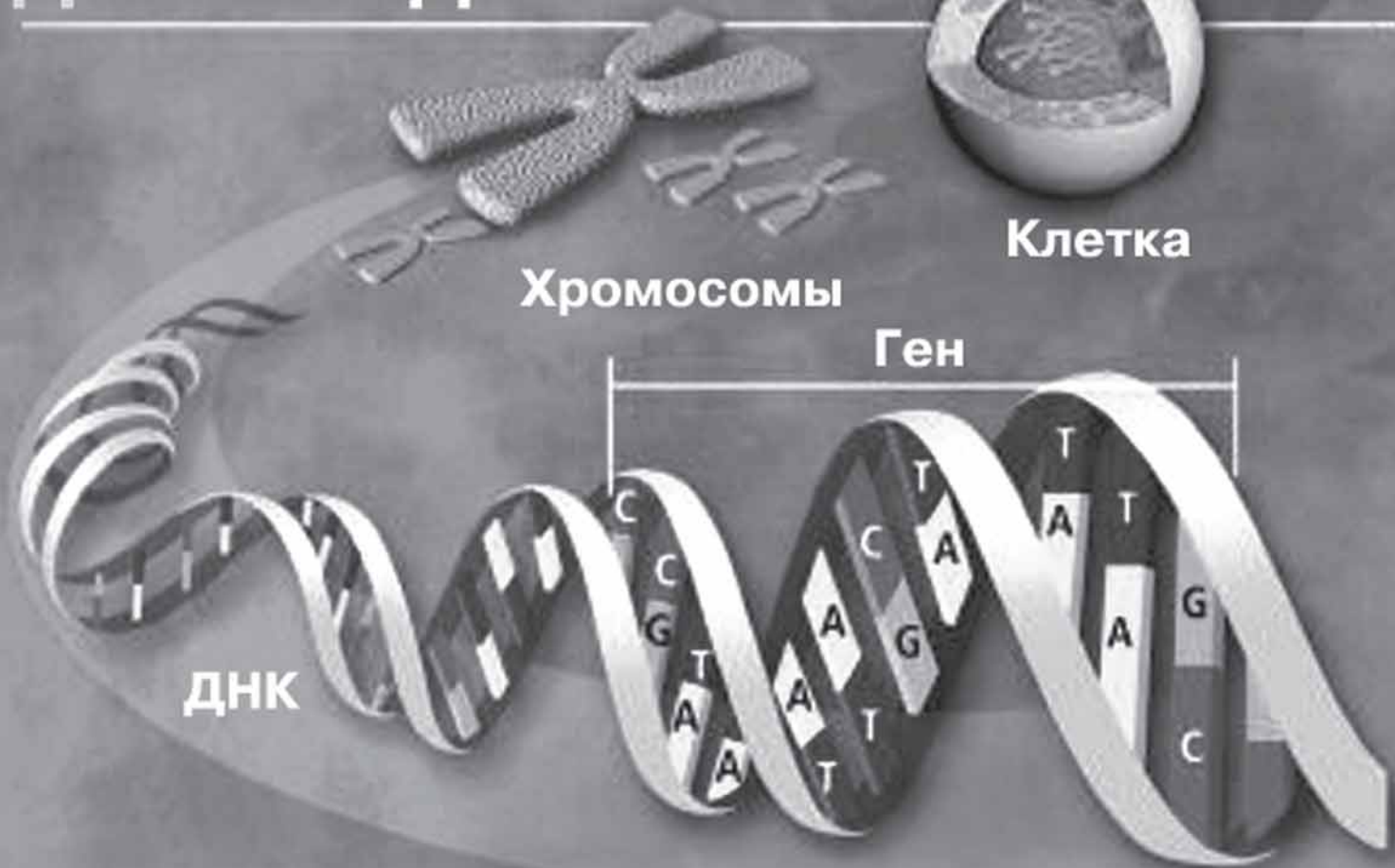
Вместо заключения

5 мая 2009 г. «во внимание к усердным пастырским трудам и в связи с 50-летием» священник Алексей Тимаков был награжден Орденом Русской Православной Церкви святого благоверного князя Даниила Московского III степени.



**ВОПРОСЫ
СОВРЕМЕННОЙ
НАУКИ**

ДНК – МОДЕЛЬ ЖИЗНИ



ЖИВАЯ КЛЕТКА ГЛАЗАМИ ХИМИКА-ОРГАНИКА



В. Г. КОСТЕНКО,
кандидат химических
наук, доцент

Представляем результаты сорокалетних трудов и раздумий автора, о том, что же собой представляет живая клетка, как она построена и как функционирует. В последние три года с Божьей помощью автору удалось все обобщить и, в конечном счете, написать книгу, которая представлена вниманию читателей.

Известно, что нет более дискуссионной проблемы, чем проблема возникновения жизни на Земле. Противостояние по этому вопросу всегда имело место между религией и воинствующим материализмом.

Примитивный материализм сначала опирался на идею самозарождения живых существ, а после того как Пастер доказал несостоятельность этой идеи, взял на вооружение эволюционное развитие материи, которая стала осуществляться после случайного возникновения, сначала некоей молекулы, способной саму себя копировать, а затем постепенно эволюция привела к возникновению протоклетки, которая дальше эволюционировала вплоть до Человека. Вершиной этих идей можно считать коацерватную теорию Опарина, развившего ее в середине прошлого века.

Взгляды религии сохранялись и сохраняются в неизменном виде больше тысячи лет, признавая в вопросе о происхождении, как живой, так и неживой природы, роль Творца.

В работе рассмотрен основной арсенал органических и неорганических соединений, которые участвуют в построении клеточных структур обеспечивающих жизнеспособность клетки, чтобы ответить на вопрос, как эти структуры функционируют, управляются в автоматическом режиме и как они возникли.

Трудность решения этой задачи заключается прежде всего в том, что несмотря на свою микроскопичность, клетка построена из десятков миллиардов молекул, как с большим молекулярным весом (белки, нуклеиновые кислоты, полисахариды), так и мономерных молекул (вода, липиды, аминокислоты, моносахара, кислоты, ионы металлов, анионы и т. д.).

Начать это рассмотрение, так или иначе, приходится с элементарных частиц – электронов,

нейтронов, протонов, атомов, катионов и анионов – именно они обеспечивают образование и разрушение химических связей, что лежит в основе процессов, именуемых жизнью.

Остановимся на вопросах, касающихся строения и функционирования частиц, начиная с электрона, уже для объяснения поведения которого приходится привлекать теории, рассматривающие его одновременно и как волну, и как частицу. С этим справляется квантовая механика, хотя и ограничивается одноэлектронной системой. Для нас гораздо важнее понять, что такое химическая связь, как она возникает и как разрушается.

Как известно, простейшей химической связью является ковалентная связь. На рис. 1 показаны электронные облака (квантовая механика рассчитывает не орбиты электронов, а их облака) атомов водорода и образования связи между двумя атомами в молекуле водорода. Переходя к более сложным молекулам, образованным с участием атома углерода (основной элемент органических соединений живых систем), мы сталкиваемся с явлением, именуемым гибридизацией, что позволяет представить образование σ -связи (Sp^3 гибридизация).



Рис. 1. S -электронные облака атома водорода (1) и образование двухядерной системы (2, 3).
Это простейший тип ковалентной σ -связи.

На рис. 2–3 и 4–5 представлены электронные облака в молекулах этилена, ацетилен, бензола и бутадиена. Здесь мы имеем дело с Sp^2 гибридизацией, которая имеет место при образовании π -связей.



Рис. 2. Электронные облака в молекулах этилена



Рис. 3. Электронные облака в молекуле ацетилен



Рис. 4. Электронные облака в молекуле бензола



Рис. 4. Электронные облака в молекуле бутадиена

Известно, что разрыву связей предшествует ее поляризация, т. е. смещение электронного облака к одному из связываемых атомов. Чем легче смещаются облака, тем слабее связь. В общем виде σ -связью прочнее π -связи. Две π -связи, разделенные одной σ -связью, вступают в сопряжение, в результате которого смещение электронных облаков еще более облегчается, а это ведет к усилению реакционной способности (в молекуле бутадиена, **рис. 5**). При замыкании сопряженной системы (в молекуле бензола) как и следует ожидать, реакционная способность уменьшается (см. **рис. 4**).

Очень важным свойством σ -связи является то, что вокруг нее возможны свободные повороты. Поэтому, если отсутствуют стерические препятствия, за счет этих поворотов возможны изменения пространственного расположения атомов или атомарных групп, что ведет к появлению так называемых конформационных изомеров.

Если в молекуле присутствуют электроотрицательные атомы, возникает смещение электронных облаков по σ -, π -связям с появлением дробных зарядов, ведущих к изменению физико-химических свойств молекул, что неизбежно меняет их функциональное поведение.

Итак, в живой клетке электроны участвуют в образовании систем с высокой лабильностью, необходимой, но не достаточной для возникновения живого состояния. Нужны еще факторы, ограничивающие лабильность и направляющие процессы в определенном направлении. По-видимому, эти факторы учитывают термодинамические функции состояния.

Важнейшей функцией, в этом плане, является свободная энергия Гиббса, рассчитываемая по формуле:

$$G = H - TS,$$

где H – энтальпия, S – энтропия (мера упорядоченности)

Так как абсолютные величины этих функций не известны – рассчитывают их изменения:

$$\Delta G = \Delta H - T \Delta S.$$

Химикам, и тем более биологам, при оценке энтропийной составляющей, удобнее иметь дело с энтропией, данное Больцманом:

$$S = k \ln W,$$

где k – постоянная Больцмана, W – вероятность, зависящая от множественности микросостояний.

Для поддержания живого состояния в клетке, должны постоянно протекать химические реакции обеспечивающие клетку энергией и строительными блоками, участвующие в построении

клеточных структур. Это достигается, с одной стороны, поддержанием температуры на оптимальном уровне, с другой стороны, снижением энергии активации E_a до уровня $E_{кат}$, но не более (нельзя допускать слишком быстро протекающих реакций), так как это приведет к повышению температуры, неприемлемой для живых организмов (см. **рис. 6**).

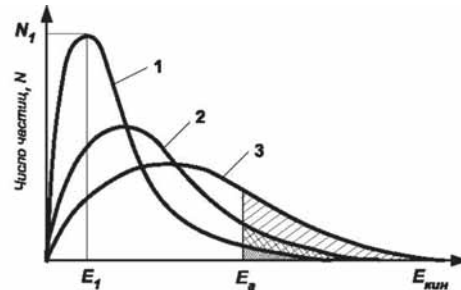


Рис. 6. Распределение частиц газа по кинетической энергии при различных температурах:

$$1 - T_1; 2 - T_2; 3 - T_3; T_1 < T_2 < T_3$$

Обратившись к построению всех живых организмов, можно видеть, что в основе всего живого лежит клетка. На **рис. 7** представлена схема, отражающая иерархию построения материального мира.



Рис. 7. Иерархия построения материального мира

Особо необходимо отметить специфику живого состояния. В 30-е годы прошлого столетия Бауер высказал предположение, что, в отличие от неживых систем, живые – всегда находятся в неравновесном состоянии. Он сформулировал биологический закон, который гласит: «Все живые, и только живые, системы никогда не бывают в равновесии и постоянно исполняют за счет своей свободной энергии работу против равновесия, требуемого законами физики и химии при существующих условиях».

Это отличает живые системы от неживых. При переходе от живого состояния в неживое клетка теряет (излучает) энергию: $E_i - E_t = h$.

Отсюда **первый постулат** нашего взгляда на живую клетку: «**Живая клетка является неравновесной, высокоструктурированной, чрезвычайно динамичной элементарной единицей живой субстанции. Вне клетки жизни нет.**».

Поражает сложность строения, как животных так и растительных клеток (см. рис. 8 и 9). При этом все органеллы (компарменты) выполняют определенные функции.



Рис. 8. Строение животной клетки



Рис. 9. Строение растительной клетки

На рис. 10 изображена схема, объясняющая, как организованы ферментативные системы, позволяющие субстрату претерпевать те или иные превращения, не покидая зоны, где начинается процесс.

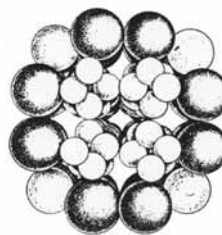


Рис. 10. Модель надмолекулярной организации пируватдегидрогеназы:

64 пр отомера редуктазы-трансацилазы липоевой кислоты образуют центральный тетраэдр, состоящий из маленьких сферических тел; вокруг нее расположены в виде двух колец (одно над другим) 16 протомеров декарбоксилазы пирувата (большие сферы) и 8 протомеров дегидрогеназы дигидролипата (средние сферы)

Следует заметить, что авторы, изображающие ферменты в виде сфер, не знали еще, что на самом деле молекулы белков не сферы, а пространственные образования с бугорками, впадинами, петлями и т. д. Отсюда **второй постулат**. **Структурные блоки (надмолекулярные образования) обладают многофункциональностью за счет входящих в их состав специфических катализаторов – ферментов. Каждый из блоков может выполнять две-три и, возможно, более функций, структурно связанных между собой настолько тесно, что любое воздействие из внешней среды приводит к неспецифическому ответу клетки в целом.**

Изучая морфологические изменения эритроцитов при повреждающих воздействиях на них различных факторов, было установлено, что необходим уровень АТФ, при котором клетки сохраняют определенную форму. Наиболее удобно данное исследование проводить на примере эритроцитов животных, например мышей и крыс, что нами и было осуществлено в 60-е годы.

Оказалось, что при действии на эти клетки ионов ртути и кадмия, а также при хранении эритроцитов на холоде происходит изменение их формы и они переходят из дискоидных в сферические, с потерей гемоглобина, т. е. они погибают (см. рис. 11)

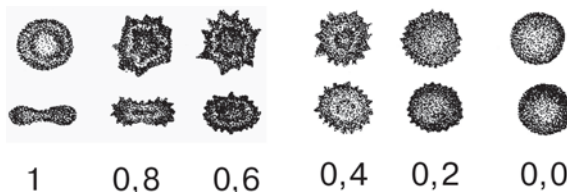


Рис. 11. Микрорисовки эритроцитов мышей в процессе их превращений «диск – сфера». Цифры внизу – принятые коэффициенты для расчета морфологического индекса. Первый ряд – вид сверху; второй – вид сбоку

Рассчитывая морфологический индекс и контролируя параметры других изменений (потеря гемоглобина эритроцитами, их оседание), можно видеть, что все процессы взаимосвязаны (рис. 12) и неспецифичны.

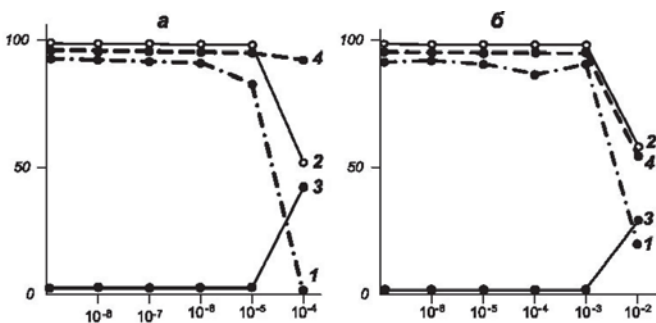


Рис. 12. Кривые изменений морфологического индекса (1), гемоллиза (2 и 3) и оседания эритроцитов (4) под действием ртути (а) и кадмия (б) в течение 1 часа. По оси абсцисс – концентрация (в М) ртути (а) и кадмия (б); по оси ординат – изменения (в %) морфологического индекса (1); количество гемоглобина, вышедшего из эритроцитов (2); количество эритроцитов, полностью потерявших гемоглобин (3); оседание эритроцитов (4). Гемоглобин определяли спектрофотометрически

Деформируемость эритроцитов, ее снижение зависит, в том числе, и от патологического состояния животного организма. Так снижение деформируемости эритроцитов имеет место при диабете. К сожалению, нет данных о поведении эритроцитов при других заболеваниях.

Нужно еще отметить характерное движение внутри клеток. Наиболее красочно это явление было описано Франком и Астаховой: «Клетки беспрерывно меняют очертания, структуру на разных уровнях своей организации. Иногда подвижность клеток производит впечатление непрерывного кипения. Протоплазма движется, резко меняя скорость, и даже приостанавливается при раздражении».

Обстоятельно этот вопрос изучен ученым Камией, подразделившим движение клетки на ряд типов движения (см. рис. 13).

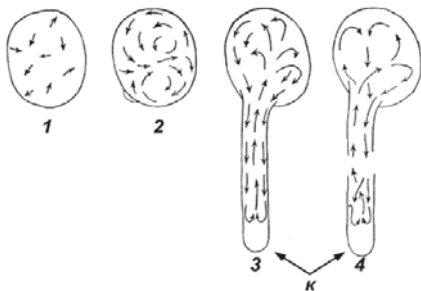


Рис. 13. Движение протоплазмы

Попытки объяснить этот феномен пока окончились неудачей.

Ответы на любые вопросы, связанные с расшифровкой механизмов жизненных процессов, могут быть найдены только на базе физических и химических законов. Как ведут себя молекулы в живой клетке? Каким закономерностям подчиняются? Как построена динамическая структура живой клетки? Вот те вопросы, ответы на которые мы попытаемся получить на базе химических знаний. Тогда вытекает **третий постулат**: «**В живой клетке нет и не может быть никаких элементов, соединений, надмолекулярных образований, построенных или созданных только для обеспечения живого состояния и не подчиняющихся общим законам физики и химии**».

Нашей задачей далее будет выяснение путей, которые приводят к возникновению особых биологических законов и закономерностей. При этом основным будет объяснение и обоснование закона Бауэра.

Решая эту задачу, можно идти двумя путями. Первый путь тот, которым идет молекулярная биология, выясняя роль молекул и их образований, стараясь все процессы свести к молекулярному уровню.

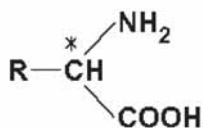
Не отрицая важности этих знаний, нам кажется целесообразным рассмотреть второй путь, который будет базироваться на общих принципах строения молекул с использованием качественных квантово-механических подходов и обнаружения на этой основе общих принципов построения динамической структуры клетки и ее органелл.

В предисловии было отмечено, что жизнь, живая субстанция, определяется не только присутствием в ней белковых тел. Однако это не означает, что белку не принадлежит ключевая роль в обеспечении жизнедеятельности клетки. Уже в первой главе было отмечено, что белки выполняют прежде всего каталитические функции, т. е. они – биокатализаторы, именуемые ферментами. Течение всех биохимических процессов не может протекать без участия белков – ферментов.

Следовательно, метаболизм не может осуществляться без них, и жить без них клетка также не может, так как метаболизм поставляется вещества, поддерживающие структуру клетки в живом состоянии. Кроме того, сами белки обеспечивают поддержание структуры клетки. Другое дело, что в этих процессах участвуют и другие соединения, но об этом речь будет идти особо.

Как же построены молекулы белков? Общеизвестно, что белковая молекула представляет собой полипептид, в состав которого в определенной последовательности входят 20 основных «магических» аминокислот.

Общая формула аминокислоты:



Аминокислоты содержат структурную группу, обладающую возможностью образовывать пептидную группировку, способную к существованию в двух формах (ковалентной и ионной). Отличаются аминокислоты друг от друга характером и величиной группировки **R**.

Теперь представим себе, что аминокислоты реагируют друг с другом, с отщеплением молекул воды. Тогда из остатков аминокислот образуется длинная цепь, именуемая полипептидной. Полипептидная цепь может свертываться либо в виде спирали (см. рис. 14), либо в виде бета-структур, когда цепи скрепляются водородными связями.

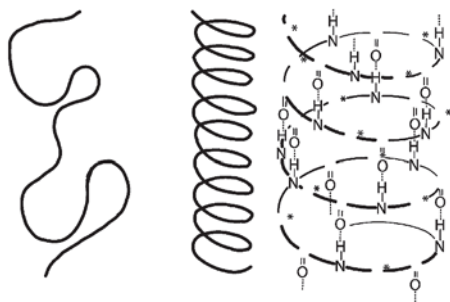


Рис. 14. Вторичная структура белка:
1 – беспорядочно свернутый клубок;
2 – α-спираль

Последовательность аминокислот в цепи – это первичная структура (см. рис.15), альфа-спираль и бета-структуры – вторичные, а свертывание белка в глобулу – третичная структура.

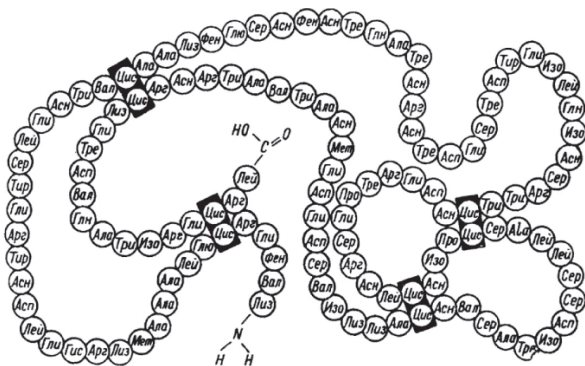


Рис. 15. Первичная структура лизоцима

На рис. 16 показано, какие силы стабилизируют белковую глобулу.

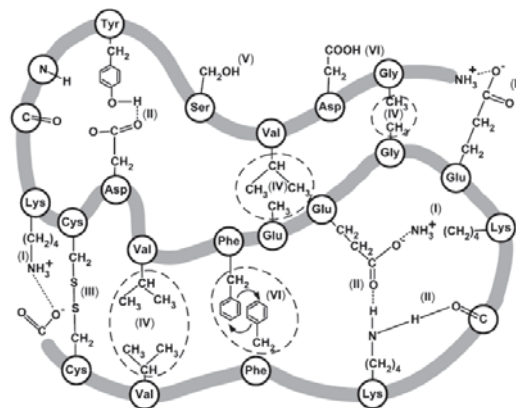


Рис. 16. Характер сил, стабилизирующих белковую молекулу: I – ионные связи; II – водородные связи; III – S-S-связи; IV – гидрофобные взаимодействия; V – полярные группы, остающиеся на поверхности белковой глобулы; VI – силы, возникающие за счет образования комплексов с переносом заряда.

Рассмотрим подробнее состояние белковой молекулы в водном растворе. Первые попытки обосновать ее состояние были предприняты еще в 1940-е гг. Бреслером и Талмудом. Решающее значение, по их представлениям, при сворачивании белковой глобулы принадлежит боковым радикалам аминокислот. В зависимости от их характера, они будут либо стремиться уйти из водного окружения (неполярные радикалы), либо остаться в водном окружении (полярные радикалы). При этом в целом глобула будет стремиться к минимуму свободной энергии.

1. При большом количестве неполярных группировок белковая молекула будет «схлопываться» в глобулу с образованием гидрофобного «ядра». Уменьшение свободной энергии происходит по двум причинам: во-первых, алкильные радикалы, группируясь, получают дополнительные степени свободы, и энтропия молекулы увеличивается; во-вторых, полярные группы, оставаясь на поверхности, образуют водородные связи с молекулами воды, что приводит к увеличению энтальпии. При этом возникающие водородные связи препятствуют структурированию воды с образованием льдоподобной структуры с пониженной энтропией.

2. При очень малом количестве гидрофобных боковых цепей, естественно, преобладающими будут гидрофильные группировки, белковая молекула будет терять способность к сворачиванию в глобулу. Например, фиброин шелка, в состав которого входит 43,8% глицина (гликокола) и 26,4% аланина (самый короткий радикал), вообще не образует глобул: его полипептидная цепь остается развернутой и вытянутой в форме нити.

Обстоятельно вопрос сворачивания белковых молекул в соответствующие структуры (чаще

всего глобулы) рассмотрен Кузнецовой, Форже и Туроверовым. Если последовательность аминокислот в полипептидной цепи закодирована в последовательности четырех азотистых оснований в цепи нуклеиновых кислот, то сворачивание белковой молекулы в глобулу определяется уже последовательностью аминокислот в самой полипептидной цепи.

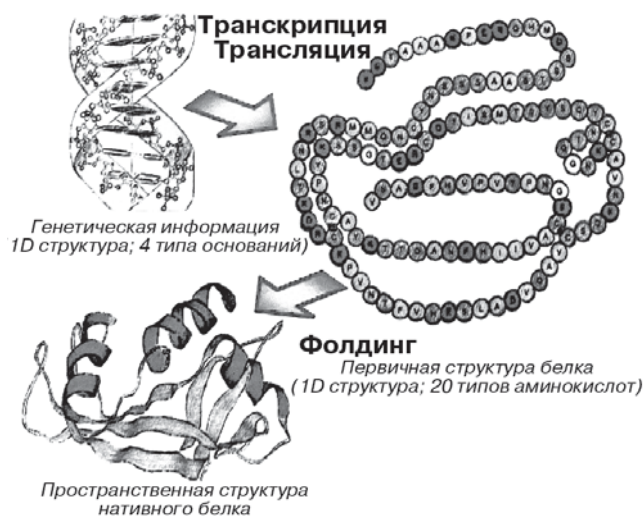


Рис. 17. Схема, иллюстрирующая место фолдинга белка в процессе биосинтеза

Не повторяя далее всех нюансов, связанных с фолдингом белковой молекулы, которые читатель найдет в цитированных работах, отметим правоту авторов исследования, считающих, что «мерой стабильности структуры белка является свободная энергия $F = H - TS$, которая определяется его энтальпией H , т. е. энергией взаимодействия различных групп белковой молекулы, и его энтропией $S = R \ln N$ (где R – молярная газовая постоянная, T – абсолютная температура), являющейся мерой числа конформаций N , которыми данное состояние белка может быть реализовано». Эта формула практически идентична формуле Больцмана, если принять, что число конформаций N совпадает с вероятностью микросостояний W .

Приводимая авторами схема, характеризующая энергетическую поверхность при переходе белковой молекулы (рис. 18) из полностью развернутого в нативное состояние, проходя через промежуточное состояние, по-видимому, будет представлять интерес и тогда, когда мы подойдем к построению качественной модели клетки. Продолжая обсуждение свойств белка в водных растворах, согласно представлениям, развитым Шерагой с сотрудниками, изменение термодинамических параметров при образовании белковой глобулы составляет:

- ΔF от $-0,2$ до $-1,5$ ккал/моль;
- ΔH от $+0,3$ до $+1,8$ ккал/моль;
- ΔS от $+1,7$ до $+11,0$ ккал/моль-град.

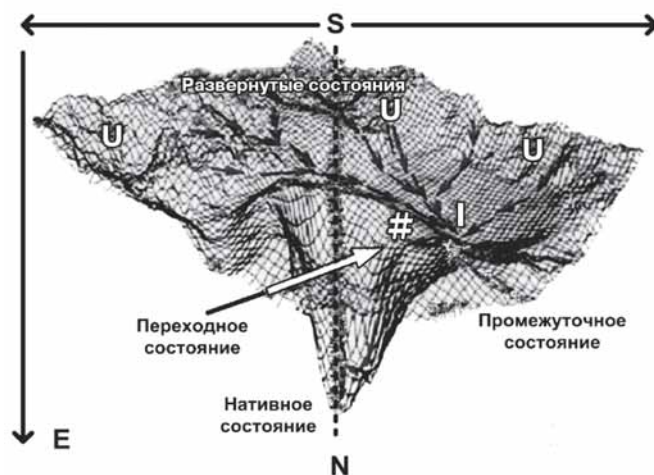


Рис. 18. Энергетическая поверхность, определяющая пути сворачивания белка в нативном состоянии

Таким образом, выигрыш свободной энергии вполне достаточен, чтобы стабилизировать нативную структуру белковой глобулы. Гидрофобные взаимодействия с повышением температуры до $50-60^\circ\text{C}$ вначале усиливаются, а затем ослабевают.

Наличие в белковой глобуле других связей (главным образом, водородных) приводит к тому, что нативная белковая глобула может существовать в определенном интервале температур с ограничениями как сверху, так и снизу.

Особо необходимо остановиться на динамике белковых молекул.

Мак-Каммон с сотрудниками, используя кристаллографический метод, исследовали панкреатический ингибитор трипсина и сумели обнаружить изменения молекулы через $3,2 \cdot 10^{-6}$ сек. Теория динамики КК-переходов в белках наиболее полно и обстоятельно изложена в обзоре К.В. Шайтана, который, отмечая уникальные динамические свойства белка, считает, что это отличает его от любых твердых и жидких тел.

А.Б. Рубин приводит данные о временных характеристиках отдельных видов движения белковых молекул (табл. 1).

Таблица 1
Виды движения белковых молекул и их временные характеристики

Виды движения белковых молекул	Время, сек
Первичные события в фотосинтезе и зрении	$10^{-3}-10^{-12}$
Локальная динамика:	
- атомов и малых групп	$10^{-12}-10^{-11}$
- боковых цепей и сегментов полипептидных цепей	$10^{-11}-10^{-7}$
Релаксация участков полипептидной цепи	$\sim 10^{-9}$
Движения доменов и субъединиц	$10^{-8}-10^{-5}$
Реакция переноса протона ионизируемых групп	$10^{-9}-10^{-7}$
Развертывание участков α -спирали	$10^{-8}-10^{-6}$
Высвобождение связанных молекул лигандов	$10^{-6}-10^{-3}$
Кинетика сворачивания-разворачивания	$10^{-4}-10^{-2}$
Обмен прочно связанных ионов Са	$10^{-3}-10^{-2}$

Все это свидетельствует о том, что сейчас уже невозможны никакие построения, объясняющие жизненные явления, без учета роли динамики состояния белковых молекул.

Продемонстрировать, как это сказывается на структуре белковой глобулы, можно, обратившись к **рис. 19**.

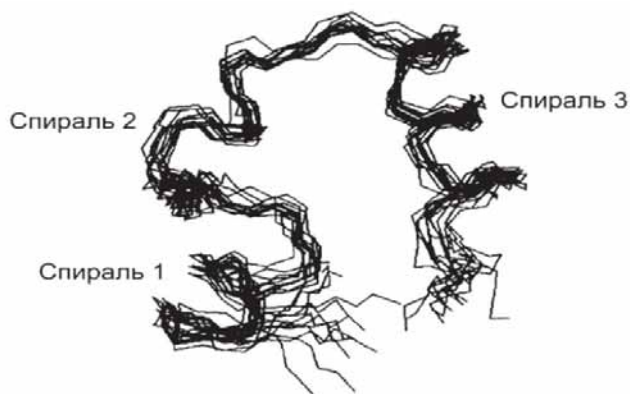


Рис. 19. Наложение 12 траекторий молекулярных движений, зафиксированных с интервалом 200 нсек

Белковые глобулы не могли бы создать живых структур, если бы они не обладали способностью к ассоциации с мономерными компонентами (см. **рис. 20 и 21**) и с другими глобулами белка.

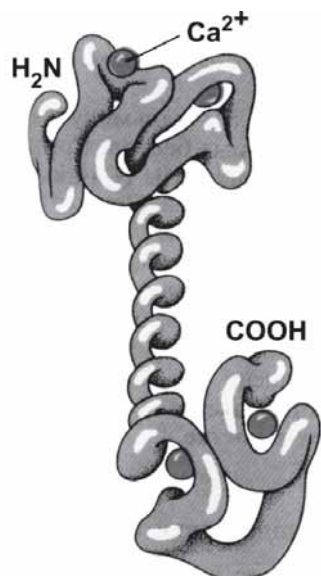


Рис. 20. Строение комплекса кальмодулина *Paramecium tetraurelia* с ионами кальция по данным рентгеноструктурного анализа

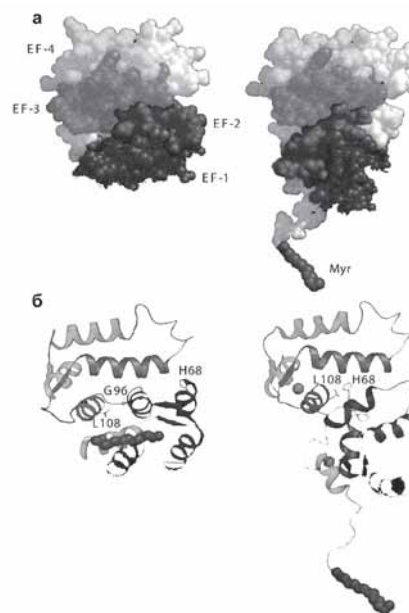


Рис. 21. Пространственная (а) и ленточная (б) диаграмма молекулы рековерина – свободная от кальция (слева) и со связанным кальцием (справа)

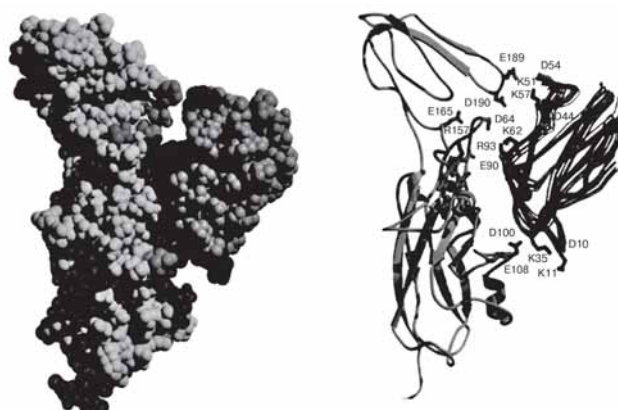


Рис. 22. Структура комплекса между цитохромом *f* и пластоцианином, выделенного из цианобактерий *Nostoc*, охарактеризованного с помощью ядерного магнитного резонанса: 1 – объёмная модель; 2 – ленточная модель.

Представляют интерес данные об изменении термодинамических параметров при ассоциации белка.

Несколько неожиданными оказались результаты по изучению изменений энтальпии и энтропии при ассоциации белковых глобул друг с другом. Оказалось, что выигрыш в свободной энергии (ее уменьшение) обусловлен, в основном, изменением энтропии.

Действительно, если ассоциируют две белковые молекулы, то часть их группировок получает дополнительные возможности для перемещения благодаря гидрофобному взаимодействию. Кроме того, освобождается часть молекул воды, находящихся в связанном состоянии за счет водородных

связей с полярными радикалами, расположенными на поверхности белковых глобул. Ассоциация белковых молекул, по-видимому, будет приводить к образованию плотно упакованных структур.

Не забывая взглядов Шредингера о том, что биологические структуры представляют собой аperiодические кристаллы (чаще всего смешанные), отметим, что построение клеточных структур с участием белков происходит, наиболее вероятно, по принципам плотной упаковки, когда выступ одной молекулы входит в углубление другой, как это было постулировано Китайгородским.

Нельзя представить себе функционирование белковых глобул, если бы отсутствовали их взаимодействия с витаминами, гормонами, макроэргами и если бы у нас не было возможности влиять на их свойства с помощью лекарств и ядов.

Все эти соединения в своей структуре содержат сопряженные группировки, что позволяет им резко увеличивать лабильность электронных структур и обеспечивать метаболические преобразования веществ, поступающих в живую клетку.

Рассмотрим состояние белка в живой клетке. Количество белков в живой клетке – 10 миллиардов белков примерно 10 тысяч типов. Распределены белки не равномерно. В недавно опубликованной работе Ю-Донга и Кая приведены данные о распределении 3555 различных белков в 22 внутриклеточных органеллах пекарских дрожжей.

Таблица 2
Распределение 3555 белков в 22 внутриклеточных органеллах, согласно экспериментальным данным

Внутриклеточная локализация	Число белков
Актин	29
Почки	23
Шейка почки	60
Периферия клетки	106
Цитоплазма	1576
Раннее Гольджи	51
Эндосома	43
Эндоплазматический ретикулум	272
Переход от эндоплазматического ретикулума к Гольджи	6
Гольджи	40
Позднее Гольджи	37
Жировые частички	19
Микротрубочки	20
Митохондрии	494
Периферия ядра	59
Ядрышко	157
Ядро	1333
Пероксисома (лизосома)	20
Полюс веретена	58
Мембраны вакуолей	54
Вакуоли	129
Другие органеллы	123
Всего	3555

Приводя данные о распределении 3555 типов белков, авторы отмечают, что часть белковых молекул может встраиваться не в одну, а в несколько органелл, и тогда число включенных в них белков увеличивается до 4709. Встраиваясь в ту или иную органеллу, белковая молекула должна (неизбежно) принимать свое КК-состояние в зависимости от соответствующего окружения. При этом состояние и самой органеллы не остается постоянным.

Так, форма и размеры митохондрий изменяются при покое и активном функционировании. Мембраны перестраиваются, меняют свою проницаемость, в липидный слой встраиваются белки и т. д. Прижизненное состояние белковых молекул наблюдать крайне сложно. Поэтому постоянно возникают дискуссии о состоянии белка в живой клетке.

Излагая взгляды Бауэра на проблему «живого белка», следует отметить правоту автора, отрицавшего существование этого феномена, хотя он допускал особое «живое состояние» белковой молекулы. Последующее развитие биохимии привело к возникновению новой науки – молекулярной биологии. Основной задачей новой науки явилось решение проблем, связанных с синтезом и последующим функционированием белка.

К глубокому сожалению, на фоне выдающихся успехов новой науки, были проигнорированы выводы сторонников особого состояния белка в живой клетке, хотя еще в 1956 г. А.С. Цыперович писал: «Белок, выделенный и очищенный даже при применении наиболее осторожных приемов, несомненно, не тождественен тому же белку в естественных условиях». Это, по-видимому, не относится к белкам-ферментам, функционирующим в пищеварительном тракте, но в этом ничего удивительного нет, так как и пепсин, и химотрипсин, и трипсин, попадая в пищеварительный тракт, внутриклеточными белками уже не являются.

Мы знаем, что белковая глобула может находиться в нативном (сразу после ее синтеза) и денатурированном (не функциональном) состоянии. Денатурированная глобула интереса не представляет, и обсуждать ее нет смысла.

Гораздо сложнее обстоит дело с понятием «нативное» состояние. Последнее время появились термины: «промежуточные» состояния (между «нативным» и денатурированным), «ненативные» состояния (расплавленные глобулы).

Во-первых, не доказано, что «промежуточное» состояние белковой молекулы является «ненативным» белком. Промежуточных состояний может быть множество. Они отделены друг от друга очень низкими потенциальными барьерами (примерно 3 ккал/моль). Попадая в энергетическую воронку (см. рис. 18), белок достигает минимума

свободной энергии Гиббса и в этом «нативном», равновесном состоянии остается.

Мы уже отмечали, что эти изменения состояния молекул белка происходят миллионы–миллиарды раз в секунду. Обозначенное выше «нативное» состояние не будет позволять белку выбираться из потенциальной воронки. Значит, общепринятое представлено о «нативности» противоречит фактическому поведению белка, находящегося в клетке. Как это ни парадоксально, но «ненативные» белки, по-видимому, оказываются более «нативными», так как они способны через состояние «расплавленной глобулы» принимать множественные состояния, которые так необходимы клетке при ее функционировании. Чтобы синтезированные белки *de novo* не достигали равновесного «нативного» состояния, в клетке присутствуют «помощники» белка – тоже полипептиды – шапероны. Эта гипотеза была высказана еще в 1988 году В.Е. Бычковой.

Схематически модель «нативного» состояния и состояния расплавленной глобулы представлена на рис. 26.

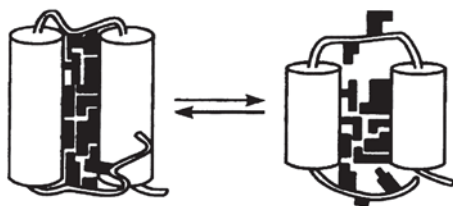


Рис. 26. Схема, отражающая состояние белка в «нативном» состоянии и состоянии расплавленной глобулы

В представленной схеме все эти превращения демонстрируют переходы между перечисленными выше состояниями:



Опираясь на все вышеизложенное, сформулируем **четвертый постулат** существования белка в живой клетке.

Белок в живой клетке синтезируется в процессе транскрипции-трансляции и принимает

конформационно-конфигурационную структуру, которая образуется и сохраняется за счет валентных, водородных, дисперсионных, вандерваальсовых связей, гидрофобных и электронных взаимодействий, главным образом, за счет образования комплексов с переносом заряда. Валентные связи обеспечивают сохранение сравнительно жесткого скелета макромолекулы, все остальные (слабые взаимодействия) – ее пространственную форму.

Присутствие в клетке (в обязательном порядке) витаминов, гормонов, макроэргов, кофакторов, особых белков-шаперонов, ионов металлов (все они содержат делокализованные электроны) приводит к тому, что молекулы белка вступают во взаимодействие с этими соединениями и приобретают такое электронно-конфигурационно-конформационное неравновесное состояние, которое обеспечивает необходимые функциональные свойства. Этому не препятствует плотная упаковка белковых глобул, так как они обладают высокой гибкостью и способностью флуктуировать в достаточно широких пределах, образуя множество микросостояний и подчиняясь закону Больцмана $S = k \ln W$.

Структурная свободная энергия Гиббса (G) молекулы белка будет стремиться к минимуму согласно уравнению $\Delta G \rightarrow \Delta H - T \Delta S$.

Достигнуть минимума молекула может, перейдя в кристаллическое или равновесное состояние, близкое к раствору белка в воде. Однако ни в том, ни в другом случае молекулы белка не смогут обеспечивать жизнеспособность клетки.

В конечном счете, белок в клетке будет флуктуировать между состоянием, определяемым изобарно-изотермическим термодинамическим потенциалом G (белок в водном растворе) и потенциалом, соответствующим белку в состоянии аperiodического кристалла.

Внешние воздействия и взаимодействие с поступающими извне и синтезируемыми самой клеткой соединениями помогают белку сохранять неравновесие с повышенной свободной энергией G , меняющейся с переходом клетки в те или иные состояния.

Как видно из приведенного постулата, состояние белка в клетке, с одной стороны, обеспечивается сложным образом, но, с другой стороны, ограничения, накладываемые двумя минимальными величинами свободной энергии, и присутствие в клетке необходимых «помощников», а также наличие потока внешних воздействий и условий позволяют клетке оставаться живой.

Как же строится столь важный для живой клетки белок? В настоящее время имеется большое число монографий и работ, где вопрос о биосинтезе белка разработан подробно и обстоятельно. Среди многочисленных исследователей, посвятивших

этой проблеме все свое внимание и жизнь, несомненно, следует назвать М.В. Волькенштейна, С.Е. Бреслера, А.Б. Рубина, О.Б. Птицина, А.С. Спирина, М.Д. Франк-Каменецкого, М.И. Иванова.

Наиболее обстоятельно этот вопрос разработан в монографиях А.С. Спирина. Учитывая то, что сейчас стало ясно, что предполагавшийся ранее путь биосинтеза через самостоятельную редупликацию молекул ДНК, оказался не столь простым, в результате кристаллографы Спенсер и Иванов заявили: «Идея, что ДНК просто-напросто склад генетической информации, похоже, находится при последнем издыхании».

Возможно, что ДНК обладает не менее важной функцией – служить организующим звеном в цепи биосинтетических процессов. Основанием для этого может служить, видимо, образование структур с участием белка и ДНК (см. рис. 28).

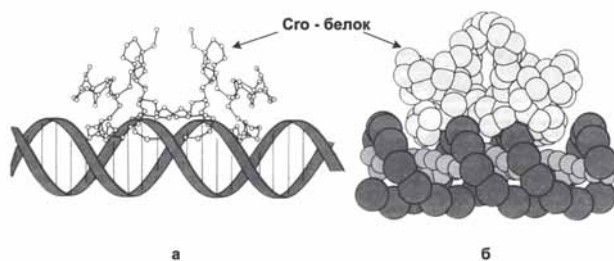


Рис. 28 Модельное изображение комплекса молекулы ДНК и белка:
а – в форме ленты;
б – с использованием метода Монте-Карло

Тогда, **пятый постулат**: *Нуклеиновые кислоты (РНК и ДНК) благодаря высокой стереореглярности выполняют в живой клетке, прежде всего, организующую роль. Образуя упорядоченные структуры, близкие по строению к кристаллам, они стимулируют образование кристаллоподобных органелл (ядро, ядрышко, хромосомы, хромопротеиды), которые оказывают управляющее влияние на все процессы жизнеобеспечения клетки. Благодаря способности к флуктуационным движениям, перестройкам с переходом от одного микросостояния к другому нуклеиновые кислоты не уменьшают значительно энтропийной составляющей структурной свободной энергии.*

Таким образом, как и в случае белковых молекул, молекулы нуклеиновых кислот, стремясь к минимуму свободной энергии $\Delta F \rightarrow \Delta H - T\Delta S$, обеспечивают положительный характер ΔS , подчиняясь уравнению Больцмана $S = k \ln W$, благодаря большому числу микросостояний W .

Несомненно, вода играет незаменимую роль в поддержании живого состояния клетки. Так, прежде всего, структура воды в клетке позволяет в 100 раз увеличить скорость перемещения ионов водорода по цепочке структурированной воды (например, во льду). Если теперь учесть, что благо-

даря свойству молекул воды осуществлять водородные связи со своими соседями, в воде возможно возникновение 6-членных колец, напоминающих соответствующие кольца, образуемые атомами углерода (см. рис. 30).

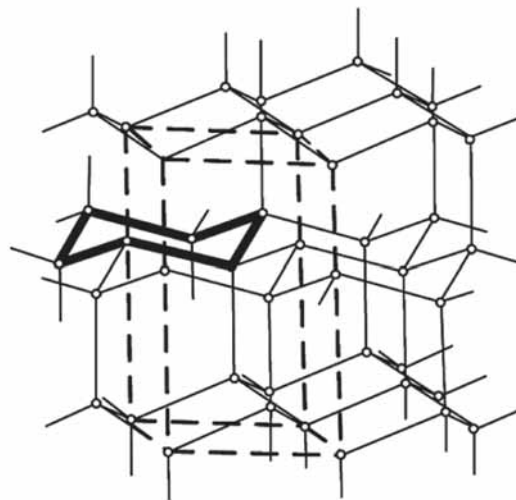


Рис. 30. Расположение атомов кислорода во льду.

Итак, сформулируем **шестой постулат**: *Вода в клетке выполняет множественные функции, главная из которых – это участие в образовании функционирующих структур.*

Ни одна из органелл клетки не может функционировать в отсутствие воды, которая обеспечивает укладку цепей белковых глобул и молекул нуклеиновых кислот в состояние, которое необходимо клетке для ее жизнеобеспечения, без воды не может быть обеспечена необходимая подвижность компонентов клетки.

В ряде компартментов клетки (цитоплазма, лизосомы и т. д.) вода является растворителем и участвует во всех биохимических процессах, непрерывно протекающих в клетке. Снижение содержания воды ниже допустимого уровня ведет к немедленной гибели клетки.

Роль катионов и анионов для обеспечения жизнедеятельности клеток неизмеримо велика, хотя трудно сформулировать общие задачи, в решении которых они участвуют. Исходя из общих соображений, все элементы, присутствующие в клетке, можно условно подразделить на макро- и микроэлементы. Какие именно элементы присутствуют в организме человека, показано в табл. 3.

Седьмой постулат: *Ионы металлов клетка аккумулирует несколькими путями: за счет пассивной диффузии, разности электрохимических потенциалов, с участием специфических переносчиков и АТФ-азных активностей, именуемых «насосами», а также управляемых ионных каналов. Множественность путей перемещения ионов необходима клетке, чтобы поддерживать ионный гомеостаз, который требуется для сохранения*

Таблица 3
Содержание химических элементов в организме человека

Массовая доля, %	Химические элементы
10 и более	O (62), C (21), H (10)
1^{-10}	N (3), Ca (2), P (1)
0,01 – 1	K (0,23), S (0,16), Cl (0,1), Na (0,08), Mg (0,027), Fe (0,01)
$10^{-3} - 10^{-2}$	Zn, Sr
$10^{-4} - 10^{-3}$	Cu, Co, Br, Cs, Si
$10^{-5} - 10^{-3}$	I
$10^{-5} - 10^{-4}$	Mn, V, B, Cr, Al, Ba
$10^{-6} - 10^{-3}$	Mo, Pb, Ti
$10^{-7} - 10^{-4}$	Be, Ag
$10^{-6} - 10^{-5}$	Ni, Ga, Ge, As, Hg, Bi
$10^{-7} - 10^{-5}$	Se, Sb, U
$10^{-7} - 10^{-6}$	Th
$10^{-12} - 10^{-4}$	Ru

структуры живого состояния. Попав в клетку, ионы металлов выполняют в ней множественные функции, главная из которых – создание и сохранение ее специфической функционирующей структуры. Это достигается либо при участии валентных связей с образованием специфических соединений, таких как витамин B12 (Co^{2+}), гемоглобин и миоглобин (Fe^{2+}), хлорофилл (Mg^{2+}), либо путем встраивания в белковую глобулу с обеспечением ее функционального состояния (Ca^{2+}). Одновалентные катионы (K^+ , Na^+ , Li^+) участвуют в поддержании общей структуры цитоплазмы, влияя, в первую очередь, на структуру внутриклеточной воды. Таким образом, целенаправленный метаболизм живой клетки осуществляется и регулируется с участием ионов.

Рассматривая проблемы переноса ионов из внешней среды в клетку, столкнулись с участием мембран в этом процессе. Теперь логично остановиться, прежде всего, на химической структуре соединений, которые входят в состав мембран и создают основу для пространственного построения этих поверхностных и разграничительных образований.

Согласно представлениям А.А. Болдырева с сотр., главными компонентами мембран являются белки (40–60%) и липиды (60–40%). В составе последних преобладают фосфолипиды и триглицериды, затем производные аминокислот и стероиды. Встречаются в мембранах также углеводы, как правило, олигосахара и их производные с липидами (гликолипиды) и белками (гликопротеины).

По представлению Лодиша и Ротмена, плазматическая мембрана выглядит так, как представлено на рис. 33, где четко видны все компоненты: липиды, интегральные и периферийные белки, углеводы. Строение мембран асимметрично: угле-

воды всегда находятся на внешней поверхности, а периферийные белки, как правило, на внутренней – цитоплазматической.

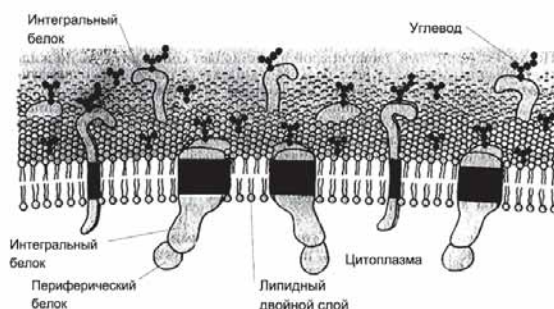


Рис. 33. Модель плазматической мембраны

Эта асимметрия возникает и сохраняется благодаря тому, что встраивание белка в липидный бислой происходит со стороны цитоплазмы, где белки синтезируются. Естественно, гидрофильные молекулы углеводов подстраиваются с внешней стороны клетки, где они обычно и находятся.

По-видимому, проблема мембранообразования еще слишком мало разработана и требует основательных исследований для ее разрешения, тем более, что представления о строении мембран еще нельзя считать окончательно сложившимися и законченными.

Если обратиться к динамике представлений по этому вопросу (рис. 34), приведенной в работе А. Б. Рубина, видно, что первоначальная модель Даниэли и Даусона, предложенная в 1935 г., претерпела многочисленные преобразования, зависящие, видимо, от субъективных и объективных причин – выбор объектов исследования и т. д. На вопрос, поставленный Рубиным (см. рис. 34), можно в качестве ответа предложить модель мембраны Лодиша и Ротмена (рис. 33).

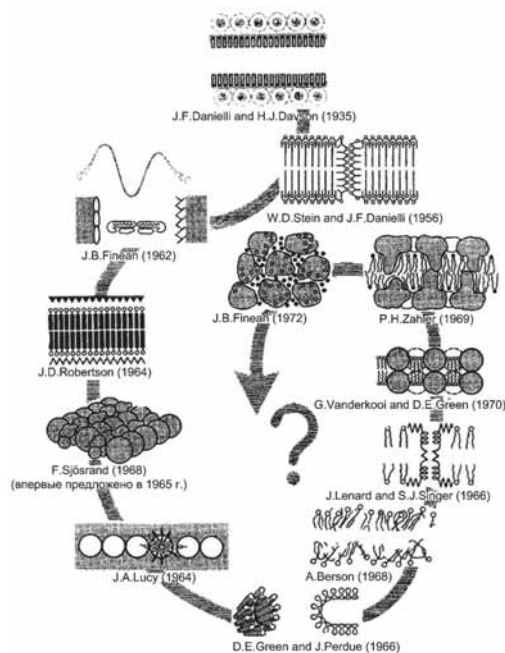


Рис. 34. Схема, иллюстрирующая временную и авторскую динамику представлений о структуре мембран

Итак, сформулируем **восьмой постулат**. **Мембраны, окружающие клетку, построены из недетерминированных (кроме белка) соединений, множественность которых позволяет клетке быстро приспосабливаться к меняющемуся составу окружающей среды. Благодаря тесной связи мембран и внутриклеточного содержимого (встраивающиеся в мембраны белки те же, что и белки, функционирующие внутри клетки), мембраны «сортируют» («хроматографируют») все вещества в зависимости от потребностей строения, функционирования и поддержания живого состояния клетки, что достигается в том числе и посредством участия мембран в процессе регуляции внутриклеточного метаболизма, направленного на синтез макроэргических соединений, также необходимых для создания и функционирования живой структуры.**

Когда речь идет о клетках сложного организма, создается впечатление, что клетка функционирует в соответствии с сигналами, поступающими извне. Действительно, такие сигналы существуют: электрические импульсы, посылаемые нервной системой; гормоны, взаимодействующие с рецепторами клетки и т. д. Однако живая клетка должна «уметь» сохранять свою структуру, строго направленные метаболические и катаболические процессы, способность определенным (специфическим и неспецифическим) образом реагировать на поступающие сигналы и воздействия окружающей среды. И это все при условии, что в клетке присутствуют 10 млрд молекул только белка (как минимум 10 тыс. видов).

Мы знаем, что клетка часто должна отвечать немедленно на те или иные воздействия окружающей среды в течение долей секунды. В таком случае наши построения, объясняющие феномен авторегуляции с привлечением рецепторов, индукторов, эфффекторов, ингибиторов, посредников, мессенджеров и всего остального арсенала, которым располагают цитологи, биохимики, биофизики и другие специалисты, изучающие функционирование живой клетки, выглядят очень впечатляюще, но вряд ли соответствуют истинной картине авторегуляторного процесса. Задача осложняется еще и тем, что клетка, переходя в то или иное новое состояние, должна вернуться (в те же доли секунды) в исходное положение, чтобы быть готовой к новым взаимодействиям с окружающей средой.

Естественно, что все, изложенное в предыдущих главах о структуре белка, можно полностью отнести и к ферментам. Будучи катализаторами химических превращений, имеющих место в живой клетке, они составляют основу авторегуляторных механизмов, без которых немислимо ее существование и функционирование. Первой попыткой объяснить механизм действия фермента была гипотеза, рассматривающая систему фермент – субстрат по по-

добию ключ – замок, т. е. такой альянс, когда изломы, имеющиеся в молекуле фермента, полностью зеркально соответствуют изломам в молекуле субстрата. Уже в 1960-е гг. Кошланд говорил об индуцированном соответствии молекул фермента и субстрата: «...сам субстрат взаимодействует с ферментом таким образом, что создается необходимое расположение каталитических групп, в результате чего становится возможным ферментативное воздействие на субстрат. Таким образом, в этой теории сохраняется требование пространственного соответствия, характерное для теории «шаблона», но вводится дополнительное условие индуцированного изменения белковой структуры фермента».

Наглядное представление об образовании фермент-субстратного комплекса можно почерпнуть из **рис. 35**, взятого из фундаментального руководства по биохимии Л. Страйера.

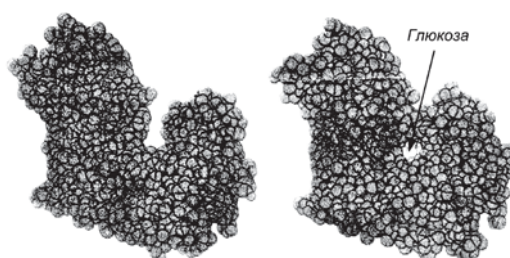


Рис. 35. Конформация гексокиназы значительно изменяется при связывании глюкозы (показано стрелкой). Две доли фермента сближаются и окружают субстрат

В качестве примера превращений глюкозы в аденозинтрифосфорную кислоту (АТФ) можно представить себе из **рис. 36**.

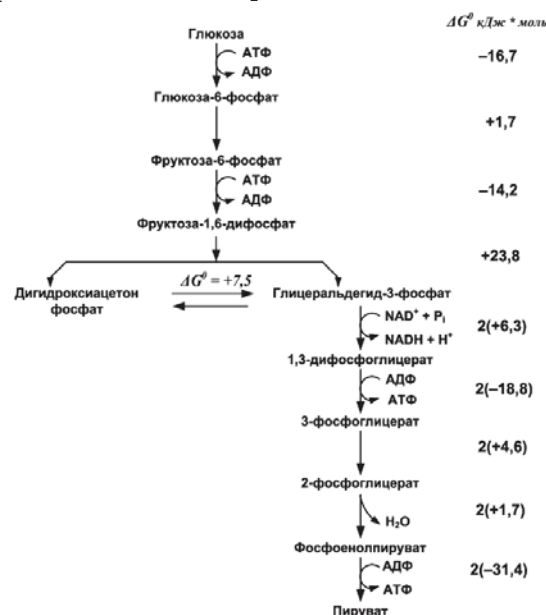


Рис. 36. Гликолитический путь превращения глюкозы в пируват с образованием АТФ ΔG° для реакций от глицеральдегид-3-фосфата к пирувату умножается на 2, так как из моля глюкозы образуется по 2 моля АТФ

Отсюда **девятый постулат**: *Белки-ферменты и их комплексы, обладая высокой динамичностью, способны, вступая во взаимодействие с комплементарными к активным центрам ферментов (возможны изменения ККЭВ) субстратами, катализировать превращение органических веществ с образованием необходимых клетке соединений. Эти превращения целенаправленно ведут к формированию макроэргических соединений (АТФ, ГТФ, ЦТФ, фосфоенолпируват, креатинфосфат, ацетилкофермент А), которые, встраиваясь в молекулу белка (с участием π , π - и n , π -сопряженных фрагментов), приводят к повышенной делокализации электронов в них, что вызывает усиление динамичности возникающих систем. В конечном счете происходит разрыв химических связей и возникновение продуктов реакции. Направляющей силой этих превращений является стремление к минимуму свободной энергии.*

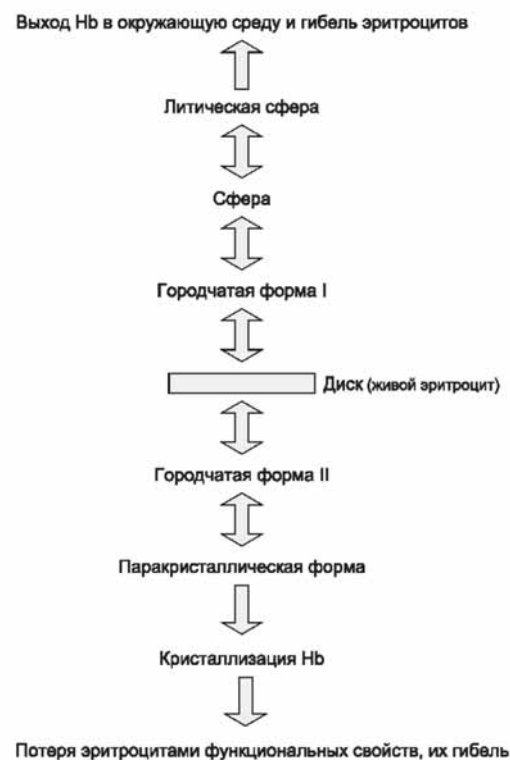
Наверное, настала очередь попытаться построить модель клетки.

Создание модели в современном понимании – это приближение к такому построению, которое позволит с использованием компьютерной техники рассчитывать и предсказывать поведение объекта. Мы уже отмечали, что сегодня еще не создана физико-математическая теория живых систем. Будет ли она создана в ближайшем будущем, предсказать пока невозможно, поэтому ограничимся качественным подходом к этой задаче. Заранее оговорим, что это всего лишь попытка понять, как построена и функционирует клетка. Эта попытка была предпринята нами еще в 1970 г. В основу построения данной модели было взято поведение эритроцитов теплокровных животных. Наблюдали поведение эритроцитов мышей и крыс в фазово-контрастном микроскопе, фиксируя изменения их формы под воздействием ионов тяжелых металлов (Hg^{2+} , Cd^{2+}). Ниже представлена схема, обобщающая данные Пондера и результаты наших исследований.

Таким образом, на примере этих простейших клеток видим, что их разупорядочивание и переход к кристаллическому состоянию ведет к их гибели.

Если теперь мы попытались бы изобразить в качестве рисунка обсуждаемую модель клетки, то нам пришлось бы создавать мультфильм, который отражал бы всю динамичность процессов, непрерывно меняющихся, в зависимости от условий окружающей среды. При этом, как мы видели, сдвиги структуры тут же приводят к изменению функций внутриклеточных компонентов, что сразу же ведет либо к возврату к исходному неравновесному состоянию, либо к переходу структуры в новое состояние (также неравновесное), соответствующее новым условиям окружающей среды и т. д. Так что ограничимся словесным описанием модели.

Формы эритроцитов млекопитающих и их гемолиз



Итак, **десятый постулат** (модель живой клетки): *Живая клетка строится и функционирует в соответствии с физическими и физико-химическими законами, но с учетом целесообразности, не присущей этим законам.*

Для того чтобы обеспечить сохранение живого состояния, структура клетки включает элементы, вызывающие противоположно направленные процессы. Так, плотная упаковка молекул способствует кристаллизации внутриклеточного содержимого. В этом же направлении действуют стереорегулярность полипептидных цепей, нитей нуклеиновых кислот и полисахаридов, способных к образованию водородных связей, организующее строение липидного бислоя и структурирующая способность воды. С другой стороны, в белках этому процессу сопротивляются боковые радикалы аминокислот, обладающие различной полярностью, а также пролин и оксипролин, поворачивающие цепи на 120° , стремление нитей нуклеиновых кислот образовывать кинки, петли, циклы и т. д., гидрофобные группировки липидов, обладающие высокой конформационной гибкостью.

К свойствам структуры живой клетки относится асимметричное построение важнейших ее компонентов. Аминокислоты содержат хиральные С-атомы L-ряда, и недопустимо участие тех же атомов из D-ряда. Прямо противоположное требование к С-атомам углеводных компонентов.

Все процессы образования структуры живой клетки идут в направлении уменьшения свободной структурной энергии Гиббса. В таком случае величина этой функции для структуры в клетке может достигнуть минимума либо перейдя в



равновесие, сходное с водным раствором компонентов клетки, либо в кристаллическое состояние, сходное с «аперриодическим кристаллом». И в том и в другом случае клетка гибнет. Чтобы этого не произошло, структура клетки должна обладать чрезвычайно высокой лабильностью, маневрируя между двумя этими состояниями.

Динамичность построений клетки обеспечивается наличием большого количества π , π - и n , π -сопряженных систем (в молекулах белков, нуклеиновых кислот, витаминов, гормонов, коферментов), блуждающих, одиночных π -связей, образующих короткие и кратко живущие сопряженные системы (в молекулах липидов), что обеспечивает высокую лабильность электронов. К подвижности и изменчивости структур приводят возможности конформационных и сопровождающих их конфигурационных изменений большинства молекул, участвующих в построении и функционировании живой клетки. Эти изменения влекут за собой переходы в новые электронные состояния и взаимодействия.

Благодаря этой изменчивости структур имеется возможность возникновения множественности микросостояний каждого компонента, участвующего в жизнеобеспеченности клетки, что, согласно формуле Больцмана, увеличивает энтропийную составляющую свободной энергии Гиббса.

Рассматривая метаболизирующую клетку как открытую систему, можно констатировать, что все химические реакции протекают при каталитическом участии белков ферментов в строго заданных рамках, когда все синтетические и гидролитические процессы направлены прежде всего на поддержание нужного концентрационного уровня соединений, содержащих все те же высоколабильные вещества с π , π - и n , π -сопряженными системами. В этом смысл метаболизма, так как гидролиз макроэргических связей, содержащихся в молекулах упомянутых соединений, обеспечивает энергией перенос ионов против электрохимического потенциала, совершение организмом работы, протекание реакций с положительным значением энергии Гиббса, функционирование систем, обеспечивающих селективность передвижения любых веществ, поступающих в клетку, и, в конечном счете, сохранение химического гомеостаза, необходимого для сохранения живого состояния клетки.

Итак, мы имеем, с одной стороны, высочайшую специфичность структур компонентов клетки, с другой стороны, неспецифический ответ целостной клеточной структуры. Необозримое количество соединений, участвующих в образовании функционирующих компартментов живой клетки, с неизбежностью требует учета статистического характера жизнеобеспечивающих процессов, самопроизвольно и мгновенно настраивающихся на любые изменения окружающей среды.

Теперь остается решить вопрос о том, как возникла живая клетка, что связано с возникновением жизни вообще.

Почему мы должны хотя бы кратко осветить этот вопрос?

Дело в том, что нельзя принять ту или иную точку зрения, объясняющую построение и функционирование живых структур, и не ответить на вопрос: как эти структуры возникли.

Ожесточенные споры и дискуссии между разными представителями общества часто плачевно заканчивались для тех, кто отстаивал точку зрения, отличавшуюся от таковой господствующей в то время политической прослойки.

Недавно вышел обширный обзор Т.Г. Грушевицкой и А.П. Садохина, в котором подведен итог многовековых споров о проблеме происхождения жизни. Они пишут: «Попытки решить этот важнейший вопрос предпринимались философами и учеными на протяжении многих веков. Своими корнями они уходят в эпоху античности. С тех пор прошло более двух с половиной тысяч лет, но в биологии существует лишь шесть концепций, объясняющих происхождение жизни:

- креационизм – сотворение жизни Богом;
- концепция стационарного состояния – идея вечности жизни;
- концепция многократного зарождения живого из неживого;
- концепция панспермии – возникновение жизни из космоса;
- случайное однократное происхождение жизни;
- закономерное происхождение жизни путем химической эволюции».

Авторы далее признают, что креационизм имеет наиболее длительную историю и продолжает привлекать внимание множества сторонников, в том числе и ученых. В то же время противники концепции заявляют, что креационизм антинаучен.

Однако это противостояние, длившееся веками между наукой и религией, сейчас постепенно сглаживается. Согласно взглядам знаменитого хирурга, ученого с мировым именем В.Ф. Войно-Ясенецкого (святителя Луки), противоречий между этими двумя сторонами человеческого познания вообще не должно быть, так как они касаются разных сторон окружающего нас мира.

Сопоставлять или противопоставлять их, по меньшей мере, некорректно. Религиозные представления основаны на вере. Наука же базируется на фактах и явлениях, наблюдаемых визуально или с помощью тех или иных приборов.

Столкновения и противоречия между наукой и религией всегда имели место только тогда, когда заходила речь о происхождении всего сущего, в том числе живой субстанции. Можно ли, руководствуясь научными данными, опровергнуть утвер-

ждения Символа Веры о Творце, заменив их незбылемыми законами, открытыми наукой?

Сейчас уже можно считать доказанным, что органические соединения, даже такие, как аминокислоты, липиды, углеводы и нуклеотиды могут быть образованы под действием физических факторов, имеющих место в первичных условиях Земли: радиация, электрические разряды, высокая температура, отсутствие кислорода в атмосфере и т. д. Не оспаривая этих данных и представлений, обратим внимание на принципиальные отличия смесей органических веществ, возникающих под действием вышеупомянутых физических факторов, от тех же веществ, выделяемых из объектов биологического происхождения. На **рис. 38 (1 и 2)** приведены газовые хроматограммы суммарных соединений, получаемых из различных смесей.

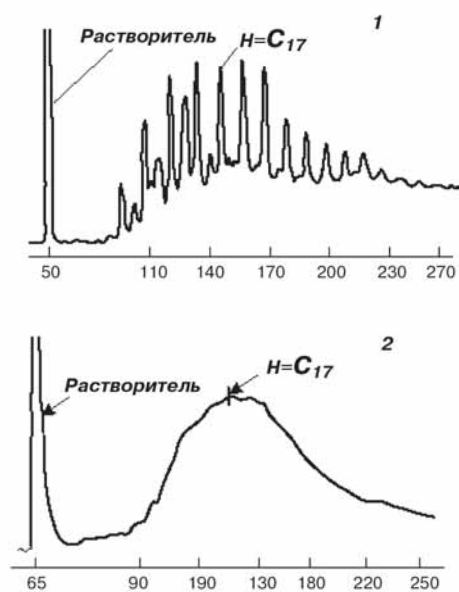


Рис. 38. Газовые хроматограммы гексановых фракций из сланца Посидоний (1) и продуктов разряда в метане (2)

Легко видеть, что никакой избирательности и специфичности в образовании этих соединений под действием физических и химических факторов нет и в помине и, конечно, не может быть. Для того, чтобы из таких смесей избирательно возникли вещества, присутствующие в объектах биологического происхождения, действительно, нужна эволюция, направленная на достижение определенной цели, которой нет у физико-химических систем.

В конечном счете, хотим мы этого или нет, следует согласиться с тем, что живая клетка не могла возникнуть самопроизвольно из неживой материи в результате несуществующей «химической эволюции». Сторонникам эволюционного возникновения живой клетки следует признать, что их представления об эволюционном происхождении живого базируются на их собственной вере, но не в Творца, а в несуществующую «эволюцию».

Если мы теперь постараемся вникнуть в смысл десятого постулата, который обозначен нами как качественная модель живой клетки, то сразу бросается в глаза взаимосвязь и взаимозависимость всех свойств структурных компонентов клетки. Только целостная структура клетки, построенная по изложенным принципам, может быть живой.

Отсутствие или исчезновение, казалось бы, незначительного элемента в структуре клетки будет приводить неизбежно к ее гибели. Без участия Творца, который создал именно такое построение и вдохнул жизнь в это создание, невозможно представить и обосновать возникновение живой клетки.

В живую клетку гениально вложено, с одной стороны, стремление к упорядоченному расположению плотно упакованных структур с минимальной свободной энергией Гиббса, с другой стороны, флуктуации микросостояний белковых молекул обеспечивают максимальную величину энтропийной составляющей этой энергии.

Не менее захватывающую картину мы наблюдаем, когда рассматриваем соотношение структуры и функции в живой клетке. Известно, что ни одна неживая система не обладает способностью синхронного изменения этих свойств. Изменение живой структуры не может не сопровождаться функциональным переходом и в то же время функциональный сдвиг неизбежно ведет к перестройке структуры. Следует учесть, что эти переходы осуществляются в миллиардные доли секунды.

В результате живая клетка немедленно реагирует на воздействия окружающей среды, настраиваясь и приспосабливаясь к ним непрерывно и постоянно. Именно в этом смысл единства живой системы и внешней среды.

На основе стремления к образованию упорядоченного состояния («апериодический кристалл») основано еще одно фундаментальное свойство живого – образовывать структуры, в которых замирают биохимические процессы, способные сохранять, а затем воспроизводить исходную клетку.

Авторегуляторный механизм живой клетки, базируясь на статистическом характере всех процессов, протекающих в ней, и используя принципы построения и функционирования компонентов клетки, позволяет ей входить в состав сложных организмов, обеспечивая их жизнеспособность. Венцом же этих организмов, как мы уже отмечали, является человек. Творец, естественно, присутствует в этом величайшем творении, которое мы именуем «живая клетка». Думается, что перед человеком нет более важной задачи, чем задача сохранения на земле этого творения, которое дало начало всему живому.

При желании, более подробно Вы можете познакомиться с материалами по данной проблеме в книге: В.Г. Костенко «Живая клетка глазами химика-органика». СПб, 2009.

СЛОЖНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

«Каждому человеку, в каком бы он ни был быту, от Бога дан свой крест, который должно всякому с детской покорностью ко Отцу Небесному несть, поелику от малодушия и нетерпения легче не бывает».

(Преподобный Антоний) [12]

О. В. ТЕРЛЕЦКИЙ,
кандидат
медицинских наук



Псориаз (чешуйчатый лишай, psoriasis) – хронический воспалительный иммунозависимый генодерматоз, мультифакториального генеза, передающийся по доминантному типу с неполной пенетрантностью, характеризующийся усилением пролиферативной активности кератиноцитов с нарушением процессов кератинизации и развитием патологических процессов в коже, ногтях, суставах [8]. Как мы с Вами видим, в современном определении псориаза нет ни слова о состоянии нервной системы и души человека. Это, на мой взгляд, не совсем корректно.

Псориаз известен с давних времен и является одним из наиболее распространенных хронических дерматозов, составляет от 14,6 до 24% от всех кожных заболеваний. О псориазе говорят, что это одно из «проклятий рода человеческого». В развитых странах псориазом страдает 1,5–2% населения. Общее число больных псориазом в Европе и США сегодня составляет около 10 млн человек [2, 9]. Псориаз редко встречается у японцев, эскимосов и уроженцев Западной Африки; крайне редко – у северных и южноамериканских индейцев. В Индии и Маврикии удельный вес больных псориазом среди населения составляет 17,0–19,0%. В последние годы наблюдается рост заболеваемости этим дерматозом, учащение случаев регистрации тяжелых форм (ПА, псориазической эритродермии, пустулёзного псориаза), нередко приводящих к инвалидизации и летальным исходам [9 и др.].

Учение о псориазе имеет многовековую историю. Бросающиеся в глаза проявления псориаза являлись предметом наблюдений еще на самой ранней стадии изучения кожных заболеваний. Из-

за путаницы в терминах вплоть до середины XIX в. псориаз фигурировал в медицинской литературе под самыми различными названиями. В средневековье эту незаразную болезнь называли «императорской» или «розой дьявола» с острыми и болезненными шипами. Можно лишь предполагать, что в вавилонской и ассирийской медицине для обозначения псориаза использовался термин «quliptu» или «garabu», в Древней Греции – «alphos», «lepra» или «psora». Во времена Гиппократы, прославленного древнегреческого врача, псориаз был известен под названием «lepra» и «psora» (по-гречески psora – чесотка, парша).

Первое описание клинических проявлений псориаза принадлежит Авлу Корнелию Цельзу (ок. 30 г. до н. э. – ок. 40 г. н. э.). В своем восьмитомном сочинении, в пятой книге «De medicina» в разделе «impetigo», он выделял две разновидности этого заболевания и указывал, что встречаются формы этого дерматоза, похожие на папулу с грубой поверхностью и интенсивным красным цветом. Элементы сыпи могут образовывать различные фигуры. С поверхности пораженной кожи отторгаются чешуйки, появляются эрозии. Процесс поражения кожи происходит быстро. Высыпания появляются и исчезают через определенные интервалы. В разделе «vitiligo» под названием «alphos» Цельз описывает белые пятна на коже, поверхность которых бывает слегка грубовата. Сыпь состоит из отдельных каплевидных элементов, иногда рассеянных, среди них даже при большом распространении процесса остаются непораженные участки кожи. В этом случае появление и исчезновение высыпаний происходит нерегулярно. Лучшего описания псориаза не было дано в течение многих веков, что и отметил Фердинанд Гебра (Hebra, 1841).

По свидетельству Роберта Виллана (Willan, 1809), термин «psoriasis» впервые применил знаменитый римский врач и естествоиспытатель Клавдий Гален (ок. 129 г. – ок. 201 г. до н. э.). Однако psoriasis`ом Гален называл поражение век и углов глаз с образованием чешуек, а также чешуйчатое поражение кожи мошонки со значительным зудом и эксфолиациями.

Только к началу XIX столетия благодаря работам Роберта Виллана (1757–1812) и его учеников,

сформировалось представление о псориазе и появилось его описание с учетом вариаций клинической картины. Виллан выделял следующие формы псориаза: *guttata, diffusa, gyrata, palmaris, labialis, ophthalmicas, praeputii, scrotalis, unguium, inveterata*. Им же были описаны «застарелые формы» дерматоза. И все же, даже Виллан путался в терминологии этого заболевания. Следуя за античными авторами, при описании псориаза он использовал два греческих термина, – «*lepra*» и «*psora*», выделяя две болезни – дискоидный псориаз, который он называл *lepra graecorum* (сюда были включены поражения кожи в виде круглых пятен), и фигурный псориаз – *psoraleprosa* (фигуры, узоры). В связи с многозначностью термина «*psora*» Виллан воскресил название *psoriasis*, не употреблявшееся со времен Галена.

В 1841 г. Фердинанд Гебра (1816–1900), объединив две формы заболевания по Виллану в одну – *psoriasis*, положил конец двойственности терминологии при описании псориаза. Он указал, что различные формы сыпи при псориазе не дают основания для выделения самостоятельных болезней, так как являются следствием одного и того же патологического процесса.

В развитии учения о псориазе значительную роль сыграла и отечественная дерматологическая школа. В частности Полотебнов Алексей Герасимович (1838–1907) – первый русский профессор-дерматолог, ученик С.П. Боткина, справедливо признанный отцом отечественной дерматологической школы. Он рассматривал псориаз как вазомоторный невроз, в тесной связи с патологией внутренних органов, обменом веществ и состоянием нервной системы. Подчеркивал значение нервно-психических факторов в происхождении псориаза и описал симптоматику костно-суставных поражений при этом дерматозе.

Псориаз относится к тем хроническим заболеваниям кожи, для которых не имеет значения сословный или социальный статус заболевшего. Неизлечимым, по мнению медицинской науки, недугом болели многие известные люди, в том числе Иосиф Сталин, Уинстон Черчилль, Джон Рокфеллер [10].

В тридцатые годы прошлого века Уинстон Черчилль, много лет страдавший псориазом, от отчаяния предложил поставить памятник из чистого золота человеку, который разгадает тайну этого заболевания. Основатель могущественной финансовой группы Джон Рокфеллер старший тоже внес свою лепту в изучение псориаза. Болезнь настолько измучила нефтяного магната, что он даже учредил свою премию, практически равную по размеру Нобелевской, для тех, кто разработает препарат, полностью исцеляющий от псориаза [10].

Американский Национальный фонд псориаза обещает врачу, который избавит человечество от этого монстра, премию, сопоставимую по разме-

рам с Нобелевской. Фонд финансируется богатыми семьями, в которых псориаз является наследственной болезнью, и не скупится на исследования [10].

К сожалению, премия до сих пор не вручена. Ученые всего мира вот уже много десятилетий продолжают биться над этой проблемой, но эффективных результатов пока нет.

Много вопросов возникает по выбору терапии этого трудно курабельного заболевания. Неуклонный рост стрессогенности жизни пациентов приводит к более агрессивному течению псориаза и не способствует успешной терапии этого заболевания.

В потоке современных сильнодействующих лекарственных препаратов трудно разобраться не только больному, но даже и врачу. Поэтому, прежде всего врач должен помнить старое правило медицины: лечить надо не болезнь, а больного [7].

В настоящее время нет единого универсального подхода к терапии псориаза. Широко используются препараты, обладающие противовоспалительным и антипролиферативным действием: кортикостероиды, цитостатики, biologicals «био-препараты» и др. Однако проблема лечения псориаза до сих пор не решена и остается актуальной. Зачастую указанные препараты не только не облегчают страдания пациента, а усугубляют их. Это в первую очередь касается возрастающего количества серьезных ятрогенных осложнений и учащения развития тяжелых форм у больных псориазом. Указанные проблемы являются побудительным мотивом к изучению вопросов профилактики, диспансеризации и терапии псориаза. А также являются причиной зарождения множества мифов и небылиц у людей, страдающих от псориаза. Приведем некоторые из них в табл. 1.

Таблица 1

Миф	Содержание мифа	Комментарий специалиста
№1	Псориаз это не более чем косметический дефект.	Псориаз это системное заболевание.
№2	Псориаз победить не возможно.	Победить псориаз можно!
№3	Псориаз можно легко вылечить ГКС (глюкокортикостероидными средствами).	ГКС только усугубляют и без их применения существующую серьезную проблему.
№4	Псориаз можно вылечить чудо-приборами и волшебными мазями.	Большое заблуждение, опасное для состояния кошелька больного.
№5	Псориаз можно вылечить в косметических салонах, соляриях, на пляжах зарубежных санаториев, заморскими кремами и чудо-грязями.	Опасное для здоровья заблуждение.
№6	На результаты лечения псориаза можно дать гарантию, как в ателье по ремонту бытовой техники или старых, дырявых башмаков.	Результат отсутствия элементарных знаний о своём заболевании.



В процессе изучения литературных источников, посвященных проблеме псориаза, стало понятно, что какого-либо официального руководства по терапии этого заболевания не существует. Руководства, где была бы изложена вся известная на данный момент достоверная информация о псориазе, о его многочисленных клинических формах, особенностях течения и терапии (общей, наружной, физиотерапии), нет.

Этиология и патогенез псориаза

Причина псориаза остается невыясненной. Многие исследователи обращают внимание на семейный характер псориаза и признают его генетическую природу. Наследственный псориаз наблюдали от 4,4% до 36% случаев [1, 9]. Нарушение обменных процессов и наличие «синдрома негерметичной кишки» у больных псориазом вызывает интоксикации, связанные с приемом пищи. Эти факторы являются основанием для назначения диетотерапии [4, 9].

В работах многих авторов указывается на стрессорный механизм (нервно-психическая травма) развития псориаза [1, 5, 6, 8, 9]. Известно, что в современном мире постоянно развивающихся высоких технологий и невиданных информационных потоков произошла значительная метаморфоза не только с человеком, но и с болезнями, которыми он страдает. Последняя четверть XX и начало XXI века характеризуется неуклонным ростом стрессогенности жизни, что не проходит для человека бесследно. В связи с этим на первый план выходят не классические органические заболевания, а функциональные расстройства различных органов и систем (вегетативной, центральной нервной, сосудистой, гормональной и иммунной). Через подкорковые структуры отрицательные психоэмоциональные импульсы дестабилизируют функциональное состояние систем и вызывают различные психосоматические заболевания, которые теперь обозначаются термином «вегетативные дисфункции» (ВД) или «вегетозы» [5, 6, 7]. С такими больными сталкиваются в своей повседневной работе клиницисты всех специальностей, они «блуждают по медицинским учреждениям, скитаются от врача к врачу в поисках действенной помощи». Стоимость многократных и, главное, бесполезных клинических, инструментальных и лабораторных исследований этих бесчисленных «проблемных» больных, бесконечного и, в лучшем случае, просто безрезультатного их лечения настолько велика, что несвоевременное распознавание ВД расценивается сейчас во многих странах как неправомерная нагрузка на государственный бюджет, как социально-экономическая проблема государственного значения. Ранняя диагностика и адекватная терапия ВД становится «проблемой номер один» в современной медицине [5, 6].

ВД являются основным звеном в патогенезе многих заболеваний, которые характеризуются дизрегуляцией взаимовлияний центральной нервной, вегетативной нервной, гормональной и иммунной систем и приводят к нарушению вегетативного обеспечения функционирования различных эффекторных систем организма в поддержании гомеостаза [6].

Изучению этиологии и патогенеза ВД на протяжении многих лет уделяется пристальное внимание широкого круга исследователей и врачей клиницистов. Это обусловлено тем, что только проникновение в глубины патогенеза даст возможность разработать эффективные лечебно-профилактические мероприятия по борьбе с ними [6].

ВД – это «болезнь адаптации», развивающаяся у лиц преимущественно в возрасте от 16–18 до 35–40 лет, но при наличии определенных травмирующих социально-психологических и эмоционально-стрессовых факторов она может возникать в любом возрасте [6].

Помимо явной, подчас хронологической, зависимости между воздействием эмоционального стресса и развитием или рецидивом кожного страдания, выявляется нередко четкий параллелизм между тяжестью течения того или иного дерматоза и выраженностью функциональных расстройств высшей нервной деятельности. Возникновение или обострение кожного патологического процесса оказывается порой наиболее наглядным или даже первым признаком ухудшения психического состояния больного [6].

Заболевания кожи невrogenного генеза возникают либо в результате того, что в определенный период жизни больного, одновременно длительно действующие повреждающие и компенсаторно-восстанавливающие факторы приводят к недостаточности приспособительных возможностей организма, либо если данный индивид не имел возможности адаптации к действительности вследствие низкой резистентности к агрессивным агентам (психоэмоциональным), либо у него субнормальное состояние факторов общего адаптационного синдрома [6].

Всевозможные кожные реакции выступают как своеобразное зеркальное отображение внутреннего и, в частности, эмоционального состояния человека [6]. Zaidens S.H. (1950) и Borelli S. (1971) отмечают, что в роли «кинетических эквивалентов» эмоциональных чрезмерных перегрузок выступают наряду с другими соматическими нарушениями универсальный или локальный зуд и рецидивирующая крапивница, псориаз и красный плоский лишай, нейродермит и экзема.

Между вегетативной и центральной нервными системами существует тесная связь, обусловленная выполнением общей регулирующей функции. Поэтому при нарушении функции одной системы изменяется функция другой.

По современным воззрениям псориаз представляет собой наиболее распространенный Т-клеточноопосредованный воспалительный процесс, следствием которого является ускоренная патологическая пролиферация кератиноцитов, запускаемая противовоспалительными цитокинами иммунокомпетентных клеток Th1- и Tc1-типа. Клеточный цикл уменьшается с 311 до 36 часов. Непрерывность патологического процесса при псориазе обусловлена, по видимому, хронической аутоиммунной реакцией. Антигены в эпидермисе после взаимодействия с клеткой Лангерганса вызывают приток клеток памяти, среди которых преобладают Т-лимфоциты первого типа, которые, проникая через базальную мембрану эпидермиса, повреждают ее своими цитокинами и хемокинами, а также разрушают межклеточные участки десмосом. Этот процесс разъединения базальных клеток включает защитный механизм заживления, в виде ускоренного размножения клеток, как это происходит в норме при механическом повреждении кожи.

Мне, кроме ранее указанных, представляются три основных причины псориаза, три «кита»: 1) наследственность; 2) нервная система; 3) интоксикации.

1) Наследственность. Фицпатрик Т. и соавт. (1999) считают, что псориаз – это заболевание с полигенным наследованием. Если болен один из родителей, риск заболевания у ребенка составляет 8%; если псориазом страдают и отец, и мать – 41%.

Результатом исследований кафедры кожных болезней ВМедА являются следующие особенности ассоциаций псориаза и псориатического артрита (ПА) с антигенами гистосовместимости в нашем регионе:

1. Наличие HLA антигенов B17 и Cw2 определяет повышенный риск заболевания псориазом у здоровых лиц (RR=3,73 и RR=2,89).

2. Наличие гаплотипа HLA A1 – B13 определяет повышенный риск заболевания ПА.

3. Антигены HLA A1, B13, B17 и Cw2 при статистически значимом $RR > 2$ определяют повышенный риск заболевания ПА (RR=4,28, RR=2,47, RR=4,77 и RR=2,88), что может быть использовано для ранней диагностики ПА.

4. Здоровые лица, имеющие антигены HLA A1, B13 и B17, составляют группу риска заболеваемости ПА [9].

2) Нервная система. Кроме «вегетативных дисфункций» (ВД), у больных псориазом происходит комплексное изменение личности, связанное с соматическими нарушениями и патологией психики. Они, как правило, чрезмерно мнительны, тревожны, недоверчивы, постоянно находятся в напряжении, ждут подвоха, склонны к необоснованным переживаниям и сомнениям. Их чрезмерно раздражает «тотальная безответственность

вокруг», как сказал один из моих пациентов. Ищут причину болезни не в себе, а в окружающих, в том числе и во враче. Сказанное врачом зачастую переворачивается наоборот. Это в свою очередь ведет к нервным срывам, развитию невроза, гипертонической и ишемической болезни, инсульта, инфаркта миокарда и др. На производстве характеризуются как ответственные и добросовестные работники, однако, оставаясь наедине с собой, некоторые из них склонны к употреблению алкоголя. Кто же помогает больным в греховной подпитке болезни? Многим моим крещеным пациентам какие-то силы не дают носить нательный крест, не пускают на исповедь и причастие Святых Христовых Таин. Если и было когда-то причастие, то уже и не помнят когда. Определилась основная проблема в отсутствии веры у этих людей. Даже святой апостол Фома поверил в изумительный факт Воскресения Господа Иисуса только после осязания ран Христа, когда Он пришел к ученикам своим. А ведь к врачу за помощью часто в состоянии отчаяния и паники обращаются обычные болящие душой и телом люди. Как им помочь максимально эффективно, а порою и жизнь спасти?

Чтобы понять состояние нервной системы у больного псориазом, «...надо вдуматься в то, как вообще люди относятся к слухам, ко всему новому и неожиданному. Люди легковверные без рассуждения и критики воспринимают всякий слух и всему легко верят. Люди серьезные и глубокомысленные все исследуют, обдумывают и принимают за истину только то, что выдерживает критику.

Есть и такие, кто не верит совсем, кто не хочет верить, если им что-то не по душе, кто охотно принимает лишь то, что соответствует их собственным желаниям, мыслям, настроениям, и упорно не принимает несозвучное их представлениям, противоречащее их душевным свойствам. Люди злые не хотят верить ничему доброму. Многие не поверили во Христа и Его Воскресение именно по этой причине: им не нужно было это Воскресение, оно мешало им жить своим умом, своим самолюбием.

А к третьему разряду недоверчивых людей относятся скептики, сомневающиеся во всем» [11].

А теперь представим все это у людей с комплексным изменением личности, у которых все суждения чрезмерны, страдающих соматическими нарушениями, патологией психики и псориазом. Часть таких больных из-за отчаяния впадают в крайности: полное неверие в исцеление, алкоголизм, наркоманию, оккультизм, богохульство. Как раз в этих случаях, при ретроспективном анализе анамнеза заболевания таких пациентов, выяснялось, что им-то как раз по медицинским показаниям и назначались сильнодействующие



ющие гормональные и биологически активные препараты, цитостатики, ароматические ретиноиды, проводилась ПУВА-терапия. Но и эти самые современные и мощные средства, как правило, не помогали или эффект был кратковременным. Таким пациентам медицина помочь не в силах.

Но есть люди, которые начинают осознавать проблему псориаза как средство к спасению души. За более чем 20-летний врачебный стаж работы десятки раз видел чудесные исцеления у православных истинно верующих людей. В этой группе пациентов самые лучшие результаты лечения и длительность ремиссии. Я наблюдал разрешение псориатической эритродермии и универсального псориаза всего за 1 месяц (этого может не произойти и за 0,5–1,0 год интенсивной терапии), а ремиссии длились – годы (от 3 до 10 лет), на фоне «Венгерской схемы» [3] с внутримышечными инъекциями глюконата кальция, введением витамина В12 (по 400 мкг) и приемом внутрь порошков фолиевой кислоты (фолиевая – 0,02 и аскорбиновая кислота – 0,2, глюкоза 0,3–0,5), наружной терапии без использования гормональных мазей и диеты.

Больная Н., 43 лет. Болеет псориазом 8 лет. Настоящее, сезонное обострение самое сильное. Пришла ко мне в состоянии псориатической эритродермии, с прилипшим к кровавым расчесам нижним бельем. На вопрос, как долго ей надо будет лечиться, я честно ответил больной, что если правильно использовать все знания медицины, имеющиеся по данному вопросу, то заниматься лечением предстоит достаточно долго – 4–6 мес., и поэтому надо набираться терпения и смирения. Но для православного человека есть более естественный путь – молитва, пост, раскаяние, исповедь и причастие Святых Христовых Таин и после этого начало терапии. Через 4 суток, сразу после причастия, больная пришла лечиться. Ей каждый день становилось все лучше и лучше, пока в течение месяца кожа не очистилась полностью.

Когда видишь такие чудесные исцеления, и это происходит на твоих глазах ежемесячно, из года в год, хочешь ты или не хочешь – задумываешься, и твой пытливый мозг находится в поиске ответов. Таких хороших результатов невозможно добиться, даже используя самые дорогие, современные лекарственные препараты, кроме того, обладающие очень серьезными побочными эффектами (развитие цирроза печени, тератогенного эффекта [врожденные уродства, связанные с применением лекарств], поражения почек и др., вплоть до смерти). Хотя видимый эффект может быть и быстрым, но рецидив тут как тут, а ремиссия очень незначительная и болезнь продолжает прогрессировать.

Ответы на эти вопросы я нашел в Библии. То, что для меня стало открытием сегодня, как часто

бывает, известно достаточно давно. В том числе в связи с этим привожу изречения преподобных старцев Оптиных Макария и Антония. Возможно, кому-то из православных врачей и болящих людей их мудрые слова помогут быстрее выбрать правильный путь к спасению.

Преподобный Макарий (20 ноября 1788–7/20 сентября 1860). Насельники Оптиной пустыни называли период старчества прп. Макария золотым веком обители по причине установившегося под влиянием старца внутреннего и внешнего строя жизни братства, напоминавшего одну родную духовную семью. Привожу его изречения. «Сама болезненность тела уже есть очищение души от греховных струпов». «О том, что не можешь быть в храме по болезни, не скорби много, вспоминая житие Пимена Многоболезненного: как он не выходил из кельи, и даже не желал выздоровления, и сподобился пострижения от рук святых ангел? Чин болящего и благодарящего велик перед Богом и даже равен сидящему в пустыне в повиновении старца совершенно. Благодарю Господа, даровавшего тебе ближайшее средство ко спасению». [12].

Преподобный Антоний (9 марта 1795–7/20 августа 1865) до самой кончины нес невольный крест неизлечимой болезни ног, которая причиняла тяжкие страдания. Духовные дарования прп. Антония привлекали к нему за духовным утешением и назиданием множество народу. Вот что он говорил верующим больным людям, обращавшимся к нему за помощью: «Посетившую вас болезнь должно признавать не за наказание Божие, но за особенную милость Его к вам, Который за благодушное претерпение готовит вам вечное и безболезненное упокоевание со святыми, чему верьте без сомнения». «Болезни телесные посылаются человеку от Бога не всегда за грех в наказание, но иногда и по благоволению для освобождения или для предохранения нас от недугов душевных, которые не в пример опаснее телесных». «...Тогда снимут нас с креста, когда приготовится гроб! ...» [12].

3) Интоксикации (внешние и внутренние). Основные интоксикации больного псориазом связаны с рядом проблем: неправильным питанием («синдром негерметичной кишки»), осложнениями от лекарственных препаратов, состоянием экологии и др.

Роль правильного питания в терапии псориаза также чрезвычайно важна. В доступной форме для больных псориазом лечебное питание приведено в замечательной книге Пегано Дж. О.А. «Лечение псориаза – естественный путь».

Диета для людей, страдающих псориазом, должна поддерживать правильный кислотно-щелочной баланс в организме. При псориазе происходит значительное смещение реакции в кислую сторо-

ну [4]. Для сохранения и поддержания здоровья в организме должна преобладать щелочная реакция. Это происходит, когда в крови слегка щелочная реакция с рН 7,3–7,5. Такое состояние в организме поддерживается с помощью внутренних механизмов, но более всего зависит от потребляемой пищи и эмоционального состояния. Больные псориазом должны помнить о том, что ежедневная диета должна состоять на 70–80% из щелочеобразующих продуктов и на 20–30% – из кислотообразующих [4].

Разделяя точку зрения других авторов о целесообразности индивидуальной диеты в зависимости от особенностей обмена веществ у больного, я не считаю возможным рекомендовать ее без сочетания с общей и наружной терапией.

Как же питаться больным псориазом? На этот вопрос давно дан ответ великим врачом и мыслителем Гиппократом (460 г. до н. э.): «Пусть пища станет Вашим лекарством, и все лекарства будут заключены в пище».

У больного псориазом могут вызвать катастрофу не вредные для здорового человека продукты питания. Они действуют как пусковой механизм заболевания, превращая жизнь человека, страдающего псориазом, в сплошной кошмар. Возврат пациента к обычному питанию, на фоне которого псориаз возник и процветал, ведет к неизбежному закислению организма, что в свою очередь провоцирует обострение заболевания. Получается замкнутый круг. А разорвать его можно только соблюдая режим.

В самый раз вспомнить о «синдроме негерметичной кишки», что способствует «утечке» токсинов. Большая часть кишечных стенок должна иметь постоянные складки, помогающие при поглощении и движении химуса. Анатомически они называются складки Керкрина (plicae circulares). В наибольшей степени они сконцентрированы при переходе двенадцатиперстной кишки в тощую кишку. Согласно Эдгару Кейсу, эти складки сглаживаются и истончаются у больных псориазом, разрешая проникновение токсинов через стенки и кровеносную систему, что ведет к отравлению организма хозяина [4].

Применение лекарственных препаратов должно быть разумным и осторожным. Павлов С.Т. и соавт., (1985), Шапошников О.К. и соавт., (1987) отмечали, что лечение больных псориазом по поводу какого-либо сопутствующего заболевания пенициллинами или стрептомицином нередко приводит к обострению течения псориаза и особенно псориазического артрита (ПА) [9]. В своей врачебной практике самые тяжелые варианты течения псориаза я наблюдал именно на фоне лекарственных осложнений. Мало того, у пациентов, страдающих псориазом, существенно повышен аллергический фон (36,5% больных псориазом

имеют аллергические заболевания) [9]. Здесь уместно напомнить об изоморфной реакции раздражения, или симптоме Кёбнера, иначе называемых еще травматическим псориазом (psoriasis traumatica), спровоцированным псориазом (psoriasis provocata), искусственным псориазом (psoriasis factitia). В 1876 г. Генрих Кёбнер описал своеобразное явление, впоследствии названное его именем, – появление на месте кожной травмы типичных псориазических высыпаний, точно повторяющих ее форму. Скрытый период при возникновении феномена Кёбнера составляет в среднем 10–14 дней, но может быть более продолжительным – до трех недель, или коротким – 3–4 дня. Этот феномен характерен для прогрессирующего периода псориаза [1, 9].

А теперь представим себе, что после назначения, в общем-то, не нужного больному псориазом лекарства, у него появилась распространенная токсидермия или крапивница, а в связи с развитием изоморфной реакции раздражения, пациента ждет появление псориазических элементов в очагах аллергических высыпаний. То есть больному стало еще хуже. Сразу же возникает серьезный вопрос о ятрогенных (лекарственных) осложнениях у больных псориазом [9]. Как этих осложнений избежать?

Как следует из разных названий симптома Кёбнера, речь идет о возникновении псориазических высыпаний на месте травмы или раздражения кожи, иногда даже самых незначительных, таких как: кошачьих царапин, уколов инъекционной иглой, солнечного ожога, криотерапии, втирания раздражающих мазей, использования дезодоранта, проведения эпиляции и бритья волос и т. п. Обычно при прогрессирующем псориазе симптом Кёбнера можно увидеть на местах давления бюстгалтером (у женщин), трения подтяжками, поясом и другими частями одежды. Наличие изоморфной реакции раздражения у больного указывает на еще сохраняющуюся у него в данное время предрасположенность кожи к появлению псориазических высыпаний.

На состоянии экологии в этой статье, я думаю, нет смысла нам останавливаться, так как в процессе терапии больного повлиять на нее мы не можем.

В заключение хотелось бы привести слова прп. Макария: «Страдает тело, страдает и душа, а если бы душа была укреплена верою, то и тело могло бы получить укрепление при спокойствии духа; смущенный же дух имеет влияние и на телесный состав и болезнь умножает» [12]. Врач может указать пациенту основные направления лечебного воздействия, научить его правильной диете, воздействовать частично на состояние нервной системы, подобрать адекватную витаминотерапию и использовать безопасные наружные мазевые



средства. Но, понимая первопричину болезни, православный доктор обязан направить своего пациента к специалисту по врачеванию душ.

Таким образом, проведя анализ моих многолетних клинических наблюдений, пришёл к выводу о том, что лучшие результаты по срокам наступления выздоровления и срокам клинической ремиссии наблюдаются у верующих православных пациентов болеющих псориазом, вне зависимости от всех сложностей терапии.

Список литературы

1. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориагическая болезнь. В 2 ч. Саратов: Издательство Саратовского университета, 1992.

2. Кочергин Н.Г. Псориаз: последние новости//Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2007. – №2. – С. 14–17.

3. Липская М. И. Лечение псориаза комплексом витаминов, действующих на гемопоэз.// Вестник дерматологии. – 1962. – №2. – С. 34–36.

4. Пегано Джон О.А. Лечение псориаза – естественный путь. Под ред. Н.Г. Короткого. – М.: Кудиц-образ. – 2001. – 288 с.

5. Разнатовский К. И. Роль психологических, сосудистых и гормональных нарушений в патогенезе дерматозов ладонно-подошвенной локализации// Журн. дерматовенерол. и косметол. – 1996. – №1. – С. 25–29.

6. Разнатовский К.И. Роль социально-психологических и эмоционально-стрессовых факторов в развитии гемодинамических и гормональных нарушений при дерматозах ладонно-подошвенной локализации и методы их комплексной нейрорегуляторной коррекции: Диссертация доктора мед. наук. – СПб., 1997.

7. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы. Руководство для врачей. – СПб., – 2003, – 158 с.

8. Самцов А.В., Барбинов В.В. Дерматовенерология. Учебник для медицинских вузов. – СПб.: Специальная литература. – 2008. – 352 с.: ил.

9. Терлецкий О.В. Псориаз. Дифференциальная диагностика «псориазоподобных» редких дерматозов. Терапия. – СПб.: ДЕАН, 2007. – 512 с.

10. Терлецкий О.В. Дифференциальная диагностика псориаза с редкими эритематосквамозными дерматозами//Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2008. – №1. – С. 21–24.

11. Святитель Лука Архиепископ Симферопольский и Крымский. Избранные творения. Под общей редакцией Митрополита Ташкентского и Среднеазиатского Владимира. Сибирская Благовонница, М., 2007. – 767с.

12. Оптинский цветник. Изречения преподобных старцев Оптинских. Православный Свято-Тихоновский Гуманитарный Университет, М.: 2007. – 492 с.





НАШИ ДРУЗЬЯ И КОЛЛЕГИ

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

ОБЩЕСТВО ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ САРАТОВА



Священник Сергей Кляев – настоятель храма в честь Воздвижения Креста Господня г. Саратова, руководитель епархиального Общества православных врачей



И.Ю. Шалотина



О.В. Безменова – секретарь ОПВ Саратова



Священник Александр Писляр



Ю.В. Филиппов



Д.А. Морозов

СВЯТО-ТРОИЦКИЙ НОВО-ГОЛУТВИН МОНАСТЫРЬ



МЕДИЦИНА И ПРАВОСЛАВИЕ – ГРАНИ СЛУЖЕНИЯ ЛЮДЯМ

ОБЩЕСТВО ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ САРАТОВА

Общество православных врачей существует в Саратове уже пять лет. Основным направлением его деятельности являются выезды в отдаленные районы области – по преимуществу туда, где нет детских врачей «узкой» специализации – для проведения благотворительных приемов-консультаций.



Как показала практика, такие поездки являются очень востребованными, поскольку для многих родителей приезд саратовских медиков, среди которых – ведущие специалисты клиник города, является единственной возможностью получить необходимую квалифицированную помощь.

За время работы специалисты из Общества православных врачей побывали в Татищевском, Новоузенском, Ивантеевском, Озинском, Питерском, Аркадакском, Екатериновском, Марксовском и Краснокутском районах. В большинство районов были совершены повторные визиты, в общей сложности бригада врачей выезжала 13 раз.

Состав участников поездок постепенно увеличивался. Сначала прием вели 3–4 врача разной специализации, в зависимости от существующей в данном городе или селе потребности. В последнее время к православным медикам присоединились их коллеги – специалисты кафедр детской хирургии, факультетской и госпитальной педиатрии, эндокринологии, а также детской стоматологии Саратовского государственного медицинского университета, в их числе – профессор, доценты, доктора и кандидаты медицинских наук.

За время работы на местах осматривались в среднем от 100 до 300 детей. Так, в селе Дьяковка Краснокутского района прием вели 4 врача, которые приняли более 50 человек, в Марксе 16 специалистов осмотрели порядка 600 маленьких пациентов. Во время приемов были выявлены случаи, требующие оперативного лечения. Причем несколько пациентов были срочно госпитализированы, другие получили направления на плановое лечение в клиники г. Саратова.

На сегодняшний день Общество православных врачей Саратовской епархии представляет собой большой слаженный коллектив. О том, как началась работа Общества, о его планах и перспективах, о реальном служении людям и делах мило-

сердия, о том, чем может помочь маленькое Общество в решении глобальных проблем в области здравоохранения, накопившихся за последние годы в нашей стране, и о многом другом – наш сегодняшний разговор.

Священник Сергей Кляев, в недавнем прошлом – врач-реаниматолог, сегодня – настоятель храма в честь Воздвижения Креста Господня г. Саратова, руководитель епархиального Общества православных врачей:

– Общество создавалось с целью обсуждения проблем и вопросов современной медицины, волнующих православных врачей. Так, в течение первого года мы собирались, чтобы поговорить об эвтаназии, абортгах, контрацепции, экстракорпоральном оплодотворении. А потом приступили к практическим делам. И вот уже два года мы выезжаем в районы, где оказываем помощь детям.

Если говорить о перспективах работы Общества, то мы приложим все усилия для того, чтобы и впредь помогать детям. Кроме того, мы планируем сформировать бригаду помощи взрослым, которая также будет выезжать в районы. И все же мы больших планов не строим, главное – сохранить то, что уже имеем.

Отрадно, что в этом году к нам присоединились врачи из медуниверситета. Не будучи собственно членами Общества православных врачей, они охотно принимают участие в поездках, и с каждым разом круг их расширяется. Так, в начале февраля в Красном Куте прием вели сразу 19 специалистов. Дай Бог, чтобы число их не уменьшалось.

Если же попытаться ответить на вопрос, почему врачи сотрудничают с нами, то, на мой взгляд, их привлекает осознание реальной помощи, которую они оказывают людям, поскольку они видят, что есть острая необходимость в их консультациях. В Саратове, где много клиник и специалистов, это чувство, наверное, несколько притупляется.



Врачи сидят на своих рабочих местах, и общий поток больных несколько заглушает эмоции. А когда доктора оказываются там, где детских врачей мало или их совсем нет, они понимают, что кроме них этих больных, возможно, вообще никто никогда не посмотрит. У кого-то нет денег, чтобы до Саратова доехать, кто-то просто не подозревает о существующих проблемах со здоровьем, потому что им никто об этом не говорил, и когда приезжают врачи и проводят приемы, появляется реальная возможность помочь таким людям. Некоторые специалисты находили действительно запущенные случаи и выявляли такие редкие заболевания, о которых в наши дни можно только в учебниках прочитать.

Знаете, вообще-то я не хотел бы делить тех врачей, которые едут с нами в поездки, на православных и неправославных. Только Господь знает, кто из нас настоящий христианин. Скорее, можно говорить о воцерковленности врачей. Хотя изначально Общество миссионерскую задачу перед собой не ставило, мы не стремились всех врачей обязательно воцерковить. Но так получается, порой – совершенно неожиданным образом, что сердца людей, далеких от Церкви, откликаются на зов Божий. Люди начинают творить добрые дела, и благодать по милости Господа поселяется в их душах. Возможно, со временем люди эти тоже придут в храм и приступят к Таинствам.

Ольга Викторовна Безменова, анестезиолог-реаниматолог 2-й детской больницы г. Саратова, секретарь Общества православных врачей:

– Моя задача как секретаря состоит в том, чтобы организовать врачей, сообщить о грядущих встречах, поездках, со всеми договориться, созвониться. Поэтому слово «задача» звучит слишком громко, тем более что наши поездки – дело добровольное. Хотите – поезжайте, хотите – нет. Но радуется, что врачи откликаются, практически никто не отказывает, и, поехав один раз, как правило, едут и потом тоже.

К тому же мне как врачу найти общий язык с другими своими коллегами достаточно легко. Мы по работе друг с другом сталкиваемся, и я давно убедилась в том, что врач врачу всегда друг и помощник. Кстати, Обществом православных врачей также руководит бывший врач, и коллектив у нас сложился дружный, сплоченный. На мой взгляд, на фоне общего состояния системы здравоохранения в нашей стране наше маленькое Общество делает большое дело – мы смотрим «тяжелых» детей, проводим консультации, профилактические беседы, и по мере сил и с помощью Божией мы будем стараться продолжать его.

Ирина Юрьевна Шалотина, врач-неонатолог высшей категории, сотрудник 2-й детской больницы г. Саратова, член Общества православных врачей:

– Если вспомнить, как все начиналось, то первая наша поездка была в Татищевский район. Тог-

да вместе с нами было много докторов – врачей из Областной детской больницы. Врачи были верующие люди, но не все воцерковленные. И, конечно, поначалу организация немного «хромала», потому что на прием пришло не столько пациентов, сколько бы нам хотелось. Вообще, наши первые поездки отличались тем, что пациентов было немного – люди еще не знали, кто мы такие. Для них было странным, что приезжают врачи из Саратова, сначала идут в церковь – нашей работе всегда предшествует молебен на начало всякого благого дела, – а потом начинают бесплатно осматривать детей. Но постепенно, когда высокая эффективность выездов стала очевидной, нас стали все чаще и чаще звать приехать еще раз, приглашать в другие районы.

Самый крупный район, который мы посетили, был Новоузенский – туда мы ездили три раза. Потом были в Ивантеевке, в Аркадаке, в Дьяковке. Так сложилось, что самыми востребованными специалистами в глубинке были невропатолог, ортопед и педиатр, и поначалу наша врачебная бригада выезжала «по требованию» в отдаленные районы в «суженном варианте». Долгое время ездили вчетвером. В этом году к нам присоединились детские хирурги – первым с нами поехал ассистент кафедры детской хирургии СГМУ Федор Константинович Напольников. Он и сумел привлечь специалистов со своей кафедры и других кафедр университета.

«Прилив сил» оказался весьма существенным – уже несколько раз с нами выезжают высококвалифицированные специалисты, профессора, доценты, и польза от таких поездок действительно очень ощутима.

Для меня как для православного человека и для врача эти поездки значат много. Во-первых, испытываешь радость от того, что можешь быть полезной людям. Работа всегда доставляет удовлетворение, когда ты видишь, что востребован, что твои знания нужны, полезны, особенно малышам.

Кроме того, очень важно и полезно общение со своими коллегами – набираешься опыта, да и вообще сама атмосфера поездки очень добрая, душеполезная, особенно молебен в храме, после которого чувствуешь в себе силы и желание что-то сделать нужное людям.

Я надеюсь, что наши поездки продолжатся, а круг врачей, которые принимают в них участие, расширится. Для невоцерковленных людей участие в таких благотворительных поездках тоже полезно. Ведь что отличает православного врача от неправославного? То, что первый лечит с Божией помощью и всегда обращается к Господу с молитвой, чтобы Он помог, вразумил, подал силы, знание исцелить пациента. Конечно, православный врач будет и маме рекомендовать ребенка крестить, причащать, расскажет, что именно в

церковных Таинствах заключается залог исцеления, что это – главное лекарство, главная прививка и профилактика всех болезней. А со временем и мама будет воцерковляться, если будет приносить ребенка к Причастию, почувствует необходимость исповедовать свои грехи, чтобы ее молитва, обращенная ко Господу, не имела никаких препятствий на своем пути. Так и родители начинают причащаться, когда осознают пользу в этом и для своей семьи, и для своих детей, и для себя – для спасения души своей.

Алексей Сергеев, ЛОР-врач, член Общества православных врачей, студент 2-го курса Саратовской Православной Духовной семинарии:

– Если говорить о поездках, организуемых Обществом, то они, безусловно, очень важны. Не менее полезны они и для начинающих врачей, молодых специалистов, для которых это прекрасная возможность набраться опыта, увидеть, как принимает профессор, как он консультирует пациента – уверен, каждый студент медицинского университета может только позавидовать этому!

А студенты – это будущие врачи. В связи с этим мне кажется очень перспективной идея участников Православного молодежного общества, действующего при храме в честь иконы Божией Матери «Утоли моя печали», – создать на базе 3-й городской больницы г. Саратова Медико-просветительский центр во имя святителя Луки (Войно-Ясенецкого). На территории больницы строится храм во имя этого святого, который был замечательным хирургом, а до того – земским врачом, и лечил людей в отдаленных сельских районах. В этом Обществе православных врачей, можно сказать, следует по его стопам.

В Центре, который планируется создать, будет проходить общение студентов и врачей на церковно-медицинские темы. Мы будем изучать Евангелие, символику богослужения, разрабатывать апологетические темы, которые потом могут обсуждаться на разных кафедрах университета. Студенты будут участвовать и в делах милосердия, оказывать помощь в больницах, сотрудничать с Обществом православных врачей. Кроме того, необходима и молитвенная жизнь: молитва друг за друга, молитва святителю Луке, совместное чтение акафиста святому. Мы надеемся, что Центр во имя святителя Луки будет способствовать созданию православной общины внутри университета, объединению православной молодежи и преподавателей, и нашей общей цели – нести свет Христов людям.

Дмитрий Анатольевич Морозов, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Саратовского государственного медицинского университета, заслуженный врач России:

– Хочу отметить, что работа выездных бригад всегда отличается продуктивностью. Реальная

польза есть уже в том, что хирурги направляют детей на экстренную и плановую госпитализацию, не говоря уже о консультациях и профилактических беседах.

Но в целом поездки имеют не только «практическое» значение, хотя подводим и итоги: сколько детей осмотрели за такое-то количество часов. На мой взгляд, поездки имеют большое духовное значение. Потому что современная жизнь человека достаточно сложна. И когда он чувствует доброту, милосердие, видит отношение докторов, то начинает сам стремиться к тому, чтобы творить добро и верить во что-то хорошее. Хотя поначалу те, кто приходит к нам на прием со своими детьми, даже не верят в то, что мы все делаем бесплатно. Спрашивают: «Это, наверное, Церковь вашу работу оплатила?». И очень удивляются, когда я говорю, что и в Саратове, в нашей больнице, если они приедут к нам по направлению, помощь им тоже будет оказана бесплатно. Кстати, мы стараемся не упускать из виду особые случаи и когда люди приезжают к нам на госпитализацию, и когда мы приезжаем в один и тот же населенный пункт повторно.

Довольны и врачи, ведь у них есть возможность в обход всех административных препонов делать нормально свою работу, доброе дело, которое сложно провести официально – для этого понадобится множество согласований, документов, распоряжений... А так, благодаря Саратовской епархии, которая предоставляет нам транспорт, мы имеем возможность выезжать, помогать людям и местным врачам.

Люди должны верить, что добро в этом мире есть. В каждом человеке есть что-то хорошее, а во врачах – особенно. Как правило, у них тяжелая жизнь, они знают цену здоровью, цену жизни, цену счастья, и когда есть возможность помочь другим – они обязательно откликаются. И вот что удивительно: на какие-то оплачиваемые проекты людей не затянешь, а на бесплатные – все едут с удовольствием. Поскольку вся система здравоохранения держится на людях, наше маленькое Общество может решать реальные проблемы большой области. Думаю, мы выполняем общие задачи.

Юрий Владимирович Филиппов, доцент кафедры детской хирургии Саратовского государственного медицинского университета, сотрудник 3-й клинической больницы г. Саратова:

– В подобные поездки от министерства здравоохранения, которое обещает платить деньги, я никогда не езжу, потому что против платной медицины. Я сторонник гуманного подхода в лучших традициях классической русской медицины – медицины Чехова, наших традиционных земских врачей. Между прочим, земская медицина в Саратовской области была очень развита, и до сих



пор еще кое-где остались земские сельские больницы. И Православная Церковь могла бы возродить эту традицию, потому что официальная медицина на селе сейчас пребывает в ужасном состоянии. Взять, к примеру, Красный Кут – довольно большой город, а детского хирурга нет, и в перспективе, может быть, и не будет. И как в этом случае быть? Единственный выход – наши поездки. И я с удовольствием езжу, хотя себя к православным врачам не причисляю, поскольку некрещеный, даже атеист, честно скажу. Но я верю в моральные принципы. И слово «милосердие», как мне кажется, идеально подходит для наших поездок. Знаете, здесь нет случайных людей, хотя, конечно, мы берем с собой молодежь, чтобы она училась у нас. И все же с нами едут лучшие люди – профессора, доценты, доктора, кандидаты медицинских наук, заведующие кафедрами.

Но я уверен, что это дело должны продолжать именно православные врачи, потому что я не надеюсь на официальную медицину. Кроме Русской Православной Церкви, поездки некому организовать. Хотя в далеком прошлом мы тоже ездили по районам, а потом начались времена, когда министерство даже машины не могло найти, чтобы нас отвезти, и наши поездки закончились. Сейчас, когда Церковь взялась за организацию, вновь стало получаться. Вот почему я с удовольствием примкнул к этой группе – можно сказать, душой.

Священник Александр Писларь, благочинный Южного округа, настоятель Свято-Троицкого храма в р.п. Красный Кут:

– Врачи и священники чем-то похожи в своем служении – зачастую они встречаются с челове-

ком в тяжелый период его жизни, когда того посещает болезнь, и душа, осознавшая необходимость переступить через свои грехи и гордыню, наиболее открыта для познания Бога. Скорби и болезни смиряют нас, позволяют нам проснуться от той духовной спячки, в которой мы все пребываем и которая называется греховным сном, напоминают нам о том, что мы смертны. И когда человек сталкивается с этими горькими вестниками, он начинает понимать то, что молодость, здоровье, силы – это все преходяще, и задумываться – а что непреходяще? Что есть такого в жизни, на что можно опереться? В чем состоит смысл жизни?

Можно долго говорить о христианстве, о Православии, проповедовать и произносить красивые и убедительные слова, но ведь все мы знаем, что вера не доказывается, а показывается. Слова только тогда доходят до сердца человеческого, когда за ними есть теплое, живое чувство. И зачастую именно врач становится предтечей, который предшествует моменту, когда в душу человека приходит Христос. Как говорил митрополит Антоний Сурожский, мы все являемся предтечами, но врачи являются ими по преимуществу, поскольку облегчают наши телесные страдания.

Визит православных врачей является для людей зримым проявлением того, что в нашей жизни называется милосердием. И когда человек, который не задумывался о вере, о Боге, сталкивается с проявлением милосердия в своей личной жизни, это производит на него неизгладимое впечатление, и если не переворачивает сознание, то остается в его памяти на протяжении всей его жизни.

Подготовила Ольга Новикова



ПРОСТАЯ БЕСЕДА В НОВО-ГОЛУТВИНОМ МОНАСТЫРЕ

Интервью насельниц Свято-Троицкого Ново-Голутвина женского монастыря монахини Екатерины и монахини Марии

Простота... Вот ключевое слово, которое в значительной степени характеризует жизнь Ново-Голутвина монастыря. Эта та простота, с которой люди выполняют порученную им работу, в том числе несут церковные послушания, не ставя себе в заслугу то большое значение, которое их труд имеет для других людей.

Сегодня мы публикуем беседу с двумя насельницами коломенской обители. Обе они подвизаются в Медицинском центре во имя святой блаженной Ксении Петербургской Свято-Троицкого Ново-Голутвина монастыря. Монахиня Екатерина (Варфоломеева) – главный врач этого центра, в Медицинском центре она ведет прием в качестве терапевта. Монахиня Мария (Вавилова) – врач-невролог. Беседу ведет заведующая медицинским сектором Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата, доктор медицинских наук Анна Черкасова.

– Первый вопрос Вам, мать Екатерина, как главному врачу. Расскажите об истории создания Медицинского центра во имя святой блаженной Ксении Петербургской.

– У матушки такой подход: если есть монахини с медицинским образованием, то Бог в помощь знаниями послужить Богу и людям здесь, в монастыре. В здании, где сейчас располагается Медицинский центр, раньше, до начала восстановления обители, все было разрушено. В дело организации Медцентра был вложен труд многих людей, который отмечен Лицензией на право оказания медицинской помощи.

Конечно, открытие Медцентра в 1997 году – это результат заботы друзей монастыря, талантливых, добрых, инициативных людей, не побоявшихся трудностей. Юлий Георгиевич Шапошников, известный ученый, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, директор знаменитого ЦИТО, поддержал идею. Устав Медцентра был подготовлен ведущим ученым МНТК им. С.Н. Федорова, тогда еще кандидатом наук, а теперь доктором медицинских наук, профессором, членом-корреспондентом РАЕН Сергеем Анатольевичем Борзенком.

Трудно было представить, как это можно осуществить практически: оборудование кабинетов, аппаратура, инструменты – и все на новом месте... Инициативу поддержали коломенские врачи – Нина Павловна Хляп и Анатолий Григорьевич Кульша, помощь пришла от медиков ведущих московских клиник.

Московские врачи-стоматологи Константин Иванович Семников и Надежда Николаевна Калашникова, врачи Коломенской ЦРБ, санэпидстанции приняли самое живое участие в организации нового медицинского учреждения. Нас, врачей монастыря, направили на курсы повышения квалификации Московской медицинской Академии им. И.М. Сеченова.

Открывали Медцентр Митрополит Коломенский и Крутицкий Ювеналий, мэр города Коломны Валерий Иванович Шувалов, заместитель главного врача Коломенской ЦРБ Анатолий Григорьевич Кульша. Это происходило 2 февраля, в день празднования памяти Святителя Филарета Московского.

Празднование пятилетия Медцентра в 2002 году совпало с 825-летием Коломны. Почетными гостями монастыря стали: профессор Александр Викторович Недоступ, председатель Московского общества православных врачей и его коллеги, профессор Ирина Васильевна Силуянова, заведующая кафедрой биоэтики Российской государственной медицинской академии, известные православные психологи, психиатры. Мы обошли все лечебные учреждения Коломны с приглашениями. Тема встречи: «Православие и медицина». Результат был очень плодотворным, потому что пришли все приглашенные врачи, руководители больниц, отделений.

Монастырь организовал замечательную конференцию, завершением которой стало создание Общества православных врачей, и утверждение собственного печатного органа – газеты «Медицинский вестник», учредителями которой стали монастырь, Медцентр и Общество православных врачей. Решили встречи продолжить. Во время XI Международных рождественских образовательных чтений Межрегиональная конференция руководителей обществ православных врачей про-



водилась у нас в монастыре. Поэтому именно в Коломне началась подготовка к I Всероссийскому съезду православных врачей, на котором было учреждено Общество православных врачей России.

В городских больницах устроены стенды с православной газетой «Медицинский вестник», ее раздают по всем медицинским учреждениям района, мы рассылает ее по храмам и монастырям России, на Украину, в Казахстан.

За эти 12 лет было много сделано, всего не расскажешь. Сейчас уже странно вспоминать, что, когда Медцентр открывался, приходилось в Ленинской библиотеке заниматься, искать документы о монастырских больницах были и такие люди, которые нам говорили: «Монастыри должны молиться, не дело монахов общаться с миром, лечить!» Через 7 лет, в 2005 году, на Международной конференции «Церковь и медицина» в Петербурге, где разбирались вопросы взаимодействия Церкви и государства в области охраны здоровья российских граждан, мы рассказывали о современной монастырской медицине, о нашем Медцентре. При обсуждении доклада все отметили необходимость такой работы.

– Мать Екатерина, кто работает в Медицинском центре? Как он оснащен? Какое оборудование у Вас есть?

– Из числа насельниц монастыря мы втроем на послушании в Медцентре с матерью Марией (Вавиловой) и инокиней Татианой (Гуриной). Конечно, можно сказать, что наши внештатные сотрудники – это все члены Коломенского общества православных врачей, а их около 60 человек, можно позвонить, попросить о помощи.

Что касается нашего оснащения, то мы имеем самое необходимое, чтобы вести амбулаторный прием. У нас есть кардиограф, глюкометр, гемоглобинометр, аппарат УЗИ, физиотерапевтические приборы, тонометры, конечно.

– А медицинские сестры у Вас есть?

– Нет. Мы сами все делаем в Медцентре – инъекции, капельные вливания, перевязки, то есть все то, что обычно выполняют медицинские сестры. Но что касается работы с больными в монастыре, ухода в больнице, помощи детям в школе-интернате, то есть и медицинские сестры, и сестры с неполным медицинским образованием, сестры-педагоги, обучавшиеся сестринскому делу в институте. Медицинские знания, навыки и желание заботиться о больных есть у многих, и это, конечно, большая помощь для всех.

– Теперь хотела бы обратиться к Вам, мать Мария. Вы – врач невролог. С какими заболеваниями обращаются к Вам на прием?

– Чаще всего обращаются с неврозами, депрессивными состояниями, на втором месте – заболевания позвоночника и суставов. То есть структура заболеваемости такая же, как в обычной городской поликлинике.

– Мать Мария, в чем особенность Вашей медицинской практики в монастыре? Ваша работа с пациентами выглядит точно так же, как выглядела бы в обычной поликлинике, или как-то иначе?

– Мы ведем прием так же, как все врачи. Опрашиваем, собираем анамнез, обследуем, выписываем лекарства.

Есть одна важная особенность в нашей работе: если человек обратился к врачам в монастыре, то, как правило, он, скорее всего, пришел, чтобы узнать, как может помочь Церковь в его проблемах. Он, кроме врачебной помощи, надеется на помощь Божью, помощь Церкви. Мы стараемся изменить взгляд человека на болезнь. В светском обществе болезнь – однозначно – это зло, несчастье. Но ведь болезнь – это еще и испытание. И часто именно через болезнь человек приближается к Богу.

Беседуем, объясняем, рассказываем о Таинствах Церкви, в первую очередь об Исповеди и Причастии. Если человек не крещен и был далек от веры, но хочет креститься, мы готовим его к Крещению. Важно, чтобы человек сам осознал, насколько важна для него духовная жизнь. Но, конечно, нельзя говорить: вот вы исповедуетесь – и выздоровеете. Духовная жизнь важна как самостоятельная ценность, а не как средство к выздоровлению.

Воцерковленным пациентам этого объяснять уже не нужно, но здесь есть другая сложность. Верующие люди часто приходят с вопросами о том, как поститься, если они больны. Светские врачи в этом случае категорично настаивают на отмене всех постов для больного. Или врачи запрещают родить ребенка. Здесь мы становимся на сторону верующего пациента, поддерживаем его, доказывая правильность его убеждений по вере с точки зрения науки, даем медицинские рекомендации.

В случаях, когда нужен духовный совет, мы обращаемся к матушке игумении, приглашаем священника.

– Какие препараты Вы назначаете?

– Довольно часто – препараты растительного происхождения, травы Подмосковья, которые собирают сестры. Есть договор с алтайским фитоцентром, который производит лечебные чаи из алтайских трав, эти препараты очень эффективны. Мы не можем выписывать рецепты на бесплатное получение лекарств, поэтому при необходимости просто выдаем малообеспеченным пациентам травы и другие лекарственные средства благотворительно.

– А обычные фармацевтические препараты Вы используете?

– Да, используем. В каждом конкретном случае лечение подбираем индивидуально. Если есть показания, то назначаем и обычные фармацевти-

ческие препараты. При назначении лекарств стараюсь следовать принципу святого – врача священномученика Серафима Чичагова: «Врачебная помощь должна заключаться в действии лекарства в одном направлении с природой, но никак не в противодействии». Такие симптомы болезни, как повышение температуры, насморк, кожные высыпания свидетельствуют о работе защитной системы организма, поэтому не нужно их подавлять приемом жаропонижающих, сосудосуживающих средств, мазями. Не назначаю одновременно более двух лекарств.

– Мать Мария, почему люди идут к вам в Медицинский центр, а не в поликлинику?

– Часто причиной заболевания является стресс, неразрешимый психологический конфликт, особенно это относится к различным невротическим состояниям. В таких случаях человек нуждается не только в лекарствах. Люди сами это осознают, и поэтому приходят в монастырь, в православный медицинский центр. Мы помогаем пациентам подготовиться к Таинствам Церкви, которые, в первую очередь, лечат душу. Таинство Соборования совершается в монастыре каждую субботу, ежедневно служится Литургия.

– Сколько у Вас больных обычно бывает на приеме?

– Обычные приемные дни Медицинского центра – суббота и воскресенье. В день приходят десять–пятнадцать человек. И еще на неделе могут приехать, обращаются за помощью сестры монастыря, паломники.

– Мать Екатерина, а на Вашем терапевтическом приеме каких больных Вы встречаете обычно? Таких же, каких и обычный терапевт в поликлинике – то есть, в основном, с заболеваниями сердца? Или есть своя специфика?

– Мы ведем статистику. Обращаются больные с заболеваниями сердца и сосудов, легких, суставов, с сахарным диабетом, с самыми разнообразными диагнозами. Часто приходят с онкологическими заболеваниями.

– Это онкологические больные с впервые выявленным заболеванием? То есть именно Вы ставите человеку диагноз, о котором он не знал?

– Бывает, что мы выявляем болезнь впервые, направляем к онкологам, но часто случается, что человек знает о своей болезни, но не лечится. К примеру, сын приводит мать, у нее объемный процесс, нужно срочно лечить, а она говорит: «Сейчас весна, надо сажать морковку на огороде», – и не собирается лечиться, откладывает до осени, а до осени никак ждать нельзя. Мы с мамой беседуем, объясняем, что нужно срочно ложиться в больницу. Потом сын звонит, говорит: все хорошо, маму прооперировали... благодарит, что уговорили.

Еще приходят онкологические больные, которые к онкологу не идут, потому что лечатся сами,

начитавшись книг «народных целителей». К примеру, Н.В. Шевченко. Он советует лечить онкологические заболевания водкой с маслом. Обман заключается в том, что смесь водки с маслом не оказывает никакого противоопухолевого действия, однако благодаря рекламе и выпущенным книгам люди продолжают лечиться, всегда затягивая обращение к врачу. Это определяет судьбу больного. Пациенты приносили письма этого автора «универсальной методики», в которых он запрещает им обращаться к врачам.

Известен автор «заочного и очного энергоцелительства» С.С. Коновалов, врач из Санкт-Петербурга. После его сеансов пациентам долго приходится лечиться у психиатра, они дезадаптированы в обществе. Улучшается состояние больных только после воцерковления, и мы не раз это могли наблюдать.

В книгах этих и подобных им «целителей» есть изображения икон, молитвы, это вводит больных в заблуждение. Люди верят, что «простыми способами» можно вылечить от рака. Это действительно очень большая проблема, мы объясняем необходимость лечения у онкологов, вред обращения к целителям и экстрасенсам, пишем об этом в «Медицинском вестнике». Важно донести до людей информацию о ложных методах лечения, чтобы у них не было соблазна ими воспользоваться.

– Тяжелая тема для нашего народа – алкоголизм. Хорошо, что сейчас уже и на государственном уровне обратили внимание на эту проблему. Обращаются ли к вам по поводу алкогольной зависимости и как вы помогаете таким больным?

– Да, конечно, обращаются. Приходят люди, которые сами страдают, и приходят их родственники, которые не знают, что делать и как помочь близкому человеку. Мы сотрудничаем с Центром реабилитации страдающих алкоголизмом и наркоманией и членов их семей «Зебра». Его возглавляет известный психолог Екатерина Алексеевна Савина. Мы направляем больных в этот центр в Москву, и Екатерина Алексеевна приезжает к нам, консультирует.

– Мать Мария, скажите, пожалуйста, а что вы делаете, если встречаетесь в практике с действительно трудным случаем, который требует, например, стационарного лечения или консультации у такого специалиста, которого нет в вашем Медицинском центре? Куда вы направляете таких больных?

– Когда встречаются трудные случаи, и мы сами не можем разобраться, мы направляем таких больных в экстренном порядке на обследование и лечение в другие медицинские учреждения. Прежде всего, к врачам Коломенской центральной районной больницы. У нас в Медцентре в течение нескольких лет принимала больных руководитель онкологической службы Коломны Нина



Павловна Хляп, а сейчас консультируют ее ученики. В хорошо оборудованном отделении онкологии по нашим направлениям прооперированы, вылечены десятки больных.

В ЦРБ очень хороший Кардиологический центр, здесь наши пациенты всегда могут получить ценную консультацию. Отделение гемодиализа и методов эфферентной детоксикации одно из лучших в Московской области, здесь также оказывают нам помощь.

Мы советуемся с врачами, которые работают в московских больницах, например в ММА им. И.М. Сеченова, Первой градской, в Больнице святителя Алексия, МНТК им. С.Н. Федорова, Институте сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева. Там много православных врачей, знакомых и друзей, тех, кого мы всегда рады видеть в нашем монастыре. Мы можем позвонить, рассказать о больном, посоветоваться, как правильно его лечить, а при необходимости госпитализировать в клинику. Помогает Академик Александр Федорович Черноусов, руководитель клиники хирургии ММА им. И.М. Сеченова. Кроме того, профессор Наталья Анатольевна Геппе и ее коллеги не только выступают у нас на конференциях общества православных врачей, но и консультируют, оказывая помощь детям.

– Мать Мария, а педиатрический прием в Вашем центре большой?

– Детей к нам тоже приводят. Мы заметили, что часто проблемы начинаются с родителей. Конфликтные отношения в семье, вредные привычки, пристрастия родителей отражаются на здоровье детей. Родителям больного ребенка, прежде всего, советуем упорядочить свою жизнь: повенчаться, самим регулярно исповедоваться и причащаться. Рекомендуем ограничить игры на компьютере, исключить просмотр фильмов ужасов. Часто этого бывает достаточно, чтобы нормализовался сон у ребенка, и он стал спокойнее.

– Мать Екатерина, как финансируется Медицинский центр? Его целиком и полностью содержит монастырь?

– Да, его содержит монастырь. Конечно, много помогают наши благодотворители. Первый заместитель мэра Москвы Лидия Ивановна Швецова и Центр народной помощи «Благовест» (президент Центра Зинаида Федоровна Драгункина), руководство кампании «УралСиб», Глава Департамента здравоохранения Москвы Андрей Петрович Сельцовский и многие другие.

– Расскажите об Обществе православных врачей города Коломны. Вы ведь связаны с этим Обществом, не так ли?

– Конечно, именно на базе монастыря и нашего Медицинского центра было создано Общество православных врачей города Коломны и мы входим в его состав, участвуем в работе. Председатель общества – Анатолий Григорьевич Кульша. Заседания общества организуются в конференц-зале, где расположена выставка фотографий и работ керамической мастерской монастыря. Они проходят каждую третью субботу месяца. И это настоящая учеба для врачей, потому что перед ними выступают ведущие ученые Московской медицинской академии имени Сеченова (кафедра профессора Натальи Анатольевны Геппе), Института педиатрии (профессор Вера Афанасьевна Ревякина, главный детский аллерголог), Российской государственной медицинской академии (профессор, заведующая кафедрой биоэтики Ирина Васильевна Силуянова). Высокий уровень докладов, дискуссии, обсуждение православного взгляда на современные проблемы медицины, биоэтики собирают на эти конференции не только врачей нашего города (вход свободный), но и из других городов: Москвы, Зарайска, Луховиц, Воскресенска, Егорьевска, приезжают даже православные врачи из Карелии. На вопросы врачей о духовной жизни отвечает матушка игумения Ксения.

– И последний вопрос. Расскажите о самом запоминающемся случае из вашей медицинской практики в монастыре.

Отвечает мать Мария:

– Трудно назвать какой-то один случай. Очень радостно бывает, когда видишь своих пациентов на Исповеди, Соборовании, когда после Причастия подходят и говорят: «Мне стало лучше, и я не принимаю лекарств».

Отвечает мать Екатерина:

– Да, такие случаи и нас самих укрепляют в вере. Множество удивительных свидетельств помощи Божией. Год назад приехала к нам семья из Москвы. Врачи определили, что у них родится ребенок с синдромом Дауна. В семье уже было двое детей, а тут – третий, который наверняка станет инвалидом. Врачи настаивали на том, чтобы родители отказались от рождения ребенка, они были в нерешительности, переживали. Мы с ними побеседовали. Люди верующие, понимают, что это грех, – на все воля Божья, надо молиться. Через год звонят, радостные: ребеночек-то родился здоровым! Николаем назвали... Они недавно приезжали в монастырь. Была ли ошибка врачей? Родители говорят, что, может быть, и не было, просто все молились, и Бог помог!

– Сердечно Вас благодарю, мать Екатерина и мать Мария, за ответы на вопросы!



ИСТОРИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

К 15-летию со дня прославления
святителя Луки (Войно-Ясенецкого)



Могила Святителя Луки



Обретение мощей



Отец Леонид у раки с мощами Свт. Луки

ОБРЕТЕНИЕ СВЯТЫХ МОЩЕЙ

Чудеса исцелений душевных и телесных недугов, во множестве происходившие на могиле святителя Луки, всенародное почитание приснопамятного крымского архиепископа подвигло священноначалие Православной Церкви к внимательному изучению его жизни и творений. В результате деятельности епархиальной Комиссии по канонизации святых было составлено житие святителя, а также служба и акафист, написана икона. Определением Синода Украинской Православной Церкви от 22 ноября 1995 года архиепископ Симферопольский и Крымский Лука причислен к лику местночтимых святых.

Архиепископу Лазарю (Швецу) было дано разрешение Св. Синода на поднятие честных останков святителя Луки. В ночь с 17 на 18 марта 1996 года во Всехсвятительском храме Симферополя собрались члены комиссии по канонизации святых, наместники крымских монастырей, духовенство. После молебна перед началом доброго дела, молитве Свт. Луке о помощи в обретении его честных мощей около 2 ночи вскрыли могилу и начали вынимать грунт.



С этой фотографией связано чудо. На покрывающем лицо плате был изображен только крест. Когда же фотографию напечатали, на нем появился как бы отпечаток лица

Священники непрерывно пели панихиды и стихиры Кресту. Было очень холодно, пронизывающий ветер раскачивал кладбищенские деревья. Но когда Владыка Лазарь спустился в могилу и своими руками поднял мощи святителя, ветер мгновенно стих и воцарилась благоговейная тишина. Духовенство и миряне с зажжёнными свечами, стоя на коленях, умиленно пели панихидное «Святый Боже».

20 марта состоялось торжественное перенесение честных останков святителя в кафедральный Свято-Троицкий собор. Собралось всё духовенство Крымской епархии и священнослужители из других областей Украины. Процессию сопровождали офицеры и матросы Черноморского флота, студенты Крымского медицинского института, жители города, многочисленные гости. За гробом вместе со священниками шли и те, кому выпало счастье быть свидетелями святительского подвига Владыки Луки.

Сама природа оказалась созвучной духовной радости, переполнявшей сердца верующих. После холодных и пасмурных дней появилось солнце, рассеялись тучи. Так после всех лишений и гонений, которые претерпел Владыка, обнажилась правда Божией славы, являющаяся нам во святых.

Цветы, зажжённые свечи напитывались благоуханием, исходящим от мощей святого. Над ракой плыло золотое облако молитвенных песнопений, обволакивая процессию, равной которой не припомнят и старожилы крымской земли. Пришедших проводить святые мощи собралось, по приблизительным подсчётам, 35–40 тысяч. Это было трогательное зрелище. В городе царил атмосфера духовного праздника, подчиняя неверующих, привлекая маловерных. Святитель возвращался в свой собор, где он служил и проповедовал 15 лет. Не случайно перенесение мощей состоялось в день памяти семи священномучеников херсонских. Прославленные святые принимали в сонм святых крымской земли святителя – исповедника Луку.

24–25 мая 1996 года в Симферопольской и Крымской епархиях произошло поистине историческое событие: состоялось торжество прославления святителя Крымского Луки (Войно-Ясенецкого).

Согласно постановлению Священного Синода Украинской Православной Церкви Московского Патриархата, ежегодную память святителя Луки надлежит праздновать в день его блаженной кончины, 11 июня по новому стилю.

Мощи Святителя Луки находятся в г. Симферополе, в Свято-Троицком Соборе.

СВЯТИТЕЛЬ ЛУКА (ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ) О ВОСПИТАНИИ ДЕТЕЙ

Блюдите, да не презрите единого от малых сих». Помните ли вы эти слова Христовы, думали ли вы, что они относятся прямо и непосредственно к вам?

Разве мало у вас этих «малых сих», которых подлежит вам блюсти?

Разве мало у вас сыновей, дочерей, от которых вы льете горькие слезы?

Разве мало развратных дочерей ваших и сыновей воров и хулиганов?

Много, много вы льете слез над ними. Отчего же это? Оттого, что вы не помните этих слов Христовых:

«Блюдите, да не презрите единого от малых сих».

Когда тяжело вам становится от того, что творят ваши дети, тогда вы плачете, тогда вы Богу молитесь, чтобы Он помог вам.

А молитва ваша остается бесплодной. Почему же бесплодной?

Потому что нельзя на Бога возлагать своих собственных обязанностей, потому что вы сами должны были заботиться о детях ваших и воспитывать их, не ждать, что за вашим нерадением за вас исполнит это Бог.

Если слуга ваш не радеет о своем долге и ждет, чтобы вы сами исполнили его, то разве вы станете работать за него, разве не разгневаетесь на нерадивого слугу?

Что же вы хотите от Бога, если сами не радеете о детях ваших?

Святой Иоанн Златоустый сказал страшные слова о тех, которые не воспитывают детей своих:

«Родители, которые пренебрегают воспитывать детей своих по-христиански, беззаконнее детоубийц, ибо детоубийцы тело от души разлучили, а они душу и тело ввергают в геенну огненную».

Тяжкий, тяжкий ответ даст перед Богом каждый из вас, кто не заботится о воспитании детей, такой тяжкий ответ, какой изображен в Библии, в Первой книге Царств, где рассказывается о благочестивом первосвященнике еврейском Илие, который пятьдесят лет был судьей народа израильского. При нем находился, ему служил святой пророк Самуил, тогда еще только отрок. И однажды, во сне, этому святому отроку Господь повелел возвестить первосвященнику Илию, что его ждет страшная кара Божия за то, что не радеет он о детях своих.

А дети его были священниками и нечестием своим озлобляли народ и отвращали его от Бога.

Когда приносили евреи мясо животных для принесения в жертву Богу, тогда слуги этих не-

честивых священников выбирали лучшие куски мяса из котла, в котором оно варилось для жертвоприношения, и отдавали этим нечестивым священникам. Даже сырое мясо отбирали они, а на требование принесших сперва сжечь тук на жертвеннике, отвечали: если не отдашь, силой возьму.

Видя это, и народ отвращался от жертвоприношений.

За такое нечестие Господь покарал не только этих священников, но и самого первосвященника Илию.

Было нашествие филистимлян на землю израильскую, и во время ожесточенного боя этот 98-летний старец сидел на седалище у храма в ожидании известий с поля битвы.

И прибежал взволнованный, покрытый пылью вестник и сказал ему:

«Сыновей твоих убили, а Ковчег Божий взят в плен».

Услышав эту весть, первосвященник упал навзничь, сломал позвоночник и умер тяжелой смертью. А Господь возвестил, что наказание будет продолжаться над всем родом его.

Вот видите, как это страшно, – весь род его подпал под наказание за то, что первосвященник Илий не удерживал сыновей своих от тяжких грехов. Это грозит каждому из вас, кто будет нерадеть о воспитании детей своих.

А о тех, кто всем сердцем стремился воспитывать детей в благочестии, вы слышите на каждой утрене в Псалме 102-м такие благочестивые слова: «Милость же Господня от века и до века на боящихся Его, и правда Его на сынах сынов, хранящих завет Его, и помнящих заповеди Его творити я».

Во веки веков благословение Божие на тех, кто воспитывает детей своих в благочестии. Скажите, что будет с несчастною дочерью вашей, которая в юности предается разврату и потом, выйдя замуж, родит детей? Будет ли благословение Божие на ней и на всей семье ее?

Нет, нет. Это вырастет неблагочестивый, богопротивный род. Во веки веков будет тяготеть проклятие Божие над теми, кого не воспитали вы в духе христианского благочестия. Подумайте, как это страшно, какую тяжкую ответственность несете вы перед Богом, если не воспитываете детей своих в нравах христианских.

Как же должно их воспитывать? Так, как воспитывали своих детей древние христиане, христиане первых веков. Они с самого раннего детства приучали детей к молитве, храму, постам, к таинствам церковным. Когда учили их грамоте, то учи-

ли по книгам святого Писания. Они никогда не позволяли ребенку сесть за стол и начать еду без молитвы. Они внушали детям то, что каждое дело, каждый шаг христианина должны начинаться крестным знаменем и молитвой. Когда учили они детей своих, то заботились не только об образовании общем, о мудрости языческой, об обучении философии, музыке, искусствам. Нет, совсем другому учили они их. Научая детей своих, они руководствовались глубоким, святым правилом:

«Того почитали несчастным, кто знает все и не знает Бога. Того блаженным, кто знает Бога, хотя бы и не знал ничего другого».

Не думайте, что этим запрещается вам учить детей ваших всем светским наукам. Нисколько. Величайшие отцы наши и учителя Церкви сами в молодости очень усердно предавались изучению всей мудрости научной, философской. Василий Великий, Григорий Богослов, Иоанн Златоустый были высокообразованными людьми своего времени. И вашим детям надлежит быть образованными, учеными. Но только важно, чтобы их обучение и воспитание не ограничивались одной мудростью светской, мудростью мира сего. Чрезвычайно важно, чтобы наряду с этим они познавали высшую правду и истину, чтобы научались они закону Божию и заповедям Христовым, чтобы приучались к постоянному благочестию, чтобы они, изучая науки, всегда помнили о Боге, о заповедях Божиих, о пути Христовом. Тогда и только тогда они не заблудятся на пути мудрости человеческой, только тогда будут ставить выше всего мудрость христианскую, познание Бога.

Так надлежит вам учить детей ваших. А как же должны вы воспитывать их, насаждать в них высшую нравственность христианскую?

Прежде всего вашим примером, ибо дети воспитываются именно примером родителей своих. Скажите, вырастут ли людьми чистыми и хорошими дети, которые в лице родителей своих видят самые дурные примеры безнравственности? Будут ли чисты и целомудренны дочери ваши, если вы сами подаете пример прелюбодеяния? Будут ли чисты, неспособны к воровству дети ваши, если вы не будете останавливать их от этого с самых юных лет?

Когда сыновья ваши воруют и опустошают огороды, рвут чужое, не оставляют созревать плоды в садах и когда приходят жаловаться на них, то матери спокойно отвечают, – ну что же, дети малые, что же с них спрашивать? Господь спросит с вас! Спросит грозно, зачем позволяли детям вашим воровать с самого юного возраста, зачем не учили заповедям Божиим, зачем не внушили отвращения и презрения к воровству и хулиганству?

Тяжкий ответ дадите вы перед Богом за всякий соблазн, который видят в вас дети ваши, за все ссоры, ругательства, пустословие, драки, ко-

торые происходят на их глазах. Если сами так поступаете, то чему научите детей ваших?

Великий учитель вселенский, величайший из церковных ораторов, Иоанн Златоустый, вот какие чудные слова сказал о родителях, которые не учат детей своих добру, а поощряют дурные свойства их, страсти и нечестие:

«Ведь вы, как будто намеренно стараясь погубить детей, приказываете им делать только то, что, делая, невозможно спастись. Вот посмотри прежде всего:

«Горе, сказано, смеющимся», и вы подаете детям множество поводов к смеху. «Горе богатым», а вы только о том и стараетесь, чтобы они разбогатели; «горе егда добре рекут вам вси человецы», а вы часто тратите все свое имущество из-за славы людской; «поносящий брата своего повинен есть геенне», а вы считаете слабыми и трусливыми тех, кто молчаливо сносит обидные речи от других. Христос повелевает отвращаться брани и распри, а вы постоянно занимаете детей своих этими злыми делами. «Любяй душу свою, сказал Господь, погубит ю», а вы всячески вовлекаете их в эту любовь; «аще не отпускаете, говорит Он, человеком согрешений их, ни Отец ваш Небесный отпустит вам», а вы даже попрекаете детей, когда они не захотят мстить обидевшим. Христос сказал, что любящие славу постыятся ли, молятся ли, подают ли милостыню, все это делают без пользы; а вы только и стараетесь о том, чтобы ваши дети получили славу.

И худо не это одно, что вы внушаете детям противное заповедям Христовым, но и то еще, что доброе хулите, называя скромность необразованностью, кротость – трусостью, справедливость – слабостью, смирение – раболепством, незлобие – безсилием.

Вы склоняете их к таким делам, за которые Иисус Христос определил неизбежную погибель; вы о их душе, как о чем-то ненужном, небрежете, а о том, что действительно излишне, заботитесь, как о необходимом и важнейшем.

Вы все делаете, чтобы был у сына слуга, конь и самая лучшая одежда, а чтобы он сам был хорош, об этом подумать не хотите; нет, – простирая до такой степени заботливость о древе и камнях, души не достаивайте и малейшей части такого попечения. Все делаете, только бы на доме стояла чудная статуя и кровля была золотая, а чтобы драгоценнейшее изваяние – душа – была золотая, об этом и помыслить не хотите».

Как говорил св. Иоанн Златоустый в древние времена, 1500 лет назад, так нужно сказать вам и теперь, ибо разве и теперь не воспитываете вы детей своих так же плохо, не внушая им страха Божия? Разве не прилагаете все заботы к тому, чтобы детям своим дать как можно лучшее положение в жизни, чтобы поставить их в ряды власть



имущих, богатых и сильных? Разве не внушаете детям вашим, что в деньгах сила, что нужно приобретать большие знания ради богатства и обеспеченной привольной жизни?

А разве это нужно? Нужно как раз обратное. Нужно детям вашим внушать презрение ко всему этому – к деньгам, богатству, славе, высокому положению в обществе. Нужно привить им любовь к чистоте, святости, благочестию. А об этом как раз всего меньше вы заботитесь.

Маленьких детей надо начинать воспитывать с самых пеленок, ибо только в самом юном возрасте дети легко поддаются всякому научению. Их душа мягка, как воск, на ней отпечатывается все, что хотите отпечатать на ней – как ваши дурные примеры, так и благочестивые слова и всякий светлый и чистый пример.

Древние христиане с самого юного возраста приучали детей к молитве и чтению Священного Писания. А теперь говорят – разве это детское дело, заниматься псалмами? Это дело монахов и стариков, а детям нужно веселье и радость. Забываете вы, что святой Тихон Задонский сказал так просто: «Малое деревце, куда наклонишь его, туда и будет расти; новый сосуд будет издавать тот запах, каким напитаете вы его, вливая в него или смрадную жидкость или ароматную и чистую».

Вот, если в душу малого ребенка вы будете вливать всякий смрад, она будет всегда смрадной. Если будете вливать аромат Христова благоухания, то всегда будут ваши дети благоухать перед людьми, будут радостью и утехой для вас.

Примером вашим воспитывайте детей. Об этом прекрасно сказал славный проповедник русский, архиепископ Харьковский Амвросий. Послушайте, какие простые, проникающие в душу слова сказал он:

«Когда ни один член семейства не может остаться без вечерней и утренней молитвы, – когда отец не выходит из дома на свое дело, не помолвившись перед святыми иконами, и мать ничего не начинает без крестного знамения, – когда и малому дитяти не позволяют дотронуться до пищи, пока оно не перекрестится, не приучаются ли этим дети просить во всем помощи Божией, и призывать на все благословение Божие, и веровать, что без помощи Бога нет безопасности в жизни, а без Его благословения нет успеха в делах человеческих?»

Не может остаться бесплодной для детей вера родителей, когда они, при нужде и бедности, со слезами на глазах говорят: что делать? буди воля Божия; при опасности: Бог милостив; при трудных обстоятельствах: Бог поможет; при успехе и радости: слава Богу, Бог послал.

Здесь всегда и во всем исповедуется Божья благодать, Божие промышление, Божие правосудие.

Мать, предмет всей любви и нежности дитяти, стоит с благоговейным выражением и молится пе-

ред иконой Спасителя: дитя смотрит то на нее, то на образ – и не нуждается в длинных объяснениях того, что это значит.

Вот первый безмолвный урок богопознания. Вот первый и самый важный урок благочестия. Такие уроки можете и должны вы всегда и во всем подавать детям вашим.

Вы должны беречь детей от всего, что нечисто, дурно. Вы должны дочерей удерживать от чтения нецеломудренных, сладострастных романов, должны требовать от них, чтобы они читали с разбором; должны удерживать их от пустых зрелищ, не позволять всегда развлекаться и постоянно бегать по кино и театрам. Вы должны приучить их к тихому и трудовому домашнему житью.

А еще не должны вы забывать о том, что нельзя воспитать малого ребенка, никогда его не наказывая. Должны вы помнить о том, что величайшую ошибку делают те родители, которые влюблены в своих маленьких детей, любят ими, все прощают, никогда не наказывают. О таких сказал премудрый Сирах: «Лелей дитя, и оно устрасит тебя».

А вот что говорит наш великий святитель Тихон Задонский.

«Юнии ненаказанные и в возраст пришедшие суть как кони необученные и свирепеющие. Посему, христиане, любите детей своих и наказуй их. Пусть они ныне болезную телом, пока молоды, дабы и по себе ты не болезновал о них сердцем. Пусть они плачут от тебя, чтобы не плакал ты от них и о них. Впрочем, умеренность во всем похвальна и потребна».

Нужна умеренность в наказании, по слову Святителя. Нельзя наказывать детей с раздражением, со злобой, с ненавистью. Нужно наказывать спокойно, любя, тогда дети почувствуют эту любовь, они почувствуют, что заслуживают наказания, и тогда наказание будет с пользой и их исправит.

О таком наказании детей многие из вас не думают и оставляют ненаказанными не только маленькие, но и тяжкие проступки – даже воровство, хулиганство, даже распутную жизнь молодых девушек.

Видите, какие огромные задачи перед вами стоят в деле воспитания детей, видите, как святы обязанности матерей. Нет более важной обязанности, нет более тяжелой ответственности перед Богом для матери, чем доброе воспитание детей. Перед Богом дадите тяжкий ответ и на все потомство навлечете гнев Божий, если не будете радеть о воспитании детей своих. И будете мучиться и плакать, плакать, глядя на них.

Итак – «Блюдите, да не презрите единого от малых сих». Всегда заботьтесь о них, всегда подавайте им чистые святы примеры благочестия, и тогда Господне благословение будет от века и до века на детях ваших и на вас самих.



**ХРАМЫ И ЧАСОВНИ
ВО ИМЯ СВЯТИТЕЛЯ
ЛУКИ (ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО)**

СВ. ПИ
ЛУ
КА

КРЫМ
СК
ИЙ



О НОВЫХ ХРАМАХ

ПЕТЕРБУРГСКАЯ ЧАСОВНЯ

В день памяти свт. Луки (Войно-Ясенецкого) исповеднику молились в посвященной ему часовне ...

11 июня 2009 года, когда Русская Православная Церковь чтит память святителя и исповедника Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Крымского, в петербургской часовне, посвященной святому (ул. Сикейроса, 12), которая расположена рядом с городской многопрофильной больницей № 2 (Учебный пер., 5), состоялось праздничное богослужение.

Пение акафиста святителю Луке и водосвятный молебен при стечении множества богомольцев совершил протоиерей Николай Головкин, настоятель храма Первоверховных Апостолов Петра и Павла в Шуваловском парке. После богослужения священник обратился к пастве со следующим словом: «В молитвенной радости встретили мы с вами, дорогие братья и сестры, день памяти святителя Луки. Этого святого почитают наравне с врачами-бессребренниками Космой и Дамианом, целителем Пантелеимоном в Крыму, России и даже в Греции. Стал он ближе и нам с тех пор, как здесь построена часовня и будет возводиться храм. Тем более, что рядом находится больница, где лечатся сотни людей. Они нуждаются в молитвенной поддержке».

«Нам дорог этот святой, – продолжил о. Николай, – как рожденный и живший во времена, когда каждый стоял перед выбором: либо открыто исповедовать себя христианином и служить Богу, или же предать Господа и навечно погубить свою душу. Будущий святой принял сан священства тогда, когда множество священнослужителей и мирян находились в заточении или уже приняли мученическую кончину. Святитель Лука был рукоположен в Ташкенте в то время, когда правящий архиерей не выдержал гонений и оставил свою кафедру. Архиепископ Лука по благословению Святейшего Патриарха Тихона принял на себя этот крест. Но недолго он нес это служение. Ибо после недельного служения на Ташкентской кафедре начался его крестный путь на свою Голгофу: заточения и ссылки».

«В своих воспоминаниях святитель Лука напишет потом обо всем, что ему довелось пережить, о тех, с кем ему довелось пересечься на жизненном

пути. Он описал разные характеры людей, добродетели одних, пороки других. Он оставил нам свой труд в назидание», – объяснил священник.

«Важно и то, что этот человек был ученым. Всю свою жизнь, и уже находясь в архиерейском сане, он посвятил служению ближнему. Он был хирургом, исследовал человеческое тело и искал новые пути облегчения человеческих страданий и исцеления болезней. К нему молитвенно обращаются многие не только как к исповеднику, но и как к целителю. И мне, возлюбленные братья, суждено было соприкоснуться с этим святым: однажды мне довелось надеть принадлежавший святителю Луке подрясник и причастить больного», – поделился с прихожанами о. Николай Головкин.

«А когда мне довелось побывать в Иерусалиме, матушка Георгия, настоятельница Горненского монастыря, передала частичку мощей. Это было очень неожиданно – на Святой Земле получить частичку мощей русского святителя... Но вот так было суждено Божиим Промыслом. Сейчас частичка мощей хранится в иконе свт. Луки, написанной для нашей часовни», – рассказал священнослужитель.

«Священник Марк, иерей крымской земли, с которым я подружился, – продолжил отец Николай, – привез нам еще одну частичку мощей свт. Луки. Эта частичка взята от мощей исповедника Луки, перед которыми молился митрополит Симферопольский и Крымский Лазарь. Когда архиерею открыли эти мощи, святыня заблагоухала, а владыка Лазарь прослезился от умиления... И частичка от тех мощей теперь передана нам, это произошло буквально за несколько дней до сегодняшнего праздника», – поведал пастырь.

«Мы чувствуем близость святителя Луки, молитвенно обращаемся к нему, в часовне совершаются акафисты, и, конечно же, и внимание святого обращено к нам, он ходатайствует пред Богом о нас, прежде всего о том, чтобы души наши исцелились и укрепилась наша плоть. Ибо душа – во плоти», – сказал протоиерей Николай Головкин.

«Святитель Лука оставил после себя много трудов, – сказал в завершении проповеди священник, – не только известную книгу «Дух, душа и тело», но и научные, и богословские работы, многочисленные проповеди. Он считал, что наука исследует мир и человека, руководствуясь пятью чувства-



ми, исследует то, что доступно человеческому разуму и опыту. Религия же выше науки. Ибо Абсолют – не материя, которую мы можем изучить. Мы познаем лишь то, что открывает нам Творец. Господа мы постигаем нашей верой, прославляем Бога, радуясь Его творению. Еще не было отдания праздника Святой Троицы, которую мы сейчас прославляем, радуясь тому, что имеем, кроме глаз и чувств, душу и сердце, которыми воспринимаем Бога, веруем Ему, любим Его, как и верный слугитель Престола Божия, чувствуемый нами сегодня свяtitель и исповедник Лука. Аминь».

После богослужения протоиерей Николай Головкин рассказал нашему корреспонденту, что идея возведения храма, посвященного святителю

Луке рядом с больницей, принадлежит академику РАМН А.Г. Чучалину, главному терапевту Минздравсоцразвития и члену исполнительного комитета Общества православных врачей России. Посещая Петербург, Александр Григорьевич поделился ею с главным врачом больницы № 2 И.С. Фигуриным. Игорь Стефанович решил посоветоваться об этом с протоиереем Николаем Головкиным, окормляющим больничную часовню. Отец Николай взялся за это благое дело. Около года назад была построена часовня, сейчас идет процесс землеотвода под церковь. В строительстве храма обещал помочь московский Благотворительный фонд «Глас».

Русская линия

СВЯТИТЕЛЯ ЛУКУ ПОЧИТАЮТ НЕ ТОЛЬКО В РОССИИ

Русская Православная Церковь подарила частицу мощей святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского и Крымского, освященному в его честь сербскому храму в Сербской столице. Храм находится на территории Военно-медицинской академии в Белграде.

11 июня 2009 года, в день памяти святителя Луки, была отслужена торжественная Литургия в честь престольного праздника (или, как его называют сербы, славы) храма.

После окончания Литургии епископ Антоний от имени Святейшего Патриарха Московского и

всея Руси Кирилла подарил храму икону святителя Луки с частицей его мощей.

Храм во имя святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского и Крымского, на территории Военно-медицинской академии в Белграде был основан по благословению Святейшего Патриарха Сербского Павла 11 апреля 2009 года.

Выдающегося хирурга и иерарха Русской Православной Церкви, святителя Луку почитают не только в России и на Украине, но теперь и в странах дальнего зарубежья – Греции и Сербии.

Седмица.Ру





**ЖИТИЯ
СВЯТЫХ
ЦЕЛЕБНИКОВ**



**Преподобный Агапит Печерский,
безмездный врач**



Святой мученик Диомид

СВЯТЫЕ ЦЕЛИТЕЛИ

ПРЕПОДОБНЫЙ АГАПИТ ПЕЧЕРСКИЙ, БЕЗМЕЗДНЫЙ ВРАЧ

† не позднее 1095 г., память 1/14 июня

Когда преподобный отец наш Антоний Печерский¹ был прославлен даром исцеления, пришел к нему в пещеру из Киева блаженный Агапит, желая получить душевное исцеление чрез пострижение в иноческий чин; удостоившись желаемого, он всем сердцем последовал ангелоподобному житию преподобного Антония, руководясь и его наставлениями. Агапит был очевидцем того, как этот великий муж сам служил болящим и исцелял их своею молитвою, причем скрывая дарование, данное молитве его, вручал недужным под видом лекарства травы от пищи своей. Видя это, блаженный Агапит начал помогать святому старцу в подвигах и трудился так много лет; когда расхварывался кто-либо из братии, блаженный оставлял келию свою, в которой не было ничего, что можно было бы похитить, приходил к болящему брату и служил ему: поднимал его, укладывал, выносил на своих руках и непрестанно молил Бога об исцелении недужного; если же болезнь иногда и затягивалась, то чрез это Господь желал умножить веру и усилить молитву раба Своего Агапита. Подражая подвигам преподобного Антония, блаженный Агапит сподобился быть участником и равной с ним благодати: молитвою своею он исцелял всех болящих, также подавая им травы, которые варил в пищу себе, за что, собственно, и был прозван врачом. О нем распространилась молва в Киеве, и много болящих, приходя к нему, уходили здоровыми.

В то время жил во Киеве один врач, происхождения и верою армянин, настолько искусный в своем деле, что раньше не было равного ему. Достаточно было взглянуть на болящего смертным недугом, как он тотчас узнавал и объявлял день и час его кончины, и всегда безошибочно; такого больного он уже ни за что не хотел лечить. Один из болящих такого рода, первый боярин у великого князя Всеволода², которого армянин поверг в отчаяние, предсказав смерть через восемь дней, был принесен в Печерский монастырь. Но блаженный Агапит, сотворив молитву о нем, дал ему в пищу трав, которые вкушал сам, и исцелил его, и немедленно прошла о нем слава по всей земле русской. Армянин, уязвленный стрелою зависти, на-

чал укорять блаженного и послал в Печерский монастырь одного осужденного на смерть, который должен был принять пред Агапитом яд и умереть. Блаженный, видя этого человека умирающим, дал ему с молитвою о нем той травы, которую вкушал сам, и этим избавил от смерти обреченного на смерть. С тех пор армянин особенно вооружился на блаженного и подговорил своих единоверцев подать самому Агапиту питье с примесью смертного яда; блаженный же принял и остался невредимым. «...знает Господь, как избавлять благочестивых от искушения (2 Пет 2:9), по слову Своему: ...и если что смертоносное выпьют, не повредит им», (Мк 16:18).

Потом разболелся в Чернигове князь Владимир Всеволодович Мономах³. Армянин хотя и старательно лечил его, но безуспешно, так что недуг все более и более увеличивался. Уже будучи при кончине, князь просил тогдашнего игумена Печерского Иоанна прислать к нему в Чернигов для врачевания блаженного Агапита. Игумен призвал его и известил о просьбе князя, но блаженный Агапит, которого никто еще не видел выходящим из ворот для врачевания вне монастыря, со смирением сказал:

«Если я пойду для этого дела к князю, то и ко всем должен идти. Прошу тебя, отче, не побуждай меня выходить за монастырские ворота ради славы человеческой, избегать которой обещался я пред Богом до последнего издыхания. Если позволишь, лучше я удалюсь в иную страну и потом опять возвращусь сюда, когда минет эта нужда».

Посланный князя, убедившись, что не будет в состоянии призвать к своему господину самого блаженного Агапита, начал просить, чтобы он дал хотя трав для исцеления. По убеждениям игумена, блаженный дал посланному трав от пищи своей; их принесли к князю, последний вкусил и немедленно выздоровел по молитвам блаженного.

Тогда князь Владимир Мономах пришел сам в Печерский монастырь, желая видеть того, чрез кого Бог возвратил ему здравие: он никогда не встречался ранее с блаженным и теперь желал почтить его, щедро одарив. Но Агапит, не желая земной славы, скрылся; тогда князь отдал игуме-



ну принесенное для угодника Божия золото. Спустия немного времени, тот же Владимир снова послал одного из своих бояр со многими дарами к блаженному Агапиту. Посланный нашел святого Агапита в келии и положил пред ним подарки князя. Блаженный сказал ему:

— Чадо, никогда, ни от кого и ничего не брал я за исцеление, потому что исцелял силою не своею, но Христовою; не требую этого и ныне.

Боярин отвечал:

— Отче! Пославший меня знает, что ты ничего не требуешь; но умоляю тебя, прими это, чтобы утешить сына твоего, которому чрез тебя Бог даровал здравие; дар же отдай, если тебе угодно, нищим.

Старец отвечал ему:

— Если ты так говоришь, то приму с радостью. Скажи пославшему тебя, что и прочее, что у него есть, — чужое, и ничего не возьмет он с собою, когда будет расставаться с жизнью; поэтому пусть и остальное раздаст он нищим. Ибо Сам Господь, Который находится среди обездоленных, избавил его от смерти, я же сам по себе никакого успеха не имел бы и прошу, чтобы он не ослушался этих наставлений моих, дабы не пострадать более сильно.

С такими словами блаженный Агапит взял принесенное золото и вышел с ним из келии, как бы для того, чтобы спрятать его; вынес и бросил, сам же бежал и скрылся. Спустя немного времени боярин вышел, увидел брошенные пред воротами дары, поднял и отдал игумену Иоанну. Возвратившись к князю, он рассказал ему все, что видел у блаженного и что слышал от него; и все уразумели, что это — истинный раб Божий, ищущий награды от одного Бога, а не от людей. Князь же, не осмеливаясь ослушаться святого, начал раздавать нищим щедрую милостыню.

После многих богоугодных трудов и подвигов, впал в болезнь и сам безмездный врач, блаженный старец Агапит. Узнав об этом, вышеупомянутый врач армянин пришел посетить его и начал спорить с ним о врачебном искусстве, спрашивая, каким средством лечится недуг Агапита.

Блаженный отвечал: «Тем, каким подает здравие Сам Господь, врач души и тела».

Армянин счел его совершенно не знающим врачевание и сказал сопровождавшим его: «Он ничего не знает в нашем искусстве».

Потом взял его за руку и сказал: «Говорю истину: на третий день он умрет; если изменится слово мое, то я изменю жизнь мою, и сам стану таким же монахом».

Блаженный с горячностью сказал: «Так вот способ твоего врачевания: больше говорить о смерти, чем о помощи! Если ты искусен, дай мне жизнь; если не можешь этого, зачем унижаешь меня и осуждаешь на смерть в третий день? Меня же известил Господь, что через три месяца отойду я к

Нему». Снова сказал ему армянин: «Вот ты уже весь изменился; такие никогда не выживают дольше трех дней».

Святой Агапит действительно был в крайнем изнеможении, так что без посторонней помощи не мог даже двинуться. Между тем к блаженному Агапиту, самому сильно болящему, принесли для исцеления некоего больного из Киева. Блаженный с Божией помощью немедленно встал, как бы и вовсе не болел, взял обычную свою траву, которую вкушал, и показал армянину, говоря: «Вот трава, которою я врачую: смотри и разумеи».

Тот, посмотрев, сказал святому: «Это не из наших трав, но, думаю, из Александрии».

Блаженный, осуждая невежество его, дал болящему вкусить травы, помолился и немедленно сотворил его здоровым. Потом он сказал армянину:

— Сын мой, прошу тебя, вкуси этой травы со мною, если хочешь, ибо ничем иным не могу угостить тебя.

— Отче, — отвечал ему армянин, — мы в этом месяце постимся четыре дня, и теперь я держу пост. Услышав это, блаженный спросил его:

— Кто ты, и какой веры?

Тот отвечал:

— Разве ты не слышал обо мне, что я армянин?

Тогда блаженный сказал ему:

— Как же ты осмелился войти сюда и осквернить мою келию, да еще держишь меня за грешную мою руку? Выдь от меня, иноверный⁴ и нечестивый.

И тот, посрамленный, удалился.

После того блаженный Агапит прожил, как предрек ранее, три месяца и, немного поболевав, отошел к Господу. Будучи на земле врачом безмездным, он принял великую награду уже на небе, где нет болезни. Братия приготовили к погребению честное тело его и с обычным пением положили в пещере преподобного Антония⁵. По кончине святого пришел армянин в Печерский монастырь и сказал игумену: «Отныне я оставляю армянскую ересь и истинно верую в Господа Иисуса Христа, для Которого желаю трудиться в святом иноческом чине».

Блаженный Агапит явился мне и сказал: «Ты обещался принять иноческий образ; если солжешь, то погубишь и жизнь, и душу». Я верую, что явившийся мне свят, и если бы хотел он дольше жить здесь, то это даровал бы ему Бог. Я полагаю, что он не переживет трех дней, а Бог прибавил ему три месяца, а если бы он желал, то жил бы и три года. Но я думаю, что сам он, как святой, захотел оставить нас, стремясь в царство святых, и если представил его Бог из временной жизни в сей обители, за то даровал ему жизнь вечную в обителях небесных. Поэтому желаю скорее исполнить повеление святого мужа».

Игумен, выслушав армянина, постриг его в иноческий образ и долго наставлял врача телес, что-

бы он, последуя блаженному Агапиту, был искушен во врачевании своей души. Армянин подвижался богоугодно и, проведя остальную жизнь в том же Печерском монастыре, здесь же принял блаженную кончину, предав душу свою в руки врача душ и телес, Господа нашего Иисуса Христа, славимого с безначальным Отцом и с Пресвятым, благим и животворящим Духом, ныне и присно, и во веки веков. Аминь.

Примечания

¹ Преп. Антоний, родом из Любеча (в 40 верстах от Чернигова), постриженник св. горы Афонской. Придя в Киев, избрал местом поселения одну пещеру в лесистой горе близ Днепра. Богоугодная, подвижническая жизнь преп. Антония собрала около него многих, желавших под его руководством проводить иноческую жизнь. Так возник знаменитый Киево-Печерский монастырь. Скончался преп. Антоний 90-летним старцем, после 46-летних подвигов в пещере, в 1073 г. 7 мая. Память его 10 июля.

² Всеволод Ярославич княжил первый раз шесть месяцев (1075–1076 гг.) и второй раз с 1078 по 1093 г.

³ Владимир Всеволодович княжил затем в Киеве с 1114 по 1125 г.

⁴ Армяне разделяют монофизитскую ересь, осужденную четвертым Вселенским собором в Халкидоне (451 г.) и отвергают все последовавшие за ним Вселенские соборы. Сущность монофизитской ереси состоит в учении, что Господь Иисус Христос, рожденный из двух природ, или естеств, пребывает не в двух – ибо человеческая природа в Лице Бога – Слова так тесно соединилась с Его Божественною природою, что только мысленно может от нее отличаться. В древней Руси вообще существовал взгляд на армян, как на злых еретиков: так, митрополит Киприан (1386–1406) в своих канонических ответах писал игумену Афанасию: «Армянская же ересь гнуснейше паче всех ересей; сего ради не достоин православному крестьянину (т. е. христианину) ни едино же общение иметь с ними».

⁵ Преп. Агапит скончался не позднее 1095 г.; мощи его почивают в пещере св. Антония.

Тропарь преподобного Агапита Печерского, врача безмездного, в Ближних пещерах. Глас 5

Богоноснаго Антония ревнуя смиренномудрию, / аки неким врачеством зелием снадным / исцеляя еси болящия, преподобне Агапите, / тем и врача неверна уверив, / наставил еси на путь спасения. / Уврачуи и наша болезни / и молися Господеви о воспевающих тя. Кондак преподобного Агапита Печерского, врача безмездного, в Ближних пещерах.

Кондак. Глас 6

Врач сый изряден, чудне, / являя несумненную твою веру, / обличая же армениново неверие / и приводя его к благочестию, / себе, близ смерти бывшу, / испросил еси от Бога продолжение живота / и, сим чудом того уверив, / привел еси Христови, / Ему же в веселии предстоит, / молися о нас, преподобне.

Молитва преподобному Агапиту, врачу Печерскому

О всеблаженне Агапите, земный Ангеле и небесный человече! Припадаем к тебе с верою и любовию и молим ти ся прилежно: яви нам, смиренным и грешным, святое свое заступление; се бо грех ради наших не имамы свободны чад Божиих просити о потребах наших Господа и Владыку нашего, но тебе, молитвенника благоприятнаго, к Нему предлагаем и просим тя со усердием многим: испроси нам от благодати Его благопотребныя дары душам и телесем нашим, веру праву, любовь ко всем нелицемерну, в злостраданиях терпение, тяжкими болезнями одержимым – от недугов исцеление, под бременем скорбей и напастей неудобноносимых падающих и жития своего отчаявшихся – скорое облегчение и избавление.

Не забуди, блаженне отче, и обитель твою [сию святую], присно тя чтущую, но соблюди ю и всех живущих и подвижающихся в ней и на поклонение в ню приходящих невредимы от искушений диавольских и всякаго зла. Егда же приспеет наше от временнаго сего жития отшествие, и к вечности преселение, не лиши нас помощи твоя небесная, но молитвами твоими всех нас приведи в пристанище спасения и наследники нас быти всесветлаго Царствия Христова сподоби, да поем и славим неизреченныя щедроты человеколюбца Бога, Отца и Сына и Святаго Духа, и твое вкупе с преподобными Антонием и Феодосием отеческое заступление во веки веков. Аминь.

СВЯТОЙ МУЧЕНИК ДИОМИД

† конец III в. или начало IV в., память 16/29 августа

Святой Диомид был родом из города Тарса киликийского¹, по занятию он был врачом, верою же был христианин, и врачевал не только тела, но и души людские; ибо он увещевал еллинов уверовать в Бога и просвещал их, подготавливая ко святому крещению.

В царствование императора Диоклитиана², святой Диомид оставил Тарс и пришел в город Никею, находившийся в Вифинии³; и здесь, по обыкновению своему, святой Диомид творил врачевания, причем врачевал не только лекарственными средствами, но главным образом призыванием всемогущего и цельбоносного имени Господа нашего Иисуса Христа и знаменем честного креста; многих идолопоклонников он обратил к вере во Христа благодаря своему искусству врачевания, а также и учением своим.

Когда император Диоклетиан, бывший в то время в странах восточных, узнал об этом, то послал

воинов взять Диоида уже умершим о Господе; однако отсекали мертвому главу, дабы отнести ее к императору. Но тотчас по отсечении главы, воины те лишились зрения, и стали слепыми, так что их повели другие к царю, причем они несли отсеченную главу святого мученика Диоида.

Когда император увидел главу, а также увидел и слепых воинов, то приказал им тотчас же отнести главу и приложить ее к телу на свое место; лишь только воины сделали так, как тотчас же прозрели и уверовали в Господа нашего Иисуса Христа, Бога истинного, Коему воссылается слава вечно. Аминь⁴.

¹ Киликия – малоазийская область.

² Царствовал 284–305 гг.

³ Вифиния – малоазийская область.

⁴ Кончина святого Диоида последовала в конце III в. или в начале IV в.

Тропарь. Диомиду, врачу. Глас 3

Мучительнии сосуди устроиша ти путь к Небесем, / Христов воине Диомиде, / победив диавольския козни, / и на Небесех у Христа прославися, / молися за творящих верою память твою.

Кондак, глас 2

Истинный и непобедимый страстотерпец, благочестия и благодати Небесный таинник явлься, Диомиде преславне, победив мучителя и победоносец быв, венцы победными прославися.

Молитва святому мученику Диомиду, врачу

Святыи мучениче Диомиде! Призри с небеснаго чертога на требующих твоя помощи и не отвергни прошений наших, но, яко присный благодетель и ходатай наш, моли Христа Бога, да, человеколюбив и многомилостив сый, сохранит нас от всякаго лютаго обстояния: от труса, потопа, огня, меча, нашествия иноплемеников и междоусобныя брани. Да не осудит нас грешных по беззаконием нашим, и да не во зло обратим благая, даруемая нам от Всещедраго Бога, но во славу святаго имени Его и в прославление крепкаго твоего заступления. Да молитвами твоими даст нам Господь мир помыслов, воздержание от пагубных страстей и от всякия скверны и да укрепит во всем мире Свою Единую Святую, Соборную и Апостольскую Церковь, юже стяжал есть честною Своею Кровию. Молися прилежно, святыи мучениче, да благословит Христос Бог державу, да утвердит во святаей Своей Православней Церкви живый дух правыя веры и благочестия, да вси члены ея, чистии от суемудрия и суеверия, духом и истиною поклоняются Ему и усердно пекутся о соблюдении Его заповедей, да мы вси в мире и благочестии поживем в настоящем веце и достигнем блаженныя вечныя жизни на небеси, благодатию Господа нашего Иисуса Христа, Емуже подобает всякая слава, честь и держава со Отцем и Святым Духом, ныне и присно и во веки веков. Аминь.



**НАШИ
ЮБИЛЯРЫ**



ОБЩЕСТВУ ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА – 10 ЛЕТ!



ОБЩЕСТВО ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ОПВ СПБ

Научно-просветительское Общество Православных Врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) организовано в феврале 1999 года по инициативе Отдела по церковной благотворительности епархии и двух наиболее крупных сестричеств милосердия: Покровского и св. мц. Татианы. Основателем и первым председателем Общества стал настоятель больничного прихода «Св. великомученика и целителя Пантелеимона на ручье», ныне доктор медицинских наук, профессор, практикующий врач кандидат богословия, протоиерей Сергей Филимонов. Созданию Общества предшествовала скрупулезная подготовка проекта Устава и положений о внутренней деятельности специально созданной рабочей группой. За основу был взят проект устава Московского Общества 1998 года, который был переработан и утвержден на общем заседании врачей. Внутренний Устав, цели и задачи Общества были благословлены правящим архиереем митрополитом Санкт-Петербургским и Ладожским Владимиром. Общество Православных Врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) стало первой организацией православных врачей в России, которой удалось четко и ясно изложить свои цели и задачи, построить план своих действий, принять Устав и провести юридическую регистрацию. В юридической палате Санкт-Петербурга Общество зарегистрировано как Общественная организация 17 мая 2000 года. Общество Православных Врачей Санкт-Петербурга (ОПВ СПб) является профессиональным объединением врачей различных специальностей, исповедующих православную веру. Причиной создания ОПВ в Санкт-Петербурге явилась разобщенность православных врачей по различным лечебным учреждениям Санкт-Петербурга, не позволяющая вести какую-либо совместную деятельность, а также отсутствие профессиональной врачебной организации в противовес засилью магии и оккультизма в городе, приобретших системный организованный характер в виде институтов, академий колдовства и магии, университетов экстрасенсорики и биоэнергетики и прочее.

Целью Общества является содействие развитию медицинской деятельности на основе право-

славного героического поведения и христианской ответственности, интеграция православных врачей различных специальностей в этом направлении. Общество имеет свой юридический адрес, печать, счет в банке, устав, герб (или отличительный знак): на фоне российского флага, соединенного с красным крестом – символом медицинской помощи и врачебного искусства, изображен

ангел венчающий знаменитую Александрийскую колонну в Санкт-Петербурге; композиция заключена в круг – символ вечности, объединивший небесное и земное. Небесным покровителем Общества врачами было единодушно выбран архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий) – исповедник и врач, канонизированный РПЦ, икона которого освещает заседания Общества. Опыт работы Общества Православных Врачей Санкт-Петербурга показывает, что его ядро должно быть объединено единой евхаристической и молитвенной жизнью, послушанием священноначалию, четким исполнением уставных положений Общества и уважением его соборных решений всеми членами. Создание аналогичных обществ способствует не только просвещению и воцерковлению, как врачей, так и пациентов, но и выработке единомыслия в отношении сложных вопросов со-



Правящий архиерей Санкт-Петербургской епархии митрополит Владимир



Председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга, протоиерей Сергей Филимонов



временной медицины с точки зрения православной вероучительной истины, консолидации здоровой части социума. Общество Православных Врачей доказало свою целесообразность для решения и анализа проблем биоэтического характера, возникающих в современной медицине, помощи больным.

УСТАВ ОБЩЕСТВА

Членами Общества могут быть российские и иностранные граждане – христиане православного вероисповедания, имеющие медицинское, фармакологическое, биологическое и психологическое образование, участвующие в уставной деятельности общества и уплачивающие членские взносы. Члены Общества подразделяются на следующие категории.

Действительные члены Общества – православные врачи, имеющие законченное высшее образование, участвующие в уставной деятельности и уплачивающие членские взносы.

Решение о принятии в действительные члены осуществляется на заседаниях правления Общества из кандидатов на основании их письменного заявления и письменной рекомендации духовника после прохождения годичного испытательного срока. Принятие в действительные члены производится 1 раз в год в день памяти архиепископа Луки (11 июня), когда по заамвонной молитве во время Божественной литургии врачи торжественно приносят клятву православного христианского врача, составленную специалистами Общества на основании клятвы Гипократа и православных врачей Греции первых веков по Р.Х.

Кандидаты в действительные члены Общества – православные врачи, выполняющие Устав, готовятся к вступлению. Прием в кандидаты осуществляется на основании личного заявления, устного благословения священника и собеседования с председателем секции по специальности. Кандидат имеет право совещательно голосовать.

Ассоциативные члены Общества – православные медики и лица пограничных медицинских специальностей, имеющие высшее и среднее медицинское образование, участвующие в уставной деятельности Общества и его молитвенной жизни.

Почетные члены Общества, избираемые обществом, – православные медики, внесшие значительный вклад в развитие научной и клинической медицины или имеющие перед Обществом особые заслуги.

Почетным членом является ректор СПбДА и С профессор, архиепископ Курганский Константин. Общество имеет поминальный синодик своих со-

трудников и типовые членские билеты. Общество имеет свой печатный орган – «Пантелеимоновский листок».

Сведения о заседаниях Общества, изменениях и событиях его жизни постоянно освещаются в средствах массовой информации.

Высшим органом Общества является общее собрание его членов. В промежутках между собраниями его работой руководит Правление, избираемое на 1 год, возглавляемое председателем.

На 1.05.2010 г. в Правление ОПВ входят:

Председатель Общества: доктор медицинских наук, профессор, кандидат богословия, преподаватель СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова протоиерей Сергей Филимонов.

Заместители Председателя:

- по научно-просветительской работе – В.Я. Плоткин, профессор СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова;
- по лечебно-практической работе – А.В. Закревская,
- по учебной работе – Т.В. Виноградова, терапевт, к.м.н., доцент кафедры Пропедевтики СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова.
- экспертный отдел – доктор медицинских наук Д. Э. Коржевский.
- психолог – протоиерей Валерий Швецов,
- Н. Ф. Жарков, врач детской неотложной помощи (ТМО № 6).

Гл. врач Душепопечительского центра: кандидат медицинских наук А.В. Закревская.

Ответственный секретарь – С. В. Лободина.

Попечительский Совет включает в свой состав людей, желающих помочь Обществу в вопросах финансирования его программ и привлечения благотворителей для реализации этих целей. Секретариат обеспечивает деятельность инфраструктуры общества.



С 17 ноября 2009 г
ответственным секретарем Общества православных врачей Санкт-Петербурга назначена
Светлана Лободина

ПРАКТИЧЕСКИМИ ЗАДАЧАМИ ОПВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- координация действий братств, сестричеств, обществ, а также отдельных мирян при оказании врачебной помощи бедным и социально-незащищенным слоям населения;
- содействие возрождению благотворительной и социально-медицинской помощи при приходах и монастырях;

- содействие возрождению и созданию храмов в медицинских учреждениях;
- содействие в получении юридической консультации и помощи медикам, попавшим в сложные нравственно-этические ситуации;
- анализ и разрешение юридических проблем, связанных с выполнением поставленных Обществом задач;
- организация системы квалифицированной диагностической, лечебной и профилактической помощи священно-церковнослужителям православных храмов Санкт-Петербурга на базах ЛПУ города, где работают православные врачи;
- консультативная медицинская помощь мирянам членами Общества.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОПВ СПб

Отличительной особенностью работы Общества является его практическая направленность, а именно, оказание медицинской и пастырской помощи. Члены Общества трудятся во многих ведущих высших медицинских учебных заведениях города и крупных больницах, где на своих рабочих местах проводят консультации обратившимся за помощью в Общество больным: Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова, Военно-Медицинская Академия им. Кирова, МЧС ЛОМО №18, ЦМСЧ №122, Больница св. Георгия, Больница св. Ксении Петербургской, Педиатрическая Медицинская Академия, Госпиталь ветеранов войны, Государственная Медицинская Академия, МЧС №19, поликлиника ГУВД, 3-я 4-я 5-я городские психиатрические больницы, дом ребенка №14, Медицинская Академия Последипломного Образования врачей, НИИ протезирования, Областная детская клини-



Врачи – члены ОПВ Санкт-Петербурга оказывают консультативную медицинскую помощь насельникам Пюхтицкого монастыря



Во время работы II съезда православных врачей России

Общество православных врачей Санкт-Петербурга за 10 лет работы принято участие:

в 30 выставках, в том числе:

22 Епархиальных, из которых

11 – Рождественских и 11 – Пасхальных;

4 выставки в Ленэкспо – «Забота, помощь и милосердие»;

4 – в Манеже – «Православная Русь»;

13-ти Рождественских Чтениях;

9-и конференциях в различных городах России

и 2-х съездах:

г. Белгород 2007 год - I-й съезд Общества православных врачей России

г. Воронеж 2009 г. - II-ой съезд Общества православных врачей России

ческая больница, Хоспис №1, Детская городская инфекционная больница и др.

На 1 мая 2010 г. в Обществе состоит 125 человек. Среди его членов 7 докторов и 11 кандидатов медицинских наук, 24 врача имеют высшую и первую квалификационные категории, 42 человека имеют стаж работы по специальности более 10 лет, из них 16 – более 30 лет.

Врачебный патронаж – форма лечебной работы, характеризующаяся долговременным врачебным динамическим наблюдением и курацией священно-церковнослужителей и некоторых мирян одними и теми же врачами Общества Православных врачей (по типу семейного доктора).

Консультативно-диагностическая амбулаторная помощь – это такая форма обслуживания обратившихся в Общество пациентов, при которой не требуется стационарного лечения и больной может получить необходимую первую врачебную и квалифицированную медицинскую помощь врача-члена ОПВ как при стационаре, так и в поликлинике или Душепопечительском центре.



Стационарное обследование и лечение в государственных клинических больницах Санкт-Петербурга подразумевает под собой оказание данного вида специализированной медицинской помощи врачами ОПВ, работающими в указанных лечебных учреждениях на штатных должностях.

Комплексное лечение на базе Душепопечительского Центра – форма оказания специализированной медицинской помощи больным соматического и психоневрологического профиля, пострадавшим как в результате простых, так и оккультных поражений при обязательном пастырском сопровождении каждого пациента (как в виде пастырского душепопечения, так и в виде пастырского врачевства). К научно-просветительским задачам ОПВ относятся:

- осмысление проблем современной медицины и биотехнологий в свете учения православной церкви;
- подготовка материалов для вынесения суждений по медицинским вопросам священноначалием Русской Православной Церкви;
- разработка и осуществление современных программ обучения сестер милосердия и врачей основам диаконической деятельности;
- ведение миссионерской деятельности для ознакомления широкой медицинской общественности с основами православного вероучения;
- факультативное преподавание в Духовных школах основ медицинских знаний, полезных будущим пастырям.

Общество имеет 4 секции: общеврачебную, психолого-психиатрическую, наркологическую, ассоциативную. Специалисты каждой из секций Общества разрабатывают на своих заседаниях определенную научно-исследовательскую и просветительскую тему. Разработанная на секциях тема рассматривается правлением Общества и выносятся на пленарное заседание. Пленарные заседания проходят каждый месяц в СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и являются открыто-публичными. На них присутствуют в среднем около 100–150 человек. После такой предварительной апробации темы, дискуссий и учета критических замечаний Общество принимает соборное решение по данной проблеме, обязательное для всех его членов по всему городу и выносит материалы докладов на обсуждение широкой медицинской общественности, в печать, телевидение и радио.

План докладов на текущий год обсуждается в мае предыдущего. Примерная тематика докладов в 2000–2010 гг. предложена для ознакомления на сайте Общества. Всего было 80 заседаний, на которых было заслушено 174 доклада.

Одним из направлений реализации практических задач Общества православных врачей являются паломнические поездки, во время которых

воцерковляются и духовно укрепляются врачи, происходит один из этапов реабилитации оккультнопораженных людей, проводится диспансеризация православных поселений и общин.

Паломнические поездки ОПВ имеют специфический характер. В поездке находятся сугубо больные люди и сопровождающие их врачи – члены ОПВ.

Учитывая повышенную утомляемость пациентов Душепопечительского Центра, большинство поездок носит краткосрочный характер (одно-двухдневные), с обязательным посещением чудотворного источника и обязательным молебном перед мощами святых угодников Божиих.

Приобщение к святыням православной церкви является одним из главных звеньев душепопечения оккультнопораженных, алкоголиков и наркозависимых.

ДУШЕПОПЕЧИТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ОПВ СПб (ДПЦ)

По инициативе Общества Православных Врачей в феврале 2000 г. был создан второй в России по счету Душепопечительский центр (ДПЦ). При его создании были определены следующие направления деятельности: помощь оккультнопораженным, наркозависимым, страдающим от недуга винопития, пострадавшим от тоталитарных сект, консультативно-диагностическая и психологическая помощь церковно-священнослужителям и прихожанам православных храмов по вопросам соматических и психических заболеваний, диспетчерская информационно-справочная служба. В последнее время отмечается значительный рост числа пациентов, желающих лечиться у православных врачей и получать информацию об отношении православных врачей к некоторым лекарствам, нетрадиционным методам лечения, фитотерапии, гомеопатии и т. д. Прием больных ведется благотворительно – на пожертвования.

Штатная структура представлена: руководителем – священником – 1 ст., главным врачом – 1 ст., врачом-регистратором – 1 ст., педагогом-психологом курсов катехизации пациентов – 2 ст., сестрой-регистратором – 1 ст., диспетчерами – 4 ст. Руководителем ДПЦ является протоиерей Сергей Филимонов, главным врачом – д. м. н. А.В. Закревская. Для того, чтобы получить консультацию или помощь православного врача, пациент, как правило, обращается в диспетчерскую ДПЦ по городскому телефону, который входит практически во все справочно-информационные издания и службы города. Диспетчер принимает заявку и записывает пациента на прием к соответствующему врачу либо в Душепопечительский центр, либо в лечебное учреждение города, в котором принима-

ет врач. Когда подходит очередь того или иного пациента, диспетчер оповещает его о конкретном часе и дне. После осмотра больного врач проводит его лечение на своем рабочем месте, при возможности амбулаторно в ДПЦ. Если в Душепопечительском центре нет врача соответствующей специальности, то главный врач обращается к врачам ДПЦ, обладающим большим опытом и соответствующими связями, которые затем помогают определить больного в профильное взрослое или детское лечебное учреждение.

Больной получает соответствующую медицинскую помощь и оплачивает ее согласно правилам конкретной больницы.

К деятельности ДПЦ привлекаются православные врачи-специалисты (более 30 чел.), оказывающие благотворительную консультативно-диагностическую помощь пациентам.

Консультативные штаты из года в год увеличиваются по мере вступления в ОПВ новых врачей.

Прием пациентов у православных врачей отличается от приема в общемедицинской сети.

С больным проводится беседа о связи болезней с грехами, страстями, образом жизни и т. д.

В рекомендациях о лечении, кроме медикаментозных средств, указывается необходимость воцерковления, важность исповеди и причастия для выздоровления.

ДПЦ ОПВ организован при клинической больнице Российской Академии наук и располагается рядом с больничной церковью преп. Сергия Радонежского. Весь персонал ДПЦ является православным. Главными критериями при отборе больных является вероисповедование и медицинские показания. На прием к врачам в первую очередь записываются больные, имеющие благословение духовника или священника приходской церкви.

В Душепопечительском центре при ОПВ амбулаторная реабилитация душевноболящих, ок-



Во время молебна о здравии с освящением продуктов

культнопораженных пациентов занимает в среднем 1–2 года. В случае необходимости больные после прохождения медицинской регистрации и осмотра проходят амбулаторное лечение, в более тяжелых ситуациях проводится активная госпитализация в стационары, где врачи-консультанты ДПЦ работают как штатные специалисты.

После окончания проведенного сочетанного медицинского лечения и духовной реабилитации, те пациенты, у которых были получены положительные результаты, допускаются к паломническим поездкам и интенсивной трудотерапии на одном из церковных загородных поселений.

После осмотра необходимыми специалистами соответственно жалобам пациентов, беседы с психологом выставляется диагноз и формируется группа для реабилитации.

Среди семейных проблем были отмечены: наркоман в семье, алкоголик в семье, оккультнопораженный в семье, психическое заболевание у родственника, родственник находится в секте и др.

Таким образом, основная масса пациентов ДПЦ имеют те или иные психические отклонения и нуждаются не только в медикаментозном лечении, назначении режима, физиотерапии и т.п., но и в оздоровлении психики.

Посетителей ДПЦ можно разделить на 2 группы: получившие консультативную помощь у того или иного специалиста, чаще одноразовую; и вторая, основная – так называемая реабилитационная группа, с которой проводится катехизация (беседы со священником, посещение молебнов, специальные занятия). В нее в основном входят алкоголики, наркоманы, оккультнопораженные лица.

Хотя и есть общие для всех тенденции в реабилитации, следует отметить индивидуальный характер изменений, происходящих с пациентом во время реабилитации. И, конечно, очень многое зависит



В храме св. прп. Сергия Радонежского (при больнице РАН) в Душепопечительском центре были организованы катехизаторские курсы для лиц, пострадавших от оккультизма и сект



от силы веры и активности самого болящего человека. Ленивые, малодушные и слабоверующие, те, кто пытается без собственных усилий за счет Церкви и врачей получить положительные результаты, как правило, отходят и бросают посещение Центра.

Наблюдения за пациентами в Центре показывают, что в процессе реабилитации отмечаются следующие тенденции: значительно улучшается психосоматическое состояние; наблюдается как бы обратное развитие симптоматики оккультного поражения; уменьшаются, исчезают страхи, тревоги, депрессия, пациенты перестают слышать «голоса», снижается и совсем исчезает агрессивность (хотя при этом дозы применяемых лекарств, если они применяются, остаются прежними или даже уменьшаются), исчезают мысли о самоубийстве. Иногда отмечается резкое улучшение соматического состояния. Чаще всего пациенты отмечают, что после начала реабилитации приходят чувства «мира и покоя в душе».

ДИСПЕТЧЕРСКО-ИНФОРМАЦИОННАЯ СЛУЖБА (ДИС)

Диспетчерско-информационная служба (ДИС) Общества Православных Врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого) была создана в 2001 году и является связующим звеном в деятельности Общества Православных Врачей, Душепопечительского Центра, Сестричества св. мц. Татианы и Прихода св. вмч. и целителя Пантелеимо-на на ручье. Диспетчерская служба занимается:

- справочно-информационной деятельностью:
 - по работе ОПВ СПб, ДПЦ, Сестричества милосердия св. мц. Татианы, Прихода св. вмч. и целителя Пантелеимо-на на ручье;
 - по медицинской, социальной, юридической и др. видам помощи в городе;
 - по медицинским препаратам и прививкам;
 - по православным учебным заведениям города;
 - по различным благотворительным обществам епархии – братствам, сестричествам, богадельням, хосписам, детским домам, приютам;
 - по учреждениям, занимающимся лечением нарко- и алкоголезависимых;
- просветительской деятельностью по профилактике оккультных поражений в результате псевдолечения у магов, колдунов, целителей, биоэнергетиков и проч.;
- составлением графиков приемов врачей на месяц, записью на прием к врачам и телефонных консультаций врачей;



Старший диспетчер душепопечительского центра Т.А. Шагурина

- изучением вопросов, с которыми обращаются пациенты, и анализом перспективных потребностей пациентов;
- записью прихожан и всех желающих на паломнические поездки;
- записью на катехизаторские курсы;
- приемом заявок на непосредственное обслуживание больных в больницах и патронаж сестрами Сестричества св. мц. Татианы;
- сбором материалов для создания картотеки справочно-информационного обслуживания;
- составлением статистических отчетов для гл. врача Душепопечительского Центра.

В состав ДИС входят 4 диспетчера, двое из которых являются сестрами Сестричества св. мц. Татианы. Все диспетчеры имеют высшее образование и являются пенсионерами. В настоящее время Диспетчерская служба занимает отдельное помещение с городским телефоном, который работает круглосуточно (в нерабочее время – в режиме автоответчика). Рабочие дни диспетчеров – с понедельника по пятницу, кроме выходных и праздничных дней. Июль, август – диспетчерская служба в отпуске. Дополнительно в своей работе диспетчера пользуются информационными справочниками: «Религиозные конфессии, оказывающие социальную помощь: христианская благотворительность в СПб», «Желтые страницы СПб», «Благотворительные учреждения епархии», «Социальные службы и услуги в СПб», «Православный Санкт-Петербург. Справочник-путеводитель» и др.

Для справки: с 2001 г. по 2009 г. в ДИС было 10 448 обращений. Из них 487 служители РПЦ (священнослужители, монахи, клир, преподаватели и учащиеся духовных школ). Остальные обратились за непосредственной медицинской помощью (на прием к врачу, за телефонной консультацией), а также были даны справки различной тематики. География звонков различная: Германия, Финляндия, Фран-

ция, Белоруссия, Украина, Казахстан, Москва, Санкт-Петербург и Ленинградская область (Колпино, Зеленогорск, М. Вишера, Всеволожск, Выборг), Владивосток, Калуга, Архангельск, Нижневартовск, Екатеринбург. За период с 2001 г. по 2009 г. выло принято 117 международных звонков, 367 – из городов России и Ленинградской области.

Сейчас в картотеке ДИС 32 врача различной специальности, которые ведут лечебно-консультативную работу. Это психиатры, психотерапевт, психологи, терапевты, невропатологи, детский невропатолог, ЛОР-врач, эндокринолог, уролог, врач функциональной диагностики. Среди врачей есть доктора и кандидаты мед. наук, аспиранты; врачи высшей категории и совсем молодые, только окончившие медицинские вузы. Часть врачей ведут прием больных в кабинете ДПЦ, часть – по месту работы.

О наличии в Санкт-Петербурге ДИС многие обращающиеся узнают от священников, в монастырях и в епархии, по православному радио и на лекциях священников, от знакомых, остальные – от прихожан церкви, родственников, из книг, на Рождественских и Пасхальных выставках и из других источников.

Контингент людей, обращающихся в ДИС, различен. Это малоимущие люди и инвалиды, пенсионеры и многодетные семьи, священники и члены их семей, монашествующие и служащие храмов, учащиеся духовных школ и академии. Бывают звонки от верующих других конфессий.

Самое большое количество обращающихся – это пациенты ДПЦ, люди, пострадавшие от оккультизма, занимавшиеся сами целительством, побывавшие в различных сектах, люди страдающие алкоголизмом и наркоманией. За помощью для двух последних категорий в основном обращаются их родственники.

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ЦЕРКОВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПРАВОСЛАВНОЙ БИОЭТИКИ

При ОПВ СПб и больничном Приходе св. вмч. и целителя Пантелеимона на ручье создается Научно-методический центр, в задачи которого входят:

- перевод святоотеческой литературы с греческого на русский язык;
- перевод с иностранных языков фундаментальных и периодических зарубежных научных трудов в области биомедицинской этики, как православной, так и других конфессий;
- научный анализ и обобщение архивных данных, касающихся истории отечественной православной церковной и монастырской медицины;

- научный анализ и обобщение трудов современных православных врачей, сестер милосердия и священнослужителей, касающихся медицины;
- подготовка материалов для книг, брошюр на тему «Церковь и Медицина», журнала-альманаха «Церковь и Медицина».

ЖУРНАЛ-АЛЬМАНАХ «ЦЕРКОВЬ И МЕДИЦИНА»

Выпущены пять номеров журнала «Церковь и Медицина». Это научное периодическое издание – официальный печатный орган Общества Православных Врачей России и Санкт-Петербурга.

Его задачей является обсуждение актуальных проблем современной медицины среди православных врачей. В журнале публикуются статьи, посвященные различным проблемам медицинской науки и практики биомедицинской этики с православной точки зрения.

В журнале планируются следующие разделы: передовые статьи, оригинальные статьи, исторические материалы, обзоры и лекции, дискуссии, новые концепции, святоотеческое учение, основы православия, случаи из практики, краткие сообщения, информация о планах проведения конференций, симпозиумов, съездов, новости.

В редакционный совет журнала приглашены известные зарубежные и российские специалисты в области биомедицинской этики, священники и православные врачи.

Главный редактор журнала – протоиерей Сергей Филимонов, профессор, доктор мед. наук, кандидат богословия, председатель ОПВ СПб.

ПАЛОМНИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

Паломническая служба Общества существует с 2000 г. В паломнических поездках по святым местам участвуют православные врачи и болящие, которые приходят в Душепопечительский центр Общества, а также члены их семей.

Поездки в основном однодневные, чтобы больные не переутомлялись.

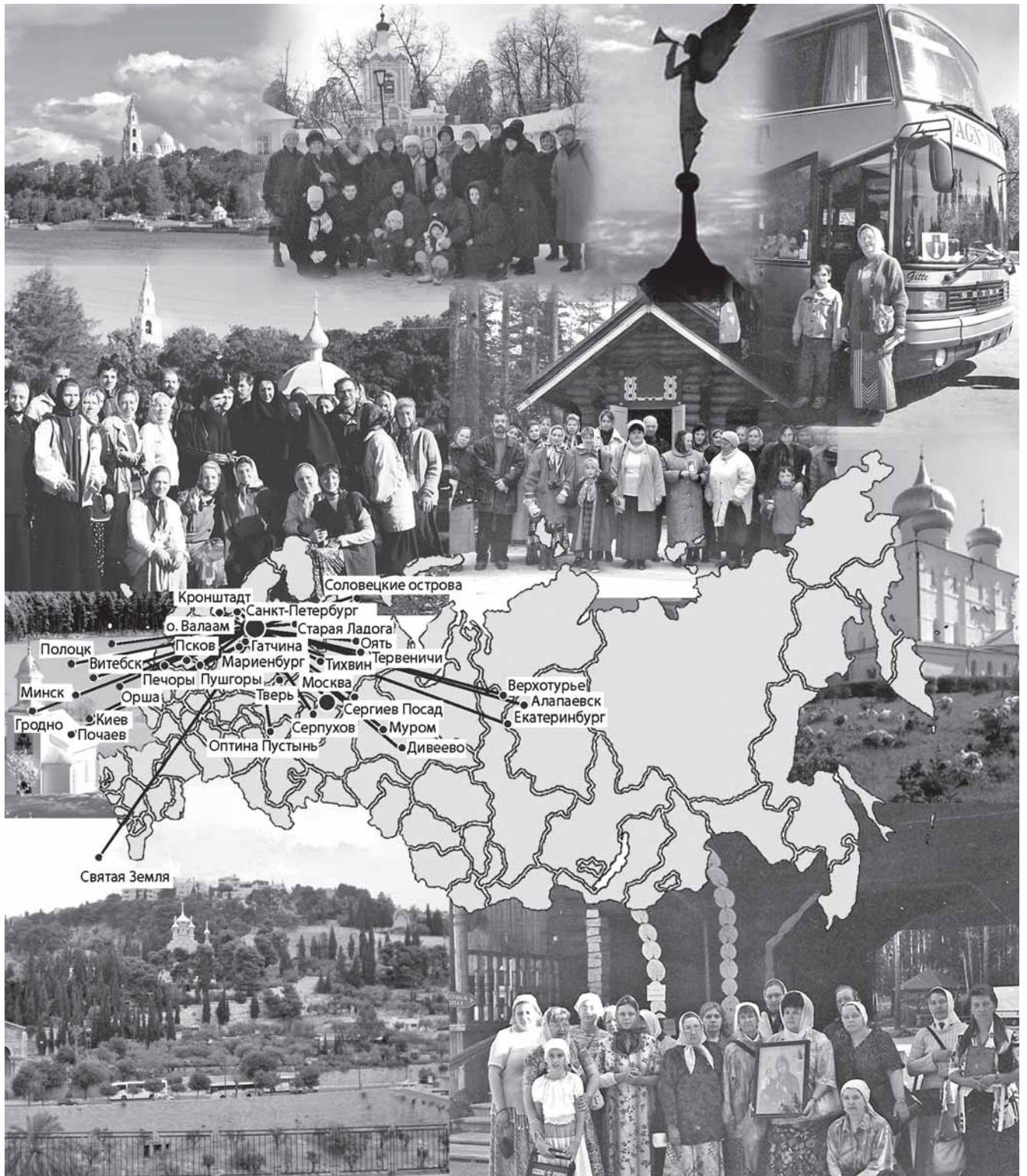
Группу пациентов всегда сопровождает врач. В программу поездки обычно входят молебен и прикладывание к мощам святых, погружение в святой источник, участие в богослужении.

Периодически совершаются и многодневные поездки, в основном для духовного укрепления врачей. За последние четыре года они проводились по следующим святым местам: Санкт-Петербургская епархия: мужской монастырь прп. Александра Свирского, Введено-Оятский жен-



ский монастырь, Тервеничи, монастыри Старой и Новой Ладogi; Святые места Новгородской епархии: Варлаамо-Хутынский женский монастырь; Святые места и источники Псковской епархии: Псков, Печоры, Крыпицы, Заянье, Ло- сицы; Святыни Москвы и области: Троице-Сер- гиева Лавра; Калужская епархия: Оптина пус-

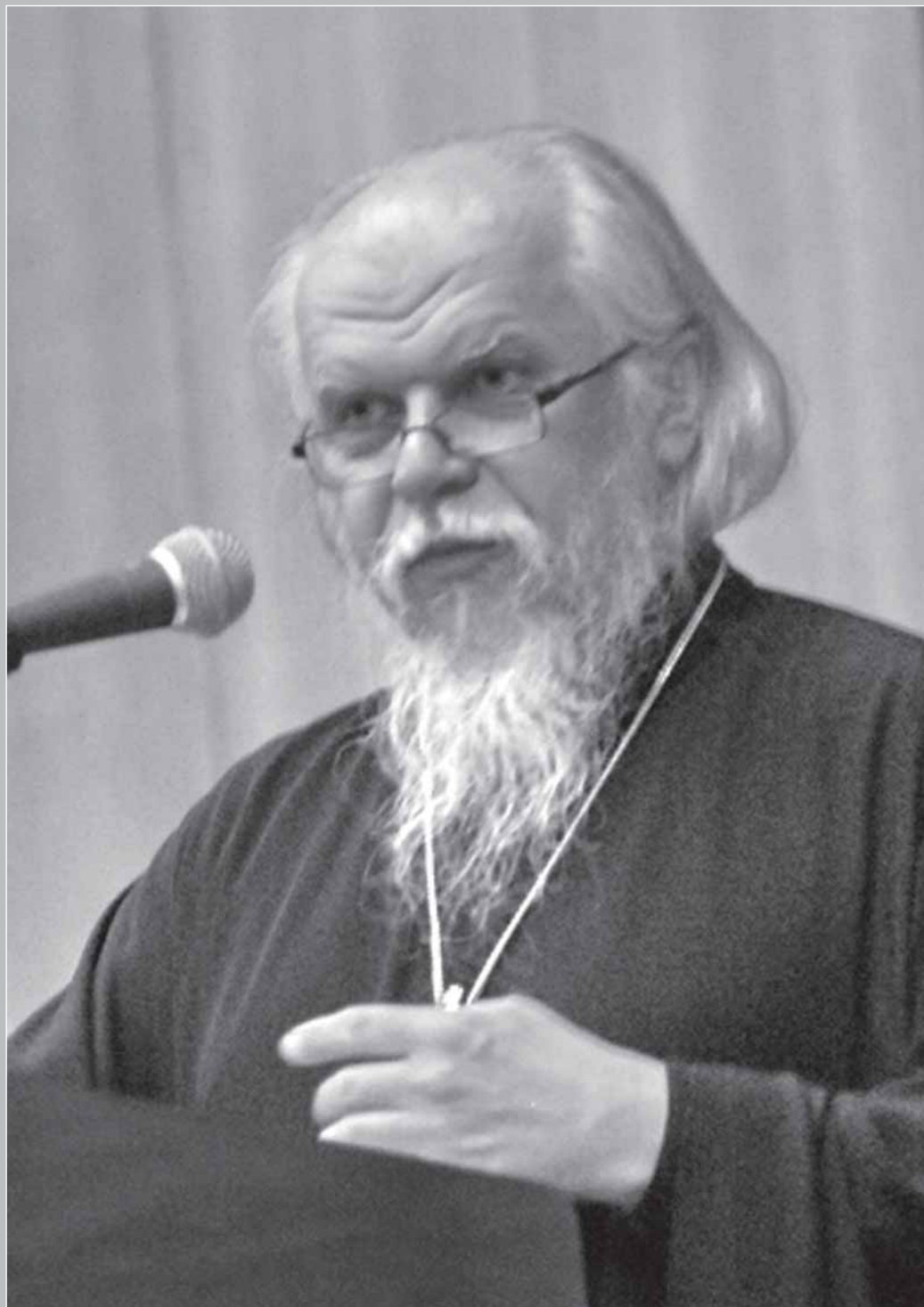
тынь, Шамордино, а также Дивеево, Владимир, Боголюбovo, Муром; о. Валаам, о. Соловки, Свя- тые места Екатеринбургской епархии; страны ближнего и дальнего зарубежья: святыни Укра- ины (Киев, Чернигов, Почаевская Лавра), Бело- русии (Полоцк), Эстонии (Пюхтицы) и Святая Земля (Иерусалим).





**СОБЫТИЯ, ФАКТЫ,
КОММЕНТАРИИ**

**ПРОТОИЕРЕЙ АРКАДИЙ ШАТОВ –
НОВЫЙ ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ОТДЕЛА ПО ЦЕРКОВНОЙ
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНОМУ
СЛУЖЕНИЮ**



5 марта 2010 года Святейший Синод освободил Преосвященного митрополита Воронежского и Борисоглебского Сергия от должности председателя Отдела по церковной благотворительности и социальному служению, выразив ему благодарность за труды по организации Отдела и за руководство его деятельностью на протяжении почти двадцати лет, и назначил на его место клирика Московской епархии протоиерея Аркадия ШАТОВА.

ПРОТОИЕРЕЙ АРКАДИЙ ШАТОВ: «Восстановление нравственных традиций нашей медицины – важнейший вклад, который Церковь может внести в организацию новой системы здравоохранения»

В интервью сайту Милосердие.ru председатель Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению протоиерей Аркадий Шатов рассказал о сотрудничестве Церкви и государства в области медицины и социального служения.

В ходе обсуждения «Концепции развития здравоохранения до 2020 года» и дискуссии о том, какой будет медицина в результате реформ, высказываются мнения, что в ней должна принять участие Русская Православная Церковь, взяв на себя «медицину для бедных», по примеру Католической Церкви, которая организует больницы для бедных в странах третьего мира. Может ли Русская Церковь помочь отечественной медицине? На этот вопрос сайту Милосердие.ru отвечает протоиерей Аркадий Шатов, председатель Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению.

– Западная Церковь располагает большим количеством средств. Система получения пожертвований, например, Католической Церкви сложилась давно, эта традиция органично вошла в жизнь всего общества и действует очень четко. Во многих странах Церковь имеет крупную собственность. Например, Англиканской Церкви принадлежит треть земельных владений Великобритании. В России Церковь в свое время была достаточно богата. Но все это было украдено советской властью, разрушено, и до сих пор у нас нет своей земли, далеко не все храмы и церковные ценности возвращены Церкви. Прихожане нашей Церкви – в основном люди малообеспеченные. Конечно, есть небольшой процент богатых, но кризис лишил нас многих крупных благотворителей. Сегодня у Русской Церкви нет своей системы сбора денег на социальные проекты. Люди с детства не воспитаны, чтобы десятину доходов жертвовать на храм. В Польше, например, во время Великого поста детям раздают копилочки, сделанные из бумаги, и говорят, чтобы они постарались сэкономить какую-то часть денег, которые им дают родители, на бедных. То есть там это воспитано с детства, а у нас должен пройти не один десяток лет, чтобы традиция милосердия восстановилась.

Поэтому сегодня Русская Церковь средствами, на которые можно было бы финансировать социальные программы, не располагает, и с этой стороны государству ничем помочь не может. Церковь сегодня бедна, но государство у нас очень богатое. (Например, в Москве на пожилых людей, находящихся в домах престарелых, государство

тратит 50 тыс. рублей на каждого ежемесячно, а на детей-инвалидов и того больше).

Но свой вклад в организацию новой системы здравоохранения Церковь внести может. Здесь важнейшим я считаю восстановление нравственных традиций нашей медицины, восстановление человеческого подхода к больным. За семьдесят лет нашу медицину лишили духовной опоры, религиозной традиции, которая во многом определяла образ действия российского врача. И без ее возрождения, я считаю, невозможна успешная модель системы здравоохранения. Пациент должен быть главным человеком в больнице. И в этом воспитании нравственных основ в организации медицины Церковь помочь способна. И она это делает. Мы готовим сестер милосердия, для которых помощь больному, облегчение его состояния и сострадание – главная цель ее служения.

Одним из примеров сотрудничества Церкви и государства может быть московская больница святителя Алексия, митрополита Московского, в 1992 году переданная государством Церкви. Сегодня она управляется Церковью, а финансируется государством, по примеру, кстати, многих западных стран, где социальные программы церковных организаций финансируются государством. Недавно главврач одного московского хосписа рассказывал мне, что материально они ни в чем не нуждаются, у них медсестры получают 60 тыс. рублей и на своих машинах на работу приезжают. Но они каждый день сталкиваются со смертью и им нужна помощь в том, чем в духовном отношении помочь больному, что сказать ему, его родственникам! Им нужно, чтобы кто-то объяснил им про смерть! Поговорил с врачами. Потому что врачу, у которого умирает пациент, также необходима поддержка, даже если он не всегда это осознает. Ему нужно, чтобы и его кто-то утешил, поддержал, понял. Поэтому, я считаю, что пришло время возрождать не только институт военных священников, но и институт больничных священников, который раньше был в России, который сейчас есть во многих странах Европы – больничные капелланы. И вот за эту задачу Церковь возьмется. Кроме того, Церковь может организовать добровольческое движение. В Европе помощью добровольцев активно пользуются социальные службы, они есть практически во всех больницах. Важно, чтобы Церковь и государство каждый делали свое дело и были бы партнерами в делах помощи людям.

Милосердие.ru/Патриархия.ru

ИНТЕРВЬЮ УЧАСТНИКОВ II ВСЕРОССИЙСКОГО СЪЕЗДА ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ



Отвечает священник Михаил ЗАЗВОНОВ, руководитель отдела по взаимодействию с медицинскими учреждениями Нижегородской епархии (г. Нижний Новгород).

– Отец Михаил, в чем для Вас заключается основное значение съезда?

– Считаю своевременно проведение именно такого съезда для региональных обществ врачей, так как информированность об актуальных вопросах взаимодействия медицины и Церкви – первая задача зарождающегося ОПВР (Общества православных врачей России). Только «едиными устами и единым сердцем» мы можем добиться нужных результатов, правильно расставляя приоритеты, осуществлять планирование и тактику действий региональных ОПВ. Именно для регионов это наиболее актуально, так как там еще предстоит развивать данную деятельность.

Этот съезд был полезным практически. Были определены задачи на ближайшее время, сформированы новые рабочие группы с учетом современных проблем ОПВР. А главное – была показана разнообразная практическая деятельность по различным направлениям, обсуждались проблемы, с которыми сталкиваются регионы, в процессе обсуждения наметились пути их решения.

Уверен, что каждый уехал воодушевленным для новых дел, и деятельность на местах, благодаря съезду, активизируется уже через год. А это самое главное!

Отвечает Алексей Викторович ТАРАСОВ, Председатель Правления Общества православных врачей Амурской области, главный врач Амурской областной клинической инфекционной больницы (г. Благовещенск).

– Алексей Викторович, какое значение имеет состоявшийся съезд для дальнейшей работы Общества православных врачей Амурской области?

– Съезд православных врачей России – это поистине уникальное событие, которое объединило все региональные общества православных врачей. Наше общество в Амурской области – молодое, ему только 1,5 года, поэтому нам важно влиться в русло общественного движения, которое в некоторых регионах России имеет опыт более 10 лет работы. Для нас крайне полезно ознакомиться с этим опытом, потому что по мере нашего становления мы наверняка встретим те же проблемы и те же вопросы, на которые наши коллеги в других городах уже нашли свои ответы.

Я также хотел бы отметить большое значение вот этого живого общения между единомышленника-

ми, которое происходит на съезде. Я познакомился здесь со многими коллегами из других городов, обменялся телефонами, и ценность таких личных человеческих контактов переоценить невозможно.

За время работы в медицине я побывал на многих научных мероприятиях, но такого высокого уровня организации, как на этом съезде, не видел никогда. Съезд организован и проведен превосходно! Поэтому, конечно, хочется принять участие в следующем аналогичном съезде.

Отвечает Татьяна Алексеевна МАЙОРОВА, главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Мордовия (г. Саранск).



– Татьяна Алексеевна, что Вам было больше всего интересно на съезде?

– В Мордовии пока нет регионального отделения Общества православных врачей России, но есть все предпосылки для его создания. 27 июня 2009 года было подписано Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Республики Мордовия и Саранской и Мордовской епархией Русской Православной Церкви. Есть инициативная группа православных врачей, которые готовы объединиться в общество.

Поэтому мне было все интересно на съезде. Особенно полезной для нашего будущего регионального общества православных врачей я считаю юридическую информацию, которая прозвучала в докладе юриста ОПВР А. В. Румянцевой.



Отвечает Елена Васильевна ХАРЧЕНКО, Председатель Алтайского краевого общества православных врачей, кандидат медицинских наук (г. Барнаул).

– Елена Васильевна, съезд осветил деятельность региональных обществ православных врачей. Какие проекты могут они осуществлять?

– Алтайское краевое общество православных врачей изначально было малочисленным и однородным по составу: в нем были, в основном, акушеры-гинекологи и педиатры. Тем не менее, мы нашли такие виды деятельности, которые оказались нам по силам и которые имели большое значение. Начало нашей работе положило участие в выставке «Молчаливая революция», направленной против абортов и в защиту жизни. Выставка путешествовала по краю. Врачи общества право-

славных врачей участвовали в показе экспозиции. Впоследствии некоторые врачи районных больниц края выразили желание иметь материалы выставки для проведения работы против абортотворения на своих рабочих местах. Мы создали альбом, основанный на содержании экспозиции, а также раздавали материалы в электронном виде.

Кроме того, мы подготовили ряд публикаций в вестнике Барнаульской епархии «Алтайская Миссия». В них был отражен православный взгляд на материнство. Статьи помогли выявить и повысить активность православных врачей края. В итоге епархиальный вестник открыл у себя постоянный раздел, посвященный медицинским вопросам.

Можно было бы упомянуть и другие формы работы Алтайского общества православных врачей. В благом деле сам Господь указывает и помогает трудящемуся, а от нас требуется следовать афоризму «дорогу осилит идущий».



Отвечает Ирина Васильевна СИЛУЯНОВА, заведующая кафедрой биомедицинской этики Российского государственного медицинского университета, заместитель сопредседателей Церковно-общественного совета по биомедицинской этике Московского Патриархата, доктор философских наук, профессор (г. Москва).

– Ирина Васильевна, Вы известный специалист по проблемам биомедицинской этики. Как, на Ваш взгляд, съезд отразил эти проблемы и подходы к их решению?

– Большое внимание на съезде было уделено вопросам профессиональной этики врача. Самоотверженный характер отношения врачей к пациентам, понимание предназначения своей научно-исследовательской работы и смысла болезней человека – это главное, что отличает православного врача, работающего в условиях внедрения новейших биомедицинских технологий и рыночных отношений в современную медицинскую практику. В докладах были проанализированы особенности христианских традиций отечественной медицины, которые, по мнению делегатов, должны быть охраняемы и сохранены врачебным сообществом в современных условиях распространения прагматизма, сциентизма и либерализма. На съезде было выражено согласие с морально-нравственными оценками технологий искусственного оплодотворения, терапевтического клонирования, искусственного прерывания беременности и контрацептивной практики, использования эмбрионов при терапии стволовыми клетками и т. п., которые были выработаны и отражены в Основах социальной концепции РПЦ и в заявлениях Церковно-общественного совета по биомедицинской этике Московского Патриархата.

Отвечает протоиерей Александр ТАЛЫКО, председатель Владивостокского общества православных врачей.



– Отец Александр, какие у Вас впечатления от съезда?

– Съезд оставил неоднозначное впечатление. С одной стороны, традиционно хорошая организация работы, условий быта и пр. С другой – уже традиционный недостаток – отсутствие возможности спокойно, без спешки пообщаться в дискуссиях и личных беседах между собой. Такая возможность особенно ценна для тех, кто живет в удалении от столицы. На секциях все происходило очень скоротечно. Я даже не успевал сформулировать вопросы, не то что их задать.

Многое из услышанного на съезде я усваиваю уже сейчас, просматривая в записи доклады. Кстати, было бы хорошо распространить доклады среди наших обществ, в т. ч. и видео.

Не раз на съезде говорилось о достоинствах нашего Устава, но практически я так и не успел спросить, нужно ли переоформлять нам свою организацию. По логике – нужно, так как статус «всероссийского» того требует. Но как это делать и какие документы для этого нужно – я до сих пор не знаю. Если еще год уйдет на подобное, то жалко времени. Нам бы во Владивостоке хотелось побыстрее ощутить себя частью целого. Пока мы как варились в собственном соку, так и варимся.

Возможности в масштабах России большие, но для их реализации необходимо единство, связанное с общей задачей, оперативностью в определении проблем на местах, преемственностью в их решении. Традиционно многое зависит от Центра.

Что особенного запомнилось? Запомнилось общение с простым практикующим врачом из Воронежа, не членом ОПВР, который, как и многие сейчас, ходит в храм, ставит свечи, но впервые услышал о том, что нужно причащаться. И сколько таких врачей?! На фоне высоких идей, которые озвучиваются каждый раз на различных форумах, это выглядит весьма странно. Не для себя ли мы говорим о православии? Нужны встречи с практикующими врачами. Использование административного ресурса весьма сомнительно. Было бы интересно узнать, ректор Воронежской медакадемии – церковный человек или по принуждению принимал участие в заседаниях съезда?

Несмотря ни на что, большая благодарность всем организаторам за возможность побывать на съезде. Оплата проезда для нас – большое подспорье. Всем поклон.

Материал подготовила заведующая медицинским сектором Отдела по церковной благотворительности и социальному служению Московского Патриархата, доктор медицинских наук Анна Евгеньевна ЧЕРКАСОВА.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

«Церковь и медицина» – официальный научный журнал Общества православных врачей России, публикующий статьи, посвященные различным проблемам медицинской науки и практики, рассматриваемым с православной точки зрения.

В журнале планируются следующие разделы:

- Передовые статьи
- Оригинальные статьи
- Исторические материалы
- Обзоры и лекции
- Дискуссии
- Новые концепции
- Святоотеческое учение
- Основы православия
- Случаи из практики
- Краткие сообщения
- Информация о планах проведения конференций, симпозиумов, съездов
- Новости

При оформлении статей для печати редакция журнала просит придерживаться следующих правил.

1. На первой странице статьи указываются ее название, инициалы, фамилия, ученая степень автора (авторов), полное название учреждения, город.

Статья должна быть подписана всеми авторами. Следует указать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция может вести переписку, его точный почтовый адрес, телефон, e-mail.

2. Объем оригинальной статьи не должен превышать 10 страниц (1 страница – не более 2000 знаков с пробелами), включая таблицы, схемы и рисунки; краткого сообщения – не более 4 страниц. Объем других видов работ (лекции, обзоры и др.) согласуется с редакцией заранее.

3. Статья должна быть набрана на компьютере в формате редактора Word-98 или другом совместимом редакторе. В редакцию направляются дискета 3,5" или любой другой электронный носитель информации и два экземпляра распечатки текста (на одной стороне листа формата А4, кегль – 12, двойной интервал между строками, поля: сверху и снизу – 20 мм, слева – 30 мм, справа – 10 мм).

4. Количество графического материала должно быть минимальным (не более 5 рисунков). На обороте рисунков карандашом должны быть указаны фамилии авторов и название статьи. Каждый рисунок должен иметь подпись, в которой дается объяснение всех его элементов (кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений). Данные

рисунков не должны повторять материалов таблиц. На каждый рисунок должна быть сделана ссылка в тексте.

5. Таблицы должны содержать только необходимые данные. В них должны быть представлены только обобщенные и статистически обработанные данные. Каждая таблица должна иметь заголовок. В тексте статьи на каждую таблицу должна быть ссылка.

6. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Список литературы составляется в алфавитном порядке – сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (статьи), место издания, издательство, год издания, номер тома и выпуска, страницы (от и до). Например:

Штрубе Ю., Штольц П., Майер В. В какой степени аминокислоты и пептиды определяют эффективность потенцированных лекарственных средств? // Биологическая медицина, 2002. № 2. С. 9–14.

Бочаров А. С., Чернышев А. В. О небесном и земном. М.: Паломник, 2001.

7. К статье должно быть приложено краткое резюме для перевода на английский язык, с указанием названия статьи, инициалов и фамилий авторов, объемом не более 400 знаков (с пробелами). Желательно сопроводить резюме качественным переводом на английский язык. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях.

8. Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, статья возвращается на доработку. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных статей.

9. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. За издательством остается право на оформление и издание журнала. При перепечатке статьи или ее части ссылка на журнал обязательна.

10. Статьи, оформленные не по правилам, не рассматриваются. Рукописи, не принятые к печати, обратно не возвращаются.

Адрес редакции: 194291, Россия, Санкт-Петербург, пр. Луначарского, д. 49.