

РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ЧТЕНИЯ
МАТЕРИАЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКЦИИ
ОБЩЕСТВО ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ

Православный медицинский сервер

www.orthomed.ru

Рождественские чтения 2007

Содержание.

1. Архиепископ Тихвинский Константин (Горянов).
Социальная угроза нравственности и здоровью молодежи.
2. И.В. Силуянова.
Совместима ли «Клятва» Гиппократата с христианской моралью?
3. Протоиерей Георгий (Зверев).
Две концепции медицины: православный взгляд.
4. Ф.В. Кондратьев.
Единство науки и практики в формировании психосоциальной концепции применительно к психически больным, совершившим опасные действия.
5. Протоиерей Сергей (Филимонов).
Как врачу сохранить свою христианскую совесть в условиях рыночной экономики.
6. А.А. Шевченко.
Этико-религиозные и философские проблемы производства и использования генетически модифицированных источников питания
7. Иеромонах Анатолий (Берестов).
Легальный наркорынок в России.
8. Иерей Вячеслав (Кулагин).
Клеточная и тканевая терапия. Медицинская и православная оценка.
9. Г. Муравник.
Шестой день творения. И современные взгляды на проблемы антропогенеза.
10. Иерей Виктор Праздничный, Андрей Савченко.
О работе научно-просветительской общественной организации православных врачей во имя св. Антония (Смирницкого) Воронежской и Борисоглебской епархии.
11. Протоиерей Сергей (Филимонов).
Проблемы вакцинно-и иммунопрофилактики.

12. Ф.В. Кондратьев.
Значение религиозности для психического здоровья.
13. Третьяков А.Ю.
Особенности артериальной гипертензии и язвенной болезни среди пациентов, исповедующих православные ценности и у лиц с социально-активной (рыночной) установкой
14. К.В. Зорин.
“Инстинкт смерти”
15. В.И. Сабурова.
Формирование биоэтического мышления у студентов медицинских вузов.
16. Иерей Григорий Антипенко.
Синдром хронической усталости
17. Н.Ф. Жарков.
Синдром хронической усталости
18. А.В. Закревская.
Православный взгляд на вакцинопрофилактику.
19. Игумен Филипп (Филиппов).
Медицинский отдел епархии - новое структурное подразделение Русской Православной Церкви.
20. С.Л. Болховитинова.
Прогресс биомедицинских технологий
21. Е.В. Перевозчикова., Е.А Панкратова.
Концепция репродуктивных прав современной России.
22. Г.В. Жигунова.
Об опыте работы часовни в роддоме №2 г. Минска.
23. Иерей Георгий Иоффе (Санкт-Петербург).
Работа с наркозависимыми в условиях городского прихода и проект структуры реабилитационного центра.
24. Иерей Виктор Праздничный.
Религия и методология медицины: точки соприкосновения.
25. Н.П. Калинин.
О безальтернативном йодировании пищевой соли.
26. Н.Б. Холодова.
Состояние здоровья участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС.
27. Иерей Сергей (Трофимов).
«Проблема подростковых суицидов»
28. А.Ю. Лихачева.
Реабилитация жертв деструктивных культов.
29. В.С. Тарасюк, М.В. Лукашенко.
Смерть в медицине глазами молодежи.
30. Н.Б. Холодова.
Заметки православного доктора.
31. Протоиерей Михаил (Овчинников).
Между жизнью и смертью.

32. А.Е. Черкасова, И. Белобородов.

Взаимодействие социальных институтов медицины и Православия в России.

Архиепископ Тихвинский Константин
(Горянов)
Ректор Санкт-Петербургской
Православной Духовной Академии,
профессор;
Председатель Церковно-общественного
Совета по биомедицинской этике при
Московской Патриархии, канд. мед. наук.

СОЦИАЛЬНАЯ УГРОЗА НРАВСТВЕННОСТИ И ЗДОРОВЬЮ МОЛОДЕЖИ.

В последнее время средства массовой информации фиксируют некоторую политическую и экономическую стабилизацию в стране. Тем не менее, мы не должны обольщаться наметившимися тенденциями. Да, с 2003 г. наметилось снижение официальных показателей бедности (подчеркиваю – официальных, поскольку 2121 рубль или 74 доллара США в месяц в наших условиях – не прожиточный минимум, а минимум выживания). Оно составило 22% вместо 27 %. Однако, за чертой бедности до сих пор остается 31 миллион человек. Из этих 31 миллиона почти одиннадцать – обитатели городского дна, составляющие 10% всего городского населения. Из них 3, 4 миллиона человек – нищие, 3, 3 млн. – бомжи, 2, 8 млн. – беспризорные дети и 1, 3 млн. – проститутки.

Средняя продолжительность жизни русского мужчины сейчас насчитывает 37 лет (в 1926 г. – 44 года). Начиная с 1993 года смертность регулярно превышала рождаемость на 1 миллион человек. Число рождений на русскую женщину приходится от 1,8 до 1,4. Между тем цифра 2,15 – предельная, за ней начинается вымирание. Ежегодно более 300000 русских мужчин погибают от отравления алкоголем. Ежегодно 70000

человек пропадает без вести. За эти годы Россия потеряла около 10 миллионов человек. Даже сейчас, в сравнительно благополучном Санкт-Петербурге в среднем соотношение рождаемости к смертности составляет 1 к 3, 5. Особенно страшные потери среди молодежи. В нашей стране до двух миллионов наркоманов, и 70-80% из них составляет молодежь до 25 лет. В нашей стране число ВИЧ инфицированных, а это в основном молодежь, по некоторым подсчетам достигает 500000 человек.

Сегодняшняя государственная политика воспитания построена на организованном образовании и **практически игнорирует социальный аспект воспитания**. В постулат возведен принцип: главный инструмент воспитания - это образование, и учитель, преподавая предмет, воспитывает ученика. Другими словами, современная российская система образования практикует воспитание только как часть образовательного процесса.

Исследование, проведенное НИИ Комплексных Социальных Исследований (НИИКСИ) СПбГУ в 2002 году показало, как молодые петербуржцы осознают влияние на себе различных источников социализации и воспитания. Вне конкуренции остается влияние родителей - матери (58 % опрошенных), отца (44 %), затем с большим отрывом следуют «друзья» (24 %), «книги» (19 %), «фильмы» (15 %), «родственники» (13 %), и на последнем месте - «учителя» (12 %)¹.

Сегодня необходимо говорить об образовании, которое являлось бы только частью воспитательного процесса, а не наоборот. Это значит, что учитель должен быть сначала воспитателем, а потом уже - историком, математиком, литератором... Именно в этом - корень проблемы воспитания, в том числе воспитания гражданина и патриота в российских образовательных учреждениях. Может быть, в этом кроется ответ на вопрос: «Почему в России очень слабое гражданское общество и в чем проблема его становления?». Но как воспитать гражданина и патриота в сегодняшней России, где утрачиваются нравственные ценности, где засилье коррупции, разгул преступности и т. п., где десятки миллионов людей живут ниже черты бедности и молодежь, по данным социологических исследований, относится к власти резко отрицательно, либо безразлично? По данным Доклада о положении молодежи Санкт-Петербурга в 2003 году², Правительству выразило полное доверие только 3%, Совету Федерации и Думе по 1 % молодых петербуржцев. Молодые люди по настоящему доверяют только Президенту России В.В. Путину – 70 % и Русской православной церкви – 51 %. Данные исследования НИИКСИ СПбГУ среди молодежи Ленинградской области в 2005 году – аналогичны: Президенту доверяют 75 % и Церкви – 62 % молодых людей. В отношении к различным институтам власти (Правительству, Совету

¹ Положение молодежи Санкт-Петербурга. Ежегодный доклад. СПб., НИИ Комплексных социальных исследований СПбГУ, 2002.

² Положение молодежи в Санкт-Петербурге. Ежегодный доклад. / Под ред. В.Е. Семёнова. СПб., НИИКСИ СПбГУ, 2003 г.

Федерации, Думе, силовым структурам, армии) баланс доверия молодежи – отрицательный³.

Если обратиться к мнению экспертов, социологическим исследованиям и данным статистики, то российскую молодежь можно условно разделить на две большие группы по нравственному и социально-психологическому состоянию: на благополучную и неблагополучную. В случае благополучной молодежи мы говорим о необходимости воспитания и социализации, неблагополучная же молодежь нуждается, прежде всего, в социальной помощи и поддержке, а государство и общество могут получить воспитательный эффект, используя социальную работу с молодежью. И, может быть, это единственный способ формирования в будущем здорового общества, здорового нравственно и ориентированного на позитивные социальные ценности. Главная роль социальной работы со стороны государственных учреждений в воспитании молодежи состоит в формировании чувства социальной справедливости - без этого невозможно формировать гражданина - и гражданской позиции. Необходимо отметить, что характерной отличительной особенностью молодежи является преувеличенное стремление к самоутверждению. У большинства современных школьников наслаждение и удовольствия стали целью (вследствие воздействия рекламы). Подавляющее большинство петербургской молодежи предпочитает пассивно-развлекательные формы досуга (телевизор, магнитофон, компьютерные игры, пиво и т. п.). Только 2 % молодых людей участвуют в каких-либо общественно-политических объединениях, 10 % - в подростково-молодежных клубах по месту жительства⁴.

Усугубляется это положение характерным для молодых людей несоответствием уровня потребностей уровню возможностей. Тщеславие и самоуверенность подогреваются невежеством. Человеку хочется заявить о себе, а сказать нечего. Многие находят выход из этого тупика в виртуальных ценностях и наркотиках. СМИ внедряют в сознание молодых стереотип: «бери от жизни все и как можно больше», а их возможности значительно уступают их уровню притязаний.

Вместе с тем, процесс формирования патриотического сознания россиян, по мнению ряда ученых и исследователей, постепенно набирает силу, и лидирующей группой в этом процессе выступает нынешняя молодежь, которую можно назвать первым поколением новой России. Но чтобы воспитать гражданственность, необходимо доверие молодежи к власти, а значит и к государству. Сегодня в недоверии государству со стороны молодежи отражается непонимание молодым человеком способности государства и власти отвечать различным запросам детей, подростков и молодежи, но самое главное - способности государства

³ Исследование положения и проблем молодежи Ленинградской области (отчет НИИКСИ СПбГУ). СПб, 2005.

⁴ Положение молодежи Санкт-Петербурга. Ежегодный доклад. СПб, НИИ Комплексных социальных исследований СПбГУ, 2002 г.

решать уже осознаваемые молодыми жизненные проблемы, будь то возможность получить образование, профессию, найти работу, приобрести достойное жилье и т. д.

Однако эти и другие подобные высказывания, утверждения являются лишь частью проблемы. Ругать правительство, власть имущих, богатых и коррупционеров – легко, но зададимся вопросом: откуда они взялись и почему некоторые из них столь смело, самоуверенно и безнаказанно навязывают свои аморальные принципы? В них ли только дело, или также (и, скорее, прежде всего) – в нас? Нельзя представить ситуацию так, что пришли какие-то захватчики, силой овладели нами и навязали нам свою якобы абсолютно чуждую нам идеологию. Нет, их выбирали (активно или пассивно – другой вопрос) – мы сами. К сожалению, они – плоть от плоти современного российского общества и лишь концентрируют в себе (зачастую в весьма уродливой форме) социальные язвы и пороки всего народа. Известной аксиомой является то, что та или иная власть отражает духовное состояние народа. Сделав выбор в пользу т.н. либеральных демократических ценностей, наше общество показало свой духовный уровень, поскольку провозгласило примат материального над духовным, количественного над качественным, светского над религиозным. Весьма показательным, что наиболее массовые выступления против политики властей почти всегда шли под экономическими лозунгами, очень редко под сугубо политическими, почти никогда (за исключением деятельности православных организаций) – под религиозно-нравственными. Народ вышел на улицу не тогда, когда легализовывался гомосексуализм и порнография, когда показывался кощунственный фильм «Последнее искушение Христа», а когда встал вопрос о монетизации льгот. При том, что «совместная российско-американская революция» 1991 года была в достаточной степени манипулируемым процессом, она пользовалась сочувствием широких слоев населения, поскольку многие связывали с ней надежды на личное обогащение, личный успех, личную свободу, вхождение в западный процветающий либеральный мир. Многим за подобные верования пришлось заплатить нищетой и позором. Превращение молодой российской демократии с 1991г. по 2000г. в авторитарно-олигархический режим, защищающий дикий криминально-мафиозный капитализм, явилось для многих шоком (но не шоковой терапией), однако оно было закономерным, поскольку, как цинично, но точно заметил Березовский – «У нас власть капитала», а капитал нуждается в концентрации и употреблении. Сам по себе капитал неморален, но возведенный в абсолют он становится аморальным и антикультурным, с соответствующими социальными и нравственными последствиями. Абсолютизация капитала была исторически неизбежной после семидесятилетнего господства безбожия и воинствующего материализма, который был доведен до своего логического конца реформаторами, рыночниками и монетаристами девяностых, последовательно отбросивших «моральный кодекс строителя

коммунизма», как не соответствующий подлинно материалистическому учению.

Итак, социальная угроза здоровью и нравственности народа носит системный характер и должна лечиться как системное заболевание. Безусловно, усилиями только Церкви или только государства эту болезнь не вылечить. Необходимо соединение усилий церковных, государственных и общественных институций и, более того – общенародное движение в защиту нравственности, здоровья и самой жизни русского народа. Государственная система образования и социального призрения явно показывает свое банкротство в области воспитания. В списке основных источников влияния на молодых петербуржцев учителя занимают последнее место – (12%). Вообще, следует отметить, что преступность в России катастрофически молодеет. На сегодняшний день в колониях для малолетних преступников содержится в три раза больше подростков, чем в царской России в 1913 г. (соответственно при численности ее населения в 170 млн. человек и современном населении РФ в 145 млн. человек). Люди, по долгу службы имеющие дело с малолетними преступниками, в один голос говорят, что жестокость совершаемых подростками, приводит в шоковое состояние.

В наше время жестокость малолетних – не только возрастная болезнь, это болезнь социальная, поскольку она дополнительно катализируется средствами массовой информации. В ходе немалого числа судебных разбирательств выяснялось, что исходным толчком для преступлений (в том числе и убийств) являлся просмотр того или иного боевика. Ряд известных ученых психологов (такие как Санкт-Петербургский профессор А.И. Колеченко) установили ряд закономерностей деструктивной работы СМИ – в частности создание психологических образов, в том числе – образов-убийц. У детей под влиянием видеопродукции, электронных и печатных СМИ формируются образы разнообразных видов убийств. Телевизионные и кинематографические сцены убийств и самоубийств, сопровождающиеся исполнением характерных песен весьма известными исполнителями, закрепляются в психике молодых людей и при стечении определенных обстоятельств толкают их либо на преступление, либо на самоуничтожение. Укажем и на другие образы. Образы половой дезориентации закрепляются у детей видеосценами, где представители одного пола вступают в сексуальные игры друг с другом. Уже в детском саду под влиянием этих образов складываются убеждения, что мальчики могут любить мальчиков (в сексуальном плане), девочки могут любить девочек. Омерзительным и постыдным фактом является то, что на последнем Каннском фестивале первую премию получил фильм о любви двух ковбоев-гомосексуалистов. Весьма опасны и образы отвратительной матери. Во многих фильмах, в том числе и мультипликационных, мать подается в безобразном облике. И наоборот, другая женщина выглядит рядом с ней изящной и умной. Таким образом, у молодых людей

формируется установка на отторжение от семейной жизни. Страшную социальную опасность представляют образы привлекательного алкоголя, формирующие положительное отношение к спиртным напиткам уже с детского возраста. Уже в детском саду в ответ на вопрос «Где ты был?» нередко дети шутливо отвечают словами из рекламы: «Пиво пил». В результате 80% старшеклассников убеждены в возможности положительного отношения к спиртным напиткам. В результате появляется алкогольная зависимость от т.н. слабоалкогольных напитков (которые, однако, очень сильно бьют по мозгам),

Типичный образ молодого человека – бутылка пива в одной руке, мобильный телефон, или девушка – в другой, уши заткнуты наушниками. Последствия подобных воздействий печальны: восемьдесят процентов (если не больше) выпускников старших классов больны теми или иными болезнями. В военкоматы приходят от силы 10% здоровых призывников.

Алкогольная зависимость часто кончается не только больницей, но и тюрьмой: не менее 70% преступлений против личности были совершены в состоянии опьянения, прежде всего – в результате употребления т.н. легкого алкоголя и для многих бутылка пива оканчивалась лагерной баландой.

В национальном масштабе последствия подобной деструктивной пропаганды катастрофичны. В Санкт-Петербурге смертность в 3,5 раз превышает рождаемость, в структуре смертности ведущее место (не менее 70%) занимают молодые люди – от двадцати до сорока лет. Большая часть смертей связана либо с алкоголизмом, либо с наркоманией. Неудивительно, что средний возраст жизни российского мужчины – 37 лет (по официальным данным – 59).

Поддавшись на обман рекламы, сулящей обильный заработок и сладкую жизнь в странах Западной Европы, Бенелюкса, Турции или нефтеобильного Востока, только за прошедший год страну покинуло 50000 молодых девушек. Нужно ли говорить, что у большинства из них по приезду за рубеж отбирают документы и они попадают в самое настоящее рабство, вплоть до витрин публичных домов. Около двух миллионов молодых ребят, основная масса которых скрывается от службы в армии, находятся в розыске.

Однако, несмотря на чудовищное давление деструктивных сил на психику молодежи, на ограниченность и неомощность государственной молодежной политики, назойливую пропаганду индивидуализма и стяжательства, нарочитые попытки некоторых деятелей СМИ и массовой культуры разложить сознание молодежи, главными жизненными ценностями молодых людей в Санкт-Петербурге и Ленинградской области (по данным исследования сотрудников НИИКСИ СПбГУ под руководством проф. В.Е. Семёнова) в 2003-2005 гг. остаются семья (соответственно 78% в Петербурге и 84 % в Ленобласти), друзья (53 и 52

%), здоровье (53 и 57 %), работа (41 и 29%). Деньги главной ценностью назвали 23 % молодых людей в Петербурге и 28 % в Ленобласти.

В последние годы к вере пришли многие наши соотечественники. Если в 1985 году верующими считали себя 28% населения, то теперь это число достигает 61%. Особенно разительны изменения (как это ни парадоксально звучит) среди молодежи. Еще в 1985 г. процент молодежи, считавшей себя скорее верующей, представлял 6-7%. В 1995% этот показатель составлял уже 56%.

Все это показывает, что несмотря на понижение нравственного уровня, в русском народе и в том числе среди молодежи еще сохраняется здоровое начало. Проблема состоит в неориентированности, а чаще всего в дезориентированности русского человека и, прежде всего – молодежи. Проводимые среди молодежи опросы показывают, что лишь небольшая часть из считающих себя верующими (около 8%) постоянно посещают церковь, около 50% верующей молодежи никогда в ней не бывают. Задача Церкви и общества состоит в привитии молодежи четких мировоззренческих ориентиров, твердой шкалы нравственных ценностей, а также нравственных, житнетворных мотиваций, которые некоторые психологи называют стратегическими убеждениями. Вот лишь один пример разрушительного и созидательного стратегического убеждения. Молодым людям посредством телевидения (и не только) по мановению таинственных, хорошо скоординированных сил внедряются в психику следующие убеждения: «Секс – да. Дети – нет. Семья – может быть». Такие убеждения обрекают молодых людей на жизнь «пустоцветов», на зряшное истощение жизненных сил. При таких установках не будет плодов жизни. Поэтому, одна из важнейших задач воспитателей самого разного уровня, начиная от воспитателя детского сада, учителя в школе, каждого из родителей и, наконец, священников – формировать у молодых людей созидательные убеждения: «Любовь – да. Семья – обязательно. Детей – много, сколько пошлет Бог». В настоящий момент, когда страна вымирает, эти убеждения являются жизненно важными. Посредством реализации в жизни этих убеждений можно спастись очень многим, тем более – верующим молодым людям.

Итак, одна из главных задач Церкви – участие в формировании правильного, трезвого, а значит воцерковленного самосознания современного русского человека, прежде всего – молодежи. Современные СМИ чаще всего «играют на понижение», стремятся привить молодым людям комплекс побежденного, сделать его объектом для своих манипуляций – характерный лозунг «Уступи соблазну». Нам необходимо формировать у молодежи убеждения победителя. Господь наш Иисус Христос сказал: «Побеждающий наследует все, и буду ему Богом, и он будет Мне сыном. Боязливых же и неверных, и скверных и убийц, и любодеев и чародеев, и идолослужителей, и всех лжецов участь – в озере, горящем огнем и серою. Это смерть вторая» (Откровение, 21, 7-8). Победитель – это человек, победивший свои страсти и приносящий

духовные, психические и физические плоды. «Безумное молчание вся земли» должно смениться «мнением народным», основанным на вере, на богочеловеческих ценностях и мнением, властно доведенным до сознания правящей элиты, в конечном счете – закрепленным в законах, в государственной и общественной жизни. **Процессы, которые в последнее время проходят в государстве, позволяют надеяться на это. Но конечно, все это немыслимо без воцерковления российского общества.**

Для того, чтобы достичь этого, чтобы воспитать «поколение победителей» потребуются очень серьезные усилия и меры. Здесь требуется активная и грамотная информационная и молодежная политика (и не только со стороны государства, но также Церкви и общества). Среди неотложных мер на повестке для стоят – нравственный контроль над СМИ и прежде всего – электронными, а также над рекламой; последовательное проведение курса православной культуры в качестве федерального компонента образования и усиление роли воспитания и воспитательных дисциплин, прежде всего – гуманитарных; развитие трезвеннического и антинаркотического движения, развертывание антиалкогольной и противонаборщной пропаганды и т.д., создание многоцелевых православных молодежных центров.

Это трудно, но все это надо делать. И да поможет нам в этом Бог.

Список литературы.

Актуальные проблемы исследования социального здоровья. СПб., 2004.

1. Исследование положения и проблем молодежи Ленинградской области (отчет НИИКСИ СПбГУ). СПб., 2005.
2. Положение молодежи в Санкт-Петербурге. Ежегодный доклад. / Под ред. В.Е. Семёнова. СПб., НИИКСИ СПбГУ, 2003.

Положение молодежи Санкт-Петербурга. Ежегодный доклад. СПб., НИИ Комплексных социальных исследований СПбГУ, 2002.

И.В.Силуянова,
д.ф.н., профессор,
зав. кафедрой биомедицинской этики РГМУ.

Совместима ли «Клятва» Гиппократов с христианской моралью?

Кто посмеет отрицать, что «Клятва» Гиппократов (460-377 гг. до р.Х.) была создана в языческую эпоху? Ярчайшее свидетельство тому - само начало текста:

“Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией и Панаксеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство...».

Но на этом, пожалуй, все языческое содержание текста исчерпывается. Остальной текст можно рассматривать в качестве предвестника новой морали и уподобить афинскому алтарю «неведомому Богу».

Хотя Гиппократ – из рода древних эллинов, а не ветхозаветных иудеев, тем не менее можно говорить о пророческом характере текста Гиппократов в смысле его нравственно-просветительского воздействия на людей. Его содержание оказало огромное влияние не только на самосознание врачей, но и на мораль общества, даже за пределами Древней Греции. Ученики и последователи Гиппократов стояли у истоков традиции понимания нравственного самосознания врача, как основы врачебной профессии. Гиппократово обязательство сделалось типическим выражением для обозначения нравственной сущности врачевания и сохранило свое значение для последующих поколений христианских врачей на основании

удивительной совместимости основных положений присяги и христианских моральных заповедей. Попытаемся же ее выявить и обосновать предлагаемый тезис. Для этого обратимся к дальнейшему тексту. Обязуюсь:

«считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому.» (1)

Почтение, уважение и благодарность людям основа данной позиции. Разве противоречит она христианскому закону любви, ибо весь закон в одном слове заключается: *люби ближнего твоего, как самого себя /Гал.5,14/*? Разве противоречит она заповеди о почитании родителей? Напротив, она даже раскрывает, в чем заключается это почитание: в помощи и обеспечении их нужд. Более того, она расширяет сферу приложения этой заповеди, распространяя ее на собратьев по ремеслу. Учителя и коллеги называются братьями. Медицинская солидарность скрепляется почти христианской безвозмездностью отношений. Верность «закону медицинскому» и означает верность нравственному медицинскому закону, ибо других законов медицина той эпохи еще не знает, ибо медицина еще «врачебное искусство», а не наука. Эта верность нравственному закону объединяет людей в сообщество, сознающее свое отличие от других сословий и профессий. Что же это за отличие?

Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости.

Данный фрагмент содержит три принципиальных моральных принципа. Остановимся последовательно на каждом.

Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением...(2)

В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного(9)

Для сохранения логики нашего анализа текста мы объединяем два предложения.

Каждое предложение гиппократовой присяги самодостаточно и уникально по содержанию. За исключением двух приведенных выше. Они не следуют друг за другом, их разделяют шесть принципиальных позиций присяги. Но они практически дублируют и повторяют друг друга. И этот

повтор не случаен. Этот повтор – метод привлечения внимания, средство удержать и подчеркнуть главное.

По сути дела именно эти два практически равных по содержанию предложения заключают в себе всю суть профессиональной этики врача, ее принципиальное отличие от других возможных форм профессиональных этик. Рассмотрим это отличие, на примере своеобразия этики торговца, будь-то торговец товаром или деньгами (банкир). Торговец или банкир вступает с вами в отношения и помогает вам удовлетворить вашу потребность в товаре или в деньгах. Но он никогда не направит свое действие к вашей выгоде, но только к своей, которая всегда реализуется в том проценте прибыли, которую он заработает на вас и которая составляет содержание его, а не вашей выгоды. Представитель торгово-денежных работников в принципе не может подчинить свой интерес вашему, ибо иначе он – не профессионал торгово-денежных отношений. Врач же не может не подчинить свой интерес вашему, ибо иначе он не врач. Ради вашего интереса, т.е. выгоды больного, он будет смирять своей интерес: не спать ночами, жертвовать личным временем, даже здоровьем, достатком и т.п. Готовность на такое поведение и умение так поступать – это основная составляющая профессионализма врача. Без готовности на такое поведение и умения так поступать нет врача-профессионала.

Я направляю режим больных..., воздерживаясь от причинения всякого вреда(3)

Ни в известных текстах Гиппократов, ни в книгах “О законе”, “О врачах” и др., нигде более мы не найдем выражения, ставшего самым известным моральным принципом врачебной этики. Именно в этом фрагменте «Клятвы» содержится ставшая известной всему миру моральная максима «не навреди».

Я направляю режим больных..., воздерживаясь от причинения несправедливости. (4)

В этом суждении вводится принцип справедливости через обязательство непричинения несправедливости. Безусловно античной культуре известна проблема справедливости. Но великие моралисты Древней Греции рассуждали о справедливости как проблеме взаимоотношения между свободными гражданами, не распространяя рассмотрения этой проблемы на рабов. Гиппократ объединяет свободных и рабов новой категорией людей - «больные». Справедливость действий врача и заключается в этом объединении людей в категорию больных и страдающих, нуждающихся во врачебной помощи. Именно помощи и выгоде этой категории людей Гиппократ обещает подчинить свои силы и интересы.

Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла(5)

Как странно порой, что проблемы современного общества оказываются созвучны проблемам древних времен. Проблема эвтаназии сквозь многие века сохраняет свое значение и обладает по сути дела сквозной временной актуальностью. Этот исторический факт говорит о многом. Значит, что именно здесь сосредоточено что-то очень важное для каждого человека. Для христиан именно здесь пролегает водораздел между способностью принять волю Божию и желанием противостоять ей. Итог выбора - спасение или гибель человека в вечности.

В рассматриваемом суждении Гиппократ по сути формулирует и предлагает моральное решение врачом проблемы эвтаназии, с которым согласится любой врач-христианин. Нельзя при этом не отметить, что это решение было воистину революционным для античной культуры. Ибо для древних эллинов самоубийство – это законное выражение и проявление воли человека. Это еще не форма экстремального и аномального поведения, или свидетельство психической патологии личности. Это еще не смертельный грех. Самоубийство в античности – это норма поведения. Так уходили из жизни за дружеским ужином многие патриции. Самоубийство в античности – это даже свидетельство достоинства человека, как было в случае, когда вслед за отказом поклониться императору придворный историограф Александра Македонского покончил собой. Но несмотря и вопреки существующим нормам Гиппократ не допускает применения и использования врачом своих знаний для совершения самоубийства. Это буквально вызов языческой культуре. Это прямое обозначение исключительного призвания врача – спасать и сохранять человеческую жизнь. Тем более тревожным для нас оказывается моральное состояние некоторых наших врачей, которые предлагают даже ввести новую врачебную специальность для реаниматологов – врач-эвтаназиатор. Тревожным для нас оказывается и моральное состояние наших студентов-медиков, которые по данным последних социологических опросов в большинстве своем готовы умерщвлять своих пациентов и положительно относятся к эвтаназии, трактуя ее как ассистируемое врачом самоубийство пациента.

Точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.(6)

Памятники античной культуры свидетельствуют, что самым обычным делом в древних обществах были не только абортивные методики, но и выбрасывание рожденных детей в мусорные ямы, если они были не нужны родителям. Также, как и самоубийство – это были естественные поступки людей. Например, разве кто-либо в трагедии Софокла осуждает родителей Эдипа за их решение избавиться от младенца? Слуга оставляет Эдипа живым, жалея младенца, но не подвергает сомнению решение Лаийя и Иокасты. Весьма распространен

был и прием abortивного пессария (настоя сбора трав) женщиной, не желающей обременять себя состоянием беременности. Позиция врача – «я не вручу никакой женщине abortивного пессария» - еще один революционный вызов языческой культуре. Это еще одно прямое обозначение исключительного призвания врача – спасти и сохранять человеческую жизнь, а не уничтожать ее особенно в самом начале ее возникновения. Близка ли эта позиция христианскому пониманию ценности человеческой жизни как Божьего дара и творения? Безусловно, ибо Гиппократ не начинает оговаривать какие-то условия и обстоятельства, показания и интересы, при которых можно было бы это действие допустить. Это свидетельство подлинно метафизического, сакрального понимания сущности жизни. Гиппократ как бы оберегает собратьев по ремеслу от совершения несправедливого действия. Здесь нельзя не вспомнить слова Соломона о шести вещах, «что ненавидит Господь», одна из которых «руки, проливающие кровь невинную» (Притч.6, 16-17). Именно эта позиция обнаруживает, что одно из предназначений врачебной этики – защита врача от возможных несправедливых решений и действий.

Но если быть точными, то у Гиппократа не идет речь о непосредственном уничтожении младенцев руками врача. По-видимому, он даже не допускает подобной мысли, не говоря уже о действии. Гиппократ говорит о казалось бы нейтральном действии - *вручении женщине abortивного пессария*. Вручение женщине abortивного пессария аналогично практике назначения врачом контрацептивов. Позиция Гиппократа находится в полном противоречии с современной медицинской практикой, с одной стороны, и в полном соответствии и христианским отношением к абортам и контрацепции, с другой.

Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство.(7)

С христианской точки зрения нельзя не признать, что именно эта позиция максимально христианская по сути своей. Ибо нравственное самосовершенствование – основная задача христианина. Смысл существования человека – преодолеть себя в своем несовершенстве. Нравственное несовершенство – это прежде всего наше отношение к людям, порочность которого становится очевидной в сравнении с отношением Бога к человеку. Совершенство этого отношения заключается в чистоте любви Бога к людям вплоть до крестного самопожертвования.

Поставить перед собой цель и взять обязательство «чисто и непорочно проводить свою жизнь» - означает признание важности нравственного совершенства человека.

Как свидетельствуют опросы мнений студенческой молодежи, именно эта позиция встречает максимальное не согласие с Гиппократом, и

даже протест со стороны студентов-медиков. Их желание – жить так же, как живут все, ничем не выделяясь, ничем не отличаясь от общей массы живущих. Они не желают ставить перед собой задачи совершенствования, и не желают, чтобы общество предъявляло к ним повышенные нравственные требования.

Такая позиция – серьезная «врачебная ошибка». Почему? Потому, что общество и отдельный человек должен доверять врачу, ибо он доверяет ему самое важное – свою жизнь и здоровье, жизнь и здоровье своих детей, близких и родных людей. Доверие к врачу необходимо для того, чтобы человек обратился к врачу. Но это доверие, с одной стороны, надо обеспечить, и, с другой, – надо получить. Как этого достичь? Человеческая культура знает только один путь – это обретение уважения к врачу и социального доверия к врачебному сообществу. Но уважение не врожденное чувство, оно заслуживается человеком, приобретается в общении. Как? Именно «чистой и непорочной жизнью» человека. Поэтому обязательство стремления к нравственному совершенству – основное условие достижения и обретения уважения и, следовательно, доверия ко врачу. Поэтому обязательство стремления к нравственному совершенству – это важнейший элемент профессионализма врача, не менее значимый, чем стремление к приобретению медицинских знаний. Врач, как носитель сугубо специальной медицинской информации, – это полу-врач. Врач, обладающий высокой нравственной культурой и медицинскими знаниями – это настоящий профессионал.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.(8)

В данном суждении речь идет о специализации в медицине, что непосредственно связано с уровнем профессионализма врача и пониманием ответственности за выполняемые действия. Это форма предостережения от переоценки своих возможностей. В современном контексте – это обязательство врача направить пациента к коллеге, который специализируется на изучении и лечении именно той патологии, которая характерна для пациента. В современных условиях платности медицинских услуг выполнение этого принципа – защита от искушения совершать действия, подчиняясь финансовым мотивам, а не профессиональным.

Эта позиция имеет значение не только для врача, но и для всего общества, в связи с устойчивой распространенностью шарлатанства, как предельной формы греха гордыни человеческой. Феномен шарлатанства живуч во все времена. Особенность «целителей», «шаманов», «колдунов», «экстрасенсов» и прочих «врачевателей» в том, что, они не владеют медицинским искусством и не имеют медицинского образования. Тем не менее они берутся за все и обещают излечить все болезни. Для христиан

очевидно, что «облегчение», которые приносят некоторые особи из этой касты, является ценой необратимой тяжелой участи людей.

В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного(9), особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.(10)

Возможно, многие свяжут этот тезис с особенностями античной культуры, которая, как известно, не отличалась целомудрием. В одной из своих проповедей протоиерей Максим Козлов упоминал, что раскопки города Помпеи обнажили такие скульптурные украшения домов, различных строений, что женщины и дети в 19 веке не допускались до посещения этих исторических объектов. Но реалии 20 века, а именно правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации, заставляют усомниться в том, что только сексуальная вседозволенность античности служит основанием того, что Гиппократ выделяет эту нравственную норму и предлагает данное обязательство. Американские врачи утверждают:

- «интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;
- интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;
- вопрос об интимных отношениях между доктором и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников.
- врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами»¹.

Возможность «любовных дел» между врачом и пациентом возникает не по причине распушенности нравов, но, как это не странно, по причине заботливого и милосердного отношения врача к своему пациенту. Другими словами, возможность «любовных дел» между врачом и пациентом является обратной стороной профессиональной любви врача к своему пациенту. Редкий человек способен не ответить благодарностью за помощь, внимание и заботу о себе. Но это реальное чувство благодарности у некоторых пациентов превращается в чувство эмоциональной привязанности и плотской влюбленности во врача. Врач обязан знать о различных видах человеческой любви и понимать в чем состоит и из чего складывается это различие. Профессионал, который не понимает этой «диалектики» превращений человеческих чувств, обречен на совершение

¹ Интимная связь между врачом и больным в медицинской практике. — «JAMA», 1992, № 2, с. 21.

неправильных поступков. Защитой от возможных ошибок поведения является только нравственная культура врача, которая в свою очередь является следствием обучения, образования, овладения этическим знанием, которое оценивается Гиппократом как «медицинский закон».

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.(11)»²

«Врачебная тайна» – пожалуй, самое известное в обществе понятие врачебной этики. Более того, если мы проанализируем все известные европейской культуре этические документы медицинского сообщества, то верность принципу конфиденциальности (это современное название обязательства сохранения врачебной тайны), сохраняется на протяжении всех эпох европейской истории. За одним исключением. Это исключение – ранний период советской власти. Отсутствие понятия «врачебная тайна» в первом издании советской Медицинской энциклопедии – идеологическое отрицание этой нравственной нормы. Введение «Листка нетрудоспособности» с указанием диагноза заболевания гражданина – ее практическое неприятие. Данный факт можно рассматривать как элемент богоборческой работы тех лет, целью которой являлось тотальное подчинение человека существующей власти.

Понятие «врачебная тайна» обладает глубочайшим христианским содержанием. По аналогии с «тайной исповеди», «врачебную тайну» можно рассматривать как факт сокровенного общения человека с Богом. Каждое человеческое недомогание и болезнь, помимо физиологических проявлений, имеет глубочайшее предназначение и мета-физиологическое значение для человека. Среди православного народа сохраняется такое понимание болезни, как «посещения Божьего». Врач – свидетель этого «посещения». Почему же врач должен сохранять «печать молчания»? Во-первых, потому, чтобы оградить больного от несправедливого суда человеческого, и, во-вторых, чтобы сохранить себя самого от греха осуждения. Ведь болезни человеческие, как правило, следствие наших грехов.³ Даже в церковной литературе неоднократно осуществляются попытки (с нашей точки зрения некорректные) связать конкретные болезни с конкретными грехами и недостатками личности. Раскрыть

² Гиппократ. Избранные книги. М., 1936, с. 87-88.

³ Мы обращаем внимание, что в библейской традиции болезни не всегда являются непосредственно следствием наказания за грех человека. Причиной болезни может быть так же а) несовершенная человеческая природа; б) грехи родителей и предков; в) призыв к покаянию; г) испытание верности Богу; д) искупительная жертва. См. подробнее: протоиерей Леонид Грихелес. Библейский взгляд на причины болезней и исцеление./ Православие и проблемы биоэтики. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Московской Патриархии. Выпуск 2. М.2006, с.5-9.

информацию о болезни, значить вольно или невольно озвучить недостатки, и значит осудить человека, ибо можно ли одобрить недостатки? *«Не судите, да не будете судимы; не осуждайте, да не будете осуждены; прощайте и прощены будете» (Лк. 6, 37).*

Наши размышления выявили удивительное согласие принципов гиппократовской врачебной этики с христианскими представлениями о человеческих взаимоотношениях. В значительной степени именно этим можно объяснить не только профессиональное признание значения Клятвы Гиппократовской для врача, но и ее общечеловеческое признание.

Протоиерей Георгий ЗВЕРЕВ
Преподаватель Миссионерского
Духовного училища
Украинской Православной
Церкви,
Пресс-секретарь Полтавской епархии
УПЦ магистр медицины

ДВЕ КОНЦЕПЦИИ МЕДИЦИНЫ: ПРАВОСЛАВНЫЙ ВЗГЛЯД

Ваше Высокопреосвященство! Ваши высокопреподобия и преподобия!
Братья и сестры! Дамы и Господа!

Сегодня отечественная медицина переживает один из критических моментов. Причем, на мой взгляд, кризис сегодняшний — мультисимптомный.

Мы видим кризис кадровый. В медицину идет все больше людей, цинично рассматривающих врачевание только в качестве средства обогащения. Одновременно, несмотря на обилие «красных» дипломов, ученых степеней и званий, вопреки растущему числу академий и научных обществ, все меньше остается профессионалов в самом прямом смысле этого слова — врачей, которым не страшно доверить свою жизнь и здоровье.

Мы наблюдаем кризис материальный. Несмотря на очевидные достижения страховой медицины, все чаще встречаются трагические объявления одного смысла: Помогите, нужны деньги для дорогостоящего лечения. Измученное перманентными экономическими экспериментами,

государство просто не в состоянии финансировать медицину в достаточном объеме. В результате: упаси, Боже, заболеть чем-либо, требующим дорогих препаратов или, что еще страшнее, оперативного вмешательства. Умереть экономически выгодней.

Мы сталкиваемся с кризисом доверия пациентов и вообще общества. Непрофессиональная и одновременно дорогая медицина рассматривается все большим числом людей как потенциально опасная структура. Медикам не верят. Их советы не воспринимают всерьез, подозревая везде или недостаток знаний, или корыстные цели.

Однако, как мне кажется, существует и еще одна грань кризиса, точнее, один из глубинных пластов многоликого кризиса медицины, — кризис мировоззренческий.

Не могу отказать себе в удовольствии процитировать Фридриха Энгельса. Он писал: «Какую бы позу ни принимали естествоиспытатели, над ними властвует философия»¹. Истинная правда!

Долгое время нас уверяли — а мы, в большей или меньшей степени, верили, — что медицина является исключительно естественной, земной наукой, и вопросы мировоззренческие для нее, в общем, чужды (кроме, разве, признания факта самозарождения жизни)².

Правда, считающие так попадали в ими самими расставленную ловушку. Например, на весьма непрочном основании покоились основные положения медицинской этики и деонтологии — например, почему же недопустима эвтаназия (если принять, что жизнь — только «способ существования белковых тел»³, а не творение Божье)? Почему врач должен быть добрым и терпеливым к пациентам (если исключить представление о Божественном происхождении нравственных постулатов, о богоуподоблении, об обожении, как цели христианской жизни)? Чего ради врач обязан быть нестяжателем (если отбросить соответствующие Евангельские положения)?

Однако не только в области этики медицина соприкасается с христианством. Мне кажется, что современное состояние медицины о том свидетельствует явственно.

Отечественная медицина сформировалась на христианской почве и под выраженным христианским влиянием — именно, православно-христианским. И безусловным достижением медицины именно отечественной является целостное восприятие человека (и как сущности духовно-телесной, и как материально целостного). Отсюда — понимание болезни как нарушения сложного равновесия, разрушение целостности, затрагивающее всего человека.

Матфей Яковлевич Мудров, великий клиницист, писал: «Поверьте ж, что врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин. Так

¹ Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения, 2-е изд. Т. 20. С. 523

² В изложении Опарина-Холдейна и Дарвина

³ Ф. Энгельс.

в чем же оно состоит? — спросите вы меня с удивлением. Я скажу вам кратко и ясно: врачевание состоит в лечении самого больного. Вот вам вся тайна моего искусства, каково оно ни есть!»⁴.

«Лечить не болезнь, а человека» — вот великий принцип отечественной медицины, целиком и полностью совпадающий с Евангелием. Обратите внимание: Христос ведь исцелял, например, не «проказу»⁵ (сравн. Мф. 8. 3), а «прокаженного»⁶ (сравн. Мф. 11. 5), не «расслабление»⁷, а «расслабленного» (сравн. Мф. 9. 2)⁸.

И само славянское слово «исцеление» как нельзя лучше отражает суть процесса: восстановление целостности — не просто поддержание гомеостаза, не просто установление нормального уровня функционирования ряда систем и органов. По большому счету, исцеление — возвращение (насколько возможно для поврежденной грехом природы человека это воспринять) к первой гармонии, во всяком случае — шаг в этом направлении.

И, если сказать более обще, Христос исцелил «всего человека» (Ин. 7. 23) — именно так Он Сам говорит! Обратим внимание на оригинальный текст: «ὁλον ἄνθρωπον ὑγίη ἐποίησα» — это не просто «излечил человека», но всего — целого — человека, человека в его целостности, сотворил здоровым. И всегда исцеление понимается как восстановление не просто отдельного звена, не просто ремонт некоторой детали сложного устройства, но — именно исцеление, восстановление целостности. Кстати, а само исцеление в указанном Евангельском отрывке описывается как «сотворение здоровым»⁹, к некотором смысле — как творческий акт Бога. Такое отношение к человеку коренится именно в глубоком осознании таинства появления человека. Человек создан «по образу... [и] подобию» (Быт. 1. 26, тж. ст. 27) Божию. А Бог «прост», то есть несоставен, неделим. И, очевидно, в человеке как идеал его развития закладывался потенциал все большего приближения именно к такому состоянию. Безусловно, для твари такое состояние недостижимо принципиально. Но именно как идеал оно вполне осознаваемо. Тем более что и человек в первоизданном виде представлял собой для нас невероятную целостность и гармонию. Уровни человеческого устройства не противоречили друг другу, но были согласны, созвучны. И только после грехопадения нарушилась эта гармония, и следствием уже нарушенной гармонии стали болезни и телесные страдания, вплоть до смерти.

⁴ Мудров М. Я. Избранные произведения. Под ред. А. Г. Гукасяна. Изд. АМН СССР, 1949. С. 230.

⁵ λέπρα

⁶ λεπρός

⁷ παράλυσις

⁸ παραλυτικός

⁹ В тексте «ὑγίη» — от «ὑγίης», здоровый; здравый; «ἐποίησα» — от «ποιέω», делать, творить, сотворить.

Здесь следует сделать весьма важное замечание. Первопричина болезней — не само по себе нарушение этой внутренней гармонии человека, но нарушение связи с Источником бытия — Богом. И восстановление человека в его первоначальном состоянии возможно не силами медицины, но действием Самого Бога. Именно Бог воссоздал человека Своим пришествием, Крестными страданиями, смертью и Воскресением, победой над смертью. Бог, вознеся прославленную Свою плоть на Небеса и сядя одесную Отца во славе, проложил путь всякой плоти. Следуя за Христом, причащаясь Христа в Божественной Евхаристии, избавляясь от страстей и пороков, человек приближается к Божеству, происходит обожение.

Отечественная медицина четко осознавала это, и потому никогда не ставила своей задачей сотворение идеально здорового человека. В отечественной традиции важен момент милосердия к страждущему, облегчения страданий.

Итак, грехопадение нарушило гармоничное развитие¹⁰ человека. А нарушенное грехопадением совершенствование человека, движение его к целостности и максимально возможной для него «простости» приобрело совершенно другой характер — противоположный. Возникло не просто нарушение слаженного функционирования органов и систем, не просто поломка регуляции — появилось неслыханное противоречие между плотью и духом. И одновременно с укоренением в грехе человек отдалялся и от первозданной целостности. То и другое вместе рождало все новые и новые проблемы. И — болезни. Восприятие болезни как нарушения целостности и внутреннего единства человека присуще лучшим представителям отечественной медицины.

Впрочем, были и другие точки зрения. Уже начиная с Кватроченто, с раннего итальянского Возрождения, появился интерес к человеку как таковому — «*homo sine Deo*»¹¹. Это было началом и первой серьезной систематической попыткой разделения человека — в данном случае, отделения от Источника жизни.

Далее, с развитием описательной анатомии и физиологии, начал появляться соблазн и ложное представление об уже «всецелом познании» человека. Материальное начало было исследуемо, уровень этих исследований все более совершенствовался... Постепенно человеческое тело научились легко «разбирать на части».

Одновременно наблюдался кризис духовности на Западе. Известного рода негативные процессы в католической церкви вызвали к жизни мощную волну протестантизма, реформации.

Протестантизм прагматичен. В нем практически нет духовного делания. Совершенно отрицается наличие любого «старшего», кроме Бога.

¹⁰ Я обращаю Ваше внимание именно на слово «развитие», потому что человек не пребывал даже в раю в некотором «состоянии» — напротив, он развивался, совершенствовался.

¹¹ Человек без Бога

Почти абсолютен авторитет собственного мнения. Церковь есть лишь «вообще», но собственно вселенскости и соборности ее почти не видно. Обратим внимание на эти признаки!

И вот — то ли случайно, то ли не очень — именно на западной почве выросло учение Вирхова о клеточной патологии.

«Целлюлярная патология» Рудольфа Вирхова — не просто одна из теорий общей патологии. В ней видится нечто большее — протест против «идеализма» классической европейской медицины, против излишней ее одухотворенности, если угодно. В итоге: «Вся патология есть патология клеток... Ненормальная деятельность клеток является причиной различных заболеваний»¹².

Да, крайности Вирхова были осуждены его же современниками, в том числе — нашими великими соотечественниками, Н. Пироговым, И. Павловым, И. Сеченовым¹³. Но самый Вирховский и, главное, постВирховский, подход к человеку не исчез. Более того, он после ряда этапов развития и эволюции стал, не побоюсь, второй главной медицинской школой.

В настоящее время в классической медицине можно выделить два направления, хотя и сосуществующих друг с другом, но несущих противоположный заряд и построенных на разных мировоззренческих фундаментах.

Первое направление — условно, «русское», второе — столь же условно, «немецко-американское». Лучше, дабы не привносить в вопросы медицинские чего-то лишнего, назовем одно «медициной первого направления», другое — «медициной второго направления». Именно они и определяют погоду в сегодняшнем медицинском мире, и именно они ведут то явную, то тайную борьбу, участниками которой являются, *volens-nolens*, все врачи и люди, вообще имеющие к медицине какое-либо отношение. А таких множество...

Параллели с полемикой православия с протестантизмом — налицо. Вспомним о том, что, в отличие от православия, протестантизм прагматичен, что в нем практически нет духовного делания, что совершенно отрицается наличие любого «старшего», кроме Бога и почти абсолютен авторитет собственного мнения, что, наконец, церковь представляется чем-то эфемерным и более мистическим, чем реальным.

То же и в идеологии «медицины второго направления».

Она, если и говорит о некоей целостности, то последняя воспринимается максимум как согласованная деятельность отдельных органов и систем, тогда как в действительности целостность есть нечто значительно большее, о чем уже говорилось ранее.

¹² Цит. по: Верхратський С. А. Історія медицини. К.: Вища школа, 1965. С. 117

¹³ По: Верхратський С. А. Історія медицини. к.: Вища школа, 1965. С. 117, Визначні імена у світовій медицині. К.: РВА Тріумф, 2001 — С. 103

В «первой» модели медицины любое нарушение целостности и единства является патологией, болезнью. Во «второй» — почти нормой. И если «первая» медицина говорит о целостности и единстве человека (именно целостности, а не интегрированности из отдельных частей), то во «второй» можно видеть только максимум восприятие человека как комплекса. Не побоюсь утверждать, что при внимательном рассмотрении человека он предстанет в таком мировосприятии как *complexus organorum*, потом — *complexus cellularum*, наконец — *complexus molecularum*, *ceteraque*...

Приоритетом «первой» медицины является учение о болезнях целостного организма — например, гипертонической болезни, язвенной болезни. «Вторая» медицина рассматривает заболевание более локально — говоря о «гипертензии», «язве». И даже если пытаться проводить аналогии, то «гипертоническая болезнь» и «эссенциальная гипертензия», согласитесь, не совсем одно и то же, как, кстати, и «язвенная болезнь» с «пептической язвой».

Поскольку организм в восприятии «второй» медицины многосоставен, то и болезни «синдромизируются» и, кажется, даже «симптомизируются». Об этом свидетельствуют и выше названные «язвы», «гипертензии». Но процесс пошел и далее. Составленная полностью в духе «второй» медицины, «Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти» десятого пересмотра говорит о вещах вообще невероятных с точки зрения медицины «первой». МКБ-10 содержит уникальные положения, свидетельствующие о том, что человек рассматривается именно как набор органов, друг с другом связанных только локально, и, похоже, ситуативно; иногда кажется даже — случайно. Чего стоят, например, рубрики вроде «R07 Боль в горле и в груди», «R30 Боль связанная с мочеиспусканием», «R51 Головная боль». Или: F60.9 Расстройство личности неуточненное... И тому подобное¹⁴.

Болезнь — набор синдромов. Синдром — набор симптомов. Симптом — проявление некоего местного патологического процесса. Так — может, слегка утрированно — можно представить такого рода «учение о болезни». Между тем, «первая» медицина свидетельствует о том, что если, например, в болезни и есть несколько синдромов, а в синдроме — группа симптомов, то они имеют общие корни и связаны общим патогенезом.

До сего дня многие авторы признают, например, что термин «гипертоническая болезнь» богаче и клинически многограннее, чем зарубежный аналог «эссенциальная гипертензия»¹⁵. В то же время мы наблюдаем, как именно отечественные формулировки постепенно вытесняются из широкого употребления — под тем предлогом, что они не соответствуют зарубежным. И врач вынужден подстраиваться под «нужные»

¹⁴ См. МКБ-10, адаптированный вариант. НИИСГЭУЗ им. Семашко, Москва, 1996

¹⁵ Егоров И. В., Калинин А. Н., Цветков М. А. «Диагностические архаизмы» в терапевтической практике // Российский медицинский журнал. — № 5 — 2005. С. 35

формулировки, жертвуя и логикой диагноза, и, собственно, правильностью его. Это — плохой признак!

Отдельного разговора требует развернувшаяся борьба с патернализмом в медицине.

В смысле этимологии самого слова, патернализм подразумевает отеческое превосходство врача в отношениях с больным, врачебный приоритет в принятии решений, высокий уровень доверия больного к врачу. Сейчас на смену этому приходит «доктрина информированного согласия», при которой врач и больной являются равноправными партнерами, причем больной активно принимает участие в выработке стратегии и тактики лечения, получает возможно более полную информацию о состоянии своего здоровья, т.д.

Если принять во внимание современное «царство некомпетентности» в медицине, информированное согласие выглядит намного более привлекательно: больной активно вмешивается в собственное лечение, может искать альтернативы, перепроверять врача, заставляя того быть «в тонусе». А врачу, соответственно, дается возможность снять с себя большую (иногда — большую) часть ответственности за судьбу пациента, обезопасить себя от судебного преследования со стороны неудачно пролеченного больного, и т.п.

В этой идиллии есть все же несколько темных пятен, при ближайшем рассмотрении оказывающихся настолько большими, что они способны затмить все достоинства хваленой системы.

Медицина патерналистична по сути. Как патерналистично воспитание. Как патерналистично, кстати, и христианство. Все, между прочим, от одного и того же корня: греческого «πάτερ», и латинского же «Pater», то есть отец.

И лечение, и воспитание, и духовный рост предусматривают доверие и известную степень подчинения авторитету старшего, отца. Не случайно также, что и Бог именуется Отцом, в том числе и в молитве Господней, начинающейся словами «Отче наш» (Мф. 6. 9)¹⁶. И если в практике духовной новоначальный призывается осознать свою «нищету духовную» (сравн. Мф. 5. 3), чтобы понять, что нужно, очевидно, у Кого-то просить помощи, — то нельзя ли перенести сие и на отношения врача и пациента, с известными оговорками и долей условности?

Думаю, что можно. И в идеале врач — именно отец для больного. Отец, который не только командует, но — любит, сострадает, сопереживает, соболезнует своему чаду. Отец готов пожертвовать своим спокойствием, своим здоровьем и даже жизнью ради больного — своего сына или дочери. Не случайно ведь одним из потрясающих девизов медицины являются слова «Aliis inserviendo consumo» — светя другим, сгораю [сам]¹⁷.

¹⁶ Сравн. греч. «πάτερ ἡμῶν», латинское «Pater noster»

¹⁷ Дословно: служа другим — расточаю себя.

И в христианстве Пастырь добрый¹⁸ полагает душу за овец (сравн. Ин. 10. 11, 15), любя их и ведя на добрые пажити (сравн. Ин. 10. 9).

Впрочем, патернализм ни в коей мере не предполагает подавления личности «сына» — больного ли, пасомого ли. Но именно вследствие большей любви, большего опыта, большей ответственности именно врач [или священник, если речь идет о Церкви] вполне отвечает за принятие решений, зачастую даже настаивая на том, с чем больной [пасомый] не вполне согласен.

И, хотя Апостол Павел пишет о «соработничестве» с Богом (I Кор. 3. 9), ни в одном из Писаний нет и доли, и тени, ни намека на уравнивание человека с Богом. Человек, с Богом сотрудничая, благоговеет перед Ним, видит в Нем Отца и даже поэтому считает себя меньшим.

Между тем, доктрина информированного согласия предусматривает в известном смысле равенство врача и пациента. Равенство неграмотного больного с профессором медицины; равенство больного с перитонитом, лежащего на операционном столе, с хирургом, который его оперирует; равенство зеленого подростка с опытным врачом. Они ведь партнеры в процессе лечения!

Не слишком ли гротескная картинка получилась? Впрочем, даже если отбросить все преувеличения, некоторая доля абсурдности остается. Как остается и противоречие между доверием врачу и постоянным привнесением своей точки зрения.

Посмотрим на протестантизм. Пиетет, трепетно-благоговейное отношение к Богу трансформируется в переживание общения с Богом не как с Отцом и Другом, но, скорее, как с приятелем. А друг и приятель — слова хотя и похожие, но не вполне синонимичные. И если в Православии в отношении Спасителя употребляются наиболее часто конструкции: «Бог», «Господь», «Господь Иисус Христос», то в протестантизме наиболее типично не только «Господь», но — «Иисус». Просто, как к приятелю: «Иван», «Степан», «Иисус»...

Обратимся к говоренному ранее и признаем, что две доктрины — патернализм и информированное согласие — удивительно точно повторяют положения породивших их систем мировоззрения — православия и протестантизма.

Уже говорилось ранее, что в протестантизме нет серьезного духовного делания. Ты поверил в Иисуса? принял Его как своего личного Спасителя? получил помазание? — ты спасен, аллилуйя! В православии же спасение рассматривается как процесс, а в протестантизме — как, фактически, состояние. И, на этой почве, протестантизм более категоричен и альтернативен: черное-белое, спасен-грешник... В православии же всегда наличествуют полутона, а в любом цвете, даже сером, есть оттенки.

В настоящее время эти мировоззренческие парадигмы привнесены уже и в медицину. «Первая» медицина всегда говорила о вариантности течения

¹⁸ То есть, хороший, настоящий, — в отличие от негодного, плохого

болезни, об особенностях лечения у каждого конкретного больного (вспомним Мудровское «Лечить не болезнь, а больного»). «Вторая» с ее некоторой механистичностью стремилась всегда привести к альтернативности.

И уже сегодня мы сталкиваемся с насаждением в нашей медицине искусственной альтернативности, я бы сказал псевдоальтернативности, то есть врачи принуждаются выбирать, причем чаще всего по принципу «или-или».

Согласно одному из законов формальной логики, если одно из суждений исключает другое, то они не могут быть одновременно ложными — то есть, хотя бы одно из них должно быть истинным, третьего не дано. И именно по такому принципу построены многие современные диагностические алгоритмы, лечебные схемы, классификации.

Но в медицине не всегда два противоречащих суждения друг друга исключают, а потому вполне допустим и третий вариант (а иногда и четвертый, и пятый, и сотый). Когда я был студентом, нам предложили тестирование по терапии. Один из вопросов помню до сих пор: «Применяются ли бета-адреноблокаторы при сердечной недостаточности». Моя студенческая совесть была смущена этим, и я принес уважаемому доценту две книги, выпущенных приблизительно в одно время. В одной из них было написано, что указанные препараты при СН противопоказаны, в другой — что рекомендуются. Я поинтересовался, что же следует писать в тесте?

А ведь тестирование для проверки знаний в медицине сейчас весьма популярно — во всяком случае, у нас, в Украине. Студенты и врачи учатся делать ответы не столько правильные, сколько нужные, и все богатство оттенков загонять в прокрустово ложе псевдоальтернативы «Да-Нет». Это также весьма опасный признак!

Еще раз подчеркну: принуждение делать обязательный выбор, деление только на черное и белое совершенно не свойственно православному восприятию! Всегда есть полутона, оттенки даже серого. Не говорим уже о том, что, собственно, и мнения зачастую могут быть не во всем правильными. А, по большому счету, претензии на исключительность и истинность только одной точки зрения в естественной науке весьма самонадеянны...

И снова припомним положения о различии между православием и протестантизмом — в контексте различий между «первой» и «второй» медицинами.

Кстати, и понимание спасения в православии и протестантизме отличаются: в первом — как процесс, как соработничество Творца и человека, им сотворенного; во втором — как механический момент: поверил-спасен.

И сегодняшнее излишнее упование на простоту и механизации диагностической и лечебной техники, кажется, коренится именно в названной механичности восприятия самого сложного.

Кроме того, почти полное исключение врача из диагностического процесса исключает и уже упомянутые, присущие патерналистической медицине сострадание, соболеznование и сопереживание. Вспомним гениального Экзюпери, который писал: *«Я верю, настанет день, когда неизвестно чем больной отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат его одной единственной пилюлей. И все же, если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старому доброму врачу. Он взглянет на меня уголком глаз, пощупает пульс и живот, послушает, затем кашляет, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить мою боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью»*¹⁹. Как вы понимаете, для «второй» медицины наличие врача-Личности не является обязательным.

Таким образом, мы видим наличие не просто двух систем медицины и традиций врачевания — мы наблюдаем два противоположных мировоззрения, одно из которых свойственно отечественной, православной по происхождению, медицине, другое — старательно привносится миром, уже расцерковленным.

Не следует обманываться: сейчас мы стоим у опасной черты, за которой наше христианство будет надежно упрятано за храмовую ограду, а все, что вне храмовой территории — станет царством ... вы сами понимаете, чего и, главное, *кого*.

Между прочим, уже сейчас православный врач делит свою жизнь на две части: церковную (в храме и приватном общении с пациентами) и «обычную» (на приеме, в отделении, на научных форумах). Я встречал искренне, как кажется, верующих врачей, которые, однако, использовали методы, с точки зрения христианской если не откровенно недопустимые, то уж точно спорные. И врач как бы состоит из двух человек: *«homo ecclesiasticus»* и *«homo privus»*. Это опасно.

Не следует ждать, что нас пригласят к разговору. Мир нужно смело предлагать наши взгляды, помня при этом, что мы — не просто сочетание человека, врача и христианина, но каждый из нас — ипостась, которую не следует разделять. Нельзя быть «немного христианином», или «чуть порядочным». Академик М. А. Леонтович говорил, что могут быть весьма подлые люди, но очень честных быть не может — или честен, или нет. И не нужно бояться видеть в происходящих медицинских процессах серьезные мировоззренческие тенденции.

¹⁹ Цит. по Шамов И. А. Искусство врачевания. — Ростов-н-Д., Изд РУ, 1982. — С. 128 на Рождественских чтениях

И еще. Кажется, нас готовы слушать только в определенной части: например, в чем-то из области нравственности. Но — уверен — мы имеем, что сказать и относительно других вопросов.

Безусловно, я не призываю создавать «православную биохимию», или «церковную травматологию»²⁰. Но озаботиться планированием серьезных — «на уровне» — исследований по тем вопросам медицины, которые затрагивают мировоззренческие вопросы, нам следует возможно скорее.

Мы должны почувствовать вкус к хорошей науке — науке мирового уровня. И не ждать следует обращения к Богу кого-либо из великих ученых, но — не побоюсь этого — просто самим становиться великими учеными, развивать то, что мы можем развить. Мы должны научиться говорить с научным медицинском миром на его языке, на языке строгих фактов и цифр, одновременно же — на языке любви и понимания.

Совершенно не годится, когда под понятие «православная медицина» подтягивается не вполне доказанное учение о телегонии (чтобы удобней было вразумлять неверующих собратьев, что, мол, блуд — это плохо). Не годится, когда под маркой православия ведутся чуть не догматического содержания споры о вакцинопрофилактике или гомеопатии. Не годится, что мы — имеющие Богом данные таланты — чуть не стыдимся использовать их для научного освещения тех положений, в которых Церковь и мир спорят.

Да, нам проще развивать и совершенствовать этические основы медицины. Но ведь если мы будем говорить только о них, может статься, что они будут исторгнуты из совершенно расцерковленной медицины, как нечто чуждое, словно инородное тело. Потому что, повторяюсь, процесс уже пошел. Из тех мелочей, о которых говорено ранее, складывается не просто мозаика, но целостная и удивительно прочная — порочная! — картинка, в которой человек — только набор клеток, а медицина — это способ с большей или меньшей вероятностью собрать группу симптомов, более или менее отвечающий некоей полуабстрактной «патологии».

Здание отечественной медицины нужно строить на прочном фундаменте — тех достижениях, которых у нас, слава милостивому Богу, достаточно. И мировоззренческий аспект здесь является не последним. Ранее уже цитированный Энгельс писал ведь: «С чего начинается история, с того же должен начинаться и ход мыслей»²¹. Тут он, кажется, прав. Ведь, как всем нам известно, «В начале сотворил Бог небо и землю» (Быт. 1.1). Поэтому не следует ли в вопросах медицинского мировосприятия просто последовать указанному доброму совету, и начинать разговор именно с Бога. Не нужно бояться высказать свою точку зрения на те вопросы, которые для нас или принципиальны, или следуют из принципиальных.

Только на такой основе можно построить хорошую медицину.

²⁰ Отсылаю слушателей к серьезному, одновременно краткому и емкому докладу профессора Недоступа

²¹ Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения, 2-е изд. Т. 13. С. 407

ЕДИНСТВО НАУКИ И ПРАКТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ, СОВЕРШИВШИМ ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ.

Клиническая психиатрия в своих исследованиях не имеет того инструментария, который существуют для науки в арсенале Палаты мер и весов. Ее главный инструментарий – наблюдения фактов реальной практики, научные обобщения в виде теоретических концепций и выводы, рекомендуемые для улучшения практики с катamnестической проверкой их эффективности – такова основа психиатрии как единства науки и практики. В психиатрии в полной мере проявляется известная мудрость: «Практика без теории слепа, теория без практики мертва». К этому можно добавить слова И.П.Павлова о том, что без наблюдаемых фактов нет науки – они «воздух ученого», однако столь же очевидно, добавил Иван Петрович, что «если нет в голове идеи, то и не видишь фактов».

Единение науки и практики можно найти в трудах арабских психиатров еще 17 века. В полной мере оно начинает проявляться в практической деятельности Филиппа Пинеля, который на основе научного обобщения своих наблюдений совершил революцию в деле организации практики (по современному обозначению) социальной реабилитации психически больных. Освобождение Пинелем больных от цепей трудно переоценить для развития научной психиатрии. В основе указанного исторического акта является обращение к личностному достоинству психически больного человека. Без такого отношения не могут быть созданы полноценные концепции психосоциальной помощи больным.

К сожалению, проблема социальной дискриминации психически больных, борьбу с которой начал Филипп Пинель, далеко не преодолена, она и сегодня является главным препятствием в реализации психосоциальных концепций реадaptации наших пациентов. Стигматизация психически больных как актуальная негативная проблема современной психиатрии специально отмечена ВОЗ в докладе о состоянии здравоохранения мире в разделе «Психическое здоровье, новое понимание, новая надежда» (2001). Стигма, по определению, данном в этом докладе, – «это клеймо стыда, позора или неодобрения, которое ведет к отторжению,

дискриминации и изгнанию отдельного человека от участия в целом ряде видов деятельности общества».

В одном из последних докладов министра здравоохранения Соединенных Штатов Америки по вопросам охраны психического здоровья приводится следующее описание воздействия стигматизации: «Стигма подрывает доверие к тому, что психические расстройства – это расстройства состояния здоровья, которые поддаются лечению. Она заставляет людей избегать участия в общении, принятия на работу или совместной работы, мешает сдаче жилплощади или проживанию с людьми, которые страдают психическими заболеваниями... Стигма трагическим образом лишает людей их достоинства, лишает их полноценного участия в жизни общества». Полагаю, что и наш министр здравоохранения мог бы сказать те же слова.

Стало быть, одно из концептуальных научных положений в развитии психосоциальной помощи нашим пациентам – это их дестигматизация.

По существу это всегда понимали психиатры. В истории российской психиатрии есть этому прекрасные свидетельства.

Примером может служить введение должности "попечителя по нравственной части" при психиатрической больницы Иконы всех скорбящих радости в Санкт-Петербурге. На основе своей практической деятельности в 1832 году доктор И.Ф.Рюль, попечитель по нравственной части этой больницы, составил Устав правил отношения к душевнобольным. В этом Уставе прописаны замечательные слова, которые должен знать каждый практикующий психиатр. Напомню их: "Имея сожаление к ближнему твоему, потерявшему драгоценнейшее для человека – рассудок, не отказывай подать ему руку благотворительной помощи и страшись не признать его себе подобным". Особенно важна установка: «страхись не признать его себе подобным». Эта установка – основа психиатрической практики, и без нее психиатрическая наука в прямом смысле слова мертва.

Удовлетворяя патриотические амбиции, можно напомнить, что данный Устав был составлен на 6 лет ранее широко известного «Закона от 30 июня 1838», автором которого был Эскироль и который считается первым законодательством в отношении душевнобольных.

В свете сказанного научная разработка проблем личности психически больных для психиатрической практики являлась и является одной из первостепенных.

Как известно, при одной и той же нозологической форме заболевания и при одном и том же синдроме и даже в сходных ситуациях именно индивидуальные личностные особенности больных определяют широкий диапазон вариантов конкретного социального поведения – от крайне альтруистического до крайне агрессивного. В этом смысле личность больного является фактором, интегрирующим детерминанты поведения и определяющим его вектор в сторону социально приемлемого или социально опасного.

Именно поэтому в проведении мер профилактики общественно опасных действий психически больных личностный фактор должен быть в центре внимания врачей-психиатров.

Выявление тех индивидуальных особенностей больного, которые можно и должно использовать для борьбы с болезнью, и тех, которые могут препятствовать выздоровлению и адаптации, а также знание и, соответственно, профилактика и купирование психотравмирующих факторов и обстоятельств, способных усугубить заболевание или задержать выздоровление – абсолютно необходимо для практикующего психиатра.

Врачу также необходимо иметь четкое представление об отношении больного к самому себе и к своей болезни, которое связано с широким спектром социальных, личностных и психологически значимых вопросов и проблем: как влияет факт заболевания и перспективы выздоровления на социальную роль больного в системе семейных, трудовых и иных отношений, что может служить психологическим стимулом к выздоровлению, а что – депримирует больного, что может вызвать положительные эмоции, а что – раздражение и психологическое напряжение. При сходной картине психопатологии больные, находящиеся в одних и тех же ситуациях лечебного учреждения, на все упомянутые проблемы смотрят по-разному, разные факторы и обстоятельства могут, как помочь их разрешению, так и, наоборот, служить препятствием.

Актуальное понимание больным смыслов роли и позиции своего «Я» в ситуации действия и самой ситуации, то есть его самосознание в ней, имеет результатом его конкретное поведение.

Сказанное подводит нас к использованию концепций современных персонологов, в частности G.Kelly, для понимания того, как *уникальная конструктивная система человека влияет на его внешнее поведение*. Психиатрический анализ роли расстройств в этой системе и формирования неадекватной психической репрезентации своей реальности может дать новый подход к пониманию мотиваций социального поведения психически больных и объяснению совершаемых ими ООД.

В современной персонологии все более развивается то, что обозначается как *интеракционистский подход* – поведение определяется переменными человека, ситуацией и их взаимным влиянием друг на друга. Тезис – поведение является функцией от взаимодействия человека и окружения становится все более популярным. Он наиболее ярко проявляется в концепции A.Bandura (1965, 1977 и др.) о взаимном детерминизме.

В формировании различных мотиваций социального поведения при сходных психопатологических состояниях существенную роль играют личностные константы, которые сосуществуют с психопатологически обусловленными нарушениями самосознания ситуационно-оперативного плана. К личностным константам в первую очередь относятся

нравственная конституция, которая своими корнями восходит (иногда через поколения) к религиозным верованиям.

Проблема мотивации поведения человека в сопряженности с нравственным самосознанием в психиатрии разработана очень слабо. Причиной этому является то, что эти важнейшие науки о человеке и его поведении (общая и социальная психология) находятся «по ту сторону добра и зла», а значит и по ту сторону реальной душевной жизни. В реальной же психической жизни каждый наш поступок, всякое чувство, любая мысль имеют нравственную (или безнравственную) окраску. Имеют ли право науки о человеке и его деятельности игнорировать нравственные аспекты в детерминантах его социального поведения? Поскольку поведение в социальной среде всегда имеет нравственные компоненты, то без их учета нельзя целостно судить о самосознании человека. Поэтому, если мы хотим понять всю полноту мотиваций поведения наших пациентов, необходимо принимать во внимание роль их духовно-нравственного самосознания.

Высказанные положения лежат в основе концептуального понимания деонтологии как науки, показывающей основы практики психосоциальной помощи.

Надо сказать, социально-реабилитационная направленность деонтологии с ее обращенностью к личности больного является традиционной для отечественной психиатрии. По существу, она определилась практикой лечения психически больных задолго до того, как сформировалось само понятие «медицинская деонтология». История отечественной психиатрии являет собой пример развития идей гуманизма, нравственных основ и принципов отношения врача к душевнобольному, которые составляют сердцевину современной деонтологии. Начинается она с уже упомянутого мной Устава, составленного в 1832 году в Петербурге, и в последующем продолжалась в земский период отечественной психиатрии.

Истинно гуманное отношение к больному, искренняя заинтересованность в его судьбе, неизменное уважение его достоинства, стремление использовать сохраненные стороны его личности для максимально возможно высокой социальной реадaptации – характерная особенность земской психиатрии, опыт которой является ценнейшим вкладом в фундамент современной деонтологии. Вот, например, что писал заведующий домом умалишенных и старший врач Харьковской губернской земской больницы Павел Иванович Ковалевский в своем неоднократно переиздававшемся «Руководстве к правильному уходу за душевными больными»: «Обращение с больными в больнице должно быть всегда человеколюбие, 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 места в

обращении с этими больными. Они слишком чутки даже к искусственности и очень не любят человека, который только прикидывается добрым».

Наставления Ковалевского служат прекрасной иллюстрацией должного в психиатрии врачебного отношения к больным. В них он четко определяет и требования, предъявляемые к личности врача: «Как хороший хирург зондирует рану только в крайнем случае, так и хороший психиатр должен касаться душевной раны больного только в виду исследования. Более чем где-либо в обращении с душевными больными требуется искренность, человечность и любовь к ближнему. Кто не имеет этих качеств, тот не может быть хорошим психиатром».

Не меньшее внимание уделял автор и правилам должного отношения к душевнобольным со стороны среднего и младшего персонала психиатрических больниц. По существу, все современные положения деонтологии, в том числе и ее социально-реабилитационный аспект, были сформулированы земской психиатрией. Тот же Ковалевский отмечал, что «...помимо медицинского лечения душевных больных, важную роль в деле излечения больных играют обстановка их содержания», а также, что «...в высокой степени благотворно действует на душевных больных физический труд, ремесла, садовые работы и прочее». Более того, он указывал на необходимость индивидуальных, в зависимости от образования, личностных особенностей и способностей, рекомендаций к назначению трудотерапии. При этом, подчеркивал Ковалевский, главная задача врача – вернуть больному «самостоятельность, внушить к нему доверие общества, в среду которого он поступает членом» после выписки из больницы. Уместно напомнить, что в период земской психиатрии перед выпиской больного из стационара на место его будущего проживания выезжал специальный работник, который подготавливал благоприятные для него микросоциальные условия жизни.

Традиции гуманизма, сложившиеся в практической психиатрии, легли в основу теоретических положений, которые начали разрабатывать с самого начала научной деятельности первые в России кафедры психиатрии. Иван Михайлович Балинский, возглавивший созданную в 1857 г. Первую кафедру психиатрии (в составе Военно-медицинской академии Петербурга), является одним из первых теоретиков «щадящей» и последующей «восстановительной» терапии. Основатель московской школы психиатров С.С. Корсаков, как о нем вспоминал П.Б. Ганнушкин: «всю свою жизнь – короткую и в то же время необычайно длинную по всему тому, что он сделал, – посвятил организованной и систематической заботе о душевнобольном, защите его прав, активной любви к нему. Он учил и научил своих учеников любить душевнобольного и активно заботиться о нем: в этом его колоссальная и вечная заслуга».

Научные концепции персонологии в применении к психиатрии **обязывает** врача в своей практике искать даже у хронически психически больных те социально-личностные потенции, которые сохранились с преморбидного периода и которые должны помочь больному использовать их для целенаправленной регуляции своей жизни, для утверждения себя как личности, имеющей общественно-деятельную значимость.

Разумеется, чем сильнее личность поражена в результате заболевания, тем больший ущерб наносится ее психологической индивидуальности, однако об «обезличенности» больных в буквальном смысле слова можно говорить лишь при состояниях полного помрачения сознания. Авлипий Давидович Зурабашвили, выдающийся психиатр XX века, на основе многолетнего исследования вопросов персонологии у психически больных пришел к выводу, что не только на поздних стадиях шизофрении, но даже «в случаях полного руинирования интеллекта грубо органической природы, при абсолютной дезориентации и потери памяти, отмечались активные следы специфически человеческого качества – представлений о морали, добре и зле», что такие больные могли различать плохое и хорошее отношение к себе и соответственно реагировать на него. Что же касается наиболее распространенного психического заболевания – шизофрении, то для него характерно чрезвычайно разнообразные сочетания патологически измененных и сохранных черт личности, что всегда должно учитываться психиатрами. В этом отношении представляет интерес утверждение такого крупнейшего психиатра современности, как M.Bleuler: «При шизофреническом слабоумии можно при глубоком изучении больных доказать, что все нормальные интеллектуальные и эмоциональные возможности у них сохранены. Они не только не разрушены, но даже не снижены болезненным процессом (как при органическом слабоумии); они сохраняются наряду или позади болезненных расстройств». По существу было сказано, что ничто человеческое не чуждо больным шизофренией.

Отмеченная парциальная личностная сохранность больных делает их особо чувствительными к негативным социальным факторам, которые дискредитируют их личность. Помимо того, что они способствуют усугублению резидуальной психопатологии и препятствуют посильному возвращению к жизни, они могут формировать у них описанный нами "синдром оппозиционной напряженности", непосредственно содержащий фактор риска совершения общественно опасного деяния.

Образуется замкнутый порочный круг: психическое заболевание – госпитализация – далее сложности с трудоустройством – снижение социальной адаптации – алкоголизация и (или) наркотизация – ухудшение психического состояния с развитием оппозиционного отношения к обществу – общественно опасное деяние – госпитализация.

И снова по тому же кругу, только с еще большими проблемами на каждом этапе.

Один из наблюдавшихся нами в Орловской психиатрической больнице спецтипа больных после хождений по такому кругу в день очередной выписки из психиатрической больницы демонстративно, на глазах у посетителей разбил у входа в обком партии вывеску с его обозначением. Он был тут же задержан охраной, по обвинению в хулиганстве проходил судебно-психиатрическую экспертизу и как невменяемый был вновь помещен на принудительное лечение в ту же больницу, из которой его недавно выписали вне психотического состояния. На вопрос о мотивах содеянного он объяснил, что общество его не понимает и не принимает, что он уже имеет достаточный опыт чинимых ему препятствий для прописки и трудоустройства, что он не хочет "умирать голодным под забором", а поэтому ему лучше остаток жизни провести на принудительном лечении.

Оздоровление миросоциальной атмосферы экстрамуральной жизни больного, коррекция неадекватно негативных к нему отношений, ограждение от отрицательных социальных воздействий – важное положение психосоциальной концепции практической помощи для профилактики ООД.

В этой связи нельзя не подчеркнуть такой важный аспект работы психиатров в преодолении существующего в населении дискриминационного отношения к психически больным как использование всех доступных каналов средств массовой информации. Призываю участников рабочего совещания активно включиться в эту архиважную деятельность.

Заканчивая выступление, хочу повторить афоризм 19 века: «по тому, как устраивает своих душевно больных данное общество, можно судить о степени распространения цивилизации в нем». Хотелось бы, чтобы участники нашего рабочего совещания, используя свой научный потенциал, дали практике новые импульсы, которые по существу будут и вкладом в развитие цивилизации нашего общества. Вместе с тем, хочу напомнить и слова Альфреда Шнитке: "Всякий импульс к новому всегда и творческий и реакционный. Его нельзя просто приветствовать как принцип нового и тем самым хорошего. Новое – это и хорошее, и плохое; каким оно станет, зависит от людей, которое возьмут делать это новое...". Применительно к нашей теме это означает: эффективность нашего рабочего совещания определится тем, будут ли новые научные положения реализовывать в практической деятельности психиатры, помнящие установки попечителя по нравственной части доктора Рюля: «страшись не признать своего психически больного пациента себе подобным".

В порядке Post scriptum. Моя научная деятельность как психиатра во многом обязана практической работе в Орловской психиатрической больнице специализированного типа. Я был первым председателем центральной комиссии минздрава по прекращению принудительного

лечения. Это было 35 лет назад. Практическая работа со многими тысячами пациентов этой больницы дала мне колоссальную информацию к научным размышлениям, которые изложены в десятках публикаций. На моих глазах по существу тюремная больница благодаря высоко гуманной и особо продуктивной научно-практической деятельности Татьяны Алексеевны Котовой превратилась в образцово-деонтологическое психиатрическое учреждение, в котором больные могут получать не только медикаментозное лечение, но и духовную помощь в лице священнослужителя в построенной на территории больницы церкви.

КАК ВРАЧУ СОХРАНИТЬ СВОЮ ХРИСТИАНСКУЮ СОВЕСТЬ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

В современных условиях рыночной экономики, когда за лечение взимается плата, а большинство людей не могут себе этого позволить, вопрос сохранения совести для верующего врача встал достаточно остро. «Врач в условиях капитализма – мелкий предприниматель» (К.Маркс).

Врач часто стоит перед дилеммой: либо нарушить закон совести о помощи ближнему, либо инструкции лечебного учреждения, в котором он трудится. И то и другое вызывает смятение чувств и угрызение совести.

Однако и в условиях платной медицины практикующий врач может хранить свою христианскую совесть. Внутреннее делание хранения и испытания совести подробно излагает преп. Никодим Святогорец.

Всяким хранением храни, брате, совесть свою чистою и в мыслях, и в словах, и в делах, да будет она всегда безукоризненна и никогда да не осуждает и не грызет тебя ни за что. Если будешь так делать, она большую приобретет у тебя силу и во внутреннем твоём, и во внешнем действовании и, став госпожою над всем, станет добре править твоёю жизнью. Чистая совесть и жизнь твою сделает безукоризненною, ибо тогда она будет чутка и сильна на добро и против зла. Она закон, Богом начертанный в сердцах людей, в освещение путей их и в руководство во всем достоудном, как учит апостол Павел, называя её *делом законным, написанным в сердцах* (Рим. 2, 15); основываясь на сем, св. Нил такой даёт каждому урок: «Во всех делах своих, как светильником, пользуйся руководством совести».

В четырёх отношениях должно тебе блюсти совесть свою безукоризненную: ***в отношении к Богу, к себе самому, к ближним и ко всем вещам, кои в руках у тебя.***

Все это тебе ведомо; напомним, однако ж, тебе главнейшее. В отношении к Богу - пребывай в памяти Божией и ходи в присутствии Божиём; осознавай себя носимым и хранимым силою Божиею и ведомым к тому концу, для которого Он воззвал тебя к бытию; и себя, и все свое посвящай на служение Богу и во славу имени Его; в Нем живи, на Него уповай и Ему предай участь свою, и временную и вечную»¹.

На своём рабочем месте верующий врач может извлечь из своего служения большую духовную пользу, а именно, вести сокровенную жизнь

¹ Преподобный Никодим Святогорец. Невидимая брань. Издательство им. свт. Игнатия Ставропольского. М. 2000. С. 266-267.

в Боге. Одним из приемов этого умного труда Св. Феофан Затворник называет угождение Богу и делание всего во славу Бога. Если врач каждый день спрашивает себя «Как мне угодить сегодня Богу и как прославить имя Его?» - Господь помогает ему независимо от неблагоприятности обстановки. Мы забываем, что Господу часто важно намерение нашего сердца и от нас, как бедной вдовицы, Он готов принять и две малые лепты.

«В отношении к себе самому - будь справедлив к себе и каждой части своего естества отдавай должное: *дух* твой, ищущий Бога, небесного и вечного, да властвует над душою и телом, которых назначение - устроить временную жизнь; *душа*, подчиняясь велениям духа, выю ума да подклоняет Богооткровенной истине и ею да освещает всю область своего ведения; *волю* да держит в порядках заповедей Божиих, не давая ей, в противность им, уклоняться к своим похотениям; сердце да учит находить вкус только в вещах Божественных и в том, что носит отпечатки и служит выражением Божественного, и в сем духе да ведет дела и порядки житейские и общественные; *телу* давай нужное и, соблюдая в сем строгую умеренность, имей законом — никогда ни в чем *не творить плоти угодия в похоти* (Рим. 13, 14). Храня сие, будешь добрым правителем себя самого и истинным себе благодетелем»².

«В отношении к ближним - чти всех, как образы Божии, всем благожелай и благодетельствуй по силе; пред всеми смирайся и всем угождай в пределах добра; радуйся с радующимися и соскорби скорбящим; никого не осуждай и не уничижай, даже в мысли и чувстве; от ищущих у тебя совета и вразумления не скрывай истины, когда знаешь; сам же в учителя никому не навязывайся; паче же всего - блюди мир и согласие со всеми, с готовностью на всякие для того со своей стороны жертвы, и всевозможно избегай соблазнить кого»³.

На деле в условиях хозрасчета один врач часто возвышает себя в глазах больного недозволенным способом — за счет унижения своего коллеги, за глаза порочив его как личность, не скрывая тактично ошибки своего сослуживца. Желая сохранить свою востребованность, а, следовательно, доходность, опытные врачи не всегда открывают молодым врачам тайны врачебного мастерства, видя в них своих будущих конкурентов. В итоге страдает больной.

В этом контексте в условиях платной медицины хранение совести врача по отношению к пациентам должно выражаться в его правдивости по отношению к лечению. Врач искушается соблазном назначить препараты или операцию, превышая меру надобности, не соответствующую тяжести заболевания пациента, исходя из корыстного, сребролюбивого мотива. Особенно характерно это для коммерческих

² Преподобный Никодим Святогорец. Невидимая брань. Издательство им. свт. Игнатия Ставропольского. М. 2000. С. 267.

³ Преподобный Никодим Святогорец. Невидимая брань. Издательство им. свт. Игнатия Ставропольского. М. 2000. С. 267.

фирм. Платежеспособность становится диагнозом для такого врача, а больной попадает в ситуацию, о которой так говорится в 38 главе Книги Премудрости Иисуса, сына Сирахова: «и дай место врачу – ибо и его создал Господь, и да не удаляется он от тебя, ибо он нужен. В иное время и в их руках бывает успех, ибо и они молятся Господу, чтобы Он помог им подать больному облегчение и исцеление к продолжению жизни. Но кто согрешает пред Сотворившим его, да впадет в руки врача!» (Сир. 38, 12-15).

У врача всегда есть выбор: похлопотать за малоимущего больного перед вышестоящими инстанциями о благотворительной или платной по льготной госпитализации: положить пациента как родственника или, наоборот, бесчеловечно пропустить сквозь фильтр платных услуг. Есть места и диагностические манипуляции, где оплата обязательна, так как это связано с закупленными реактивами или инструментами или материалами (как материалы в стоматологии или рентгенологии). Там, где врач может позволить себе уменьшить финансовое страдание больного, он должен использовать эту возможность максимально.

В современной ситуации у врача в некоммерческом медицинском учреждении два пути – либо поставить перед больным условия, что пока он не заплатит лично доктору – лечение не получит, либо – вылечить больного и принять денежное или другое вознаграждение.

К первому варианту врачи прибегают чаще, так как неизвестно, отблагодарит ли его больной после излечения или нет. К тому же врач финансово не заинтересован в принятии пациента, так как больной заплатит в кассу больницы большие деньги, а сам врач получит через несколько месяцев копейки после всех вычетов. Претензии же к врачу со стороны пациента будут максимальными, так как по его мнению оплата лечения связывается именно с лечащим врачом.

Первый вариант безнравственный, так как он ставит врача в разряд вымогателей, ко второму варианту многие врачи не готовы, особенно неверующие и не придерживающиеся христианских принципов. Надо как-то выжить и прокормить семью.

Для врача христианина применим второй путь. Благодарный больной сам отблагодарит врача, исходя из своих материальных возможностей. Принимая благодарность, врач не погрешает, так как полагается на промысел Божий и ничего не требует у больного. Врач должен в свою очередь поблагодарить Бога, отделив какую-то, установленную им самим, часть полученных от больного средств в церковь или нищим.

Иногда врач утяжеляет диагноз, чтобы положить пациента по скорой помощи на бюджетную койку. Здесь врач совершает неправду, но по любви к ближнему. Ибо, если больной не получит помощь сегодня таким путем, то завтра, не имея возможности оплатить лечение, не сможет лечь в больницу и заработает себе тяжелое осложнение или даже смерть. Такой врач становится евангельским несправедливым работодателем и Бог оправдает его на Страшном суде.

Сейчас, когда система ОМС хорошо не отработана, главные врачи и заведующими отделениями устраивают систему фильтрации денежных средств пациентов. У одних мотив – сохранить учреждение от распада, у других – корысть.

Поэтому, если православный врач будет соблюдать святоотеческий совет «всем благожелать и благоденствовать по силе»⁴, и добавим, за все благодаря Бога, его совесть будет покойно храниться при любых финансовых инструкциях свыше.

«В отношении к вещам - почтительно относись ко всем, как к творениям Божиим, какие Бог дает тебе во владение, храни и употребляй во славу Божию, будь всякою мерой их доволен и благодари за них Бога, ни к чему не пристражайся и на все смотри, как на способы и орудия внешние, чтоб свободно распоряжаться ими и не иметь в них уз и препон в добрых начинаниях своих, не допускай себе почивать на них, как на хрупких опорах, не хвались своими, не завидуй чужим, не скупись и не будь расточителен не на доброе.

Все сие исполнять каждодневно всякому приходится в том или ином виде, чуть не на каждом шагу. Если так *добре* будешь жить, *добру* будешь *иметь* и *совесть*, подражая св. Павлу (Евр. 13, 18).

Добре хотящие жити, ревнители о спасении все так и действуют, всячески стараясь ни в чем из того не погрешить и ничем не запятнать своей совестью. При всем том, однако ж, то мысли и чувства, то слова, а то и дела неправые проскользают, иной раз незаметно, а то и заметно, и запыляют чистый лик совести так, что к концу дня редкий не бывает похож на путника, шедшего по пыльной дороге, у которого всюду набивается пыль, и в нос, и в рот, и в волосы, и все лицо покрывает. По сей причине и положено всякому, ревнующему о спасении, вечером испытывать свою совесть и, уяснив себе все неправости, допущенные днем в мыслях, словах и делах, очистить их покаянием, т. е. делать то же, что делает запылившийся путник: путник умывается водой, а ревнующий о спасении очищает себя покаянием, сокрушением и слезами.

Испытание должно исследовать все: доброе и не доброе, правое и неправое, по всем вышеозначенным сторонам. Что увидишь правым по существу дела посмотри, право ли оно по побуждению и намерению, право ли по образу совершения и право ли ты взглянул на то по совершении - не сделал ли ты то для показности или из человекоугодия, или по самоугодию, к месту ли, ко времени ли, к лицу ли и после того не потрубил ли ты перед собой и не помечтал ли о себе, не воздав славы Богу. Правое дело право воистину, когда оно делается из покорности воле Божией и во славу Божию, с полным самоотвержением и самозабвением.

Что увидишь неправым, рассмотри, как случилось, что ты сделал то, когда держишь постоянно желание делать одно правое, какие были к тому

⁴ Преподобный Никодим Святогорец. Невидимая брань. Издательство им. свт. Игнатия Ставропольского. М. 2000. С. 267.

поводы и при-чины, внутренние и внешние, как бы тебе следовало править собой в данном случае, чтоб не погрешить, и почему ты этого не сделал; затем, осудив себя, а никого и ничего другого, разумно определи, как следует тебе держать себя, чтобы впредь не погрешить в таких же или подобных обстоятельствах, и предпиши то себе в закон с решимостью и исполнять его без уклонения и поблажки себе или человекоугодию пользуясь, таким образом, для удобрения нивы сердца своего и нечистотами.

Кончив испытание, за все исправное возблагодари Бога, никакой не присвоя себе в том части, ибо воистину Он *есть действуя* в нас и *еже хотети* и *еже деяти* (Флп. 2, 13), и без Него не можем мы творить ничего доброго (см.: Ин. 15, 5). Возблагодарив же Бога, забудь то, подражая св. Павлу, чтоб по его же примеру с большим усердием *простирается в предняя* (Флп. 3, 13). Во всем же неисправном покайся и сокрушись пред Господом, окаывая себя, что на твоей трапезе предложения никогда не приносишь Ему совершенно чистых хлебов, а все с мякиной и сором, и твердое полагая намерение строго следить за собой в следующий день, чтоб ничего не прорывалось недолжного, не только в делах и словах, но и в мыслях, и чувствах.

Внимающие себе все сие, т. е. и испытание, и только что указанное заключительное его действие, совершают среди самого течения дел дня, так что вечером испытание совести бывает у них только повторением дневного, его исправлением и пополнением. И нельзя не согласиться, что такой образ действия лучше и естественнее. От совести не укроешь, что допущено недоброго; заметив же то, она тотчас и беспокоиться начинает. Не естественнее ли тотчас же и успокоить ее самоосуждением, сокрушением и определением вперед быть исправным, чем оставлять это до вечера?»⁵.

В свете слов преп. Никодима уместно нам, любезные коллеги, вспомнить о самоиспытании врачебной совести. Я редко встречал врачей, которые бы постоянно каялись во «врачебных грехах».

Врачебные грехи можно распределить по нескольким группам.

Первая группа: грехи невежества – когда из-за недостойной компетентности или необученности мы приносим больным страдания, которых не было бы, если бы уровень профессионального мастерства был более высок.

Преодоление этой группы грехов – постоянная работа над собой, над своим профессиональным уровнем, своей ленью и нерадением к специальности. Врач обязан учиться всю свою жизнь. Все меняется: препараты, оборудование, ситуации. Врач – это не станок, не механизм. Это человек практически проживающий свою жизнь вместе с больными,

⁵ Преподобный Никодим Святогорец. Невидимая брань. Издательство им. свт. Игнатия Ставропольского. М. 2000. С. 268-270.

учитывающий, анализирующий все факторы происходящего вокруг него и адаптирующий их к своему положению.

Вторая группа: грехи немощи – когда по усталости, или плохому настроению, или рассеянности, или невнимательности, или болезненности телесного естества нашего мы пропускаем или не замечаем симптомов болезни и ставим диагноз неправильно или поздно. Грех немощи, часто связан с гордостью. Мы не хотим себе признаться, что эта ошибка в диагностике или проводимом вмешательстве связана с тем, что мы сегодня хуже. А надо сказать: «Да, я сегодня плохо оперировал, да я сделал пациенту больно и неудачно пунктировал или пальпировал больного, прости меня, Господи». Мы часто забываем, что все это является предметом покаяния.

Преодолевается эта группа грехов смиренным обращением к Богу. Образец такого обращения в состоянии немощи и усталости оставил нам св. прав. Иоанн Кронштадский: «Господи, имя Твое – Сила! Укрепи меня, изнемогающего и падающего!» Сам помоги мне не ошибаться в диагностике и лечении.

Третья группа: грехи сребролюбия – когда мы ощутили в себе движение сердца, в котором преобладало желание поиметь личную финансовую или человеческую выгоду с больного человека, а не служение болящему Христу. Мы должны принимать каждого пациента как посланника Божия, как Божие благословение и спрашивать в сердце: «Господи, чем я могу помочь этому человеку, чего Ты ждешь от меня по отношению к нему?». Всегда ли мы так делаем? Всегда ли мы молимся за наших пациентов, а ведь как врачи мы призваны к этому Богом. Всегда ли мы говорим: «Господи, помилуй моего больного, которого Ты вручил мне»?

Преодолевается грех сребролюбия врача всецелым преданием себя в руки Божии, упованием на благой промысел: «Господь дает столько сколько нужно, когда нужно и через кого нужно. Он не оставит меня без хлеба. Я буду лечить во имя Твое, Ты же Сам позаботься обо мне». Сребролюбивый врач никогда не преуспеет духовно, потому что препятствует Божией милости. Как говорит старец Паисий Святогорец «для того, чтобы преуспеть, требуется многое доверие к Богу».

Четвертая группа: грехи самоуверенности – когда наше рациональное знание и уверенность в том, что я все смогу сделать заслоняет Христа. Врачебная неуверенность- дело плохое, но и самоуверенность – скверное. «Все могу о укрепляющем меня Иисусе Христе» – вот правильное внутреннее устройство православного доктора. А всегда ли мы благодарим Господа за то, что Он дал возможность послужить Ему, за то, что пощадил больных и помог нам в лечении?

Грех врачебной самоуверенности верующий врач может преодолеть благотворным самоуничижением: «Без Тебя Господи, не смогу творить ничего».

Пятая группа грехов связана с нарушениями общеизвестных правил этики и деонтологии. Это уже – сама христианская жизнь и христианский подвиг – соблюдать заповеди Божии там, где их никто не хочет соблюдать. Поэтому соблюдение найденных принципов медицинской этики синергично стремлению врача к христианской жизни в миру.

И все это дорогие, если мы не делаем, и устроены так является предметом покаяния духовникам нашим перед Богом.

«Приложу тебе еще одно-другое указание на этот предмет, - говорит преп. Никодим. - Сколько можно строже разбирай дела свои и углубляйся в производство их и потом суд произноси над собою нещадный. Чем глубже будешь вникать во все бывающее в тебе и от тебя и неправое устранять, а в правом утверждаться, тем скорее очистится совесть твоя, подобно как чем глубже роются, ископывая колодец, тем чище бывает в нем вода.

Совесть, узнав правое и неправое, не престанет уже требовать действия согласно с первым и преследовать судом и угрызением за допущение второго. Но пока она не дойдет до полного ведения о том и другом или пока не стяжет *чувствия* обучена в *разсуждении добра же и зла* (Евр. 5, 14) и не станет таким образом, в себе самой *иметь очи видеть* она состоит в некоторой зависимости с сей стороны от других душевных сил, и особенно - рассуждения. Рассуждение же, пока сердце не очистится от страстей, нередко бывает подкупаемо последними и обставляет дела многими извинениями, которые, отуманивая око совести, вводят ее в заблуждение, и она признает иной раз черное белым...

Начинай и оканчивай обсуждение дел своих усердной молитвой, да даст тебе Господь очи увидеть сокровенности сердца твоего, ибо *глубоко сердце (человеку) паче всех и кто познает его* (Иер. 17, 9)? Никто как Бог, Который *болий есть сердца нашего и весть вся* (1 Ин. 3, 20), *Един весть сердца всех сынов человеческих* (3 Цар. 8, 39). Есть глубоко в сердце кроющиеся неправые чувства, которые иной раз мельком проскальзывают в дела, а иной раз и, не быв замечены, обдают их воней греховною. Вот молись с пророком Давидом: *от тайных моих очисти мя* (Пс. 18, 3)»⁶.

⁶ Преподобный Никодим Святогорец. Невидимая брань. Издательство им. свт. Игнатия Ставропольского. М. 2000. С. 270-271.

Этико-религиозные и философские проблемы производства и использования генетически модифицированных источников питания

1. Введение.

Новые биотехнологии становятся вызовом современной науке, этике и богословской мысли. Одна из наиболее актуальных тем западноевропейских дискуссий – производство и использование генетически модифицированных источников питания (ГМИП) до настоящего времени практически не обсуждается в российском профессиональном сообществе медиков, специалистов в области биоэтики и экологов. По данному вопросу в России опубликованы буквально единичные исследовательские работы. В Социальной концепции Русской Православной Церкви этот вопрос не рассмотрен. Российские средства массовой информации, обсуждают эту проблему и с точки зрения количества публикаций и с точки зрения их профессионализма не достаточно. Документы, регламентирующие в России использование ГМИП – слабые копии аналогичных директив, принятых в странах ЕС. Разумеется, в некритическом заимствовании научных истин, равно как и их правового воплощения, нет ничего предосудительного, - в силу свойства «обязательности» для научного сообщества доказанных и обсужденных научных результатов. Однако же, различные требования, предъявляемые в разных странах к ГМИП и колоссальная разница между посевными площадями с генетически модифицированными растениями в различных регионах, свидетельствуют, что проблема очень далека от окончательного решения. Мировая динамика роста площадей возделывания трансгенных культур поражает своими размахами: с 1996 по 2003 год количество посевных площадей под эти цели выросло в 40 раз: с 1,7 до 67,7 млн. гектар. Лидерами здесь являются США, Аргентина, Канада. Мировые продажи трансгенных растений (в основном соя, хлопок, кукуруза, семена рапса) увеличились с 75 млн. долларов США в 1995 году, до, примерно 8 миллиардов долларов, в 2005 году.¹ Та «теплохладность», с которой научной сообщество России обсуждает эту проблему, может обернуться для страны аргентинской моделью использования трансгенных биотехнологий, на которой имеет смысл остановиться несколько более подробно.

¹ Петухов А.И. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. НИИ Питания РАН. М.:2001.

Аргентина, которая приняла технологию ГМИП так быстро, как ни одна другая страна мира, заслуживает самого пристального внимания и изучения ввиду определенного сходства с Россией по некоторым макроэкономическим процессам. После эпохи тоталитарного режима военной диктатуры (со вполне регулируемым рынком), пришло правительство Менема (1989-1999.г.), будущий министр экономики которого Хосе А. Мартинес де Хос, еще в 1977 году сказал: «Будет ли Аргентина производить сталь или печенье – решит рынок».² Практически нерегулируемая либерализация экономики, была осуществлена настолько энергично, что у аргентинцев сложилось мнение о том, что государственная экономическая политика - состоит как раз в отсутствии вмешательства государства в экономику. Произошло разрушение промышленности, связанное с ликвидацией всех формы поддержки и стимуляции национальной индустрии. Количество рабочих стремительно уменьшалось в стране с 6 млн. в 1976 году до 1 млн. в 2001 г.³ Если в 1955 число рабочих составляло 54% от работающего населения, а в 1974 – 48%, то в 2001 – только 18%. Сходные процессы происходили и в сельском хозяйстве. Только с 1990 по 2001 год исчезло 160 тыс. сельскохозяйственных производителей. (Для сравнения: в Российской Федерации с 1992 по 2004 годы численность промышленного персонала уменьшилась на 41%: с 20020 до 11800 тыс. человек, посевные площади сельскохозяйственных культур на 31%: с 114591 до 78785 тыс. гектаров⁴. На фоне таких деструктивных процессов в промышленности и в сельском хозяйстве, началось массовое обнищание населения. В 2004 году 30% населения оказалось за чертой бедности (в России численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума в 2004 году составляла примерно 18% всего населения, в 1992 году – 33,5%⁵), с 1990 по 2003 г. в Аргентине 450 тыс. человек умерло от голода. В 2003 году в этой стране от болезней, связанных с голодом умирало ежедневно 55 детей, 35 взрослых, 15 стариков.⁶ В этой связи, проблема производства в Аргентине дешевых ГМИП, уменьшающих затраты сельскохозяйственного производства, имеет явную социальную значимость. Попытка решить проблему недоедания, как в самой Аргентине, так и в интересах экспорта в другие страны Латинской Америки, привела к резкому увеличению количества выращиваемой трансгенной сои, так, что даже стали говорить о «соизации» Аргентины. В 2004 году в этой стране было произведено 34,5 млн. тонн этой культуры, - то есть 49,5% всех выращенных в Аргентине зерновых. На эти цели под посевами оказалось 14 млн. га, - 54% всех посевных площадей страны. Генетически модифицированная соя стала

² Jorge Lapolla. La Biotecnologia Transgenica en Argentina, p.1. www.Ecoportal.net

³ Там же

⁴ Федеральная служба государственной статистики. Банк готовых документов: Россия в цифрах – 2005 г.: www.gks.ru

⁵ Там же

⁶ Jorge Lapolla. La Biotecnologia Transgenica en Argentina, p.4

основной сельскохозяйственной культурой Аргентины. При чем, в США только 40% выращиваемой сои является трансгенной. В Аргентине этот показатель равен 99%.⁷

Отметим здесь, что по данным российского Федерального реестра пищевой продукции, полученной из генетически модифицированных источников, на 26.02.2001 года в нашей стране было зарегистрировано и допущено для использования на внутреннем рынке 81 вид трансгенного пищевого сырья. Практически все из них являются производными сои. На российском рынке наиболее часто ГМИП встречаются именно в продуктах, содержащих сою. В 2004 году службами Госсанэпиднадзора Российской Федерации⁸ обнаружили трансгенные соевые добавки в 17,7% всех исследованных мясных продуктов, в 16,7% хлебобулочных и крупяных изделий. Контроль использования соевых концентратов в России выявил факты фальсификации, когда на пищевой продукт, содержащий генетически модифицированные соевые компоненты, представлялись документы, в которых декларировалось их отсутствие⁹.

Аргентина имеет богатый опыт в области изучения влияния генетически модифицированной сои на здоровье населения. Именно с этим ГМИП аргентинские специалисты связывают рост аллергий, онкологических и аутоиммунных заболеваний. Впрочем, медицинские оценки ГМИП крайне противоречивы. С одной стороны, исследователи говорят о возможной опасности трансгенных источников питания. Так, например, по материалам профессора Gian Carlo Delgado Ramos (2003) сообщается¹⁰, что генетически модифицированная соя-RR спровоцировала 27 смертей и различные неблагоприятные реакции у 1500 пациентов в США. С другой стороны, в мире растет и число сторонников использования ГМИП, доказывающих их совершенную безвредность при адекватной медико-биологической проверке¹¹.

Хлынувший в Россию поток продуктов, содержащих трансгенные компоненты, в условиях неоднозначности результатов исследований в области медицинской и экологической их безопасности, ставит ряд проблем. Во-первых, необходим этический анализ и этическая оценка мотивов разработки, производства и использования генетически модифицированных продуктов питания. Во-вторых, нужно провести этический и методологический анализ предпосылок аргументации исследователей, которые позиционируют себя как сторонников и

⁷ Jorge Lapolla. La Biotecnologia Transgenica en Argentina, p.3

⁸ Федеральная служба государственной статистики. Банк готовых документов: Россия в цифрах – 2005 г.

⁹ Федеральная служба государственной статистики. Банк готовых документов: Россия в цифрах – 2005 г.

¹⁰ Jorge Lapolla. La Biotecnologia Transgenica en Argentina, p.7

¹¹ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 13 от 31.12.2004 «Об усилении надзора за пищевыми продуктами, полученными из ГМИ» www.crc.ru

противников ГМИП. В-третьих, не осуществлен этико-философский анализ российской правовой базы, регламентирующей использование ГМИП. В-четвертых, проблема должна быть исследована и оценена с позиций Православной Церкви. И, наконец, необходимо сформулировать принцип ответственности за создание и использование ГМИП. В данной работе обсуждаются самые основные из этих проблем.

2. Цели создания, производства и использования ГМИП.

При ближайшем рассмотрении обнаруживаются различия в целях создания, производства и использования трансгенных источников питания. Так, целью создания растительных ГМИП (а к ГМИП в настоящее время относят три группы живых организмов – растения, животные, микроорганизмы) является «улучшение вида», - получение видов, устойчивых к 1) гербицидам, 2) насекомым, 3) вирусам. Разумеется, использование пестицидов, гербицидов и удобрений удорожают сельскохозяйственное производство, которое, будучи регулируемым законами рынка, как раз должно предусматривать снижение экономических затрат (на топливо, реагенты, а также за счет экономии труда) и повышением валового выхода продовольственного сырья. Обратим внимание на то, что цель создания ГМИП состоит не столько в том, чтобы расширить пространство научных возможностей (как это было на заре генной инженерии, когда Хочкин скрестил генетический материал человека и мыши), сколько в улучшении вида для увеличения его продаж. Мичуринская селекция, ставившая целью улучшение потребительских свойств (органолептических, а не производственных: изменение цвета или вкуса яблока не означало автоматического роста продаж в силу различия предпочтений потребителей) под лозунгом «взять все от природы», кажется вполне невинной затеей в сравнении с трансгенными технологиями. Anderson и Jackson (2004)¹² в своем расчете в области политэкономии генетически модифицированных продуктов, убедительно показали, что США является страной наиболее экономически заинтересованной в том, чтобы США, Канада и Аргентина оставались крупнейшими производителями трансгенных источников питания, а страны ЕС не накладывали бы мораторий на потребление и производство ГМИП, и\или не увеличивали бы посевных площадей с трансгенными культурами.

Технология ГМИП в истории науки - это беспрецедентное намерение, - уже не ученых, но фондовых бирж, сельскохозяйственных корпораций и промышленных холдингов, которые пытаются заставить двигаться микроэволюцию и генетический материал по законам рынка. Только будет ли генетический материал двигаться по законам рынка,

¹² Policy Research Working Paper 3395. Trade, standards and the Political Economy of Genetically Modified Food. 2004, с.28

который устанавливает собственную шкалу нравственных ценностей, имеющих мало общего с Евангельской проповедью?

В этой связи обращает на себя внимание тот факт, что отличие аргументов сторонников и противников ГМИП – это отличия производителей и потребителей. Последние ставят закономерные вопросы: 1) об изменении пищевой ценности, об аллергическом, токсическом действии, об онкогенезе сопряженном с трансгенными изменениями, 2) о незадаанных эффектах выражения генов, - то есть о незапланированных морфологических, биохимических и физиологических реакция живого организма на генетическую модификацию, 3) об отдаленных последствиях для микроэволюции (например, обсуждается возможность встраивания генетического материала в микробиоценоз кишечника).

Среди аргументов сторонников производства и потребления ГМИП: необходимость решения проблемы голода и проблемы токсического воздействия химикатов, применяемых в сельском хозяйстве. Как известно, около 1 млрд. человек на Земле голодают, из них 50% дети. Однако причинами голода и недоедания, помимо медленного роста урожайности, являются и другие факторы: ухудшение качества окружающей среды, рост численности народонаселения, неправильное распределение доходов в обществе, особенности сельскохозяйственного производства в странах «третьего мира» (которые производят то, что выгодно экспортировать, а не то, что необходимо для внутреннего потребления). Поэтому, попытка увеличить урожайность, в том числе и трансгенными культурами, является не единственным путем выхода из продовольственного кризиса. Другими типами реакции на него являются: 1) увеличение роста посевных площадей, 2) улучшение распределения национального дохода среди населения, 3) изменение структуры потребления в обществе (ограничение потребления в «обществах изобилия» и ограничение численности населения в развивающихся странах).

Бесспорна и проблема вреда сельскохозяйственных химикатов. Исследования, проводившиеся еще в 80-х годах 20 века, установили, что использование пестицидов приводят ежегодно к возникновению 20 тыс. новых случаев рака в мире.¹³

В странах «третьего мира» ежегодно умирает около 10 тыс. человек и заболевает около 400 тыс. человек занятых в сельском хозяйстве от отравлений, связанных с пестицидами.¹⁴ Разумеется, использование химикатов не должно создавать опасности для здоровья людей или окружающей среды. Однако, трансгенные сельскохозяйственные культуры с их не изученными до конца медико-биологическими и экологическим последствиями применения, не являются единственным путем решения токсикологической проблемы сельскохозяйственного производства. (Речь

¹³ National Research Council, Regulating Pesticides in Food: The Delaney Paradox. Washington, DC: National Academy Press. 1987, p. 57.

¹⁴ World Commission on Environment and Development. Our Common Future. Oxford: Oxford University Press 1987. p.126

идет, прежде всего, о соблюдении норм охраны труда сельскохозяйственных рабочих и синтезе менее токсичных препаратов.)

Таким образом, выявляется различие интересов производителей и потребителей ГМИП, нуждающееся в правовом и этическом регулировании.

3. Законодательное регулирование ГМИП.

В настоящее время не разработаны и не приняты единые международные документы в области регулирования вопросов создания, производства и потребления ГМИП. Международная конвенция о биологическом разнообразии указывает на недопустимость, как огульного запрещения, так и полного отказа от регулирования производства и использования генетически модифицированных организмов. В Конвенции (ст. 19, п.3) отмечается необходимость применения мер предосторожности при использовании живых измененных организмов, хотя эти меры и не конкретизируются. Таким образом, в этом международном законодательном акте, хотя и в свернутой форме, предусмотрена правовая защита двух сторон, - как производителей, так и потребителей ГМИП. Различные страны при этом, по-разному воплощают в свое законодательство положения о мерах предосторожности и формах контроля за ГМИП. В США, например, нет особых законов, определяющих критерии безопасности трансгенных продуктов, - они являются общими для всех продуктов питания («Закон о пищевых продуктах и косметических препаратах»). Напротив, одно из наиболее жестких законодательств в этой области – это законодательство стран Европы.

Так, *Европейская директива 220/90 от 23.04.90* по выпуску в природу генетически модифицированных организмов (ГМО) требует разрешение Государственного Секретаря ЕС по вопросам окружающей среды, транспорта и регионов на любое высвобождение в окружающую среду ГМО, - от одного растения в горшке до крупномасштабного промышленного производства. Процедура обращения за разрешением включает в себя: 1) оценку возможного риска окружающей среде, 2) описание природы измененного организма, 3) описание происхождения и типов переносимых генных последовательностей, 4) описание методики переноса. То есть, опять же, предусмотрена защита двух групп интересов: как потребителей (оценка экологического риска), так и производителей.¹⁵

Директива ЕС 258/97 дополняется довольно подробной регламентацией оценки медико-биологической безопасности (модели потребления, исследование пищевой ценности, аллергические и токсикологические исследования, способность ГМО изменять

¹⁵ Петухов А.И. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. НИИ Питания РАН. М.:2001.

микробиоценоз кишечника человека) и критериев технологической оценки (параметры производства, оценка физических, химических и органолептических свойств).

Исследовательская группа Кодекс Алиментариус, первое заседание которой прошло в 2000 году, отметила необходимость дополнительной оценки медико-биологической безопасности ГМИП с учетом метаболических особенностей различных потребительских групп (дети, беременные, кормящие, пожилые люди, пациенты, страдающие сахарным диабетом) и необходимость долгосрочных «хронических исследований».

*Директива Европейского Парламента №18/2001 ЕС от 12.03.01*¹⁶ вновь расширяет критерии оценки экологической безопасности генетически-модифицированных растений, прежде всего, для защиты потребителей: оценкой влияния на естественных обитателей сельскохозяйственных земель, возможных воздействий на фермеров и рабочих, занятых в сельском хозяйстве, оценку влияния на биогеохимические процессы др. Научные разработки проблемы мониторинга генетически модифицированных организмов предполагают еще более тонкие критерии оценки¹⁷, большая часть из которых проигнорирована в правовых актах, регулирующих эту проблему в России.

Наконец, *Директива Европейского Парламента №1829/2003 от 22.09.2003* о генетически модифицированных продуктах и кормах¹⁸ с апреля 2004 года вводит новые правила маркировки ГМИП в странах Европы. Маркировке будет подлежать вся пищевая продукция, полученная с использованием ГМИП при их содержании в маркируемых продуктах более 0,9%.

В Российской Федерации действует около полутора десятков документов, имеющих отношение к ГМИП.

После принятия *Международной конвенции о биологическом разнообразии*, ратифицированной Российской Федерацией в 1995 году, принимается Постановление Правительства РФ № 464 от 22.04.97 о создании межведомственной комиссии по проблемам генетической инженерной деятельности. Комиссия разработала Временные Правила безопасного получения, использования и передачи генетически модифицированных (трансгенных) растений и их фрагментов, содержащих рекомбинантную ДНК. Полный цикл предполагает испытание

¹⁶ Risk Hazard Damage (Naturschutz und Biologische Vielfalt 1)

Proceeding of the International Symposium of the Ecological Society of Germany, Austria and Switzerland Specialists Group on Gene Ecology in Hannover, 8-9 December 2003, p.189

¹⁷ Umweltbundesamt (2001) Stand der Entwicklung des Monitoring von gentechnisch veränderten Organismen (GVO) – Materialiensammlung Stand August 2001. Berlin: Umweltbundesamt, p.207

¹⁸ Пресс-релиз Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Маркировка продуктов из генетически модифицированных источников» от 24.03.2004 www.crc.ru

биологической безопасности, экологическую экспертизу, широкомасштабный выпуск.

В 1999 году принято *Постановление главного санитарного врача РФ №12 от 26.09.99 «О совершенствовании системы контроля за реализацией сельскохозяйственной продукции и медицинских препаратов, полученных на основе генетически модифицированных источников»*.¹⁹ В этом постановлении запрещено с 1.07.2000 реализовать населению пищевую продукцию и медицинские препараты, полученные из ГМИ, без соответствующей маркировки. Интересно также, что указанное Постановление рассматривается в преамбуле как подзаконный акт Федеральных законов «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и «О защите прав потребителей», а не какого-либо Федерального закона, регулирующего производство и использование ГМИП (который не принят и до настоящего времени).

В 2000 году вышло Постановление Главного государственного врача РФ от 08.11.2000 №14, которым введено Положение о порядке проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы пищевых продуктов из ГМИ, а также *Методические указания (МУК 2.3.2 970-00) «Медико-биологическая оценка пищевых продуктов, полученных из генетически модифицированных источников»*,²⁰ разработанные группой специалистов из Института питания РАМН, Министерства здравоохранения РФ, ММА им. Сеченова и др. учреждений. Специалисты в области биоэтики не участвовали в подготовке этого документа. Его биоэтическая экспертиза не проводилась. Общая композиция обоих документов и его содержание чрезвычайно похожи на Европейскую Директиву 258/97 с той лишь разницей, что в методических указаниях нет критериев оценки технологической и экологической безопасности.

В дополнении к этому, Постановлением Главного санитарного врача РФ от 16.09.2003 №149 введена санитарно-эпидемиологическая, микробиологическая и молекулярно-генетическая экспертиза пищевой продукции, полученной с использованием генетически модифицированных микроорганизмов. Разработаны и утверждены соответствующие методические указания МУ 2.3.2.1830-04.

Планом главного санитарного врача России на 2001 год предусматривалось организация последипломной подготовки специалистов по вопросам ведения контроля за ГМИП, разработка дополнительных статистических форм отчетности в этой сфере и создание группы научного сопровождения Госсанэпиднадзора за ГМИП. В этой связи уместно остановиться на проблеме маркировки продуктов, содержащих ГМИП.

¹⁹ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ №12 от 26.09.99. Официальное издание. М.: 1999

²⁰ Медико-биологическая оценка пищевой продукции, полученной из генетически модифицированных источников. Методические указания МУК 2.3.2 970-00 Официальное издание. М.:2000.

В мире существуют различные подходы к маркировке пищевых продуктов, полученных из ГМИП. Так, в США, Канаде и Аргентине такие продукты не маркируются вовсе каким-либо особым образом. В Японии и Австралии принят 5% уровень маркировки. В странах ЕЭС – 0,9%.

Система маркировки пищевой продукции из ГМИП, как указывалось выше, существует в России с 1999 года. Однако, она носила рекомендательный характер. В соответствии с Санитарными правилами и нормами СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов», с 1.09.2002 г. была введена обязательная маркировка пищевых продуктов из ГМИП. Маркировке подлежала вся пищевая продукция, содержащая в своем составе более 5% трансгенных компонентов.

Так как система оценки безопасности пищевой продукции из ГМИП предполагает проведение мониторинга за оборотом этой продукции, то в 2001-2004 году службой Госсанэпиднадзора было подготовлено в общей сложности 153 специалиста в области лабораторного контроля за ГМИП.²¹ За весь 2002 год на территории Российской Федерации было проведено лишь 148 проб, из которых трансгенные компоненты обнаружены в 39 (26,3%).²² В 2003 году специалисты Центров Госсанэпиднадзора в субъектах Российской Федерации проводили более широкую проверку предприятий пищевой промышленности, организаций оптовой и розничной торговли. На наличие ГМИП было взято 4272 пробы пищевых продуктов, из них генетически модифицированные компоненты содержали 503 пробы (11,8%).²³ При этом в импортных пищевых продуктах генетически модифицированные источники встречались чаще (14,8%). Среди исследованных продуктов, содержащих ГМИП, 36,4% не имели необходимой декларации о наличии ГМИП, среди импортных пищевых продуктов этот показатель составил 47,8%.²⁴

Ситуация стала еще более удручающей, когда в 2004 году в Российской Федерации были введены Санитарные нормы и правила СанПиН 2.3.2.1842-04, а также Дополнения и изменения №3 к СанПиН 2.3.2.1078-01, которые, вслед за принятием Директивы Европейского Парламента и Совета №1829/2003, снижают в России пороговый уровень маркировки пищевых продуктов, содержащих ГМИП, с 5% до 0,9%. По данным, обнародованным 24.03.2004 в Пресс-релизе Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия

²¹ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 13 от 31.12.2004 «Об усилении надзора за пищевыми продуктами, полученными из ГМИ» www.crc.ru

²² Протокол совещания специалистов по гигиене питания Центров Госсанэпиднадзора в субъектах Российской Федерации от 11.11.03 www.crc.ru

²³ Пресс-релиз Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Маркировка продуктов из генетически модифицированных источников» от 24.03.2004 www.crc.ru

²⁴ Там же

человека «Маркировка продуктов из генетически модифицированных источников», «в настоящее время производители часто используют генетически модифицированное продовольственное сырье в рецептурах в количестве менее 5%. Так, удельный вес пищевых продуктов, содержащих ГМИ более 1%, составляет более 80%». **Таким образом, около 80% продукции пищевого рынка России содержат ГМИП в количестве более 1% и выше.**

Итак, в соответствии с рекомендациями международных организаций и законодательством Российской Федерации, в нашей стране пищевая продукция из ГМИП подлежит обязательной оценке на безопасность и последующем мониторингу за ее оборотом. Однако же, в России несколько позднее чем в странах Европейского Союза приняты документы в области правового регулирования производства ГМИП. В нашей стране нет Федерального закона, регламентирующего ГМИП. Нет достаточного количества подготовленных специалистов по надзору за ГМИП. Нет широкого профессионального обсуждения проблемы ГМИП в медицинском сообществе. Существующие в РФ документы не предусматривают обязательного широкомасштабного и длительного исследования безопасности ГМИП, а также и экологических последствий использования ГМИП. К этому следует добавить, что существующая нормативная база предусматривает заведомый правовой перекос в сторону интересов производителей ГМИП.

Действительно, *«Правила проведения клинических испытаний продуктов питания из/от трансгенных организмов»* (Приложение №2 к МУК 2.3.2 970-00) предусматривают:

- 1) обязанность организации, проводящей исследования и самих исследователей допускать (п.2.1.4) мониторинг, аудирование со стороны спонсора (то есть организацию, определенную в данном документе, как доставляющую трансгенный продукт и оплачивающую исследование), а также прямой доступ к документам, имеющим отношение к исследованию (п.2.8.6.). При этом документы, относящиеся к эксперименту, могут храниться не более 2 лет (п.2.8.4);
- 2) что исследователь не допускает никаких отклонений и изменений протокола исследований без согласования со спонсором (п.2.4.1);
- 3) что спонсор назначает медицинский персонал, проводящий исследование (п.3.2), равно как и наблюдателей для мониторинга за ходом исследования (п.3.16.2) и специалистов для аудиторных проверок (п.3.17.2).

Возможность столь жесткого влияния на исследование заинтересованной в производстве ГМИП стороны, не может не ставить под сомнение объективность полученной в ходе исследования информации о безопасности ГМИП.

4. Критерии этической оценки.

Основная проблема биоэтики, связанная с ГМИП, - это конфликт прав и интересов производителей и потребителей ГМИП. Среди критериев, по которым можно производить этическую оценку этого вопроса, наиболее важными те, что выделены в качестве²⁵ общих критериев этической оценки генетических инженерных технологий.

- 1) Принцип целостности человеческого тела. Исследования безопасности трансгенных организмов, рекомендуемые в различных документах, не предполагают изучения изменения всего профиля биохимически активных веществ генетически модифицированных организмов, который может непредсказуемо меняться из-за незаданных эффектов выражения генов. Тем самым, увеличивается непредсказуемость воздействия ГМИП на человеческий организм в плане его альтерации и онкогенеза. К этому можно добавить и возможность нарушения микробиоценоза кишечника человека, являющегося частью механизмов гомеостаза, а также незаданные эффекты выражения генов на уровне изменения микрофлоры кишечника. Все это дает право говорить об этическом ограничении использования ГМИП по этому принципу.
- 2) Принцип компетенции мирового сообщества и адекватной информированности населения. В Российской Федерации опубликованы случаи, когда разрешение об использовании генетически модифицированных растений на всей территории России были получены после экспериментальной оценки безопасности проведенной на 25 крысах.²⁶ В такой ситуации кажется необоснованным доверие российского врачебного

²⁵ Элио Сгречча, Виктор Тамбоне. Биоэтика. М.:2001, с.115-119.

²⁶ Петухов А.И. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. НИИ Питания РАН. М.:2001.

сообщества официальным выводам относительно безопасности ГМИП. (По данным социологического опроса 46% - доверяют, 34% - нет, остальные - не знают²⁷). Россия является территорией, где медицинское сообщество недостаточное обсуждает проблему ГМИП, где решения зависят от узкого круга экспертов. Проблема усугубляется в России недостатком специалистов в этой области и отсутствием необходимой материальной базы, обеспечивающий полноценный надзор за ГМИП.

- 3) Принцип разделения ответственности. В России не существует правового механизма, обеспечивающего ответственность исследователей и производителей за безопасное создание и широкомасштабное применение ГМИП. Согласно «Правилам проведения клинических испытаний продуктов питания из\от трансгенных организмов» (п.1.4) оговорена лишь ответственность врача-исследователя за состояние *субъектов эксперимента клинических испытаний*.

5. Заключение.

Православие видит в науке естественный инструмент благоустройства земной жизни, которым Церковь призывает пользоваться осмотрительно. Это в полной мере относится к рассматриваемой проблеме. Церковь считает ложным принцип, лежащий в основе современного научно-технического развития, и заключающийся в том, что это развитие, якобы не должно быть ограничено какими-либо моральными, философскими или религиозными требованиями²⁸.

Технологии генетической инженерии для создания новых источников питания вызывают озабоченность у членов Церкви. Церковный опыт свидетельствует о негативных последствиях опережения научными открытиями их возможных духовно-нравственных и социальных последствий. Церковь исходит из того, что жизнь и все ее

²⁷ Петухов А.И. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. НИИ Питания РАН. М.:2001.

²⁸ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень отдела внешних церковных связей Московского Патриархата. №8, август 2000 год. Специальный выпуск. М.: 2000, с.98.

конкретные формы являются бесценным даром Бога: Который «всему жизнь и дыхание и все» [Деян. 17.25] Назначение человека, по мысли Григория Нисского, состоит не в господстве и насилии над окружающим миром, но в «возделывании» и «хранении» [Быт.2.15] мира.

Человек призван к «соработничеству», со Христом в деле благодатного преобразования и очищения мира. Однако, синергия человека и Бога понимается Церковью в контексте замысла Творца и Его промыслительных действий в мире. Соблазнительная трактовка *научных разработок в области создания ГМИП как сотворчества человека и Бога, кажется необоснованной*, именно потому, что за ГМИП стоят не промыслительные действия Бога по спасению и преобразению твари, а явные коммерческие интересы производителей. Труд человека, даже творческий труд ученого, не богоугоден с точки зрения Церкви, если он направлен на служение эгоистическим интересам личности и на удовлетворение греховных потребностей²⁹.

Позиция Церкви в вопросах экологии основана на принципе единства и целостности сотворенного Богом мира. Этот принцип является основой православной экологической этики. Сегодняшний облик земли искажен в планетарных масштабах именно в силу греховного намерения человечества «улучшить» окружающий мир, в силу того, что человек стал все чаще руководствоваться эгоистическими намерениями в своих отношениях с природой.[13, с.87] Люди стали забывать, что единственным Владыкой Вселенной, вольным ее изменять, является ее Творец (Пс.23.1) «Духовно деградирующая личность приводит к деградации и природу, ибо неспособна оказывать преобразующее воздействие на мир»³⁰

В Православной традиции Церковь понимается как собрание верующих во Христа, в которой, «все небесное и земное» должно быть соединено во Христе, ибо Он – Глава «Церкви, которая есть Тело Его, полнота Наполняющего все во всем» [Еф.1. 22-23].

С точки зрения православной Православия, наука - это часть более широкого опыта, - опыта богопознания. Известны слова Афанасия Великого, о том, что природа нужна человеку, чтобы напоминать ему о Боге. (Рим. 1,20) Не будет ли это напоминание в очередной раз горьким?

²⁹ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Информационный бюллетень отдела внешних церковных связей Московского Патриархата. №8, август 2000 год. Специальный выпуск. М.: 2000, с.41.

³⁰ Там же, с.88.

Иеромонах Анатолий (Берестов)
доктор медицинских наук, профессор
Руководитель Душепопечительского Центра
св. праведного Иоанна Кронштадтского МП РПЦ

Легальный наркорынок в России.

Очень сложная демографическая ситуация сложилась в России в последние годы. Население страны вымирает с ужасающей быстротой - ежегодно на 1 рожденного умирает около 2-х человек. За последнюю треть XX века в России сократился суммарный коэффициент рождаемости. В 70-е годы женщина репродуктивного возраста рожала 1,97 ребенка; в 80-е годы - 2,04; в 1991 году показатель суммарной рождаемости сократился до 1,73, а в 2000г. - до 1,21 ребенка. Но чтобы выполнялась естественная убыль населения необходимо, чтобы этот показатель был выше 2,0. В настоящее время Россия по коэффициенту рождаемости занимает место среди трети стран с наиболее низкими показателями. К ним относятся Италия, Испания, Греция, Чехия, Германия. В этой группе стран суммарный коэффициент рождаемости устойчиво составляет 1,2-1,3 на 1 тыс. населения (Л.Л. Рыбаковский, стр.11). Но в отличие от указанных стран в России пониженная рождаемость сопровождается повышенной смертностью.

Значительную роль в повышенной смертности в России играет пьянство. По данным исследователя алкогольной смертности в России А. Немцова, около трети всех смертей в стране определяется алкоголем. И речь идет о преждевременной смертности 500-700 тыс. российских граждан в год. А. Немцов выделяет смерти, жестко связанные с употреблением алкоголя: отравление алкоголем, самоубийства, убийства, другие виды травм, отравлений и несчастных случаев (за вычетом травм автодорожных, при падении, утоплении, при пожарах), циррозы печени, панкреатиты, сердечно-сосудистые смерти (уже давно многие авторы и, в первую очередь, Е.М. Тареев и др. указывали, что под маской ишемической болезни сердца часто скрываются алкогольные поражения этого органа. Е.М. Тареев, А.С. Мухин. Кардиология, 1977, с. 17-22), общая смертность (за вычетом патологии желудочно-кишечной, дыхательной, нервной и др. систем).

Потрясает то, что общая, сердечно-сосудистая и прочая смертность совершенно четко изменялась синхронно или синфазно с теми видами смертности, которые жестко зависели от потребления алкоголя (отравление алкоголем, самоубийства, убийства, циррозы печени, панкреатиты, алкогольные психозы).

Другим мощным фактором, определяющим смертность в России и жестко влияющим на демографическую ситуацию, является

табакокурение. Табак, как известно, способствует поражению сердечно-сосудистой системы, развитию атеросклероза сосудов головного мозга, сердца, сосудов нижних конечностей. Всем хорошо известна роль никотина в развитии рака легких. Ежегодно в России погибает более 300 тыс. человек в результате развития болезней, вызываемых никотином.

По решению ВОЗ алкоголь и табак включены в список наркотических ядов и в России эти наркотические яды являются самыми распространенными и начинают употребляться: с 6-7-летнего возраста - табак; с 11-12-летнего возраста - алкогольные напитки.

Таким образом, с точки зрения решения ВОЗ о признании табака и алкоголя наркотическими ядами и с точки зрения медицины, которая давно говорит миру о том,

что табак и алкоголь - яды, курящий или регулярно употребляющий алкоголь человек становится наркоманом.

Не менее, а, пожалуй, более страшными ядами, убивающими Россию, главным образом, ее детей и молодежь, являются наркотики. В России развилась пандемия наркомании: от 3-х до 8-ми млн. молодых людей и детей стали наркоманами. Черный - нелегальный рынок наркотиков приводит к уничтожению более 70 тыс. подростков и молодых людей в год. Это-трагедия, сравнимая с ядерной катастрофой. Погибает будущее России, погибает страна. В среднем продолжительность жизни наркомана на наркотике составляет 4,5-5 лет. Это означает, что за 5 лет погибает около 400 тыс. подростков и молодых людей. Ученые выделяют активных наркоманов и потенциальных - тех, кто приводит в наркоманию на место погибших. Что делает государство в борьбе с нелегальных наркорынком? В настоящее время несколько активизировалась борьба с наркорынком - с наркотрафиком, с наркобаронами, увеличилось изъятие наркотиков, приходящих в Россию. Но общее количество изымаемых у наркодельцов наркотиков является все же угрожающе малым по сравнению с тем количеством наркотиков, которые оседают в стране и убивают нашу молодежь (изымается из наркооборота всего лишь 5-0,5% наркотиков).

И совершенно странным кажется акт Российского Правительства, издавшего Постановление № 231 от 6 мая 2004 года, называемое в народе Постановление 666, определившее средние разовые дозы наркотиков и разрешившее носить при себе до 10 разовых доз. Это Постановление Правительства сразу «убивает несколько зайцев»:

1. легализует употребление наркотиков и наркоманию в России *de facto*;
2. способствует этим распространению наркомании;
3. провоцирует продажу наркотиков и, в условиях легализации наркомании,
4. их контрабанду, т.к. героин в России не производится; он поступает только контрабандным путем;

5. значительно осложняет лечение, реабилитацию наркозависимых и профилактику наркоманий, а также
6. деятельность правоохранительных органов по борьбе с нелегальным оборотом наркотиков;
7. увеличивает смертность среди наркозависимых от наркотиков, число передозировок, а значит и расходы медицины на лечение наркозависимых от передозировок;
8. увеличивает заражаемость гепатитами, ВИЧ-инфекции и др. инфекционными заболеваниями, передающимися через кровь и половым путем;
9. значительно увеличивает число преступлений на наркооснове;
10. утяжеляет наркоситуацию в стране.

Однако, данное Постановление Правительства РФ не единственный фактор, значительно утяжеляющий и осложняющий наркоситуацию в стране.

В течение последних 3-х лет наркоситуация в Москве и других регионах РФ осложнилась из-за открытия в стране легального рынка наркотиков. Одним из главных, пожалуй, легализованных наркотических средств, являются маковые зёрна. Да, на самом деле то, что долгое время было всего лишь добавкой к пирогам и булкам, сегодня стало тем, что уносит жизни тысяч молодых людей. Из маковых зёрен сегодня готовят наркотик, равносильный экстракту маковой соломки. Причём, если соломку можно достать только в сезон её цветения, и то под угрозой очутиться за решёткой езда по деревням и дачным посёлкам в поисках её, то маковые зёрна можно, абсолютно легально купить практически в каждом магазине, при этом, не рискуя оказаться в отделе внутренних дел. Ни для кого не секрет, что и стоят они дёшево, что естественно даёт на них огромный спрос. Для того, чтобы приготовить готовый наркотик необходимо добавить в зёрна аммиак, растворитель, ангидрид, уксус и произвести ряд реакций. Из вышеперечисленного можно чётко представить картину того, какую дрянь вводят в себя наркозависимые и какой удар это наносит здоровью. Зависимость от «отвара макового зерна» (так в дальнейшем мы будем его называть), протекает практически также как и от героина. Физическая зависимость наступает после 3-4 недель систематического употребления. Но в отличие от героина, «отвар макового зерна» содержит в себе большое количество грязи и различных масел, поэтому абстинентный синдром протекает гораздо сложнее. Психологическая же зависимость наступает после первого употребления, как и в случае с любым наркотиком группы опиатов.

На сегодняшний день этот наркотик является одним из самых распространённых, т.к. он доступен и своими качествами практически ничем не уступает веществам, входящим в данную группу. Самое опасное заключается в том, что контингент употребляющих данное наркотическое вещество состоит практически из молодёжи 13-21 года, в то время как

средняя продолжительность жизни больного, употребляющего данный наркотик, составляет около 3-х лет. Для чёткости данной картины можно уточнить, что первично употребив «отвар макового зерна», из тысячи человек останавливается пять, максимум десять. По нашим данным из тысячи молодых людей этого критического возраста, сто пятьдесят зависимы от наркотиков группы опиатов. Из всего этого можно сделать вывод, что 15% нашей молодёжи погибает в пучине наркомании; и в течении 5-ти лет в нашей стране на шесть миллионов молодых людей станет меньше. Это катастрофа и трагедия нашей нации! Стоит серьёзно задуматься над этой проблемой, ведь при таком катастрофически быстрым развитии, гибель нашей нации в течении 15-ти - 20-ти лет неизбежна. И это учитывая только проблему употребления «отвара макового зерна».

В 2001 году в аптечную сеть страны был выпущен синтетический опиоидный лекарственный препарат трамал-ретард (трамадол), и в течение 2001-2002 гг. на него «подсели» сотни тысяч молодых людей. Стоимость его по сравнению с героином была во много раз ниже, а продавался легально в аптеках без рецептов. Зависимость от него развивается быстро, а для употребляющих героин он стал просто его заменителем. Синдром абстиненции от трамала протекает также тяжело, как и от героина.

Наш Душепопечительский Центр одним из первых в стране выступил против свободной безрецептурной продажи трамал-ретарта. Затем подключились общественные силы и некоторые СМИ. В результате 15 декабря 2002 г. трамал-ретард был запрещен в свободной продаже и стал отпускаться в аптеках только по рецептам. Однако, процесс был запущен в жизнь и трамал из наркорынка не исчез, а перешел на нелегальное существование. Теперь некоторые врачи выписывают трамал за деньги, а некоторые аптеки торгуют трамалом без рецептов нелегально. Если раньше 1 конвалюта (10 таблеток) трамал-ретарта стоила примерно 300 рублей, то теперь на черном рынке 1 таблетка трамала доходит до 1000 рублей (в Москве).

Немало молодых людей остаются зависимыми от трамала. Наш опыт работы подтверждает это.

Совершенно свободно в аптеках продается медицинский препарат обладающий наркотическим эффектом, - стадол. Многие наркозависимые, особенно дети и подростки подсели на стадол.

В последние годы увеличилось число молодежи, употребляющих страшный для жизни и здоровья наркотик первитин (винт). Первитин является синтетическим эфедриносодержащим.

В течение последних 2-2,5 лет наркоситуация в Москве и некоторых других регионах страны несколько изменилась: в течение 2002 года уменьшилось количество наркопотребителей героина (в 2002 года в наш Центр обратилось 440 наркозависимых), однако в 2003 году число наркозависимых вновь стало увеличиваться, особенно с осени 2003 года и к 31 декабря 2003 года в Центр обратилось 553 человека. За 2004 год — уже обратилось 550 человек.

Меняется и структура потребляемых наркотиков: увеличилось число лиц, употребляющих первитин («винт» — эфедриносодержащий наркотик), трамал (синтетический опиоидный обезболивающий препарат, обладающий героиноподобным действием), препараты кодеина (терпинкод, кодипронт и др.), который является алкалоидом опия с морфиноподобным действием.

Первитин является синтетическим эфедриносодержащим препаратом, приготовляемым из солутана, соляной кислоты, красного фосфора и марганцево-кислого калия («марганцовки»). Его изготавливают в домашних условиях. До недавнего времени ингредиенты покупали в основном на Лубянке — на ул. Никольской, и в подземном переходе м. станции «Лубянка». Если в 2002 году ингредиенты первитина продавали пожилые женщины под прикрытием местной милиции, то в 2003 году стали продавать подставные лица барыг. В 2000-2001 годах флакон солутана (стоивший в аптеке 40-50 руб.) нелегально продавался по цене 500 руб. В 2003 году флакон солутана продавался уже по цене 1500 руб., из них 1000 руб. забирал себе барыга и 500 руб. подставной барыги — обычно потребитель «винта». Продажа также велась под прикрытием милиции, причем нередко посредники покупали ингредиенты «винта» непосредственно в комнате милиции в подземном переходе м. «Лубянка». Об этом мне неоднократно сообщали наркозависимые, приходящие к нам на реабилитацию.

Следует заметить, что последствия употребления первитина очень тяжелые: довольно быстро у потребителей развивается прогрессирующая энцефалопатия по типу лейкоэнцефалопатии. Появляются и нарастают двигательные нарушения по типу экстрапирамидных нарушений (атаксия), которые постепенно нарастают, развиваются нарушения речи по типу экстрапирамидной дислексии, гипомимия, затухающая речь, затем развиваются пирамидные двигательные нарушения — парезы (параличи) рук и ног. Молодой человек становится тяжелым инвалидом.

В результате настойчивой борьбы ДПЦ и др. организаций, в том числе и СМИ продажа трамала в декабре 2002 г. была запрещена. Однако в районе Никольской улицы трамал и солутан продавался нелегально также под прикрытием милиции. Если конвалюта трамала в аптеке стоит 180-200-250 руб. (в зависимости от его дозировки), то нелегально его продавали в 2002 г. по цене 200 руб. за 1 таблетку, а ныне цена его доходит до 1000 рублей за 1 таблетку. Для получения наркотического эффекта необходимо принять 3-4 таблетки. Со слов наркозависимых, нередко они покупают у врачей поликлиник рецепты на трамал. На «рынке» ходят поддельные рецепты и их ксерокопии. К счастью в 2004 году порядок на Лубянке и ул. Никольской был более или менее наведен, но рынок переместился в другое место.

Следует особо сказать о препаратах кодеина. Как известно, кодеин является наркотиком — алкалоидом опия и в ППКД кодеин стоит в списке опиоидных препаратов под №13. В постановлении Правительства РФ от №

231 от 6 мая 2004 года перечислены лекарственные препараты, содержащие кодеин, оборот которых в Российской Федерации ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля. Однако же в этот список не вошли такие препараты как кодипронт, содержащий 30 мг кодеина, коделак, терпинкод (не путать с кодтерпином, который значится в правительственном списке), тетралгин, налорфин плюс и др. Эти препараты продаются в аптеках свободно — без рецептов. Наркозависимые нередко покупают их сразу по 100-200 пачек (видимо для продажи).

Эти препараты кодеина как продавались свободно в аптеках до печально знаменитого Постановления Правительства РФ от 6 мая 2004г. за №231, так свободно и продаются, и не только продаются, но и рекламируются активно, причем в рекламе указывается доза кодеина, и уже сотни тысяч молодых людей «подсели» на кодеин. Достаточно принять несколько таблеток терпинкода, чтобы получить достаточно сильный морфиноподобный эффект. При этом отмечается измененное поведение человека: он становится неуправляемым, неадекватным в поведении, злобным, нередко агрессивным, склонным к криминальным поступкам, легко возбудимым.

Указанные психические нарушения держатся после приема препарата в течение нескольких дней — до недели. Все наркологи, занимающиеся реабилитацией наркозависимых, отмечают, что эти препараты значительно затрудняют процесс реабилитации.

По нашим наблюдениям (в 2003 году через наш Центр прошло 553 больных наркоманией, за 2004 год — 550 человека) препараты кодеина принимает каждый 2-й, 3-й обратившийся к нам за помощью. Кодеиновые препараты как правило, запиваются пивом или принимаются совместно с фенозепамом, что значительно усиливает «удар» по мозгу и сознанию и значительно усиливает негативное воздействие кодеина.

Одна таблетка терпинкода содержит 8 мг кодеина. 1 капсула кодипронта содержит уже не 8 мг кодеина, а 30 мг, в пачке 10 капсул кодипронта (ретарда, т. е. с удлинённым действием). Итого в пачке кодипронта содержится уже 300 мг кодеина. Стоимость 1 пачки — от 150 до 180 рублей. Стоимость пачки кодипронта, которую я держу в руках — 178 руб. 60 коп. Трёх-четырёх таблеток кодипронта достаточно, чтобы «задуреть» основательно. На пачке написано: «продается без рецепта».

Практика показывает, что препараты кодеина используют сотни тысяч молодых людей. Если героин в настоящее время в Москве стоит 1000-1500 руб. за 1 г (а теперь его продают по 0,5 - г в силу значительной его разбавленности), то за кодеин, который продается совершенно свободно, нужно заплатить всего от 40-50 до 200-300 руб, а эффект будет не менее сильным, чем от героина, и держаться будет гораздо дольше. Другими преимуществами применения кодеина для наркозависимых являются:

1. Легальность и простота приобретения;

2. Пероральное применение — нет необходимости инъекций;
3. Длительное действие;
4. Отсутствие угрозы со стороны правоохранительных органов.

При тестировании мочи на содержание опиоидных препаратов тестовая бумажка показывает полоску морфина.

В 2004 году в аптеках Москвы и других городов России вновь появился в свободной безрецептурной продаже трамал-ретард, только под другим названием -золдиар. Вновь, как и в прошлый раз этот препарат был выпущен и навязан нашей аптечной сети германской фирмой «Грюненталь». Только на этот раз трамал-ретард совмещен с парацетамолом, который, как хорошо известно, в терапевтических дозах может вызывать тяжелые поражения печени, а при инфекционных заболеваниях (грипп, ОРВИ и др.) - синдром Рэя - тяжелое инфекционно-токсическое поражение печени и мозга, часто заканчивающееся смертью. (А.И. Берестов Докторская диссертация «Инфекционно-токсические поражения нервной системы у детей». Москва, 1991г.)

К сожалению, наркозависимые принимают золдиар для получения наркотического эффекта не по 1 таблетке, а сразу по 5-10 или даже больше таблеток и этим могут привести к тяжелым поражениям печени, а ведь у них и так наблюдаются, как правило гепатиты В и С.

Указанные легальные наркотические препараты значительно утяжеляют процесс реабилитации наркобольных. Наши исследования показали, что в 1998-2002гг. мы добивались положительных результатов реабилитации от 65 до 90%, то в 2003 -только в 51%. Все забивали легальные наркотики, особенно кодеиновые препараты.

Таким образом, в России наряду с нелегальным наркорынком существует и легальный, санкционированный Правительством, наркорынок, убивающий нашу молодежь.

Этот наркорынок поставляет свободно без рецептов в аптечную сеть препараты с наркогенным эффектом, такие как кодеиносодержащие лекарственные препараты, трамал – содержащий препарат, эфедриносодержащий препарат - солутан - ингредиент для приготовления в домашних условиях тяжелейшего наркотика первитина («винт»), стадол.

Почему такое происходит? Неужели среди работников МЗ РФ и аптечных сотрудников нет грамотных людей? Конечно же, есть, и немало. Так почему же золдиар и препарат кодеина не только выпустили в безрецептурную продажу, но даже и рекламируют их, как рекламируют и кодеиносодержащие препараты, сообщая при этом сколько кодеина входит в 1 таблетку? В начале 2004 года мы обратились в Госнаркоконтроль РФ и написали письмо по этому вопросу Президенту В.В. Путину. Однако вопрос с кодеином не был решен.

Что это: преступная халатность или специальный террористический акт, направленный на расширение наркомании и убийство российской молодежи.

Можем ли мы оставить это преступное деяние без внимания?

В связи с изложенным, прошу Вас принять соответствующие меры:

1. Урегулировать продажу трамала - содержащих препаратов (золдиар) (в том числе трамала-ретарда) аптеками, требовать от аптек недопустимости продажи его без рецептов (что наблюдается, однако, нередко) и большими партиями;
2. Строго наказывать аптечных работников за нарушения правил продажи трамала-содержащих препаратов без рецептов;
3. Урегулировать продажу аптеками солутана: запретить его продажу без рецептов и большими партиями, а, может быть, запретить его безрецептурную продажу;
4. Считаю целесообразным запретить безрецептурную продажу всех кодеин-содержащих препаратов, и запретить продажу их большими партиями (более 1 конвалюты).

Кулагин Вячеслав Алексеевич
заведующий хирургическим отделением
городской больницы №4
врач-хирург высшей квалификационной категории
председатель севастопольского отделения
Общества православных врачей Крыма

Клеточная и тканевая терапия. Медицинская и православная оценка.

Еще 5 лет тому назад мы надеялись, что применение в практике теории клеточной и тканевой терапии, как одного из методов, предлагаемых «фантастами» от медицины, постигнет нас не скоро, а уж нашим далеким городам и весям этих биомедицинских новинок ждать придется очень долго.

Тем не менее осенью 2004 года г. Севастополь встрепенулся от активной и достаточно агрессивной рекламной компании в прессе, телевидении, на радио, активно призывающей к использованию методов клеточной и тканевой терапии в лечении различных заболеваний. Предложения эти исходили от медицинских коммерческих центров.

Благодушие окончательно улетучилось после практического опыта использования этих методов в детской хирургии, травматологии, неврологии.

Попытка медицинского и православного осмысления этой проблемы представлена в этом докладе.

Все дал Господь человеку для совершенного пребывания его в мире: *«Раститесь и множитесь, и наполняйте землю, и господствуйте ею, и обладайте рыбами морскими, и зверьми, и птицами небесными, и всеми гадами и пресмыкающимися по земли...» (Быт.1.28)*. Это значит, что человеку изначально была дана благодатная возможность обладания всем, что в мире, богообразной душой своей светить всей твари, освещая ей путь к Трисолнечному Творцу, приводить ее к Нему и делать все это через личное самоусовершенствование и возрастание в меру возраста Христова. (Кол.2.19; Еф.4,13).

Господь дал человеку богоподобную бессмертную душу, наделив ее по выражению Григория Нисского силами созерцательности и рассудительности.

Без этих двух сил души не было бы у человека возможностей и способностей к познанию окружающего мира и самого себя, т.е. к занятию наукой.

Богословское осмысление проблемы взаимоотношения между религией и наукой дает нам выверенное и красивое ее решение: наука – это всего лишь малая часть человеческих знаний о мире и о себе, человеке, промыслительно открываемая Богом для спасения человека. Научные данные любой области исследований – это подарок, дар Бога человечеству. И чем чище и совершеннее душа человеческая, тем ярче и весомее научное открытие, дающее человечеству новые пути для жизни и новые поводы для прославления Бога!

В «Основах социальной концепции РПЦ» говорится: « наука может являться одним из средств познания Бога, по словам апостола Павла (Рим. 1, 19-20), но православие видит в ней все-таки естественный инструмент благоустройства земной жизни человека, которым нужно пользоваться весьма осмотрительно. Церковь при этом предостерегает человека от искушения рассматривать науку как область, совершенно независимую от нравственных принципов».

Минувшее столетие прошло под знаком перманентного прогресса человечества в самых разнообразных сферах научного познания.

Научные открытия стали повседневными и прогнозируемыми. Отношение к ним давно уже формируется на основании экономических расчетов, а не красоты и изящества мысли и степени этичности.

Но вместе с тем есть открытия, которые будоражат воображение. Это открытия, связанные с получением, хранением и трансплантацией стволовых клеток, с выращиванием в пробирке культур соматических тканей, использование биоимплантантов.

Эти открытия обращают на себя внимание представителей консервативного направления биомедицинской этики. Находясь на разных позициях в общей теории здоровья и болезни человека, современная медицина и Православная Церковь, все же имеют общую точку, общую платформу соприкосновения. Защита здоровья и жизни человека – это цель современной медицины. И для православия сохранение здоровья, как бесценного дара Божьего, важно для спасения в Жизни Вечной. При этом болезнь рассматривается как одно из средств ко спасению.

Для современной медицины основная цель - сохранение здоровья и улучшение качества жизни. Для Святого Православия это является всего лишь одним из средств в Богом данном арсенале путей спасения. Бережное отношение к здоровью и жизни человека – вот общая платформа взаимодействия и взаимопонимания медицины и Церкви в современном мире.

Однако, эта общность проблематизируется, когда речь заходит о путях и способах реализации цели сохранения жизни и здоровья человека, предлагаемых современной медицинской наукой, когда они вступают в противоречие с православной моралью и этикой, противоречат заповедям Божиим.

Очевидный факт, что фармакологические средства, от которых ожидают хороших терапевтических результатов, далеко не всегда

оправдывают возлагаемые на них надежды, особенно при хронических, длительно текущих заболеваниях, болезнях обмена веществ или при острых заболеваниях и травмах, приводящих к утрате, выпадению функции того или иного органа. Этот факт и привел к поискам новых методов лечения.

Первые успешные попытки клеточно-тканевой трансплантации связывают с именем малоизвестного российского врача Воронова, который в 20-ые годы успешно пересаживал фетальные ткани пациентам, страдающим преждевременным старением. Академик В.П.Филатов считал тканевую терапию (использовал ткань плаценты, хориона, стекловидное тело, роговицу трупа) неспецифическим методом лечебно-профилактической медицины, повышающей резистентность организма за счет регуляции влияния на гомеостаз.

Однако, последнее 10-летие ознаменовано формированием представлений о так называемых клеточных проявлениях заболеваний человека. Медицина все чаще имеет дело с феноменами, которые описывают как дисбаланс или хаос клеточных популяций.

В 70-ых годах удалось получить большинство белков человека в клетках бактерий и дрожжей путем ДНК-рекомбинантной технологии. Это прорыв позволил индустриально получать факторы роста, гормоны, цитокины человека, подготовив второй этап революции – клеточную инженерию и организацию банков стволовых и соматических линий человека и млекопитающих в пробирке и на живом организме.

А создание методов выращивания первичных культур соматических клеток и регионарных стволовых популяций человека, получение стабильных неумирающих клеточных линий, устойчиво сохраняющих признаки дифференцировки в пассажах, организация банков стволовых и соматических клеток человека, стали предпосылкой для третьего этапа – эпохи клеточной заместительной терапии.

В 1962 году впервые была продемонстрирована возможность продлевать жизнь летально облученным мышам переливанием аллогенных периферических лейкоцитов, что привело к использованию в клинической практике собственных стволовых или фетальных гематогенных клеток.

В 60-ые годы стали прибегать к пересадке аллогенной или аутогенной кожи при ожогах. С 1966 года началась вторая успешная волна – трансплантация клеток поджелудочной железы, когда преимущества получили клетки фетальной поджелудочной железы, которая содержит больше эндокринной ткани. В 70-ых годах в нескольких лабораториях мира научились выделять островки Лангерганса у грызунов, в середине 70-ых были выполнены успешные попытки пересадки этих островков крысам с экспериментальным диабетом.

К началу 90-ых годов более, чем 2-м тысячам пациентов с СД уже были выполнены пересадки островков Лангерганса от плодов свиньи или человека. Большинство из этих операций были произведены в Советском Союзе.

В 1975 году была произведена успешная пересадка фетальных стволовых клеток при наследственном андрогенитальном синдроме.

Несколько позже, в 1983 году шведские ученые опубликовали первые удовлетворительные результаты лечения болезни Паркинсона путем аутотрансплантации ткани мозгового слоя коры надпочечников в стриатум.

Успешно разрабатывающаяся с 1981 года новая проблема эмбриональных стволовых клеток ЭСК в настоящее время переросла в технологию стволовых клеток, которая оценивается как значимая для теоретической и прикладной биологии и медицины. Под ЭСК подразумевают примитивные клетки, возникающие в процессе развития эмбриона, из которых дифференцируются все типы клеток взрослого организма и которые, при определенных условиях, могут осуществить эмбриогенез. Если ЭСК выращивать в культуре в пробирке, из них возникают стволовые клетки (недифференцированные, самообновляющиеся) клетки, трансформирующиеся в разные типы клеток и тканей (кроветворные, линии половых клеток, мышечные, нервные и другие). Стволовые клетки можно сохранять длительное время с помощью криоконсервации. Очевидна возможность использования ЭСК и СК не только для решения фундаментальных вопросов биологии и генетики развития, но и в практической биологии, медицине, ветеринарии, фармакотоксикологии и пр., например в решении вопросов генной терапии, биотехнологии, трансплантологии, гематологии, при тестировании лекарств.

Все эти годы выделение ЭСК, получение из них стволовых клеток и тканей разных типов, разработку ряда биотехнологических методов с использованием ЭСК проводили на животных. В ноябре 1998 года появились две научные публикации о получении ЭСК от эмбрионов и плодов человека. Томпсон с коллегами сообщили о получении длительно живущих (персистирующих) в пробирке плюрипотентных клеточных линий, производных от клеток внутренней клеточной массы эмбрионов человека. Эти эмбрионы не были созданы специально для исследований. Они были переданы, с согласия их владельцев (биологических родителей) для целей исследования, поскольку были не использованы, не затребованы для терапевтических целей (т.е. переноса эмбриона женщине при бесплодии).

При определенных условиях эти клетки могли дифференцироваться в пробирке и в живом организме в различные типы клеток и тканей, как производные от эктодермы, энтодермы и мезодермы. Эти клетки продуцировали поверхностные маркеры, характерные для ЭСК.

Герхард с коллегами выделили клетки из области полового валика и мезентерия (половых желез) от эмбрионов и плодов человека, полученных при медицинском прерывании беременности и при согласии донора. При их культивировании в пробирке большое число клеток в многоклеточных колониях по пяти иммунологическим маркерам и наличию щелочной

фосфотазы были классифицированы (отнесены) к ЭСК или первичным половым клеткам, подобно тому, как идентифицировали ЭСК мышцы.

Эти две работы вызвали в мире, не только среди биологов и медиков, но и среди правоведов, социологов, теологов, философов широкие дискуссии.

Подчеркивают, что получение ЭСК от эмбриона человека не может быть этически оправданным, т.к. при этом разрушается эмбрион. А разрушение человеческой жизни даже во имя прогресса медицины должно быть запрещено. В Конвенции о правах человека и биомедицине (1996, Совет Европы) в ст. 18, п. 2, говорится: «Запрещается создание эмбрионов человека в исследовательских целях».

В основу разработки методов лечения тяжелых заболеваний человека (дегенеративная патология ЦНС, травмы спинного и головного мозга, болезнь Альцгеймера, Паркинсона, рассеянный склероз, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, СД, аутоиммунные заболевания и лейкозы, ожоговая болезнь и неопластические процессы - составляют далеко неполный список) заложены уникальные свойства стволовых клеток, позволяющие создавать новые ткани, взамен, как ранее считалось, необратимо поврежденных тканевых зон больного организма.

Прогресс теоретических исследований биологии стволовой клетки за последние 10 лет реализовался спонтанно возникающими направлениями зарождающейся регенеративно-пластической медицины, стремительно развивающимся направлением практического использования регенераторного потенциала стволовых клеток, в чем и заключается суть заместительной регенеративно-пластической терапии. Ее путь легко прослеживается в научно-практической литературе – от эксперимента на животных с некрозами миокарда до работ последних лет, направленных на восстановление постинфарктного дефицита кардиоцитов, бета-клеток поджелудочной железы и дофаминэргических нейронов ЦНС.

Основой заместительной регенеративно-пластической медицины является клеточная трансплантация. Последнюю следует определить, как комплекс медицинских мероприятий, при котором на протяжении короткого или длительного времени пациент имеет контакт с жизнеспособными клетками ауто-, алло-, изо- или ксеногенного происхождения. Средством клеточной трансплантации является суспензия стволовых клеток или их производных, стандартизированная по количеству трансплантационных единиц. Трансплантационная единица – это отношение количества колониеобразующих единиц в культуре к общему количеству трансплантируемых клеток. Методы проведения клеточной трансплантации – внутривенное, внутрибрюшное, подкожное введение клеток или их производных, а также введение в желудочки мозга. Лимфатические сосуды или спинномозговую жидкость.

При алло- и аутологической клеточной трансплантации используются два принципиально разных методологических подхода к реализации плюри-, мульти- или полипотентного потенциала стволовых клеток : in

vivo или in vitro. В первом случае стволовые клетки вводят в больной организм без предварительной дифференцировки, во втором – после размножения в культуре, направленной дифференцировки и очистки от недифференцированных элементов. Среди многочисленных методических приемов

заместительной клеточной терапии достаточно четко выделяются три группы : 1. замещение костного мозга и крови; 2. замещение клеток органов и мягких тканей; 3. замещение жестких и твердых элементов тела (хряща, кости, сухожилий , клапанов сердца и сосудов емкостного типа). Последнее направление следует определить, как реконструктивно-регенеративную медицину, поскольку потенциал дифференцировки стволовых клеток реализуется на матрице – биологически инертной или рассасывающейся конструкции, имеющей форму замещаемого участка тела (биоимплантация).

Еще одним важным практическим результатом открытия ЭСК является терапевтическое клонирование, основанное на понимании пусковых механизмов эмбриогенеза. Если для первоначального сигнала для начала эмбриогенеза является комплекс пре-мРНК, находящийся в цитоплазме яйцеклетки, то введение ядра любой соматической клетки должно запустить программу развития эмбриона. Сегодня известно, что в реализации программы эмбриогенеза принимают участие около 15 тыс. генов. Что происходит с ними потом после рождения, в период роста, зрелости и старения? Ответ на этот вопрос дала овечка Долли : они сохраняются. С использованием самых современных методов исследования доказано, что ядра клеток взрослого организма сохраняют все коды, необходимые для образования ЭСК, зародышевых листков, органогенеза и рестрикционного созревания (выхода в дифференцировку и специализацию) линий мезенхимального, экто- и мезодермального происхождения. Терапевтическое клонирование, как направление регенеративно-пластической медицины сформировалось уже на самых ранних этапах развития клеточной трансплантологии и предусматривает возврат собственным соматическим клеткам больного тотипотентности – для получения генетически идентичного трансплантационного материала.

Следует отметить, что клетки являются универсальным стабильным модулем для любых клеточных реконструкций, включая пересадку генов. Пересадка донорских ЭСК позволяет создать в больных органах стойкие очаги новой здоровой ткани.

Деление на клеточную и тканевую терапию достаточно условно и связано с особенностями культивирования анатомического материала . Различают культуры клеток, которые получены после ферментной обработки и в которых отдельные клетки не сохранили связей между собой, а также полученные путем механического измельчения без ферментной обработки. В то же время в трансплантологии используют материалы, полученные после частичной ферментативной обработки, в которых клетки сохраняют связи как в целом органе. Такие культуры

являются классическими моновалентными или суспензийными клеточными культурами.

Механизм клеточной терапии включает в себя несколько клинических эффектов:

- 1.Заместительное действие;
- 2.Общее и специфическое стимулирующее влияние;
- 3.Противовоспалительное, дезинтоксикационное, защитное и иммунокорректирующее действие.

В основу современной классификации стволовых клеток положен принцип их разделения по способности (потентности) давать начало клеточным линиям, которая определяется как тотипотентности, плюри-, мульти-, поли-, би- и унипотентности. Тотипотентностью, т.е. способностью воссоздавать запрограммированный генетически организм в целом, обладают клетки зиготы, бластомеры и эмбриональные стволовые клетки (клетки внутренней массы бластоцисты). Еще одна группа тотипотентных клеток, которые образуются на более поздних сроках развития эмбриона, представлена первичными герминативными клетками эмбриональной половой зоны (половых бугорков).

Плюрипотентность – способность дифференцироваться в клетки любого органа или ткани, - присуща эмбриональным клеткам трех зародышевых листков : экто-, мезо-и энтодермы.

Считается, что мультипотентность, т.е. способность образовывать любые клетки в пределах одной специализированной линии, свойственна лишь двум типам клеток: так называемым мезенхимальным стволовым клеткам, которые образуются в нервном гребне и являются предшественниками всех клеток соединительнотканной основы организма, в том числе и клеток нейроглии, а также гемопоэтическим кроветворным стволовым клеткам, дающим начало всем линиям клеток крови.

Кроме того выделяют би- и унипотентные стволовые клетки, в частности клетки-предшественники миелоидного, лимфоидного, моноцитарного и мегакариоцитарного кроветворных ростков. Существование унипотентных стволовых клеток четко доказано на примере гепатоцитов: утрата значительной части печеночной ткани компенсируется за счет интенсивного деления дифференцированных полиплоидных клеток печени.

Открытие ЭСК не дало ответа на вопрос, что именно и как именно запускает программы эмбриогенеза, зашифрованные в ДНК зиготы. Остается неясным, как разворачивается программа генома в процессе жизни человека. Вместе с тем открытие ЭСК позволило сформулировать концепцию относительно механизмов сохранения тотипотентности, плюри- и мультипотентности стволовых клеток в процессе их деления. Главная отличительная черта стволовой клетки – способность к самовоспроизводству. Это значит, что стволовая клетка, в отличие от дифференцированной, делится симметрично: одна из дочерних клеток дает

начало специализированной клеточной линии, а вторая сохраняет тотипотентность генома.

Почему и как этот процесс протекает на самых ранних стадиях эмбриогенеза, когда вся делящаяся внутренняя клеточная масса бластоцисты является тотипотентной, а геном ЭСК находится в дормантном (спящем, заторможенном) состоянии? Если при делении обычной клетки дупликации обязательно предшествует активация и экспрессия целого комплекса генов, то при делении ЭСК этого не происходит. Ответ на вопрос «почему» был получен после открытия в ЭСК предсуществующих мРНК (пре-мРНК), часть которых образуется еще в фолликулярных клетках и сохраняется в цитоплазме яйцеклетки и зиготы.

Второе открытие ответило на вопрос «как»: в ЭСК были обнаружены особые ферменты, получившие название «эдитазы». Эдитазы выполняют три важнейшие функции: обеспечивают альтернативное эпигенетическое (без участия генома) считывание и дупликацию пре-мРНК; реализует активацию пре-мРНК (сплайсинг – вырезание интронов, т.е. неактивных участков РНК, тормозящих синтез на мРНК белковых молекул), после чего в клетке начинается образование молекул белка; способствует образованию вторичных мРНК, являющихся репрессорами механизмов генной экспрессии, благодаря чему и сохраняется плотная упаковка хроматина и неактивное состояние генов. Белковые продукты, синтезированные на таких вторичных мРНК и получившие название белков-сайленсеров или хранителей генома, присутствуют в яйцеклетках человека.

Научные открытия и достижения в изучении ЭСК и всего комплекса проблем, связанных с ними дает основательную базу для удивления и почтительного молчания перед величию Бога-Творца, создавшего человека и заложившего такие удивительные внутренние резервы и способности к самовозобновлению, самообновлению утрачиваемых в процессе жизнедеятельности тканей и клеток, утраченных функций. Это ли не знак возможности воскрешения и воскресения – способность ЭСК к транс- и ретроидифференцировке в процессе эмбриогенеза и способность стволовой клетки к самовоспроизводству в тотипотентную форму в организме человека на этапе онтогенеза в процессе жизни?

Захватывает глубина познаний, открываемых Богом человеку при изучении этой проблемы. Завораживает тонкость, точность, безошибочность механизмов реализации Богом данной программы развития, жизни и смерти для каждой клетки, подтверждающие действительное отеческое попечение Творца о своем творении. А биологическая универсальность процессов, происходящих со стволовой клеткой, дает еще большие основания для утверждения существования единого Источника благой премудрости и целесообразности.

Помимо фундаментального значения знаний, получаемых при исследовании проблем клеточной и тканевой терапии, Премудрый Господь открывает человеку знания, используемые и в прикладном порядке. Изучение стволовой клетки открывает пути решения вопросов лечения иммунодефицитных состояний и заболеваний человека, включая СПИД с использованием синтеза, так называемых, антисмысловых молекул РНК (антисенс-РНК) для создания внутриклеточного иммунитета. Идея предложена нобелевским лауреатом Дэвидом Балтимором, который рекомендовал путем реконструкции мутационного поверхностного CCR5 мембранного рецептора (^ 32) создавать клон ВИЧ-индифферентных лейкоцитов с последующей заместительной трансплантацией их в организм больного или носителя ВИЧ инфекции.

Но давайте остановим свое восхищение перед возможностями клеточной и тканевой терапии и зададим только один вопрос, ответ на который и даст нам основание для нашего православного отношения к методу. Каков же источник получения ЭСК? Ученые нам отвечают: их несколько, но более распространены:

1. Эмбриональный, т.е. использование абортированного плода, при этом, чем меньше сроки гестации, тем высококачественнее клеточный материал. Бластоциста – лучший источник иммуннонеактивной эмбриональной стволовой клетки;
2. Клетка, полученная от неостребованной гаметы в процессе экстракорпорального оплодотворения, - их сейчас в мире по официальной статистике накопилось до 60 тысяч;
3. Клетка, полученная из пуповинной (кордовой) крови, плаценты, хориона, оболочек плода после родов;
4. Стволовые клетки взрослого живого организма, присутствующие во всех органах и тканях, как возможность реализации универсальных механизмов самовосстановления;
5. Аналогичные клетки, получаемые из трупного материала в первые часы после смерти человека.

Следует заметить, что технология получения ЭСК из абортированных тканей или выращивание человеческой гаметы до стадии бластоцисты легче, малозатратнее по сравнению с другими источниками получения клеточного материала, к тому же эти клетки менее специализированы по иммунному статусу, следовательно меньше дают реакций отторжения, да еще практически не требуется мероприятий по проверке культур этих тканей на носительство вирусных прионов и прочие антигенные загрязнения, практически сводятся до минимума процедуры ферментной очистки этих тканей от клеточных примесей, т.е. технология универсальна и сравнительно малозатратна.

Другие же источники получения ЭСК требуют больших технологических и материальных затрат для очистки, дифференциации, тестирования по многим антигенным системам, прионовой диагностике.

Православная Церковь осуждает производство аборт для любых целей, считая и называя это преднамеренным убийством неродившегося человека и определяя это как смертный грех. Обсуждение этой темы не представляется возможным для православного человека, это знак принятия или непринятия человеком Христа.

Отношение Православной Церкви к экспериментам по экстракорпоральному оплодотворению, сопровождающихся проблемой «лишних» гамет также известно и оно отрицательно! Это отражено в «Основах социальной концепции РПЦ».

Эта ситуация отличается особой изощренностью – убить человека и, разобрав его на части, использовать, утилитарно потребить для очень живых, реальных и практических, животрепещущих целей. Каннибализм высшего полета! Господи! Помилуй!

Использование клеточного материала или препаратов регенеративно-стимулирующего характера из плаценты, хориона, оболочек плода, кордовой крови – путь, скажем так, более этически выверенный в сравнении с двумя вышеописанными. И все бы было хорошо, если бы не морально-этическая тонкость, связывающая эту ситуацию с философией и практикой использования биологических продуктов – кожи, костей, волос, зубов от узников концентрационных лагерей фашистской Германии. Омраченный ум человека оправдывал использование этих «отходов» альтернативой полного их уничтожения. Не правда ли, ситуация схожая?

Решение этого вопроса для православного человека лежит в рамках личных этических представлений о допустимости возможных манипуляций. Многие полагают, что формально канонических препятствий для запрета использования клеточного материала из этих тканей и от трупа человека нет.

Наиболее приемлемым и с канонической точки зрения, и с точки зрения классической этики является использование стволовых клеток, полученных от живого донора, из его органов, с его согласия, по мотивам любви и сострадания к страждущим. Чисто биологически и технологически такая возможность существует, но тормозится она реализацией менее дорогостоящего альтернативного проекта получения ЭСК из тканей абортированного плода.

Огульное отрицание возможности использования клеточной и тканевой терапии некоторыми представителями Православной Церкви, православными врачами, к сожалению, имеет место в жизни и не способствует улучшению взаимопонимания между

академическими кругами и Церковью, Использование информации без глубокого изучения ведет к профанации серьезного отношения к проблеме, дает повод для обвинения православных коллег и Церкви в целом в непрофессионализме, консерватизме, отсталости.

Нынешние времена дают основания для оценки деятельности людей, находящихся в лоне святого Православия, как апостольского служения. Апостольство православного врача заключается в том, чтобы, смиренно, на высоком профессиональном уровне, свидетельствовать о Христе, в том числе и в вопросах биологии и медицины, в вопросах здоровья.

Точность и цельность такого свидетельства – залог внимания и притягательности православного вероучения, особенно ценные в нынешние времена так называемого «обрядового православия».

Позиция православного врача должна заключаться в том, чтобы он смог дать полную развернутую картину метода, указав при этом на духовные опасности, «подводные камни» и узкие места, для того, чтобы пациент или его родственники, обладая полной информацией, имели полную свободу реализации богоданного права выбора.

Отношение к методу с позиций способа получения материала ясна. Но существует еще одна позиция – показания к использованию метода. Это существенно и очень важно для православного человека в деле спасения. Думается, что священник благословит лечение хронических или острых заболеваний, сопровождающихся значительным выпадением или утратой функции поврежденного органа использованием этого метода, но, спросив предварительно, что же это за препарат, а еще лучше, отправив человека к знающему православному врачу. Однако, использование ЭСК для стимуляции жизненных сил, иммунитета, а тем более для решения задач, так называемой эстетической, медицины является недопустимым для православного человека, ибо это завуалированное богоборчество. Жизненные силы и красоту черпать нужно не в сомнительного происхождения медицинских препаратах, а в красоте и правде Божией. Человек, живущий в гармонии с православным учением о жизни и здоровье, не позволит себе использовать эти и другие средства для осуществления подобных целей.

Для использования всей мощи клеточной и тканевой терапии существует масса препятствий технического, технологического, иммунологического, этического и иных условий, осложнений, неудач, ставящих тормоз в развитии этого метода и помимо протестов Православной Церкви. Реакции отторжений, тератогенный эффект, кратковременность существования клеточной культуры в организме, перенос вирусных агентов агрессии, явления тканевой химеризации, - вот неполный перечень осложнений тканевой и клеточной терапии.

«И прозябе Бог еще от земли всякое древо красное в видение и доброе в снедь, и древо жизни посреде рая, и древо, еже ведети разуметьное добраго и лукаваго», - говорит книга Бытия 2,9 о райском древе познания добра и зла, подаренном нашим предкам для полноты жизни первого человека в Эдемском саду. Святой Феофил пишет: «Чудесно было само по себе древо познания, чудесен и плод его. Ибо оно не было смертоносным, как некоторые мыслят, а нарушение заповеди». Оно названо деревом познания добра и зла, потому что человек через это древо познал на опыте, какое добро содержится в покорности, а какое зло – в противлении воле Божией.

Святитель Иоанн Златоуст, блаженный Феодорит считают, что плоды запрещенного дерева вовсе не заключали в себе никакого знания, но через вкушение от него они имели опытно познать то великое различие, какое существовало между добром, от которого они отпали, и злом, в которое впали.

Святой Ириней считает, что древо познания добра и зла не было смертоносным, оно было добро, как и все другое, что Бог сотворил, только Бог избрал его как средство испытания послушания человека Богу.

Тайна Божия о сотворении человека, о законах его жизни, развитии, умирании приоткрывается благодаря милости Божией и промыслу Господа о своем творении – человеке. Но прикасаться к глубинам этих тайн нечистыми руками, человеку, с затемненной грехом душой нельзя, ибо плоды от познания этого древа могут стать плодами зла. Есть области деятельности человека, на изучение и пребывание в которых Господь налагает строжайший запрет, т.к. современный человек не может разумно поступать и использовать эти знания. И следует со смирением принять этот запрет.

Есть такие отрасли деятельности человека, которые Господь абсолютно не благословляет – аборт, эксперименты с человеческим плодом и самим человеком, эксперименты и манипулирование сознанием и сферой подсознательного, развращающее внедрение в психику детей, попытки проникновения в мир духовный не той Дверью, которой является Христос. (Ин. 10;1).

«Начало премудрости – страх Господень». Страх Господень в душах современных ученых, исследователей должен стать тем тормозом, который поставит преграду перед богоборческим характером развития дальнейших исследований и практическим использованием результатов этих исследований.

Смирения и послушания, - вот чего просил Господь от первых людей, пребывавших в райском саду. В этом случае познание всего окружающего мира было для них добром; гордыня же и самоволие привели к познанию зла, дали человеку повод для сравнения и

скорби от результатов сравнения, а Богу – повод для серьезного наказания ослушавшихся, к изгнанию наших прародителей из-под крыла Отческой милости.

История человечества учит нас, что практика допущений, используемая достаточно вольно и широко, приводила к отпадению от Бога «живаго и истинного», приводила к возникновению расколов и ересей, и что молчанием предается Бог. Поэтому тема клеточной и тканевой терапии является тем самым полем битвы за души человеческие в современном мире, на которое посылает нас Господь, давая возможности выбора путей спасения.

Знание этой проблемы православными медицинскими работниками на современном уровне облегчает нам самим путь к спасению и дает профессиональное и духовное право указывать этот путь нашим братьям и сестрам, отмечая обвинения в конформизме, агрессивном консерватизме и иных нелепостях.

Представляемая чисто медицинской проблема клеточной и тканевой терапии, несет в себе ту же духовную нагрузку, что и райское древо познания. Будем же мудры, «яко змеине» и смиренны «яко голубине» и Господь сохранит нас в смирении и послушании Себе, и убережет нас от зла, но приведет к познанию добра.

Галина Муравник,
преподаватель биологии Лицея духовной культуры
во имя преп. Серафима Саровского

Шестой день творения и современные взгляды на проблемы антропогенеза.

Проблема происхождения человека является, вероятно, одной из наиболее труднопостижимых в современном естествознании. И наибольшая сложность состоит в том, что она принадлежит не только научному дискурсу. Протоиерей Василий Зеньковский в работе «Апологетика» подчеркивал, что этот вопрос «имеет исключительное значение для нашего религиозного сознания

- и потому, что Библия определяет и точно учит об особом творении человека,

- и потому, что человек связан не только с природой, но и с Богом». От того, какой ответ мы даем себе, многое зависит.

Вопрос этот нельзя назвать праздным еще по одной причине. Для человека, ищущего Бога, рано или поздно он встает во всей своей полноте. Вынесенное со школьных лет представление о том, что «человек произошел от обезьяны», и этому, якобы, существуют строгие научные доказательства, для многих становится тем камнем преткновения, который мешает переступить порог Храма.

Действительно, в новоевропейском учении о человеке рассматривались два альтернативных сценария: 1) человек сотворен Богом - картина его творения описана в 1 -2 главах Книги Бытия; 2) человек, подобно другим видам живых организмов, возник в процессе биологической эволюции от обезьяноподобного предка. Неизбежен ли выбор: наука или Священное Писание, знание или вера? Если принять идею божественного творения человека, то надо отвергнуть данные науки. А если наука - сфера профессиональной деятельности? Если ей отдана значительная часть жизни, трудов? Неужели все напрасно, и надо все перечеркнуть? Или, делая выбор в пользу науки, закрыть себе путь к Богу? Для многих этот выбор оказывается поистине драматическим. А нужен ли он в столь жесткой форме? Или могут быть найдены точки соприкосновения между двумя альтернативами? Полагаю, что можно избежать столь радикального размежевания и при некоторых допущениях возможен третий вариант, предполагающий парадигмальный синтез. Этот подход не только позволяет снять противоречия между концепциями творения и биологического происхождения человека, но и в значительно большей мере соответствует современному состоянию этой проблемы в недрах современной науки.

* * *

История научного поиска в этой области весьма любопытна, однако многие важные детали остаются малоизвестными или искаженными. Так бытует мнение, что автор симиальной гипотезы происхождения человека - Чарлз Дарвин. Но это не так. В XVII веке итальянский врач и натурфилософ Луццилио Ванини впервые высказал «крамольную» мысль о том, что люди - потомки обезьян. В 1619 г. по решению суда инквизиции он был сожжен в Тулузе. Однако в конце XVIII столетия известный французский натуралист Ж.-Л. де Бюффон опубликован многотомный труд «История земли», в котором вновь озвучил идею происхождения человека от обезьяны. Слово о родстве человека и обезьян было произнесено, симиальная гипотеза, сколь бы непривлекательной она ни казалась, стала обретать не только противников, но и сторонников.

В 1871 году вышла в свет книга Ч. Дарвина «Происхождение человека и половой отбор». В ней Дарвин пытался обосновать гипотезу о том, что между человеком и приматами существовало некое связующее звено - общий предок, от которого они ведут свое происхождение.

В своем труде он опирался на сравнительную анатомию и эмбриологию. Если разбирать аргументы, приводимые Ч. Дарвиным, с позиции сегодняшнего знания, становится очевидно, что продемонстрировать появление человека путем естественного отбора ему не удалось. Признавая, что его теория сталкивается с множеством трудностей, Ч. Дарвин был твердо убежден лишь в том, что человек «все-таки носит в своем физическом строении неизгладимую печать низкого происхождения», т.е. признал доказанным лишь факт эволюции физического тела человека. Следует сказать, что вывод ученого достаточно корректен. Но проблема в другом. Тело - это еще не весь человек в его полноте, или соборности. Надо отметить, что во времена написания Ч. Дарвиным своей работы еще фактически не существовало палеоантропологии - науки об ископаемых предках человека.

В 1856 году были найдены части скелета человекоподобного существа, названного, по месту обнаружения (пещера Неандерталь), неандертальцем. Эта находка стала мировой сенсацией. Долгое время неандертальцев считали прямыми предками Человека разумного. Итак, во второй половине XIX века родилось новое научное направление - палеоантропология, задача которой - анализ окаменелостей.

Однако попытка построить филогенетический ряд человека, который призван реконструировать эволюционный путь вида, базируется на идее (признанной сейчас устаревшей), что эволюция - это линейный процесс, и поэтому ископаемые и ныне живущие виды должны составлять единую непрерывную векторную последовательность. Идея создания подобных рядов связана с традицией составления фамильных генеалогий. Отношения предок-потомок, естественные и не вызывающие сомнений в фамильных родословных, механически были перенесены в область палеоантропологии. Однако утверждение, что подобные отношения имеют

место в филогенезе, нуждается в доказательстве. Но оно никогда и никем представлено не было. Между тем этот подход во многом упрощал задачу исследователей. По этому «облегченному» пути палеоантропология двигалась 150 лет.

Однако уже много лет в эволюционной биологии развивается идея о том, что «эволюционное дерево» - это вовсе не дерево, не куст и уж тем более не линия. Если пытаться проводить какие-либо аналогии, то наиболее близким графическим отображением будет фрактал - особая нелинейная самоподобная структура, описываемая множеством Мандельброта. А «филогенетический ряд человека», предложенный Э.Геккелем, как и вообще сам принцип филогении - теперь не более, чем научная мифологема. «Филогенетическое дерево» превратилось ныне в некое поле, испещренное точками и черточками, обозначающими тот или иной ископаемый вид, которые разделены во времени и пространстве. Но по поводу родственных отношений между этими персонажами сказать что-либо определенное весьма трудно.

В целом же сама постановка вопроса о происхождении человека нуждается в существенном уточнении. Собственно, какого именно предка мы

ищем? Палеоантропологи положили много сил на поиски так называемого «переходного звена» (missing link). Претендентов на эту роль было немало, споров - еще больше, но место остается вакантным. Почему? Необходимо определить, где проходит грань, отделяющая человека от «нечеловека». Обычно все сводят к: 1) объему черепной коробки, 2) прямохождению и 3) способности делать орудия труда. Но основная проблема состоит в том, как возникло человеческое мышление. Один из современных авторов, Ю.В.Чайковский полагает, что «гранью между человеком и его предками можно считать легко фиксируемый акт культуры - погребение умерших».

Как известно, первыми около 60 тысяч лет назад стали хоронить своих сородичей неандертальцы. Совершая обряды погребения, они не просто закапывали тела в землю, а предварительно придавали им «эмбриональную позу», или «позу спящего» (положение на боку, с согнутыми в коленях ногами), а могилы обкладывали камнями или костями крупных животных, например, мамонта. Что это могло символизировать? Вопрос непростой. Не менее удивителен и такой факт: в одной из могил обнаружена цветочная пыльца. Некоторые авторы склонны усматривать в подобном поведении зачатки религиозных верований.

Мне представляется, что причины для погребения могли быть иными - более прозаическими. Если оставить тело умершего возле стоянки (пещеры), то это неизбежно привлечет хищников, встреча с которыми опасна и нежелательна. Если же положить тело в пещере - начнется процесс разложения, что также связано с определенными неприятными последствиями. Единственный правильно найденный выход - закапывать умерших в землю, а для надежности обкладывать крупными костями,

камнями, колючими растениями. Анализ цветочной пыльцы показал, что «погребальные букеты» состояли из чертополоха или шток-розы - растений, имеющих острые шипы. Таким образом, цель погребения была иной, чем в нашей культуре - не привлечь животных. Что касается так называемой «эмбриональной позы», то и здесь мне видится объяснение, лишённое мистики. Неандертальцы были существами крупными (рост до 165 см), так что выкопать могилу в полный рост, имея в качестве инструмента гальки с заостренными краями, было трудной задачей. Другое дело - чашеобразное углубление, выдолбленное в скале. Но чтобы уместить туда покойника, его надо было согнуть. Полагаю, что подобные действия нельзя трактовать как форму религиозности. Поэтому такой критерий как погребение умерших, на мой взгляд, не может служить границей, отделяющей человека от его предшественников.

Аналогично и орудийная деятельность. Чтобы изготовить орудие, необходимо обладать сознанием, логическим мышлением: понимать, для чего оно делается, как его изготовить, из какого материала, с помощью каких других инструментов и т.д. Словом, для целесообразных действий нужен план, а также понимание того, как этот план реализовать, т.е. нужен разум. Орудийная деятельность - продукт сознания, одна из форм его проявления, а не наоборот. Следовательно, расхожее утверждение, что «труд создал из обезьяны человека» становится бессмысленным.

Я полагаю, что подлинными критериями могли бы стать следующие. 1) Наличие понятийно-речевого общения, т.е. использование не просто знаковой системы, посредством которой общаются многие животные, а именно появление языка. Язык по праву можно считать неотъемлемым свойством человека. Можно ли по ископаемым останкам судить о его наличии или отсутствии? Да, для обладания членораздельной речью необходимо иметь определенное строение речевого аппарата. А это вопрос, находящийся в компетенции палеоантропологов. Путем реконструкций было показано, что кроманьонцы, в отличие от остальных представителей рода *Номо*, имели особое строение гортани - так называемую низкую гортань. Изучение черепов древних *Номо sapiens* показало, что уже 100-150 тысяч лет назад они обладали этой особенностью строения, т.е. были способны говорить. Анатомическая основа для обретения языка появилась очень рано.

2) Другим, не менее важным критерием, является способность к творчеству. Появившийся на Земле Человек разумный начал творить. Всегда считалось, что первыми в мире художниками были европейские кроманьонцы. Они расписывали стены своих пещер, украшали рисунками одежду, предметы быта, инструменты, делали украшения из ракушек, зубов животных. То, что сохранило время, свидетельствует о высочайшем уровне их художественного мастерства. Но вставал вопрос: почему палеолитическое искусство не находят в Африке - на родине человечества? Недавно в одной из древних пещер были найдены кусочки охры, тщательно обточенные, с нанесенным чем-то острым рисунком -

геометрическим орнаментом. Датировка слоя показала, что этому древнейшему произведению искусства более 70 тысяч лет. Таким образом, европейские кроманьонцы были отнюдь не первыми и вовсе не единственными древними художниками.

Но создавалось палеолитическое искусство не только в качестве украшений. Вполне вероятно, что это было культовое искусство.

3) Если предположить, что искусство кроманьонцев носило культовый характер, то неизбежен вопрос об их религиозных верованиях. Долгие годы бытовало мнение, что дикарям присущ «стихийный материализм». Однако этнографические исследования выявили иную картину: чем меньше народ подвержен влиянию цивилизации, тем более отчетливо в его религиозных верованиях видны следы монотеизма. Исходной формой религии был не политеизм, как считалось ранее, а монотеизм - вера в Единого Бога, сладости общения с Которым лишился первочеловек. Таким образом, наличие религиозных верований можно также считать критерием для идентификации Человека разумного.

Полагаю, что эти три критерия — речь, творчество, религия, являющиеся проявлением человеческого разума, в отличие от рассудочной деятельности, свойственной высшим животным, могут служить той демаркационной линией, которая отделяет вид *Homo sapiens* от других представителей рода *Homo*. Эти новые функции стали возможны не только в результате процесса цефализации (увеличение отношения массы головного мозга к массе тела), но и в результате появившейся диссимметрии больших полушарий мозга (т.е. нарушения их двухсторонней симметрии).

Если подойти с этими критериями к неандертальскому человеку, то необходимо признать, что он представляет собой обособленную группу высших антропоидов, которая ведет в эволюционный тупик.

Можно предположить, что неандертальцы обладали анатомическими особенностями, я назвала бы их потенциями, которые в принципе могли позволить им перепрыгнуть пропасть, отделившую древних гоминид от Человека. Но этот прыжок они не сделали. «Путь развития к современному человеку, по крайней мере, в Европе, прошел мимо неандертальцев», - таков вывод немецкого исследователя Ф.Кликса. Этот вывод решаются сделать не все антропологи, поскольку тогда в эволюционном процессе становления человека, как он традиционно представляется, наблюдается явный разрыв. Кроманьонец оказывается без предшественников.

Если окаменелости не могут в деталях рассказать свою историю, то это означает одно - надо искать принципиально новые подходы для реконструкции событий отдаленного прошлого. И они были найдены.

* * *

В 80-х годах произошла «бесшумная революция» в антропологии. Появились данные, которые радикальным образом трансформировали прежние представления о человеческой эволюции. Речь идет о выдающихся открытиях палеогенетики (иногда ее называют молекулярной

палеонтологией). Оказалось, что в геноме человека можно обнаружить следы эволюционной истории. Гены впервые предстали в роли исторических документов, с той лишь разницей, что запись в них сделана не чернилами, а химическими компонентами молекулы ДНК. Словом, генетики научились извлекать информацию, в буквальном смысле из «праха земного» - окаменевших остатков возрастом до 100 тысяч лет.

В 1989 г. в журнале «Nature» появилась статья Аллана К.Уилсона, в которой он утверждал, что все человечество произошло от одной женщины, когда-то жившей в Африке, потомки которой, двинувшись тремя миграционными волнами, заселили остальные континенты, породив все расовое разнообразие человечества. Подробные результаты этих исследований были опубликованы в 1992 году в журнале «Science».

Для анализа А.Уилсон избрал ДНК митохондрий - одного из органоидов клетки. Митохондриальная ДНК (мтДНК) - это небольшая кольцевая молекула, содержащая 37 генов. Из них мутировать могут не более 2%. Однако не только скромные размеры мтДНК определили выбор. Гораздо важнее другое. Известно, что митохондрии наследуются исключительно по женской линии. При зачатии зародыш получает свои митохондрии именно от матери. Это позволяет следить за предками по материнской линии. Кроме того, было показано, мтДНК накапливает нейтральные мутации с постоянной скоростью, т.е. ведет себя, как часы, которые и назвали «митохондриальными часами». В таком случае, более молодые нации будут генетически более однородными, а более древние должны иметь значительный спектр мутаций, накопившихся за более продолжительное время их существования на Земле.

Проведя сравнительный анализ мтДНК, А.Уилсон получил данные о наличии наибольшей дифференциации митохондриальных генов в Африке. Более того, оказалось, что всё современное человечество ведет свое происхождение от одной женщины, некогда обитавшей в восточной Африке. Все исследованные образцы мтДНК можно возвести к единой исходной нуклеотидной последовательности. Уилсон называл эту прародительницу «Митохондриальной Евой». Но он не утверждал, что «Ева» была в ту пору единственной женщиной на Земле. Проведенное математическое моделирование показало, что эффективный размер популяции (т.е. количество мужчин и женщин, способных оставить потомство) в то время составлял не менее 10-18 тысяч человек. Но их потомки не оставили своего генетического следа. История их жизни не запечатлелась в наших генах.

Найдя место, являющееся «колыбелью» человечества, Уилсон пошел дальше. Зная скорость мутирования, он смог определить время появления «Евы» на Земле. «Митохондриальные часы» показали, что она жила приблизительно 200-150 тысяч лет назад, т.е. оказалась древнее неандертальца, которого ей прочили в «эволюционные отцы».

Открытие А.Уилсона стимулировало всплеск исследований в крупнейших лабораториях мира. И все независимо выполненные работы

говорят в пользу восточной Африки как места, где впервые появился человек. Позднее удалось более тонко откалибровать «митохондриальные часы». По уточненным оценкам, возраст современного человека составил около 150-160 тысяч лет.

■

Далее были выполнены исследования по анализу У-хромосомы мужчин, чтобы проследить «линию отцов» в родословной человечества. Данные, полученные Ж. Люкоттом, а потом П. Ундерхаллом, также подтвердили восточноафриканское происхождение «Адама». Время его появления составило 160-180 тысяч лет. Некоторый разброс в возрастах «Евы» и «Адама» считается ошибкой метода.

Итак, именно на Африканском континенте около 150-180 тысяч лет назад появились прародители современного человечества. Примерно 100 тысяч лет назад их потомки мигрировали, замещая всех прочих гоминид, но при этом, что важно, не скрещиваясь с последними. В процессе расселения и возникли человеческие расы. Исследованиями А. Уилсона была подтверждена моногенетическая гипотеза их происхождения, названная им «Ной и сыновья». Особый интерес представляет предпринятая Л. Кавалли-Сфорца попытка сравнить данные молекулярной генетики и лингвистики. Он показал, что распространение генов удивительно хорошо коррелирует с распространением языков. Таким образом, родословное древо, отражающее миграции древних людей, построенное на основании генетических исследований, соответствует лингвистическому родословному дереву.

Но на этом сюрпризы, преподнесенные палеогенетиками антропологам, не закончились. Профессору Сванте Паабо удалось извлечь мтДНК из фрагмента позвонка неандертальца. Как показали исследования митохондриальной ДНК современного человека и неандертальца, последний не является нашим предком. Спустя несколько лет группа американских, а позднее и немецких ученых провела независимое исследование неандертальской мтДНК. Их вывод таков: «Подтверждается гипотеза, согласно которой неандертальцы представляют тупиковую эволюционную ветвь и не являются предками современного человека». Таким образом, палеогенетический критерий дал тот же результат, что и критерии, предложенные мной.

* * *

Какой же вывод может быть сделан на основании тех данных, которыми мы располагаем сегодня? Можно ли «примирить» идею творения человека Богом с данными современной палеоантропологии и палеогенетики? Думается, да. Но прежде надо осознать, что приход в мир человека - феномен не только материальный, но и духовный. На этом пути открываются новые горизонты. Подлинная история научных исканий - это и история откровений. Но готовы ли мы к ним сегодня?

Человек, согласно Библейскому рассказу, приходит в мир в последний, шестой день творения. Те немногие строки, которые повествуют об этом

уникальном событии, безусловно, нуждаются в серьезном богословском анализе. Это позволяет проникнуть в глубинную суть рассказа и дает возможность перебросить мостик от Библейской картины творения человека к данным науки сегодняшнего дня. Рассказ о сотворении человека повторен бытописателем дважды - в 1 и 2 главах. Первая глава сообщает следующее: «И сказал Бог: сотворим человека по образу Нашему, по подобию Нашему». Господь не поручает сотворение человека другим стихиям, а участвует в антропогенезе Сам. Человек творится не только Словом Творца, но и Его сакральным действием.

Необходимо остановиться на использованном бытописателем глаголе «творить». В тексте Шестоднева деяния Господа передаются двумя близкими по смыслу словами: «бара» - сотворил и «аса» - создал, сделал, которые являются, как может показаться, синонимами. Однако это не совсем так. Глагол «бара» имеет значение «творить что-либо принципиально новое, творить первоначально». Значит при его употреблении речь идет о создании новой сущности, о сотворении чего-то, не существовавшего прежде. Глагол «аса» имеет иной смысловой оттенок, это - «создание чего-то из сотворенной основы». Он употребляется, если хотят сказать о тонкой обработке, отделявании чего-либо, сотворенного ранее.

В тексте Шестоднева глагол «бара» используется трижды: при сотворении Богом материи, жизни и человека, то есть когда речь идет о центральных моментах Божественного творчества, глубоко изменивших мироздание. Глагол «аса» употреблен в тех случаях, когда речь идет о создании чего-то из сотворенной ранее первоосновы, т.е. о придании материи некой конкретной формы. Например, Солнце и другие небесные тела не сотворяются, а именно создаются; многочисленные живые существа также создаются после сотворения первой «души живой». Таким образом, можно предположить, что глагол «аса» отражает эволюционные события, происходящие в природе без непосредственного Божественного участия, но, что важно подчеркнуть, по Его замыслу и в определенной направленности.

Во второй главе Бытия изложение более подробное, появляется новый мотив: человек, в отличие от всех других живых существ, творится в два этапа: «И создал Господь Бог человека из праха земного» - это первый этап. «И вдунул в лице его дыхание жизни, и стал человек душою живою» - этап второй. Требуем особо внимательного анализа слово «человек» по-древнееврейски «adam». В данном тексте - это не имя собственное, а нарицательное обозначение человека вообще, равно применимое и к мужчине, и к женщине. Из чего же создается тело первочеловека «adama»? Из «праха земного», - отвечает Библия. Интересно, что слово «земля» звучит по-древнееврейски как «adamah». Но это не просто земля, слово «adamah» имеет еще ряд значений: «обработанная, преобразованная, возделанная земля, или материя». Кроме того, слово «adam» сходно по звучанию с глаголом «adame» - «я

уподоблю». Именно этот глагол используется, когда сообщается, что человек создан по подобию Божию. Есть и еще одно созвучное слово - «edom», означающее красный цвет. Очевидно, что тело первочеловека создается из материальной основы (возможно, красного цвета, как наша кровь), некоторым образом предварительно подготовленной. Она-то и названа словом «adamah». Следует заметить, что в древнееврейском языке есть и другие слова-синонимы, имеющие значение «земля», но с иным смысловым оттенком. Но бытописатель использует именно слово «adamah». Почему? Только ли ради игры слов: adam - adama - edom - adame? Наверное, нет. Но эта удивительная игра слов многое может нам открыть, она явно не случайна. Не по прихоти бытописателя, а от

Духа Святого рождается этот тончайший лингвистический узор, скрывающий

какой-то сокровенный смысл, постичь который чрезвычайно важно, если мы

хотим приблизиться к доступному нам знанию о «подготовленной, возделанной материи», из которой творится физическое тело человека. Без сомнения, это очень непростой для понимания эпизод Шестоднева и, может быть, одна из труднейших страниц Библии.

Итак, человек становится Человеком лишь после того, как благодать Духа Святого одухотворила его физическое тело, которое стало, по слову апостола Павла, «Храмом святого Духа». Этот сакральный момент - подлинное начало человеческого бытия. Человек обрел свою ипостасную полноту со всеми присущими только ему одному качествами: даром слова, способностью творить и познавать Бога.

Таким образом, сообщая о факте творения человека Богом, Библия, не будучи научным трактатом, ничего не говорит о конкретном механизме творения. Она дает нам религиозный урок, и мы напрасно стали бы искать в ней сугубо научные детали. Святой Григорий Нисский (III в) в работе «Об устройении человека» писал: «Последним после растений и животных устроен человек, так что природа каким-то путем последовательно восходила к совершенству». Но путь этого восхождения Писание нам не открывает. Это - поле научного поиска. Христианское учение о человеке в лице его величайшего богослова, святого Василия Великого, приходит к такому лаконичному заключению: «Бог сотворил человека животным, получившим повеление стать Богом».

Главный итог - это понимание того, что библейское повествование, донесенное до нас в предельно сжатом виде, скорее, языком хроники, чем истории, при его внимательном прочтении открывает иную перспективу. И подлинная задача науки - наполнить этот рассказ конкретным смыслом, что ничуть не умаляет авторитета Священного Писания, но, напротив, помогает более глубокому его постижению. Христианская антропология, конечно, не может допустить, что человек во всей полноте, т.е. его тело, душа и дух, мог произойти от животного, поскольку механизм биологической эволюции не способен дать начало бессмертному

человеческому духу. Поиск решения неизбежно выводит нас за рамки «чистой» науки. Что же касается происхождения тела человека, то, думается, можно предположить, что оно есть результат телеологической эволюции (от греческого слова «telos» - конец, цель), идея которой состоит в том, что эволюционное движение осуществляется не за счет случайных процессов, как полагал Ч. Дарвин и его последователи, а направляется Господом к ведомой Ему цели. Надо сказать, что вопрос о механизме эволюции до сих пор является предметом острых дискуссий. Но идея целенаправленности эволюции благодаря работам Л.Берга, А.Любищева, С.Мейена, ряда других авторов принимает все более ясные концептуальные очертания и обретает большое число сторонников, к числу которых принадлежит и автор этих строк.

Если же спроецировать идею телеологической эволюции на проблему происхождения человека, картина может выглядеть примерно так. Творец, существующий предвечно, является носителем идеи (логоса) - идеального плана мироздания. Он устанавливает цель, в направлении которой осуществляется развитие мира. Он же декретирует законы (или организующие принципы), в соответствии с которыми идет движение от творческого первообраза к его материальному воплощению в мире. Такова, на мой взгляд, принципиальная схема телеологической эволюции. Процесс мироздания, направляемый Волей Творца, в целом протекает свободно, в соответствии с установленными Им законами. Как полагал П.Т. де Шарден, имеет место «направленный случай» Но, вероятно, в судьбоносные моменты, когда решалась подлинная судьба мироздания, этот процесс подвергался непосредственному воздействию Его созидательной творческой энергии, происходил, выражаясь научным языком, ввод креативной информации. Краткие слова Шестоднева «И сказал Бог...» - «И стало так...» знаменуют то, что можно назвать Творящей Божьей Волей. Наука не знает природы этих сакральных творческих актов Создателя. Однако непостижимость таких феноменов, как возникновение вселенной, жизни и человека, свидетельствует о том, что Божественная Воля преображала тварное вещество, направляя его развитие к изначальной идее мироустройства. И венцом мироздания стал человек. Думается, можно принять (в качестве гипотезы), что физическое тело человека долго совершенствовалось, вызревало, как зреет плод, чтобы породить новую жизнь. Но в тот момент, когда Господь вдохнул, как говорит Писание, в это подготовленное тело Свой Дух, произошло такое значительное, кардинальное изменение материальной природы, что далее о каком-либо родстве с представителями ранних форм говорить уже невозможно (и генетический анализ это ясно показал). Здесь напрашивается сравнение, которое, как представляется автору, в какой-то мере может облегчить понимание той сакральной реальности, о которой идет речь (хотя, безусловно, никакие аналогии не являются адекватными).

Каждый, кто прививал культурный сорт плодового дерева на «дичок», знает, что привой получает от принявшего его дерева силы для роста и развития, питаясь за счет его корней, ствола, листьев. Селекционер при этом должен постепенно удалять ненужные ветви «дичка». В конечном счете побеги нового сорта станут единственными на принявшем их стволе - будет получено дерево нового плодоносного сорта. Но все же никто не станет утверждать, что в результате прививки культурный сорт произошел от дикого. Ведь это могут быть даже деревья разных видов, например, яблоню можно привить на грушу, персик - на абрикос и наоборот.

Возможно, нечто аналогичное имело место при появлении человека. Поэтому в нас, с одной стороны, так много общего с представителями своего класса (млекопитающих), но в то же время, имеются принципиальные отличия от всех других обитавших на Земле антропоидов. Человек — новый пришелец в мир. Он вобрал в себя всё, что оттачивала резцом эволюции и бережно копила природа. Он - драгоценная ветвь Древа Жизни, привитая Самим Создателем. Однако его появление никогда не осуществилось бы без того сакрального антропосозидающего действия, которое в силу отсутствия всеобъемлющего знания мы можем лишь определить, придав ему некую словесную реальность. Это - Творящая Воля Бога. Это сложное «зизждительное начало», по мнению автора, и есть тот фактор, без которого невозможно возникновение подлинной новизны - вселенной, жизни, человека.

Предложенный подход к проблеме появления человека позволяет не только активизировать диалог науки и религии, но и вывести его на качественно иной уровень - парадигмального синтеза. Думается, наш вид вполне можно назвать *Homo paradoxalis* - человек парадоксальный. Всё в каждом из нас - от воплощения в мире до непостижимости богоподобия - есть парадокс. Поэтому наука, несмотря на свое усердие, останавливается безмолвно перед этой величественной тайной, предоставляя слово Откровению. Изложенный взгляд на одну из «упрямых» проблем современного естествознания - лишь скромная лепта в дело поиска и обретения концептуального согласия между наукой и богословием, столь необходимого человеческой душе, ищущей Истину.

Иерей Виктор Праздничный
ответственный за взаимодействие с органами здравоохранения
Епархиального управления
Настоятель Спасского храма Никольского церковного округа
Воронежской и Борисоглебской епархии:

Андрей Савченко, к.м.н.
руководитель медицинского отдела Епархиального управления
Председатель НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого)

**О РАБОТЕ
НАУЧНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ
ВО ИМЯ СВЯТИТЕЛЯ АНТОНИЯ (СМИРНИЦКОГО)
ВОРОНЕЖСКОЙ И БОРИСОГЛЕБСКОЙ ЕПАРХИИ
ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ РЕЛИГИОЗНОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ
РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ
(МОСКОВСКИЙ ПАТРИАРХАТ)
И МЕДИЦИНСКОГО ОТДЕЛА ЕПАРХИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ**

В 2005 году подписано Соглашение о сотрудничестве Воронежской и Борисоглебской епархии Централизованной Православной религиозной организации Русской Православной Церкви (Московского Патриархата) и Главным управлением здравоохранения Воронежской области, а также подписано Соглашение о совместной научной, педагогической и культурно-просветительской деятельности Воронежской и Борисоглебской епархии Централизованной Православной религиозной организацией Русской Православной Церкви (Московский Патриархат) и ГОУ ВПО «Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Научно-просветительская общественная организация православных врачей во имя святителя Антония (Смирницкого) (НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) и медицинский отдел Епархиального управления осуществляли свою деятельность в трех основных направлениях: научном, просветительском и лечебном.

Научная деятельность.

Научное направление деятельности НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) и медицинского отдела Епархиального управления

осуществлялось в рамках разработки темы благословенной Его Высокопреосвященством Высокопреосвященнейшим СЕРГИЕМ, Митрополитом Воронежским и Борисоглебским – «Этико-религиозные проблемы производства и использования трансгенных продуктов питания». Освещение данной медицинской проблемы в свете учения Православной Церкви неоднократно проводилось на пленарных заседаниях членов НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого), на страницах издаваемой НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) газеты «Обретение».

С докладом на тему «Этико-религиозные и философские проблемы производства и использования генетически модифицированных источников питания» выступал кандидат философских наук А.А. Шевченко – ассистент кафедры патологической анатомии ВГМА им. Н.Н. Бурденко на епархиальной духовно-медицинской конференции «Взаимодействие Церкви и медицины».

Следует отметить, что за работу, названную выше, А.А. Шевченко удостоен третьей премии в конкурсе «Ответственность религии и науки в современном мире», проводимым Библейско-богословским институтом ап. Андрея в Москве, в номинации «Лучшая исследовательская работа».

НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) совместно с Воронежской и Борисоглебской Епархией и ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Росздрава являлась организатором и активным участником епархиальной духовно-медицинской конференции «Взаимодействие Церкви и медицины», прошедшей 11 ноября 2005 года в Воронеже, имевшей целью обсудить ведущими специалистами ВГМА им. Н.Н. Бурденко, здравоохранения области, представителями священноначалия Русской Православной Церкви и структурами власти актуальные вопросы взаимодействия Церкви и медицины, определить приоритеты и стратегию развития работы в данном направлении.

Сотрудники медицинского отдела Епархиального управления и члены НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) принимают активное участие в работе Международных Рождественских образовательных чтениях «Православие и медицина», а так же в

работе 1-й Всероссийской Бурденковской студенческой конференции.

А.А. Шевченко в мае 2005 года в Москве опубликовал тезисы «Генетически модифицированные продукты питания и научная этика: взгляд православного врача» 8-й Всероссийской конференции «Оптимальное питание – здоровье нации» (к 75-летию Научно-исследовательского института питания РАМН).

18-19 мая 2005 года в Воронеже проводилась межрегиональная конференция «Развитие системы межсекторного взаимодействия различных организаций и служб в деле противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа на современном этапе», участниками которой также были сотрудники медицинского отдела и НПООПВ во имя свт. Антония

(Смирницкого). С докладом на тему: «Грех и болезни, передаваемые половым путем» выступил иерей Виктор Праздничный.

Кандидат философских наук А.А. Шевченко принимал участие во 2-й международной духовно-медицинской конференции православных врачей «Церковь и медицина», проходившей в Санкт - Петербурге 14 - 16 июня 2005 года.

Совместно с образовательным отделом Епархиального управления разработаны современные программы обучения медицинских сестер основам диаконической деятельности.

По итогам прошедшей 11 ноября 2005 года в Воронеже епархиальной духовно-медицинской конференции «Взаимодействие Церкви и медицины» были отобраны следующие доклады для участия в Международных Рождественских образовательных чтениях «Православие и медицина» (XIII-я конференция):

А) «Реабилитация жертв тоталитарных сект» - Алина Юрьевна Лихачева – кандидат философских наук, доцент кафедры социологии и теории социальной работы Московского государственного социального университета – филиала в Воронеже;

Б) «Проблема подростковых суицидов» - иерей Сергей Трофимов – настоятель Никольского храма с. Урыв Острогожского церковного округа Воронежской и Борисоглебской епархии;

В) «Этико-религиозные и философские проблемы производства и использования генетически модифицированных источников питания» - Александр Алексеевич Шевченко – кандидат философских наук, ассистент кафедры патологической анатомии ВГМА им. Н.Н. Бурденко.

Просветительская деятельность.

Ежемесячно, каждый последний четверг месяца, в 2005 году проводились пленарные заседания членов НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого), на которых освещались и обсуждались актуальные медицинские проблемы в свете учения Православной Церкви.

В мае 2005 года проведено общее собрание членов НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) на котором обсуждены проблемы связанные с подготовкой нормативных актов и документов, необходимых для юридической регистрации НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) в органах государственной юстиции.

Газета «Обретение», учредителем которой является НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) и приход Спасского храма Воронежа Никольского церковного округа епархии систематически знакомили широкие массы медицинских работников и мирян с актуальными проблемами современной медицины в свете учения Православной Церкви.

В течение отчетного года постоянно члены НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) и священнослужители епархии принимали участие в проведении факультативных занятий со студентами ВГМА им.

Н.Н. Бурденко по «Основам православной культуры для медицинских работников», а с сентября 2005 года по «Основам духовно-нравственной культуры».

Руководствуясь учебным планом, в Воронежской Духовной семинарии православным психиатром Ф.И. Ивановой проводился факультатив «Основы психиатрии».

Еженедельно проводятся курсы «Основы и принципы оказания первой помощи и ухода за больными при различных заболеваниях» врачами членами НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого), преподавателями ВБМК и ВГМА им. Н.Н. Бурденко при Спасском и Никольском храмах Воронежа Никольского церковного округа епархии для православного населения.

В период ноябрь 2004 года – январь 2005 года членами НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) и сотрудниками медицинского отдела Епархиального управления проведено знакомство с организацией учебного процесса для подготовки сестер милосердия на базах Тамбовского и Курского базовых медицинских колледжей и в Учебном Центре Марфо - Мариинской обители милосердия.

В настоящее время НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) и медицинский отдел Епархиального управления проводят подготовительные мероприятия для организации набора и подготовки сестер милосердия на базе Воронежского базового медицинского колледжа и Острогожского медицинского колледжа.

Организовано сотрудничество по профилактике зависимостей в рамках Соглашения о сотрудничестве Воронежской и Борисоглебской епархии Русской Православной Церкви и Управления Федеральной службы Российской Федерации по контролю над оборотом наркотиков по Воронежской области от 07 июня 2005 года в вопросах касающихся деятельности и ведения медицинского отдела Епархиального управления.

Медицинским отделом принято участие в мероприятиях, проводимых в рамках антинаркотической Всероссийской акции «Поезд в будущее», проходившей в Воронеже 24 – 27 ноября 2005 года.

Лечебная деятельность.

Организована система квалифицированной диагностической, лечебной и профилактической (амбулаторной и стационарной) помощи церковнослужителям православных храмов Воронежской и Борисоглебской епархии и членов их семей на базах лечебно-профилактических учреждений здравоохранения Воронежской области.

В мае 2005 года в с. Синие Липяги Нижнедевицкого района Семилукского церковного округа оказано содействие возрождению социально-медицинской помощи при Петропавловском приходе.

Совершено семь выездов православных врачей для оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи больным и

страдающим на базах действующих лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения в сельских административных территориях Воронежской области. Осмотрено 800 человек.

Православными врачами совместно с врачами ГУЗ «ОДКБ № 1» проведен осмотр детей, отдыхающих на 1- и 2-м потоках в детском православном лагере «Кристалл» - осмотрено около 300 воспитанников лагеря.

Организован и ведется прием православных психиатров и психологов в душепопечительском кабинете при Спасском храме Воронежа Никольского церковного округа епархии.

Создана и действует анонимная телефонная линия при Спасском храме Воронежа Никольского церковного округа епархии по вопросам консультирования родственников, родителей и подростков по вопросам профилактики зависимостей.

Еженедельно в медицинском отделе Епархиального управления по телефону проводятся консультации священнослужителем по вопросам духовного здоровья.

Общественная деятельность.

В мае 2005 года опубликовано обращение православных врачей к Ветеранам Великой Отечественной войны в честь 60-летия Юбилея Победы в средствах массовой информации.

В мае 2005 года опубликовано обращение православных врачей к общественности области в защиту детей в средствах массовой информации (ко «Дню защиты детей»).

В мае 2005 года опубликовано в средствах массовой информации поздравление православных врачей медицинских работников лечебно-профилактических учреждений здравоохранения области, посвященное «Дню медицинского работника».

В мае 2005 года опубликовано открытое письменное обращение православных врачей Главе городского округа г. Воронежа, Председателю Воронежской областной думы, Губернатору Воронежской области, Полномоченному представителю Президента РФ в Центральном федеральном округе в Воронежской области о ограничении планируемых массовых мероприятий Свидетелями Иеговы во время недели Всех Святых Земли российской просиявших.

Благотворительная помощь.

В мае 2005 года оказана благотворительная помощь церковнослужителям епархии в виде лекарственных препаратов на сумму 4873 рубля.

В марте – мае 2005 года НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) оказана благотворительная помощь бедным и социально незащищенным мирянам в виде раздачи лекарственных препаратов на сумму 3700 рублей.

В мае 2005 года оказана благотворительная помощь в виде игрушек совместно со складом оптовой и мелкооптовой торговли «Карусель игрушек» детям, находящимся на лечении в ГУЗ «Областная детская клиническая больница № 1», ГУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница» - детское отделение, МУЗ «Городская клиническая психиатрическая больница» - детское отделение, МУЗ «Городской дом ребенка» на общую сумму 8 тысяч 654 рубля.

НПООПВ во имя свт. Антония (Смирницкого) начал создавать свой библиотечный фонд. В настоящее время фонд собранных книг насчитывает 350 экземпляров, собрание книжного фонда продолжается.

Протоиерей Сергей Филимонов,
председатель Общества православных врачей
Санкт-Петербурга имени свт. Луки (Войно-Ясенецкого).

ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНО- И ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ.

Господь изначально наделил нас мощной защитой от внешних и внутренних инфекций. Такой защитой является иммунная система организма, которая исправно выполняет свои функции, если человек живет по законам Божиим.

Как в прошлом, так и в настоящее время инфекционные заболевания попущены за богоотступничество, за нарушение Заповедей Божиих. Однако, Господь по Своему милосердию подает нам способы борьбы с инфекциями, одним из которых является вакцинопрофилактика.

В настоящее время в средствах массовой информации нередко появляются сообщения, выражающие скептическое, порой откровенно негативное отношение к иммунопрофилактике. Такая точка зрения в отношении прививок, к сожалению, зачастую находит отклик среди родителей. Нередко священнослужители превышают свои полномочия и запрещают вакцинацию детей. Недоверие, настороженное отношение к иммунопрофилактике может быть связано с целым рядом причин: широкое распространение мнения о вредных последствиях вакцинопрофилактики; незнание родителями и врачами собственных прав и обязанностей в отношении вакцинации детей; отсутствие своевременного оповещения родителей о предстоящих прививках; низкий авторитет врачей, проводящих вакцинацию; недостаточная информированность родителей об особенностях современных вакцин и др. Однако, на вопрос о необходимости вакцинопрофилактики для детей в современных условиях ответ может быть только однозначно утвердительным.

Тем не менее, прививки детей должны проводиться с соблюдением ряда условий. Для вакцинации должны использоваться высокоиммуногенные и ареактогенные препараты, которые дают полноценную защиту от инфекции с минимальным риском для здоровья. При назначении прививок в первую очередь следует учитывать состояние физического здоровья и готовность иммунной системы дать полноценный ответ. Вакцинацию против гепатита «В» можно рекомендовать в следующих случаях: для новорожденных - при угрозе инфицирования ребенка от больной гепатитом «В» матери; в закрытых детских учреждениях (интернатах, домах ребенка); в социально неблагополучных семьях; в семьях, где есть больные острым и хроническим гепатитом «В»; для защиты профессиональных групп риска.

Проведение подобной оправданной и грамотной иммунопрофилактики не противоречит основам православной вероучительной истины.

В то же время неадекватной следует считать вакцинацию, которая проводится необдуманно, в формальном соответствии предписаниям вышестоящих органов, этапы которой выполняются врачами в противоречии со своей совестью, без научного обоснования, с нанесением вреда здоровью ребенка. Вакцинацию не следует проводить: в период незрелости иммунной системы, неспособной к адекватному ответу на вводимую вакцину; при наличии у ребенка острых вирусных или острых кишечных инфекций (даже на фоне отсутствия температурных реакций); при наличии хронических инфекций, которые могут утяжелить состояние ребенка; при тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой, легочной системы, аллергических состояниях; при наличии неадекватных реакций на предыдущее введение вакцины. Не достаточно обоснована вакцинация против краснухи в раннем возрасте (в 12 мес., 6 лет).

Профилактику инфекционных заболеваний следует считать адекватной, когда она совпадает с замыслом Творца по сохранению здоровья человека как дара Божия, когда все ее этапы - от изготовления вакцинных препаратов до проведения прививок ребенка проводятся по совести, на высоком профессиональном уровне.

Известно, что до второй половины XVIII в. вакцинация в России производилась периодически, в 70 – 80-е годы XVIII в. прививка оспы получила большое распространение и по числу привитых Россия не только сравнялась с европейскими странами, но и опередила их. Этому способствовали постепенно накапливаемый опыт вариоляции, сочинения врачей и в какой-то мере личный пример Екатерины II, привившей в 1768 г. оспу себе и наследнику Павлу. Примеру Екатерины II последовали ряд придворных, а некоторые из них стали прививать своих крестьян. В России, как и в других странах, встречались случаи сопротивления вакцинации среди населения, у ряда священнослужителей и даже у врачей. Тем не менее, прививание никогда не было обязательным. Распространению вакцинации всегда способствовала активная пропаганда этого метода отечественными врачами. Учитывая ценность дара жизни, данного человеку Богом, и высокую вероятность смерти при особо опасных инфекциях Священный Синод Русской Православной Церкви уже в начале 19 века рассматривал эту проблему. В **1804 г., Синодом был принят указ, предлагающий всем священникам распространять в народе правильный взгляд на прививание.**

В заключение необходимо отметить, что иммуно- и вакцинопрофилактика – это не церковный, а медицинский вопрос. В настоящее время Церковь искусственно втягивается в его решение. В конечном итоге решать делать или не делать прививки, а так же нести ответственность за жизнь своего ребенка – дело и долг самих родителей.

Ф.В.Кондратьев
Докт.мед.наук, профессор,
заслуженный врач РФ, психиатр-эксперт. Москва

Значение религиозности для психического здоровья.

В последнем специальном докладе ВОЗ под названием «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» (2001) говорится, что «психическое здоровье получило различные дефиниции со стороны ученых, представляющих различные культуры. Вместе с тем, все согласны с тем, что психическое здоровье является более широким понятием, чем отсутствие психических расстройств». Мой доклад посвящен значению религиозности для сохранения духовного здоровья как высшего уровня психического здоровья в целом.

Психическое здоровье в психиатрии определяется как отсутствие болезненных нарушений нормативности психологических процессов, которые обеспечиваются жизнедеятельностью головного мозга. Соответственно в медицинском смысле психическими расстройствами являются нарушения в восприятии и осмыслении объективной реальности и способности использовать необходимую информацию из арсенала памяти, а также нарушения в эмоциональной и волевой сферах. Это приводит к лишению возможности правильно определять роль и позицию своего Я в конкретных ситуациях социальной жизни и возможности свободного волеизъявления в своем поведении.

Вместе с тем, как сказано в докладе ВОЗ, «психическое здоровье является более широким понятием, чем отсутствие психических расстройств». Иными словами, при нормативности психологических процессов человек может не чувствовать себя психическим здоровым, у него может быть субъективно тяжело переживаемый дискомфорт на высшем, духовном уровне его личности.

С позиций материалистического детерминизма – это нонсенс. Нонсенс потому, что атеистами априори отвергается этот высший, духовный уровень. Однако это именно тот уровень, который определяет целостность самосознания личности и, соответственно, полноценное ощущение своего психического здоровья.

К формированию высшего, духовного уровня самосознания личности прямое отношение имеет развитость религиозного чувства. Корифей психиатрии с мировым именем С.С.Корсаков в период, казалось бы, торжества материалистических идей в психологии в своем фундаментальном труде «Курс психиатрии» (1901) писал: "Религиозное чувство в большей или меньшей степени присуще каждому нормальному человеку, хотя проявляется в разнообразных формах, и иной раз в самых резких проявлениях, так называемого "атеизма" можно при помощи

тонкого анализа, отметить проявления борьбы со скрытым и искусственно подавляемым религиозным чувством".

Нравственно-религиозное самосознание играет главенствующую роль для всех проявлений личности как при отсутствии собственно психических расстройств, так и при их наличии – это духовная константа, которая не имеет материального субстрата и которая определяется этим религиозным чувстве.

К сожалению, проблемы личности человека в сопряженности с нравственными основами самосознания в материалистической психиатрии практически не разрабатывалась. Как справедливо отметил современный белорусский психолог Н.А.Лайша, причиной этого является то, что важнейшие науки о человеке и его поведении (общая и социальная психология) находятся «по ту сторону добра и зла», а значит и по ту сторону реальной душевной жизни. В реальной же психической жизни каждый наш поступок, всякое чувство, любая мысль имеют нравственную (или безнравственную) окраску. Имеют ли право науки о человеке и его деятельности игнорировать нравственные аспекты в детерминантах его социального поведения? Поскольку поведение в социальной среде всегда имеет нравственные компоненты, то без их учета нельзя целостно судить о самосознании человека. Поэтому, если мы хотим понять всю полноту психического здоровья необходимо более подробно обсудить вопрос о роли в нем духовно-нравственного самосознания.

К сожалению, целенаправленное, сатанински упорное разрушение самого понятия «духовный уровень» человека имеет успехи в среде светских ученых, что лишает возможности рассмотрения проблемы психического здоровья как конструкт единого целостного самосознания.

Там, где речь идет о духовном и душевном – там всегда заостряются идеологические противостояния. Такой крупный советский психолог как Л.С.Выготский был вынужден констатировать: "Только в психиатрии коллизия природы и духа стала реальностью".

Согласно христианской антропологии, человек является творением, в котором проявляется единство телесного, душевного и духовного.

Эта апостольское положение нашло продуктивное развитие в современной психологии, особенно в интерпретации крупнейшего современного психолога и психиатра V.Frankl. Он говорит о трех уровнях сущности человека, каждый из которых имеет свои параметры измерения: биологический уровень – все то, что характеризует человека как биологическое существо с соответствующими структурно-функциональными образованиями; психологический уровень – собственно психика как "аппарат формирования и управления поведением, направленным на удовлетворение потребностей, под которыми понимают как биологические нужды организма, так и социальные запросы личности" и высший уровень, в котором измеряются понятия смыслов, нравственности, духовности – ноэтический уровень, по V.Frankl (1990).

Все эти уровни – функционально взаимосвязаны и расстройство на одном уровне ведет к нарушениям на других.

Однако, в тех случаях, когда верхний, духовно-нравственный уровень изменяется (нарушается) только по причинам обстоятельств своего измерения, то тогда уже нельзя говорить о болезненности в медицинском смысле, поскольку это понятие применимо лишь к нижележащим уровням (болеть может только то, что имеет какую-то организмическую основу функционирования). Расстройство психического здоровья на высшем уровне личности – это есть то духовное расстройство, которое возникает по причине нравственного диссонанса, духовного конфликта.

Главными проявлениями этих расстройств являются навязчиво мучительные и безответные вопросы: для чего я родился и живу, для чего тратилось время единственной жизни, если впереди пустота, а вся слава моя и ценности мои – все это мишура, и даже, если все это перейдет к моим детям, то и у них будут те же вопросы и тот же финал духовной пустоты.

Важно отметить, что утрата психического здоровья по причине духовной пустоты по закону целостности индивида как функционального единства распространяется и на ниже лежащие уровни измерения человека.

Расстройства на уровне психологического измерения проявляются в потере прежней активности и «цепкости» когнитивных процессов, снижаются оперативно-энергетические функции, то есть появляются расстройства, которые можно верифицировать психолого-психиатрическими инструментариями.

В силу все того же трехединства при углублении духовного вакуума нарушения выявляются уже и на уровне телесного измерения, что проявляется в общем физическом облике человека, сомато-неврологических дисфункциях и носит клинический характер психо-соматической патологии.

Опыт показывает, что восстановление здоровья на высшем уровне, возвращение пациенту смыслов своего существования соответственно ведет и к нормализации на ниже лежащих уровнях – психологическом и телесном. Однако это восстановление не возможно заполнением духовного вакуума смыслами и ценностями эгоцентрического содержания, любые такие новые ценности – суррогаты уже отвергнутых. Духовная депрессия может быть излечена только заполнением вакуума духовными смыслами.

Для достижения этого не нужны какие-то новые технологии и приемы. Необходимо всего лишь включить в самосознание человека два основных Закона, данных Богом.

Когда Иисуса Христа спросили: «Какая наибольшая заповедь в законе?», Он ответил: первая и наибольшая заповедь **«возлюби Господа Бога твоего всем сердцем твоим, и всею душою твоею, и всем разумением твоим»**, вторая же подобная заповедь: **«возлюби ближнего**

твоего, как самого себя» и подвел итог: «На сих двух заповедях утверждается весь закон и все пророки» (22 Мат. 37-40).

В Православии духовно-нравственное самосознание, определяемое приведенными Заповедями, Бог понимается не как какая-то абстракция, а как весь Мир, иже Он «везде сый и вся наполняяй». Бог во всех творениях Его, и любовь к ним – это тоже любовь к Богу. Любовь к ближнему своему – это тоже проявление любви к Богу. Если человек живет в со-бытии с Богом, то его самосознание наполнено смыслом этой любви, который не оставляет место для каких-либо вопросов.

Без этого – вопрос о смысле жизни остро встает и перед достигшими желаемого предела материального благополучия бизнесменами, и перед молодежью, и перед теми, кто чувствует конец прожитой жизни, и кто ежедневно подвергается риску быть убитым, и теми, кто «чудом» остался живым после катастрофы.

По данным Всемирной организации здравоохранения психические расстройства неумолимо тянутся к лидерству среди всех других форм заболеваний. Пальма первенства принадлежит депрессивным состояниям.

Когда мы пытаемся понять беспрецедентный рост депрессий, то уже предварительный анализ показывает, что этот рост наблюдается среди населения, которое потеряло духовные смыслы своего существования, среди людей, для которых земные ценности и блага, бывшие самоцелью, оказались всего лишь соблазном амбициозной гордыни. Хочу сразу подчеркнуть, что за последние десятилетия в мире не появились какие-либо новые этиопатогенетические факторы эндогенно-экзогенного характера, которые обуславливали бы рост традиционных форм психической патологии, в том числе эндогенной депрессии. Новым явился лишь рост экзистенциального вакуума – духовной пустоты, атеизма, нигилизма. И это новое – суть причины роста новой разновидности депрессий, составляющей угрозу XXI веку особенно в странах, так называемого, цивилизованного, самодостаточного мира.

Я вспоминаю одного очень крупного деятеля, который буквально рыдал у меня на груди, заявляя, что он потерял смысл жизни, ему духовно тяжело, но он не может решиться застрелиться. У этого человека не было психических расстройств в медицинском смысле, но здоровым его назвать нельзя. У него была духовная депрессия от отсутствия в его самосознании смысла жизни, о смыслах же божественной любви он никогда не слышал.

Другая социальная проблема бездуховного мира – рост наркоманий. Наркомания как заболевание становится медицинской объектом лишь тогда, когда развивается синдром зависимости и соматические расстройства. Но источник развития этой патологии лежит все в том же – в изначальной духовной пустоте. Полную утрату смысла жизни как причину своих проблем называют почти 100% наркоманов с суицидальными намерениями. Медикаментозное лечение наркоманий практически безрезультатно, если больным не раскрыть потенциальный

смысл их жизни. Эффективность практики профессора иеромонаха отца Анатолия Берестова, который пытается с Божью помощью открыть духовный смысл жизни страдающим наркоманией, показывает, что возврат к психическому здоровью лежит именно на пути к религиозности.

Другой социально значимой проблемой являются посттравматические стрессовые расстройства, аббревиатурно называемые – ПТСР. В возникновении и развитии этих заболеваний главенствующую роль играет личностный фактор, включающий мировоззренческий, в том числе фактор религиозного самосознания. Без учета этого фактора понять рост этих расстройств представляется малопродуктивным.

Нет, пожалуй, человека, который бы не слышал о существовании «вьетнамского синдрома», «афганского синдрома», «чеченского синдрома», скоро появится «иракский синдром», но никто не слышал о синдроме Великой Отечественной войны.

Мировая статистика современных воинов показывает, что более чем каждый пятый участник боевых действий (их называют комбатантами) при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическими расстройствами.

Проблеме нарушений психического здоровья как последствий военных конфликтов посвящено значительное количество работ. Установлены многочисленные факторы нарушений адаптации участников боевых действий после возвращения к мирной жизни, проявляющихся в сфере межличностных отношений (конфликтность, высокий уровень агрессии, разводы), девиантном поведении, суицидах, алкоголизме и наркоманиях.

Боевой стресс – это системная реакция организма на воздействие комплекса факторов вооруженной борьбы и сопровождающих ее тяжелых социально-бытовых условий, физического и психического перенапряжения с осознанием реально высокого риска гибели или серьезной утраты здоровья – и все это не одномоментно, а на протяжении длительного времени. Всем известный полковник Буданов рассказывал мне, что ситуация, когда в течение многих месяцев, ежедневно в любом месте ты можешь быть убитым, приводит к фиксации вопроса о смысле жизни.

Как я отметил, в мирное время у ветеранов Великой Отечественной войны таких нарушений психического здоровья не было или почти не было, хотя они не в меньшей степени ежедневно подвергались угрозе смерти, а продолжительность пребывания в боевой обстановке была несравнимо продолжительнее.

При попытках понимания этого различия нельзя обойтись без анализа самосознания этих комбатантов. Я имею, прежде всего, понимание смыслов участия в войне и ежеминутного риска быть убитым.

Недобровольность участия во вьетнамской, афганской, первой чеченской войнах сочеталась с осознанным чувством чуждости их личности смыслам этих войн, что проявлялась пролонгированным психотравмирующим фактором. У участников Великой отечественной

войны, которую называли священной, смысл риска своей жизни был очевиден. Для многих из них защита Отечества была святым делом.

Во второй чеченской войне у военнослужащих войск специального назначения появились позитивные смыслы: они преследуют бандитов для защиты мирного населения и мира в стране в целом. Не случайно на эту войну многие идут добровольно и ищут благословения у священнослужителей. Среди этих бойцов спецназа обряд крещения, участие в евхаристии становится потребностью души. Предварительная разработка проблемы ПТСР показывает, что в анализ сохранения психического здоровья или его расстройств должен быть включен религиозно-духовный фактор. У религиозных комбатантов, сохранивших психическое здоровье, самосознание определяется тем, что они рискуют своей жизнью по благословию и по воле Божией.

И, наконец. Наша современность характеризуется природными и особенно техногенными катастрофами, которые, конечно являются тяжелыми стрессами. Однако реакции на эти стрессы проявляются весьма различно. У одних развиваются глубокие и продолжительные психопатологические состояния, требующие длительного медикаментозного и психотерапевтического лечения. У других таких расстройства психического здоровья не возникают. Они с религиозной смирностью говорят, что на все воля Божия и активно оказывают помощь ближним своим, которые перенесли ту же катастрофу.

Все приведенные мною расстройства психического здоровья объединяются в одном – в потери смысла жизни, в духовном вакууме.

Тогда, когда две вышеприведенные основополагающие заповеди Закона Божьего воспринимаются такими страдающими лицами всем сердцем, и эти заповеди начинают определять их самосознание и реализовываться в деятельности – тогда всегда возвращается психическое здоровье на высшем духовном уровне и, соответственно, на низележащих.

Приведенные расстройства, безусловно, тягостны и могут приводить к самоубийству, однако еще более тягостны состояния, когда духовный вакуум заполняется духом сатаны. Особенно трагически это проявляется у лиц, ранее исповедовавших христианство, но затем принявших поклонение дьяволу.

Согласно "Основам социальной концепции Русской Православной Церкви" (2000), "представляется одинаково неоправданным как сведение всех психических заболеваний к проявлениям одержимости, что влечет за собой необоснованное совершение чина изгнания злых духов, так и попытка лечения любых духовных расстройств исключительно клиническими методами" (XI.5).

То, что приступы «одержимости бесами» это особые, отличные от обычных психических расстройств состояния, свидетельствуют причина их возникновения, сама картина приступа одержимости и то, что

избавление от страдания действительно подвластно только особо чтимым духовным служителям Церкви.

В случаях «одержимости бесами» на высшем, духовном уровне самосознания происходит столкновение двух противоположных сил притяжения. Субъективно это переживается как отрыв от со-бытия с Богом и переход в подвластие сатане.

Отношение к "одержимости" в научной психиатрии традиционно по меньшей мере скептическое. Это объясняется тем, что ранее Церковь также традиционно считало все психические заболевания проявлением "бесовской одержимости". Это оказалось явно несостоятельным, когда открылись медицинские причины многих психических заболеваний и способы их лечения. Вместе с тем надо признать, что те картины ярких и монофабульных психических расстройств, которые возникают только в церкви и только перед святыми иконами и при Евхаристии, по существу психиатрами не изучались, хотя с необдуманной легкостью для обозначения таких состояний приклеивался ярлык "истерические припадки" и на том дело кончалось.

«Одержимость бесами» – понятие не медицинское, хотя, конечно, это расстройство психического здоровья. Попытки приступы одержимости отнести к истерии не выдерживают критики, поскольку в целом они не соответствуют клиническим критериям общей картины «истерического расстройства личности», представленным в современных международных классификациях. Это особые проявления духовного конфликта, которые возникают как следствие субъективно реального для одержимого духовного противоборства, имеющего высокую личностную значимость.

Сами проявления одержимости четную клиническую картину, отражающую специфику этой личностной трагедии. Об этом свидетельствуют все характерные проявления одержимости: кратковременность и ситуационность возникновения (наблюдаются только во время богослужения и у святых мест); яростное богохульство с нецензурными выкриками у лица вне этого состояния, не пользующего таким лексиконом; изменение всего облика: отвратительные гримасы, богохульства выкрикиваются необычным, не своим, неестественным голосом, сопровождаясь завываниями, мяуканьем, рычанием, лаем. Такое богохульство сопровождается моторным возбуждением, попытки сдержать это возбуждение окружающими встречает яростное сопротивление, причем беснующийся обнаруживает необыкновенную силу. Создается впечатление, что беснующийся вне реальной ситуации, он в мире сугубо своей борьбы с Богом.

За пределами храма постепенно наступает успокоение. Если удастся расспросить перенесшего приступ одержимости, то можно услышать признание, что они сознают, что были во власти враждебных сил, что богохульствовали не от своего имени и очень страдают, что были себе неподвластны. Нет практики применения каких-либо фармакологических средств для прекращения самого приступа одержимости, но попытки

лечения таких лиц с приступами одержимости как обычных психически больных результатов не дают. Однако этот конфликт на высшем духовном уровне самосознания разрешается экзорцизмом – особым ритуалом, который в православном обиходном разговоре называется «отчиткой» – чтением над одержимым особых молитв, призывающих помощь Божию на отгнание нечистых духов именем Иисуса Христа. Факты возвращения психического здоровья при духовном воздействии на высший духовный уровень личности в случаях именно духовного конфликта в его самосознании еще раз подтверждают значение религиозности для психического здоровья.

Следует согласиться с положением "Основ социальной концепции" о том, что «одержимость бесами» относится к особым состояниям расстройства психического здоровья, произошедшим на его высшем, духовном уровне личности. С психиатрических позиций – это стресс, тяжелая психогенная травма на этом духовном уровне с последующим развитием посттравматического стрессового расстройства. Специфическое духовное содержание этого расстройства дает основание считать, что в этих случаях только «специализированная» помощь духовного лица, а не обычные психиатрические методы терапии, являются эффективными.

Особенности артериальной гипертензии и язвенной болезни среди пациентов, исповедующих православные ценности и у лиц с социально-активной (рыночной) установкой*

Современная жизнь нашего государства характеризуется кризисом здоровья и депопуляцией нации. Масштабный характер роста числа больных за сравнительно короткий период новейшей истории общества и соответствующая динамика целого ряда разнородных нозологий не могут быть объяснены с позиции каких-либо отдельных генетических или фенотипических дефектов, вдруг возникших у современного человека. Это тем более понятно, что демографическое неблагополучие развилось параллельно с изменением социально-экономического уклада в стране и трансформацией мировоззренческих представлений человека. Речь идет о перестройке мотивационных приоритетов индивида, и это изменение нагляднее раскрывается в процессах самореализации человека как личности.

Самореализация личности в социальной среде необходимо и естественно определяется наличием двух, наиболее отстоящих друг от друга, вариантов аксиологических установок. Первая связана с типом социально-активных личностей. Их деятельность осуществляется с преимущественным развитием способности взаимодействия в социуме и реализации себя на основе тех стандартов и правил, которые в настоящее время являются доминирующими в обществе. Современный социальный уклад характеризуется рыночной доминантой, и ей соответствует рыночная ориентация личности. Чтобы соответствовать требованиям рынка, человек должен отвечать условиям коммуникабельности, предприимчивости, быстрой обучаемости (и умению осваивать новые профессии, в том числе переучиваясь).

По выражению Э.Фромма, успех самореализации личности при рыночной ориентации лишь в исключительных случаях оказывается результатом профессионального мастерства или человеческих качеств. Необходимо еще умение, отвечая спросу, адекватно заявить о себе, быть способным вступить в состязание (конкурентную борьбу) с другими и доказать свое преимущество в конкретной профессии или сфере деятельности. Естественно, что такому спектру регламентированных рынком норм исходно отвечают далеко не все представители общества. Остальные, в силу доминирующего характера рыночной установки, принимая ее, должны приводить себя в соответствие с предъявляемыми

* Работа выполнена по благословению Митрополита Курского и Рыльского
Высокопреосвященного Иувеналия

требованиями. Данный процесс не всегда протекает безобидно, и, как правило, сочетается с психо-эмоциональным или соматическим дискомфортом, что является причиной формирования патологии или модулирует ее.

Второй вариант самореализации человека в социальной среде происходит согласно альтруистической ориентации личности, при которой, по определению, исключаются элементы рыночной состязательности, а финансовый успех является хотя и желательным, но далеко не главным. Образцом альтруистической ориентации считается религиозность и религиозная жизнь человека, включение личности в те специальности, где рыночная доминанта не может быть реализована.

Изучение особенностей артериальной гипертензии (АГ) строилось в этих двух группах больных. Постоянство аксиологической установки фиксировалась по не менее чем 5-летней продолжительности повседневной работы в выбранной специальности. 1-ю группу составили социально-активные личности, сюда входили менеджеры, работники частных юридических и экономических компаний, представители мелкого и среднего бизнеса; 2-ю группу – личности альтруистического типа: монашествующие и послушники монастырей Курской Епархии, прихожане Православных храмов, люди, занятые в патронаже инвалидов и престарелых, и т.д. Возрастное и профессиональное дифференцирование мужчин и женщин в обеих группах представлено в табл. 1.

Среди 147 обследованных лиц с альтруистической ориентацией АГ диагностирована у 22 человек (14,9%), что значительно ниже ($p=0,014$), чем в сравниваемой группе, где заболевание выявлено у 24 из 70 обследованных (34,2% выборки).

В 1-й группе оправдывался прогнозируемый рост распространения болезни у пациентов старше 50 лет (в 87,5% случаев). В то же время, в возрастной когорте от 51 до 60 лет пациенты с альтруистической ориентацией, страдающие АГ, встречались значительно (приблизительно в 2 раза) реже ($p=0,014$), если исходить из общего числа граждан данной популяции.

В табл. 2 приводятся различия градаций повышения АД и степени риска АГ.

Таблица 1. Профессиональный выбор (форма самореализации) и демографическая структура в сравниваемых группах

Группа социально-активных лиц, n=24							Группа лиц с альтруистической установкой, n=22						
Профессиональный выбор	Пол		Возраст				Профессиональный выбор/форма самореализации	Пол		Возраст			
	муж.	жен.	31-40	41-50	51-60	более 60		муж.	жен.	31-40	41-50	51-60	более 60
Служащие посреднических, финансовых фирм (менеджеры, риэлторы, и т.д.)	4	1	1	2	2	–	Монашествующие в монастырях Курской Епархии	11	2	1	1	4	7
Служащие юридических компаний (юристы, консультанты, нотариусы и т.д.)	1	5	–	–	4	2	Работники социальных служб патронажа инвалидов и престарелых	–	2	–	1	1	–
Частные предприниматели и работники негосударственной сферы (в том числе таксисты, бармены)	6	7	–	–	6	7	Персонал обслуживания онкологических больных, детей в домах малютки (в том числе послушники, сестры милосердия)	1	6	1	3	2	1

Таблица 2. Степень и категория риска АГ у больных с социально-активной и альтруистической ориентацией

Ранги тяжести АГ	1-я группа (n=24)	2-я группа (n=22)	P
1-я степень, n, %	1 (4,2)	9 (40,9)	0,037
2-я степень, n, %	15 (62,5)	7 (31,8)	0,32
3-я степень, n, %	8 (33,3)	6 (27,3)	0,98
Средний риск (Риск 2), n, %	–	6 (27,3)	0,048
Высокий риск (Риск 3), n, %	20 (83,3)	12 (54,5)	0,50
Очень высокий риск (Риск 4), n, %	4 (16,7)	4 (18,2)	0,79

Достоверность p по χ^2 . Статистическая обработка данных проведена с использованием программ STATISTICA 5,0 и Биостатистика (по книге S.Glantz)

У пациентов с альтруистической ориентацией значительно чаще диагностируется 1-я степень повышения АД. Больные 4-й категории риска одинаково распределялись в обеих выборках. Главной из причин очень высокого риска АГ во второй когорте служил сопутствующий сахарный диабет (две послушницы женского монастыря и священник одного из Храмов г. Курска) и ретинопатия IV степени (инок старше 70 лет).

Средние цифры САД и ДАД были значительно ($p < 0,01$) выше в группе социально-активных лиц и в обеих выборках существенно превосходили контрольные значения (табл. 3).

Что касается межгрупповых различий при анализе каждой из градаций роста АД, то достоверность затрагивает лишь 2-ю степень (по САД и ДАД) и сглаживается при 1-й и 2-й степени АГ.

Ультразвуковые критерии гипертрофии ЛЖ наибольшую величину принимали в 1-й группе, когда значения КДР, ТМЖПд, ТЗСЛЖд различались между выборками на 3,3%, 5,5% и 13,8%, но достоверного уровня достигали лишь для показателя ТЗСЛЖд ($p < 0,05$). В соответствии с ними максимальный рост ММЛЖ происходил также у лиц с социально-активной ориентацией ($p = 0,016$).

Достоверность межгрупповых различий ИММЛЖ была выше ($p = 0,005$), но здесь играла свою роль величина площади поверхности тела: пациенты с избыточным весом или рослые больные во 2-й выборке встречались несколько чаще, особенно среди мужчин. Величина гипертрофии отдельных участков миокарда различалась, что определило тот или иной тип структурной перестройки ЛЖ. Эксцентричный вариант гипертрофии выявлен у 16 человек (66,7%), концентрический – у 8 (33,3%) 1-й группы и

соответственно у 10 (45,5%), 5 (22,7%) – 2-й группы (здесь же у одного испытуемого – 4,5%, диагностирован вариант концентрического ремоделирования ЛЖ). Формирование вариантов гипертрофии не зависело от критерия возраста больного и половой принадлежности.

Таблица 3. АГ и структурно-функциональные характеристики ЛЖ у больных с социально-активной и альтруистической ориентацией

Показатели		1-я группа, n=24	2-я группа, n=22	P
САД, мм.рт.ст.		170,0±8,8	158,2±16,3	0,01
ДАД, мм.рт.ст.		95,4±5,1	88,2±5,9	0,001
ТМЖП _д , см		1,13±0,15	0,99±0,11	>0,001
ТМЖП _с , см		1,36±0,09	1,35±0,1	0,34
ТЗСЛЖ _д , см		1,05±0,14	0,97±0,12	0,056
ТЗСЛЖ _с , см		1,26±0,09	1,25±0,06	0,18
КДР, см		5,3±0,1	5,03±0,2	0,001
КСР, см		3,50±0,09	3,48±0,1	0,32
ММЛЖ, г		267,1±40,8	211±50,8	0,01
ИММ, г/м ²		139,7±22,2	109,6±20,7	>0,001
1	Ve, см/с	71,0±4,8	70,8±5,04	0,91
	Va, см/с	60,5±5,4	60,1±5,8	0,83
	Ve/Va	1,19±0,18	1,18±0,19	0,93
	DTe, мс	208,0±24,6	196,4±20,2	0,18
2	Ve, см/с	55,9±2,8	55,3±3,1	0,66
	Va, см/с	82,6±1,6	83,1±0,99	0,39
	Ve/Va	0,68±0,04	0,66±0,04	0,57
	DTe, мс	233,3±8,6	233,8±9,2	0,92

1 – показатели трансмитрального диастолического потока у лиц моложе 55 лет, 2 – у лиц старше 55 лет; 1-я группа: 1- n = 15, 2 – n = 9; 2-я группа: 1 – n = 14, 2 – n = 8.

Морфологическая модификация ЛЖ у всех больных старше 50 лет свидетельствовала о существенной ригидности миокарда, что констатировано при выявлении 1-го типа его диастолической дисфункции. В то же время, характеристики трансмитрального диастолического потока у больных двух групп были одинаковы ($p>0,05$). У лиц молодого возраста во 2-й группе показатели Ve, Va, DTe не отличались от контрольных, в 1-й выборке статистическое сравнение с нормальными значениями не проводилось в силу некорректности метода при малой численности когорты соответствующих пациентов.

Упорядочив обнаруженные особенности, можно выделить главное: во-первых, у людей альтруистического склада личности АГ встречается реже, распространяясь с возрастом по-иному, чем это происходит в общей

популяции и среди социально-активных пациентов, отличается умеренным ростом САД и ДАД, сопровождаясь меньшими морфометрическими сдвигами со стороны ЛЖ. Но, во-вторых, степень диастолической дисфункции, релаксационная способность миокарда, оказывается такой же, как и в противоположной группе. Однако последнее несоответствие – лишь кажущееся противоречие. В табл. 4 продемонстрировано распределение пациентов в зависимости от характера медикаментозного лечения АГ.

Больные 1-й группы значительно чаще и длительнее практиковали лекарственную терапию, использовали комбинации гипотензивных препаратов. Многие из них (14 человек) имели возможность принимать более дорогостоящие и эффективные средства, в основном недженерического ряда. В противоположном случае, среди лиц с альтруистической ориентацией, только двое больных получали фармакологические средства регулярно, но большинство, по положению современных медицинских стандартов, лечились неверно. Пациенты использовали гипотензивные препараты преимущественно при появлении (усилении) симптомов заболевания (эпизодически), нерегулярно, применяли менее обоснованные средства, в суточной дозе, не адекватной состоянию, отдавали предпочтение монотерапии (17 человек). Например, 7 пациентов получали адельфан, 2-е – таблетированный дибазол, остальные – атенолол, эналаприл и антагонисты кальция (дигидропиридиновые производные короткого действия и верапамил).

Таблица 4. Практика лекарственной коррекции АГ у пациентов групп сравнения

Характер лечения	1-я группа, n = 24	2-я группа, n = 22	P
Регулярное (прием препаратов ≥ 5 раз в неделю), n, %	13 (54,2)	2 (9,1)	0,038
Нерегулярное (прием препаратов 2-4 раза в неделю), n, %	7 (29,2)	8 (36,4)	0,942
Эпизодическое (прием препаратов 1 и менее раза в неделю), n, %	4 (16,7)	14 (63,6)	0,059
Лечение одним препаратом, n, %	10 (41,7)	9 (40,9)	0,81
Прием комбинированных средств или двух препаратов, n, %	14 (58,3)	13 (59,1)	0,83

Таким образом, получение близких значений V_e , V_a , DTe в обеих выборках можно объяснить тем, что функциональные характеристики диастолы ЛЖ, будучи более обратимыми, первые меняются при регулярном применении антигипертензивной терапии или включении в лечебную программу современных средств, сдерживающих ремоделирование миокарда у больных 1-й группы (или, по-другому, отсутствие разницы параметров со 2-

й группой есть следствие исходно более тяжелой, но активнее лечимой гипертензии у этих пациентов).

Однозначно судить о причинах выявленных межгрупповых различий трудно. По-видимому, они определены в первую очередь особенностями повседневной трудовой деятельности, спецификой отдыха и т.д. При анализе характера труда у пациентов акцент ставился на основные его свойства: продолжительность, интенсивность, условия для выполнения, форма работы (физическая или умственная). И хотя мы не имели возможности в строго научных категориях выразить значение работы в конкретной выборке или у отдельного человека, обращало на себя внимание, что интенсивность и продолжительность труда у испытуемых 2-й группы были выше. Например, хозяйственная деятельность, строительные и ремонтные работы в монастырях, патронаж инвалидов или уход за тяжелобольными требовали значительных усилий. В последнем случае работа сочеталась с нарушением режима ночного отдыха и высоким психоэмоциональным напряжением. Физический труд среди пациентов 1-й группы был меньше, однако двигательная активность, в силу профессиональных особенностей, у менеджеров оставалась высокой.

Главными чертами трудовой деятельности у лиц социально-активного выбора можно считать, во-первых, широкий диапазон межличностных контактов, нужный для достижения экономического успеха начатого дела, необходимость выстраивать партнерские взаимоотношения (находить общий язык) с различными людьми. И, во-вторых, требование длительной мобилизации интеллектуальных усилий, информационная перегруженность и условия, когда за короткое время нужно принимать правильное решение (выделять основное из множества второстепенных деталей), всего того, что призвано снижать степень финансового риска, как обязательного атрибута рынка. Выделенные факторы, вероятнее, определяют неблагоприятное течение АГ в 1-й группе.

К качествам большего совершенства человека относится способность правильно оценивать себя, свое соматическое состояние, причины его неблагополучия с последующим построением адекватных действий. Конкретным воплощением этого является феномен преодоления болезни (степень его реализации оценивалась через показатель преодоления болезни – ППБ). Проведен анализ его значений в выборках социально-активных и альтруистических личностей. Высокий показатель преодоления болезни установлен у одного человека из 1-й группы и 8 – из 2-й ($p > 0,05$). Минимальные значения ППБ (0,95) имели 7 (29,2%) и 9 (40,9%) пациентов соответственно группам, у остальных показатель находился на среднем уровне – 2,44. Лица с высоким ППБ относились к категории 1-й и 2-й степени гипертензии и соответствовали 2-й и 3-й группе риска (по 4 человека для каждой из них).

Установлены различия между сравниваемыми когортами у больных с минимальными значениями показателя (см. табл. 5).

Таблица 5. АД, структурно-функциональные характеристики ЛЖ среди пациентов с социально-активной и альтруистической установкой в зависимости от реализации феномена преодоления болезни

Показатели		1-я группа, n=24	2-я группа, n=22	
		Низкий ППБ, n=23	Высокий ППБ, n=8	Низкий ППБ, n=14
САД, мм.рт.ст.		170,9±7,9	150,0±10,7	162,9±17,7
ДАД, мм.рт.ст.		95,6±5,1	85,0±5,3	90,0±5,6
ТМЖП _д , см		1,13±0,15	0,91±0,04	1,2±0,17*
ТМЖП _с , см		1,17±0,09	1,18±0,09	1,17±0,10
ТЗСЛЖ _д , см		1,1±0,14	0,9±0,05	1,0±0,12*
ТЗСЛЖ _с , см		1,37±0,09	1,39±0,07	1,38±0,09
КДР, см		5,3±0,07	4,9±0,1	5,1±0,25
КСР, см		4, 95±0,10	5,0±0,09	4,98±0,10
ММЛЖ, г		265,4±40,9	179,2±15,8	230,4±54,2*
ИММ, г/м ²		139,3±22,7	99,8±11,6	115,2±22,9
1	Ve, см/с	71,5±4,5	72,4±1,8	68,7±7,2
	Va, см/с	60,5±5,4	57,6±2,9	63,3±7,2
	Ve/Va	1,21±0,18	1,25±0,1	1,11±0,26
	DTe, мс	207,1±25,3	188,8±15,5	206,7±22,5
2	Ve, см/с	55,9±2,8	–	55,3±3,1
	Va, см/с	82,6±1,6	–	83,1±0,99
	Ve/Va	0,68±0,04	–	0,66±0,04
	DTe, мс	233,3±8,6	–	233,8±9,2

* достоверные различия показателя ($p<0,05$) между когортами внутри 2-й группы; жирный шрифт – в выборках пациентов с низким ППБ между 1-й и 2-й группами;

1-я группа: 1 – n=15, 2 – n=9; 2-я группа: 1 – n=14, 2 – n=8.

Во 2-й группе ДАД, ТМЖП_д, КДР, ММЛЖ и ИММ существенно отличались от цифр 1-й выборки, приближаясь к соответствующим значениям у больных с высоким потенциалом преодоления патологии (пациенты так называемой группы здоровья, постоянно практикующие рациональное питание и физическую нагрузку, ведущие здоровый образ жизни). Отличия ДАД между двумя группами составили 11,1%, ТМЖП_д и КДР – 19,5% и 7,6%, ММЛЖ и ИММ – 32,4% и 28,4%, соответственно.

Выявленная особенность связи АД и ППБ в случае альтруистической ориентации личности отмечена впервые. Как известно, высокая заинтересованность человека в улучшении своего здоровья при АД, правильно выстроенные лечебные действия, очень часто дают хороший эффект. Здесь же аналогичные результаты получены, по сути, без соответствующих,

общепринятых в медицине санационных мероприятий. Низкий уровень ППБ и АД был характерен, в основном, монашествующим (3-е мужчин и одна женщина) и священнослужителям. К медикаментозному лечению они обращались редко (исключение составляла инокиня, у которой АД повышалось до 160/90 мм.рт.ст), что, по-видимому, как и в ранее указанном пояснении, определило отсутствие достоверной разницы по критериям фазово-временной структуры диастолы ЛЖ.

Дополнительно нами проведено сравнение морфометрических и функциональных характеристик группы пациентов с альтруистической ориентацией, где обнаружен высокий ППБ, со всей совокупностью лиц, страдающих АГ и имеющих аналогичные значения показателя (уже указанная выше группа здоровья).

В табл. 6 показано, что цифры ТМЖПд ММЛЖ, ИММ ЛЖ (а из фазово-временных паттернов диастолы ЛЖ – критерий DTe среди лиц моложе 50 лет) у больных с альтруистической ориентацией приближались к контрольным и достоверно были меньше, нежели у остальных пациентов ($p < 0,05$): различия с выборкой испытуемых с высоким уровнем ППБ по указанным показателям соответственно составили 17,3%, 53,9 г., 21,9 г/м² и 16,6 мс. Все это может свидетельствовать о снижении агрессивности АГ у больных с альтруистической установкой личности.

Таблица 6. АГ, структурно-функциональные показатели ЛЖ при высоком уровне ППБ: сопоставление значений у альтруистических личностей с общей выборкой лиц, имеющих аналогичный санационный потенциал

Показатели		Альтруистические личности, n = 8	Общая выборка лиц с высоким ППБ, n = 28	Контроль, n = 25
САД, мм.рт.ст.		150,0±10,7	157,1±8,9	127,0±6,3
ДАД, мм.рт.ст.		85,0±5,3	88,2±6,1	80,1±3,8
ТМЖП _д , см		0,91±0,04*	1,1±0,19	0,97±0,09
ТМЖП _с , см		1,16±0,06	1,34±0,05	1,22±0,08
ТЗСЛЖ _д , см		0,9±0,05*	1,0±0,15	0,91±0,06
ТЗСЛЖ _с , см		1,36±0,08	1,19±0,06	1,11±0,05
КДР, см		4,9±0,1	5,0±0,32	4,7±0,08
КСР, см		3,2±0,08	3,3±0,1	3,42±0,10
ММЛЖ, г		177,6±15,9*	231,0±66,8	177,3±22,8
ИММ, г/м ²		99,8±11,6*	121,0±25,6	106,8±8,3
1	Ve, см/с	72,4±1,8	71,2±5,0	78,2±2,3
	Va, см/с	57,6±2,9	60,6±5,5	49,6±5,2
	Ve/Va	1,25±0,1	1,19±0,2	1,59±0,18
	DTe, мс	188,8±15,5*	205,4±16,8	189,2±6,4
2	Ve, см/с	-	58,7±5,6	65,5±2,4
	Va, см/с	-	77,3±7,0	64,4±3,5
	Ve/Va	-	0,77±0,15	1,02±0,03

	DTe, мс	-	230,0±11,1	217,5±8,7
--	---------	---	------------	-----------

*достоверность различия показателя ($p < 0,05$) при множественном сравнении по критерию Стьюдента с поправкой Бонферрони между когортами больных АГ.

АГ и любая хроническая патология формируются не одновременно, как не сразу совершается становление личности, поэтому было проведено сопоставление значений средних АД с длительностью (постоянством) исповедания аксиологического выбора: во 2-й группе между показателями выявлена достоверная (обратная связь) с $r = -0,47$, $p < 0,05$.

Таким образом, артериальная гипертензия среди лиц, главным приоритетом жизни которых служит альтруистическая установка, отличается меньшей распространенностью, чем в группе социально-активных граждан, большей доброкачественностью (о чем свидетельствуют значения структурно-функциональных показателей ЛЖ) без обязательной принадлежности этих больных к категории пациентов с высоким потенциалом преодоления болезни. Если в модели АГ прослежена зависимость болезни не только от формы первоначальной аксиологической установки, но и качества, последовательности ее воплощения на протяжении жизни, то в изучении язвенной болезни (ЯБ) ставилась цель – определить, как отражается на патологии выбор мировоззренческих приоритетов в более молодом возрасте. Принцип распределения больных ЯБЖ и ЯБДК по группам оставался тем же, что и при АГ: в 1-ю вошли социально-активные пациенты (14 человек), во 2-ю – больные с ведущей альтруистической установкой (15 человек). Обязательным условием отнесения испытуемых в конкретную выборку было не менее чем 5-летнее постоянство повседневной деятельности, отвечающей одному из данных вариантов самореализации.

Распределение пациентов по возрасту, полу и локализации язвы представлено в табл. 7.

Оценка тяжести заболевания, эффективности лечения проведена по критериям индекса активности (ИА) и коэффициента эффективности лечения (КЭЛ) ЯБ. В рассмотрение включены только Нр-позитивные формы ЯБ. Количество случаев с желудочной или дуоденальной локализацией язвы было не совсем одинаковым, но различия эти не достигали статистической существенности ($p > 0,05$). У одного пациента 2-й группы отмечен сочетанный вариант язвы (в антральном отделе и луковице двенадцатиперстной кишки). С целью мониторинга качества проводимой терапии и агрессивности ЯБ контроль осуществляли спустя 6 месяцев после окончания стационарного лечения.

Таблица 7. Демографическая структура, локализация язвы в группах пациентов с социально-активной и альтруистической ориентацией

Нозология	1-я группа, n=14							2-я группа, n=15						
	Пол		Возраст					Пол		Возраст				
	М	Ж	≤ 21	21-30	31-40	41-50	51-60	М	Ж	≤ 21	21-30	31-40	41-50	51-60

ЯБЖ, n	4	1	2	2	–	1	–	6	2	2	2	4	–	–
ЯБДК, n	6	3	3	4	2	–	–	4	2	2	3	1	–	–
ЯБЖ+ЯБДК, n	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	1	–

Для больных 1-й группы было характерно более тяжелое течение заболевания: индекс активности основного процесса и сопутствующего гастродуоденита составил 1,15 при ЯБЖ и 1,91 при ЯБДК, тогда как во 2-й – соответственно 0,41 и 0,73 (табл. 8).

Таблица 8. ИАЯБ и сопутствующего гастродуоденита у лиц с социально-активной и альтруистической ориентацией

Нозология	1-я группа, n=14		2-я группа, n=15		p ₁
	n	ИАЯБ, усл.ед.	n	ИАЯБ, усл.ед.	
ЯБЖ	5	1,15 (0,63-1,74)	8	0,41 (0,40-0,44)	0,039
ЯБДК	9	1,91 (0,59-2,1)	6	0,73 (0,37-1,1)	0,004
ЯБЖ+ЯБДК	–	–	1	1,67	–
p ₂	0,948		0,052		

Межгрупповые (p₁) и внутригрупповые (p₂) различия для желудочной и двенадцатиперстной локализации ЯБ.

Различия между выборками по данному критерию затрагивали как желудочную, так и двенадцатиперстную локализацию язвы (p < 0,05). Главные условия доброкачественности во 2-й группе состояли в меньшей активности Нр-ассоциированного хронического гастрита, который только у одного больного приобретал эрозивный характер (табл. 9).

Эндоскопическая картина атрофического гастрита выявлена в 1-й и 2-й группе у 10 (71,4%) и 6 (40%) человек. Эрозивный тип гастродуоденита диагностирован в 1-й выборке у 6 пациентов: в 5 случаях имелись множественные эрозии числом от 4-х до 6 с локализацией в теле, пилорическом канале и луковице двенадцатиперстной кишки, в одном – более 6 (в противоположной группе у указанного пациента количество эрозий соответствовало 5).

Большая показательность межгрупповых различий состояла в гистологических признаках. Микроскопическая картина лейкоцитарной инфильтрации слизистой оболочки желудка соответствовала I степени активности антрального гастрита у 3, II – у 4 и III – у 7 пациентов 1-й группы и 11, 3 и одного больного – 2-й. Сопутствующее воспаление слизистой тела желудка установлено в 4 случаях 2-й выборки (с активностью для 3 – I и одного – II степени), тогда как у лиц с социально-активной ориентацией пангастрит присутствовал более чем в 2 раза чаще и выявлен у 11 человек (в теле желудка острота процесса у 7 из них принимала II и у 4 – I степень активности). Как следствие, высокая интенсивность воспалительной реакции в антральном отделе

для 1-й группы определяла большее значение атрофии желез этой зоны – 1,79 ($p=0,009$).

Степень кишечной метаплазии тела желудка (как и частота диагностики лимфотических фолликулов) между выборками не имела статистической разницы ($p>0,05$), что можно дополнительно отнести к характеристике тяжести ЯБ у пациентов с социально-активной ориентацией: известна защитная роль энтеролизации клеточного состава в желудке (по типу тонкокишечной метаплазии), когда последующий рост рН интрагастральной среды сдерживает язвообразование.

Таблица 9. Эндоскопические и гистологические особенности сопутствующего гастродуоденита при ЯБ у пациентов с социально-активным (1) и альтруистическим (2) типом самореализации

Признаки	1-я группа, n=14		2-я группа n=15		P	
	антральный отдел	тело желудка	антральный отдел	тело желудка	p ₁	p ₂
Средние значения контаминации Нр, усл.ед.	2,21	1,43	1,53	0,53	0,047	0,032
Средние значения степени активности гастрита по гистологическим признакам, усл.ед.	2,29	1,29	1,33	0,33	0,003	0,003
Средние значения степени атрофии желез, усл.ед.	1,79	1,0	0,6	0,33	0,009	0,018
Средние значения величины кишечной метаплазии, усл.ед.	1,43	0,43	0,33	0,2	0,002	0,209
Средние значения степени активности гастродуоденита (по эндоскопическим признакам), усл.ед.	2,14		1,47		0,034	
Частота выявления лимфатических фолликулов, n, %	4 (28,6)		5 (33,3)		0,856*	

p₁, p₂ – достоверность межгрупповых различий (по критерию Манна-Уитни) признаков поражения соответственно антрального отдела и тела желудка.

* – достоверность различий между группами по критерию χ^2 .

Итак, разница по уровню контаминации Нр, активности сопутствующего гастрита, величине атрофии желез среди испытуемых с альтруистической и социально-активной установкой составляла соответственно в антральном отделе – 30,8; 41,9; 66,4%, а в области тела желудка – 62,9; 74,4 и 67%.

Язвенный анамнез для больных 2-й группы у 10 человек (66,7%) был менее 1,5 лет, у 4 – не превышал трехлетний срок и в одном случае определен 10-летней давностью. В 1-й когорте основное число больных имело 3 и 4,5-летний «стаж» заболевания (соответственно 6 и 5 пациентов). Известно, что непосредственную

роль в консервации ЯБ играют сопутствующее курение и прием алкоголя. Во 2-й выборке не было ни одного курящего, тогда как в 1-й – у 11 человек (из них 4 женщины) практика табакокурения превышала 3-летний период. Кроме того, факт употребления крепких спиртных напитков чаще двух раз в неделю подтвердили 7 больных (50%) с социально-активным выбором, чего не было отмечено во 2-й группе испытуемых.

Вероятно, что меньшая активность заболевания у пациентов с альтруистической ориентацией есть также отражение целенаправленно поставленного поиска ЯБ с исследовательской стороны и проведение эндоскопического изучения при минимальной клинической симптоматике в ходе профилактического осмотра соответствующих лиц, в то время как 1-я группа, в большинстве своем (12 человек), это пациенты, отобранные из когорты поступающих в гастроэнтерологическое отделение во время рецидива болезни. Данное положение нельзя не учитывать, в то же время последующее 6-месячное наблюдение кроме мониторинга, призвано было преодолеть различие в подходе формирования групп.

О динамике ЯБ вне зависимости от первичной локализации дефекта призван свидетельствовать коэффициент эффективности лечения. В табл. 10 приведены значения показателя для каждой выборки, откуда следует, что величина КЭЛ существенно ниже у пациентов с социально-активной установкой ($p < 0,01$).

Таблица 10. КЭЛ ЯБ и сопутствующего гастродуоденита у лиц с социально-активной и альтруистической ориентацией

Нозологии	1-я группа, n = 14		2-я группа, n = 15		P ₁
	n	КЭЛ, усл.ед.	n	КЭЛ, усл.ед.	
ЯБЖ	5	0,021 (0-0,06)	8	0,13 (0,04-0,16)	0,003
ЯБДК	9	0,10 (0-0,22)	6	0,33 (0,20-0,47)	0,003
ЯБЖ+ЯБДК	–	–	1	0,24	–
P ₂	0,01		0,009		

Межгрупповые (P₁) и внутригрупповые (P₂) различия для желудочной и двенадцатиперстной локализации ЯБ.

Цифры КЭЛ для ЯБЖ и ЯБДК здесь более чем на 70% уступали соответствующему уровню группы сравнения. Низкие значения КЭЛ у этих больных есть результат повторной диагностики спустя полгода бессимптомного (по одному случаю ЯБЖ и ЯБДК) или клинически экспрессированного (четверо пациентов с ЯБДК) обострения заболевания.

Таким образом, рецидив язвы в ближайшие 6 месяцев в 1-й группе составил 42,9%. У 6 человек выявлена 2-я, 3-я степень хронического гастродуоденита. В двух случаях количество эрозий в желудке и двенадцатиперстной кишки при 3-й степени эндоскопической активности воспаления не превышало трех (один с острыми и один с хроническими эрозиями), еще у одного – имело место сочетание острых и истинных эрозий с

их количеством соответственно 1 и 3. У 3-х пациентов с рецидивом дуоденальной язвы наряду с эрозивным антральным гастритом выявлена 2-я степень атрофии желез в данном отделе желудка. Известно, что в долгосрочном отношении, особенно после проведенной терапии, диагностический вес отдельных гистологических критериев Нр-ассоциированного гастрита меняется. О большей активности гастрита в 1-й группе свидетельствует рост значений атрофии желез в теле желудка (с 1,0 в первом исследовании до 1,21 – через 6 месяцев, $p=0,64$), появление ранее не выявлявшихся лимфоидных фолликулов в антральном отделе у 2-х человек. Следовательно, в популяции больных с социально-активной ориентацией личности прослеживается явная неполноценность санационных механизмов или их декомпенсация с прогрессированием патологии.

Язвенный дефект среди лиц 2-й группы обнаружен лишь у одного человека (сочетанная форма ЯБ), где дополнительно диагностирована 3-я степень гастродуоденита. 3-я степень активности гастродуоденита без язвы установлена еще у 2-х пациентов (у одного псевдоэрозии и у второго – истинные эрозии в антральном отделе). Количество случаев, где обнаруживались лимфатические фолликулы (в теле желудка), осталось прежним – 5 человек (33,3%), но уменьшилось число лиц, у которых исходно диагностирована кишечная перестройка антральной слизистой или тела желудка с 4-х до 2-х случаев (оба квалифицированы как легкая метаплазия).

Сравнение первичных и повторных данных позволило отметить снижение степени активности гастрита в теле и антральном отделе во 2-й группе на 60,6% и 49,6%, тогда как в 1-й – воспаление в области тела желудка оставалось таким же высоким, а в антральной части снизилось лишь на 12,7%. Как следствие незначительной динамики воспалительного процесса в 1-й выборке, редукция степени атрофии желез антральной зоны составила всего 11,8% (а в теле желудка, как уже указано, даже возрасла на 17,4%), а во 2-й достигла 55% ($p < 0,05$).

В табл. 11 суммированы значения главных показателей гистологической трансформации слизистой оболочки желудка, диагностируемых через 6 месяцев после первого обследования.

Таблица 11. Состояние слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки и степень неполноценности ремиссии ЯБ через 6 месяцев у пациентов с социально-активной и альтруистической ориентацией личности

Показатели	1-я группа, n = 14		2-я группа, n = 15		P	
	антральный отдел	тело желудка	антральный отдел	тело желудка	P ₁	P ₂
Средние значения степени активности гастрита (гистологические признаки), усл.ед.	1,93	1,29	0,67	0,13	0,001	0,001
Средние значения степени атрофии желез, усл.ед.	1,71	1,21	0,33	0,2	0,001	0,001

Средние значения степени активности гастродуоденита (эндоскопические признаки), усл.ед.	1,71	0,67	0,016
Степень неполноценности ремиссии ЯБ, %	57,0	15,6	0,001

p_1 , p_2 – достоверность межгрупповых различий (по критерию Манна-Уитни) признаков поражения соответственно антрального отдела и тела желудка.

Разница от исходных цифр активности воспаления в антральном отделе и в зоне тела желудка между двумя когортами возросла на 23,4% и 15,5%, а величина атрофии желез – на 14,3% и 16,5%.

Параллельно оценки тяжести ЯБ у лиц с социально-активной и альтруистической ориентацией изучался ППБ, тем более, что по основным характеристикам болезни между ними выявлены существенные различия. Уровень ППБ в 1-й группе был достоверно ($p < 0,05$) ниже (только у троих больных ЯБДК отмечались высокие цифры ППБ, табл. 12). Во 2-й группе у всех испытуемых значения показателя превышали уровень 2,5.

Таблица 12. Уровень ППБ в группах пациентов с социально-активной и альтруистической ориентацией, страдающих ЯБ

Нозологии	1-я группа, n = 14		2-я группа, n = 14		P_1
	n	ППБ, усл.ед.	n	ППБ, усл.ед.	
ЯБЖ	5	2,1 (1,74-2,46)	8	2,67 (2,52-2,95)	0,008
ЯБДК	9	2,23 (1,84-2,83)	6	2,58 (2,5-2,81)	0,016
ЯБЖ+ЯБДК	–	–	1	2,52	–
P_2	0,845		0,963		

Межгрупповые (P_1) и внутригрупповые (P_2) различия для желудочной и двенадцатиперстной локализации ЯБ.

Таким образом, можно говорить о сочетании альтруистического выбора и феномена высокой санационной активности у человека. А успех терапии, по всей видимости, в значительной степени обусловлен лечебно-профилактическими действиями этих больных после выписки из стационара. На госпитальном же этапе лечения для обеих групп предлагалась единая семидневная схема медикаментозной коррекции омепразолом 40 мг/сут., кларитромицином 500 мг/сут. и метронидазолом 1000 мг/сут., с последующим приемом ранитидина. Недостижение эрадикации H_p требовало включения резервной комбинации противоязвенных средств (необходимо отметить, что больных, которым бы приходилось первоначальную схему дополнять приемом де-нола, амоксициллина, во 2-й группе не было, тогда как в 1-й – 5 человек нуждались в подобной модификации, в том числе вследствие незарубцевавшейся язвы у 4 из них).

Нами выявлены особенности, на которых необходимо остановиться отдельно. Основу профилактических мероприятий у пациентов 2-й группы

составили нефармакологические способы: во-первых, особый подход к питанию и, во-вторых, специфическое и достаточно рациональное воздействие на патологию, определяющее получение высоких результатов в расчете ППБ.

Как установлено, в пище указанных больных было мало излишеств, особенно это касалось молодых священников и послушников монастырей. Рекомендации же официальной медицины частого, дробного питания при ЯБ придерживались лишь двое больных, остальные, без ущерба для состояния клинической ремиссии, питались 2-3 раза в день (соответственно 8 и 5 человек). В большинстве своем (у 9 больных) заболевание не стало преградой для соблюдения еще больших нутритивных ограничений во время четырех больших Православных Постов, а у одного пациента достигнута клиническая ремиссия при исходном вступлении в Великий Пост с признаками сохраняющегося обострения (эндоскопической картиной язвенного дефекта). Особая показательность случая в том, что положительный результат получен без завершения медикаментозного лечения при максимальной пищевой депривации, когда более 40 дней пациент употреблял только квашеную капусту с черным хлебом и воду.

Из дополнительных способов самолечения во 2-й группе следует отметить особые варианты фитотерапии, а также то, что сам по себе прием пищи был неспешным и размеренным (трапеза). Пациенты ограничивали до минимума (четверо больных) или полностью отказывались (11 человек) от приема жареной пищи. Периодическое лекарственное воздействие допускали 3 пациента.

В группе социально-активных лиц приоритетами лечения за весь период полугодового мониторинга являлись поиски способов быстрой и эффективной терапии, поэтому значительная часть пациентов (10 человек, 71,4%) ограничивалась медикаментозной (антисекреторные препараты) и санаторно-курортной тактикой. Практика диетической коррекции болезни после выписки из стационара не была продолжительной. Немедикаментозное воздействие носило характер официально проверенных методик: лазеротерапии (в 4-х случаях), гипербарической оксигенотерапии (трое больных), бальнеолечения (5 пациентов). При этом вредные социальные стереотипы приема крепких спиртных напитков и табакокурения сохраняли 11 человек.

В качестве заключения следует отметить факт различия течения ЯБ у социально-активных и альтруистических личностей. Для первых характерна большая интенсивность основного заболевания с высокими цифрами ИА ЯБ, сопутствующего Нр-ассоциированного гастрита, значительной частотой рецидива в ближайшие 6 месяцев после успешной первоначальной терапии и низкими значениями КЭЛ. В группе пациентов с альтруистическим выбором констатирована доброкачественная эволюция ЯБ, Нр-ассоциированного гастрита с меньшей гистологической трансформацией слизистой оболочки желудка, стабильностью ремиссии (и достоверным ростом КЭЛ) в сочетании с высоким санационным потенциалом у больного.

К.В. Зорин

старший преподаватель кафедры педагогики и психологии МГМСУ,
бакалавр религиоведения, медицинский психолог, врач

“Инстинкт смерти”

“Бог не сотворил смерти и не радуется гибели живущих... Бог создал человека для нетления и соделал его образом вечного бытия Своего; но завистью диавола вошла в мир смерть”, — свидетельствует Библия (Прем. 1, 13 и 2, 23 – 24).

Изгнав прародителей из рая, Господь изрек Адаму — а в его лице всем нам — приговор: “Прах ты, и в прах возвратишься” (Быт. 3, 19). С тех пор наши плоть и кровь смертны. Тление и распад — возмездие за грех, ставшее законом органической природы (см.: Рим. 6, 23 и 8, 19 – 23). Недаром святитель Григорий Богослов называет душу “трупоносицей”. По сути, вся физиология человека построена на борьбе с тлением, доколе биологическая жизнь не закончится разложением трупа.

Ученые уже давно обнаружили уникальное явление — генетически запрограммированную смерть клеток, апоптоз (от греч. *apoptosis* — опадание листьев). Это — физиологически обусловленное самоубийство. Например, после удаления семенников полностью гибнут клетки предстательной железы (простаты). У женщины при старении разрушаются клетки молочных желез, желтого тела яичника и т. д. Гены самоуничтожения регулируют нормальное развитие тканей эмбриона.

Отмирание некоторых клеток есть и защитная реакция организма. Она поддерживает постоянство нашей внутренней среды. Жизнь пробивается сквозь смерть, как подснежник своим стебельком расталкивает льдинки и прорастает в замерзшей почве.

Отношение к смерти проявляется в поведении людей по-разному. К примеру, в Японии ежегодно уходят на “тот свет” несколько любителей подергать смерть “за усы”. В особых ресторанах они заказывают у поваров, имеющих специальные лицензии, фугу — блюдо из собаки-рыбы. Посетители платят огромные деньги за деликатес. Его готовят чрезвычайно осторожно, поскольку отдельные части собаки-рыбы содержат крайне ядовитый тетродотоксин. Булавочная головка этого вещества способна убить.

Получается гастрономический вариант русской рулетки: вы съедаете “вероятность умереть”. Лучшие повара стараются оставить тончайший намек на яд, и во рту начинает пощипывать. Это напоминает об игре со смертью и вызывает массу острых ощущений.

Как и в русской рулетке, одним из удовольствий является необыкновенное чувство облегчения. Оно наступает в конце обеда и означает, что вы выжили, вы “обманули” смерть и, значит, вы бессмертны. Ура! Уныние жизни и страх смерти, гнездящиеся в глубинах сердца, побеждены! Какая на-

ивная и вместе с тем завораживающе-привлекательная иллюзия! Она показывает, что нравственный компас человека сломан.

Однажды на семинарском занятии со студентами-медиками автору этих строк рассказали грустную и весьма поучительную историю. Некая старушка регулярно звонила на станцию скорой помощи и требовала приезда медиков. Каждый раз, входя в дверь, они видели одинаковую картину: женщина повесилась несколько секунд назад. Дежурная бригада тотчас оказывала неотложную помощь, приглашала психиатров, но, увы...

Врачи заметили, что несчастная женщина внимательно следит за их приездом. Лишь только машина останавливалась у подъезда, старушка лихо спрыгивала с подоконника. По-видимому, затем она открывала входной замок, просовывала шею в петлю и, заслышав шаги за дверью, отбрасывала табуретку. А потом с видимым удовольствием наблюдала, как ее спасают специалисты.

И вот, медикам поступает очередной вызов. Ситуация повторяется в деталях. Но тут фельдшер говорит врачу: “Слушай! Давай постоим у дверей квартиры и покурим, а там — посмотрим”. В итоге дело кончилось кремацией...

Конечно, мы не оправдываем поступок медиков. Они всегда призваны выручать людей из беды. Мы не знаем и глубинные мотивы больной женщины. Она вовсе не собиралась кончать с собой. Такие демонстративные попытки — способ манипулировать людьми (пробудить к себе их внимание, сочувствие) и разнообразить свою скучную, серую жизнь. Для этого и выбираются столь “щадящие”, до мелочей продуманные методы самоубийства.

Не исключено, что эти хитрости изобретает и подбрасывает обманутому человеку демон уныния. Но, как известно, человек предполагает, а Бог располагает...

Влечению к смерти противостоит инстинкт самосохранения. Быть может, Творец вложил его в природу именно для того, чтобы уравновесить инстинкт смерти. “Никто никогда не имел ненависти к своей плоти, — утверждает апостол Павел, — но питает и греет ее...” (Еф. 5, 29).

Действительно, пищевая и половая потребности, наши защитно-оборонительные реакции (страх, гнев и др.) — это генетически заданные стимулы поведения. Они способствуют выживанию. Болезненное усиление инстинкта самосохранения ведет к панике, агрессии и насилию. Его ослабление чревато депрессиями и суицидальными тенденциями.

Итак, инстинкт смерти... Это понятие ввел в науку Зигмунд Фрейд. Ученый назвал его Танатосом — по имени древнегреческого бога смерти Танатоса, сына Никты (Ночи) и брата-близнеца бога сна Гипноса. Танатоса изображали в виде крылатого юноши с погашенным факелом или карающим мечом в руке. Греки верили, что этот неумолимый бог обладал железным сердцем, не принимал даров и возбуждал к себе ненависть прочих небожителей.

По толкованию З. Фрейда, Танатос олицетворяет врожденное влечение к агрессии и разрушению. Он рассматривается как противовес инстинкту жизни (Эросу), включающему в себя либидо. Между ними — извечный конфликт. Оба инстинкта заложены биологически во всех живых организмах и, следовательно, неустранимы. Если энергия Танатоса направлена во вне, то она уничтожает людей, природу и различные предметы (хулиганство, садизм, вандализм, терроризм и т. д.). Если же она устремлена внутрь, то губит самого человека (мазохизм, членовредительство, самоистязание, самоубийство и т. п.).

Гипотезу З. Фрейда частично опровергает крупный немецкий психолог и философ Эрих Фромм. Он считает, что агрессия и деструктивность не закреплены в генах. Любовь к жизни (биофилия) или любовь к смерти (некрофилия) — это “основополагающая альтернатива, стоящая перед каждым человеком. Некрофилия дает свои побеги там, где увяла биофилия. Способность быть биофилом дана человеку природой, но психологически он имеет возможность ступить на путь некрофилии...” Если человек не способен что-либо созидать, он вынужден уходить от невыносимого чувства собственного бессилия и никчемности. Тогда он самоутверждается — разрушает то, чего не в силах создавать.

По мнению Э. Фромма, у животных агрессивность выполняет защитную роль и никак не связана с человеческой страстью к уничтожению. Эта страсть есть “психическое уродство”, патология, а не норма. Поэтому мыслитель пишет, что теория З. Фрейда опирается на чисто абстрактные спекулятивные рассуждения и к тому же лишена убедительных эмпирических доказательств.

Правда, теперь ученые обнаружили в головном мозге людей два центра — “удовольствия” (наслаждения) и “неудовольствия” (боли, гнева, ярости). У некоторых больных “зона удовольствия” стимулируется слабее или, наоборот, сильнее “очага агрессии”.

Эти открытия перекликаются с идеями З. Фрейда о существовании двух мощных инстинктов — жизни и смерти. Однако наши поступки и действия не сводятся к биологическим влечениям и функциям нервной системы. Слишком упрощенно думать, будто суицид — это подавление одного естественного инстинкта другим, не менее естественным.

Самоубийца жаждет найти твердую жизненную почву под ногами, но нигде не обретает ее. Тогда он сознательно или бессознательно выбивает у себя из-под ног последний оплот — собственную жизнь. В этом акте человек по дьявольскому наущению желает почувствовать себя не рабом обстоятельств, а личностью, принимающей осмысленные и свободные решения.

Среди мотивов, побуждающих к самоубийству, выделяют экзистенциальные и демонстративные.

Самоубийство по экзистенциальным мотивам очень “пленительно”. Оно очаровывает возможностью в смерти по собственному выбору почувствовать себя свободным, покончить с ощущением мучительной потерянности, пусть

даже в ущерб реальной земной жизни. Страдалец внезапно и со страхом, иногда даже бессознательно, обнаруживает свою оторванность от Бога. Это окончательно раздавливает его душу и заставляет выйти из-под власти фатума в пике отчаяния. Последний рывок крайнего отчаяния — вкусить жизнь в самом процессе умирания. Такой человек мечтает оказаться как бы сторонним наблюдателем, присутствующим при своей же смерти. Он трепещет перед смертью собственной души и поэтому, дабы прервать нестерпимые мучения, пытается “убить” эту смерть души смертью своего тела. Но тщетно, ибо только Христос мог поправить “смертью смерть”!

Самоубийство по демонстративным мотивам становится тем единственным судьбоносным поступком, которым обманутый человек пытается убежать от внутренней пустоты, доказать и окружающим, и себе, что он еще жив. Для этого ему надо совершить нечто непоправимое: обнаружить и продемонстрировать собственное “я” другим людям и себе самому, хотя бы ценой окончательной гибели. Логика парадоксальна: “Я — жив и докажу это своей смертью. В ней мое спасение и моя жизнь”.

Самоубийство по экзистенциальным и демонстративным мотивам рассматривается как единственный выход из катастрофически сложной, запутанной и неразрешенной проблемы смысла. Вот почему утрата смысла жизни, разлучая человека с Богом как Источником и смысла, и жизни, — главная причина суицидальных попыток.

Видный австрийский психолог и психотерапевт Виктор Франкл задает принципиальный вопрос: что может подтолкнуть человека к попытке покончить с собой, несмотря на полное удовлетворение повседневных материальных потребностей? Ученый считает таким мотивом невозможность найти и осуществить смысл жизни, нехватку “содержания жизни” и “бегство от пустоты”, то есть личностный кризис.

Иными словами, это — крайняя степень внутреннего одиночества, отчаяния, подавленности и беспомощности. Нормальное стремление к жизни всецело заменяется влечением к смерти. Однако с точки зрения традиционной психиатрии такие люди могут оставаться вполне здоровыми. Кстати, тенденции современного общества таковы, что известный российский психолог Б. С. Братусь ставит весьма характерный диагноз: “Психически здоров, но личностно болен”.

Воистину, “не хлебом одним будет жить человек, но всяким словом Божиим” (Лк. 4, 4)! “Ибо тайна бытия человеческого не в том, — указывает Ф. М. Достоевский в романе “Братья Карамазовы”, — чтобы только жить, а в том, для чего жить. Без твердого представления себе, для чего ему жить, человек не согласится жить и скорее истребит себя, чем останется на земле, хотя бы кругом его всё были хлебы”.

Помимо духовных, у суицида есть еще этнические и медико-генетические истоки.

Обилие самоубийств в скандинавских странах (прежде всего Дании и Швеции) вполне укладывается в рассуждения Э. Дюркгейма: легче расстанутся

с жизнью те классы общества, которым свободнее и сытнее живется. Гораздо труднее понять суицидальные наклонности угро-финских народов. Венгры, эстонцы, финны, удмурты, коми уже давно придерживаются разных культурных и религиозных традиций, живут в разных политических и экономических условиях. Некоторые из этих народов и внешне не похожи друг на друга. Однако, словно сговорившись, все они поддерживают стабильно высокий уровень самоубийств.

Первое и второе место поочередно делят Венгрия и Финляндия. В СССР по этому мрачному показателю лидировали Эстония, Коми АССР и Удмуртия. Например, Армению они обгоняли в 15 (!) раз. Столицей самоубийств в Советском Союзе по праву считался удмуртский город Устинов.

Что же, кроме отдаленного родства и общего языкового корня, сближает угро-финские народы? Почему незримая мистическая нить саморазрушения протянулась от Будапешта через Таллинн и Хельсинки к Воркуте и Ижевску?

У современных авторов нет однозначного ответа на эти вопросы. Вот лишь одна из версий. Ее озвучил венгерский писатель Дёрдь Керестури: “Характерные черты венгерского народного мироощущения обычно видят в индивидуалистическом складе характера, в спокойной манере созерцания и выражения, в предметном воображении. Но ведь очевидны и такие черты, как безрассудное молодечество, как неистребимость народной мистики, как склонность к анархическим, разрушительным порывам. Эти явления заставляют думать об огромных запасах неизрасходованной энергии, таящейся под спокойной поверхностью и ждущей подходящего исторического момента, чтобы со стихийной мощью вырваться на поверхность”.

Внешняя сдержанность, скрывающая подспудный заряд “вулканической лавы”, — довольно опасная черта национального характера. Нагнетать давление в котле и не давать выхода пару — значит провоцировать взрыв.

Предрасположенность к суициду иногда бывает и наследственной. Это подтверждают многочисленные примеры из истории различных родов и семей. Приблизительно у 6% суицидентов родные отец или мать сами оборвали свою жизнь. Допустим, один из монозиготных близнецов совершает суицид. По статистике второй близнец делает тот же роковой шаг в 5 раз чаще, чем в схожей ситуации разнаяйцовый близнец. В итоге уровень совпадения по суициду у однайцовых близнецов в 5 раз выше, чем у разнаяйцовых.

Согласно данным Шведского Национального Центра по исследованию суицида, этому трагическому финалу способствует ряд неблагоприятных факторов эмбрионального развития. Обследовав около 700 тысяч пациентов, группа ученых из Стокгольма установила, что низкий вес плода при рождении (менее 2 кг.) впоследствии увеличивает вероятность самоубийства в 2 раза. Иной фактор риска — рост плода. У потенциального самоубийцы он при рождении не больше 47 см.

К тревожным сигналам относится и возраст матери ребенка на момент родов. Те люди, чьи беременные матери находились в подростковом возрасте,

совершали суицид в среднем в 2 раза чаще по сравнению с теми людьми, матери которых родили их после совершеннолетия (до 29 лет).

Уточним, что время зачатия, рост и вес плода во многом зависят от образа жизни женщины. Неправильное питание, алкоголь, наркотики, стрессы, сексуальная распущенность ведут к недоношенности плода и преждевременным родам. А это, как выясняется, повышает вероятность суицида в будущем.

Однако целиком списывать собственное жизненное фиаско на грехи родителей абсурдно. Неблагоприятные дородовые факторы (равно как и отягощенная наследственность) — не оправдание и не фатальные обстоятельства. Их пагубное влияние удастся нейтрализовать или уменьшить.

Суицидальные наклонности характерны для потомков неблагополучных семей. Как правило, такие дети страдают от тяжелых психических травм, сексуального насилия, побоев и боятся выплеснуть гнев на своих прямых обидчиков. Отрицательные эмоции постепенно накапливаются, и ребенок возвращает их в душе. Депрессия, тревога, страх, паника подчас формируют патологическую тягу к самоуничтожению.

При депрессивных расстройствах в тромбоцитах крови не хватает фермента моноаминоксидазы. Ученые обнаружили: предки тех, у кого было чрезвычайно низкое содержание этого фермента, убивали себя в 8 раз чаще, чем предки тех, у кого данный показатель соответствовал норме.

Также при депрессии отмечается падение уровня серотонина в головном мозге и 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-НІАА) в спинномозговой жидкости. У тех депрессивных больных, которые совершали суицидальные попытки с использованием жестких и “гарантированных” методов (стрелялись, бросались с высоты и т. д.), зафиксирована крайне низкая концентрация названных химических соединений. А у тех депрессивных пациентов, которые не пытались покончить с собой или делали это “щадящими” способами (например, путем передозировки снотворных), уровень серотонина и 5-НІАА был почти в 3 раза выше. У лиц, госпитализированных после попытки самоубийства и отличающихся низким содержанием серотонина, вероятность суицида в течение ближайшего года в 10 раз больше, чем у лиц с нормальным содержанием серотонина.

Недостаток трех упомянутых биологически активных соединений обусловлен наследственностью, внешней средой или образом жизни (вредными привычками, стрессами, нерациональным питанием и т. д.). Напомним, что дефицит этих веществ также подталкивает человека к тревоге и импульсивно-агрессивному поведению. Однако здесь уместно повторить: человек — не биоробот, реакции которого целиком предопределены взаимодействием генов, гормонов и ферментов. Человек может быть рабом Божиим или рабом дьявола, но — не рабом серотонина!

Кроме того, до сих пор не ясно, где первоначальное звено суицида. Не исключены два варианта: либо жизненные драмы приводят к дефициту серотонина и через это к самоубийству, либо дефицит серотонина вызывает

жесточайший личностный кризис, и человек с расшатанной психикой ищет смерти. Допустимо предположить и то, что оба процесса идут параллельно. Так или иначе, но нарушение биохимического равновесия в организме, безусловно, сказывается на наших поступках.

Не секрет, что завершённые женские суициды обычно происходят в предменструальный период. Гормональный всплеск за 1 — 3 дня до начала месячных “давит на психику”: заметно ухудшается эмоциональный настрой и самочувствие, возникают нервные срывы, истерические припадки, неприятные болевые ощущения, упадок сил и т. п.

Женщины опережают мужчин по числу суицидальных попыток. И все же на одну женщину-самоубийцу в мире приходится примерно трое самоубийц мужского пола. Соотношение 1 : 3 весьма красноречиво. Добавим, что в группу риска по суициду издавна входят наркоманы, алкоголики и гомосексуалисты.

Известный русский ученый А. Л. Чижевский связывал сильные душевные потрясения не только с колебаниями гормонального фона, но также с фазами солнечной активности и сезонными изменениями погоды. Не сумерки вечера, не гнетущая тоска ночи, а именно белый день служит “пусковым курком” для сознания несчастного человека. “Слепящий полдень” — наиболее опасное в плане суицида время суток.

Самоубийству особенно подвержен человек с нестабильной нервной системой: неуравновешенный, слабохарактерный, ранимый... Недаром старец Паисий Святгорец говорил: “Люди, имеющие тонкое душевное устройство, большое честолюбие... горюют и страдают от меланхолии или вообще кончают самоубийством. Они и сами чувствительны, и диавол делает их еще более чувствительными”.

“Душевно больные люди, — отмечает подвижник, — оканчивая жизнь самоубийством, имеют смягчающие вину обстоятельства, потому что их разум не в порядке. Даже увидев, как на небе просто собираются тучи, такой человек уже начинает чувствовать душевную тяжесть. Если же к этому подмешивается еще какое-то расстройство, то тучи становятся сугубыми (вдвойне опасными. — К. З.)”.

Итак, богословие и наука убедительно показывают, что импульсы к самоубийству различны. Порой это такие факторы, над которыми люди почти или абсолютно не властны. Речь идет об отягощенной наследственности, недоношенности плода, перенесенных в детстве издевательствах, нарушении уровня определенных биологически активных веществ и т. д. С другой стороны, нельзя отрицать роль свободного и сознательного выбора личности, которая самочинно желает покинуть мир сей.

В каждом конкретном случае нужно тщательно разбираться, под влиянием каких мотивов и обстоятельств, “в здравом уме” или “вне ума” несчастный человек наложил на себя руки. Следует учитывать, насколько он был дееспособен, вменяем, в какой степени его сознание подверглось

деформации, помрачению, не поддастся ли он сиюминутной слабости, аффекту.

Согласно мнению православного специалиста по биомедицинской этике, протопресвитера Иоанна Брэка, воля самоубийцы зачастую парализована как грехом, так и болезнью. Христианская любовь и пастырская чуткость не должны игнорировать научно установленные факты. Поэтому отец Иоанн предлагает составить особый чин погребения психически нездоровых самоубийц. Там их предсмертное состояние “всецело признавалось бы связанным с нашей падшей природой (по аналогии с чинопоследованием о второ-и третьебрачных)”.

Размышляя о загробной участи самоубийц, старец Паисий пишет: “Мы не знаем, отчего они наложили на себя руки и в каком состоянии они находились в последний момент жизни. Может быть, в час, когда их душа выходила из тела, они покались, попросили у Бога прощения, и их покаяние было принято. И, может быть, их душу принял Ангел Господень”.

Бога не обманешь. Если в сердце закралась коварная мысль “уйти красиво” и успеть “покаяться” при последнем издыхании, то Господь поступит “с лукавым — по лукавству его” (Пс. 17, 27).

Резюмируем цитатой из “Основ социальной концепции Русской Православной Церкви”: “Умышленный самоубийца, который “соделал сие от обиды человеческой или по иному какому случаю от малодушия”, не удостоивается христианского погребения и литургического поминовения... Если самоубийца бессознательно лишил себя жизни “вне ума”, то есть в припадке душевной болезни, церковная молитва о нем допускается по исследовании дела правящим архиереем. Вместе с тем необходимо помнить, что вину самоубийцы нередко разделяют окружающие его люди, оказавшиеся неспособными к действенному состраданию и проявлению милосердия”.

В.И.Сабурова
доцент кафедры биомедицинской этики РГМУ, к.б.н.

Формирование биоэтического мышления у студентов медицинских вузов.

Тема о формировании биоэтического мышления у студентов медицинских вузов представляется чрезвычайно актуальной, поскольку наши чтения – Рождественские образовательные.

Начиная изучать биоэтику студенты понимают, что основной вопрос дисциплины – это вопрос о взаимоотношении врача и пациента. В современной медицине эти взаимоотношения претерпевают существенные изменения. Это связано с технологической оснащенностью лечебного процесса, с применением новых медицинских технологий, а также с кризисными процессами в мировоззренческой культуре.

В настоящее время к биоэтическим проблемам относят «моральные и философские проблемы аборта, контрацепции и новых репродуктивных технологий (искусственное оплодотворение, оплодотворение в «пробирке», суррогатное материнство), проведение экспериментов на человеке и животных, получение информированного согласия и обеспечения прав пациентов (в том числе с ограниченной компетентностью – например, детей или психиатрических больных); выработки дефиниции смерти; самоубийства и эвтаназии, отношения к умирающим больным (хосписы); вакцинации и СПИДа; демографической политики и планирования семьи; генетики, трансплантологии, справедливости в здравоохранении, клонирования человека, манипуляции со стволовыми клетками и ряд других»¹.

Для того чтобы будущие врачи в результате обучения биоэтике смогли выработать правильное отношение к обозначенным проблемам, а затем полученные знания применить на благо пациента, необходимо прежде остановиться на тех принципах, которые лежат в основе биоэтики, как методологии биомедицины.

Биоэтика зародилась на стыке естественно-научного, медицинского и гуманитарного знания.

Биоэтика – это междисциплинарный диалог медиков с представителями широкого круга гуманитарных наук, диалог медиков с пациентами и представителями общественности. Существует точка зрения, что «только через междисциплинарный диалог может быть адекватно выражена и понята многоплановая природа человеческого страдания и на этом основании выработана современная регулятивная идея блага и как цели врачевания для

¹ Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004, с.51.

отдельного индивида, и как цели общественного здравоохранения в целом»². Специфика биоэтического мышления заключается в том, что поднимаются вопросы о границах человеческой жизни. Считать ли оплодотворенную яйцеклетку человеком и отдавать ей права на жизнь, признавать ли пациента с погибшим мозгом, но бьющимся сердцем в качестве человека, обладающего социальными правами? В этом диалоге влияние общественности отражается в различных законодательных актах.

В литературе представлено понимание биоэтики через трансдисциплинарный подход. Трансдисциплинарность характеризует такие исследования, которые ведутся «через», «сквозь» дисциплинарные границы, выходя за пределы конкретных дисциплин. Например, Международный проект «Геном человека» совмещает в рамках одной структуры научное исследование с исследованием моральных и правовых условий и последствий осуществления научного исследования³. Учёные давно подметили, что в этом диалоге формируется свой особый язык. Язык специальной дисциплины попадает в ситуацию диалога и включается в процесс приспособления к конкретной коммуникативной ситуации. В результате возникают основные понятия дисциплины, концепты или принципы. Примерами биоэтических концептов являются повсеместно используемые принципы: уважения достоинства человека, добровольности и ненанесения вреда, признания автономии личности и справедливости; и правила: правдивости, конфиденциальности, приватности и добровольного информированного согласия. В разных философских доктринах принципы и правила имеют разное содержание и вес. Однако в биоэтической практике они существуют в форме основных понятий понятий, или в форме концептов – своеобразного морального инструментария, которым пользуются в публичных обсуждениях⁴.

Для студентов–медиков младших курсов, а биоэтику начинают изучать, как правило, со 2-го или даже с 1-го курса, этот язык должен быть понятен. Исследователи считают (наш опыт преподавания также согласуется с этим), что студенты могут заучить формулировки, но смысл основных понятий часто остается неясным, поскольку выделенных в государственной программе по биоэтике часов на усвоение материала не хватает.

Мы полагаем, что пониманию языка и смысла основных понятий во многом способствует разбор ситуационных задач. Ситуационные задачи по курсу «Биомедицинская этика» были изданы в форме учебно-методического пособия на кафедре биомедицинской этики РГМУ под редакцией профессора И.В.Силуяновой. В каждой задаче описана конкретная ситуация лечебной и научной деятельности врачей и медицинских работников. Студенты должны классифицировать морально-этические ситуации, т.е. определить принадлежность каждой ситуации к одному из 4-х видов нравственного

² там же, с.55.

³ там же, с. 64.

⁴ там же, с.66-67.

действия – будь то казус, дилемма, нравственный поступок, подвиг или преступление. В другой главе задачника студенты должны соотнести каждую ситуацию с исполнением или нарушением таких принципов и правил профессиональной биомедицинской этики как: принцип правдивости, принцип конфиденциальности, принцип добровольного информированного согласия, принцип справедливости и принцип милосердия. Приведём примеры.

1. Перинатальный центр провинциального областного города располагает 4 аппаратами для искусственной вентиляции легких. Часть аппаратов обычно занята, и нередко возникает ситуация, когда рождаются два глубоко недоношенных ребёнка, нуждающихся в искусственной вентиляции легких, а свободный аппарат только один.

Вопрос: В какой ситуации оказывается врач, когда он вынужден выбирать, какого ребёнка спасти?

2. Поступила пациентка с клинической картиной частичной спаечной кишечной непроходимости. В анамнезе резекция желудка по поводу язвенной болезни желудка. Основной метод диагностики этого заболевания – рентгенологический. На обзорном снимке выявлено, что в брюшной полости находится хирургическая игла (которая не вызывает никакой симптоматики). Кишечная непроходимость разрешается.

Вопрос: Нужно ли сообщать пациентке о находке (игле)?⁵

Анализируя позицию врача в ситуации нравственного выбора, студенты используют этические знания и связывают их с правовой основой биомедицинской деятельности. На важность такого подхода указывала ещё несколько лет тому назад профессор И.В.Силуянова: «Если мы хотим видеть в будущем врача не робота, механического и бездумного исполнителя законов, а профессионала, выполняющего свой долг добровольно и осмысленно, то мы должны предоставить ему возможность освоения реальности морально-этического знания и формирования способности отстаивать ценности своей профессии»⁶.

Особенности формирования биоэтического мышления у студентов РГМУ связаны со спецификой преподавания биоэтики на разных факультетах. На младших курсах лечебного, педиатрического и психологического факультетов студенты ещё не имеют медицинских знаний по специальным разделам биоэтики. Это требует тщательной проработки таких разделов как, статус эмбриона, аборт, новые репродуктивные технологии и другие. На медико-биологическом факультете биоэтика изучается только на 6 курсе, когда студенты имеют такие знания, и в большинстве своём у них есть морально-этические представления по проблемам биомедицины. При первом знакомстве выявляется, что эти представления носят прагматический характер и зачастую выражаются суждениями типа: «Научный прогресс нельзя остановить» или «У

⁵ Ситуационные задачи по курсу «Биомедицинская этика» - Учебно-методическое пособие. Под редакцией профессора И.В.Силуяновой. – М., РГМУ, 2005.- 88с.

⁶ Вестник Российской Академии медицинских наук, 1997., с.42.

каждого своя мораль». Однако после нескольких лекций и семинарских занятий можно наблюдать интерес и осознанный подход к анализу моральных проблем биоэтики. В этом году мы предложили студентам медико-биологических специальностей провести этический анализ своих дипломных исследований. Оказалось, что большинство студентов правильно понимают свою ответственность о нанесении вреда или о соотношении пользы и риска для пациентов в исследовании. Вот как оценивает ДНК-диагностику дипломница Н.: «В нашей лаборатории диагностируется много серьезных, тяжелых заболеваний. Задача заключается в том, чтобы сделать заключение о том, получил ли плод больные хромосомы от родителей, является гомозиготным или гетерозиготным носителем. Мы не делаем выводов, не даем рекомендации по тому сохранять беременность или нет, но, конечно, каждый раз задумываемся о судьбе проходящих к нам людей. Нашими пациентами являются семьи, в которых уже произошло несчастье: у них есть больной ребенок или он погиб. Можно понять этих родителей, которые не теряют надежды и хотят родить здорового ребенка. Пренатальная диагностика в данном случае имеет право на существование, она проводится профессионалами на ранних стадиях по объективным причинам и не травмирует сильно организм матери. Но бывают и такие случаи, когда пренатальная диагностика назначается нецелесообразно, врачи, преследуя свои интересы, склоняют мать на аборт. Существует риск развития выкидыша после проведения диагностики. Есть и такие страшные примеры, которые заставляют глубоко задуматься о пользе пренатальной диагностики, - семья глухих делает диагностику и оставляет ребёнка в том случае, если он оказывается глухим». В другой дипломной работе студентка А. исследует радиотерапевтическое и противоопухолевое действие производных тестостерона, используемое при создании нового противоопухолевого препарата, обладающего большей эффективностью и меньшим токсическим эффектом. Это позволит многим женщинам не прибегать к оперативному вмешательству при раке шейки матки, а сохранить свою репродуктивную функцию. Лучевая терапия является вторым методом после оперативного удаления в лечении опухолей. Отрицательное действие проявляется в ослаблении защитных сил иммунной системы. Подчеркивается, что основная задача врача не только провести лучевую терапию, но и обеспечить организм больного достаточной защитой. Андростены обладают радиотерапевтическим эффектом: восстанавливают лимфоциты и улучшают работу гемопоэтической системы. Приём этих лекарств улучшит жизнь пациентки, она перестанет постоянно проводить время в клиниках, появится возможность уделять внимание своим родным и близким, посвятить себя любимому делу.

В методическом пособии по биоэтике А.И.Егоренкова описывается модельный подход при формировании навыков системного анализа биоэтических проблем для обучения студентов медико-биологических факультетов. Этот подход перекликается с нашими ситуационными задачами, поскольку он основан на способе возможного поведения в ситуации,

предложенной для анализа. Разбираются «биоэтические задачи» по роману Солженицына «Раковый корпус», по роману Улицкой «Казус Кукоцкого» и по другим произведениям. По мнению автора «это создаёт основу формирования собственной этической точки зрения»⁷.

В Европейских странах придают большое значение обсуждению ситуаций и дилемм при обучении биоэтике. На прошедшей недавно конференции ЮНЕСКО по преподаванию этики и биоэтики в странах Восточной Европы был сделан акцент на исторические традиции стран и роль религии⁸.

Диалог медицины и религии по этическим проблемам - наиболее труден для современных студентов-медиков, но и наиболее плодотворен для формирования их нравственной культуры. Церковь исходит из основанных на Божественном откровении представлений о жизни, как бесценном даре Божиим. Она признаёт необходимой заботу о здоровье, и не только телесном, но и душевном и духовном. «Болезнь не рассматривается как исключительно негативное явление. Напротив, Православие призывает разглядеть высший, духовный смысл человеческого страдания и благодаря этому примиряет человека с его болезнью. ...Особое значение для христианского осмысления профессии медицинской деятельности приобретает её мотивационная основа. Любовь к ближнему должна быть здесь ведущим фактором в противовес коммерческому интересу».⁹ «В России религиозно-нравственная точка зрения на проблемы биоэтики наиболее полно выражена в «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви». Этот документ служит по данной теме основным первоисточником, поскольку оценочных суждений по большинству вопросов биоэтики нельзя встретить в Священном писании, а также в трудах признанных авторитетных авторов раннего христианства».¹⁰ Студенты используют этот документ для ознакомления с церковной точкой зрения на проблемы биоэтики. Информативны также Заявления Церковно-общественного совета по биомедицинской этике, опубликованные в сборниках «Православие и проблемы биоэтики».

Мы полагаем, что знакомство с религиозно-нравственной составляющей биоэтического мышления студентов медиков, которое на старших курсах войдет в клиническое мышление, не пройдет бесследно.

Можно надеется, что формирование биоэтического мышления, основанное на глубоких нравственных традициях медицины, происходит по

⁷ Егоренков А.И. Формирование навыков системного анализа биоэтических проблем в процессе обучения учащихся и студентов медико-биологических специальностей. Киев – 2003, с.24-25.

⁸ Сабурова В.И. Преподавание биоэтики в контексте Болонской декларации. ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА Мультимедийный сборник материалов. Всероссийская учебно-методическая конференция «Биомедицинская этика в высших медицинских учебных заведениях». М., 19-20 апреля 2005 года.

⁹ Черкасова А.Е. Взаимодействие медицины и религии. М., 2004, с.79-80.

¹⁰ Там же, с.76-79.

типу формирования «нравственных стереотипов», о которых пишет академик Н.П. Бехтерева – научный руководитель института мозга Российской Академии Наук. «Занимаясь исследованиями мозга человека, мы наблюдали довольно простое явление. ... В мозгу всё время идёт формирование стереотипов: растёт маленький человек, он делает первые шаги, и если вы его окликнете в этот момент, он упадет. Но вот он научился ходить. Что это значит с мозговых позиций? Это значит, что в мозгу сформировался стереотип, который обеспечивает движение без того, чтобы о нем думать. Церковь на протяжении веков внедряла нравственные стереотипы, которые затем охраняли большую часть человечества от преступлений, от того, с чем мы столкнулись сейчас, фактически отлучив Церковь от государства. Но Церковь использовала свойства мозга, может быть стихийно. Она формировала устойчивость к жизненным искушениям. Мозг запоминал это,... отслеживал отклонения от стереотипов. И людей, у которых нравственные основы были достаточно глубоки, искушение миновало¹¹.

Сейчас наше общество всё больше осознает необходимость религиозно-нравственного воспитания молодежи. По данным Всероссийского опроса, проведенного Центром международных социологических исследований в 40 регионах Российской Федерации, 41% опрошенных считают, что улучшению в деле воспитания российских детей могло бы в значительной степени помочь введение изучения «Основ Православия» в школах и других учебных заведениях.¹² Написаны учебники для общеобразовательных учреждений с преподаванием предметов на православной основе.

Мы остановились только на некоторых аспектах формирования биоэтического мышления студентов-медиков. В этой связи показательна позиция врача-писателя В.Вересаева. В своей книге «Записки врача» (1901г.) он не просто привлек внимание русского общества к ряду острых этических проблем, но в том числе и к проблеме обучения врачей. Ему принадлежит знаменитый постулат о том, что врач не может безучастно относиться к социальным условиям, которые делают его деятельность бесполезной¹³. Проведение занятий по биоэтике по теме «Смерть и умирание» на базе Первого московского хосписа не только способствуют формированию биоэтического мышления у студентов в области паллиативной медицины, но также способствуют формированию мировоззренческих ценностей личности в системе знаний о взаимоотношениях врача и пациента¹⁴.

¹¹ Соборные слушания. Вера и знание. Наука и техника на рубеже столетий. Саров -2000, с.48.

¹² Советская Россия., №74, 31 мая 2005г.

¹³ Философия биомедицинских исследований: этос науки начала третьего тысячелетия. М., 2004, с.80.

¹⁴ Ляуш Л.Б., Сабурова В.И. Уроки преподавания биоэтики в хосписе. В мультимедийном сборнике материалов «Биоэтика сегодня», РГМУ, Москва, выпуск 1.

Синдром хронической усталости

Православный христианин – наш современник – за редким исключением всегда усталый. Унылый вид, сгорбленная осанка, потухший взгляд, охи-вздохи... «Встаю утром уже усталый. Всё болит, ничего не хочется»... Всегда почти жалуется – или тихонько на исповеди, или громко вслух, с нетерпением, раздражением. Знакомая всем картина.

Появился в последнее время даже специальный медицинский диагноз. Врачи называли такие состояния «Синдромом хронической усталости». Высказываются различные точки зрения на происхождение этого заболевания, существует даже предположение о вирусе, вызывающим усталость.

Как православному человеку правильно относиться к усталости и подобным диагнозам?

Какова истинная природа происхождения СХУ? Всегда ли усталость – болезнь? Наконец, что лечить и каким образом?

На эти и другие вопросы православный христианин будет искать ответы в Св.Писании и Предании. Так поступили и мы, обратившись к учению Церкви и рассмотрев данную тему в нескольких аспектах.

1. Аспект антропологический.

Св. Церковь учит, что всякая «болезнь, печаль, воздыхание», всякая немощь, в том числе и усталость, вошли в человеческую природу после грехопадения наших прародителей. Райская жизнь первых людей не знала усталости, т.к. Бог своей благодатью поддерживал в гармонии и равновесии все душевные и физические силы человека. Первый человек и не спал, т.к. восстанавливать силы не имел нужды. «Муж дотоле бодрственный, услаждавшийся сиянием света и не знавший, что такое успокоение, теперь обнаженный распростирается по земле и предается сну»¹, - говорит о сотворении Евы преп.Ефрем Сирин.

Но в произвольном склонении своей воли к реализации жизни вне Бога, родились в прародителях греховные страсти, мгновенно сделавшие актуальными слова Бога: «смертью умрёшь». «Два греха - говорит преп. Максим Исповедник, - возникли в праотце [нашем] вследствие преступления божественной заповеди: один - достойный порицания, а второй, имевший своей причиной первый, - не могущий вызвать порицания; первый - от произволения, добровольно отказавшегося от блага, а второй - от естества, вслед за произволением невольно отказавшегося от бессмертия»². Пользуясь святоотеческими понятиями «укоризненные (неестественные) страсти» и «безукоризненные (естественные) немощи», рассмотрим следствия грехопадения.

¹ Цит. по.: иером. Серафим (Роуз). Православное святоотеческое понимание Книги Бытия. М., 1998, стр.110.

² Преп. Максим Исповедник. Вопросыответы к Фалассию \ Творения. «Мартис», 1993. Книга 2, стр.110.

*Естественные, или безукоризненные, страсти не зависят от самого человека и, по определению св. Иоанна Дамаскина, «вошли в человеческую жизнь вследствие осуждения, происшедшего от преступления, как, например, голод, жажда, **утомление**, труд, слеза, тление, уклонение от смерти, боязнь, предсмертная мука, от которой происходят пот, капли крови; происходящая вследствие немощи естества помощь со стороны Ангелов и подобное, что по природе присуще всем людям»*³.

Укоризненными страстями принято называть «движение души вопреки природе»⁴. Свт. Григорий Нисский называет их «болезнью воли»⁵. В этих страстях «и выражается фактически отпадение человека от живого союза с Богом, вследствие получившего преобладание в его жизнедеятельности начала греховного себялюбия, эгоизма»⁶.

Совершенно очевидно, что первозданный человек, у которого тело находилось в согласном подчинении душе, а душа – духу и все силы души были устремлены к Богу, не имел ни укоризненных страстей, ни безукоризненных.

Через преступление человеком заповеди в раю в закон жизни человека входит совершенно иной принцип – тления и смерти. Природные способности человека приобрели характер удовольствия, т. к. сам грех прародителей представлял собой совокупность страстей (чревоугодие, тщеславие, гордость), страстей «укоризненных». Следуя схеме преп. Максима, в человеке, прежде всего, преуспело отпадение ума от Бога, и он, «ставши преступником», впал в неведение Бога, чувством связал мысленную силу и «ввел сложное и пагубное, возбуждающее к страсти, ведение чувственного бытия»⁷.

«Вообще силы и способности человека получают извращенное направление, приобретают «дурные навыки», в которых собственно, а не в силах и способностях человека, и заключается нравственно-религиозное зло»⁸. Отныне человек всецело служит не Богу, а своему телу, через что он изменил своему изначальному предназначению, отказавшись от благобытия, ввел принцип плотского самолюбия.

К этим укоризненным страстям Творец в качестве наказания присоединил и немощи естества (безукоризненные страсти). Эти же страсти в силу греховного произволения человека всегда являлись, в свою очередь, почвой для умножения укоризненных (неестественных) страстей.

Итак, человеческая немощь, в т.ч. и усталость, это следствие грехопадения, доставшееся в наказание всему человечеству.

Возможно ли избежать этого наказания? Или, по-иному, возможно ли не уставать? Свв. отцы всегда рассматривали антропологические вопросы через христологию. Поэтому, перейдём ко 2-ому аспекту.

³ Преп. Иоанн Дамаскин. Точное изложение православной веры. С.-Пб., 1894. стр.185.

⁴ Там же, стр.95.

⁵ Свт. Григорий Нисский. Против Евномия VI \ Творения. М., 1864. ч.VI., стр.49.

⁶ Зарин С.Л. Аскетизм по православно-христианскому учению. М., 1996, стр.235.

⁷ Преп. Максим Исповедник. Указ. соч. стр.23.

⁸ Зарин С.Л. Указ. соч., стр.234.

2. Аспект христологический.

Христос уставал: *Иисус, утрудившись от пути, сел у колодезя.* (Ин. 4,6). Почему же безгрешный Богочеловек, не только утомлялся, но и алкал (Мф.4,2; 21,18), и жаждал (Ин. 4,7), и спал (Мф. 8,24), и ужасался и тосковал (Мк.14,33), и находился в борении (Лк.22,44)?

По слову преп. Максима Исповедника, *«исправляя человеческую природу, Господь и Бог наш воспринял всё это естество целиком, и в воспринятой природе Он также имел страстное начало, украшенное [Им] по произволению нетлением. Поэтому вследствие страстного начала Он стал по [человеческой] природе ради нас грехом, не ведая добровольно избранного греха благодаря непреложности произволения. Этой непреложностью произволения (Господь) исправил страстное начало естества, соделав конец его (я имею в виду смерть) началом преобразования к нетлению. И как через одного человека, добровольно отворотившего свое произволение от блага, естество всех людей изменилось из нетления в тление, так и через одного человека Иисуса Христа, не отворотившего [Свое] произволение от блага, произошло для всех людей восстановление естества из тления в нетление»*⁹.

Т.е., добровольно и безвиновно так называемые безукоризненные страсти – «немошь и смертность, которые есть не грех, но наказание за грех, были приняты Икупителем мира для мучения, чтобы послужить выкупом наших грехов. Следовательно, - делает вывод свт. Лев Великий, - бывшее во всех людях наследие проклятия во Христе стало таинством милости»¹⁰. Эти человеческие немощи во Христе становятся источником нашего освобождения от греховных страстей. Мы можем теперь говорить об освящённой Христом немощи человеческой, о «святой усталости». Если человек добровольно и свободно несёт свои немощи, то «понесший немощи» Христос, дарует ему исцеление от греха. Но происходит это исцеление не как награда со-вне, а как благодатное вселение Христа в человека и наделение его богочеловеческими силами для укоренения в противоположных страстям добродетелях.

3. Аспект сакраментологический.

Это благодатное вселение Христа совершается в Таинствах Церкви. Борющийся постоянно со своими страстями, но всегда немощный и усталый, христианин дерзновенно повторяет за св. ап. Павлом: *«я гораздо охотнее буду хвалиться своими немощами, чтобы обитала во мне сила Христова. Ибо, хотя Он и распят в немощи, но жив силою Божиею; и мы также, [хотя] немощны в Нем, но будем живы с Ним силою Божиею в вас... Или вы не знаете самих себя, что Иисус Христос в вас?»* (2Кор.13,4). Встреча со Христом самым реальным образом происходит в таинстве Евхаристии. Именно здесь совершается восполнение **не-мощи**, **не-достатков** человеческих. По слову преп.Иустина (Поповича), - *«Человек - только тогда истинный человек, когда полностью соединен с Богом, весь во всем и по*

⁹ Преп. Максим Исповедник. Указ. соч. стр.110.

¹⁰ Цит. по: Задворный А.В. История Римских пап. М.,1995. Т.1., стр.303.

всему живет Богом, мыслит Богом, чувствует Богом, делает Богом, творит добро Богом, причащается бессмертию и вечности Богом. Человек - лишь Богом человек, истинный человек, совершенный человек, человек, в котором обитает вся полнота Божества»¹¹. И если таинственное соединение со Христом дарует силы и прочь гонит усталость (вспомним св.прав.Иоанна Кронштадтского¹²), то *«кто ест и пьет недостойно, - свидетельствует св.ап.Павел, - тот ест и пьет осуждение себе, не рассуждая о Теле Господнем. Оттого многие из вас неможны и больны и немало умирает»*(1Кор.11,30).

4.Аспект пневматологический.

Терпеливое и покорное несение немощей (усталости) привлекает к человеку благодать Духа Святого. *«Также и Дух подкрепляет нас в немощах наших, - пишет св.ап.Павел, - ибо мы не знаем, о чем молиться, как должно, но Сам Дух ходатайствует за нас воздыханиями неизреченными.* (Рим,8,2), т.е. именно молитва, совершаемая в немощи, - духоносна, благодатна.

5. Аспект – аскетический.

Человек, постоянно устающий, но знающий, что с этой усталостью делать, начинает постепенно освобождаться от страстей. Напомним, что страсть – это неправильное направление воли. В разумном отношении к немощам врачуются «дурные навыки» воли, она обращается к Богу, начиная желать исполнения Божественного Промысла. Об этом св. Григорий Палама говорит так: «С ума надо начинать врачевание страстей. Христос начинает Свое врачевание с желательной способности. Если человек успевает в этой *«терапии»*, то заболевшая грехом душа, при напряжении своих природных сил и при помощи благодати может успешно и скоро восстать и исправиться»¹³.

Наши безукоризненные страсти (немощи) нужны нам. Утомление, бессилие – одно из четырёх (по преп. Никодиму Святогорцу) необходимых условий духовной жизни: **непрестанный подвиг**. Бог хочет, чтобы терпеливым несением собственных немощей человек укреплялся в вере и приобретал главную христианскую добродетель – смирение.

«Чем полезно для человека познание своей немощи?» - вопрошает преп. Исаак Сирин. И сам даёт такой ответ: «Блажен человек, который познает немощь свою, потому что ведение сие делается для него основанием, корнем и началом всякого доброго усовершенствования. Как скоро познает кто, и действительно ощутит, немощь свою, тогда воздвигает душу свою из расслабления, омрачающего оное ведение, и богатеет осторожностью. Но никто не может ощутить немощь свою, если не будет попущено на него хотя

¹¹Преп. Иустин (Попович). На Богочеловеческом пути. С.-Пб., 1999. стр.239.

¹² «Вот приобщился о. Иоанн Тела и Крови Христовых. Лицо его изменилось. Нет более на нем и следа той утомленности и какой-то скорби или грусти, какие можно было видеть, когда он только что входил сегодня утром в храм. Необыкновенная духовная радость, необыкновенный мир и небесный покой, необыкновенная сила и мощь отображались теперь в каждой черте его лица. Его лицо как бы светилось, как бы издавало какое сияние... О. Иоанн готов был теперь снова трудиться без всякой усталости с утра до самой поздней ночи; он в таинстве восприимчивости на все предстоящие ему дневные труды и заботы». Цит. по: Источник живой воды. Сост. Н.И. Большаков. С.-Пб., 1997. стр.309

¹³ Цит. по: арх. Киприан (Керн). Антропология св. Григория Паламы. М., 1996. стр. 406.

малого искушения тем, что утомляет или тело, или душу. Тогда, сравнив свою немощь с Божиею помощью, тотчас познает ее (помощи Божией) величие. А также, когда рассмотрит множество принятых им мер, осторожность, воздержание, покров и ограждение души своей, в чем надеялся он найти для нее уверенность, и не обретает, — даже и сердце его, от страха и трепета, не имеет тишины, то пусть поймет и познает тогда, что этот страх сердца его обнаруживает и показывает непременную потребность для него иного некоего помощника. Ибо сердце страхом, поражающим его и борющимся внутри его (сердца), свидетельствует и дает знать о недостатке чего-то; а сим доказывается, что не может оно жить с упованием, потому что, как сказано, спасает Божия помощь. Но кто познал, что имеет нужду в Божией помощи, тот совершает много молитв. И в какой мере умножает их, в такой смиряется сердце. Ибо всякий молящийся и просящий не может не смириться. «Сердце сокрушенно и смиренно Бог не уничижит» (Пс. 50,19). Поэтому сердце, пока не смирится, не может престать от парения; смирение же собирает его воедино.

А как скоро человек смирится, немедленно окружает его милость. И тогда сердце ощущает Божественную помощь, потому что обретает возбуждающуюся в нем некую силу упования. Когда же человек ощутит, что Божественная помощь вспомоществует ему, тогда сердце его сейчас же исполняется веры»¹⁴.

Святые угодники Божии ежедневно препобеждали усталость и иные немощи. Свт.Василий Великий, свт.Игнатий Брянчанинов несли хроническую усталость как спасительный крест. «Слава Богу за все! И за то, что пришлось всю жизнь поболеть»¹⁵, - писал свт. Игнатий.

Усталость может научить нас и **ненадеянию на себя, и всецелому упованию на Бога, и непрестанной молитве** (по преп. Никодиму Святогорцу), чтобы потекла в нас духовная жизнь. Но и дьявол может воспользоваться отсутствием нашего произволения благодушно переносить усталость. Он старается взрастить лютую страсть **уныния** (см. приложение 1) на греховном покрове плотоугодия, вызывая в человеке отвращение ко всему духовному.

Возможно ли современному человеку возобладать над своими безукоризненными страстями, чтобы они служили делу спасения, а не ввергали бы его в страсти уныния и гордости?

Обратимся к некоторым советам богомудрого святителя Феофана Затворника.

Оно может быть надолго

Уныние, скука, тягота духа и тела придут иногда, может быть, надолго. Не робеть надо и твердо стоять на своем, усердно исполняя принятые правила, и не ожидайте, чтоб на душе не было уже никакого вкуса. Вы и не ожидайте, чтоб на душе было всегда одинаково тепло и сладко. Так не бывает. Напротив, постоянно ждите нечаянных изменений. Когда придет вялость и

¹⁴ Преп. Исаак Сирий. Слова подвижнические. М., 1993. Слово 61., стр.333-334.

¹⁵ Свт. Игнатий Брянчанинов. Собрание писем. М. – С.-Пб. 1995. \ П. 429 от 5 июля 1860 г.

отяжеление, думайте, что это вы — настоящая, — как есть; сладость же духовную принимайте, как незаслуженную милость¹⁶.

Что делать в нем?

Как же быть в этом недобром состоянии? Во-первых, **молиться**; во-вторых, **пребывать твердо в заведенных порядках** и начатых делах, хоть вкус к ним и пропал; в-третьих, **размышлять о дивных путях Божиих**, открытых в слове (Божием). Все эти способы содержатся в молитве пророка: *утверди мя в словесех Твоих...*

Итак, прежде всего, молись. Унывший пророк обращается к Богу. Вместе с ним возносись туда и ты, немощный, и проси, чтоб опять в тебе возгнетен был тот же жар, при котором пред сим всякий труд был тебе не в труд, чтобы возвратился к тебе огонь благодати, и ты, будучи возбуждаем им, не переставал усердно шествовать путем заповедей Господних.

Молясь, не отставай ни от чего, что прежде делал. Пусть не будет вкуса, — нудь себя, силою воли нагибай выю твою и весь стан твой под воспринятое иго...

При том и другом, усугуби богомысленное размышление о дивных путях Божиих. В другом псалме пророк прямо говорит, что когда уныл в нем дух, то он, для отогнания его, помянул дни древние и стал поучаться в дивных делах Божиих. Из этого что вышло? Душа стала, как земля безводная, то есть, жаждущая; пробудились духовные вкусы и потребности, и душа, убитая унынием, ожила. То же и здесь. По св. Афанасию, пророк учит, что невозможно иначе изгнать дух уныния, как только **поучением в Божественных словесах**. Посему надлежит трезвиться и бодрствовать по слову Господа: *бдите и молитесь* (Мк. 14, 38)...

Пространнее об этом пишет св. Амвросий: «Совершенный, устремляя ум свой к Божественным таинствам, не дремлет, но всегда бодрствует: и хотя телом иногда спит, но сердцем бдит. В другом месте пророк говорит: *аще дам сон очима моима и веждома моими дремание* (пока не созижду храма Богу. Пс. 131, 4). Итак, не дремлет тот, кто задумал создать храм Господу не из камней, а из благих мыслей, чувств и расположений, возбуждаемых и образуемых небесными словесами. Слово Божие разгоняет уныние — сон души и уныние ума. Сон нападает от печали и забот века. Но прилепляющийся к Богу бежит таких забот; удовольствие же находит в познании вечного порядка вещей, не смущаясь никаким изменением вещей земных...¹⁷

Если оно от немощи телесной, то пройдет или утишится преданием себя воле Божией

Что теперь бывает уныние, это от немощи телесной. Непрестоящее немощение производит иной раз чувство оставления всеми: отсюда пожаления себя и это жалостливое чувство, которое кажется унынием или сопровождает его.

¹⁶ Свт. Феофан Затворник. Собрание писем. Свято-Введенский Печерский монастырь. 1994. Выпуск IV. стр.186.

¹⁷ Свт. Феофан Затворник. Псалом сто-осмнадцатый. М., 1993. стр. 109-110.

Бог никого не оставляет. У Него все дети. Нет пасынков. И тяжелые случайности и состояния — все на добро нам направляется. Если бы мы могли узреть это, не было бы ни в чем тяготы.

Но вы, кажется, «узрели это» - порешили всего себя и все свое предать на волю Божию. Помогите вам Господи пребывать так. И когда тягота одолевает, вызывайте сие чувство и утвердите его посреде между вами и тяготою, — и чувство сей последней или утишится, или совсем исчезнет. Уповающего на Бога милость обыдет. Упование не посрамит... Пойте — Заступнице Усердная— Блажим Тя вси роди... Тебе неодолимую стену.¹⁸

Его, если не отходит, терпеть благодушно

На дух уныния жалуйтесь Господу и Ангелу-Хранителю, и отбежит. Но всяко терпите благодушно. Состояние это есть один из крестов, которые нести неизбежно нам в продолжение жизни своей. Господь или да отгонит его, или да подаст вам благодушие — переносить такие состояния.¹⁹ (15, с. 139)

В заключение обобщим: препобеждая во Христе синдром хронической усталости (каково бы ни было медицинское объяснение его происхождения), участвуя в Таинствах, благодушно перенося эту естественную немощь, борясь со страстью уныния, подвизаясь мерой трудов, благословленной духовником, православный христианин воспринимает усталость как время испытания его в верности Христу, как спасительное лекарство от гордости и самомнения, как источник познания своих немощей и глубины греховного падения, откуда очень реально, очень жизненно и правдиво слышится заново выстраданное им имя Христа – СПАСИТЕЛЬ.

Н.Ф. Жарков, врач-педиатр высшей квалификационной категории, член
правления ОПВ. Общество православных врачей Санкт-Петербурга
во имя св. Луки (Войно-Ясенецкого)

Синдром хронической усталости.

Пришло благополучие - благодарите Бога,
и благополучие твердо будет.
Пришли несчастья, - благодарите Бога,
и несчастья прекратятся.
Св. Иоанн Златоуст

Введение

Усталость - один из наиболее встречаемых симптомов в клинической медицине. Зачастую усталость бывает временной, скоро преходящей, но иногда приобретает затяжной характер. Подобные случаи, связанные с психическими расстройствами, явно преобладающими в клинической картине, требуют соответствующего специфического лечения у врача-

¹⁸ Свт. Феофан Затворник. Собрание писем. Свято-Введенский Печерский монастырь. 1994. Выпуск I. стр.30-

¹⁹ Свт. Феофан Затворник. Собрание писем. Свято-Введенский Печерский монастырь. 1994. Выпуск V. стр.139

психиатра. Вышесказанное касается таких заболеваний, как маниакально-депрессивный психоз, шизофрения и другие, каковые не являются предметом нашего разбора.

История возникновения синдрома

Первые описания клинических проявлений, характерных для выделения нового вида заболевания, название которого вынесено в заголовок данной работы, встречаются в научной литературе уже во второй половине XIX века.

Длительная усталость по-разному называлась в период наблюдения за подобными больными: «болезнь острова Тахо», «грипп яппи», «королевская болезнь», «нервное истощение», «миалгический энцефаломиелит» и т.д.

Клинически это проявлялось тем, что у множества людей в развитых странах стала выявляться **постоянная** усталость в течение более шести месяцев, сопровождающаяся нарушениями сна и невозможностью осуществлять физическую или умственную работу без видимых причин продолжительностью от 3 до 7 лет.

Это позволило выделить вышеуказанные жалобы в новое заболевание – **«синдром хронической усталости»**.

По данным американской **Службы здоровья** первые **групповые** вспышки необычного заболевания были отмечены в 30-х и 50-х годах XX века в США и Европе.

Данное название оно получило после эпидемии в штате Невада (США) в 1984 году. Доктор Поль Чейни зарегистрировал более 200 случаев этой болезни. Все наблюдаемые больные ощущали выраженную мышечную слабость, повышенную утомляемость, депрессию.

Более тщательные исследования американских медиков начались в восьмидесятых годах. Однако многое до сих пор остается неясным.

В Великобритании ныне открыто двенадцать новых региональных центров борьбы с синдромом хронической усталости и на их деятельность выделено 8.5 миллионов фунтов стерлингов.

Британский министр здравоохранения Stephen Ladyman не так давно отметил, что СХУ представляет собой вызов национальной системе здравоохранения, так как природа этого заболевания неизвестна.

В нашей стране такие состояния выявляются на протяжении более пятнадцати лет, в последние годы всё чаще.

Продрома

Начало синдрома хронической усталости напоминает острый период обычного респираторно-вирусного заболевания. Но в отличие от типичных клинических проявлений ОРЗ, указанные симптомы отмечаются неделями и месяцами. Общее плохое самочувствие сопровождается постоянной мышечной слабостью и усталостью, которые не зависят от нагрузок и несколько не облегчаются даже длительным постельным режимом.

Клиника

Общие жалобы больных хронической усталостью одинаковы:

- пониженный тонус организма;
- постоянные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, мигрени, боли в суставах;
- бессонница, раздражительность, ухудшение памяти, рассеянность.

В последующем развитии болезни в клинике преобладают:

- слабость, повышенная раздражительность и неустойчивость эмоционально-психического состояния;
- повторяющиеся и нарастающие головные боли, не связанные с какой-либо патологией;
- снижение или повышение веса;
- нарушение функции желудочно-кишечного тракта, снижение аппетита, поносы;
- аритмии;
- дизурия и другие соматические проявления.

Развивается апатия, безрадостное настроение, эмоциональная подавленность.

Нарушения половой функции при синдроме хронической усталости выражаются у мужчин в виде снижения половой потенции; у женщин возможно развитие фригидности и вагинизма.

Больные часто жалуются на невозможность концентрации внимания, трудности в мышлении (при принятии решений, восприятии новой информации и т.п.), нарушение памяти, в том числе забывчивость; нарастает раздражительность.

При этом в большей степени страдают процессы усвоения информации, чем функции памяти.

Весьма важным является то, что данная симптоматика течет прогрессивно и не связана, повторяю, с соматическими заболеваниями.

Больные, которые в силу склада своего характера зависят от эмоциональной поддержки других людей, от их заботы, начинают испытывать страх перед одиночеством и фиксируют своё внимание на социальных проблемах. В таких случаях клиническая картина характеризуется преобладанием пониженного настроения, плаксивостью, ощущением грусти, пессимистической оценкой ситуации и перспективы, неспособностью справиться с жизненными трудностями, а в конечном итоге в отсутствии упования на волю Божию и на Его помощь.

Диагноз

Диагноз ставится методом исключения.

Для постановки диагноза пациент должен отвечать **двум критериям**:

1. Наличие хронической усталости более шести месяцев или дольше, при условии исключения другого диагноза.

2. Наличие четырёх или более из следующих симптомов:

- существенное снижение кратковременной памяти и внимания;
- боли в горле и увеличение лимфатических узлов;
- мышечные боли, суставные боли без наличия припухлости и покраснения
- головные боли;
- отсутствие бодрости после сна;
- недомогание после физической нагрузки, остающееся дольше суток.

Наиболее важным диагностическим признаком считают клинически доказанное внезапно наступившее стойкое нервное истощение, которое не связано с перегрузкой, не улучшается после отдыха и существенно ограничивает активность пациента в повседневной жизни.

Дифференциальный диагноз

Для постановки диагноза СХУ **необходимо исключить** другие хронические заболевания, включая вышеупомянутые психические нарушения:

- хронический гепатит В и С;
- СПИД;
- туберкулез;
- паразитарные заболевания;
- грибковые поражения;
- злокачественные опухоли;
- нейромышечные заболевания (рассеянный склероз);
- отравления тяжелыми металлами, пестицидами;
- эндокринные заболевания (гипотиреоз, диабет);
- анемии;
- дефицит витаминов группы В, С и Е;
- недостаток макро- и микроэлементов, в том числе магния, натрия, селена, цинка.

Лабораторная диагностика

Лабораторные тесты не могут точно ни подтвердить, ни отвергнуть заподозренный диагноз.

Среди объективных показателей описывают изменения иммунного статуса: снижение IgG за счет, прежде всего G1 и G3 классов, уменьшение числа лимфоцитов с фенотипом CD3 и CD4, снижение естественных клеток-киллеров, повышение уровня циркулирующих комплексов и антивирусных антител разного типа, повышение бэта-эндорфина, интерлейкина -1(бэта) и интерферона, а также фактора некроза опухолей.

Специальные исследования биохимии мышечной ткани и энергообмена никаких изменений не показывают.

Не отмечается патологии в клиническом анализе крови и мочи, нет рентгенологических изменений.
В итоге таким больным обычно ставится диагноз «нейровегетативной дистонии» или различных неврозов.

Определение понятия

Синдром хронической усталости - chronic fatigue syndrome - CFS (от fatigue — по-французски «слабость, усталость») по зарубежным данным возникает у более эмоциональных и внушаемых по своей природе женщин, страдающих от него в два-три раза чаще мужчин.

Поражаются в основном люди самого трудоспособного возраста, начиная примерно с 30-ти лет. Почти две трети из них - из семей высокого достатка и имеющие хорошее образование, причем в группу риска попадают те, кто чаще других подвергается стрессам.

Около 80% больных СХУ - это студенты и спортсмены с высокими достижениями.

По-видимому, существует семейное предрасположение, но исследования, позволяющие оценить роль генетических факторов, только начались.

СХУ у детей

Этот синдром выявляется также у детей. Описан он крайне скудно.

Также как у взрослых, у большей части педиатрических пациентов с CFS предшествовали воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, но эти пациенты имеют больше шансов выздороветь, чем взрослые.

Мнения учёных сходны в том, что CFS маловероятен у детей младше 10 лет. Существуют различия в частоте постановки диагноза у мальчиков и девочек.

По публикуемым данным (зарубежным) типичные пациенты на приеме у педиатра - это преимущественно девушки-подростки с высоким уровнем самомнения и сверхзавышенными требованиями к себе, что также соответствует выявленным особенностям у взрослых больных.

Часто отягощен аллергологический анамнез. Нередко встречается непереносимость молока. Немаловажной особенностью является то, что, как правило, один из членов их семьи тоже страдает этим заболеванием.

Статистических данных по частоте выявляемости СХУ у детей в нашей стране нет. Но большинством исследователей достоверно отмечается, что участвовавшие случаи постановки диагноза CFS, напрямую связаны с частыми токсикозами и анемиями беременных, дефектами плаценты из-за ухудшения питания, употребления спиртных напитков и табакокурения как будущей матери, так и обоими родителями, и плохой экологии. И как естественный результат – возникающие вследствие вышеперечисленных причин родовые травмы и асфиксии новорожденных, ведущие к несомненно закономерным проблемам со здоровьем в будущем.

К слову, следует заметить, что среди родившихся в России за последние годы менее 10% детей составляют здоровый генофонд.

Распространённость

Единственный институт, изучающий только эту проблему, создан в США в штате Калифорния, который так и называется **Институт синдрома хронической усталости** (директор J.Goldstein). По его данным, количество страдающих фатиг-синдромом в Штатах достигло 2-5 млн. человек - то есть свыше 1% населения, из них 75% составляют женщины.

По литературным данным распространённость СХУ находится в пределах ста случаев на сто тысяч населения. Но только за последние 5 лет в США ежедневно регистрируется 100 новых случаев СХУ. Однако это не мешает ряду скептиков утверждать, что болезнь существует лишь в воображении ученых.

Долгое время такого же мнения придерживались и наши специалисты. В России первая статья, описывающая СХУ у лиц с профессиональной патологией в экологически неблагоприятных условиях, появилась лишь в 1991 году. Но данных о частоте выявления болезни по настоящее время нет, и она не включена в классификационный реестр существующих болезней.

Факторы риска

Предрасполагающими факторами развития болезни являются различные воздействия, ослабляющие общую, иммунологическую и нервно-психическую сопротивляемость организма:

1. частые и длительные производственные и бытовые стрессы;
2. неблагоприятный образ жизни в современном обществе, включая продолжительную работу с компьютером;
3. неблагоприятные эколого-гигиенические условия проживания;
4. особенности конституции;
5. дефицит витаминов, макро- и микроэлементов;
6. недостаток определенных аминокислот - лизина, метионина, триптофана, фенилаланина и др.;
7. недополучение эссенциальных жирных кислот вследствие «нефизиологического» несбалансированного питания.

Особенности течения

У трети больных тяжесть проявлений заболевания зимой была существенно выше, чем летом, что, несомненно, следует учитывать не только на этапе постановки диагноза, но и в ходе терапии.

Типичным для больных данной группы являются следующие сопутствующие патологии и вредные привычки, становящиеся впоследствии патогенетически важными патологическими моментами:

1. нерациональное и калорийно избыточное питание, приводящее к ожирению 1-2 степени;
2. алкоголизм, часто в форме бытового пьянства, обычно связанный с попыткой снять нервное возбуждение вечером;
3. интенсивное курение, являющееся попыткой стимулировать падающую работоспособность днём;
4. хронические заболевания половой сферы,

5. гипертоническая болезнь 1 и 2 степени;
6. вегето-сосудистая дистония и другие.

Способствуют прогрессированию заболевания неустойчивость психики, продолжающиеся нарушения сна, страх дальнейшего ухудшения состояния и другие фобии, а также неправильное понимание болезни, не согласовывающееся со святоотеческим учением о грехе и искуплении.

Этиология

Этиология болезни пока до конца не известна и вызывает споры среди исследователей и врачей разных специальностей (терапевтов, психиатров, иммунологов).

За рубежом с лёгкой руки журналистов появилось шутливое определение - «диванная чума ХХ1 века», которое, несомненно, принижает остроту и важность существующей проблемы.

Главенствует вирусная теория возникновения заболевания, и регистрация массовых вспышек подтверждает вирусную природу СХУ. Исследования специалистов Франции показывают, что причиной значительной части случаев СХУ является инфицирование организма человека специфическими энтеровирусами, которые поражают мышечную ткань.

Другие учёные указывают на вирус герпеса, точнее, герпесвирус человека ТSIs6. Герпесвирусы могут длительно и скрытно находиться в слюне, грудном молоке, крови, спинномозговой жидкости, выделениях из половых органов, и активизируются при благоприятных для них условиях, поражая нервную систему.

Часть исследователей утверждает, что виновниками синдрома являются другие вирусы: респираторные, ветряной оспы, Коксаки А или В, ретровирусы, цитомегаловирусы, которые также могут жить в организме годами, никак не проявляя себя. При некоторых условиях - депрессия, бессонница, неправильное питание, нехватка свежего воздуха и солнечного света, малоподвижный образ жизни, - они начинают активно размножаться и оказывать патологическое влияние.

Исследования немецких специалистов выявили ещё причину - снижение у заболевших активности адренокортикотропного гормона, который ответственен за реакцию организма на стрессовые воздействия.

Японские врачи говорят, что это «синдром гибели естественных «киллеров», - то есть лимфоцитов, ответственных за отторжение чужеродных клеток.

Недавно полученные данные дают основания думать, что **CFS -**

СПИДоподобное заболевание, правда, не такое тяжелое, поскольку из крови больных СХУ выделен новый представитель «пенистых» вирусов, сходный с аналогичным вирусом обезьян. В этом вирусе есть особый ген «gag», наличие которого обязательно в структуре ретровирусов СПИДа и рака.

Патогенез

В патогенезе заболевания первостепенную роль отводят нарушениям со стороны центральной нервной системы.

Отмечается повреждение восходящей ретикулярной формации ствола мозга, оказывающей активирующее влияние на кору больших полушарий. Методом ядерного магнитного резонанса были выявлены небольшие очаги повреждения в виде демиелинизации и отека в стволовой части мозга и подкорковых ядрах. При компьютерной томографии у больных СХУ были обнаружены нарушения кровотока во многих отделах, особенно в ромбовидной части мозга.

Подводя итог вышесказанному можно констатировать, что **СХУ возникает при повреждении нейро-иммунных механизмов различными факторами, скорее всего инфекционными, возможно у наследственно предрасположенных лиц с развитием дисбаланса в иммунной системе и нарушением механизмов регуляции в центральной нервной системе, преимущественно в височно-лимбической области.**

Лимбическая система не только принимает участие в регуляции активности вегетативных функций, но в значительной степени определяет общий эмоционально-поведенческий фон человека, что и подтверждается клиническими наблюдениями.

Симптомы СХУ стойко проявляются в течение нескольких месяцев, затем состояние усугубляется и, если вовремя не устранить причины недуга, развивается тяжелая форма.

Важнейшей особенностью в развитии патогенеза СХУ является то, что подавляющее большинство авторов указывает на связь заболевания с экологически неблагоприятными условиями.

Многие ученые на Западе объективно подчеркивают, что это «болезнь среднего класса», удел амбициозно настроенных личностей, ставящих собственные достижения и успехи выше всяческих условностей и крайне болезненно относящихся к своим поражениям.

Лечение

Способы лечения синдрома хронической усталости различны в зависимости от характера его проявлений. В тяжёлых случаях это медикаментозные препараты: противовирусные, антидепрессанты, а также обезболивающие.

Единственный предложенный патогенетический метод лечения - внутривенное введение препаратов IgG - в настоящее время оставлен ввиду большого количества осложнений (флебиты отмечаются в 55% случаев).

Чаще всего лечение должно быть комплексным, когда медики, психологи и сам больной объединяют свои усилия.

Иногда бывает достаточно лишь произвести изменения в привычном образе жизни больного: нормализовать режим физической нагрузки и отдыха, провести курс групповой или индивидуальной психотерапии, порекомендовать прогулки на свежем воздухе.

Диетотерапия

Пища рекомендуется с пониженным содержанием калорий и повышенным содержанием белков и витаминов.

Английские учёные рекомендуют для лечения СХУ «исключающие» диеты. Необходимо исключить потребление алкоголя, кофеина, сахара, а также искусственные подсластители.

Отечественные разработки

Группа отечественных специалистов в институте иммунологии Минздрава России разработала свою методику лечения этой «болезни цивилизации». Лекарства, помогающие при этом недуге, по химическому строению напоминают кристаллическую решётку алмаза и поэтому названы «адамантаны».

Долгое время эти препараты были засекречены. Они использовались только в работе сотрудников силовых структур и при выступлении спортсменов на зарубежных соревнованиях, так как значительно увеличивают физическую и умственную работоспособность.

Бромантан, так называется один из препаратов, усиливает сопротивляемость вирусам и бактериям, помогает бороться с раковыми клетками, обеспечивает защиту от стресса и вредных экологических воздействий.

У бромантана имеется еще одно полезное свойство: он повышает внимание, сосредоточенность, уверенность в своих силах. Поэтому его и использовали при подготовке спортсменов к соревнованиям и применяли в работе спецслужб.

В стационаре лечение проводится обычно не одним препаратом, а в сочетании с иглоукалыванием, рефлексотерапией и другими методами. Кроме бромантана существует ещё несколько препаратов со сходными свойствами, например **кемантан**. Они также успешно применяются на практике, правда, довольно дороги.

Пациенты, прошедшие курс лечения, чувствуют прилив сил, нарастание уверенности в себе, уменьшение нервозности. Вместе с тем улучшается общее состояние организма, проходит депрессия, восстанавливается сон.

Метод электростимуляции мозга

Сотрудники Санкт-Петербургского Института мозга человека предложили метод электростимуляции мозга. Электроды, подсоединенные к голове, посылают в нужном режиме слабые токи в определенные участки мозга. При этом в мозге вырабатываются собственные эндорфины.

Траволечение

Фитотерапии СХУ до настоящего времени уделяется мало внимания. Однако, в аптеках сейчас достаточно растительных средств для оказания существенной помощи в лечении.

Нормализация функции иммунной системы осуществляется приёмом алоэ, арники, исландского мха, коланхоэ, мать-и-мачехи, подорожника.

Эффективны анис, горец, мелисса, крапива двудомная, фиалка трехцветная, овес посевной.

В качестве адаптогенов рекомендуются препараты аралии, розеолы, заманихи, корня женьшеня, элеутерококка.

Но следует учесть, что у некоторых людей приём этих трав может вызвать обратную реакцию, когда вместо повышения работоспособности развиваются вялость, апатия, слабость, депрессия. В таких случаях назначают более мягкие средства: это холодные настои корневища аира болотного, корневищ девясила, цикория, настойки арники горной, листьев черной смородины, травы первоцвета весеннего.

Восстановлению и поддержанию умственной работоспособности

способствуют препараты-ноотропы: заманиха высокая, левзея, лимонник китайский, родиола розовая. Для приёма в дневное время суток назначают цветки и плоды боярышника, донник лекарственный, цветки липы.

В качестве противотревожного средства с успехом применяется зверобой продырявленный.

Прием фитопрепаратов всегда должен быть индивидуален, с учётом режима труда и отдыха пациента, его возраста, наличия той или иной сопутствующей патологии.

В начале лечения предпочтительнее назначение монопрепаратов, а затем переходят к малокомпонентным лекарственным сборам в сочетании с минимальным числом препаратов. Длительность курса лечения не должна превышать 2 месяцев. Лучше прием осуществлять не более 2-3 недель с повторением назначений через 2-3 недели.

Физиолечение

Назначаются: лечебная гимнастика, массаж - общий или сегментарный и гидротерапия (циркулярный душ и кислородные ванны). Обязательно рекомендуются длительные - до 5 часов - пешеходные прогулки.

Школьникам и студентам бывает достаточно уменьшить нагрузку на занятиях, уделить больше внимания отдыху и пересмотреть чрезмерные требования к себе.

Методы самопомощи

Можно попробовать избавиться от хронической усталости самостоятельно, придерживаясь следующих нехитрых правил:

- проснувшись, не вскакивайте с постели сразу, даже если вы проспали, а полежите 2-3 минуты с закрытыми глазами, и только затем открывайте глаза и спокойно вставайте с кровати.

Приучитесь с утра натошак маленькими глотками выпивать стакан кипячёной горячей воды. Эта процедура способствует выведению токсинов из организма, очищает кровеносные сосуды, стимулирует деятельность кишечника, тонизирует весь организм.

Чтобы не заболеть, людям из группы риска надо следовать заповедям Господним, не стараться быть везде и всегда лучшими и первыми, и не ставить перед собой непосильные сверхзадачи. Иначе при любом стрессе их нервная система может дать серьёзный сбой и привести к развитию недуга.

Особенности нашей действительности

К сожалению, все вышеуказанные лекарственные препараты и лечебные методики не устраняют первопричины возникновения хронической усталости и переутомления. Они лишь несколько корректируют отдельные звенья патологического процесса.

Вследствие агрессивной рекламы, многие люди прибегают к самостоятельному приему всевозможных стимулирующих препаратов. Это не опасно, если их принимают лишь изредка, при подготовке к важному совещанию, экзамену, при длительном управлении автомобилем и т.д. Но если стимуляторы применяются систематически и бесконтрольно, то это может привести к плачевному результату: перевозбуждению и как следствие - к развитию депрессии.

Внутрисемейные отношения в наше время оставляют желать лучшего: неполные семьи, пьющие родители, перегруженность школьных программ, невозможность детям из-за усталости выполнять домашние задания, и, в дополнение к вышеперечисленному, систематически исходящая раздражительность от родителей. Всё это усугубляет отчуждение и разобщённость. Развивающаяся на такой почве депрессия у детей, вызывается состоянием крайней возбуждённости: младенцы очень плохо засыпают, часто кричат по ночам и днём без видимой причины, беспокоятся и кричат в церкви при причастии.

У подростков депрессия проявляется состоянием постоянной нервной истощенности, усугубляющейся курением, употреблением спиртных напитков, чаще пива, и новомодных энергетических напитков, постоянным слушанием агрессивной музыки через наушники карманного плеера, посещением ночных дискотек и рок-концертов. К этому добавляется искусственно навязываемый в школах дух соревнований по западному образцу (в учебе, на спортивных состязаниях, в соперничествах с одноклассниками).

Синдром хронической усталости в юношеском возрасте обусловлен культивируемым у подростков тщеславными родителями и недобросовестными педагогами нездоровым стремлением быть во всём первыми.

Не до конца осознанная и не преодолённая в юности болезнь, может не только негативно отразиться на последующем психоэмоциональном развитии подростка, но и повлиять на становление его как личности в будущем. Более того, у больных СХУ отроков обоего пола без своевременного воцерковления могут проявиться суицидальные мысли вплоть до их реализации.

Заключение

Понятно, что обмирщённое современное общество ищет свободы от Бога. А в Священном Писании сказано: «К свободе призваны вы, братия, только бы

свобода ваша не была поводом к угождению плоти, но любовью служите друг другу» (Гал. 5,13).

И в самом деле, нынешний человек использует свободу воли, данную ему Господом, лишь для угождения плоти. К сожалению, именно это плотское вожделение и стимулирует всю общественную и личную жизнь в западном обществе, а с недавних пор и в нашем.

Наряду со СПИДом, синдром хронической усталости является порождением нынешней вседозволенности и продолжающимся попранием православных основ нашего бытия.

Православный взгляд на вакцинопрофилактику.

*Все от Бога и болезни и здоровье, и
все от Бога подается нам во спасение
наше*

Святитель Феофан Затворник

Необходимость вакцинопрофилактики с православной точки зрения.

Вакцинация – это эффективное средство для создания как индивидуальной, так и коллективной защиты от тяжелых управляемых инфекционных заболеваний. Многолетний международный опыт доказал, что с помощью правильно организованной вакцинации можно ликвидировать опасную инфекцию, снизить заболеваемость или предотвратить летальный исход.

Для формирования правильного отношения к вакцинации необходима полная, четкая и открытая информация о применяемых вакцинах, их безопасности, эффективности, о возможных побочных реакциях на введение препарата. Кроме того, необходимо участие в процессе вакцинации высококвалифицированных специалистов и своевременное оповещение родителей о предстоящих прививках.

Следует признать, что любая прививка обладает элементом риска. Вакцины, как вещества сложного антигенного состава, способны запускать цепь реакций, результатом которых является не только создание специфического иммунитета, но и стрессорные, аллергические, неспецифические иммуносупрессивные и аутоиммунные процессы. Об этом обязательно должен знать и помнить врач, который участвует в вакцинации детей, чтобы своевременно предупредить родителей о возможных последствиях вакцинации. Эта обязанность требует от врача высокой авторитетности, основанной на его компетентности, ответственности и личной совести.

После вакцинации, в ходе формирования в организме ребенка иммунной защиты, включаются механизмы аналогичные тем, которые действуют при развитии инфекционного процесса. Регуляция процессов формирования иммунологической памяти осуществляется системой цитокинов, являющихся компонентами иммунноэндокринной сети. Многие цитокины играют роль эндогенных пирогенов, что приводит к развитию как местной, так и общей воспалительной реакции, сопровождающейся повышением температуры тела, головной болью и другими симптомами интоксикации.

Любая из существующих вакцин, как бы хорошо ни были очищены составляющие ее компоненты, будет в той или иной мере способствовать развитию реакции воспаления. Эти реакции безопасны для здорового организма, но могут иметь серьезные негативные последствия для детей, страдающих патологией нервной, сердечно-сосудистой системы или

иммунной недостаточностью. У детей с повышенной судорожной готовностью могут развиваться судороги; возможно также развитие разнообразных аллергических реакций.

Детям с нарушениями нервной системы особенно опасна повышенная продукция так называемых цитокинов воспаления, стимулятором для которых являются бактериальные эндотоксины. Поэтому введение таким детям вакцинных препаратов, приготовленных из убитых грамотрицательных микроорганизмов, сопряжено с дополнительным риском. К препаратам этой группы относится, в частности, коклюшная (корпускулярная) вакцина, входящая в состав АКДС.

В настоящее время для активной иммунизации используются несколько групп вакцинных препаратов:

- живые вакцины,
- убитые (инактивированные),
- химические,
- рекомбинантные,
- анатоксины,
- вакцины с искусственными адъювантами
- ассоциированные (комплексные) вакцинные препараты.

Живые вакцины изготавливают на основе аттенуированных штаммов со стойко закрепленной авирулентностью. Они создают, как правило, напряженный иммунитет, сходный с постинфекционным.

К инактивированным относятся корпускулярные (цельновирионные) вакцины, которые готовят из микроорганизмов, обладающих максимально выраженной иммуногенностью, инактивированные путем физического (прогревание, УФ-лучи) или химического воздействия (формалин, фенол, спирт др.).

Химические вакцины получают путем выделения из бактериальных клеток компонентов, соответствующих протективным антигенам. По сравнению с убитыми и живыми химические вакцины менее реактогенны.

Анатоксины представляют собой бактериальные экзотоксины, обезвреженные путем длительной обработки (в течение 30 дней) 0,3 % раствором формалина при повышенной температуре (37°C). При этом анатоксин утрачивает токсичность, но сохраняет способность индуцировать синтез антитоксических антител.

Рекомбинантные вакцины - это вакцины генноинженерные. Для создания таких препаратов выделяют гены, контролирующие нужные антигенные дерерминанты, переносят их в геном других микроорганизмов и клонируют их, добиваясь экспрессии этих генов в новых условиях.

Вакцины с искусственными адъювантами представлены в настоящее время вакциной против гриппа с полиоксидонием.

Новые технологии получения вакцин.

1. Векторные вакцины. Сущность получения таких препаратов заключается во встраивании гена, кодирующего определенное биологическое соединение в вектор, после чего клоны, несущие вектор, размножаются в определенных клетках (например, дрожжах). За рубежом

таким образом получены рекомбинантные вакцины против кори, гепатита А и В, японского энцефалита и др.

2. Вакцины на основе трансгенных растений получают методом генной инженерии, позволяющей “внедрить” чужеродные гены почти во все технические сельскохозяйственные культуры, обеспечивая получение стабильных генетических трансформаций. С начала 1990-х годов проводятся исследования возможностей использования трансгенных растений для создания рекомбинантных антигенов. В первой модели был использован табак, затем был получен трансгенный картофель, соя, бананы. В ДНК может быть встроено до 150 чужеродных генов. По данной технологии предполагается получать оральные вакцины, т. е. при употреблении в пищу таких растений будет происходить иммунизация организма теми антигенами, которые трансформировали растения.

3. Антиидиотипические вакцины. Эти препараты получают на основе моноклональных антител к идиотипам молекул специфических иммуноглобулинов. Поскольку эти вещества повторяют пространственную конфигурацию эпитопов исходного антигена, их можно использовать взамен антигена.

4. Вакцины в биodeградируемых микросферах. Суть конструкции этих препаратов состоит в том, что антиген заключают в микросферу из защитных полимеров, которые в организме гидролизуются с образованием молочной и гликолевой кислот, являющихся продуктами обмена веществ. При этом можно варьировать скорость распада микросфер от нескольких дней до нескольких месяцев. Разработанный по этому принципу препарат столбнячного анатоксина проходит клинические испытания.

5. Липосомальные вакцины. Липосомы представляют собой 2-х слойные микропузырьки из фосфолипидов для транспортировки антигенов к антигенпрезентирующим клеткам. Применение таких вакцин позволяет добиваться снижения токсичности и удлинения срока циркуляции препарата. Установлено также, что липосомы могут быть хорошими адъювантами. Липосомальные вакцины используют в ветеринарной практике. В Швейцарии по этой технологии создана вакцина против гепатита А. Проходят испытания вакцины для парентеральной иммунизации против гриппа, кори, гепатита А, В, дифтерии, столбняка.

6. Синтетические пептидные вакцины. Изготавливают вакцины на основе синтетических пептидов аналогичных эпитопам антигена. Использование пептидов создает возможность изготовления антигенов, трудно воспроизводимых в достаточном количестве, например паразитарных, или собственных антигенов, которые трудно распознаются, например опухолевоспецифические.

Наиболее перспективными и безопасными в настоящее время считаются вакцины, получаемые с помощью методов генной инженерии, к которым относятся векторные вакцины и препараты на основе трансгенных растений.

Область применения вакцин.

Вакцины используются для обязательной плановой вакцинации, для введения определенным контингентам в эндемичных районах, применяют вакцины для защиты профессиональных групп риска от особоопасных инфекций (чума, туляремия, сибирская язва, бешенство, лептоспироз, бруцеллез, лихорадка Ку), а также по эпидемическим показаниям и в качестве лечебного препарата для иммунотерапии.

Общие требования к вакцинным препаратам. Препараты для вакцинации должны обладать высокой иммуногенностью (т.е. способностью обеспечивать надежную противои инфекционную защиту), ареактогенностью (отсутствием выраженных побочных реакций), безвредностью и минимальным сенсibiliзирующим действием.

Национальный календарь профилактических прививок и календарь прививок по эпидемическим показаниям введен в России с 2002 года Приказом Минздрава России № 229 от 27.06.2001.

Цель введения нового календаря: повышение эффективности вакцинации детей раннего возраста, защита от управляемых инфекций детей более старшего возраста, которые не получили в свое время вакцин, используемых сейчас.

Календарь профилактических прививок России

2002 год

Возраст	Наименование прививки
12 часов	первая вакцина — <i>гепатит В</i> ;
3-7 дней	вакцинация — <i>туберкулез</i> ;
1 месяц	вторая вакцинация — <i>гепатит В</i> ;
3 месяца	первая вакцинация — <i>дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит</i> ;
4,5 месяца	вторая вакцинация — <i>дифтерия, коклюш, полиомиелит</i> ;
6 месяцев	третья вакцинация — <i>дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит</i> ;
	третья вакцинация — <i>гепатит В</i> ;
12 месяцев	вакцинация — <i>корь, эпидемический паротит, краснуха</i> ;
18 месяцев	первая ревакцинация — <i>дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит</i> ;
20 месяцев	вторая ревакцинация — <i>полиомиелит</i> ;
6 лет	вторая вакцинация — <i>корь, эпидемический паротит, краснуха</i> ;
7 лет	вторая ревакцинация — <i>дифтерия и столбняк</i> ;
	первая ревакцинация — <i>туберкулез</i> ;
13 лет	вакцинация против вирусного <i>гепатита В</i> ;
	вакцинация против <i>краснухи (девочки)</i> ;
14 лет	третья ревакцинация — <i>дифтерия и столбняк</i> ;
	ревакцинация — <i>туберкулез</i> ;
	третья ревакцинация — <i>полиомиелит</i> .
Взрослые	ревакцинация — <i>дифтерия и столбняк каждые 10 лет после последней ревакцинации</i> .

Примечания:

1. Иммунизация в рамках Национального календаря проводится вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке.
2. Детей, родившихся от матерей-носителей вируса гепатита В или больных гепатитом В в 3-м триместре беременности, прививают по схеме 0-1-2-12 месяцев.
3. Вакцинация против гепатита В в 13 лет проводится ранее не привитым или получившим только одну прививку.
4. Вакцинацию против краснухи проводят девочкам в 13 лет, ранее не привитым или получившим только одну прививку.
5. Ревакцинация против туберкулеза в 7 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не инфицированным микобактериями туберкулеза.
6. Ревакцинация против туберкулеза в 14 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не инфицированным туберкулезом и не получившим прививку в 7 лет.

Применяемые в рамках Национального календаря профилактические прививки, кроме БЦЖ, можно вводить одновременно (или с интервалом 1 месяц) разными шприцами в разные участки тела.

В новом календаре указаны не вакцины, которые следует вводить в том или ином возрасте, а лишь инфекции, против которых проводятся прививки. Это связано с расширением ассортимента вакцин - отечественных и в большей степени зарубежных, лицензированных в России.

Особое примечание к календарю снимает сомнения в отношении допустимости использования альтернативных препаратов. Это особенно важно в отношении комбинированных вакцин, использование которых сокращает число необходимых инъекций.

Сейчас есть возможность выбора препарата для иммунизации. Если в том учреждении, куда вы обратились для вакцинации используется препарат, который вас по каким-то качествам не удовлетворяет, вы имеете право заменить его на аналогичный, разрешенный к использованию.

В новом календаре расширен возраст новорожденных для проведения прививки БЦЖ - их можно будет вакцинировать с 3-го по 7-й день жизни.

Важные изменения коснулись вакцинации против гепатита В. По ныне действующему календарю первая вакцинация против этой инфекции проводится в первые 12 часов от момента рождения. Особенность этой инфекции - до 90 % хронических форм гепатита при инфицировании новорожденных и очень низкая инфицирующая доза (для заражения требуется 10^{-8} – 10^{-9} мл крови, содержащей HBsAg). Несомненно надо вакцинировать сразу после рождения детей, у которых мать больна вирусным гепатитом В или переносит его в хронической форме. Также необходимо поступать и в отношении новорожденных из семей наркоманов, где есть больные острым или хроническим гепатитом.

По данным кафедры детских инфекций Российского государственного медицинского университета если в семье есть источник

инфекции, то маркеры гепатита обнаруживаются у 90 % матерей, 78,4 % отцов и 78,3 % детей.

Безусловно надо вакцинировать детей в домах ребенка, школах-интернатах т.е. в тех учреждениях, где есть тесный контакт и высока вероятность передачи инфекции контактным путем через микротравмы,

Новый календарь предписывает вакцинацию детей от матерей-носителей HBsAg (или перенесших гепатит В в последнем триместре беременности) по ускоренной схеме (0-1-2-12 месяцев), что повышает надежность защиты от развития заболевания.

Вакцинация против краснухи в возрасте 1 года и 6 лет была включена в Национальный календарь 1997 г., однако из-за отсутствия отечественной вакцины она практически не проводилась. ВОЗ не рекомендует проведение этой вакцинации при невозможности добиться должного охвата, так как это лишь способствует сдвигу заболеваемости на взрослый возраст, что крайне нежелательно: ведь одной из основных целей вакцинации против краснухи является снижение риска заражения беременных женщин этой инфекцией, при котором возможно рождение ребенка с синдромом врожденной краснухи (СВК) - грубыми пороками органов и нейросенсорными дефектами.

Основной задачей по элиминации СВК является защита женщин детородного возраста. Не совсем понятно тогда с какой целью в новом календаре вводится вакцинация детей в 12 мес. и 6 лет. Вероятно более оправданным мероприятием является включение вакцинации против краснухи девочек - подростков (13 лет).

В новом календаре расширен перечень прививок, проводимых по эпидпоказаниям.

Опыт многих стран показывает, что проведение вакцинации против гепатита В только групп риска не ведет к снижению заболеваемости, что и явилось основой для рекомендации о вакцинации новорожденных.

Изменения внесены и в порядок вакцинации против дифтерии, коклюша и столбняка: интервал между прививками АКДС (а также полиомиелита) первичной серии увеличен до 6 недель, так как это позволит совместить третью прививку с третьей прививкой против гепатита В в возрасте 6 месяцев.

Поскольку внедрение большинства обязательных прививок происходило в 60-е годы, а тот период характеризовался массовым и ранним (с 3-х месяцев) поступлением детей в организованные коллективы можно предположить, что возраст для начала вакцинации был обусловлен именно этой причиной. В настоящее время, когда мама может находиться по уходу за ребенком до 3-х лет и ребенок, как правило, до года редко посещает организованные коллективы, а семья социально благополучная и вероятность контактов с и вероятностью контактов с опасными инфекциями мала, возраст для начала прививочной кампании может быть увеличен до завершения формирования иммунной системы т.е. до 1 года.

Сейчас ребенок получает до 12 месяцев около 10 прививок. Это чрезвычайная антигенная нагрузка на еще не сформировавшуюся иммунную систему. Может быть эта антигенная перегрузка и служит одним из пусковых механизмов для первичной сенсибилизации организма ребенка,

наряду с неблагоприятной экологической ситуацией. Ведь сейчас редко у кого из детей нет аллергии, а вакцинопрофилактикой охвачено все население не только России, но и всей планеты, что не могло не повлиять на изменение иммунной системы человека.

Заключение

При проведении прививок необходимо соблюдать следующие условия:

1. При назначении прививок в первую очередь следует учитывать состояние физического здоровья и готовность иммунной системы дать полноценный ответ
2. Для вакцинации должны использоваться высокоиммуногенные и ареактогенные препараты, которые дают полноценную защиту от инфекции с минимальным риском для здоровья.
3. Строго соблюдать технику и способы вакцинации, а также рекомендации по дозировке.
4. Четко вести контроль за вакцинируемыми в определенный для каждой вакцины срок.
5. Православному человеку взять благословение своего духовника.

Вакцинацию не следует проводить в следующих случаях:

1. В период незрелой иммунной системы, неспособной к адекватному ответу на вводимую вакцину.
2. При наличии неадекватных реакций на предыдущее введение вакцины
3. При наличии у ребенка острых вирусных и бактериальных инфекций.
4. При наличии хронических инфекций, при которых вакцинация может утяжелить состояние здоровья вакцинируемого.
5. Вакцинацию против краснухи в возрасте 12 месяцев и 6 лет.
6. При тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, аллергических состояниях.

Не следует проводить поголовную вакцинацию новорожденных в первые 12 часов от момента рождения.

На основании изложенных данных, мнения ведущих специалистов Санкт-Петербурга в области вакцинопрофилактики и решения пленарного заседания Общества православных врачей Санкт-Петербурга имени святителя Луки Войно-Ясенецкого, посвященного вопросам вакцинопрофилактики можно сделать следующие выводы:

1. Вакцинопрофилактика – это эффективное и необходимое средство защиты человека Богом от управляемых опасных инфекций.
2. Вакцинация является адекватной, т.е. совпадает с замыслом Творца по сохранению здоровья человека как дара Божия в том случае, если все этапы от изготовления препарата, до проведения прививки были выполнены по совести, на высоком

профессиональном уровне, с учетом всех показаний и противопоказаний.

3. Неадекватной считается вакцинация, которая проводится формально, без научного обоснования, с нарушением предписаний и нанесением вреда здоровью человека. В этом случае можно оформить отказ от профилактических прививок в письменной форме на основании статьи 5 Федерального закона “Об иммунопрофилактике инфекционных болезней” 1998 г.

Игумен Филипп (Филиппов),
секретарь епархии,
руководитель медицинского отдела
Сыктывкарской и Воркутинской епархии

Медицинский отдел епархии - новое структурное подразделение Русской Православной Церкви.

***"Попечение о человеческом здоровье-
душевном и телесном - искони является заботой Церкви"***

*(«Основы социальной концепции»
Русской Православной Церкви)*

"Основы социальной концепции Русской Православной Церкви", принятые на Юбилейном Архиерейском Соборе в 2000 году, достаточно аргументировано изложили позицию Церкви в этом вопросе, но на современном этапе развития Российского государства становится понятно, что для достижения этой цели потребуется немало сил и средств. Употребить силы придется на убеждение властных структур в том, что здоровье это главное национальное достояние, и что без здоровых граждан никогда не достичь ни экономического, ни культурного, ни социального прогресса. И еще- на убеждение в том, что биоэтические проблемы современного отечественного здравоохранения становятся в ряд с такими угрожающими обществу явлениями как терроризм, глобализм, сепаратизм.

В Социальной концепции главная задача попечения о здоровье человека определена, поэтому необходимо максимально сосредоточить усилия церковных структур для ее достижения. В Русской Православной Церкви сложились уже давно необходимые учреждения, которые разграничили свои полномочия в тех или иных направлениях служения Церкви: благотворительность, духовное окормление военнослужащих и осужденных, попечение о сиротах и неимущих, миссионерская, издательская и образовательная деятельность. Однако работа в отечественном здравоохранении, его лечебных учреждениях, просвещение медицинских работников оставалось в стороне.

Думаю, что это произошло по нескольким причинам. Во-первых, в силу сложившегося стереотипа, что отечественная медицина исключительная гуманна и сострадательна к страждущим, поэтому не нуждается в каких-либо духовно- нравственных воспитательных средствах; во-вторых, в силу того, что сложилась мифологема о доступности квалифицированной нравственной и бескорыстной медицинской помощи в России, а также об исключительной грамотности населения в профилактике и лечении болезней.

Тем не менее нищета и перегруженность медицинских работников не оставляет им времени для работы над своим духовно- нравственным состоянием. Кроме того, коммерческий подход к здравоохранению, перенимание исключительно отрицательного опыта из западной медицины разрушили достижения традиционной отечественной медицины, которая уже строила концепцию своей деятельности исключительно на христианских нравственных традициях не одно столетие .

Советское атеистическое наследие привело к появлению синдрома быстрого профессионального выгорания и духовному истощению, а отсутствие христианского просвещения в медицинской среде только усугубляет негативные тенденции.

"Основы социальной концепции" именно поэтому призывают пастырей соработничеству в этой сфере: " Церковь призывает как пастырей, так и своих чад к христианскому свидетельству среди работников здравоохранения. Весьма важно ознакомление преподавателей и учащихся медицинских учебных заведений с основами православного вероучения и православно ориентированной биомедицинской этики"(гл. 11, 2).

« Если православные врачи стремятся сохранить свою верность Евангелию, это должно напоминать им, что всякое серьезное медицинское решение относительно жизни или смерти человека не может не затрагивать и жизни всех тех людей, кто соединены с пациентом в Церкви Божией, в теле Христовом. Это означает, что медицинское лечение является только одним из аспектов священнического служения, общего для всех членов Церкви. Следовательно, вопрос, на который врач должен дать ответ, это тот самый вопрос, с которым призван иметь дело каждый член церковного тела: как можем мы осуществить полный синергизм ил соработничество между человеком и Богом, такой, чтобы наш нравственный выбор и принимаемые нами решения относительно жизни и смерти вполне соответствовали Божественной воле? Как должны мы действовать, чтобы любовь Божия стала истинным основанием, на котором построены все наши отношения, в особенности, с теми, кто страдает от болезни и немощи? На литургическом языке: как можем мы осуществлять ответственное действие по отношению к другому человеку таким способом, чтобы исполнить основную священническую роль, вмененную в обязанность всем нам: «сами себе и друг друга, и весь живот наш Христу Богу предадим»? Можем ли мы принимать такие биомедицинские решения, которые будут свидетельствовать о должном почтении к фундаментальной аналогии, существующей между приношением человеком Богу каждого своего дела и поступка и приношением Святой Евхаристии: « Твоя от Твоих Тебе приносящих о всех и за вся»? . Вот только некоторые из основных вопросов, которые мы должны поставить для того, чтобы сохранить существенным образом технологическую перспективу подхода к вопросам, возникающим в связи с биомедицинскими методами лечения и связанными с ними технологиями» (протоиерей Иоанн Брэк, Американская автокефальная Церковь).

Работа в медицинских коллективах показала, что большая часть медицинских работников совершенно незнакома с такой наукой как биоэтика, а внедрение новых медицинских технологий воспринимается большинством как что-то очень далекое и не имеющее к ним отношения. Именно на этом и играют международные организации, которые все более вовлекают российское

здравоохранение на службу западным новым научным разработкам, вовлекают не как партнера, а как поставщика «человеческого сырья» для удовлетворения потребностей толстосумов в улучшении своего здоровья. Хотя надо отметить, что все же наиболее прогрессивная часть медиков хотела бы больше знать о биомедицинских технологиях и их христианской нравственной оценке.

« В настоящее время назрела необходимость создания целостного подхода к современной медицине, мировоззренчески основанного на вероучении православной Церкви, отвечающего современным требованиям, позволяющего правильно духовно- нравственно и этически относиться к современным медицинским технологиям и направлениям» (свящ. Сергей Филимонов).

« Основы социальной концепции» так определяют отношение к новым биомедицинским технологиям: « Бурное развитие биомедицинских технологий, активно вторгающихся в жизнь современного человека от рождения до смерти, а также невозможность получить ответ на возникающие при этом нравственные проблемы в рамках традиционной медицинской этики вызывают серьезную озабоченность общества. Попытки людей поставить себя на место Бога, по своему произволу изменяя и « улучшая» Его творение, могут принести человечеству новые тяготы и страдания. Развитие биомедицинских технологий значительно опережает осмысление возможных духовно- нравственных и социальных последствий их бесконтрольного применения, что не может не вызывать у Церкви глубокой пастырской озабоченности».

Именно эта озабоченность Церкви приводит к необходимости поиска новых форм деятельности ради устранения нависшей над обществом угрозы. Такой новой формой деятельности могло бы стать создание епархиальных медицинских отделов, которые стали бы координировать деятельность Церкви в лечебных учреждениях, как среди медиков, так и среди их пациентов, а также противостоять разрушительному натиску новых биомедицинских технологий и нелицемерно свидетельствовать о необходимости искреннего христианского служения ближним.

« Только полный сердечный переворот, покаяние и возвращение к Богу могут изменить этот уклон и ответить на медицинские и прочие вызовы нашего века. Только Христос может отвратить человечество от курения, наркотиков, гомосексуализма, убийства нерожденных младенцев, излишних судебных тяжб, пьянства и всех прочих осаждающих нас проблем. Только тогда сможет врач вернуться надлежащим образом к делу милосердия, как сторонник пациента, и вновь сосредоточиться, прежде всего, на лечении и исцелении от болезни. Врачи, как и все, увидят, что мы не можем обеспечить помощи тысячам людей, не обеспечив помощи каждому. Правильно распределенный национальный бюджет мог бы легко изыскать средства на помощь старикам и бедным. Лучшее, что мы сможем сделать, это отдать себя под покровительство Бога нашего Иисуса Христа и получить его благословение» (Др. Георгий Калюсик).

Отдел по церковной благотворительности и социальному служению Московской Патриархии (классификация А. Черкасовой) так определяет направления взаимодействия медицины и Православия: взаимодействие лечебно- профилактических учреждений с храмами и часовнями, сестричества милосердия, борьба с алкоголизмом, наркоманией, табакокурением, взаимодействие в решении проблем биомедицинской этики, медико-просветительская деятельность, взаимодействие в сфере помощи

инвалидам, взаимодействие в сфере защиты материнства и детства, а также помощи терминальным больным, конференции и семинары по актуальным проблемам, медицинская помощь верующим, взаимодействие медицины и религии в сфере медицинского образования, православные общества медицинских работников, деятельность Церкви по реабилитации лиц, пострадавших в тоталитарных сектах, научная и преподавательская работа по тематике взаимодействия, подготовка священнослужителей для службы в больничных храмах, совместное издание материалов медицинской направленности, международные программы сотрудничества. Однако занимающиеся медицинскими проблемами отделы по социальному служению и благотворительности уже не в состоянии решать поставленные серьезные задачи, прежде всего в связи с возникающими все новыми и новыми формами социального служения Церкви и расширением благотворительной деятельности.

Международные Рождественские образовательные чтения в январе 2003 года в итоговом документе заседания медицинской секции приняли решение ходатайствовать об открытии новой структуры в Русской Православной Церкви, а именно медицинского отдела Московского Патриархата.

Первой на эту резолюцию откликнулась Сыктывкарская и Воркутинская епархия, в которой в ноябре 2003 года открылся первый в Русской Православной Церкви медицинский отдел.

Сейчас можно говорить о первом опыте, который будет обязательно совершенствоваться и, мы надеемся, распространяться во всей Русской Православной Церкви. Структура медицинского отдела проста, тем не менее уже показала себя эффективной в Сыктывкарской и Воркутинской епархии. Она включает: а) руководителя отдела, который желательно должен быть священником и врачом для более профессионального руководства созданной структурой; б) секретаря медицинского отдела, который должен заниматься технической работой, созданием архива, работой с электронными средствами коммуникации;

в) руководителя Православного медицинского общества; г) секретаря Православного медицинского общества.

На первом этапе такого состава будет достаточно для координации деятельности. При расширении поля деятельности медицинского отдела возможно создание подотделов или дистанционных центров в епархиальных церковных округах.

На сегодняшний день первейшими и главнейшими задачами отдела являются: ведение миссионерской работы и просветительской деятельности среди медицинских работников, подготовка священнослужителей и мирян для работы с медиками и пациентами, координация сотрудничества органов управления здравоохранения, лечебных учреждений с приходами и монастырями Сыктывкарской и Воркутинской епархии.

В ведении епархиального медицинского отдела находятся следующие подразделения: Православное медицинское общество, молитвенные комнаты в

медучреждениях, веб- страничка для публикации новостей медицинского отдела.

Для более эффективной просветительской работы среди медицинских работников в епархии было создано Православное Медицинское Общество во имя Святого великомученика и целителя Пантелеимона, объединяющее врачей всех специальностей, в том числе фармацевтов, лаборантов, а также медицинских сестер и преподавателей медицинских учебных заведений г. Сыктывкара. Сформировался уже постоянный состав: 45 человек, из них 28 врачей, 14 медсестер, 3 преподавателя. Активно участвуют в работе Общества врачи из. Корткеросского района, то есть можно утверждать, что общество является уже республиканским.

В своей работе Общество использует опыт Санкт-Петербургского Общества православных врачей. Общество ставит перед собой следующие задачи:

- информирование общественности о проблемах современной медицины и биотехнологий в свете учения Православной Церкви;
- разработка и осуществление проектов в области духовного просвещения и благотворительности;
- ведение миссионерской деятельности для ознакомления медицинской общественности с основами православного вероучения;
- содействие охране здоровья и защите граждан от недобросовестной рекламы лекарств и незаконных методов лечения;
- участие в защите репродуктивных прав граждан;
- содействие духовному развитию членов общества, организация паломнических поездок;

Весь этот объем работы невозможно реализовать без четких координирующих организационных форм. Единственно возможной такой формой уже реально становится епархиальный медицинский отдел.

Создание медицинского отдела в Сыктывкарской епархии сразу дало ощутимые результаты: за прошедшие полтора года открылись три новых молитвенных комнаты в лечебных учреждениях, распределены по лечебным учреждениям священнослужители епархии, проведено уже две научно- практических конференции и научный симпозиум. Установлены взаимоотношения сотрудничества с Коми филиалом Кировской медицинской академии, Сыктывкарским медицинским колледжем, проводятся совместные мероприятия с Республиканским геронтологическим обществом, активно посещаются лечебные учреждения с миссионерскими группами. Медицинским отделом активно рассматриваются все самые актуальные проблемы, встающие перед медицинскими работниками. Врачи привлекаются к научной деятельности, а также проведению лекций и бесед перед священнослужителями епархии. С 2003 года стали совершаться регулярные паломнические поездки по святым местам России и Республики Коми.

Конечно, такая деятельность была бы невозможна без личной заинтересованности Правящего архиерея епископа Сыктывкарского и Воркутинского Питирима, который активно участвует в работе медицинского отдела и Православного медицинского общества, предоставляя конференц- зал

Дома епископа для проведения всех мероприятий медицинского отдела. « Воспитание духовно здорового и нравственно чистого медицинского работника, умеющего служить добру и противостоять злу, послужит укреплению телесного и духовного здоровья граждан нашего земного Отечества. Именно в этом я вижу главную цель деятельности епархиального медицинского отдела»- так определил задачи отдела Преосвященнейший Владыка Питирим в выступлении на одном из заседаний Православного медицинского общества.

Первую оценку деятельности медицинского отдела по итогам 2004 года дал Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексей II: « Отрадно отметить деятельность медицинского отдела Сыктывкарской и Воркутинской епархии. Научно- практическая конференция «Нравственность и медицина», проведенная отделом в 2004 году, еще раз наглядно показала печальную картину демографического положения нашего общества, предстоит много потрудиться, чтобы переломить и исправить нынешнюю демографическую ситуацию. Важным направлением в этих усилиях могло бы стать своевременное донесение соответствующей информации в образовательные и медицинские учреждения».

Бессомнения, опыт деятельности медицинского отдела Сыктывкарской и Воркутинской епархии заслуживает изучения и распространения и в других епархиях Русской Православной Церкви. Создание подобных отделов будет правильным и адекватным ответом на задачи, поставленные Предстоятелем Русской Православной Церкви Святейшим Патриархом Алексием II, а также социальной доктриной Русской Православной Церкви.

Использованная литература:

1. Православие и медицина. Сборник избранных докладов медицинской секции Международных Рождественских образовательных чтений. Москва, 2005.
2. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. Москва, 2001.
3. Свящ. Сергей Филимонов. Спорные и нерешенные проблемы социальной доктрины Русской Православной Церкви в области здоровья граждан, биомедицинской этики. Санкт- Петербург, 2004.
4. Прот. Иоанн Брэк « Биоэтические дилеммы и Православие». *Syndesmos News*, V.12, N 2? Spring 1998- p.5-10.
5. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. Москва, 1995.
6. И.В. Силуянова. Человек и болезнь. Москва, 2001.
7. Жизнь ради жизни. Беседы о медицине и Православии. Сыктывкар, 2003.
8. Др. Георгий Калюсик. Медицина и христианское сознание. Русский паломник, № 3, 1991.

Биомедицинские технологии зачатия человека.

Еще в начале XX века зарождение человеческой жизни, считалось великой тайной. Сегодня оно превращается в техническую манипуляцию под названием «новые репродуктивные технологии» (НРТ).

Прогресс биомедицинских технологий, разновидностью которых являются новые технологии репродукции человека (искусственная инсеминация, «оплодотворение в пробирке», использование суррогатных матерей), вызывает к жизни значительное число сложнейших моральных проблем. Над их разрешением работают как медики, философы, так и богословы.

Новые репродуктивные технологии развиваются столь стремительно, что чуть более чем за два десятилетия, наука почти полностью взяла в свои руки таинство зачатия человека. На свет появилось уже более миллиона детей, зачатых *in vitro*. В некоторых странах трое–четверо из каждой сотни новорожденных были зачаты в результате применения НРТ. На сегодняшний день медицинское сообщество считает, что НРТ это не только способ преодоления бесплодия — это базовая технология для профилактики наследственных и хромосомных болезней, клонирования и других направлений биологии и медицины. Возникает вопрос — что будет дальше?

История вопроса

История человечества со времен Ветхого Завета изобилует примерами бесплодных браков и способами их преодоления. Многие выдающиеся люди не оставили после себя потомства, и современники сохранили в своих воспоминаниях их горестные сетования на судьбу. Памятники культуры средневековья содержат загадочные образы необычных способов решения проблемы бесплодия. Не исключено, что это

не только поэтические и художественные образы, а отзвук реальных событий.

В XV веке персидский поэт Абдурахман Джами в поэме «Салман и Абсаль» писал:

*Из чресел шаха семя он извлек,
Питательной средой его облек,
На сорок семидневий скрыл в
сосуде:*

*И вот — кто слышал о подобном
чуде?*

*В сосуде том, как солнце скажешь
ты,*

Дитя явилось чудной красоты.

По сути, впервые описана процедура искусственного оплодотворения.

В XVII веке начинает развиваться теория преформизма (зародыш, попадающий в матку, начинает свое развитие). Женщина рассматривается как вместилище, в котором находит свое место будущий ребенок.

В XVIII веке впервые осуществляется искусственная инсеминация путем введения во влагалище женщины эякулята ее мужа. Несмотря на то, что еще не было известно об овуляции и благоприятных для зачатия днях менструального цикла, процедура завершилась наступлением беременности.

XIX век — век описательной и экспериментальной эндокринологии. Открытие гормонов и их роли в репродуктивной функции человека.

В 1920–40 годах — начинается активное применение внутриматочной инсеминации спермой мужа и донора.

В 1951 году — происходит разработка условий сред для культивирования гамет эмбрионов *in vitro*.

В 1966 году установлено, что созревание женских яйцеклеток *in vitro* происходит в течение 36–37 часов после пика ЛГ (лютенизирующего гормона), который сопровождает наступление овуляции.

В 1968 году начинается совместная работа эмбриологов с гинекологами; разработка способов получения ооцитов из фолликулов во время лапароскопии.

В 1978 году рождение первого в мире «ребенка из проборки» Луизы Браун. В общей сложности было сделано около 600 переносов, прежде чем перенос 10 ноября 1977 года восьми клеточного эмбриона в полость матки привел к наступлению маточной беременности.

В 1980 году — рождение первого ребенка после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в Австрии после восьми лет экспериментов.

В 1983 году — первые роды после переноса размороженных эмбрионов, полученных *in vitro*.

В 1986 году — группа Б.В. Леонова сообщила о рождении первого ребенка в СССР, зачатого в результате применения ЭКО.

В 1990 году — в мире уже насчитывается более 1000 центров ЭКО. В этом же году впервые ставится вопрос об ограничении числа переносимых эмбрионов или редукции лишних эмбрионов.

Методы искусственного оплодотворения

Первым методом репродуктивных технологий, стала искусственная инсеминация. При определенных формах бесплодия семя мужа вводится в половые пути женщины. Метод используется, как при женской, так и при мужской репродуктивной патологии.

Механизм метода при интракорпоральном (внутрителесном) оплодотворении следующий: сперматозоиды вводятся в полость матки. Через маточную трубу они проникают в брюшную полость и оплодотворяют одну наиболее созревшую яйцеклетку. Затем она имплантируется (приживляется) и продолжает свое развитие. Заметим, что проблема «лишних» эмбрионов и их преднамеренного уничтожения при использовании данного метода не возникает.

Положительный результат, достигнутый с помощью искусственного осеменения, варьируется в зависимости от используемой техники и показаний к нему. Наилучших результатов достигают пары, где мужчина здоров. В среднем беременность возникает в 25 из 100 случаев, однако, согласно некоторым авторам, этот процент на самом деле ниже и не превышает 15–16%. Процент успеха метода искусственного осеменения в

переводе на число детей, рожденных в результате применения этого метода, колеблется в пределах от 10–20%.¹

В целом, этот метод искусственного оплодотворения для супружеской пары не содержит в себе противопоказаний и трудностей морального порядка, поскольку речь идет о врачебной вспомогательной помощи для того, чтобы супружеский акт деторождения, целостный во всех своих компонентах (физических, психических, духовных) сохранился.

Православная Церковь относит метод искусственного оплодотворения половыми клетками мужа, к допустимым средствам медицинской помощи, поскольку он не нарушает целостности брачного союза, и не отличается принципиальным образом от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений». (п. XII.4. «Основ социальной концепции Русской Православной Церкви»)

Ситуация меняется при манипуляциях, связанных с донорством половых клеток. В этом случае нарушается целостность и исключительность брачных отношений, происходит вторжение в них третьего лица.

Этичность донорского искусственного осеменения женщины, без согласия и содействия мужа, подвергается сомнению во всех религиях и трактуется как форма супружеской измены и неверности. «Если пара не способна к зачатию..., то по обоюдному согласию ребенка можно усыновить или произвести интракорпоральное оплодотворение половыми клетками мужа. Последнее не разрушает целостности брачного союза...» (Основы социальной концепции РПЦ).

Метод лечения бесплодия— зачатие вне организма матери - получил название экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Показанием к лечению бесплодия методом ЭКО, ради которого он был разработан, считалось женское бесплодие. Однако уже через пару лет стало ясно, что ЭКО является и методом лечения мужского бесплодия. С тех пор схема ЭКО практически не изменилась, однако каждый из этапов претерпел значительную эволюцию, отражением которой стал термин новые репродуктивные технологии, которые охватили все виды лечения бесплодия.

Обычный цикл ЭКО при женском бесплодии предусматривает: гиперстимуляцию яичников, изъятие яйцеклеток, отбор семени, оплодотворение, выращивание эмбриона в культуре, пересадка эмбриона.

Механизм действия:

- в начале путем инъекции гонадотропных гормонов достигается гиперстимуляция женских яичников, производящих несколько яйцеклеток;
- эти яйцеклетки изымаются с помощью лапароскопического метода;
- в отобранном мужском семени сперматозоиды отделяются от семенной жидкости, помещаются в инкубатор и подвергаются обработке, создающей оптимальные условия для оплодотворения;
- сперматозоиды смешиваются с яйцеклетками в стеклянной чашке и выдерживаются при температуре $+37^{\circ}\text{C}$;
- через 24 часа из оплодотворенных яйцеклеток делают выборку, чтобы отделить наиболее жизнеспособные зиготы для выращивания и последующей пересадки эмбрионов, а остальные замораживают;
- предназначенные к пересадке ооциты выдерживаются в специальной жидкой среде еще 24 часа, пока не достигнут шести или восьми клеточного уровня дробления;
- для обеспечения оптимальных условий имплантации женщина получает эстроген и прогестерон;
- спустя 48 часов подготовленные эмбрионы пересаживаются с помощью катетера через шейку матки в ее полость.

До 90-х годов переносили 7–9 эмбрионов. После переноса в матку этих эмбрионов возникала многоплодная беременность, вынашивание которой рискованно. Поэтому при беременности 7–8 недель выполнялась процедура «редукция», которая по сути означала— убийство «лишних» зародышей внутри матки. Производилась редукция под ультразвуковым контролем посредством введения иглы в сердце зародыша. Выполняли ее те же руки, которые способствовали зачатию. Кому жить, кому умереть, специалист по ЭКО выбирал по своему желанию.

Чем заканчивалась процедура, показывал тест на беременность, проводимый в конце второй недели. Остальные («лишние») эмбрионы замораживали (криоконсервация) на случай использования в будущем, либо использовали в биопроизводстве.

Морально-этическая оценка НРТ (на примере позиций христианства и ислама)

Существенным моментом ЭКО является тот факт, что после успешного проведения процедуры 85–90% жизнеспособных эмбрионов остаются «неиспользованными». Такие эмбрионы либо уничтожаются, либо передаются для имплантации другим женщинам, либо используются в экспериментах, или биопроизводстве.

После переноса в матку нескольких зародышей возникает многоплодная беременность, вынашивание которой рискованно как для здоровья женщины так и для ребенка. Поэтому, желая иметь одного ребенка, родители убивали 7–8 своих детей. Помимо этого возникает большая вероятность рождения недоношенных и даже нежизнеспособных детей.

Впервые вопрос об ограничении числа переносимых эмбрионов был поставлен в 1990 году на заседании Европейского совета ВОЗ, где было показано, что из 10 000 детей, родившихся во Франции после ЭКО, в живых остались только 6000, остальные, в абсолютном большинстве из многоплодных беременностей (трое–шестеро), погибли.

В связи с этим в большинстве стран мира был принят запрет на перенос более 4, а затем более 3 и, наконец, более 2 эмбрионов.

В «Основах социальной концепции РПЦ» обращается внимание на то, что: «Нравственно недопустимыми с православной точки зрения являются все разновидности экстракорпорального (внетелесного) оплодотворения», предполагающие заготовление, консервацию и намеренное разрушение «избыточных» эмбрионов.

Эта позиция находится в полном согласии с современной эмбриологией, согласно которой эмбрион человека — это живое существо,

отличное от своих родителей. Эмбрион принадлежит к роду Homo Sapiens, обладает своим собственным уникальным геномом, динамично развивается, последовательно раскрывая потенции, заложенные в него природой, и называется человеком на эмбриональной стадии его развития.

Для католиков, как только происходит проникновение сперматозоида в яйцеклетку, начинается цепочка действий, которые со всей очевидностью указывают на то, что уже не две системы действуют независимо друг от друга, но возникает «новая система», которая начинает функционировать как «единство», называемое «зиготой» или «одноклеточным эмбрионом». (Э.Сгречча, В.Тамбоне. Биоэтика. 2002, с. 155).

Для исповедующих ислам важно:

В аяте 228 второй суры Корана сказано, что разведенная женщина не может снова выйти замуж раньше, чем через 90 дней, что позволяет избежать сомнения относительно отцовства. Овдовевшей женщине следует по той же причине ждать 130 дней, или 4 месяца 10 дней, прежде чем снова выходить замуж. Следовательно, устанавливая сроки от 90 до 130 дней, т.е. от 3-х месяцев до 4-х месяцев и 10 дней, Коран косвенным образом определяет личностный статус зародыша.

Для решения проблемы о личностном статусе зародыша ключевой и авторитетной в христианской традиции является позиция Тертуллиана, согласно которой «тот, кто будет человеком, уже человек» (Тертуллиан. Богословские труды. М. 1984., с.180). Именно поэтому в рамках традиционной европейской культуры эмбрион человека, безусловно, обладает человеческим достоинством.

Тем самым по отношению к человеческому эмбриону, действительны все нравственные обязательства, которые приложимы к человеку после его рождения. В связи с этим встает проблема, связанная с определением правового статуса эмбрионов, их правовой защиты. Юридическое отношение к статусу эмбрионов в нашей стране должно строиться на основе признания того факта, что эмбрион не часть материнского организма, а начало новой жизни, это и должно определять подходы к созданию соответствующего правового регулирования НРТ. Ведь с точки зрения

современной генетики, начиная с момента оплодотворения, т.е. с проникновения сперматозоида в яйцеклетку, две гаметы родителей образуют новое биологическое образование, зиготу, которая несет в себе новую индивидуализированную генетическую программу, новую жизнь.

Что же делать с «лишними» эмбрионами, если имплантация больше не планируется: продать, или уничтожить, или использовать их ткани для пересадок, и для проведения экспериментов?

Эксперименты на эмбрионах

Эксперименты на эмбрионах являются очень «удобными» для исследователей по двум причинам. Во-первых, человеческий эмбрион является живым человеческим организмом. В связи с этим, выводы, которые делаются в результате опытов на эмбрионах, обладают большой научной достоверностью, по сравнению с результатами экспериментов на животных и мертвых плодах. Во-вторых, постоянное осуществление операций по прерыванию беременности, искусственному оплодотворению обеспечивает постоянное пополнение источника биоматериала для исследований.

Тем не менее, Парламентская Ассамблея Совета Европы в Конвенции «О правах человека и биомедицине», принятой в 1997 году, посвящает отдельную статью вопросу об исследованиях на эмбрионах человека. Статья 18 состоит из 2-х пунктов:

1–ый пункт: «В тех странах, где исследования на эмбрионах разрешены законом, необходимо обеспечивать надлежащую защиту эмбриона».

2–ой пункт: «Создание эмбрионов для целей исследований запрещено».¹

Как же регулируется исследовательская биомедицинская деятельность в разных странах?

Существует две категории стран: законодательство одних запрещает проведение исследований на эмбрионах, законодательства других регулирует их.

К первой категории относится Швейцария, Норвегия, Турция. В Швейцарии запрещены как терапевтические, так и не терапевтические исследования на эмбрионах и плодах (Medically Assisted Procreation And The Human Embryo. Comparative Study on the Situation in 39 States. Stasbourg, 4 June 1998. P. 170,180).

В Норвегии Акт об искусственном оплодотворении человека в 1987г. запретил любые исследования на эмбрионах *in vitro* и не терапевтические исследования в отношении любых эмбрионов (Там же P.179). В Турции исследования могут проводиться только на живых эмбрионах. (Там же P.169).

В США Федеративное правительство прекратило финансирование таких исследований с конца 70-х гг. 20в. В Ирландии запрещены любые исследования на эмбрионах, кроме случаев непосредственной пользы для их развития. (Christian BYK, Judge, Paris. Medical and Biological Progress and European Convention on human rights, Strasbourg: Directorate of Human R., 1992, P.28).

В Эстонии запрещены терапевтические исследования на эмбрионах, а не терапевтические возможны на эмбрионах *in vitro*.

Ко второй категории относятся те страны законодательства, которых регулирует исследования на эмбрионах. В Австралии, Швеции, Великобритании, Испании разрешены исследования на эмбрионах до 14-го дня развития при условии, что они преследуют терапевтическую и диагностическую цель (В.П.Сальников, О.Э.Старовойтова, А.Е.Никитина. Биомедицинские технологии и право в третьем тысячелетии. С–П. 2003г., с.72).

Приведенные выше данные позволяют сделать вывод о том, что во многих государствах эксперименты на эмбрионах ограничиваются требованиями их использования до 14 дней с момента оплодотворения.

Законодательства о таких экспериментах отсутствуют, как правило, в тех странах, где этот вид деятельности не осуществляется.

В России нет специального законодательства по регулированию экспериментов и исследований на эмбрионах. Однако методы

репродуктивных технологий широко внедряются в медицинскую практику. И так же расширяется использование тканей и органов плодов человека. (Курило Л.Ф. Право родиться / Биоэтика: принципы, правило, проблемы. Ред. Б.Г. Юдин, М., 1998г. с.138). Указаний о возможной судьбе так называемых «лишних» эмбрионов, развивавшихся в результате ЭКО (и не имплантированных в матку), в законодательстве нашей страны не содержится.

Осложнения

К основному этическому принципу врачевания со времен Гиппократов относится положение “не навреди”. Рассмотрим НРТ под углом зрения возможных и реальных осложнений, их сопровождающих.

1) Объективные медицинские факты показывают: «Беременности, наступившие в результате ЭКО, характеризуются высокой частотой осложнений, кровотечениями в I и II триместрах, токсикозом беременных, задержкой роста плода и низкой массой новорожденных. Имеются сообщения, что масса новорожденных после ЭКО одним плодом и двойней значительно меньше, чем в популяции. Частота кесарева сечения значительно выше, чем в популяции, — около 40–50% (в популяции оптимальной частотой кесарева сечения считается 10%). Даже в случае удачного оплодотворения и донашивания женщина до беременности и на ее протяжении получает массивное лекарственное воздействие, что не может оказать вредного влияния не нее саму и ее потомство».¹

2) Для получения необходимого количества яйцеклеток проводится отключение естественных регуляторных систем, а затем искусственная гиперстимуляция яичников. После такого воздействия гормональных препаратов у женщины созревает не одна, а 4–6 яйцеклеток, это необходимо для того, чтобы проводить их как можно больше за один раз. Но это не только трудоемкий и дорогостоящий процесс, но и чреватая побочными осложнениями процедура.

3) У доношенных детей при многоплодной беременности после ЭКО определяется высокая частота (у каждого третьего ребенка) задержки

формирования познотонических и рефлекторных реакций. У каждого второго ребенка в раннем неонатальном периоде наблюдаются симптомы нервно-рефлекторной возбудимости и угнетения функций ЦНС и у 38% детей — нарушений функций ЖКТ. При недоношенной многоплодной беременности после ЭКО высока частота рождения крайне незрелых детей на 28–32 неделе гестации (21,5%) с низкой и экстремально низкой массой тела (<1000 г), при этом частота рождения детей с задержкой внутриутробного развития ребенка (ВУР) составляет 56% и не зависит от типа плацентации. У недоношенных детей от многоплодной беременности после ЭКО высока заболеваемость, причем ВУИ наблюдается у 40%, СДР у 24%, НМК у 15%. Нарушение формирования функций ЦНС и синдром угнетения наблюдаются у 89% детей, причем у 67% средней и тяжелой степени, что в сочетании с нарушением других функциональных систем определяет тяжесть этого контингента новорожденных детей.

4) Нельзя не сказать и об эффекте разочарования при выборе «элитного папы». Детишки, «папу», которому выбирали из «банка мужских половых клеток», обнаруживают, что наследственность — шутка загадочная... «Американцы создали банк спермы лауреатов Нобелевской премии, — рассказывается в одном из журналов издательского дома «Моя семья» — оплодотворили идеально здоровых женщин, желающих иметь «элитных» детей. И что же? Очень много выкидышей, а выросшие дети талантами не отличаются... Ученые предполагают, что ум наследуется от матери...»¹.

Показательно в этом плане, что в одном из центров по лечению бесплодия женщина и ее супруг перед началом процедуры в обязательном порядке должен оформить заявление, которое начинается так: «Мы предупреждены о том, что оперативное вмешательство, применяемое для такого лечения, может сопровождаться осложнениями». Под осложнениями, прежде всего, имеется в виду риск многоплодной беременности, в 20 раз превышающий ее возникновение в норме. В число осложнений многоплодной беременности входят: угроза преждевременных родов,

смертность женщины и детей, малая масса детей (встречается в 10 раз чаще, чем во всей популяции)» и т.д.¹

Очевидно, что осознание степени риска вынуждает организаторов центров вносить в этот документ и такие пункты: «Заявляем, что мы не будем возбуждать уголовное дело против сотрудников центра, не предпримем каких-либо действий, судебных преследований, исков или счетов, связанных с проводимым лечением... нам известно, что в связи с трудностями процедуры может потребоваться на одна попытка для достижения беременности, а также, что лечение бесплодия может оказаться безрезультатным... Мы предупреждены о том, что ... дети, рожденные в результате ЭКО ... могут иметь отклонения в развитии». К подобному выводу, несмотря на ряд обнадеживающих результатов, приходит и В.Бахтиарова: «Каждый из методов ИО увеличивает риск перинатальной патологии и тяжелую неврологическую инвалидность с детства».¹

Это только незначительная часть проблем, которые возникли вследствие использования метода ЭКО у матери и у ребенка, а какие побочные эффекты предположительно могут возникнуть у детей через 10–20 лет или через поколение, для медиков остается загадкой. Из этого можно сделать вывод: сохранение жизни и здоровья человека является главной целью медицины и, пренебрегая серьезными опасностями в отношении жизни человека, означает противоречить ее главному назначению. Появление даже небольшого количества больных и неполноценных детей является весьма высокой ценой даже за самые благие цели.

Суррогатное материнство

Но еще более серьезную озабоченность вызывает феномен суррогатного материнства.

Дочь Джона и Луан Бузанка была зачата от сперматозоида и яйцеклетки анонимных доноров и выношенной «суррогатной матерью» Памелой Снелл. Когда встал вопрос, чья же она дочь, Калифорнийский суд в своем определении от 1997г. заявил, что «с точки зрения закона» девочка «не имеет родителей». Дело в том, что Джон Бузанка за месяц до рождения

Джейси подал на развод и сложил с себя всю ответственность за ее воспитание, а Луан имела на нее не больше прав, чем «суррогатная мать». Таким образом, единственные генетические родственники Джейси — анонимные доноры гамет (Newsweek, 2 February, 1998, 68f).

Проблема суррогатного материнства имеет свою историю, но установить первые случаи появления на свет ребенка путем применения метода суррогатного материнства очень сложно. Первый случай суррогатного материнства был зарегистрирован в 1985 году в Америке. Пожилая женщина выносила ребенка своей дочери, так как у последней была неоперабельная непроходимость труб.¹ А в России первый ребенок появился в 1991 году в Харькове, под наблюдением профессора Грищенко В.И. и Дахно Ф.В. Там мама родила ребенка собственной дочке с врожденным отсутствием матки.¹

Суть рассматриваемого метода заключается в том, что женщина с помощью искусственного оплодотворения соглашается выносить и родить ребенка для супружеской пары, которая не в состоянии по состоянию здоровья иметь детей.

Механизм метода следующий: созревающую яйцеклетку после соответствующей гормональной стимуляции лапароскопически или трансвагинально под контролем ультразвука отсасывают из фолликулов яичников, идентифицируют и оценивают, оплодотворяют (спермой мужа или донора), 1–3 суток культивируют в пробирке и переносят эмбрион в полость матки. Метод позволяет брать яйцеклетку женщины, у которой есть яичники, но нет матки, и пересаживать ее другой женщине — реципиенту, т.е. дает надежду на материнство женщине, физически не него неспособной («Суррогатное материнство»). При суррогатном материнстве не существует никакого генетического родства между суррогатной матерью и ребенком.

Юридические аспекты этого метода воспроизводства определены российским законодательством. Согласно Семейному кодексу Российской Федерации, во-первых, суррогатное материнство в РФ разрешено, а во-вторых, право определять судьбу ребенка предоставлено суррогатной матери. Согласно ст.51 ч.4: «лица, состоящие в браке между собой и давшие

свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери)... Супруги, давшие согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, а также суррогатная мать не вправе при оспаривании материнства и отцовства после совершения записи родителей в книге записей рождений ссылаться на эти обстоятельства» (ч.3. ст.52).¹

Родить ребенка от суррогатной матери в России может себе позволить далеко не каждая семейная пара. Цены на услуги суррогатной мамочки колеблются от пяти до тринадцати тысяч долларов, включая стоимость медицинского обследования обеих женщин, саму процедуру, гормональные лекарства. Женщина — суррогатная мать — должна быть не старше 35 лет и абсолютно здорова. Но это не все. У суррогатной матери непременно должна быть семья: муж и не менее двух детей. А вызвано данное требование тем, что может быть, одной из основных проблем программы суррогатного материнства является психологическая нестабильность женщин, которая решила стать суррогатной матерью. Если она одиночка и у нее масса проблем, то сам факт наступления беременности будет ей дополнительным стрессом — плюс к тем, что у нее уже есть. И к моменту рождения ребенка сказываются законы природы — привязанность и любовь к ребенку. Это чувство ничем невозможно не сбалансировать, ни заменить. Такие женщины часто отказываются отдать ребенка, а это, может быть самым нежелательным поворотом событий для генетических родителей.

Некоторые ученые предлагают установить сроки, в период которых суррогатная мать может расторгнуть контракт с супругами заказчиками. Например, по мнению М.Юна, она может отказаться от выполнения договора в период беременности. А согласно английскому законодательству соглашение о передаче родительских прав недействительно, если оно предъявлено менее чем через шесть недель после рождения ребенка. Кроме того, само по себе желание родителей не является достаточным условием для передачи родительских прав, на это требуется специальное решение суда.

Моральная несостоятельность «суррогатного материнства» в том, что оно неизбежно вводит в репродуктивный процесс третью сторону. При этом не имеет значения, непосредственно ли забеременела «суррогатная мать» от спермы отца или просто приняла в себя зиготу, оплодотворенную в чашке Петри. В любом случае популярное выражение «матка на прокат» указывает на морально–этическую сомнительность этой процедуры (И.Брэк).

В Основах Социальной Концепции говорится: «Суррогатное материнство», т.е. вынашивание оплодотворенной яйцеклетки женщиной, которая после родов возвращает ребенка «заказчикам», противозаконно и морально недопустимо даже в тех случаях, когда осуществляется на некоммерческой основе. Эта методика предполагает разрушение глубокой эмоциональной и духовной близости, устанавливающейся между матерью и младенцем уже во время беременности. «Суррогатное материнство» травмирует как вынашивающую женщину, материнские чувства которой попираются, так и дитя, которое впоследствии может испытывать кризис самосознания». Как мы видим, Православная Церковь признает «суррогатное материнство» — противозаконным и аморальным.

Для католиков определяющей является Инструкция «Donum Vitae», где «суррогатное материнство» считается этически неприемлемым по тем же причинам, которые требуют отказа и от искусственного гетерологического оплодотворения, ибо оно «по сути, противоречит единству брака и достоинству человеческого деторождения».¹ Кроме того, здесь затрагивается не только супружеское единство, но также и единство родительское, тесная связь между родителями и детьми: «В ущерб семье возникает разделение между физическими, психическими и нравственными элементами, которые образуют это единство».¹

Представляет интерес позиция, в которой суррогатная мать сравнивается с кормилицей, и утверждается, что такого рода «помощь» не только допустима, но и является выражением альтруизма. Данной позиции нельзя не противопоставить факт сильного различия в интенсивности отношений между суррогатной матерью и плодом и между няней и

ребенком. Но есть и такие, кто особенно выделяет опасность эксплуатации матки и зарождения новой профессии — профессии суррогатной матери.

Одно из негативных последствий данных процессов — страдание ребенка, в связи с возможным кризисом самосознания и психологической травмой. «Суррогатное материнство» и донорство половых клеток порождает появление у ребенка помимо «социальных», еще и так называемых генетических (биологических) родителей. Вопрос: «Кто мои настоящие родители?» — весьма серьезный. Различные ответы на этот вопрос способны деморализовать ребенка. Субъективно он может воспринимать себя как «безродного», оторванного от корней». У него возникает сильнейший стресс. Отсюда различные расстройства психики и поведения, а также обострение уже имеющихся соматически и психических нарушений. Исходя из вышесказанного, можно сделать некоторые выводы:

- суррогатное материнство разрушает традиционные представления о социальных родителях матери, отца, дочери и т.д.;

- сложным оказывается юридическое соотношение биологической матери (вынашивающей) и генетической (донора яйцеклетки). Это в полной мере относится к искусственной инсеминации спермой донора;

- новыми технологиями ставится под сомнение вековой принцип ответственности родителей за своих детей, значимость семьи в жизни отдельного человека и всего человеческого общества;

- острые споры вызывает возможность законодательного разрешения коммерческого суррогатного материнства. В данном случае, сложные моральные проблемы возникнут в случае рождения ребенка «по заказу» «ненадлежащего качества», т.е. больного или нежелательного пола.

Феномен суррогатного материнства и проблема статуса эмбриона выявляют, что без ясного и четкого морально-этического и правового регулирования их применения, они могут нести в себе значительный разрушительный потенциал. Тем не менее, НРТ существуют, набирают силу в России.

Перевозчикова Елена Валерьевна.
Панкратова Елена Александровна

КОНЦЕПЦИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Воспроизведение человеком себе подобных - фундаментальный закон и величайшее таинство природы. Человек стремится оставить потомство, чтобы продолжить свой род, «найти бессмертие». Регулируемые сложным комплексом биологических, психологических, духовных и социальных законов, репродуктивные процессы во все времена представляли интерес для их изучения. В настоящее время одним из актуальных является вопрос правового регулирования данного феномена. Свидетельством этого может служить появление в международных документах и научной литературе концепта «репродуктивные права» человека.

Анализ специальной литературы показывает, что среди исследователей в настоящее время нет единства в определении репродуктивных прав. Более того, данная категория является новой для российского права, поэтому изучена правоведами недостаточно. Наиболее распространенной является точка зрения, согласно которой репродуктивные права - «комплексный институт»¹, «совокупность правомочий»². Однако ряд ученых исходит из того, что репродуктивные права - «одно из современных искажений свободы»³, «система взглядов, предполагающая приоритет половой и социальной реализации личности над заботой о будущем духовном и физическом здоровье общества, о его нравственной устойчивости»⁴. В рамках первого подхода одни исследователи считают, что репродуктивные права - «неотъемлемый компонент личных прав и свобод»⁵. Другие ученые полагают, что «репродуктивные права не могут рассматриваться в настоящее время как неотъемлемые общепризнанные права»⁶. Некоторые исследователи предлагают определить их как права, «имеющие сугубо личностный характер»⁷, и отнести к так называемым соматическим правам.

¹ Хазова О. А. Репродуктивные права в России: пределы законодательного регулирования // Конституционное право: Восточноевропейское Обозрение. - 2001. - №1 (34). — С. 15.

² Романовский Г.Б. Проблема репродуктивных прав в международном праве // Международное публичное и частное право. - 2003. - №6 (15). - С. 12.

³ Силуянова И.В. «Репродуктивные права» и моральные обязанности [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://religion.ng.ru/printed/>

⁴ Основы социальной концепции Русской Православной Церкви [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.orthodox.org.ru/sd12r/htm>.

⁵ Хазова О.А. Репродуктивные права в России: пределы законодательного регулирования // Конституционное право: Восточноевропейское Обозрение. - 2001. - №1 (34). - С. 15.

⁶ Романовский Г.Б. Проблема репродуктивных прав в международном праве // Международное публичное и частное право. - 2003. - №6 (15). - С. 12.

⁷ Красс В.И. Личностные («соматические») права граждан человека в конституционно – правовом измерении // Государство и право. - 2000. - №10. — С.43.

Ученые дают только характеристику, а не определяют содержание репродуктивных прав. Оно конкретизируется в международных документах.

Для международного права «репродуктивные права и репродуктивное здоровье не являются новыми концепциями»⁸. Так, в Декларации по народонаселению 1966 года право на планирование семьи рассматривается в качестве одного из основных прав человека. На международной конференции по правам человека, проведенной в Тегеране в 1968 г., было провозглашено: «Родители обладают неотъемлемым правом свободно и с чувством ответственности определить число детей и сроки их рождения».⁹ В 1979 году в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин были установлены права женщин и мужчин свободно принимать решение о числе детей и промежутках между их рождениями, а также право на информацию, просвещение и средства, обеспечивающие им возможность пользоваться такими правами.¹⁰ В Рекомендациях для последующего осуществления «Всемирного плана действий в области народонаселения» (Мехико, 1984) правительствам было предложено поддерживать планирование семьи в рамках программ охраны матери и ребенка.¹¹ Амстердамская декларация, принятая представителями 79 стран на международном форуме «Народонаселение в XXI веке» (1989), в число основных принципов деятельности в области народонаселения включила повышение качества и эффективности государственных и частных программ планирования семьи.¹² В Венской декларации, принятой в 1993 году на Всемирной конференции по правам человека, вновь подтверждались основные репродуктивные права, и на основе принципа равенства между женщинами и мужчина-

ми было заявлено о праве женщин на доступную и адекватную охрану здоровья, а также на самый широкий круг услуг в области планирования семьи.¹³ Далее концепция репродуктивных прав была расширена в ходе Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994), на Четвертой всемирной конференции по положению женщин (Пекин, 1995), а затем дополнена на совещании по пятилетним итогам Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР). В рамках ее была принята Программа действий международной конференции по народонаселению и развитию, которая имеет большое значение, поскольку в ней впервые дается определение репродуктивных прав, а также определяются цели и задачи политики в области народонаселения. Именно поэтому мы остановимся на ее содержании в докладе более подробно.

Репродуктивные права, - говорится в Программе, - зиждутся на признании основного права всех супружеских пар и отдельных лиц свободно

⁸ Женщины мира 2000год. Тенденции и статистика. ООН. Нью-Йорк, 2001. С. 76.

⁹ Международные акты о правах человека Сборник документов. М., 1999. с. 79

¹⁰ Права человека: Сборник международных документов. - М., 1998. - С. 332.

¹¹ Народонаселение. Энци. словарь / Гл. ред Г. Г. Меликьян. М., 1994.- С.320

¹² Там же

¹³ Там же

принимать ответственное решение относительно количества своих детей, интервалов между их рождением и временем их рождения и располагать для этого необходимой информацией и средствами. Сюда включается и право принимать ответственные решения в отношении воспроизводства потомства без какой бы то ни было дискриминации, принуждения и насилия, о чем говорится в документах о правах человека.

Таким образом, репродуктивные права понимаются как права, которые предполагают

право человека иметь детей;
право временно избегать
деторождения; право вообще от
него отказываться.

Из приведенного перечня видно, что только один аспект репродуктивных прав соответствует этимологическому значению термина «репродуктивный» - право человека иметь детей. Остальные аспекты направлены на отказ от продолжения рода.

Согласуется ли данный подход к пониманию репродуктивных прав с современными интересами России, с ценностями, провозглашенными в Конституции РФ? Должно ли наше государство с готовностью воспринимать идеи всеобщего «планирования семьи», «сексуального просвещения», «отложенного рожда-тельства», «стерилизации»? Отрицательные ответы на оба вопроса требуют аргументированных доказательств.

Известно, главные демографические процессы, формирующие население России (рождаемость, смертность, миграция), не обнаруживает устойчивой позитивной динамики. Продолжается сокращение числа россиян. Начавшись в 1992 г., оно привело к тому, что уже к концу 2001 года население страны убыло на 4,4 млн. человек... Неутешительны и долгосрочные прогнозы. Россия стремительно теряет свое место в мировой демографической иерархии. В 1950г. доля собственно России в населении мира составляла более 4%, а к 2050 это будет 1,1%.¹⁴

Не является ли данный факт серьезным основанием для формирования российским законодателем собственной концепции репродуктивных прав в рамках конституционного права РФ? Концепции, которая учитывала бы прежде всего интересы государства и нации в целом и закрепляла репродуктивные права как гарантированные, поощряемые государством возможности продолжения рода, воспроизводства населения, а не сокращения его численности в том числе и за счет средств «планирования семьи».

В настоящее время в России закрепление репродуктивных прав на конституционном уровне отсутствует, нет и единого правового документа, регулирующего данную область права. Вместе с тем многие нормы Конституции РФ могут рассматриваться как основа для формирования

¹⁴ Население России 2001. Девятый ежегодный демографический доклад/ Под ред. А.Г. Вишневского. -М.- с. 194.

русской концепции репродуктивных прав. Содержание некоторых других правовых актов также позволяет сделать вывод о том, что в России существует правовая основа для закрепления репродуктивных прав как гарантированных, поощряемых государством возможностей продолжения рода, которая принципиально отличается от международного понимания данной категории.

В этой связи возможно определить репродуктивные права как права, связанные с реализацией различных аспектов продолжения рода (деторождения), а именно с принятием решения о зачатии ребенка, с определением количества детей, интервалов между их рождением. Очевидно, что через репродуктивные права непосредственно реализуется конституционное право на жизнь.

Субъектом данных прав является любое физическое лицо, способное к продолжению рода, объектом - деторождение как высочайшее благо и ценность человечества.

Содержание репродуктивных прав, по нашему мнению, включает в себя, во-первых, конституционную защиту репродуктивных возможностей, во-вторых, содействие реализации последних со стороны государства.

Защита репродуктивных возможностей подразумевает конституционную обязанность государства реализовывать всю совокупность мер экономического, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья каждого человека.¹⁵

Содействие реализации репродуктивных прав означает, что государство берет на себя обязанность по формированию демографической политики, основанной прежде всего на изменении положения в иерархии социальных институтов и возрождении духовно-нравственных традиций русской семьи, ценности человеческой жизни, материнства и отцовства.

Механизм реализации прав и свобод рассматривается как процесс, имеющий конкретные формы, способы, средства и стадии осуществления. При этом различают внутренний и внешний механизм реализации. Процессу осуществления репродуктивных прав, составляющему внутреннюю структуру механизма его реализации, присуща большая степень самостоятельности личности в осуществлении данного права. Основной гарантией совершения лицом правомерных действий по осуществлению данного права выступает процесс саморегулирования личностью своего собственного поведения. Внешний механизм реализации репродуктивных прав включает в себя гарантии реализации и гарантии охраны. Гарантии реализации объединяют нормы, которые, во-первых, непосредственно закрепляют данные права, во-вторых, формулируют

¹⁵ В 1994 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) приняла определение репродуктивного здоровья, которое предполагает благополучие детородных процессов и функций этой системы на всех этапах жизни. (ВОЗ о репродуктивном здоровье. - Здоровье мира. - 1994. - №3)

основные условия его реализации. Что касается закрепления репродуктивных прав, то, на наш взгляд, статья 38 Конституции РФ может быть дополнена следующей формулировкой: *«Право на продолжение рода гарантируется и поощряется государством»*. Она должна выглядеть следующим образом:

1. *Право на продолжение рода гарантируется и поощряется государством.*

2. Материнство и детство, семья находятся под защитой государства.
3. Забота о детях, их воспитание - равное право и обязанность родителей.
4. Трудоспособные дети, достигшие 18 лет, должны заботиться о нетрудоспособных родителях.

К нормам, формирующим основные условия реализации репродуктивных прав, можно отнести статьи 20 - 22 Конституции РФ, закрепляющие право на жизнь, на свободу и личную неприкосновенность, статью 19 Конституции РФ, провозглашающую принцип равноправия, и другие. К гарантиям охраны репродуктивных прав относится содержащееся в статье 45 Конституции РФ указание на гарантированность государственной защиты прав и свобод человека и гражданина.

Специфика механизма реализации репродуктивных прав заключается в том, что законодательство о репродуктивных правах в настоящее время не учитывает в полной мере современные достижения науки, что влечет возможность злоупотреблений, связанных, прежде всего с жизнью человека.

Что касается пределов реализации репродуктивных прав, то применительно к части 3 статьи 55 Конституции РФ, можно утверждать, что надлежащее осмысление таких конституционных ценностей, как нравственность, здоровье (духовное и физическое), безопасность государства и закрепление четкого правового статуса эмбриона человека позволит РЕШИТЬ данный ВОПРОС.

Жигунова Г. В.
Кандидат медицинских наук, акушер-гинеколог, руководитель
Православного социально-медицинского центра
в пос. Сокол (г. Минск),

Об опыте работы часовни в роддоме №2 г. Минска.

**И создал Господь Бог человека из праха земного
и вдул в лице его дыхание жизни
и стал человек душою живою. {Быт. 2:4}**

На значительной части территории Республики Беларусь, (Гомельской, Могилевской, части Брестской, Минской области), население испытывает воздействие различных доз ионизирующей радиации, влияние которой на организм девочки, девушки, беременной женщины, состояние плода и новорожденного несомненно требует дальнейшего изучения. Особенностью радиоактивного воздействия является невидимое малоощутимое влияние на организм.

Наряду с разрушающим действием радиации, в комплексе вредных воздействий на организм, оказывают курение, алкоголь, наркотические средства.

Все это приводит к росту уровня сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, патологии беременности плода и новорожденного.

Нам, православным врачам, следует помочь человеку вернуться к простым старым истинам -православному образу жизни, вернуть его под Благодатный покров Церкви.

Православный подход к здоровью беременной женщины в настоящее время актуален как для республики Беларусь, так и для других стран с православным населением. К сожалению, часто бесполезными становятся программы о целомудрии молодежи. Не по причине их неверности, а по причине не востребованности этих истин обществом.

Наши дети привыкли к удовольствиям. Эта привычка - продукт современного образа жизни, десятилетиями закреплённого в мышлении, как родителей, так и детей (начиная от 50-х годов XX века до наших дней). Молодежь с трудом воспринимает аскетические принципы Православия.

Будущая мать в минуты критической стрессовой ситуации: в момент предстоящих родов, наиболее высокочувствительна к вопросам Православия и истинам здоровья. В тревожные, минуты перед родами, когда нет рядом матери, супруга, тех, кто мог бы духовно поддержать, помочь в трудную минуту, женщина обращается к Богу. И в этот момент необходимо предложить будущей матери православную медицинскую и педагогическую информацию, так как эти науки - православная педагогика и медицина - едины и неразделимы в воздействии на душу человека.

Молитва, возжигание свечей перед иконами рядом с местом, где мы слышим первый плач человека, родившегося на свет, важны как для родителей, так и для медицинских работников, которые на достойном профессиональном уровне оказывают помощь роженице. О помощи в родах и кормлении младенцев молитвенно обращаются к иконе Божией Матери «Млекопитательница».

Во время строительства родильного дома №2 и еще в течение 18 лет его работы главным врачом была всеми уважаемая акушер-гинеколог Быковская Лидия Федоровна. Память о ней хранят все сотрудники, беременные, больные и все санитарки роддома. Так как всякого человека, даже самого маленького, незаметного, Лидия Федоровна уважала и находила для всех доброе слово.

Во время неожиданной болезни Лидия Федоровна не хотела покидать родные стены роддома и продолжала работать на больничной постели. Здесь же, в роддоме, она принимает священника, исповедуется и причащается. ...И через 5-6 часов после причастия внезапно умирает. Множество молитв, сорокоустов звучало в течение сорока дней после смерти Лидии Федоровны Быковской. В этом была выражена глубокая, неподдельная, искренняя любовь к ней всех сотрудников, кто помнил ее.

На панихиду в роддоме №2 19 января 1997 г. собрались руководители здравоохранения города и множество коллег усопшей.

Думаю, не случайно ровно через 4 года после ее смерти, когда в Минске был особенно высокий уровень материнской и младенческой смертности, новый главный врач роддома №2 Курек Наталья Олеговна решила, что спасти дело может открытие постоянно действующей комнаты, где проходили бы молебны для исцеления беременных, рожениц, детей и больных роддома №2.

Активное участие в организации будущей часовни принимали две опытные акушерки: Анна Федоровна Мойса и Людмила Владимировна Шитикова, которые проработали в роддоме много лет.

Самым большим чудом и изобретением является то, что часовня находится рядом с родильным отделением, на том же этаже. Любая роженица из предродовой палаты может присутствовать на еженедельно проводящемся молебне. По благословению Его Высокопреосвященства Митрополита Филарета молебны служат во втором роддоме протоиерей Сергей Нагих и иерей Евгений Шпаковский (храм Преображения Господня).

Самым многочисленным по количеству присутствующих был молебен в честь праздника Богоявления, в день открытия часовни во втором роддоме 19 января 2001 г. Все, кто желал получить Святую Крещенскую воду, кто желал помолиться за своих родных, купить православную литературу или икону, собрались на пятом этаже, рядом с родильным залом. «Сын мой! В болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя. Оставь греховную жизнь и исправь руки твои, и от всякого греха очисти сердце». (Сир. 38: 7-8)

И с этого времени и беременные, и сотрудники днем или ночью могли пойти в часовню, где как в церкви висели на стенах иконы, стояли подсвечники, и с зажженной свечой помолиться об успешном исходе родов, или об успешной предстоящей операции.

Самым необычным было присутствие на молебне женщин со схватками. Причем, они отмечали, что во время молебна схватки проходили менее болезненно и роды наступали быстрее. «Но кто согрешает пред Сотворившим его, да впадет в руки врача!». (Сир. 38-15) А двум женщинам со слабостью родовых сил удалось избежать операции Кесарево сечение. Пока врачи решали вопрос об операции, акушерки несколько раз у постели роженицы читали молитву Божией Матери о

помощи в родах, зажигали свечи перед иконами. ...И женщина быстро родоразрешалась.

На молебен часто приходят беременные женщины невоцерковленные, ничего не знающие о существовании принципов православного отношения как к зачатию, вынашиванию плода, так и к православному воспитанию ребенка. Такую информацию они получают из книг небольшой библиотеки, которая находится в часовне.

Одна из задач работы часовни - распространение литературы о пагубном действии абортов и контрацептивных средств (речь идет об абортивных средствах, которые уничтожают зачатый плод), а также разъяснение сущности экстракорпорального оплодотворения. Это - важная ступень на пути к взаимопониманию между православными людьми и теми работниками роддома, которые пока не пришли к вере в Бога.

Иерей Георгий Иоффе (Санкт-Петербург)

РАБОТА С НАРКОЗАВИСИМЫМИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО ПРИХОДА И ПРОЕКТ СТРУКТУРЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.

Реабилитация наркозависимых в лоне Православной Церкви может полноценно осуществляться в монастыре, в загородном или в городском стационарном специализированном реабилитационном центре и, только до некоторой степени, в городском приходе. Сельские приходы, в силу разных причин, в меньшей степени сталкиваются с проблемой наркомании, хотя вал этой эпидемии докатывается уже и до них. Надеюсь, что методические принципы работы в городском приходе, на которые мы опираемся, помогут и сельским пастырям при столкновении с этой проблемой.

Церковная работа в условиях города осложняется рядом неблагоприятных факторов. Назовем самые очевидные: легкая возможность приобретения наркотиков; недоверие членов семьи; недостаточное количество сплоченных приходских общин и сильная загруженность священнослужителей; очень слабая воцерковленность наших подопечных, даже при условии устойчивой мотивации на исцеление. Если с массовым распространением наркопрепаратов Церковь ничего не может поделать – это дело силовых структур – то с остальными трудностями мы пытаемся справляться в меру наших сил. Но еще раз хочу подчеркнуть, что в городском приходе мы можем работать только с устойчиво мотивированными на исцеление наркозависимыми. Как показывает практика, таковыми являются люди, уже проходившие реабилитацию в монастырях или загородных реабилитационных центрах, и приходскую деятельность в этом направлении уместнее было бы назвать «постреабилитацией», «сопровождением» или «ведением» для самих наркозависимых и «катехизацией» для их родителей. По согласованным экспертным оценкам, более 80% наркоманов живут вместе с родителями, средний возраст их – 18-25 лет. Соответственно, средний возраст их родителей составляет 40-50 лет. Все они выросли при советской власти, и только в последние годы смогли подойти к церковной ограде. Но, наблюдая за психическим и физическим разрушением своих детей, безуспешно пройдя всевозможные легальные медицинские и весьма сомнительные практики лечения у экстрасенсов или сектантов, они все больше обращаются к Церкви, которая для большинства из них остается последней надеждой. Здесь

необходимо отметить, что ряд сектантских организаций (неопятидесятническая «Новая жизнь» и сайентологи с программой «Нарконон») на территории нашей епархии претендуют на так называемую «реабилитацию» наркозависимых. Результатом такой «реабилитации» является подмена наркозависимости на зависимость от организации, душевные заболевания, физическая и финансовая эксплуатация больных людей.

Форма работы в условиях городского прихода уже достаточно устоялась – это богослужение (молебен с акафистом) и последующая катехизическая беседа. Именно в процессе собеседования, живого и откровенного диалога, мы можем в доступном виде раскрыть содержание богослужения и, порой на ощупь, найти путь к сердцам наших подопечных.

Сначала скажем несколько слов о богослужении. В нашем храме с осени 2002 г. по благословению правящего архиерея, митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Владимира мы еженедельно служим молебен с акафистом перед иконой Божией Матери «Живоносный Источник». Обращение к Пресвятой Богородице для верующего православного христианина всегда связано с Ее непрерывным молитвенным предстательством перед Господом, всегда является источником надежды и Материнского утешения для болящих, страждущих, озлобленных, унывающих. Множество образов Пречистой Девы явлено в разное время во всем христианском мире. Образ «Живоносного Источника» выбран нами не случайно. Во время морского паломничества по святыням Средиземноморья в 1997 г., на обратном пути из Святой Земли на родину, наш корабль остановился в Константинополе – нынешнем Стамбуле. При осмотре местных святынь на меня неизгладимое впечатление произвел небольшой храм Живоносного Источника Божией Матери. В нем действительно до сих пор бьет источник чистейшей воды, в котором даже плавают несколько рыбок. Во времена османского владычества этот источник неоднократно оскверняли и зарывали, но он вновь и вновь пробивался на поверхность, не теряя своих живительных свойств.

Само удивительное событие явления Богородицы произошло в V веке. В десяти верстах от Константинополя была платановая роща, посвященная Пресвятой Деве, посреди которой и был чудесный источник. Но постепенно это место заросло. Однажды воин Лев Маркелл, помогая заблудившемуся слепцу выйти на тропинку, хотел найти воды для старика и вдруг услышал голос: “Не ищи воду далеко, она здесь”. По приказанию голоса Лев напоил найденной водой слепца и положил ему тины на глаза, после чего старик прозрел. Став императором, Лев Маркелл воздвиг на этом месте храм, посвященный Богородице, и назвал “Живоносный

Источник”. Тогда же был написан и образ, изображающий Пресвятую Богородицу с Богомладенцем в чаше.

Множество чудес и исцелений произошло не только в платановой роще, но и в России, где данная икона известна с давних времен. Один из списков этой иконы находился в Сарове, часто к нему посылал недугующих преподобный Серафим, и больные всегда получали великие милости от Пресвятой Богородицы. Многие возле этой иконы исцелялись от слепоты и от водянки.

Живительная святая вода, как антипод наркоманских инъекций, стала символом прозрения, очищения и обновления жизни наших подопечных. Да и сам акафист иконе Живоносного Источника по своему тексту оказался удивительно отвечающим нашим нуждам. Чинопоследование молебна включает в себя особые молитвословия и прошения о страждущих недугом наркомании, благословленные к частному и церковному употреблению Председателем Богослужбной Комиссии при Священном Синоде РПЦ митрополитом Иоанном в 1992 г.

Когда мы начинали наши молебны два назад, на службу, в основном, приходили молодые люди и небольшое количество родителей. В этом году положение изменилось: в основном, молятся родители наркозависимых, а из ребят остались только несколько наиболее мотивированных.

Но вне зависимости от состава группы, прежде всего, необходимо определить основную точку приложения усилий в церковной работе. Каждое действие Церкви направлено на исцеление человеческой природы, поврежденной греховной страстью, в том числе и страстью наркомании. Однако в случае наркозависимости мы сталкиваемся с очень глубоким нарушением внутренних ценностных ориентиров и, в той или иной степени, с потерей адекватного восприятия действительности. Поэтому проблема осознания смысла бытия мира и смысла своего собственного существования для наших подопечных, становится первоочередной.

Вопрос о назначении человеческой жизни весьма серьезен, и правильно определившись в этом, поняв свое подлинное назначение, мы сможем трезво взглянуть и на все более мелкие вопросы, которые нам приходится ежедневно решать.

В соответствии с этой главной задачей мы и строим примерную программу наших групповых занятий. В методическом изложении ее можно представить в последовательном раскрытии следующих тем:

1. Введение в святоотеческую антропологию.

- Сотворение человека по образу и подобию Божию.
- Грехопадение прародителей.
- Боговоплощение и Искушение.
- Смысл жизни человека.

2. Установления о человечестве, данные в Божественном Откровении.

- Личность – сотворение по образу и подобию Божию (Быт.1 и 2 гл.).
- Семья – Быт.2 («... и будут два одна плоть»).
- Народ – допотопное (дети Сифа и Каина) и послепотопное (дети Ноя) разделение человечества по родам и по языкам (авилонское столпотворение), выделение *народа Божия* (история патриархов) (Бытие).
- Иерархическая государственность – судьи и цари (Суд.,1Цар.).
- Церковь – «врата ада не одолеют Ее» (Мф.16).
- Динамичность и целостность божественных установлений. Динамичность: личность развивается от образа к подобию Божию, семья – от родителей к детям, народ – от рода к этносу, государство – от союза племен к монархии, Церковь – в духовном смысле, от силы в силу. Целостность: личность уникальна, семья моногамна, духовный вождь или монарх ответственно принимает важнейшие решения, народ Божий был прообразом единственной и единой Церкви. Стагнация и своевольный плюрализм в исполнении установлений – следствия повреждения человеческой природы в результате грехопадения прародителей.

3. Базовые понятия христианства.

- Добро и зло.
- Вера.
- Покаяние.
- Молитва.
- Священное Писание и Священное Предание.
- Богослужение.
- Святость.
- Церковь – Тело Христово.
- Крестный путь Христов.
- Воскресение Христово.

4. Церковная история, праздники, жития святых.

5. Христианская нравственность, жизнь во Христе.

На практике изложение не обязательно сохраняет указанный порядок. Основным принципом раскрытия той или иной темы является движение от простого к более сложному, от понятных житейских примеров к христианскому их осмыслению.

Катехизические беседы строятся следующим образом: сначала раскрывается та или иная тема – это может быть тематическая беседа,

богословское изъяснение Священного Писания, рассказ о церковном празднике, описание жития святого угодника, нравственная проповедь и т.п., – а затем эта тема обсуждается в режиме живого диалога. Обязательным элементом этих бесед является чтение и обсуждение Евангелия. Непременным заданием для каждого из членов группы становится домашнее чтение Писания, при этом нужно обязательно учиться формулировать и задавать вопросы по тексту и смыслу повествования. Такого рода работа способствует более глубокому пониманию смысла наших взаимных усилий и ускоряет процесс воцерковления как для детей, так и для родителей.

Каждому из наших подопечных дается молитва об избавлении от недуга наркомании и предлагается молиться ею ежедневно.

Говорить о каких-либо успехах в нашей работе, безусловно, преждевременно. Прошло всего два года с начала нашей деятельности в этом направлении. Состав группы только сейчас стабилизировался. Среди наших подопечных случаются срывы, бывает, что даже при достаточно устойчивой ремиссии. Можно рассказать только о маленьких, практически, семейных радостях в нашей малой общине. В семье наших бывших подопечных родился ребенок, другая наша подопечная вышла замуж. Мать и сын, посещавшие молебны в нашем храме, приняли Святое Крещение, сейчас регулярно исповедуются и причащаются. У одной из наших мам в этом году канонизировали дедушку – священника, расстрелянного в годы большевистских гонений.

Итак, задача церковной работы с наркозависимыми в условиях городского прихода нам видится в постепенном воцерковлении наших подопечных, что включает в себя:

- приобретение навыков в домашней и церковной молитве,
- чтение и осмысление Священного Писания,
- посильное участие в приходской жизни и Таинствах Церкви,
- пробуждение нравственного самосознания,
- осознание смысла жизни человека.

Другими словами, наша задача, как минимум, – дать страждущему человеку надежду на неизреченную милость Божию и возможность, даже из глубины своего падения, воззвать к Творцу и встать на путь покаяния. А в идеале – и это задача Церкви по отношению к каждому человеку – воспитать сознательного христианина, свободного от заблуждений в своем исповедании и в своей жизни.

Знакомясь с проблемой реабилитации наркозависимых, я участвовал в семинарах и встречах с зарубежными коллегами, представляющими бразильско-германскую программу «Фазьенда Есперанса» (сельскохозяйственная терапевтическая община полумонастырского типа)

и итальянскую программу «Каса фамилия Розетта» (реабилитационный центр семейного типа). Эта организация в марте 2001 года проводила семинар в Санкт-Петербурге. На участников семинара произвела впечатление согласованность законодательства в области наркопотребления между министерствами здравоохранения и внутренних дел Италии, где проводится достаточно жесткая антинаркотическая политика. При этом имеет место т.н. субституция наказания, когда небольшие сроки заключения могут заменяться реабилитацией в финансируемом государством реабилитационном центре, находящемся, в свою очередь, под церковным попечением. Подобный опыт взаимодействия заслуживает, на мой взгляд, всяческого внимания. Если в области законодательства в современных российских условиях можно надеяться только на очень медленные подвижки, то в сфере организации эффективных реабилитационных центров на наш взгляд возможны конкретные практические решения.

Каждая из структур, занимающихся проблемой наркопотребления и собственно наркозависимыми, имеет в штате компетентных специалистов по основному профилю своей деятельности. Но общей концепции наркополитики, которой придерживались бы все компетентные учреждения (силовые и медицинские структуры, общественные образования), мы на сегодняшний день не имеем, и поэтому существует разноречие в оценках ситуации каждой из этих организаций. Межведомственные Комиссии, к сожалению, могут лишь констатировать это положение вещей и пытаются скоординировать усилия всех заинтересованных сторон. Выработка согласованной концепции по проблеме наркополитики, широкое освещение и социальная реклама, несомненно, даст возможность сделать эти усилия эффективными и избежать распыления вкладываемых в эту сферу государством значительных средств.

Предлагаемый на рассмотрение проект структуры государственного (или государственно-общественного) реабилитационного центра для наркозависимых позволит совместить в единой модели все специализированные аспекты обсуждаемой темы и может послужить прототипом комплексного подхода к проблеме в целом. Проект предполагает активное участие Церкви на всех этапах деятельности центра, начиная от подготовки специалистов до индивидуальной работы с реабилитантами. Это не только духовное просвещение и окормление, но и обучение специалистов центра по таким программам, как, например, «Христианская антропология» и «Основы православной культуры». С другой стороны, необходимо обучать участвующих в проекте священнослужителей основам правовых отношений в сфере наркопотребления, основам медицинских и прикладных психологических знаний в этой области.

В представленной схеме ключевым звеном является Система подготовки персонала. Комплексная подготовка специалистов возможна на базе уже

существующих структур. В частности, возможно обучение на базе миссионерских курсов Санкт-Петербургской епархии, где одной из программ предусмотрено обучение слушателей методам работы с наркозависимыми и ВИЧ-инфицированными в сотрудничестве со специалистами РОО «Возвращение», имеющей уже более чем 15-летний опыт эффективной работы. Для этого Миссионерский отдел епархии готов предоставить место и выделить время для проведения обучающих мероприятий.

Отбор реабилитантов на добровольной основе производится подготовленными специалистами из участвующих в программе медицинских учреждений.

Финансирование данного проекта предполагается за счет средств государства, уже существующих или специально созданных для этой цели фондов, а также на благотворительные и частные пожертвования.

При Санкт-Петербургской епархии образован отдел по противодействию наркомании и алкоголизму. Одной из первых задач этого отдела будет обобщение опыта всех включенных в проблему организаций. Надеемся на внимание всех, заинтересованных в конструктивном сотрудничестве с Церковью и на укрепление взаимной координации всех церковных и здравых общественных усилий в этом многотрудном служении.

Иерей Виктор Праздничный
руководитель паломнического и медицинского отделов управления
Воронежской и Борисоглебской епархией
настоятель Спасского храма г. Воронежа

РЕЛИГИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ

Для того чтобы человек выполнил свое великое предназначение нужен огромный труд.

В наш 21 век Церкви приходится заново напоминать людям, что является христианским мировоззрением, а с другой стороны, объяснять, что не является учением Церкви, защищая подлинное учение от необоснованных нападок и извращений. Большая часть нетолерантных заявлений в адрес христианства основана на искаженных представлениях о нем. Восстановление истинного смысла христианского учения, объяснение его сути и форм являются лучшим ответом на подобные выпады. Как сказал Анри де Любак: «Нам не было поручено сделать так, чтобы истина восторжествовала. Нам было поручено всего лишь свидетельствовать о ней».

Христианство показывает человечеству пути и возможности его развития, призывает к обожению, то есть преображению себя, всех и всего, что входит с нами в соприкосновение.

Воплощение Бога Слова, добровольная смерть Христа за человечество и Воскресение - основы, на которых человек может строить здание собственного спасения и Богообщения. Личная жизнь каждого, согласно учению нашего Спасителя, неразрывно связана с жизнью других людей. С точки зрения христианства, человечество не простая сумма людей, но живое связанное целое. И если первородный грех □ это раковый метастаз, делающий организм человечества больным и тленным, то благодать Христова □ это новое семя нового Небесного Иерусалима □ Церкви, за которую была пролита драгоценная Кровь и в которой «все тело составами и связями, будучи соединяемо и скрепляемо, растет возрастом Божиим» (Кол. 2,19). Идея солидарной ответственности друг перед другом и перед Богом в этом контексте имеет особую силу.

Говоря об ответственности человека, вспомним слова Ф.М.Достоевского в романе «Братья Карамазовы»: «Здесь дьявол борется с Богом и место борьбы □ сердце человеческое». Ложь коварна тем, что принимает личину праведности, разумного порядка, благих намерений. Наука – это та сфера человеческого знания, где идет постоянная борьба истины и лжи.

Формируясь, наука преследовала несколько конкретных целей. Вот главные из них:

- удовлетворение материальных потребностей;
- потребность выжить в условиях изменчивости окружающей социальной и природной среды;

- сохранение здоровья.

«Сама научная деятельность, - по словам святителя Луки, □ есть процесс движения ... □ через вопросы, искания, сомнения, предположения, которые могут потом оказаться ложными □ к знанию, т. е. подлинному отражению действительности, доказанному, объективному, общепризнанному суждению, определенному логическим, эмпирическим умозрением и опытом. Это знание о явлениях, т.е. проявлениях жизни, природы, но не о ее сущностях (феноменах, а не ноуменах)».

По мнению М. Шугаева научные исследования, основанные на методологическом принципе редукционизма, не свободны от ряда заблуждений. Среди них утверждения

- о внутреннем строении науки как непротиворечивой системы теорий - гипотез, следующих из экспериментальных фактов;
- о способности научного метода познания, используя теории - гипотезы, познать строение мироздания.

Научное знание в своей основе содержит принцип верификации. Однако многие теории нельзя свести к опыту. И что такое человеческий опыт? Это некоторые чувственные данные. Но ведь эти чувственные данные, с одной стороны, не могут претендовать на абсолютность, а с другой, - на объективность. В то же время научный опыт должен претендовать именно на общезначимость.

А как быть, если тот, кто ставит опыт, сегодня болен, просто раздражен или невнимателен, его отвлекли, и он не успел учесть какой-то важный параметр в силу человеческого фактора? В результате чаще всего под опытом понимают некоторые протоколы, фиксированные результаты исследований. Современная методология и философия науки утверждает, что не только опыт определяет теорию, но и наши представления влияют на понимание опыта, т.е. очень часто мы заранее прогнозируем результат и его пытаемся добиться. Кроме того, любая теория, как известно, строится не для реальных ситуаций, а для идеальных объектов. Поэтому любая теория даже самая простая неприменима, так, как не известно, где ошибка, - в теории или она возникает из-за неидеальности объектов. Таким образом, опытным путем нельзя опровергнуть идеальную теорию, а если и возможно, то очень сложно.

С другой стороны, наука □ это система, из которой трудно удалить отдельную теорию, без того чтобы не рухнуло все здание научной картины мира. А как быть, если опыт опровергает несколько последовательных теорий или хотя бы одну в их цепочке? Пересмотреть опыт или исправить теорию, а затем пересмотреть всю последовательность теорий?

Известно, что «царица и служанка» всех наук математика - не может изнутри себя обосновать свою непротиворечивость, как это доказал К. Гедель в «теореме о неполноте». Это имеет отношение и к другим наукам. А это означает, что существуют принципиально недоказуемые истинные утверждения, независимо от того, какую формальную систему доказательств мы выбрали.

К.Поппер, как известно, предложил критерием истинности научной теории считать ее фальсифицируемость. Т.е. он утверждал, что только научное знание может

быть фальсифицируемо, а не научным он признавал то, что фальсифицировать нельзя. Смысл принципа предложенного К.Поппером таков: научной теорией может считаться лишь та теория, которая способна сформулировать условия, при которых она окажется ложной. То есть вывод, который сделали ученые в конце XX века о научном знании, ошеломителен и прост: не только не удалось произвести стройную систематизацию научных теорий, но невозможно даже верифицировать их путем эксперимента. Работы К. Поппера, Т. Куна, И. Лакатоша, М. Полани показали, что научные доказательства, в конечном счете, условны и не абсолютны. Научные доказательства суть вероятные выводы из вероятных положений. При этом вероятность тем меньше, чем сложнее предмет обсуждения. В. Налимов пишет: «Рост науки - это не столько накопление знаний, сколько непрерывная переоценка накопленного - создание новых гипотез, опровергающих предыдущие. Но тогда научный процесс есть не что иное, как последовательный процесс констатации ранее существующего незнания. На каждом шагу старое незнание разрушается путем построения нового, более сильного незнания, разрушить которое в свою очередь со временем становится все труднее».

Кодекс чести ученого, связанный с развитием науки и требующий воздерживаться от необоснованных высказываний, иногда, помогая научным исследованиям, обращается против самих ученых. Фактор постоянного изменения, происходящего в мире, почему-то не всеми учеными берется в расчет. Прежде всего, нужно примириться с тем фактом, что наука развивается скачкообразно. Томас Кун показал, что периодически объем противоречащих старой теории опытных данных достигает критического значения и наука ввергается в кризис. Парадигма, содержащая основные мировоззренческие концепции науки, изменяется, и это неизбежно влечет за собой смену теории, т.е. научную революцию. Новая парадигма в корне может противоречить старой. Лауреат Нобелевской премии профессор Д. Вайзенбаум подтверждает, что мы имеем только модели мира, и, следовательно, только представление, а не знание о нем. Оставив прежние амбициозные заявления, многие ученые скромно говорят об узком коридоре представлений, по которому приходится двигаться. Академик Г. Наан справедливо констатирует: «На любом уровне развития цивилизации наши знания будут представлять лишь конечный островок в бесконечном океане непознанного, неизвестного, неизведанного».

Каждое знание человека об окружающем мире и о себе специфично. Судить о целом мироздании только через опытное восприятие и постоянно меняющиеся парадигмы науки некорректно. Знания могут быть интегрированы в общую симфонию видения мира и давать лишь элементы целостного представления о нем.

Неслучайно, серьезные открытия происходят на стыке нескольких наук, изучающих данный предмет или явление. При целостном подходе к самому человеку, как объекту изучения, мы должны признать в нем совокупность

духовных, душевных и социальных и соматических проявлений. Подобной точки зрения придерживались такие ученые, как психиатр Бонхеффер и Кречмер, невролог Лармит и др. Господствующее в XIX веке, мнение о том, что все психические проявления в человеке сводимы к физическим и химическим процессам, измеряемым в пространстве и времени, потеряло уже силу. Более того, по словам профессора А.Харди, такой подход расценивается сейчас, как опасность современной цивилизации и важнейшая методологическая ошибка. Психолог В.Штерн воспринимает личность человека «как законченную систему, ... метафизически ... обоснованную», а физиолог И. П. Павлов говорит, что основа здоровой личности, цельности нашего «я» коренится в единстве и взаимодействии трех систем. В конце жизни он не раз говорил, что его физиологическое понимание высшей нервной деятельности никак не затрагивает духовных проявлений человеческой личности. Поэтому, для понимания высших человеческих функций, регулирующих и тормозящих деятельность системы безусловных и условных рефлексов (биологических и познавательных), он создал учение о «второй сигнальной системе» □ специфически человеческой, которой и придавал высшее регулирующее значение.

На почве синтетического подхода к человеку возникает возможность плодотворного сотрудничества между священником и врачом, социальным работником и психологом. С одной стороны устанавливаются правильные отношения между наукой и религией. Здесь уже творчество и особый полет мысли, опирающийся на знания того, что единое целое разумно и последовательно в перспективе бесконечного.

С другой стороны, воспитанное религиозное чувство и знание ученого учат его особой ответственности за исследования перед Богом и перед людьми. В противном случае, без этого наука перейдет в плоскость корыстолюбия и меркантильности, где правит миром золотой телец, требующий в жертву не только душу ученого, но и души всех тех, кто будет зависеть от его «научных достижений».

Литература.

1. М.Шугаев. Божий мир глазами физика, М., 2002.
2. И.М.Андреев. Православно-христианская апологетика, Holy Trinity Monastery, Jordanville N. Y., 1965.
3. В.Вейник. Почему я верю в Бога. Минск, 2000.
4. А.И.Осипов. Путь разума в поисках истины. М., 2002.
5. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Наука и религия, Троицкое слово «Феникс», 2001.
6. Арх. Августин. Руководство к основному богословию, Мн.: Хорвест, 2001.
7. Г.Калябин. Основные вопросы естественно-научной апологетики.

О безальтернативном йодировании пищевой соли.

Глубокоуважаемый председатель, Ваши преосвященства, уважаемые коллеги!

Проблема, о которой нам приходится сегодня говорить, уже обсуждалась осенью прошедшего года на одном из заседаний Московского общества православных врачей в стенах этой же аудитории, но, оказалось, круг осведомленных врачей невелик и мы сочли своим долгом вновь привлечь к ней внимание православной медицинской общественности.

В январе 2004 года в Государственную Думу был внесен Проект федерального закона «О профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода», подготовленный депутатами А. Д. Жуковым и В. М. Зубовым. Основные моменты в этом законопроекте следующие:

ст. 4 п.1) принятие эффективных мер по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода, и по прекращению потребления населением Российской Федерации соли, не соответствующей требованиям по содержанию йода;

ст. 9. Ввоз и реализация пищевой поваренной соли на территории Российской Федерации без соблюдения требования к ее йодированию, установленного в статье 7 настоящего закона, не допускается.

Этот документ означает, что в случае его принятия, через три месяца после вступления в силу в России повсеместно будет прекращен выпуск обычной поваренной соли и законодательно запрещен ввоз нейодированной соли.

Йод необходимый микроэлемент, недостаток его может быть причиной нарушения физического и умственного развития детей и других заболеваний - это всем известно. В СМИ множество сведений о последствиях дефицита йода, широко рекламируются пищевые добавки, продукты, обогащенные йодом, йодированная соль, население получает всю необходимую информацию и доступные для всех возможности профилактики ЙДЗ. Но кому-то очень понадобилась всеобщая принудительная йодизация. Встает вопрос: кому и зачем? Почему ученые и государственные мужи, усердствуя о нашем всеобщем благе, не сообщают о последствиях вполне реальной и легко осуществимой передозировки йода для здоровых людей, и о том, что будет с той категорией больных, которым йод противопоказан. В поисках ответа на вопрос, кому это надо, полезно обратить внимание на то, что данной программой занимается лично генеральный секретарь ООН Кофи Аннан, а все мероприятия проводятся под эгидой Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), и что мировое сообщество уж слишком озабочено нашим здоровьем и особенно будущим интеллектуальным потенциалом нашего народа - для просвещенных православных слушателей этой аудитории ответ на этот вопрос известен. Теперь следующая часть вопроса - зачем для реализации задачи сокращения народонаселения России избран такой метод? А затем или точнее, потому, что,

во-первых, недорог, во-вторых будет оплачен из нашего же кармана, в третьих хорошо сориентирован на психологию современного неверующего человека, который легко готов поверить в миф о том, что его болезнь возникла потому, что он опять что-то недополучил, белковую пищу, витамины, минералы - недобрал йода, вот и заболел.

При обычном питании мы получаем с пищей и водой от 70 до 240μ что близко, как и следовало ожидать, к оптимальной цифре, однако в местностях, где содержание йода в почве низкое, а это очень большие территории нашей страны, поступление его с пищей и водой может быть ниже усредненной нормы. Мы бы еще поверили в хорошие намерения международного сообщества, если бы на основании добросовестно проведенных эпидемиологических исследований соответствующими специалистами были даны сведения о целесообразности применения йодированной соли или других обогащенных йодом продуктов по различным регионам страны в рекомендательной форме, но не в виде безальтернативного закона, запрещающего применения нейодированной соли для всех.

На самом деле обогатить индивидуальную диету йодом, причем органического происхождения вполне несложно, используя традиционные и доступные продукты: морская рыба, кальмары, креветки, криль, морская капуста, (она, например, содержит 3% органического йода, а рыбий жир 770μ %) богаты йодом черноплодная рябина, крыжовник, хурма, фейхоа и др. растения, овощи, фрукты, продукты, так что проблема ужасающего дефицита йода изрядно раздута.

Давайте же задумаемся - с какой целью?

Динамика йода в организме такова: поступая из кишечника в кровь, он задерживается в печени, которая обладает способностью регулировать переход его в периферическую кровь и предотвращать чрезмерное повышение. Эта способность печени может нарушаться при таких заболеваниях, как алкоголизм, наркомания, токсикомания, инфекционные гепатиты, а также лекарственная интоксикация, в которую мы успешно ввергаем наших больных в соответствии с традициями современного врачевания - у этой группы населения можно будет ожидать особенно быстрых и тяжелых последствий от хронического избыточного поступления в организм йода.

Давно и хорошо известен список заболеваний, при которых йод особенно опасен - туберкулез, который в последние годы имеет серьезную тенденцию к распространению, нефрозы, нефриты и другие заболевания, связанные с недостаточностью функции почек, геморрагические диатезы, аллергические заболевания, заболевания кожи, индивидуальная повышенная чувствительность к йоду.

Йод категорически противопоказан при гиперфункции щитовидной железы, узлом и диффузном токсическом зобе, тиреоидите, раке щитовидной железы. Этой категории больных предлагается получать нейодированную соль по рецептам через аптеки. Согласитесь - странная мера.

Имеются данные, что избыток йода повышает активность протеаз и липаз сыворотки крови, может провоцировать аутолитические процессы в печени, легких, матке, яичниках и яичках, поджелудочной железе и способствовать обострению хронических панкреатитов, увеличивая опасность возникновения такого грозного осложнения, как панкреанекроз. Из некоторых экспериментальных исследований на животных известно, что хроническая передозировка йода вызывает у кроликов кахексию, прекращение лактации и резкое нарушение спермато- и овогенеза.

Известно также, что избыток йода способствует усилению воспалительной реакции в туберкулезных очагах и активизирует туберкулезный процесс, аналогичный эффект может наблюдаться и при других заболеваниях сопровождающихся фиброзным изменением тканей.

И еще один вопрос - как скажется на нашем здоровье употребление йодата калия? Использование его в качестве средства для йодирования пищевой соли представляется химически необоснованным, так как при растворении конечной продукции образуется ион JO_3^- , а это не ион йода, и его химические и биологические свойства отличаются, он является очень сильным окислителем и в контакте с органическими веществами может привести к образованию соединений с неопределенными химическими свойствами; возможно, сильные окислительные свойства йодата могут повреждать ферментные системы. Это похоже на химическое оружие массового поражения. Не правда ли?

При длительном применении препаратов йода могут наблюдаться явления йодизма: воспаление слизистых носа, придаточных пазух, гортани, слюнных желез, слезотечение, головные боли, тошнота, рвота, понос. Характерны кожные высыпания типа пузырчатки, ограниченные отеки, флегмоны. Больные могут жаловаться на повышенную возбудимость, нарушение сна, похудание, наблюдается атрофия молочных желез, понижение половой функции. Богатый клинический опыт последствий передозировки йода был накоплен медициной в тот период, когда препараты йода широко применялись для лечения сифилиса, еще в 1894г. знаменитым дерматовенерологом Унной было описано такое тяжелейшее осложнение, как узловатая йододерма. Возникать йодные осложнения могут не обязательно в результате длительного применения или высоких доз, но как идиосинкразия и sensibilization к йоду.

В 1996 г. на симпозиуме в Массачусетсе были обнародованы труды ученых, исследовавших индуцированные йодом гипертиреозы, резкий подъем заболеваемости отмечен именно в тех регионах, где было внедрено употребление йодированной соли.

Суточные нормы потребления йода индивидуальны, зависят от многих факторов. Он полезен и может быть рекомендован специалистами только тем людям, у которых на основании клинических и лабораторных данных выявлен его дефицит.

На сегодня все, так называемые, развитые страны Западной Европы и США имеют только добровольное йодирование, обязательное оно только для

Восточной Европы и Австрии. Соляные промышленники заявляют, что из - за несовершенной технологии невозможно выдержать стандарт 23(плюс – минус 11) миллиграмма йода на килограмм соли и перешли на стандарт 40 мг\кг, при этом по всей Европе этот стандарт составляет 23мг\кг, в Дании 8-12 мг\кг, а стандарты принятые в Америке на симпозиуме по гипертиреозам предусматривают 12,5 мг\кг.

Кроме того, по этой же причине невозможно добиться равномерного распределения - содержание йодида и йодата калия может колебаться от 0 до 600 частей на миллион, по усредненным данным от 24 до 148 частей на миллион, таким образом не исключен риск попадания в организм больших количеств йода, о последствиях было сказано выше.

Этот проект закона получил отрицательный отзыв правительства за подписью Г.Н. Кареловой, бывшей в то время вице - премьером, на сегодня ситуация изменилась, автор этого законопроекта теперь сам вице - премьер, и вместе с кабинетом министров решит его судьбу. Православная медицинская общественность страны сегодня имеет возможность дать адекватную реакцию на этот законопроект, принять совместное решение и отразить его в соответствующем документе.

На этом забота о здоровье народа не заканчивается. « Концепция государственной политики в области здорового питания населения на период до 2005 года «предлагает программу ликвидации дефицита витаминов, макро - и микроэлементов. В рамках этой программы изготовлен, очень активно рекламируется и продается во всех супермаркетах, как БАД препарат «Гемактин», изготовленный из крови животных. Препарат не имеет противопоказаний и побочных эффектов - лучшее средство для борьбы с железодефицитной анемией, которая внезапно поразила всех, эпидемия. Средство - ну просто безальтернативное. Врачам даны соответствующие указания широко назначать новый, относительно недорогой препарат, и все здоровья ради глотают «Гемактин», который на самом деле является новым поколением «Гематогена», кстати этот самый «Гематоген» в виде шоколадно - ореховых батончиков периодически выдается детям во всех школах, взамен горячих завтраков. Открылась эта история с «Гемактином» ни много, ни мало, а именно в субботу на первой неделе Великого поста, в день, когда православная церковь вспоминает Св. великомученика Феодора Тирона, который в 4 веке через 50 лет после мученической кончины совершил чудо, предупредив жителей Константинополя о том, что все съестное на рынках осквернено идольской жертвенной кровью. Он и нас предупреждает.

Не оставляет своих трудов и РАПС, и хотя грязная возня по секспросвету школьников под давлением православной общественности заглохла, появилось кое - что новенькое: под видом оздоровительной работы с беременными женщинами в традиционном добровольно-принудительном режиме проводятся психологические тренинги в виде сеансов «цигун - терапии» и «гештальт - терапии». Занятия ведут специально подготовленные и лицензированные

психологи. Это восточные медитативные техники имеют свои корни в дзен - буддизме, женщинам обещают безболезненные роды, сильный довод для молодых мам, не правда ли?

Методики в свое время получили «зеленый свет» в Минздраве, поэтому прекратить этот ужас на административном уровне невозможно. Что можно предпринять мы, откровенно говоря, пока не знаем, очень надеемся на вашу помощь, глубокоуважаемые коллеги.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС.

Техногенная ядерная катастрофа на 4-м энергоблоке Чернобыльской АЭС произошла в 1 час 23 мин. 26 апреля 1986г. К 15 часам 26 апреля было достоверно установлено, что реактор разрушен и из него в атмосферу поступают огромные количества радиоактивных веществ. (Барьяхтар В.Г., 1995).

За 4 послеаварийных года в ликвидации последствий аварии приняли участие более 600 тысяч человек, из них из Российской Федерации около 250 тысяч человек.

Характер выполняемых работ по ЛПА был различным: сооружение саркофага, перенос графитовых стержней, уборка грунта с колхозных полей в Припяти, дезактивационные работы, полет на вертолетах над реактором и окружающей местностью с целью дозиметрической разведки.

Дозы облучения, зафиксированные в документах ликвидаторов, колебались от 0,5 до 74 БЭР. Следует отметить, что дозы облучения, зафиксированные в документах, не отражают реально полученной лучевой нагрузки и являются заниженными, так как часто определялись групповым методом, т.е. в группе работающих был один, чаще руководитель, который имел дозиметр, по показаниям которого выставлялись дозы всей группе или ставились приблизительно. Суммарная доза выставлялась, как правило, не более действующей в то время максимальной предельно- допустимой. Так, когда максимально допустимая доза была установлена 25 рентген, у пациентов в документах проставлено

24,9; 24,8 рентген, когда максимально допустимая доза была установлена 15 рентген, в документах проставлено 14,9; 14,8 рентген.

При тщательном сборе анамнеза у части больных (~18%) во время пребывания в зоне выявляются эпизоды с рвотой, с подъемом температуры, вегетативными кризами. Такие больные госпитализировались в местную медсанчасть с диагнозом "пищевая токсикоинфекция", "острое респираторное заболевание", вегетативный криз", а затем немедленно отпускались по домам. Учитывая вышеизложенное, вполне возможно, что действительные дозы у ликвидаторов могли достигать 100 Бэр. Кроме радиационного фактора следует отметить ряд других не менее важных вредных факторов: проживание в палатках в холодное время года, стрессовый

фактор, бесконтрольное использование дезактивирующих веществ, которые сами по себе являются токсичными.

Возраст ликвидаторов на момент работы по ликвидации последствий аварии колебался от 18 до 54 лет. В возрасте 18-20 лет были, в основном, солдаты срочной службы.

При анализе жалоб, предъявляемых ликвидаторами, ведущими жалобами являются жалобы на сильные головные боли, не снимающиеся аналгетиками, снижение памяти на текущие события ("забыл кому отдал дрель", "все надо записывать, номера телефонов, по каким кабинетам ходить", "ничего не читаю, потому что все равно ничего не запоминаю"), общую слабость, утомляемость, снижение трудоспособности вплоть до невозможности выполнять работу по специальности или полному отказу от работы, потливость, сердцебиения, боли и ломоту в костях и суставах, которые мешают спать ночами, приступы с отключением сознания, приступы с сердцебиением, чувством озноба или жара, потемнением в глазах, нарушение сна, онемение и парестезии в руках и ногах.

При исследовании неврологического статуса у обследуемых пациентов обнаруживаются выраженные признаки вегетативно-сосудистой дисфункции в виде акроцианоза, акрогипергидроза, общего гипергидроза, пастозности и отеков кожных покровов, положительной ортостатической и клиноротической проб, гиперемии лица, разлитого стойкого дермографизма, эмоциональных нарушений в виде астенического, астено-ипохондрического и астено-депрессивного синдрома, а также другие признаки органического поражения нервной системы: недостаточность черепной иннервации, высокие с расширенной рефлексогенной зоной рефлекссы, наличие патологических рефлекссов, неустойчивость в позе Ромберга и др.

При нейропсихологическом исследовании симптомы выявленного нейропсихологического синдрома включают в себя признаки дисфункции глубинных отделов головного мозга: диэнцефальной области, глубинных задне-лобных, глубинных височных и теменно-затылочных отделов полушарий.

Комплексный компьютеризированный количественный анализ изменений умственной работоспособности ликвидаторов с данными личностного тестирования обнаруживает тотальное снижение функций внимания, кратковременной памяти и оперативного мышления, при этом полученные практически по всем методикам данные почти полностью соответствуют нормативам для детей 10-11 лет. В силу своей величины эти изменения не могут быть отнесены к функциональным или вызванным воздействием каких-либо социальных факторов и также свидетельствуют о явном органическом поражении головного мозга, как отсроченном последствии перенесенного в 1986-1987 гг. облучения.

При исследовании биоэлектрической активности головного мозга были выявлены 2 типа патологических проявлений ЭЭГ: один из них характеризовался высокоамплитудными замедленными колебаниями альфа-,

а также тета-диапазона, распространяющихся на передне-центральные отделы и регистрируемые во всех областях коры или возникающих в виде синхронизированных всплесков замедленного альфа- и тета-диапазона ритмов; другой тип представляет собой ЭЭГ со сниженным уровнем биоэлектрической активности мозга в сочетании с медленными колебаниями и диффузной бета-активностью. При этом у 70% обследованных методом ЭЭГ пациентов выявляются эпилептические формы активности, чаще у пациентов с первым типом ЭЭГ. Первый тип характерен для вовлечения в патологический процесс лимбико-ретикулярного комплекса, особенно диэнцефальных структур, 2-ой тип характерен для диффузного поражения коры и подкорковой области.

Исследование параметров когерентности и локализации источников биопотенциалов выявило изменение межполушарных отношений, свойственных здоровому мозгу, сопровождающееся снижением функционального состояния головного мозга. У обследованных ликвидаторов, по сравнению со здоровыми людьми были выявлены низкие значения интегральных Ка, вплоть до отрицательных, которые являются отражением низкого уровня функционального состояния головного мозга.

Данные эмиссионной однофотонной компьютерной томосцинтиграфии свидетельствуют о нарушении метаболизма и регионарного кровотока в результате нарушения микроциркуляции в различных участках коры, белого вещества и подкорковых глубинных образованиях головного мозга ликвидаторов, которые коррелировали по степени тяжести с данными клинического неврологического исследования.

Данные магнитно-резонансного исследования и рентгеновской компьютерной томографии свидетельствуют о сложном органическом характере поражения головного мозга. Расширение желудочковой системы мозга (тем более асимметричное) говорит о нарушении ликвороциркуляции и развитии гидроцефалии, чем объясняется наличие упорных головных болей, не снимающихся анальгетиками.

Расширение субарахноидальных пространств головного мозга разной степени выраженности свидетельствует о развитии корковой атрофии. Развитие атрофического процесса в головном мозге в поздние сроки после облучения подтверждается данными гистологического исследования головного мозга приматов, выявляющими разрежение корковых нейронов.

"Перивентрикулярное свечение" или "лейкоареоз" обычно встречается при лейкоэнцефалите и лейкоэнцефалопатии, а также развивается на фоне длительной гидроцефалии и дисметаболических нарушениях в белом веществе головного мозга.

Единичные или множественные очаговые снижения плотности мозговой ткани свидетельствуют о развитии постишемических очаговых размягчениях мозговой ткани. Выявленные изменения говорят о раннем развитии сосудистых дисциркуляторных расстройствах людей, подвергшихся облучению в малых дозах, в отдаленные после этого воздействия сроки. В 8-ми наблюдениях очаги не укладывались в определенный сосудистый бассейн,

носили рассеянный характер, что позволило установить диагноз рассеянного постлучевого энцефалоза.

Совокупные данные лучевых и нелучевых методов диагностики, а также клиническое неврологическое и нейропсихологическое исследования говорят о сложном органическом характере поражения головного мозга у ряда лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в 1986-87 гг., который включает в себя гипертензионно- гидроцефальный синдром с ликвородинамическими нарушениями, сосудисто- энцефалический синдром с развитием корковой атрофии и очаговых постишемических размягчений мозговой ткани.

Некоторые специалисты трактуют предъявляемые ликвидаторами жалобы как проявление радиофобии, установку на получение льгот, рентное поведение.

В докладе Чернобыльского форума (консорциум из восьми агентств системы ООН), представленном на рассмотрение участникам сессии Совета управляющих МАГАТЭ, в сентябре 2005 г. «Наследие Чернобыля: медицинские, экологические и социально – экономические последствия» вновь отмечается, что последствия катастрофы преувеличены, что основные проблемы возникают не из-за воздействия радиации, а из-за отсутствия информации, необоснованных страхов и неправильно осуществляемых программ, а также связаны с национальными и бытовыми особенностями (имеется в виду злоупотребление алкоголем и др. вредные привычки).

Таким образом, несмотря на прошедшие 20 лет после Чернобыльской аварии, по-прежнему сохраняется точка зрения, что нет никаких последствий Чернобыльской катастрофы для здоровья людей.

Моё многолетнее врачебное общение с ликвидаторами последствий аварии на Чернобыльской АЭС позволяет утверждать, что - это люди достойные уважения. Это - люди, заслонившие нас собой. А что было бы, если бы они отказались ехать? Многие выполняли свою работу по долгу службы: молодые офицеры, молодые солдаты, ещё не успевшие создать своей семьи, инженеры – атомщики и многие другие представители трудовой России. Многие из них добровольцами вызывались выполнять работы, связанные с особо высоким уровнем радиации. По свидетельству западной прессы, это было просто недоступно пониманию европейских учёных. Но мог ли по - другому вести себя народ, имеющий православные корни?

Иерей Сергей Трофимов
Настоятель Никольского храма с. Урыв
Воронежской Борисоглебской епархии

«Проблема подростковых суицидов»

ВСТУПЛЕНИЕ

Тема моего доклада не случайна, ее подсказала наша действительность: в прошлом году добровольно ушли из жизни 2 тысячи российских детей, покончить с собой они пытались в 2 раза чаще, чем 10 лет назад!

Однако к конкретному обращению к данной проблеме подтолкнули два случая подросткового суицида, произошедшие в прошлом году на окормляемых моим приходом поселениях.

Мало кто знает, что сегодня Россия занимает второе место в мире по количеству суицидов. Об этом сообщила на первом Национальном конгрессе по социальной психиатрии директор Центра социальной и судебной психиатрии имени Сербского Татьяна Дмитриева. По ее данным, в 2003 году в России с собой покончили около 60.000 человек. По количеству самоубийств на 100 тыс. жителей Россия уступает только Литве. Далее идут: Беларусь, Латвия, Украина, Словения.

По официальной статистике только детский суицид и убийства детей до 18 лет в стране до 8000. В положение 43-й Всемирной медицинской ассамблеи, Всемирная медицинская ассоциация фиксирует внимание на том, что за последние 50 лет произошло изменение причин подростковой смертности со сдвигом показателей от естественной смертности к насильственной.

Для того чтобы начать говорить об этой проблеме, необходимо напомнить о понятии самоубийство. Оно было точно и исчерпывающе сформулировано Эмилем Дюркгеймом сто лет назад.

«Самоубийством называется всякий смертный случай, являющийся непосредственным или опосредованным результатом положительного или отрицательного поступка, совершённого самим пострадавшим, если этот пострадавший знал об ожидавших его результатах».

Зигмунд Фрейд в свое время ввел понятие «инстинкт смерти» - иначе он не мог объяснить многое из того, что способен сотворить с собой человек.

Откуда это стремление к саморазрушению? Если все живое вокруг из всех сил борется за существование, то почему отдельные человеческие индивиды, наоборот, вкладывают недюжинную энергию в то, чтобы полностью испортить себе жизнь, а иногда и расстаться с нею?

Поистине человек - странное создание: только он способен на самоуничтожение, лишь ему присуще влечение к смерти. Никакому другому живому существу это не свойственно.

В чем же причины самоубийства?

1. Взгляд на причины с мирской позиции

Поступок самоубийцы почти всегда повергает людей в шок — невообразимым для многих попиранием жизненного инстинкта, бесстрашием перед лицом укорененного в нашем сознании и подсознании табу, разрывом всех и всяческих связей с миром людей, с нашим миром. Для большинства во все времена мотивы этого пугающего акта казались непостижимыми и даже мистическими.

Даже в нынешней — не бедной криминальными и чрезвычайными происшествиями жизни случается такое, что повергает в горькое отчаяние не только родственников погибших, но и следователей-профессионалов, повидавших такое, что нам и не снилось. К таким происшествиям относятся детские самоубийства.

От этого словосочетания «мороз по коже» и сознание отказывается понимать: как? почему? ребенок - душа ангельская, чистая, не тронутая вроде бы злом, как он может замыслить лишить себя жизни. Что должно произойти в жизни мальчика или девочки столь ужасного, чтобы он добровольно захотел умереть?!

На все почему хорошо и полно ответила в своем докладе о детском суициде ассистент кафедры психофизиологии ребенка педагогического университета им. А.Герцена, член Общества православных врачей Санкт-Петербурга, педагог-психолог Неонилла Борисовна Быкова.

За последние годы отношение к самоубийству у детей и подростков резко изменилось. Причины детского суицида различны, это могут быть межличностные конфликты: более 50% - из-за нарушения общения в семье, а также из-за ссоры с друзьями или конфликтов с учителями. Специалисты условно различают три вида детских самоубийств: самоубийство-шантаж, самоубийство из любопытства и самоубийство из-за... нежелания жить.

Когда мы теряем ребенка из-за болезни или несчастного случая — это огромное горе для нас, родителей. Но когда ребенок — этот еще не оперившийся птенец — сам прерывает свой жизненный полет — это величайшая и непоправимая трагедия.

Смерть ребенка обычно «запускает» у родителей механизм мучительного поиска ответа на вопрос: «Почему?», «Что привело его к столь роковому шагу?» И практически всегда родители признают в случившемся свою вину: упустили... не поняли... не обратили внимания... Терзаясь чувством вины и идеей искупления греха», они превращают в ад не только свою жизнь, но и жизнь близких.

При исследовании множества подростковых самоубийств специалисты, занимающиеся данной проблемой, обнаружили одно сходное обстоятельство:

у этих детей очень сильно нарушаются эмоциональные взаимодействия с семьей, в частности отношения с матерью. Как бы подросток ни был ориентирован на ценности своей возрастной группы, острота его переживаний становится НЕСОВМЕСТИМОЙ С ЖИЗНЬЮ, если он отвергнут в родной семье. Формы отвержения всегда бывают разные и далеко не всегда это — подчеркнутое равнодушие.

Необходимо отметить, что многие из тех, кто покушается на самоубийство, — вовсе не хотят умирать. Они просто утратили способность общаться с миром обычным способом. Для них сверхдоза таблеток или перерезанные вены — способ сообщить всем о глубине своего отчаяния. Некоторые из самоубийц, умирая, молятся, чтобы их кто-то нашел до того, как наступит конец. А бывает и так, что неудачная попытка приводит к тому, что оставшуюся жизнь такой ребенок проводит в инвалидном кресле, или полностью утратив разум.

Существует статистика относительно возраста самоубийц. Оказывается, что подавляющая, непропорционально большая часть таких случаев приходится на долю подростков или юношей и девушек в переходном возрасте. На сухом языке медицины это называется специальным термином «пубертатный суицид», то есть «самоубийство, совершенное в пору полового созревания».

Причем это не беспризорники или дети из неблагополучных семей, где родителям до них нет дела. В 78% зарегистрированных суицидов это дети из вполне обеспеченных и благополучных (на первый взгляд) семей.

Причины суицидов в разные исторические времена различны. Так в XIX в. кончали жизнь самоубийством, чтобы оправдать поруганную честь. В наше время актуальны другие ценности, переживания, проблемы.

Детский психиатр, ведущий специалист Центра помощи семье и детям Российской Академии образования Елена Вроно, исследовавшая десятилетний опыт работы московского детско-подросткового суицидологического кабинета, отмечает: «70% наших пациентов в качестве повода, толкнувшего их на попытку суицида, называли разного рода школьные конфликты. Но когда разбираешься в существе дела, то, как правило, обнаруживаешь неблагополучие в семье. Однако это «неблагополучие» имеет не внешний, но содержательный характер: речь идет о дисфункциональных паттернах взаимодействия в семье, где в первую очередь нарушены родительско-детские отношения. Роль «последней капли» играют школьные ситуации, поскольку школа - это место, где ребенок проводит значительную часть своего времени. В школьном конфликте могут участвовать и сверстники, и учителя: традиционная школа жесткая, нормативная, не гибкая, к ребенку не расположенная, которая лишь обостряет личные проблемы подростков. http://psy.1september.ru/2000/17/12_13.htm

Психолог Л.В.Ким выделила еще одну причину детских самоубийств - прессинг успеха. Сегодня в нашей стране, как никогда прежде, велик престиж высшего образования. Родители настраивают ребенка на обязательный успех: поступление в ВУЗ, получение престижной работы. Все это сопровождается буквально «жертвенным» поведением родителей, готовых все продать для оплаты репетиторов и прочих услуг. Подобный груз непосильным бременем ложится на плечи детей. Страх не оправдать чаяний дорогих людей, гонка за успехом, да и собственные высокие притязания создают высокое напряжение, страх, гнетущую тревогу. http://www.vmeste.org/tema/main_0013.shtml

Психолог В.Ф.Войцех считает, что причины детского подросткового суицида часто состоят в том, что в сознании подростка нет негативного отношения к суицидам. Самоубийца в нашем обществе вызывает сочувствие, сожаление, но ни в коем случае - возмущение или презрение. Для сравнения: в Англии, например, самоубийство не только уголовное преступление, но и большой позор для родителей. И поэтому процент покушения на собственную жизнь там на порядок ниже, чем в России.
<http://www.mg.chita.ru/archive.php?number=101&cat=1&article=1502>

В какой-то степени жалость к самоубийцам способствует распространению среди подростков так называемого демонстративного суицида, при котором ставится цель не уйти из жизни, а привлечь внимание «обидчиков», наказать их, заставить «понять» и т.д. Как правило, эти суициды рассчитаны на «зрителей», но кончаются порой трагически, подростки ошибаются в расчетах, переигрывают, и в конце концов умирают, сами того не желая.

Частой причиной самоубийства, не только среди подростков, но и взрослых является смерть кумира. Такие самоубийцы, как правило, инфантильны, эмоционально и интеллектуально незрелы. Самоубийство фанатов - явление давно известное и имеет одну страшную тенденцию: оно часто носит массовый характер. В истории известны множество таких печальных примеров, один из них — эпидемия самоубийств, прокатившаяся по России после трагической смерти Сергея Есенина. Пример подражательных самоубийств — в европейских странах после выхода в свет романа И. Гете «Страдания юного Вертера» произошли самоубийства, получившие в социологии и психологии название «эффект Вертера». (Недаром власти некоторых стран запретили продажу этой книги!) А что творилось среди подростков после того, как на экранах страны прошел фильм «В моей смерти прошу винить Клаву К.»!?

Первая волна самоубийств фанатов в России (тогда еще СССР) началась после смерти Виктора Цоя. Общее число самоубийств в течение месяца после гибели Цоя выросло на тридцать процентов, в основном это были подростки.

Но подростковые самоубийства фанатов имеют одну страшную тенденцию - они часто носят массовый характер. Не только смерть кумира, но и единичный случай самоубийства в школе вызывает эпидемию суицидальных попыток подростков. Самоубийство может вызвать даже эмоциональное состояние, в которое попадает подросток под влиянием творчества тех или иных артистов. Весь ужас этого явления в том, что ни родители, ни учителя, ни психологи практически не могут предупредить суицид ребенка или подростка, совершенный «за компанию» или в связи со смертью любимого артиста. «Вина» за такие суицидальные эпидемии лежит только на присущих всем детям и подросткам внушаемости и подражании.

Не последнюю роль играет в причине суицидов пристрастие подростков к наркотикам и алкоголю.

Самоубийство же детей и подростков на религиозной почве на самом деле представляет собой убийство. Зачастую подростки, попавшие в религиозные секты, просто лишены возможности самостоятельного выбора - жить или умирать. Родители могут только препятствовать вхождению ребенка в религиозную секту, либо способствовать скорейшему выходу из нее. Но если ребенку уже внушена мысль о самоубийстве - он, скорее всего, воплотит ее в жизнь.

2. Взгляд на причины с богословской позиции

Подавляющее число самоубийц — психически здоровы. Суицид — это личностный кризис. И порой социальные факторы не имеют здесь решающего значения, это проблема духовная.

В основе культурно -образующих религий, которой является несомненно и христианство, категорически отрицательное отношение к добровольно уходящим из жизни. Во всех случаях оно считается тяжким грехом без надежды на прощение и на страшном суде Христовом.

Крещеный христианин, налагающий на себя убийственную руку, вдвойне оскорбляет Бога: и как Творца, и как Икупителя. Такое боговраждебное действие - плод неверия и противление Божественной воле. Господь дал жизнь, а самоубийца кощунственно отвергает этот дар. Архиепископ Иоанн (Шаховской) пишет: «Бедные страдальцы самоубийцы!.. Вы не приняли искупления, кратких земных очищающих страданий — сладких для принявшего, — о, гораздо более сладких, чем те призрачные наслаждения, в тоске по которым вы умерли. Да, в вашей власти было сделать это, как подсказала, шепнула вам сила зла, не имевшая над вами тогда никакой власти, но в вашей же власти было не делать этого.

Самоубийцы пред самоубийством своим совсем не знают, что около них стоит гадкий, (невыразимо) злой дух, понуждая их убить тело, разбить драгоценный «глиняный сосуд», хранящий душу до сроков Божиих. И советует этот дух, и убеждает, и настаивает, и понуждает, и запугивает всякими страхами: только чтобы человек нажал гашетку или перескочил через подоконник, убегая от жизни, от своего нестерпимого томления...

Человек и не догадывается, что «нестерпимое томление» не от жизни, а от того, от кого и все мысли, «обосновывающие» убийство себя. Человек думает, что это он сам рассуждает, и приходит к самоубийственному заключению. Но это совсем не он, а его мыслями говорит тот, кого Господь назвал «человекоубийцей искони»...

Человек только безвольно соглашается, невидимо для себя берет грех диавола на себя, сочетается с грехом и с диаволом... Одно покаянное молитвенное слово, одно мысленное хотя бы начертание спасительного Креста и с верою воззрение на Него — и паутина зла расторгнута, человек спасен силой Божией от своей гибели... Только малая искра живой веры и преданности Богу — и спасен человек! Но все ли люди, спасшиеся от убийства себя или от какого-либо другого греха, понимают, что около них стоял (а может быть, и еще стоит или иногда к ним приближается) отвратительный злой дух, существо, обнаруживаемое только некоей духовной чуткостью и обостренным духовным вниманием?

Далеко не все (даже христиане) отдают себе отчет в действиях и проявлениях злых духов, о которых с такой удивляющей силой и ясностью говорит слово Божие. 90 процентов самоубийц делают свой последний шаг под непосредственным влиянием духов — «человекоубийцы искони» (Ин. 8,44). И собственно, почти всякое самоубийство есть убийство демоном человека — руками самого человека.

Как же предотвратить трагедию подросткового суицида?

Самоубийство - весьма сложный, многоаспектный - философский, социальный, социологический, нравственный, культурный, юридический, медицинский и религиозный, одним словом междисциплинарный феномен.

Есть, конечно, внешние факторы профилактики, но учитывая междисциплинарный феномен проблемы, нужна консолидация всех структур, имеющих контакт с детской, подростковой средой, и в этом плане взаимодействие между Церковью и медициной глубоко важны, необходимы.

Главная мысль, которую вы должны донести до ребенка: в мире есть кто-то, кому ты нужен и кто нужен тебе, поэтому уходить отсюда нельзя.

Для этого уже появились телефоны доверия, как в социальных государственных службах, так и при Православных храмах.

Нельзя не отметить прекрасное новшество, именуемое православный психолог. «Психологическая служба при храме» - для многих такое сочетание выглядит экзотично. Однако в Москве и в других городах подобная служба уже существует, и поток людей, приходящих за помощью к православным психологам, с каждым годом становится все больше. Ведь надо признать, что подобно тому, как мы учим ребенка внешним проявлениям мира: не суй пальчик в огонь - обожжешься, не тронь осу - укусит, не выбегай перед машиной - собьет, не умея плавать, не ходи в глубину - утонешь; не уча проявлениям внешнего мира мы теряли бы детей в геометрической прогрессии, но мы учим же их этому, так надо и научить детей иметь представление о взаимодействии внешнего и внутреннего мира, научить критериям «принять или не принять». Нарботать механизм обучения детей существовать в духовно-пространственном мире.

Сейчас порой с негодованием выслушиваешь мнения противников вводить закон Божий в образовательные учреждения, но если посмотреть в другом ракурсе, с позиции христианского учения, то как раз причины самоубийства – это отсутствие духовно- нравственного воспитания, ослабление веры или даже неверие в загробную жизнь человека. Жизнь человека, потерявшего или даже на время забывшего эту веру, воистину несчастна и подвержена всяким бедам и опасностям. Справедливо говорит Достоевский, что «Без веры в свою душу и в ее бессмертие бытие человека неестественно, невыносимо и невыносимо», - (Дневн. писателя). Прежде всего, неверие приводит к самоубийству, затем - поведение в жизни. Распушенность нравов увеличивает число самоубийц. Пороки, грехи тяжкие обыкновенно рожают уныние, скорбь и тяготу с подавленностью духа. Бывают и такие легкомысленные подростки, что лишают себя жизни по самым пустым причинам: по самолюбию, по страсти к славе, по нежеланию подвергнуться стыду, по обманутым надеждам и другим причинам весьма невысокого достоинства.

Нам, взрослым, нужно помочь этим детям, показать, что жизнь - это мир Божий, а не тот зловонный мирок, который они знали до сих пор. Дети должны понять, что в поисках жизни не надо уходить в смерть: жизнь дается Господом на добрые дела, и как бы ни был тяжел жизненный крест, надо его нести. И важно, чтобы рядом с детьми оказался добрый, сильный, верующий человек.

А.Ю. Лихачева, к. филос. н., доц. кафедры социологии
и теории социальной работы филиала РГСУ в г. Воронеже

Реабилитация жертв деструктивных культов

В последние годы появилось много новых религиозных организаций, которые в литературе обозначают как нетрадиционные религии. По данным статистики, к последователям нетрадиционных религий причисляют себя 160 млн. человек в мире! На Западе и в России такие новые культы принято называть тоталитарными сектами. К ним относят те религиозные образования, для которых характерен жесткий фанатизм, стремление изолировать своих приверженцев от окружающего мира. Они практикуют насилие, беспорядочные сексуальные отношения, занимаются финансовыми махинациями, силой удерживают людей в своих рядах, ведут активную работу по разрушению семейных связей и т.д. Практическое ограничение деятельности тоталитарных сект удастся только в некоторых странах (например, в Испании), так как нет юридического определения этого термина.

Основой для возникновения такого рода организаций стало распространение целительства, исчезновение цельного религиозного мировоззрения, пропаганда восточных верований, паранаучные идеологии (в астрологию верят 70 % населения России – такого показателя нет ни в одной стране Запада).

Все нетрадиционные религии имеют ряд общих элементов. Их объединение происходит на основе протеста против общества или других религиозных верований. В сектах существует представление об основателе как о человеке исключительном и богоизбранном, которому открылась абсолютная истина. Новая религия строится на основе жёсткой дисциплины, твердого устава, определяющего внутреннюю жизнь секты. В псевдорелигиозных организациях, как правило, используется психотерапия, техника психологического манипулирования. А также новые религии находятся в оппозиции к официальным церквям.

В настоящее время в России насчитывается около 5000 различных организаций культовой направленности, в которых состоит около 2,5 млн. человек (в ФРГ их 700, а в США – 3000).

Преимущественно в секты вовлекается молодежь, но приводят их туда разные причины. Первую группу составляют люди с психическими заболеваниями или с некоторыми особенностями психического развития. Вторая группа представлена психически здоровыми людьми, но у которых существуют серьезные проблемы в семейной жизни или профессиональной деятельности. Это те люди, которым не хватает внимания, любви и уважения близких. Как правило, они воспитывались в семьях с авторитарным стилем воспитания, где отсутствовало душевное тепло. Третью группу составляют личности, занятые интенсивными духовными поисками. Это творческие люди, переживающие мировоззренческий кризис, стремления которых к высшим

целям остались невостребованными в обществе. Такая позиция побуждает человека к поиску группы людей, разделяющей его стремления.

Особую группу составляют люди, которые находятся в данный момент в непривычном, неустойчивом или неприятном социальном и психологическом положении. Это абитуриенты и выпускники ВУЗов, люди на отдыхе (путешествие, места развлечений), любой человек, переживающий какой-то стресс (болезнь, смерть близких, развод, переезд, безработица и т.п.), пожилые люди, оказавшиеся в длительном одиночестве, беженцы, мигранты, люди с психологическим комплексом альтруизма.

В большинстве случаев последователями нетрадиционных религий становятся люди с разрушенными социальными связями, утратившие или не имевшие твердых духовных ориентиров, выбитые из привычной жизни.

Однако следует понимать, что при некотором стечении обстоятельств жертвой манипулирования со стороны тоталитарных сект может оказаться, хотя бы и ненадолго, любой человек.

В целом можно сказать, что секта изменяет внутренний мир человека, подчиняя его себе. Главный результат их деятельности – разрушение личности.

В настоящее время в зарубежной психологии существуют следующие направления по работе с культовой зависимостью. Первое из них – это депрограммирование участников деструктивных культов. В основе этого метода лежит тактика переубеждения, призывающая к здравому смыслу, которая ориентирована на содержание проблемы. Данное направление иногда предусматривает насильственное похищение и принудительное заточение жертв тоталитарных сект. Процесс депрограммирования длится несколько дней, а в некоторых случаях занимает несколько недель. Результат считается достигнутым, если участник культа проявляет признаки психологического перелома и освобождения от культовой зависимости.

В США предусмотрена уголовная ответственность для тех лиц, которые применяют данный метод к людям старше 18 лет, в случае неудачного исхода депрограммирования.

Депрограммирование, как правило, наносит психологическую травму не только тому человеку, на которого направлено воздействие, но и остальным участникам процесса, поскольку данный метод не предполагает предварительного консультирования с членами семьи. В данном направлении не уделяется внимания последующей адаптации и реабилитации бывшего культиста.

Таким образом, депрограммирование юридически рискованно, так как оно осуществляется почти нелегальными методами, но до 1970-х гг. оно было единственным средством спасения от культовой зависимости.

В начале 1990-х гг. депрограммирование вытесняется консультированием о реформировании мышления (консультированием о выходе). Данное направление разработали Кэрол и Ноэл Джаамбалво. Это один из самых популярных и широко применяемых в США методов работы с культовой

зависимостью. Его цель – развить способность критически мыслить, оказать помощь в принятии решения на основе уважительного сообщения информации.

«В том случае когда участник культа дает психологам достаточно времени для предоставления их информации (обычно около трех дней) – консультируемые решают уйти примерно в 90 % случаев. Если они не дают консультантам достаточно времени, но выслушивают их информацию, результат достигается примерно в 60 % случаев»¹.

Для использования данного метода нужно, чтобы члены семьи поддерживали хорошие отношения с участником культа. Если этого нет, то им необходимо установить взаимопонимание с культистом. Для этого психолог сообщает членам семьи эффективные методы общения, а так же иную информацию, которая понадобится в ходе применения консультирования члена деструктивного культа.

Данный способ работы предполагает подбор команды, которая состоит из 3-4 психологов и заинтересованных членов семьи.

Консультирование длится около 3 дней по 12-16 часов в сутки, и включает следующие этапы.

1. Официальное представление специалиста по консультированию реформирования мышления.

На этом этапе семья представляет психологов культисту. Специалисты по консультированию рассказывают о своих намерениях, дают понять члену культа о том, что семья обеспокоена его участием в секте. Не дают категоричных оценок происходящего, не спорят с культистом, показывают свою готовность слушать. На основе полученной информации участник культа сам принимает решение.

2. Враждебность, отрицание, диссоциация.

Включаются механизмы психологической защиты, и культист отрицает факты или воспоминания, либо заново их истолковывает. Это происходит неосознанно. В том случае наиболее эффективным способом сравниться с отрицанием будет терпение, терпеливое предоставление информации. Обсуждается тактика контроля сознания, принятая в секте.

3. Соппротивление.

Признаками сопротивления являются попытки сменить тему или придирки. Демонстративное сопротивление, которое проявляет человек с культовой зависимостью той информации, которую предоставляет специалист по консультированию, является положительным знаком, поскольку человек не хочет обсуждать его, а не отрицает. Консультант должен продолжать информационное воздействие.

4. Интерес.

¹ Стивен Хассен «Освобождение от психологического насилия: Деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи // Пер. с англ. Е.Н. Волков, И.Н. Волкова. СПб, 2001. – С. 87.

Клиент проявляет интерес, если у него проявляются вопросы относительно предоставляемой ему информации, происходит изменение качества отношений, что проявляется в дружелюбии.

5. Участие.

Клиент стремится к поиску истины, способен к разносторонним взглядам на события. Он не проявляет враждебности по отношению к консультантам. Культист сам дает информацию о деструктивной деятельности культа.

6. Установление взаимосвязей.

Участник деструктивного культа оценивает, сравнивает, устанавливает взаимосвязь между полученной информацией. Создает последовательную, собственную, основанную на полученной информации, точку зрения. Это говорит об успехе процесса консультирования, поскольку человек мыслит независимо. Те, кто пребывал в культе длительное время быстрее откликаются на информацию консультантов, поскольку у них было время увидеть некоторые отрицательные стороны культа. Установление взаимосвязей происходит при адекватном восприятии действительности, признании существования различных точек зрения, восприятии альтернатив культовой группе.

Специалисты по реформированию мышления уважительно относятся к любому выбору, который сделает клиент. Если человек принимает решение покинуть деструктивный культ, то специалист по консультированию дает информацию о том, какие ресурсы могут ему помочь в дальнейшем.

Участие в консультировании всегда добровольное. Консультирование по реформированию мышления не нарушает права людей. В его основе профессиональное мастерство, а не сила. Это информационный подход, который ориентирован не на личность, а на содержание проблемы. Консультанту принадлежит ведущая роль в этом процессе. Именно от его образования, навыков, знаний будет зависеть успех консультирования.

«Большинство консультантов в этой области – бывшие члены культов, не имеющие вообще никакой социальной подготовки. Возможность сделать что-либо помимо обеспечения информации в культах и принципах контроля сознания выходит за пределы их компетенции»².

Чтобы эффективно содействовать исцелению необходимы специализированные знания и подготовка.

Программы помощи жертвам деструктивных культов и программы профессиональной подготовки, организованные гражданской организацией или церковью, могли бы в большой степени изменить жизнь человека после пребывания в секте. И главное место в реабилитации жертв деструктивных культов должно принадлежать Русской Православной Церкви и профессиональной медицине.

² Стивен Хассен «Освобождение от психологического насилия: Деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи // Пер. с англ. Е.Н. Волков, И.Н. Волкова. СПб, 2001. – С. 271.

В.С.Тарасюк
профессор Винницкого национального медицинского университета
д.п.н.
М.В.Лукашенко
психолог Винницкого медицинского колледжа

С М Е Р Т Ь В М Е Д И Ц И Н Е Г Л А З А М И М О Л О Д Ё Ж И .

Немного официальной статистики. В соответствии с международными критериями, население страны считается старым, если часть людей старше 65 лет превышает 7%. Сейчас в Украине таких людей в два раза больше (14 %). С 2000 года суммарный коэффициент рождаемости, то есть среднее количество детей, рождённых женщиной на протяжении всей жизни, достиг очень низкой для Украины цифры - 1,1 ребенка на одну женщину. Уровень рождаемости в Украине один из наиболее низких в Европе. Часть детей, родившихся матерями возрастом до 20 лет, составляет 16,5%. Для сравнения: в развитых странах мира аналогичные показатели составляют не больше 3%. В Украине продолжается увеличение части внебрачных рождений. Около 17% детей рождается вне брака. Это самый высокий показатель за послевоенные годы. 6,8% семей, а это около одного миллиона супружеских пар хотят, но не могут иметь детей. Острой сегодня есть проблема не вынашивания. Этот показатель составляет 7,4‰ на тыс. женщин фертильного возраста. Аборты у нас все еще продолжают оставаться основным методом регулирования рождаемости, а их частота превышает аналогичные показатели в развитых странах, в 6 раз.

Сегодня стандартизированный коэффициент смертности население в Украине вдвое выше, чем в странах Европейского союза. Увеличение смертности населения происходило, прежде всего, в возрастном интервале от 30 до 60 лет. Разве вся эта статистика не говорит сама за себя?

Эти данные легли в основу проведения нашего исследования. Нами были опрошены юноши и девушки возрастом от 15 до 26 лет. Мы старались охватить наиболее широкий круг молодёжи, поэтому проводили анкетирование школьников, студентов Винницкого медицинского колледжа, студентов медицинского и педагогического университетов и просто прохожих на улице. Общее количество респондентов составило 400 человек.

Медицина, как правило, ассоциируется со спасением жизни, помощью тем, кто страдает, тем не менее, у нее есть и другое лицо – лицо смерти. Аборт и эвтаназия. Смерть еще не родившегося человека, который не познал жизни, которого не спрашивали про его желание жить. И смерть человека, который прожил жизнь, страдает и уже не ценит этого дара. В обоих этих случаях

медицина приходит не спасать, а убивать. Отношение молодежи к такой смерти нас и интересовало.

Аборт и сегодня осуждается значительным количеством населения не только развитых стран (как свидетельствует приведённая статистика Дж. Уиллке), но и молодежью нашей страны. Так, 65% наших респондентов определяют аборт как преступление, убийство. В то же время, для 20% аборт есть решение жизненной проблемы, а для 15% - методом регулирования рождаемости. Тем не менее, меньше всего осуждаются аборты в медицинских учебных заведениях (55%), а наиболее – учениками 10-х классов (79%).

Свое положительное отношение к абортам высказали 14% респондентов, 9% не определились, а 77% относятся отрицательно. 68% опрашиваемых отмечают, что не могли бы сделать аборт или разрешить осуществить это своей девушке. Тем не менее, на вопрос, "что может заставить вас сделать аборт", 61% респондентов назвали болезнь плода, 31% - угрозу собственной жизни, 18% - несвоевременность беременности, 9% - материальные проблемы и лишь 4% не назвали ничего... Наиболее переживают за "несвоевременную" беременность школьники - 24%.

79% молодёжи считают аборт грехом и ответственность за это возлагают на женщину (62%), на мужчину - 29% и врача - 20 %.

Существует идея, что адекватные знания молодежи о противозачаточных средствах решит проблему абортов. Как показал наш опрос, лишь 8% молодежи не смогли назвать методов контрацепции. Другие же 92% проявили свою осведомленность по данному вопросу.

Распространением идеи контрацепции занимаются центры планирования семьи. Тем не менее, по словам Уиллке, в США эта программа закончилась грандиозным провалом. Результатом обучения методам контрацепции стало увеличение количества нежелательных беременностей, количеств абортов, заболеваний, которые передаются половым путем. Возраст первого вступления в половую связь значительно уменьшился. Согласно отчету федерации "Планирование семьи", 60% женщин, которые делали аборт, пользовались перед зачатием противозачаточными средствами. Среди наших респондентов 11% указали, что делали аборты. Половой жизнью 5% начали жить в 13-15 лет, 19% - в 16-17 лет, 20% - 18-19 лет, 7% - в 20-23 года. Другие 49% не дали ответа на этот вопрос, или указали, что не живут половой жизнью. В то же время, 34% молодёжи считают неприемлемой для себя любую контрацепцию.

Великолепным можно считать ответ московских врачей молодёжи, которые исследовали побочные действия противозачаточных средств, и на вопрос "Чем лучше пользоваться?" дают ответ: "головой и по назначению".

Все чаще специалисты подчеркивают, что распространение противозачаточных средств среди подростков есть поощрение добранной половой жизни в более раннем возрасте. Действительно, сегодня 30% молодёжи советуют начинать половую жизнь с 13-17 лет; 41% - с 18 лет. Лишь 24% - с 19 до 21 года. 3% указали, что лучше начинать половую жизнь в

браке. Вообще, 70% молодёжи положительно относятся к сексуальной жизни до брака. 58% нормально воспринимают браки по причине беременности, рождение детей вне брака (70%).

По всей видимости, среди молодежи не существует категоричного не принятия ранней добрачной жизни. Нежелательная беременность, которая может возникнуть, по мнению 28% молодёжи может заканчиваться абортом. И чем ближе молодежь к раннему возрасту, тем более они склоняются к такому решению. Так, среди десятиклассников за ранние аборты 42%.

Кроме осведомленности относительно половой жизни, методов контрацепции, нас интересовал уровень знаний молодежи относительно возможных осложнений после абортов. Так, 83% опрошиваемых знают, что следствием аборта может быть бесплодие, 20% - указали возможность воспалений, 30% - депрессий. Другие важные последствия (самопроизвольные аборты, преждевременные роды, внематочная беременность и прочие) не были упомянуты. Кроме того, о том, что депрессии являются лишь составляющей постабортного синдрома (синдрома посттравматического стресса), который может проявиться и через 10 лет после аборта, никто из них не знает. Симптомами постабортного синдрома есть чувство вины, стыд, заниженная самооценка, фобии, враждебность по отношению к мужчинам, сексуальные расстройства, депрессии, попытки самоубийства. Риск смерти от самоубийства в шесть раз выше для женщин, которые делали аборт. А риск смерти от несчастного случая или убийства выше, соответственно, в 4 и 12 раз. Почему-то совсем забыли о таком "осложнении" после аборта, как, так называемые "материнские потери". Ведь каждая пятая смерть матери в нашей стране связанная с абортом

Невозможно говорить об аборте, не определившись с тем, от кого же избавляется женщина: ребенка? плодного яйца? ткани? или просто "восстанавливает свой менструальный цикл"? На вопрос есть ли эмбрион в первые недели после зачатия человеком, 24% молодых людей дали отрицательный ответ. Тем не менее, человека определяют как биологическое существо, которое принадлежит виду *Homo Sapiens*. Это существо отличается от других тем, что имеет 46 хромосом в каждой клетке. Может у эмбриона не 46 хромосом? В этом сомневаются 23 % студентов-медиков.

Интересна позиция молодежи относительно того, когда плод можно считать живым. 66 % считают, что плод живой от самого оплодотворения, а 26 % уверены, что он "оживает" с момента, когда начинает биться сердце или когда уже сформирован мозг (8 %).

В 1981 году Сенат США рассматривал законопроект №158 - "Билль о человеческой жизни". Цитируем официальный отчет Сената: "Врачи, биологи и прочие ученые согласны с тем, что зачатие знаменует собою начало жизни человеческого существа - существа живого, которое принадлежит к человеческому роду..."

Человек всегда склонен задумываться над дальнейшей судьбой души, которая ожидает её в мире ином. Какая же дальнейшая судьба не родившихся

детей? 45% молодёжи пророчат им полное исчезновение, 34% считают, что их души ожидает жизнь в раю, а 9% большее склоняются к аду. Еще 12% не смогли дать ответ на этот вопрос. Была также высказанная мысль, что дальнейшая судьба не родившихся детей зависит от срока, на котором осуществлялся аборт (на ранних сроках - исчезновение, на поздних - жизнь в раю), а также от метода abortирования (использование RU-486, вакуум-аспирации - исчезновение, другие методы - рай).

И хотя человек признается человеком от момента оплодотворения, 29% респондентов считают допустимым использование эмбрионов в медицинских и косметических целях. Еще 8% не определились. 13% опрошенной нами молодёжи советуют изменить в законодательстве Украины срок, до которого разрешаются аборты – увеличить его. Тем не менее, этот срок знают лишь 42%.

Большая часть молодежи считают, что аборты не нужны в Украине (57%), за их запрет высказывается 31%. Принимая аборты, мы принимаем новую этику, в которой человеческая жизнь имеет лишь относительную ценность. Сегодня человек не имеет права на жизнь лишь потому, что он существует. Человеку теперь разрешено существовать лишь, если он отвечает определенным стандартам независимости, физического совершенства или утилитарной полезности для других.

Существует и другое лицо смерти в медицине - эвтаназия.

Эвтаназия – так называемая "добрая смерть", "легкая смерть". Законодательством Голландии эвтаназию определяют как "всякое действие, направленное на то, чтобы положить конец жизни того или иного человека, идя навстречу его собственному желанию, и выполненное незаинтересованным лицом".

На Западе 20 лет тому назад легализацию эвтаназии поддерживал каждый пятый, сегодня – это около 80% взрослого населения США, Голландии, Норвегии, Англии, Дании.

Как же выглядит эта проблема с точки зрения нашей молодежи? 71% наших респондентов знают что такое эвтаназия (половина из них учатся в медицинских учебных заведениях). Их отношение к "легкой смерти": положительное - 38%, отрицательное - 51% и неопределенное - 11%. В то же время, за легализацию эвтаназии на Украине выступает 47%. И это притом, что назвать эвтаназию "легкой смертью", могут лишь 43% респондентов. Как легализация эвтаназии может повлиять на общество? 27% считают, что эвтаназия гуманизирует общество, а 53% - повлияет отрицательно.

"Помочь" больному умереть с помощью "метода наполненного шприца" (активная эвтаназия), или "методом отложенного шприца" (пассивная эвтаназия) - не понятно. Как не поняло и то, что это: убийство, самоубийство, простая медицинская операция? 43% опрошенных определяют эвтаназию как убийство, 20% - как самоубийство, а для 22% - это просто медицинская операция... При этом 41% не считают это грехом. Возникает тогда вопрос: что уже сегодня не является грехом - убийство или самоубийство?

Во многих странах тема эвтаназии одна из любимейших тем информационного "шоу-бизнеса". В украинских СМИ эта тема не так часто рассматривается, поэтому не удивительно, что 49% молодежи не знают, разрешена эвтаназия законодательством Украины. 9% уверенные, что разрешена, а 42% знают, что активная эвтаназия запрещена в нашей стране.

Осуществление активной эвтаназии предусматривает выполнение определенных медицинских манипуляций. Кто их может выполнять? 55% молодёжи предлагают, чтобы смерть приходила "в халате врача", 7% делегировали эти обязанности медицинской сестре, а 26% принимают вариант Дж. Кеворкяна. Он предлагал больному самому запускать в действие устройство с тремя капельницами: снотворное, вещество, парализующее мышцы и хлорид калия, который вызывает остановку сердца. Принять решение об осуществлении эвтаназии, по мнению 65% молодых людей должен сам больной, 20% поручает это родным больного, а 9% доверяют врачам, 6% не определились.

Относительно решения о собственной жизни, то на эвтаназию согласились бы 32% молодёжи, на эвтаназию своих родных - 18%, а лично осуществить её смогут 17%. По отношению к новорожденным детям-инвалидам молодежь легче всего соглашается на осуществление эвтаназии 32%.

Таким образом, как на аборт, так и на эвтаназию есть разные взгляды. Мир дискутирует, ломает копыя красноречия, пытается оправдать и легализировать убийства во имя собственного комфорта. Церковь же всегда отвечала на эти вопросы однозначно. Для современного человека это еще раз повторено в Основах социальной концепции Русской Православной Церкви: «XII.2. С древнейших времен Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех. Канонические правила приравнивают аборт к убийству. (...) XII.8. 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)».

Холодова Нина Балаевна
врач - невролог

Российский Научный Центр рентгенорадиологии старший научный
сотрудник отдела радиационной медицины.

ЗАМЕТКИ ПРАВОСЛАВНОГО ДОКТОРА.

Мы часто сталкиваемся в нашей врачебной практике при сборе анамнеза заболевания у пациентов с фактами обращения их за лечебной помощью к экстрасенсам, «знахарям», бабкам, парапсихологам, различным «целителям»: тибетским, китайским и пр., и даже к колдунам. Дефицита в подобного рода услуг сейчас нет. Газеты пестрят объявлениями: «потомственная колдунья лечит все болезни», «Народная целительница снимет порчу, сглаз, вылечит все болезни», «потомственная ясновидящая, имеющая 40 ступеней посвящения моментально вернёт мужа и соперница исчезнет из вашей жизни» и прочими им подобными. Даже просачиваются рекламные ролики подобного рода услуг на телевидении. Им предоставляется выступать по радио и телевидению. Совсем недавно по центральному телевидению «предсказательница» из Азербайджана предсказывала известному политику покушение на него, довольно серьёзно им воспринимаемое.

«По вере вашей да будет вам» - сказал Господь. Если мы верим Богу, соблюдаем заповеди Его, исповедуемся, причащаемся Святых Тайн - то мы ходим, хранимы Божией благодатью, и никакой колдун, прорицатель не причинит нам никакого зла, как бы он ни пыжился, тужился, вертелся, визжал и напрягался, все его «пожелания» вернутся ему самому. Если же человек верит цыганкам, колдунам, экстрасенсам, предсказательницам, то попадает под их власть и сбываются их предсказания.

Работа врача, врачевателя тел (кстати, одна из древнейших), имеющего специальное государственное медицинское образование, - благословляется Православной церковью, за исключением производства аборт, эвтаназии, вмешательства в геном человека и применения в качестве лекарства эмбриона человека и различных скверн (урины, распадающихся тканей).

Контингент обращающихся за помощью к экстрасенсам больных очень широк и не зависит от уровня образования: это и люди с высшим образованием и кандидаты наук и даже сами врачи.

Будучи православной христианкой, я объясняю таким пациентам, которые обращаются за помощью к магам, колдунам, целителям, экстрасенсам так: «Также как есть Бог и Ангелы и служащие им люди, также есть дьявол и бесы и люди, которые им служат. Колдуны, экстрасенсы, «знахари», «парапсихологи», «целители» - как они замаскировано себя называют - это всё служители нечистой силы. Обращаясь к служителям сатаны, вы попадаете под их влияние. Это нельзя делать, это вредно для души и тела человека».

Приведу некоторые конкретные примеры из моей практики.

Больной Т. 35 лет, лечился у экстрасенса от алкоголизма. Выпивать перестал, но потерял память и не может выполнять работу по специальности.

Больная Н. 48 лет, лечилась у целителя от язвы желудка. Язва прошла, но после лечения возникло нарушение мозгового кровообращения.

Больная Н. 44 лет, лечилась у вьетнамских целителей от остеохондроза позвоночника. Лечение, по словам больной, помогло. Но она вскоре упала и с переломом костей голени долго лежала в гипсе. Интересно, как она сама рассказывала о своём падении: «Я встала утром с постели, и у меня возникло ощущение, что вьетнамец, который лечил меня, сильно давит мне на плечи, и я упала на ровном месте возле кровати».

Таких аналогичных примеров множество. Если экстрасенс, маг или колдун вылечивает одно заболевание, то тут же появляется другое, более тяжёлое или, что ещё хуже, заболевают дети обращавшихся. Но он как бы своё дело сделал, заболевание, которое обещал вылечить, вылечил, забрал определенную сумму денег, а остальное его не касается.

Часты случаи, когда пациенты попадают в пожизненную зависимость к такому «целителю». Однажды, мой пациент - черныбылец обратился ко мне с просьбой проконсультировать и полечить его жену Л. 42 лет. После обследований был установлен диагноз: «вегетативно - сосудистая дистония по смешанному типу с диэнцефальными пароксизмами. Астено - невротический синдром». Больной назначались повторные курсы лечения. Эффект от лечения был незначительным. Примерно через год она радостная позвонила мне, что полностью исцелилась у одного «целителя» и рассказала мне, как он лечит. Заводит в пустую комнату, где только стол и 2 стула, и на столе лежит Библия. В течение получаса они сидят оба «целитель» и пациентка и молчат, и после этого у неё всё проходит. Через какое-то время он вновь назначает повторные сеансы.

Я всегда переживаю, когда не могу помочь больным, стараюсь найти причину, подбираю другие курсы лечения. В данном случае просматривалось какое-то странное необычное лечение, и я обратилась за советом к своему духовному отцу. Батюшка объяснил мне, что это обычный гипноз.

Пациентка Л. стала постоянным донором этого «целителя», работая только на оплату его услуг.

Я попыталась предостеречь просветить её. Позвонила ей и посоветовала обратиться в Православную церковь, к любому священнику и рассказать про своё лечение. Но она неистово защищала своего «целителя» и советовала мне обратиться к нему и поучиться. Говорила мне, что христианство устарело, а Библия - это вечно и лечиться надо по Библии, рассказала, что к нему большая очередь на лечение, и принимает он только по рекомендации знакомых. Больше я с ней не общалась.

Молодой человек И., 19 лет, студент МГИМО лечился у меня по поводу последствий перенесенной черепно - мозговой травмы. Он приходил на приём вместе с мамой. Однажды у них случилась беда. Старший брат И. попал в автоаварию и трагически погиб. Они, будучи в большом горе,

обратились к астрологам и занялись спиритизмом, чтобы вызвать душу брата и общаться с ним. Я объяснила и мальчику и его маме, какое это заблуждение, какой большой грех, что они наносят большой вред и своей душе и душе умершего, и посоветовала обратиться в церковь. Через некоторое время смотрю, он сидит ко мне на прием в очереди с вопрошающим взглядом. Заходит и сразу говорит: «Я прочитал в Евангелии от Матфея: «Не думайте, что Я пришёл принести мир на землю; не мир пришёл Я принести, но меч, ибо Я пришёл разделить человека с отцом его, и дочь с матерью её, и невестку со свекровью её». Мне это не нравится, я не могу идти в церковь. Объясняю ему: вот смотри: в одной семье один сын соблюдает заповеди Божии, творит добрые дела, не злопамятен, любит Бога и ближних своих, с великой радостью посещает богослужения, а другой сквернословит, злословит, богохульствует, не милосердный к ближним своим, после земной смерти, конечно же, души их будут разделены, они просто не могут находиться вместе, но разве Бог в этом виноват? Смотрю, взгляд у него прояснился, ушёл, ничего не сказав. Через некоторое время я узнала от общих знакомых, что они оба с мамой покрестились, воцерковились и ходят к одному священнику.

Знакомая медсестра посадила свою пятилетнюю дочь перед экраном телевизора во время сеанса Кашпировского просто для «оздоровления». Шёл сеанс с установкой от недержания мочи. У здоровой девочки развилось недержание мочи, и мама долго лечила девочку от этого недуга уже у врачей.

Пациентке А., 52 лет, после МРТ - томографии установили диагноз: рассеянный энцефалит. Больной был назначен курс лечения. Через месяц она пришла на приём и рассказала, что была у одной «монашки», и та сказала ей, что это не болезнь, а на неё навели порчу, и лечиться у врача ей не надо. Через полгода муж привёз пациентку с обострением процесса, в тяжёлом состоянии. В неврологическом отделении, куда госпитализировали больную, на следующий день она умерла.

В Святом Евангелии встречаем много повествований о том, как Господь исцелял людей: «Но чтобы знали вы, что Сын Человеческий имеет власть на земле прощать грехи, - сказал он расслабленному: тебе говорю: встань, возьми постель твою и иди в дом твой. И он тотчас встал пред ними, взял на чём лежал и пошёл в дом свой, славя Бога» (Еванг. от Луки, гл.5, зач. 24-25).

«Тогда привели к Нему бесноватому слепого и немого, и исцелил его, так что слепой и немой стал говорить и видеть». (Еванг. от Матф. Гл.12., зач.22).

«Тогда говорит человеку тому: протяни руку твою. И он протянул; и стала она здорова, как другая» (Еванг. от Матф. Гл. 12. зач. 13.)

«Пришед в дом Петров, Иисус увидел тещу его, лежащую в горячке, И коснулся руки её, и она встала и служила им.

Когда же настал вечер, к Нему привели многих бесноватых, и Он изгнал духов словом и исцелил всех больных». (Еванг. от Матф., гл.8., зач. 14-16). И множество подобных чудесных исцелений находим в Евангелии. Исцелённому слепому Господь говорит: смотри больше не грехи, чтобы не

случилось с тобой чего ещё хуже. Господь ясно даёт понять, что болезни посылаются человеку по его грехам или по грехам его родителей. А простить грехи человеку может только Бог, и только Его благодатью может быть чудесным образом исцелён человек. Это не под силу никакому магу, колдуну, экстрасенсу.

Хотелось бы поделиться своим опытом с коллегами и посоветовать при встрече с такими фактами у наших пациентов, не оставлять это без внимания, предостерегать людей об опасности и небезобидности обращений за медицинской помощью к магам, экстрасенсам, колдунам.

Мне пришлось также быть свидетельницей некоторых чудесных исцелений. Батюшка обратился ко мне с просьбой помочь 14-летнему мальчику, прихожанину нашего храма. При консультации выяснилось, что речь идёт о наследственном заболевании, связанном с нарушением обмена меди - гепатолентикулярной дегенерации. Для уточнения диагноза были необходимы дополнительные обследования, которые стоят дорого. Мальчика растит одна мама - бедная вдова и денег на обследование у них не было. У меня в то время находились деньги, собранные для детей из приюта, и я решила, что это не будет грехом, если я истрачу часть денег на другого ребёнка, которому они тоже очень необходимы, но мама категорически отказалась взять деньги, которые предназначены для детей - сирот. Мне ничего не оставалось делать, как доложить батюшке, что я ничем не могу помочь. Батюшка сказал: «хорошо, тогда я сам». Батюшка молился о нём. Прошло 4 года, и необъяснимое наукой чудо - мальчик сейчас здоров.

В храме, который находится недалеко от нашего дома, я встретила одного из трудников этого храма. Он стоял с костылями и просил милостыню. Я подошла к нему и спросила, что случилось с ним. Он рассказал, что у него болит поясница и ноги. Я предложила ему свою помощь, сказала, что ему нужно сделать рентгеновское исследование поясницы и лечиться. Но он объяснил, что его духовник не благословил лечиться, а благословил лечить душу, лечить гордыню вот таким способом - просить милостыню. Я несколько месяцев наблюдала за ним из профессионального любопытства. Он исправно выполнял батюшкин наказ: каждому кто подавал ему монетку, он низко кланялся и говорил: «Спаси тебя Господи и твою семью». Недавно я встретила его уже не перед церковью, просящим милостыню, а на богослужении и не на костылях, а с палочкой.

Между жизнью и смертью.

«ЭТА БОЛЕЗНЬ... КО СЛАВЕ БОЖИЕЙ...»

«Иисус, услышав то, сказал: эта болезнь не к смерти, но ко славе Божией...» (Иоан 11,4)

*«Истинная смерть не та, которая разлучает душу от тела, но та, которая удаляет душу от Бога»
(Святитель Кирилл Александрийский)*

Глубокоуважаемые всечестные отцы, братья и сестры. Хочу рассказать о том, что происходило со мной в тяжелейшие минуты моей жизни. Не только то, что происходило, сколько попытаться проанализировать возвращение человека из небытия, состояние его души в те минуты. И самое главное, - о величайшей силе Божией, о Его милости к нам.

В 1999 году я попал в тяжелейшую аварию, которая была смертельной для меня; и только горячие молитвы наших прихожан, родных и любимых христиан, усилия врачей явили мне, недостойному, милость Господа - я чудом остался жив.

Были у меня сомнения: а стоит ли писать и говорить о случившемся? Ведь это могло бы стать искушением для тех, кто заподозрил бы меня в гордыне.

Сомнения ушли после встречи с Блаженнейшим Владимиром, Митрополитом Киевским и всея Украины. На мои опасения он ответил: *«Все было даровано не единолично Вам, а людям, ревнующим о жизни богоугодной»*. Тогда и родилась книга «Между жизнью и смертью». Она о том, что Господь способен **нарушить** даже естества **чин!**

Помоги, Господи, изложить все происшедшее ясно и достойно.

О моем состоянии после катастрофы с медицинской точностью рассказала врач-анестезиолог отделения реанимации Жанна РАДЧЕНКО:

«Когда я впервые увидела нашего разбитого священника, невольно подумала: *«Не жилец...»* Настолько тяжелым было его состояние, что пронеслась мысль: *«Целесообразна ли моя врачебная помощь!»*

Состояние ужасное: тяжелая черепно-мозговая травма, сотрясение и ушиб головного мозга. Под вопросом стоял диагноз внутричерепной гематомы, перелома основания черепа, дислокации структур мозга. Больной был без сознания. Если подтвердится возможность гибели коры головного мозга, - это социальная смерть, то есть биологическое существование, практически без переживаний, мышления.

Однако оказание медицинской помощи продолжалось: велась борьба с отеком мозга, поддерживалась работа сердца и других функций организма.

Клиническая картина поврежденного мозга усиливалась: увеличился «симптом очков» (параорбитальная гематома, которая говорила о наличии перелома основания черепа). К полной обездвиженности в левой половине туловища (левосторонняя гемиплегия) присоединилась патологическая неврологическая симптоматика.

Каково же было мое изумление, когда на третьи сутки Михаил Георгиевич начал приходить в себя, переведен из реанимации в отделение! Как

врач я до сих пор не могу в это поверить. Налицо действие той удивительной силы, о которой мы, материалисты, пытаемся не думать. То, что существует Божия Сила, заставляет меня по-иному взглянуть на мир».

ЧУДЕСНЫЕ ФАКТЫ В МОМЕНТЫ ГИБЕЛИ ОРГАНИЗМА

Дальше — реанимация, нейрохирургия, кровь, боль и смерть... Не очень интересный для слушателей материал. Хочу рассказать только о событиях важных в духовном плане.

Первое, что я отметил, это ясное ощущение, что душа моя покидала тело. В дальнейшем происходило это несколько раз.

Помню ощущение легкости освобождения от больной, разломанной плоти. Включалось восприятие звука, цвета, формы. Я уходил в неповторимо прекрасный, восхитительный неземной мир. Сквозь болевой, кровавый мрак вдруг постепенно появился непередаваемо чудесный свет — он был похож не на сполохи какого-то светильника, это был мир, пронизанный переливающимся светом - самой жизнью.

Мои первые движения сопровождало Богослужение: молитвы, песнопения. Ощущал что-то близкое, знакомое - как впоследствии понял, что душа перекликнулась с родным монастырем! Там совершалась непрерывная молитва трое самых страшных для меня суток. Вот она — реальная рука христианской помощи.

Затем, среди голосов человеческих, я начал ощущать тончайшие переливы музыки - это звучали духовные песнопения, красоту которых не описать словами. Это был не мирской и даже не церковный хор, пусть и высокого уровня. Душа понимала: поют Небеса. Такого на земле я не слышал.

Подробней скажу о свете, которого коснулась моя душа в мире ином. Неземные, хрустально серебристые, нежно-золотистые переливы вмещают еще и сложнейшие, тончайшие оттенки, размывки, переходы. Глядя на пространство, наполненное миллиардами чудных цветовых переливов, я понял, что перед моими грешными глазами дышит, живет Мир Божий. Было ощущение, что этот цветовой мир наполнен жизнью. Я прямо оттуда воспринимал ответы на все волнующие меня вопросы.

Было очевидно, что все мы, земные люди, живем не так, по нашей греховности, не попадая в этот радостный ритм течения жизни, в это невидимое вселенское дыхание, созданное Богом. А вот великие христианские подвижники, в молитвах жили в этом ритме Божьего Света. Вспомним примеры из жизни преподобных отцов: Серафима Саровского, Сергия Радонежского, Оптинских старцев, великомученицы Параскевы, целителя Пантелеймона, современных страсотерпцев, мучеников за веру Христову... Многие люди свидетельствовали: в моменты усиленной молитвы от лиц этих людей исходил свет, от тел — сияние, в зимнем, снежном лесу открывались цветы и травы, в промерзшем карцере трашного лагеря обогревала молитвенная ночь... На глазах людей в молитвенной силе подвижников наглядно проявлялась безграничная Сила Божия.

В книге «Страшный Суд Божий» записаны видения Григория, ученика святого Василия Нового Царьградского: *«Там непрестанный покой, неиссякаемая радость, вечное торжество, вечный праздник — Вечная Пасха Нетленная».*

Эти слова так близки к моим чувствам! Ощущение счастья, которого коснулся я, недостойный, не оставляет меня до сих пор: радость, молитвенная легкость и безграничный покой... Слава Богу за все!

И вот начались мои встречи в неземном пространстве. Они по реальности и информативной насыщенности отличались от бредового состояния больного. Как правило, больное сознание человека хаотическим образом выбирает из памяти лики людей живых и усопших, связывая их воедино в каких-либо фантастических действиях.

При переходе души в мир иной я встречался только с усопшими людьми. И никакого хаоса - встречи четкие, ясные, осмысленные, с важными, нужными сведениями.

Часто слышу вопрос: «Действительно ли в эти моменты тело мое было вне жизни?» Вот мнение преподобного подвижника V века **Иоанна Кассиана**: *«Часто это (духовное видение) начинается у умирающего еще до смерти, и, все еще видя окружающих и даже беседуя с ними, они видят то, чего не видят другие».*

Первым, кто появился там на моем пути, был усопший духовный мой наставник, протоиерей Константин Огиенко. Лицо его, как всегда, жизнерадостное, с улыбкой:

— Вот и старец наш появился. Рановато...

Многие мне задают вопросы — какой он имел вид, во что был одет? Мне запомнились только лица усопших, на которых особенно выразительными были глаза. Очевидно, это самое характерное в человеке.

Глядя друг другу в глаза, мы безмолвно общались, через них текла нить нашего разговора. Выражение «Глаза - зеркало души» - не случайно, оно находит объяснение в Священном Писании: *«Светильник для тела есть око. Итак, если око твоё будет чисто, то все тело твоё будет светло. Если же око твоё будет худо, то все тело твоё будет темно»* (Мф. 6,22-23).

Ощущая свою греховность, человеку неловко поднять на собеседника глаза. Он невольно осознает: его вина видна в глазах. Дай нам, Господи, сил, чтобы глаза наши наполнялись светом любви и правды, чтобы не стыдно нам было поднять свои очи...

Одежду я видел очень смутно: какие-то серебристо переливающиеся накидки, покрова. Не запомнились ни руки, ни ноги. Вот мнение **Серафима (Роуза)**: *«Если кто-то склонен к излишнему буквализму в отношении этих видений, то следует, наверное, сказать, что, конечно, формы, которые принимают эти видения — не обязательно "фотографии" того, в каком положении находится душа в ином мире, но скорее образы, передающие духовную правду о... состоянии души».*

Общение с отцом Константином шло мысленно, глядя друг другу в глаза - наши души прекрасно это умеют делать, и не было никакой возможности утаить что-либо неприятное для тебя: общение шло, как естественное дыхание организма. Так же полно, как вдох и выдох здесь, на земле, мы будем «выдыхать» из себя все наши грехи там, на Небесах - вот вам те черные свитки, они хранятся в нас. Ужас охватил меня, когда я понял, что ко мне сейчас нагрянет черное бесовское племя и явит эти свитки с записями всех моих прегрешений.

Ответил мне отец Константин: - Прекрасно, что все это вовремя понял. А теперь возвращайся назад — тебя ждут дела, Церковь. Помни до конца дней своих все, что видел и расскажи людям.

Как происходило духовное общение? У епископа **Феофана Затворника** я нашёл: *«...душа по выходе из тела вступает в область духов, где как она, так и духи являются действующими по тем же формам, какие видны на земле между людьми: видят друг друга, говорят, ходят, спорят, действуют».*

Разница только в том, что там область утонченного вещества, эфирная, и в них все потому утонченно вещественно и эфирно».

При последующих переходах моей души в мир бестелесный произошла нежная встреча с моей усопшей мамочкой. Измученная на земле тяжелой смертельной болезнью, она твердо шла к Богу. И теперь я увидел ее в сиянии, которое не выразить земными словами! Нам обоим так хотелось остаться вместе... Но, упреждая мой вопрос, она сказала уверенно:

- Благословения Господня на это нет. Возвращайся назад. Крепись, трудись - тебе там сейчас будет трудно и больно. Ее глаза, глаза любящей матери, излучали немую скорбь за те болезненные корчи, которые мне еще предстояло выдержать

Меня поражает последовательность духовных встреч в Божием мире: первым появился усопший духовный наставник, и только потом — мама.

ВОЗВРАЩЕНИЕ ДУШИ В ПОКИНУТОЕ ТЕЛО

Воспоминания о неоднократном возвращении души в разбитое, искаленное тело—весьма невеселые. Помню состояние своего разбитого тела, малопривлекательно пребывать в нем. С послушанием (увы, весьма унылым) двигаюсь обратно.

Прежде всего, поражает ужасающий мрак, который застаешь на месте разлучения с телом. Пусть не обидятся работники больницы — у них там все освещено, убрано. Просто представьте себе тот резкий переход от сияния Божьего света на Небесах к нашим земным условиям, как бы старательно о них ни пеклись!

Увидела моя душенька ужасный бесформенный мешок, на которое весьма похоже было мое разломанное тело. Его содержимое, образно говоря, напомнило мне какой-то склад важных деталей, которые были не связаны друг с другом, не работали в едином ритме. Далее пошла рядовая, тяжелые будни по оживлению организма.

Хочу отметить, что в периоды моего полуобморочного, состояния меня, действительно, мучили всякие невероятные эффекты. Я видел какие-то боевые действия, стрельбу, гранаты, вертолеты. В таком состоянии без видений, галлюцинаций не обходится. Нужно только различить реакцию изувеченного тела, пораженного мозга, действия лекарств от той реальной благодати Божией, о которой идет речь.

ДУША ВО ВРЕМЯ СМЕРТИ ТЕЛА

Вспоминаю «Слова об исходе души...» святителя Кирилла Александрийского:

«Боюсь смерти, потому, что она горька... Боюсь тьмы, где нет и слабого мерцания света... Ужас объемлет меня, когда размышляю о дне страшного и нелицеприятного Суда, о Престоле грозном, о Суде праведном... Боюсь мучений неправых.

Судия праведный не потребует ни доносителей, ни свидетелей <...> но все, что мы ни сделали, о чем ни говорили, о чем ни думали, все обнаружит пред очами нас, грешных.

О горе мне, горе мне! Совесть будет обличать меня, писания свидетельствовать против меня О душа, дышащая сквернами, с гнусными делами твоими... Праведен Суд Божий, потому что, когда меня призывали — я не слушался; учили — не внимал наставлениям; доказывали мне — я пренебрегал...»

Назидательные слова! *«Помни о смерти и вовек не согрешишь»*

О жизни и смерти пишет священномученик **Анатолий (Грисюк), митрополит Одесский:**

«Воспомявая всех <...> умерших тружеников <...> мы возвышаемся до понимания истинной жизни, жизни отрешенной от всего условного, случайного, призрачного. Мы, живые, учимся <...> жизни у наших дорогих умерших <...> ибо то преимущество жизни, <...>, оказывается не только временным и непрочным, но иногда и совершенно мнимым».

Добавляет **преподобный Антоний Великий:**

«Живите, как бы ежедневно умирая» - это значит, что все наши житейские нестроения, душевные немощи врачуются, если мы ставим свою совесть как бы перед конечным Судом Божиим, *«как бы умирая»*.

Продолжает **митрополит Анатолий (Грисюк):** *«Помолитесь, - чтобы <...> я мог вместе с Апостолом дерзновенно сказать: "смерть действует в нас, а жизнь в вас" (2 Кор. 4,12)».*

Впоследствии я находил **подтверждения своим видениям** у различных людей — ученых, богословов, медиков и т.д.

Мысль о реальности увиденного мира утверждает мыслитель, богослов **Нормант Винсент Пил** в книге **«Сила позитивного мышления»:** *«Галлюцинации, сон, видения—я не верю в это, я слишком много лет опрашивал людей, которые были на краю "чего-то" и заглядывали туда. Они так единодушно говорили о красоте, свете, мире, что иметь какие-то сомнения невозможно».*

Серафим (Роуз) описывает ограниченные возможности личности, соприкасающейся с Божией Силой: *«Будем <...> о потусторонних опытах помнить, что они намного выше нашего низкого уровня восприятия и понимания, и что они даются нам больше как намеки, чем как полные описания того, что на человеческом языке вообще не может быть описано соответствующим образом».*

Имеются подтверждения этому и в Священном Писании: *«Не видел того глаз, не слышало ухо, и не приходило то на сердце человеку, что приготовил Бог любящим Его»* (1 Кор. 2, 9). Мы должны понимать, что человеческая душа может увидеть в мире ином?

Священное Писание говорит о существовании множества могущественных духовных существ, святых Ангелов.

Кроме светлых Ангелов, существует бездна темных ангельских сил. Действие злых духов весьма страшно для любого без Божией помощи. Священное Писание рассказывает о падении ангелов (**Апок. 12,4; Лк. 8,30**). Злой дух может действовать на человека так, как действуют на него предметы внешние, воздействуя на мозг и на низшие способности, на внешнюю оболочку души, а не на самую душу.

Злые духи способны обладать человеческими телами, вселяясь в них, но Спаситель дал всем верным власть изгонять бесов его именем посредством молитвы, очищающей душу, и поста, очищающего тело. Возможный собеседник нашей души, враг рода человеческого, способен на всяческие мистификации, ложь - это его сущность.

Анализируя случившееся, обнадеживает, что все происходило на фоне постоянной молитвы. По свидетельствам людей, находившихся рядом, я, даже в забытии, пытался читать молитвы. Богослужения, молитвы других людей бережно поддерживали и сопровождали мою душу в моменты расставания ее с телом.

Думается, что бесовские ухищрения никогда не вынесут такой молитвенной защиты, имитировать свое участие в нем они тоже не смогут: ведь оружие в борьбе с дьяволом - пост и молитва. Интересно и то, что мой организм в эти первые десять дней, без всякого приказа с моей стороны, находился на строгом посту, потребляя только освященную воду из источников святой преподобномученицы Параскевы и целителя Пантелеймона.

Вот эти факты, наверное, говорят о том, что открывшиеся события и явления, скорее всего, имели благодатный характер.

БЕДЫ НЕ ЗАКАНЧИВАЮТСЯ

Напасти для меня, грешного священника, на этом не кончились. Я решил добавить к вышесказанному событию со мной опять же между жизнью и смертью. Весной 2005 года я оказался в Симферопольской клинике: требовалась немедленная внутривисцеральная операция по поводу перитонита, проблем с сигмовидной кишкой. Спаси Господи честных тружеников, наших медиков. От верной смерти, по милости Божией, спасли. Однако состояние было таково, что все части моих внутренностей собрать окончательно не представлялось возможности, выведена кишка в бок, в калоприемник. Пробы, взятые при операции, указали на наличие злокачественной опухоли. Такая вот новость навалилась на меня и моих близких. Опять размышления, растерянность - вам понятны эмоции. Находился я в Параскевиевском монастыре: серьезное лекарство «Ксилода» с монастырскими молитвами делали все возможное. Кроме того, основательно поддерживало меня своими гомеопатическими препаратами, в частности «Новамином» Симферопольское отделение «Сибирское здоровье» Новосибирской академии наук.

Я не ограничивался только усилиями медиков. Шли молебны, Божественные Литургии с Причастием, постоянно окунался в целительный источник Параскевы. Все это помогло мне остаться на ногах пару месяцев. Однако, степень поражения была, очевидно, такова, что подошла острая необходимость повторной операции.

Состояние мое после нее было посерьезней первой. Душенька моя видела тщательно скрываемую озабоченность врачей.

В онкологической клинике встречи с больными приводили меня к мысли, что страдания больных по поводу опасности смерти, ускоряют кончину человека. Часто слышал бесконечные вопросы к врачам, сколько недель, или скажем месяцев, им осталось жить. Старался объяснить бессмысленность этих вопросов - ведь о факте и времени твоей кончины знает только Господь Вседержитель.

Вот о духовной стороне вопроса современный человек мало задумывается. Ставятся задачи - найти самого хорошего врача, достать необходимые лекарства, и все ... а молитва, твое покаяние, Причастие Святых Христовых Тайн - все это в стороне. И один ответ: - Да, вот поправлюсь, схожу непременно в Церковь. Сердце сжимается от вопроса, а допустит ли Господь твое выздоровление в таком состоянии?

Многочисленные исследования говорят, что все наши физические расстройства происходят от некоторого нравственного неупорядка. А тем более в онкологии.

Кроме того, без веры в Бога человек теряет надежду на благополучную перспективу. Конечно, пребывание в онкоцентре со своим недугом - это реальные муки, страдания, а также гнетущее чувство от неизвестности. Я видел

людей, которые, несмотря на диагноз, еще живут, но в глазах у них явственно видна смерть. Человек сдался, он уже готов умереть.

О внутренней готовности больного человека умереть, я могу свидетельствовать по личным воспоминаниям. По завершении второй операции выход из наркоза был весьма серьезен. Сознание медленно возвращалось, тело мое словно закаменелое, я не могу ни сказать, ни двинуть пальцем. Сквозь слегка приоткрытые веки вижу людей в белых халатах, слышу как в тумане, беспокойное: - Батюшка, дыши!.. Сохранив в памяти все боли, муки, которые довелось претерпеть, я понимал, что все это сейчас продолжится.

Внутренних сил уже не остается, и я ощущаю в себе твердый протест: - «Оставьте вы меня в покое, ни дышать, ни видеть, ни слышать более я не хочу ни вас, ни кого бы то ни было!» Сейчас эти эмоции для меня полностью ясны: я сдался, я был готов умереть...

Слава Богу, заработала постепенно христианская ниточка в душе: - а почему это ты без воли Божией не собираешься дышать? Самоубийством это пахнет - для христианина это ужасно. Поднатужился я своими немощами, и с хрипом что-то зашевелилось внутри. Слышу, шумят: - Молодец, батюшка, дыши, дыши... А у меня внутри укор: какой же ты молодец - умирать ведь собрался? Слава Богу за все, и низкий поклон нашим медикам. Благодарен моей верной любимой матушке, которая всегда рядом.

А далее третья операция: грыжа, спайки брюшной полости, удаление аппендикита. Такой вот финишный букет 2005 года. Молю Бога, чтобы это был действительно финиш этих недугов.

ПОКАЯНИЯ ОТВЕРЗИ МИ ДВЕРИ. ЖИЗНОДАВЧЕ!

Обобщая произошедшее со мной, хочется завершить свое повествование размышлением о покаянии человека.

Святой Иоанн Лествичник говорит: *«Покаяние есть возвращение крещения»*, то есть очищение совести. И продолжает **Исаак Сирин**: *«Покаяние есть корабль, а страх - его кормчий, любовь же - Божественная пристань... И когда достигнем любви, тогда достигнем мы Бога, и путь наш совершен, и пришли мы к острову тамошнего мира, где Отец и Сын и Дух Святой»*.

Покаяния нам не хватает. В один из моментов нахождения между жизнью и смертью в 1999г., моя душа наблюдала, как люди старательно перебирают груды мерзкого вида бумаг, документов. Они в них что-то вычитывали, скорбели или, наоборот, неистово радовались. Поднимаясь выше, я увидел просторы земли, на которой тысячи людей заняты этой ужасающей, непонятной работой. На мои недоумения я получил заботливый ответ, исходивший оттуда, из дивных переливов света: - Да, это все мирские, земные дела, суета... Перебирают они все, как им кажется, важное, — услышал я.

В этой громадной грязно-серой массе выделялись отдельные люди, у которых возле груди, головы вдруг зажигался примерно тот же свет, которым меня поразил мир иной. Большая часть движутся душ усопших людей блекло-тусклые, их очертания искажены, размыты. А довольно малая часть душ, в сиянии Фаворского света пересекает пространства.

- Смотри внимательно, - помогает мне невидимый голос, - люди, копаясь в пыли земных грехов, покрыли свои души грязной коркой. А если человек, пытаюсь уйти от этой грязи, принимает искреннее покаяние, ломается эта

корка, и начинает человек светиться. Свет от этих душ - это то, к чему призывает нас Господь Вседержитель. Любовь к Богу и ближнему своему.

Мы наполнены этой любовью еще с момента духовного рождения - Крещения. Посмотрите в глаза младенцу: какая чистая любовь в его душе! А мы, взрослые, разумные люди, в земной суете, не способны почувствовать эту любовь. Помните слова Иоанна Лествичника, покаяние - возвращение Крещения. Покаявшись со слезами, от всего сердца в своих прегрешениях, злодеяниях, преступлениях обретает человек крещенскую любовь Господню и начинает светить людям. Дай Бог нам всем ощущать этот свет.

Господь закрыл от человечества тайну загробной жизни, но по нашим молитвам, по вере христианской появляются какие-то очертания этого дивного мира. И конечно, каждому человеку важно хоть немного приоткрыть эту завесу, представить свой путь.

Хорошо сказал **Серафим (Роуз)**: *«Этот процесс (изучение о загробной жизни), который начинается сейчас, в этой жизни, а завершается в вечности, где мы "лицо к лицу" будем созерцать то, что сейчас видим "сквозь тусклое стекло, гадательно" (1 Кор. 13,12)».*

Близки мне слова Иоанна Кассиана: *«Милосердный Господь да дарует (...) помнить смерть во время земной жизни: памятованием ее, умерщвлением себя ко всему суетному (...) перейти в жизнь блаженную, вечную, истинную жизнь».*

Главный смысл нашей земной жизни - только через покаяние встретиться с Господом. Помните, как евангелист Лука передал слова Иисуса Христа: *«...наипаче ищите Царствия Божия, и это все приложится вам»* (Лк. 12, 31).

Послушайте строки схиигумена Саввы, как некий молитвенный вопль покаяния:

*Порою, в минуту души просветленья,
Заглянем глубоко-глубоко в себя...
И вырвется вопль из груди, как моление:
«Помилуй мя, Боже, помилуй меня!»*

*И лень, и немощь, и нету усердия...
Вся жизнь в суете исчезает моя,
Одна лишь надежда - Твое милосердие:
«Помилуй мя, Боже, помилуй меня!»*

*Рассеянье мысли, ума ослепленье,
Забвенье о цели сего бытия,
Какая-то холодность ко делу спасенья...
«Помилуй мя, Боже, помилуй меня!»*

*Как слабо, бесплотно бывает раскаянье;
Лишь только пробьется живая струя,
Как снова доводит грех до отчаянья...
«Помилуй мя, Боже, помилуй меня!»*

*Помыслию ль о чаше души разлученья:
Какая загробная участь моя?..
Увы, мне! Страшусь я суда и мученья -
«Помилуй мя, Боже, помилуй меня!»*

*Ни теплоты, ни хладен... и нет мне спасенья,
-Заветы Спасителя ведаю я!
О, вера, велики твои упованья!
«Помилуй мя, Боже, помилуй меня!»*

Болезнует сердце, а дух разгорается...

*И с каждой святой благодати огня
-Молитвенный вопль из груди вырывается:
«О Боже, помилуй, помилуй меня!»*

Хотелось бы каждому пожелать ощущения в душе своей покаянных слез. Черта, отделяющая нас от вечной жизни, так близка, что мы даже не представляем... Это намного ближе, чем нам обычно, кажется! Аминь.



Январь 2006 г.
епархия

Протоиерей Михаил Овчинников, Крымская

Москва. Рождественские чтения. 2006 г.

Список использованной литературы:

«Толковая Библия или комментарий на все книги Св. Писания»,

А. П. Лопухин, Петербург, 1904 - 1907

«Новый Завет Господа нашего Иисуса Христа», синодальная типография, СПб., 1892.

Симфония на Ветхий и Новый Завет, типография А.П.Лопухина, СПб., 1900.

А. Семенова «Рак можно и нужно победить», Санкт-Петербург, «Невский проспект» 2001

Г. П. Малахов, «Онкологические болезни: лечение и профилактика народными средствами, Ростов на Дону, «Феникс», 2002

Е. Чижмина, «Я победила рак! Духовное и физическое совершенство», Ростов на Дону, «Феникс», Москва, «Зевс» 1997

Игнатий Брянчанинов, епископ. Аскетические опыты. Сочинения. Т. 3, изд. Тузова, СПб., 1886. Иннокентий, архиепископ Херсонский и Таврический. О существах высших человека, или о духах.

«Казак», М., 1996.

Иоанн (Шаховской), архиепископ Сан-Францисский. Сочинения.

Иеромонах Пантелеимон «Козни бесовские». Благовест, 1997, с. 60-68.

Кирилл Александрийский, «О Втором Пришествии и Страшном Суде».

Информационно-издательский центр УПЦ, Киев, 1998.

Л, Ким, «Исцеление неизлечимого (народная медицина против рака)», Рязань, «Стиль», 1994 Михаил Овчинников, протоиерей. Жизнь и смерть. Днепропетровск.

Михаил Овчинников, протоиерей. Между жизнью и смертью. «Паломник», Москва 2005

Настольная книга для монашествующих и мирян. Сост. архимандрит Иоанн (Крестьянкин). Свято

Успенский Псково-Печерский монастырь, 1998.

«Новомин. Запатентованный антиоксидантный комплекс» Корпорация «Сибирское здоровье» Нормант Винсент Пил. Сила позитивного мышления. Нью-Йорк, 1953.

О непосредственном откровении по учению Слова Божия. Религиозно-философская библиотека.

Выпуск 29-й. Изд. Братства святителя Алексия, 1995.

Преп. Иоанн Кассиан римлянин. Творения. М., 1891.

«Православная Церковь и современная медицина» Под редакцией к.м.н. священника *Сергия Филимонова*, Санкт-Петербург, 2002

П. Калиновский, «Переход. Последняя болезнь, смерть и после»

Москва, «Ставрополь», 2004 *Савва, схиигумен*. Плоды истинного покаяния. М., 1995.

Серафим (Роуз), иеромонах. Душа после смерти. М., 1992.

Сергей Нилус. На берегу Божией реки. Изд. Сретенского монастыря, М., 1999.

Старец Паисий Святогорец. Письма. Перевод Спасо-Преображенского Мгарского монастыря.

Полтавская епархия, 2001.

Страшный Суд Божий. Видение Григория, ученика Святого и Богоносного отца нашего Василия Нового Цареградского. Афон, 1995.

Тайны загробного мира *Сост. архимандр. Пантелеймон*. 1998.

Феофан Затворник, епископ. Толкование на 2-е Послание святого апостола Павла. М., 1894.

Черты деятельного благочестия, по учению Святых Отцов Православной Церкви. «Галактика», 1996.

Ян Гоулер, «Вы можете победить рак», Москва, «Салюс», 1997

Взаимодействие социальных институтов медицины и Православия в России.

Предлагаемый Вашему вниманию доклад называется: взаимодействие социальных институтов медицины и Православия в России

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы определить, в каких организационных формах выражается сотрудничество государственной системы здравоохранения России с Русской Православной Церковью в настоящее время.

Вторая цель, тесно связанная с первой, заключалась в том, чтобы дать описание просветительской и благотворительной деятельности, направленной на сокращение количества аборт, и представить ее в качестве одной из таких организационных форм взаимодействия социальных институтов медицины и религии.

Иными словами, мы постарались составить классификацию организационных форм взаимодействия системы здравоохранения с Церковью в настоящее время и представить Вам противоабортную деятельность в качестве одной из таких форм.

Для достижения первой цели был изучен опыт взаимодействия медицины и Православия, причем преимущественно в Москве. Это изучение достигалось путем применения следующих методов прикладной социологии: 1) анализа нормативных документов, регламентирующих взаимодействие системы здравоохранения с Церковью, православной медико-просветительской, научной медицинской, справочной и иной литературы, 2) наблюдения (а именно наблюдения в отношении храмов при больницах, деятельности сестричеств милосердия и тому подобного), 3) интервью с людьми, профессионально владеющими информацией по данной теме.

Для достижения второй цели мы использовали результаты работы Благотворительного Фонда защиты семьи, материнства и детства по отчетам за период с 2002 года.

В результате проведенной работы разработана классификация организационных форм взаимодействия медицины и Православия. Под организационными формами понимаются, во-первых, типичные учреждения, которые осуществляют взаимодействие, и во-вторых, виды деятельности, направленные на реализацию взаимодействия. Перечислю только направления сотрудничества (каждому направлению соответствует одна или несколько организационных форм).

Направления взаимодействия	Организационные формы
Взаимодействие ЛПУ с храмами и часовнями	Храмы и часовни при ЛПУ
Сестричества милосердия (общины, группы сестер милосердия)	Сестричества милосердия (общины, группы сестер милосердия)
Борьба с алкоголизмом,	Душепопечительские центры, клубы

наркоманией, табакокурением	(братства) трезвости
Взаимодействие в решении проблем биомедицинской этики	Комитеты по биомедицинской этике
Медико-просветительская деятельность Церкви	Медико-просветительские центры, издание медико-просветительской литературы
Взаимодействие в сфере помощи инвалидам	Благотворительные общества, патронажные службы, церковные учреждения для содержания инвалидов, храмы или часовни при государственных учреждениях, в которых содержатся инвалиды
Взаимодействие в сфере защиты материнства и детства	Благотворительные организации, правовые пункты психологической помощи беременным женщинам, оказавшимся в кризисной ситуации при женских консультациях и родильных домах, службы телефонного доверия
Взаимодействие в сфере помощи терминальным больным	Храмы или часовни при хосписе, общины сестер милосердия при хосписе
Конференции и семинары	Организация конференций и семинаров
Медицинская помощь верующим	Больницы и медицинские центры, принадлежащие Церкви; организация медицинской помощи верующим, принимающим участие в многодневных крестных ходах; специализированные отделения для верующих в лечебном учреждении
Взаимодействие медицины и религии в сфере медицинского образования	Храмы при медицинских вузах, медицинские училища под патронажем Церкви
Православные общества медицинских работников	Православные общества медицинских работников
Деятельность Церкви по реабилитации лиц, пострадавших в тоталитарных сектах; православная (святоотеческая) психотерапия	Душепопечительские центры
Научная и преподавательская работа по тематике взаимодействия	Научная и преподавательская работа
Подготовка священнослужителей для службы в больничных храмах	Не разработаны
Совместное издание материалов медицинской направленности	Не разработаны
Международные программы сотрудничества	Не разработаны

Перечень организационных форм пополняется по мере выявления новых форм.

Мы считаем, что защита семьи, материнства и детства является особым, отдельным направлением взаимодействия медицины и религии. Актуальность работы в этом направлении очевидна.

Известно, что сегодня в России ощущается острый недостаток эффективно работающих организаций и служб, которые могли бы оказывать квалифицированную помощь беременным женщинам, находящимся в кризисной ситуации. Последнее обстоятельство и послужило основным мотивом для создания православного Благотворительного Фонда соответствующей направленности. На фоне прогрессирующего демографического кризиса необходимо четко осознать, что социальная поддержка указанной социальной группы сможет решающим образом повлиять на демографическую ситуацию.

К сожалению, сегодня в России больше 60% всех беременностей заканчивается абортами. То есть на каждые три беременности мы имеем два аборта. Спад рождаемости наблюдается практически во всех регионах страны. За год мы теряем больше миллиона граждан, что сопоставимо с потерями во время ведения активных боевых действий.

Выходом из сложившейся ситуации мы видим принятие на общегосударственном уровне программы по оздоровлению нации и преодолению демографического кризиса. Некоторые направления такой программы уже существуют, они разработаны православным Благотворительным Фондом защиты семьи, материнства и детства и уже реализуются на практике, демонстрируя свои успешные результаты.

В частности, Фондом разработана программа помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Деятельность Фонда нашла поддержку Минздрава РФ и Московской Патриархии РПЦ. В рамках реализации совместной программы по сотрудничеству между Минздравом РФ и Московской Патриархией, при ряде лечебных учреждений Фондом организованы пункты психологической помощи для беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. На сегодня психологи Фонда работают в 2 роддомах и 1 женской консультации г. Москвы – это 27-й и 3-й родильные дома и женская консультация №6. К сожалению, далеко не всегда администрация медицинских учреждений идет на сотрудничество в указанном направлении. Случается и так, что руководство родильного дома соглашается на присутствие в стенах его учреждения православного психолога, но когда деятельность по профилактике абортов становится более-менее эффективной, это вызывает негодование и возмущение со стороны отдельных врачей, производящих аборты. Так, в свое время администрация 5-го, 11-го и 17-го родильных домов в Москве запретила психологам Фонда продолжать начатую работу по оказанию психологической помощи беременным женщинам, оказавшимся в кризисной ситуации. С грустью должен констатировать, что прерывание беременности является доходным бизнесом для многих врачей и, в силу последнего обстоятельства, любые попытки их профилактики встречаются с крайней враждебностью. Однако, несмотря на все вышеизложенное, подобная деятельность ведется представительствами и партнерами Фонда в 38 регионах России. По результатам этой работы можно констатировать отказ примерно от 10 до 15% женщин от аборта. Совершенно

очевидно, что как только эта деятельность начнет проводиться в рамках специально разработанной государственной программы по защите материнства, то можно будет спасать миллионы нерожденных детей и тем самым позитивно влиять на демографическую ситуацию в стране. При Фонде действует **единственный в России телефон доверия по вопросам кризисной и незапланированной беременности**.

Мы считаем эффективным в отношении профилактики аборт и материнской смертности опыт Германии, Польши и других европейских стран, их законодательство и практику, когда государство стоит на защите своих потенциальных граждан. Там женщина, прежде чем получить разрешение на прерывание беременности (если последняя не угрожает жизни самой матери) в обязательном порядке должна пройти консультации у специалистов, работа которых направлена на максимальную защиту беременности и на профилактику материнской смертности. Делается все возможное, чтобы помочь будущей матери. Ей оказывают психологическую, юридическую, социальную и материальную поддержку.

Как показывает деятельность Фонда, на протяжении последних лет все чаще приходится наблюдать патологическую боязнь многих супругов иметь больше двух детей. Очень часто такие опасения возникают отнюдь не по экономическим соображениям, как это часто пытаются представить СМИ, чаще это случается из-за негативного отношения к большой семье в нашем обществе. Такое отношение возникло во многом под влиянием СМИ, которые пропагандируют гедонистические ценности. Согласно этим ценностям, человек должен жить в свое удовольствие, не обременяя себя обязательствами и ответственностью, поэтому семья, дети для такого человека – обуза.

Очень удачным в профилактике социально обусловленных аборт, на наш взгляд, является использование патронатных семей. Иногда случается так, что женщина ни под каким предлогом не хочет оставлять у себя ребенка, т. е. сохранять беременность. Тогда она могла бы отдать его людям, которые хотят усыновить ребенка. Ведь у нас в стране очень много семей, которые столкнулись с проблемой бесплодия и желают усыновить ребенка. Поэтому государство, если оно заинтересовано в устранении негативных тенденций, должно создать необходимые условия для усыновления нежеланных и отказных детей такими семьями.

Следующим шагом в этом направлении должна стать семейно-ориентированная социальная реклама. Прежде всего необходимо многое изменить в работе отечественных СМИ, формирующих общественное мнение. Необходимо, чтобы по инициативе Русской Православной Церкви и Министерства Здравоохранения на телевидении, по радио, в печатных СМИ и в наружной рекламе на улицах создавался положительный образ семьи с 3-4 детьми. Сейчас крайне важно всеми возможными средствами демонстрировать преимущества семьи с несколькими детьми, пропагандировать радость

материнства и счастье отцовства. Семейный статус должен восприниматься обществом не просто как традиционная закономерность, а как уникальная форма социального творчества, которая поощряется государством.

Для преодоления тяжелейшего демографического кризиса, который мы с вами наблюдаем с 1993 г., необходима согласованность действий обеих сторон. В этой связи важно отметить необходимость поддержки Минздравом инициатив Православной Церкви, направленных на запрет деятельности иностранных деструктивных организаций, занимающихся на территории РФ демографической коррекцией. Эти организации хорошо известны. Прежде всего это РАПС. Хорошо подпитываемая Западом деятельность таких организаций заключается в пропаганде в основном среди молодежи, абортот, свободного секса и нетрадиционных сексуальных отношений. Известно, что подобной деятельностью занимался Адольф Гитлер на оккупированных территориях, зная какой это приносит успех в уничтожении целых народов.

Учитывая угрозу национальным интересам, которую заключает в себе демографический кризис, мы считаем необходимым безотлагательное принятие мер по защите, материнства и охране детства. Разработка предложенной нами программы по оздоровлению нации и преодолению семейно-демографического кризиса и ее последующая реализация может уже в скором будущем приостановить негативные тенденции в демографических процессах и создать предпосылки для восстановления баланса между смертностью и рождаемостью.