

Н.П. Шабалов

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В НЕОНАТОЛОГИИ

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, РФ

В статье обсуждаются этические проблемы в современной неонатологии: реанимация детей с экстремально низкой массой тела при рождении, неонатальный скрининг, активное участие матерей в выхаживании глубоко недоношенных детей, вопросы финансирования и государственной ответственности за систему оказания медицинской помощи новорожденным, перечень необходимых медикаментов в неонатологической практике, специализация медицинского персонала, принципы доказательной медицины в неонатологии и др.

**Ключевые слова:** неонатология, этические проблемы.

N.P. Shabalov

## ETHICAL PROBLEMS IN NEONATOLOGY

S.M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg, Russia

The article discusses the ethical problems in modern neonatology: resuscitation of children with extremely low birth weight, neonatal screening, active participation of mothers in nursing of extremely premature children, financing issues and State responsibility for the medical care system, the essential drugs list in neonatology practice, medical personnel specialization, evidence-based medicine principles in neonatology and others.

**Keywords:** neonatology, ethical problems.

Младенческая и неонатальная смертность в XXI веке в России, несмотря на переход с 2012 г. на критерии ВОЗ учета неонатальной смертности, снизилась вдвое и в Санкт-Петербурге, например, в 2015 г. составила 4,4‰ (младенческая смертность петербуржцев – 3,23‰) и 1,63‰ (ранняя неонатальная смертность в Санкт-Петербурге – 0,75‰). Не рассматривая основные принципы медицинской этики и деонтологии педиатра, ибо это сделано нами в учебнике «Детские болезни» (СПб.: Питер, 2012, т. 1, с. 77–134), а также неонатолога (см. учебное пособие «Неонатология», М.: ГЭОТАР, 2016, с. 42–52), стоит подчеркнуть, что в XXI веке возникли новые обстоятельства в работе неонатальной службы страны. Достигнут технологический прогресс и произошло совершенствование медицинской техники (особенно аппаратов искус-

ственной и вспомогательной вентиляции легких, систем слежения за основными параметрами гомеостаза новорожденного, лучевых методов диагностики, аппаратуры для лабораторных исследований и др.). Усовершенствованы тактика выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении (ЭНМТ, ОНМТ) и подходы к лечению всех новорожденных, исходя из положений доказательной медицины. Изменились принципы финансирования системы здравоохранения России. Это, на наш взгляд, приводит и к целесообразности рассмотрения возникших этических проблем.

Передовым уровнем отечественных дискуссий о проблемах в современной неонатологии стали дети, рожденные с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), и дети с ЭНМТ, имеющие массу тела при рождении 500 г

### Контактная информация:

**Шабалов Николай Павлович** – д.м.н., проф., зав. каф. детских болезней им. проф. М.С. Маслова Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова  
**Адрес:** Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. акад. Лебедева, 6  
**Тел.:** (812) 329-71-00, **E-mail:** npshabalov@yandex.ru  
Статья поступила 4.04.16, принята к печати 10.06.16.

### Contact Information:

**Shabalov Nikolai Pavlovich** – MD., prof., Head of Children's Diseases Department, S.M. Kirov Military Medical Academy  
**Address:** Russia, 194044, St. Petersburg, Acad. Lebedev str., 6  
**Tel.:** (812) 329-71-00, **E-mail:** npshabalov@yandex.ru  
Received on Apr. 4, 2016, submitted for publication on Jun. 10, 2016.

и менее. Есть полярные мнения о целесообразности их активного выхаживания. Что касается детей от ЭКО, то дискуссии здесь неуместны, ибо это — эффективный способ помощи бесплодным семьям, желающим иметь ребенка. Правда, об особой точке зрения Православной церкви по этой проблеме (считает нравственно недопустимым разрушение «избыточных» эмбрионов в связи с признанием человеческого достоинства даже за эмбрионом) можно прочесть в упомянутой главе учебника «Детские болезни».

**Этические аспекты реанимации в родильной комнате и выхаживания детей с ЭНМТ** согласно Международному консенсусу по реанимации новорожденных (МКРН), 2006:

«В каждой стране должны быть собственные рекомендации, когда не проводить активную реанимацию только что родившегося ребенка в критическом состоянии, но все же советуют воздержаться от активной реанимации анэнцефалов, детей с бесспорными признаками трисомий 13 или 18, имеющих гестационный возраст менее 23 недель и массу тела менее 400 г. Целесообразно решать вопрос о прекращении реанимационных мероприятий, если через 10 мин от начала реанимации сердечные сокращения у новорожденного отсутствуют или через 15–20 мин у ребенка сохраняется стойкая брадикардия, ибо у таких детей высоко вероятно тяжелое поражение мозга».

На международной конференции, посвященной проблеме комитетов по биоэтике при больницах в Израиле (Медицинская газета, 7.8.2009), Nitsan Amor (Израиль) предложил при рождении ребенка на сроке гестации 22–25 недель срочно (в пределах 24 ч) собирать заседание этического комитета, на котором должен решаться вопрос о выхаживании ребенка. «Хотя вопрос чрезвычайно сложный, в такой ситуации врачи и родители начинают играть роль Бога», — отметил докладчик.

Комментарий эксперта ЮНЕСКО по биоэтике проф. И. Шамова: «Предлагать не выхаживать рожденного живым человека, потому что он в последующем может часто болеть, едва ли можно считать этичным. И он едва ли подлежит компетенции этического комитета и даже родителей. Лучше выхаживать всех, кто выживет в любом сроке рождения».

Е.Н. Байбарина (2007), говоря об этических аспектах выхаживания детей с ЭНМТ в разных странах, сообщила, что в Швеции принята такая практика:

22 недели гестации (средняя массы тела — 500 г) — не проводить активных реанимационных мероприятий;

23–24 недели гестации (средняя массы тела 600–750 г) — реанимационные мероприятия согласовываются с родителями;

25 недель гестации — реанимировать всех.

Общепринятым является: дети с ЭНМТ и массивной перивентрикулярной лейкомаляцией, внутричерепным кровоизлиянием с поражением

большой части паренхимы мозга — переход на паллиативную терапию».

Здесь дискуссионным являются понятия активная реанимация и паллиативная терапия. В Санкт-Петербурге современную реанимацию и показанные хирургические вмешательства проводят всем новорожденным независимо от фоновой наследственной патологии, массы тела при рождении. К сожалению, это приводит иногда к многомесячному пребыванию больного в ОРИТН.

В то же время целесообразно привести результаты некоторых катамнестических исследований:

*Катамнез 110 детей 22–25 недель гестации, рожденных в 1988–1994 гг.* (А. Papageorgiou et al. «Avery Neonatology», 2005: 633–676): выжили 53%, в первые 2 года жизни 56% повторно госпитализировались в связи с грыжами, проблемами со слухом и зрением, бронхолитами, астмой или пневмонией, 59% имели гиперреактивность дыхательных путей, 57% — рецидивирующий отит; из 53 детей, у которых катамнез оценен к 5 годам: нормальное развитие — 67%, средней выраженности дефициты — 23%.

*Катамнез 1202 детей, рожденных с ЭНМТ, к возрасту 18 месяцев* (Schmidt B. et al., N. Engl. J. Med., 2001; 344: 1966): выживаемость 80%, ДЦП — 12%, тяжелое отставание в психомоторном развитии — 27%, глухота — 2%, слепота — 2%, смерть после 36 недель гестационного возраста — 4%, развитие без грубых дефектов — 53%.

*Катамнез 166 детей с ЭНМТ и ЗВУР к 19–20 годам* (Monset-Couchard M. et al., Biol. Neonate, 2002; 81: 244): языковые проблемы — 31%, расстройства поведения — 42% (грубые — 12%), ДЦП — 2%, дефекты зрения — 68%, глухота — 6% (после рецидивирующих отитов), 50% достигли степени бакалавра к 19–20 годам, 47% поступили в высшую школу в соответствии с возрастом.

Даже из этих в общем-то не самых новейших данных очевидно — выхаживать детей с ЭНМТ — рационально. Жаль, что не встретилось подобных отечественных работ.

Решение о том, чтобы не продолжать активную реанимацию у детей с множественными тяжелыми пороками развития, тяжелыми пороками мозга и в других случаях, всегда должно принимать коллегиально и согласовывать с родителями ребенка после обстоятельной беседы с ними, с разъяснением ситуации и вероятного прогноза. При жизнеугрожающей ситуации решение о путях помощи ребенку (иногда вопреки мнению родителей, например, о переливании эритроцитарной взвеси при тяжелой анемии у новорожденного, родители которого евангелисты) за рубежом принимают по разрешению суда, а у нас — этического комитета или трех врачей (оптимально с привлечением врачей-администраторов: главный врач, начмед, заведующий отделением).

**Этические вопросы расширения неонатального скрининга** в связи с совершенствованием технических возможностей достаточно обстоятельно рассмотрены С.С. Дерябиной (Вопросы современной педиатрии, 2015; 14 (6): 714–723) и в принципе нужно с нею согласиться. Вместе с тем, есть и **этические проблемы установления связи событий внутриутробного развития и раннего детства со здоровьем взрослого человека**. Один из аспектов: в 2009 г. трем исследователям (Э. Блэкбери, Л. Грэйдер, Д. Шостак) присуждена Нобелевская премия за открытие фермента теломеразы. Один из крупнейших современных медицинских генетиков В.С. Баранов пишет: «Установлено, что длина теломер в известной степени может служить индикатором здоровья человека и его биологического возраста. Укорочение теломер связано с риском сердечно-сосудистых заболеваний, частотой рака, диабета, болезни Альцгеймера, нарушений иммунной системы... Установлено, что патологические стрессорные воздействия, потрясения в детском возрасте способствуют укорочению теломер, а занятия спортом, размеренный образ жизни – увеличению их длины... Считается, что доля наследственности в здоровье человека составляет около 30%, большая часть здоровья определяется внешними факторами – около 70%. Следовательно, именно многообразные внешние факторы (питание, образ жизни, привычки и другое) вносят решающий вклад в реализацию особенностей индивидуального генома... Как показал полногеномный анализ генов кандидатов мультифакторных заболеваний и генов кандидатов старения методом GWAS, вклад самих генетических факторов в развитие многих хронических болезней, в том числе и болезней старения обычно не превышает 10–15%... Печальный опыт генетического тестирования наследственной предрасположенности к мультифакторным заболеваниям доказывает, что современный подход к проблемам геронтологии должен основываться на позициях эпигенетической медицины, то есть на индивидуальном анализе функции генов-кандидатов, изучении их транскрипционных и метаболических профилей и возможностях направленной эпигенетической коррекции неблагоприятных аллелей» (Успехи геронтологии, 2014; 2: 247–256).

Перед неонатологами стоит и новая проблема — в связи с совершенствованием технологизации медицинской помощи новорожденным, особенно родившимся с ОНМТ и ЭНМТ, возникло отчуждение ребенка от матери. Нередко такие дети становятся Маугли неонатального технического прогресса, ибо они лишены не только при появлении на свет но и нередко длительно, находясь в отделении реанимации, контакта с матерью и отсюда чувства защищенности, любви матери. И у нас и за рубежом есть успешные попытки разработки программ активизации участия матерей в выхаживании новорожденных с

ЭНМТ и ОНМТ. В частности, показано, что ежедневные в течение 1,5–2 ч контакты матери и новорожденного по методу «кенгуру» улучшают неврологический прогноз ребенка. Программы привлечения матерей в команду, выхаживающую ребенка с ЭНМТ в отделении реанимации, пока только разрабатываются. Например, за рубежом приветствуется участие толковых и трудолюбивых матерей в контроле параметров  $\text{FiO}_2$  при ИВЛ ребенка.

**Современное финансирование здравоохранения** в нашей стране – недостаточно прозрачно и понятно для граждан и даже врачей (соотношение средств бюджетного финансирования, ОМС, высокотехнологичной медицинской помощи и т.д.). В официальных выступлениях руководителей здравоохранения любого уровня, в газетах приводятся сведения о высоких зарплатах врачей и медсестер, работников высшей школы, не соответствующих служебным государственным ставкам. Конечно, сейчас мало кто среди медиков, преподавателей медицинских ВУЗов работает на одну ставку по принципу «хочешь жить — умей вертеться», но и полторы ставки не приводят к обычно приводимым цифрам зарплат. Действительно, существуют региональные надбавки, но основной источник — стимулирующие выплаты, которые главные врачи больниц, ректоры ВУЗов берут из денег за платные услуги, платное обучение, из экономии бюджетных средств при закупке медикаментов, аппаратуры, более дешевых молочных смесей и т.д. В крупных городах-миллионниках источником средств для надбавок нередко является плата за лечение иногородних больных. При этом надо помнить, что 90% лекарств в нашей стране – не брендовые дженерики, а больницы вынуждены для экономии закупать самые дешевые препараты, которые не всегда достаточно эффективны.

Нередко не вполне ясно — что у нас платно и что бесплатно. Например, проведение по желанию родителей расширенного генетического обследования, консультации специалистов высшего уровня, современные лучевые методы обследования и др. — платно или бесплатно?

Давно назрела проблема законодательного пересмотра (увеличения) базовых государственных бюджетных ставок врачей и особенно преподавателей медицинских ВУЗов.

**Государственная ответственность за систему оказания медицинской помощи новорожденным.** И.М. Воронцов (актовая речь «Онтогенез педиатрии и зарождение онтогенетической педиатрии», 1995) говорил: «Культивирование детства — главный стратегический путь к цивилизованному, процветающему, умному и доброму обществу будущего. Но даже выбор этого пути требует определенной степени зрелости, доброты и процветания от общества». В XXI веке в нашей стране построена и строится целая сеть Перинатальных центров, что, безусловно, отражает степень зрелости,



доброты в нашем государстве и привело в том числе и к существенному снижению неонатальной, младенческой смертности.

Вместе с тем, согласно данным «The Micronutrient Initiative» (США, 1995), законодательное обогащение поваренной соли йодом, молочных продуктов витаминами А и D, хлебобулочных изделий витаминами В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, РР, В<sub>6</sub>, а также железом приводит к: предотвращению 4 из 10 детских смертей; снижению материнской смертности более чем на треть; повышению работоспособности на 40%; увеличению IQ населения на 10–15 пунктов; увеличению валового национального продукта на 5%. С 1998 г. в США и с 2000 г. в Великобритании на тонну муки добавляют 240 г фолиевой кислоты и, соответственно, в хлебе, кашах увеличилось содержание витамина В<sub>9</sub>. *Почему у нас ничего этого не делается, хотя впервые предложил витаминизировать продукты питания 60 лет назад профессор В.В. Ефимов?*

В то же время периконцепционная профилактика фолиевой кислотой (Курило Л.Ф. и соавт. «Наследственные болезни»: Национальное руководство, М., 2013) приводит к снижению частоты развития врожденных пороков на:

- дефекты нервной трубки (spina bifida, анэнцефалия) – 80–100%;
- орофациальные расщелины — 40–80%;
- врожденные пороки сердца (тяжелые) — 40–60%;
- врожденные пороки конечностей — 35–80%;
- пороки мочевыводящих путей — 40–60%;
- риск рождения детей с множественными врожденными пороками развития снижается в 2–3 раза.

*Когда же российские неонатологи будут иметь возможность использовать в лечении новорожденных медикаменты, которые используют в повседневной работе неонатологи всего мира:*

- растворы декстрозы (рН 10% раствора глюкозы — 3,0, ибо для стабилизации используют HCL);
- витамин К<sub>1</sub> (фитоменадион — Конакион), а не К<sub>3</sub> (викасол);
- Coffeinum citrate, а не Coffeinum natrii benzoas (токсичен для мозга!);
- витаминно-микроэлементные препараты для внутривенного введения;
- натрия глицерофосфат для внутривенного введения для предупреждения остеопении недоношенных (особенно с ЭНМТ);
- фенobarбитал для внутривенного введения.

С 1960 г. в США и позднее в других развитых странах для профилактики развития как ранней, так и поздней геморрагической болезни новорожденных всем детям сразу после рождения вводят витамин К<sub>1</sub>. *У нас этого нет. Почему?*

Хорошо, что в России утвержден, хоть и неполный список орфанных заболеваний, при

которых государство обеспечивает бесплатно медикаменты, но повседневно по телевидению, в газетах (и даже в Медицинской газете) звучат обращения на сбор средств, например, для лечения грибковых инфекций у больных с онкологическими заболеваниями, на высокотехнологичную помощь с использованием дорогостоящих зарубежных инструментов или медикаментов. Горько это видеть и слышать, хотя понимаешь — современные медицинские технологии очень дорогостоящие, расслоение населения страны по уровню доходов — запредельное, и обращения за материальной помощью семьям с низкими доходами вполне рационально. Понимаешь также, что если бы в нашей стране выделялось на здравоохранение не 3,5–3,8% ВВП, а как в большинстве развитых стран — 10–12% ВВП, то таких обращений было бы на порядки меньше.

*Имеет ли право неонатолог просить мать (семью) купить медикамент, отсутствующий в больнице, но необходимый ребенку?* Наш ответ — да. Врач стоит на страже интересов ребенка. Имеется известное противоречие между закрепленным в Конституции РФ правом на бесплатную медицинскую помощь и современным скудным финансированием медицины. Правда, это нередко вызывает негативную реакцию у родителей, а иногда и у руководителей здравоохранения, ибо, когда поступает жалоба родителей, то руководители говорят, что они нашли бы деньги. Но это уже после жалобы. Однако, конечно, такие просьбы надо согласовывать с возможностями семьи и особенностями психики, социального уклада семьи.

При большой чисто медицинской профессиональной нагрузке врач зачастую не имеет достаточно времени и подготовки для полноценной психологической поддержки родителей критически больных новорожденных.

Если учесть мнение психиатров о том, что примерно 5–10% населения психически нездоровы, а также антропоцентрический эгоизм («мне все должны»), доминирующий в настоящее время в обществе, то между врачом и такими людьми должен стоять кто-то — психолог, социальный работник, юрист.

Реальные пути совершенствования решения этических проблем у критически больных новорожденных:

- создание психологической службы в перинатальных центрах и детских больницах;
- введение службы социальных работников и юридической службы;
- принятие закона, гарантирующего права врача, обеспечивающего его юридическую защиту и профессиональную страховку.

При этом упомянутые специалисты должны работать в единой команде с неонатологами.

**Командный стиль работы.** Команда — группа людей, объединенных одной целью. Очень важна личность «командира» — заведующего отделением реанимации. Оптимально,

чтобы он руководил не по принципу «делай, как я сказал», а по принципу – «делай, как я».

*Специализация медицинского персонала* в отделениях реанимации новорожденных крайне не полезна. Опыт свидетельствует, что в крупном неонатальном отделении реанимации и интенсивной терапии среди среднего медицинского персонала целесообразно выделить медсестру-учителя (обучает и следит за правильным выполнением навыков лечения и ухода как медперсонал, а ведь он постоянно меняется, так и матерей), медсестру-эпидемиолога, аптечную медсестру, медсестру респираторного терапевта (обычно это юноши, готовые аппараты ИВЛ к работе, инфузионные насосы) и т.д.

*Постоянное повышение квалификации врачей и медсестер и их непрерывное медицинское образование* — необходимое условие совершенствования работы неонатологических отделений. В наше время в связи с технологизацией клинических дисциплин и прежде всего с широким применением неинвазивной визуализации патологии кажущаяся легкость диагноза делает ненужным, как ошибочно представляется, копание в анамнезе, родословной, обстоятельное клиническое обследование больного и ведет к гипоскилии (утрате навыков тщательного физикального обследования). Особенно это касается неврологического статуса. Каждодневная запись неонатолога в ОРИТ должна начинаться с оценки коммуникабельности ребенка.

*Сборник инструкций и памятка по основным вопросам диагностики, алгоритмам лечения применительно к условиям конкретного стационара*, которые желательно иметь в каждом отделении, составленные наиболее опытными врачами и медсестрами, должны периодически обсуждаться и пересматриваться. Зачем такой местный напоминальник? Ведь сейчас мы должны ориентироваться на международные рекомендации, принятые съездами, обществами на основе оценки с позиций доказательной медицины, руководствоваться общероссийскими клиническими рекомендациями. Это действительно так, но условия-то и возможности провести те или иные обследования в разных стационарах — разные, не говоря уже о большом количестве дженериков одного и того же лекарства, дезинфицирующих средств. Кто же пишет местный напоминальник в конкретном стационаре? За рубежом в крупных стационарах развитых стран врач в каком-то периоде (каждые 3–4 года) получает полугодовой отпуск для научной работы и повышения квалификации. Вот они-то и пишут, пересматривают, анализируют те или иные результаты деятельности отделения, больницы, учатся на циклах повышения квалификации разной специализированной направленности.

Американский неонатолог Ричард Вайнберг говорил: «История неонатологии на Западе — учебник триумфов и трагедий, иллюстрирующих как успехи, так и слабость (недоста-

точность) применения хороших научных знаний, основанных на принципах доказательной медицины в выхаживании новорожденных. Если мы внимательно слушаем голос истории, то можем научиться многому, показывающему важность и *западни (ловушки) доказательной медицины* в лечении новорожденных, ибо она, с одной стороны, — путь к хорошей лечебной практике, с другой — может быть повреждающей для конкретного больного» (лекция в Екатеринбурге).

*Наиболее дискуссионными и требующими размышления каждого неонатолога при лечении конкретного новорожденного являются* (Ричард Вайнберг):

- использование кислорода (высокого  $\text{FiO}_2$ ) при реанимации;
- струйное введение  $\text{NaCl}$  для контроля гипотензии, ибо это может уменьшить концентрацию гемоглобина в единице объема крови и увеличить гипоксию тканей (в частности, мозга);
- возможные границы  $\text{pCO}_2$  крови;
- постгипоксическая энцефалопатия и применение глюкозы, нейротрофиков, блокаторов кальциевых каналов, стероидов, антиконвульсантов, гипервентиляции при отеке мозга. Все это в неонатологии надо рассматривать как экспериментальное лечение;
- краниocereбральная гипотермия;
- фенобарбитал, другая фармакотерапия и внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК);
- диуретики и постгеморрагические гидроцефалии, так как в двух контролируемых исследованиях показано отсутствие уменьшения частоты постановки шунтов, увеличение риска нефрокальциноза и электролитных нарушений, плохого неврологического исхода в возрасте одного года;
- повторные люмбальные и вентрикулярные пункции не уменьшают риска гидроцефалии и частоты постановки шунтов, но увеличивают риск инфекций ЦНС;
- назначение дексаметазона для профилактики и лечения бронхолегочной дисплазии, ибо раннее высокодозовое применение дексаметазона увеличивает количество неонатальных смертей, ухудшает неврологический прогноз.

Согласно общепринятой точке зрения, у 90% применяемых в неонатологии лекарств не изучены основные фармакокинетические параметры у новорожденных (фармакокинетика, фармакодинамика, отдаленные последствия и др.). Необходимо резкое расширение исследований по неонатальной клинической фармакологии и изучение отдаленных последствий неонатальной медикаментозной терапии, в частности, целесообразности применения нейротрофических, нейропротекторных препаратов, иммуномодуляторов.

В докторском диссертационном исследовании Г.Н. Чумаковой (1998) на основании обобщения результатов клинко-лабораторных обследований более 700 новорожденных установлено,

что в генезе повышенной кровоточивости у новорожденных ведущее значение имеют тромбоцитарные дисфункции. Они зарегистрированы у 90% новорожденных с кровоточивостью (у 34,4% — наследственные тромбоцитопатии и у 55,6% — вторичные тромбоцитопатии, у 13% — в сочетании с вторичными коагулопатиями). Особо важно подчеркнуть, что при любых формах внутричерепных кровоизлияний у ребенка практически всегда выявляют тромбоцитопатию. При этом совпадение пиковой концентрации в крови трех лекарств ингибиторов агрегационной функции тромбоцитов всегда ведет к тромбоцитопатии и клинически выявляющейся кровоточивости. Запомнить все неблагоприятные влияния сочетанной медикаментозной терапии не просто, поэтому:

- крайне необходимо создание компьютерных программ по клинической фармакологии беременных, кормящих матерей, фармакотерапии плода, новорожденных с учетом взаимодействия лекарств;

- компьютеризация историй болезни новорожденных со сверкой лекарственных назначений на входе (т.е. в момент назначения) с вышеуказанной программой.

**И, наконец, последнее.** Академик РАН Александр Григорьевич Чучалин (Российская газета, 1. 03. 2012) констатирует: «Сегодня больницы строят храмы на своей территории. Я вижу в этом не столько тягу к церковной обрядности, сколько стремление вернуть врачебному обществу этические основы... Мы, русские врачи, воспитаны в христианских традициях, в основе которых — любовь к ближнему. И мы всегда рассматривали больного человека не как средство наживы, а как возможность ему служить. Такое понимание врачебного долга старается сегодня распространить в медицинской среде Общество православных врачей России. По сути,

это заповедь всех эскулапов, независимо от их религиозной принадлежности: служить больному человеку».

Вера — методология нравственного самосохранения человека, и врач, соблюдающий принципы биоэтики, вольно или невольно — верующий, ибо делает то, что хочет Господь.

Епископ Орехово-Зуевский Пантелеймон — председатель Общества православных врачей России (выступление на V Всероссийском съезде православных врачей, октябрь 2015, г. Санкт-Петербург) сказал: «Врачу очень важно верить, что добро сильнее зла, что добро побеждает зло. Важно быть милосердным, проявлять сострадание к каждому больному. Вера в этом помогает. Хотя я знаю врачей-атеистов, которые не имеют веры, причем некоторые из них очень успешно лечат. Но я искренне не могу понять, как это у них получается, как это происходит. Наверное, Божья воля может действовать и анонимно, через души и руки этих врачей».

Выдающийся отечественный педиатр Игорь Михайлович Воронцов говорил (актовая речь «Онтогенез педиатрии и зарождение онтогенетической педиатрии», 1995): «Вера и научная медицина ни в какой мере не исключают друг друга.... Духовный христианский или православный базис выступает здесь прежде всего в укреплении добра и совести для целителя и в укреплении надежды на исцеление больного и его семьи. Выполнение же долга добра и врачевания для педиатра и христианина должно быть освящено светом и разумом большой науки, трудом по ее постижению, опытом ее приложения к больному. Надо, чтобы *право на такие выражения веры, как «На все Божья Воля», «Бог дал — Бог взял» для врача всегда оставались такими словами, которые он скажет после слов: «Видит Бог, я действительно сделал все, что мог».*