

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА  
ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ВИТЕБСКАЯ ЕПАРХИЯ РИМСКО-КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ  
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ОТДЕЛ ПО ДЕЛАМ РЕЛИГИЙ И НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ  
ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА



**III Международная  
МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

# **Проблемы врачебной этики в современном мире**

**ТЕЗИСЫ**

**2 июня 2007 г.**  
**г. Витебск,**  
пр-т Фрунзе, д. 27,  
конференц-зал  
административного  
корпуса ВГМУ



Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет

Витебская епархия Римско-Католической Церкви  
в Республике Беларусь

Совет по делам религий и национальностей  
Витебского облисполкома

III Международная  
медицинская конференция

# ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Тезисы



Минск  
Издательство «Про Христо»  
2007



Дорогие братья и сестры во Христе!

2 июня 2007 г. Витебская епархия Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь совместно с ВГМУ проводит III Международную медицинскую конференцию «Проблемы врачебной этики в современном мире» и приглашает принять в ней участие врачей-христиан, независимо от конфессиональной принадлежности, представителей духовенства, всех людей доброй воли, интересующихся данной проблематикой.



## Витебская епархия Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь

13 октября 1999 г. святой памяти Слуга Божий Иоанн Павел II установил Витебскую епархию, совпадающую территориально с границей Витебской области. Первым епископом Витебской епархии назначен Владислав Блин, настоятель кафедрального собора Пресвятой Девы Марии в Могилёве.

Священнослужители Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь уделяют большое внимание душепастырской работе среди пациентов и медработников больниц области. Регулярно принимается исповедь у пациентов больниц; уделяются таинства евхаристии, крещения, елеопомазания больных. Еженедельно священники посещают больных пациентов, уделяя им таинства и неся духовную поддержку.

В рамках фестиваля «Дни христианской культуры в Витебске» организовываются благотворительные выставки изобразительного искусства, детского творчества, концерты для больных и сотрудников учреждений здравоохранения области.

По инициативе и с благословения епископа Витебского Владислава Блина 4 июня 2005 г. и 3 июня 2006 г. впервые в Беларуси проведены I и II Международные конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире», в работе которых приняли участие врачи и представители духовенства из Беларуси, России, Украины, Польши, Литвы, Хорватии.

Священники Витебской епархии и студенты-католики теологического отделения исторического факультета Витебского государственного университета им. П. М. Машерова приняли участие в V и VI Международных конференциях «Студенческая медицинская наука XXI века» (в 2005 и 2006 гг.).



Витебский государственный  
ордена Дружбы народов  
медицинский университет

Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет — одно из крупнейших высших учреждений образования в Республике Беларусь. В настоящее время в его стенах проходит обучение более 6 тысяч студентов и слушателей. Более 500 студентов из 30 стран мира обучаются на факультете подготовки иностранных граждан. Структуру вуза образуют 7 факультетов, 57 кафедр, центральная научно-исследовательская лаборатория, отдел научно-исследовательской информации, информационный центр, библиотека, редакционно-издательский полиграфический центр, спортивные залы и стадион. Университет издает 5 научно-практических журналов, многотиражную газету «Медвузовец».

Университет поддерживает и развивает разносторонние контакты в сфере медицинского образования и подготовки кадров, научных исследований и информационного обеспечения с рядом крупнейших учреждений Российской Федерации, СНГ и дальнего зарубежья.

В университете используется проблемное обучение, интеграция в преподавании общенаучных, профессиональных и специальных дисциплин. На всех кафедрах используется трехэтапная система оценки знаний студентов (компьютерное тестирование, практические навыки, устное собеседование). Кафедры оснащены современными автоматизированными средствами обучения, наборами муляжей и фантомов, сложным лечебно-диагностическим оборудованием. По всем дисциплинам изданы учебники, учебные пособия, печатные курсы лекций. В университете функционируют молодежные организации, многочисленные спортивные клубы и коллективы художественной самодеятельности.



## Витебск

Согласно легенде, Витебск был заложен киевской княгиней Ольгой в 974 г. Расположенный на перекрестке важнейших торговых путей древности Витебск стал центром ремесла и торговли...

Прошли столетия, сегодня Витебск — один из крупнейших городов Республики Беларусь. Индустриальный и культурный центр. Город над Западной Двиной вписал яркие страницы в культуру многих народов. С Витебском связаны жизнь и творчество просветителей прошлого: Франциска Скарины, Семіона Полоцкого, Иосифата Кунцевича; писателей — Александра Пушкина, Гавриила Державина, Николая Гоголя и многих других.

Витебск — город художников. Его называют «вторым Парижем». Здесь творили Марк Шагал, Илья Репин, Казимир Малевич и другие. С Витебском связаны биографии музыкантов и композиторов: Антона Рубинштейна, Леонида Собина, Марка Фрадкина и других, чьими именами названы улицы, площади, парки.

Сегодня Витебск известен и как музыкальная столица фестивалей. Здесь проходят джазовые, «бардовские», детские фортепианные фестивали, музыкальные фестивали имени И. И. Соллертинского, «Парады диксилендов». В 1988 и 1990 гг. проходил Всесоюзный фестиваль польской песни. С 1992 г. Витебск стал столицей Международного фестиваля искусств «Славянский базар». По инициативе епископа Витебского Владислава Блина с 2002 г. в городе проходит фестиваль «Дни христианской культуры».



### III Международная медицинская конференция «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

В конференции принимают участие медицинские работники, священнослужители, дипломаты — из Беларуси, Ватикана, Латвии, Литвы, Польши, Армении, Украины, Хорватии, Чехии.

#### **Спонсоры:**

CEI — Центральные Европейские Инициативы, фирмы Berlin-Chemie, Nycomed, Boehringer Ingelheim, Glaxo Smith Kline.

#### **Направления работы конференции:**

- Биоэтика в современной медицине
- Профилактика алкоголизма и наркомании в современных условиях
- «Культура жизни» против «культуры смерти» — духовные аспекты борьбы с абортами и эвтаназией
- Современная фармакотерапия и улучшение качества жизни больного человека

**Регистрация** участников конференции состоится 2 июня 2007 г. в административном корпусе Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета с 9.30 до 10.00 (г. Витебск, пр. Фрунзе, 27).

**Официальные языки конференции:** русский, белорусский, английский.

## ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

10.00

### **Открытие конференции и приветствие участников**

Его Преосвященство епископ Витебский **Владислав Блин**; ректор Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета проф. **В. П. Дейкало**

10.10

Выступление Его Высокопреосвященства кардинала **Хавьера Лосано Баррагана**, Председателя Папского Совета по делам Медицинских Работников (по душепастырству в сфере охраны здоровья) (Ватикан)

10.20

### **«Актуальные проблемы врачебной этики на современном этапе»**

**В. П. Дейкало**, проф., ректор ВГМУ; **Н. Ю. Коневалова**, проф.; **В. С. Глушанко**, проф.; **А. В. Степанов** (Беларусь)

10.30

### **«Этические проблемы современной трансплантологии»**

Д-р медицины **Яромир Дзель** (Польша)

10.50

### **«Деонтология основ подготовки врача в ВУЗе»**

**В. С. Куницкий**, зав. каф. оториноларинтологии ВГМУ (Беларусь)

11.00

**«Христианские аспекты медицинской этики»**

*О. В. Огирко*, канд. физ.-мат. наук, доц. каф. философии Львовской национальной академии ветеринарной медицины им. С. З. Гжицкого (Украина)

11.10

**«Духовные аспекты биоэтики и демографическая ситуация в Республике Беларусь»**

*Я. С. Сипайло, А. Я. Ермолова*, УЗ «Витебская областная клиническая больница» (Беларусь)

11.20

**«Медицина третьего тысячелетия: духовность или материализм»**

*А. Б. Бизунков*, Витебский государственный медицинский университет; Православное медицинское братство в честь свт. Алексия, Митрополита Московского (Беларусь)

11.30

**«Ребенок — дар Божий»**

*Антун Лисец*, д-р медицины (Хорватия)

11.40

**«Предлагает ли христианство реальную помощь в борьбе против зависимости?»**

*Павел Шимек*, представитель «Каритас» (Чехия)

11.50

**«Психологические аспекты духовного развития школьников»**

*Н. М. Медвецкая*, доц. каф. анатомии, физиологии и валеологии человека УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова» (Беларусь)

12.00

**«Репродуктивное здоровье молодежи:  
актуальность и опыт изучения проблемы  
в студенческой среде»**

*Е. Д. Смоленко*, доц. каф. анатомии, физиологии и валеологии человека УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова» (Беларусь)

12.10

**«Современные нестероидные препараты  
для улучшения качества жизни больных»**

*С. А. Сундеев*, представитель фирмы «Борингер Ингельхайм»

12.20

Драматическая миниатюра «Подари жизнь» в исполнении молодежи прихода Имени Марии д. Парафьяново Витебской епархии (под руководством с. Нунэ MSF)

13.00-14.00

**Перерыв  
Обед**

Презентация издательства «Про Христо» Минско-Могилевской архиепархии РКЦ в РБ и издательства медицинской литературы Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета (Беларусь)

14.00

**«Молодежь и алкоголь»**

*М. Н. Нурбаева*, доц. каф. анатомии, физиологии и валеологии человека УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова» (Беларусь)

14.10

**«Профилактика и решение проблемы алкоголизма»**

Свящ. *Анджей Бочар MS* (Польша)

14.20

**«Пища, которую дал нам Господь»**

*Т. П. Карнаушенко*, врач-педиатр; *М. Н. Нурбаева*, доц. каф. анатомии, физиологии и валеологии человека УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова» (Беларусь)

14.30

**«Этические аспекты проблем эвтаназии»**

*В. Н. Васильков*, доц. каф. философии человека УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова» (Беларусь)

14.40

**«Смерть как экзистенциальный феномен»**

*Ю. А. Коломийцева*, аспирант Белорусского государственного университета (Беларусь)

14.50

**«Формирование зрелой психосексуальной идентичности молодежи как основа профилактики ЗППП и аборт в молодежной среде»**

*Н. А. Пан*, психолог, ст. преподаватель Белорусской государственной академии искусств (Беларусь)

15.00

**«Препараты фирмы „Гласко Смит Кляйн Экспорт ЛТД” для улучшения качества жизни больных бронхиальной астмой»**

*И. В. Петухов*, региональный менеджер фирмы «GSK»

15.10

**«Кризис среднего возраста и пути его преодоления»**

Свящ. *Петр Белевич* ОМІ (Беларусь)

15.20-16.00

**Дискуссия**

16.00

**Заключительное слово**

Его Преосвященство епископ Витебский *Владислав Блин*

16.10-18.00

**Экскурсия по Витебску**

Тезисы III Международной  
медицинской конференции

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ  
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В. П. Дейкало, проф.; Н. Ю. Коневалова, проф.; В. С. Глушанко, проф.; А. В. Степанов

Витебский государственный медицинский университет

*г. Витебск, Беларусь*

В связи с развитием технических возможностей для проведения естественнонаучных исследований и либерализацией общества в последние десятилетия возникли новые этические и правовые проблемы в медицине [1].

Значимость этических проблем в медицине всегда была достаточно высока. Однако в последние годы, прежде всего, в связи с внедрением в нее новых технологий (генетическое манипулирование, эмбриональная хирургия, трансплантация органов, возможность поддержания человека в вегетативном состоянии на протяжении многих месяцев и т. д.), возникли нестандартные ситуации, усилившие остроту ее морально-этических и правовых проблем [5].

Целью работы было установление наиболее важных проблем в медицинской этике с учетом развития медицинской науки и практики, а также либерализации общества.

Материалы и методы: аналитические, логические.

К числу общих проблем биомедицинской этики относятся контроль за генной инженерией и, в частности, за клонированием человека, что может привести к катастрофическим последствиям для всего человечества. Определение морально-правового статуса человеческого эмбриона также является значимой проблемой, и в этом смысле — отношение к абортam без клинических показаний. По мнению Э. А. Фонотовой [5], как проблемные выступают также вопросы распределения донорских ресурсов, этические и правовые границы врачебной тайны, в том числе сообщение истинного диагноза, подход к определению критериев смерти и т. д. Решение таких этических проблем в медицине возможно только при участии специалистов как в области медицины, так юристов и психологов, с



учетом мнения широкой общественности.

В соответствии с Кодексом врачебной этики, опубликованном к Съезду врачей Беларуси, определяются правила врачебной этики, отражающие основные принципы медицинской деятельности и взаимоотношений врача и пациента. Главной целью профессиональной деятельности врача является сохранение жизни и здоровья человека, предотвращение болезней и облегчение страданий больных вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, социального состояния, политических убеждений и вероисповедания [2].

Выступая на открытии III Конференции еврокомиссий по этике, президент Франции Жак Ширак подчеркнул, что вследствие стремительного развития биологии и медицины, демографических изменений в индустриальных странах и сокращения ресурсов, обсуждение этических принципов в медицине стало насущной необходимостью [1]. Следует учитывать и тот факт, что современная наука имеет новый статус — она все более превращается в непосредственную производительную силу общества [4].

Морально-нравственные принципы в современном мире подвергаются интенсивному воздействию социально-экономических условий. Тем не менее, морально-нравственные нормы, определяемые Кодексом врачебной этики, обязывают врача не только содействовать делу охраны здоровья, но и бороться с любыми формами проявления жестокости и унижения человеческого достоинства.

В ходе последних преобразований в Республике Беларусь имеют место две формы собственности, это нашло свое отражение и в медицинской практике. В частности, в ряде регионов наряду с учреждениями государственной формы медицинского обеспечения растет также процент негосударственных организаций, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую помощь населению. В связи с этим актуальной проблемой становится четкий контроль за деятельностью новых структур, при одновременном повышении ответственности государственных организаций.

Общеизвестное выражение «врач лечит словом» является основополагающим в медицинской этике. В процессе практической деятельности врача можно выделить ряд коммуникативных, формирующихся при его контакте с другими лицами, и в частности: врач — пациент (больной), врач — родственники пациента, врач — коллеги по работе (руководитель подразделения, средний и младший медперсонал). В каждом из указанных случаев врач как специалист, ответственный за жизнь и здоровье человека, обязан обладать глубокими знаниями в области медицинской психологии и, прежде всего, этики межличностного общения. Все вышеуказанное должно закладываться на этапе обучения, повышения квалификации и переподготовки медицинских кадров с учетом личности обучаемого [3].

Прежде всего следует определить реалии, которые должны учитывать современная медицинская этика.

Экологическая ситуация — одна из основных проблем мирового сообщества, что в основном связано с антропогенным фактором. Новые научные исследования, в том числе клонирование, — это также одна из проблем, требующих глубокого осмысления. Еще одной проблемой здравоохранения является отношение к эвтаназии, мнение о которой довольно неоднородно в разных странах, неблагоприятная демографическая ситуация, повышение общей смертности, преимущественно из-за увеличения патологии сердечно-сосудистой системы, снижение рождаемости. В связи с этим правильное морально-нравственное поведение каждого члена общества способно определить действия всего общества. В этом смысле врач может играть ключевую роль, доводя до каждого пациента осознание его значимости как члена общества.

На современном этапе развития общества повышается роль врача как профессионала, создающего правильное отношение населения к формированию здорового образа жизни не только путем проведения бесед, но и собственным примером.

Большую озабоченность вызывает, в определенной степени устаревшая, директивная схема отношений врача и пациента, безусловно подавляющая личность обратившегося

за помощью больного человека, а в ряде случаев приводящая к возникновению конфликтных ситуаций.

Во многих странах мира созданы комитеты по биоэтической этике, которые призваны не только осуществлять этико-правовой контроль, но и модифицировать, на основании анализа современного состояния общества, этические правила и нормы.

Важным критерием деятельности врача является доверие пациента, строгое соблюдение морально-этических норм в отношении с пациентом, в том числе глубокое психологическое осмысление взаимоотношений в каждом отдельном случае с учетом личностных качеств больного человека, обратившегося к врачу за помощью и раскрывающему ему самое личностное — здоровье.

Таким образом, на основе рассмотрения ряда проблем медицинской этики с учетом современных реалий развития общества можно сделать вывод, что наиболее значимые проблемы подразделяются на группы:

- социально-экономические, определяемые уровнем жизни населения;
- связанные с разработкой и внедрением новых технологий (генная инженерия, клонирование, трансплантация органов);
- этико-правовых (границы врачебной тайны, подходы к определению критериев смерти, статус человеческого эмбриона, отношение к эвтаназии);
- связанные со сложившейся экологической ситуацией (Чернобыльская авария);
- этико-психологических (отношение врача с пациентами, их родственниками, с коллегами по работе);
- связанные с личностными качествами врача как профессионала (для формирования правильного отношения к здоровому образу жизни).

### **Литература:**

1. Закгейм А. Ю. Об этике преподавателя // Российский химический журнал. 1999. № 6. С. 41-44.

2. Король И. М. Проблемы медицинской этики за рубежом // Медицина. № 2. 1998. С. 14-15.
3. Кодекс врачебной этики // Медицина. № 2. 1998. С. 12-13.
4. Луд Н. Г., Солодков А. П., Луд Л. Н., Косинец В. А. Деонтология в медицинской науке // Вестник ВГМУ. № 6. 2006. С. 115-119.
5. Фоновата Э. А. Пришло время этических комиссий в Беларуси // Медицина. № 2. 1998. С. 16.

## КЛЯТВА ГИППОКРАТА НА ПОРОГЕ XXI ВЕКА

Священник, д-р Славомир Клементович, проф. Варшавского католического университета им. кард. Стефана Вышинского;  
душепастырь медиков Седлецкого диоцеза

*г. Седлице, Польша*

Был ли текст клятвы врача, содержащийся в **«Corpus Hippocraticum»**, составлен Гиппократом? Мнения историков по этому поводу расходятся. Одно лишь можно сказать с уверенностью, что личность Гиппократа стала достоянием истории. Этот великий врач родился в 460 г. до н. э., умер в 350 г. до н. э. Он был учителем и написал немало трудов. Считается, что содержащийся в **«Corpus Hippocraticum»** сборник из 59 трактатов, разделенных на 72 книги, является трудом не только самого Гиппократа и его учеников, но также других греческих авторов. Однако из всех работ, содержащихся в упомянутом источнике, «Клятва Гиппократа» является самым известным текстом, связанным с личностью Гиппократа.

Она начинается с обращения к богам, затем следует запрет использования субстанций, вызывающих смерть, запрет аборт, сексуальных контактов с пациентом. В конце «Клятвы» содержится рекомендация жить набожно и поступать бескорыстно.

Далее говорится: «Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

Даже по прошествии почти 2500 лет эти слова по-прежнему актуальны. «Клятву Гиппократа» в оригинальной версии или же с различными поправками на протяжении многих столетий произносят выпускники медицинских вузов. Первые упоминания о ней относятся к I в. н. э. Непреходящая актуальность этого текста вытекает из уважения к жизни, запрета абортов, а также из обязанности набожного и бескорыстного исполнения врачом профессиональных обязанностей, что ободряло больных во все эпохи и во всех уголках земного шара.

Пана Иоанн Павел II, ныне покойный, часто подчеркивал тесную связь души и тела (*soma* и *psyche*), а также необходимость целостного восприятия человека. В больном нельзя видеть только больной орган, но посредством видения целого организма, через среду человека необходимо видеть его душу. Прав был Аристотель, утверждая, что, начав изучать философию, можно прийти к медицине, и что, наоборот, медицина тесно связана с философией.

Стремительные изменения, произошедшие в медицине и используемых ею технологиях в конце II тысячелетия, бросают вызов также специалистам по проблемам биоэтики, которые прилагают все усилия, чтобы «Клятва Гиппократа» по-прежнему оставалась актуальной в эпоху трансплантологии, генной инженерии и молекулярной биохимии.

Насколько «Клятва Гиппократа» актуальна сегодня, в начале третьего тысячелетия? ***В сфере врачебной практики и медицинских наук возникают всё новые вопросы. Каждый врач, опираясь на свои совесть, ум и опыт, должен дать на них ответ.*** Каждая новая технология диагностики, каждая попытка оказания помощи, а зачастую и новое лекарство, внедряемое на рынок, ставят вопросы, требующие ответов.

– Имеет ли врач, который знает о хромосомных нарушениях, право голоса при планировании семьи, как это предписано в некоторых государствах?

– Где проходит граница между гуманным подходом к больному, желанием облегчить его страдания и возможностью продлить человеческое существование любой ценой?

– Имеет ли врач право молчать, если государство не реализует потребностей, связанных с охраной здоровья, а также обязан ли врач информировать общество о нуждах охраны здоровья нации?

– Где проходит граница между профессиональной добро-совестностью и невозможностью использовать современные средства диагностики, в том числе из-за нехватки финансовых средств?

– Имеет ли врач право принимать на себя дополнительные профессиональные обязанности, превышающие его собственные силы, с целью улучшения своего уровня жизни? Где граница, преступив которую врач не сможет добро-совестно исполнять свои обязанности в отношении больного?

– В какой степени неблагоприятные материальные и жи-лищные условия врача влияют на снижение уровня оказания им медицинских услуг?

– Где граница между обязанностью, профессиональной добросовестностью врача и обычным человеческим переу-томлением из-за чрезмерных требований со стороны меди-цинского учреждения?

Текст присяги гласит: **«Клянусь служить здоровью и жизни человека; никогда не вручу никакой женщине абортивного пессария».**

К сожалению, на практике мы часто сталкиваемся с рас-хождением между содержанием «Клятвы Гиппократата», этиче-ским кодексом врача и существующим в данном государстве законодательством.

– Допустимо ли при помощи врача улучшать экономиче-скую ситуацию некоторых семей, предписывая аборт вопреки присяге, религиозным убеждениям и просто вопреки совести?

– Является ли аборт проблемой непосредственно врача? Не касается ли она в той же степени и анестезиолога?

– Имеет ли государство право вмешиваться в совесть врачей? Имеет ли правительство право принимать законы, противоречащие «Клятве», не соответствующие кодексу этики?

В «Клятве» говорится: **«Всеми средствами, которые в моей власти, буду поддерживать честь и благородные традиции**

**профессии врача; к своим коллегам я буду относиться как к братьям; я не позволю, чтобы религиозные, национальные, расовые, политические или социальные мотивы помешали мне исполнить свой долг по отношению к пациенту».**

Каждый из врачей в момент принесения «Клятвы» осознавал, что сделает всё, чтобы стать как можно лучшим врачом. Только ли от самих врачей это зависит?

– Не совершает ли преступления врач, который выбирает специализацию хирурга, не имея для этого никаких мануальных способностей?

– Не поступает ли вопреки принесённой «Клятве» и собственной совести врач, гениальный теоретик, обладающий обширными теоретическими знаниями, но не способный наладить контакт с больным, проявить терпение, сочувствие, человеческий интерес?

– Имеет ли врач право курить, зная, что курение увеличивает риск раковых заболеваний и ухудшает кровообращение? Не противоречит ли такой дурной пример со стороны врачей принципу *primum non nocere* («во-первых, не навредить»)?

– Не отдаётся ли предпочтение при вступительных экзаменах в медицинские вузы гениальным умам, которые, однако, во врачебной практике не способны наладить контакт с больными? Не следует ли больше внимания уделять знакомству с личностью, психическими особенностями будущего врача, а не только проверять его знания? Генрих Нусбаум в «Записках о медицинских науках» писал, что больные люди нуждаются не в науке, не в философской истине, не в богатстве сведений и познаний, но в профессиональной помощи, искусстве лечения.

Медицина — это искусство лечения. Каноны профессии можно заключить в уставы и предписания, но значительно труднее заключить в параграфы искусство. А **вель медицина** — **это не только профессия**, как подчёркивали ещё древние врачи и мыслители. Вышеупомянутый Нусбаум писал: «Умение воздействовать на явления внешнего мира — это то, что мы называем искусством». Польский врач, этик и философ Х. Свентицкий на Краковском съезде врачей и естествоведов в 1912 г. сказал: «Без сомнения, медицина — это искусство,

но исполнение профессиональных врачебных обязанностей, опека над больными также является и всегда будет искусством. (...) Цель художника — создание красоты, **цель врача — возвращение красоты здорового человека**. Ибо для врача выздоровевший пациент является здоровым, живым эстетическим подтверждением его искусства».

**Каким же в таком случае должен быть идеальный врач?**

Теоретиком, который ежедневно следит за новинками в области диагностики и терапии, или скорее готовым к самопожертвованию самарянином? Гениальным диагностиком или же человеком, без остатка посвящающим себя больным?

Павел Василевский в «Газете лекарской» (2/97) написал, что «все видят, какие врачи из себя: скромные и заносчивые, бедные и богатые, вежливые и резкие. Они такие же, как и общество, из которого вышли. А нам бы хотелось, чтобы наши врачи были самыми лучшими». Статус врача в Польше очень высок. Опросы общественного мнения показывают, что самым важным в личности врача является умение налаживать контакт с пациентом, высокий уровень знаний и профессиональный опыт, что позволяет быстро ставить диагноз и назначать соответствующее лечение». Согласно исследованиям, проведённым в Познани, только 30% больных могут сказать, что встречали идеального врача.

В то же время критерии, определяющие лучшего врача, свидетельствуют о том, что хороший врач должен быть заботливым, доброжелательным, сердечным, проводить как можно больше времени с больным, а также быть специалистом в своей области.

Стоит процитировать высказывание Елены Коваленко («Тераз здраве», 4/97), которая утверждает: «Трудно выбрать врача года среди стольких замечательных людей и специалистов. Хотелось бы всех отметить и поблагодарить за помощь в болезни и несчастье, за слова ободрения и приветливую улыбку, так необходимую больному человеку». Благодарность пациентов — это те же медали, только отлитые сердцем. Хотелось бы повторить вслед за Иоанном Павлом II: «Какой мерой измерить человека? Человека следует измерять мерой сердца».



Разве существует награда прекраснее? Есть ли мера лучшая, чем мера сердца?

«Клятва Гиппократа» составлена зрелым человеком, прошедшим сложное обучение, человеком, который уже успел столкнуться с профессиональной ответственностью, страданием, смертью, проблемой необходимости быстро принимать решение. Личность хорошего врача формируется значительно раньше: в семье, в школе, в вузе. Позитивные плоды во врачебной практике принесут, прежде всего, нравственные ценности, усвоенные дома, в семье. Безусловно, важную роль в формировании личности играет обучение в средней школе.

Общество можно условно разделить на несколько наиболее характерных групп. В среде врачей мы также выделяем несколько, наиболее характерных типов.

***Medicus desperatus*** («отчаявшийся врач») — не способен найти себя в условиях свободного рынка, тоскующий по временам, когда кто-то «в верхах» руководил всем, и не нужно было задумываться, сколько стоит какая-либо медицинская услуга. Отчаявшийся врач, с грустью глядя в окно, скучает по временам, когда можно было «лёгкой рукой» подписывать направления на всевозможные лабораторные обследования, так как «служба здравоохранения — бесплатная».

***Medicus oeconomicus*** («врач-экономист») — умеет найти себе место на свободном рынке. Прекрасный руководитель, способен наладить практику в хорошо оборудованном кабинете. Благодаря «врачам-экономистам» многие медицинские услуги стали общедоступными.

Редкой и немногочисленной разновидностью является ***medicus rapax*** — «алчный врач». Уже спустя три года после начала практики он не может спать, если у коллеги автомобиль лучше, чем у него. Он охотно дежурит в выходные дни, поскольку за них лучше платят. Неохотно остаётся в сверхурочные часы, так как обычно практикует в кооперативе, в частном кабинете или кого-то заменяет. Его девиз: «Не лечись у врача бесплатно». ***Medicus rapax*** не стесняется спросить: «за сколько?» или: «что я буду с этого иметь?». К счастью, такие

врачи встречаются редко.

***Medicus formica laboris*** («врач — трудолюбивый муравей») — тип трудоголика. Он охотно берётся за дополнительную работу, если пациент приехал издалека или коллега заболел, и нет желающих подежурить. Такой врач ценит место своей работы и ради блага клиники, амбулатории, кабинета жертвует собственным отдыхом, свободным временем и удовольствиями. Считает, что добросовестный труд и исполнительность важнее всего.

***Medicus traditionalis*** («врач-традиционалист») неохотно использует новые медицинские технологии. Одевается и изъясняется старомодно. Во врачебных исследованиях скрупулёзен. Несмотря на антипатию к врачебным новинкам, он чаще всего — хороший диагностик и терапевт.

***Medicus publicus*** («врач-общественник») дает выход своей энергии в деятельности ради общественного блага. Предпринимает различные благотворительные акции, организует конференции, является активным членом научных обществ. Никогда не отрекается от своей профессии. Благодаря таким «врачам-общественникам» у нас есть врачебное самоуправление, во многих оздоровительных центрах созданы европейские условия работы. Во многих деревнях проведена канализация, упорядочены и озеленены городские территории, организуются выезды молодежи на природу.

Представленные выше типы врачей характерны для Польши, но с уверенностью можно сказать, что они соответствуют и белорусской реальности. Это разнообразие врачебных позиций вытекает из различия индивидуальностей, различного уровня знаний и жизненных ценностей. Речь здесь идет о таких ценностях, как огромное уважение к здоровью и жизни человека, добросовестность, самоотверженность, благожелательность, чуткость, терпение, желание служить и посвящать себя другому человеку, уважение к человеческому страданию, забота о повышении уровня услуг, умение видеть в другом человеке ближнего, а не просто случай во врачебной практике.

Перечисленные ценности не содержатся непосредственно в «Клятве», нет их и в нравственном кодексе или юридических

параграфах. Они заложены в человеческой совести и переключаются с аксиологическими ценностями, свидетельствующими о достоинстве человека и врача. От наличия этих ценностей зависит, занимает ли он гуманную позицию в отношении пациента и является ли врачом «по призванию». Об этом размышлял В. Коллар, когда писал, что «медицине можно обучиться, врачом же нужно родиться», а Н. Бетьюн сверх того считал, что «врачи лечат не только с помощью медицины». Ещё Гиппократ утверждал, что есть «много врачей по званию, но мало — по поступкам».

Одно из самых важных требований по отношению к сегодняшним врачам — требование руководствоваться высшими ценностями и врачебной совестью. Старая латинская поговорка гласит: «Совесть — это тысяча свидетелей». В наши дни Б. Гурницкий пишет: «По примеру совести формируется традиция нравственности, нации, среды, семьи и религии, вера в нравственный или божественный абсолют, авторитет добра, чувство собственного достоинства, а также психологическое чувство долга и ригористическое отношение к нравственным законам».

На протяжении двух с половиной тысячелетий врачи приносят «Клятву Гиппократа». Много столетий её анализировали, приспособляли к изменяющимся с развитием медицины условиям. Мы вошли в третье тысячелетие, и следует констатировать, что «Клятва», которая реализуется в деятельности врача в согласии с новейшими знаниями и перечисленными высшими чувствами, а также совестью врача, по-прежнему актуальна. Актуальна потребность соединить знания и сердце врача. Это подчёркивал Рафал Червинский, говоря: «Хирург должен стараться воспитывать своё сердце и характер, которые ему необходимы в такой же степени, как и знания. Таким образом, у врача должно быть сердце, проникнутое любовью к людям». И тогда, как говорил Сенека, «люди будут платить врачу за знания, а за сердце останутся перед ним в долгу».

Самых обширных знаний, достойных условий жизни и «сердца, проникнутого любовью к людям», я желаю всем врачам. Реализуя профессиональные обязанности, искусство

лечения и призвание служить другим, мы можем продавать только свои знания, а сердце можем только подарить.

## ХРИСТИАНСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

О. В. Огирко

Львовская национальная академия ветеринарной медицины

им. С. З. Гжицкого

*г. Львов, Украина*

В работе рассматриваются христианско-этические аспекты медицинской этики, следуя высказыванию античного философа Сократа: «Нельзя лечить тело, не лечя души».

В предисловии к Уставу Всемирной Организации Здравоохранения (ВООЗ) содержится знаменитое определение здоровья, в соответствии с которым здоровье определяется как «скорее, полное физическое, психологическое и ментальное благосостояние, чем отсутствие болезни». Это высказывание является актуальным и сегодня.

Первоочередное задание медицины заключается в достижении психосоматического и социального благосостояния и в устранении болезней и повреждений.

В настоящее время этические проблемы медицины приобретают чрезвычайную актуальность. Особенно это касается, в частности, базовых концепций жизни, здоровья и смерти человека, потому что если не будет человека, то кто по достоинству оценит природу, кто проникнется жалостью к ней и кто, наконец, спасет ее? Заметим, что призвание человека — достижение такой полноты жизни, которая превышает измерения его земного существования. К сожалению, оказывается, что человек безмерно ценен в глазах Господа Бога, но не самих людей.

Первым, коренным правом и источником всех прав человека является право на жизнь. Из него следует право человека на здоровье. Основой этих прав является истина: человек — образ и подобие Божье, бессмертное, предназначенное для вечности

бытие. Ценность человеческой жизни есть надконфессиональной и должна уважаться в каждой культуре.

Человеческая жизнь должна пользоваться уважением как нечто священное, потому что она основывается на творческом действии Бога, Который является Владыкой жизни от ее начала и до конца. Господь пожелал человека ради него самого на образ и подобие Бога, Живого и Святого. Жизнь и физическое здоровье является ценным благом, данным Богом. Потому мы должны разумно заботиться о них, учитывая потребности других и потребности всеобщего блага. Каждое общество и каждый врач должны стремиться уважать человека, его жизнь, достоинство, его здоровье и вместе с Церковью стоять на страже человеческой жизни и реализации жизненного призвания человека в соответствии с Божьим Промыслом, лечить ее. Известными первыми врачами-христианами были святой евангелист Лука, святые бессребреники Косма и Дамиан и другие.

Призыв «Познай и исцели самого себя» является второй заповедью из семи, дошедших до нас из античного мира, которые были выгравированы на фронто́не храма Аполлона в Дельфах в Греции, на Пелопонесском полуострове — родине Гиппократата.

Прославленный греческий врач Гиппократ прожил 140 лет, уча своих учеников быть умеренными в еде: «Так ешьте, чтобы не наедаться досыта, а немного чувствовать себя голодными». Он учил также:

1. Спешить делать добро, потому что жизнь человеческая коротка.

2. Познай и исцели самого себя.

3. Не приобретай ничего лишнего.

4. Чины все в меру.

5. Никогда не гневайся.

6. Ни при ком не ручайся.

7. В мире зло преобладает, а добро побеждает.

Подобное высказывание было также у античного философа Сократа (469–399 до н. э.): «Познай себя» — или «*Nosce te ipsum*» на латинском языке, «*Gnoti se auton*» на греческом.

Согласно этике греческого философа Аристотеля (384–322 до н. э.), который был также был врачом, наивысшим благом для человека является мудрость и доблесть, а также физическое здоровье и счастливая судьба. Арабский философ Авиценна (980–1037) также был врачом и считал, что главный принцип труда врача: «*Aliis inserviando, ipse consumor*» — «Служа другим, сгораю сам».

Только Господь Бог может полностью исцелить человеческую жизнь. Он исцеляет человека физически, психически и духовно. Господь Бог хочет спасти жизнь каждого человека, но это в большой мере зависит от самого человека, от понимания им своей ответственности перед Господом за огромный дар жизни, потому что — как учил философ Августин (Аврелий): «Человек, Бог, Который создал тебя без тебя, спасти тебя без тебя не сможет». По словам Апостола Павла: «Наше тело является храмом Святого Духа» (ср. 1 Кор 6, 19). Люди должны беречь свое здоровье, потому что при ухудшении его может пострадать и дух. Древние римляне не случайно говорили: «*mens sana in corpore sano*», что значит: «здоровый дух в здоровом теле». Божья Заповедь «Не убий!» (Исх 20, 13) запрещает нам уничтожать собственное здоровье, призывает постоянно оберегать его. Причиной всех болезней, страданий и смерти в мире является грех. Поэтому молитва, участие в Божественной Литургии, таинства Покаяния, Пресвятой Евхаристии, Соборования — это пути к христианскому исцелению больного.

Если прислушаться к словам профессора С. Евсиенка: «Человеческая медицина охраняет человека, ветеринарная медицина охраняет человечество», то можно сделать вывод следовательно вышеуказанные аспекты медицинской этики можно использовать и в практике ветеринарного врача.

# ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ БИОЭТИКИ И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Я. С. Сипайло, Л. Я. Ермолова

Научные руководители: д-р теологии Его Преосвященство  
епископ Витебский Владислав Блин; дош. каф. анатомии,  
физиологии и валеологии человека М. Н. Нурбаева

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»,  
УЗ «Витебская областная клиническая больница»

**г. Витебск, Беларусь**

Актуальность: в последнее десятилетие демографическая ситуация в нашей республике характеризуется низкой рождаемостью и высокой смертностью населения, что привело к его естественной убыли во всех областях республики. Положительный прирост населения был зарегистрирован лишь в последние месяцы 2006 г.

Цель: изучение связи христианского биоэтического воспитания молодёжи и демографической ситуации в Беларуси.

Материал и методы исследования: изменение уровня рождаемости является одним из основных факторов, влияющих на численность населения. С 1959 г. тенденция рождаемости в Республике Беларусь существенно изменилась несколько раз. В 1960 г. в республике родилось 200 тыс. детей — наибольшее количество за все послевоенные годы, затем показатель стал уменьшаться. Если в 1960 г. общий коэффициент рождаемости составлял 24,4 в расчёте на 1000 населения, то в 1985 г. — 16,5; в 1998 г. — 9,1 и в 2001 г. — 9,2.

В последние годы суммарный коэффициент рождаемости (количество рождений на одну женщину в возрасте от 15 до 49 лет) снизился с 2,0 в 1989 г. до 1,3 рождений в 2000 г.

С 2003 г. рождаемость в стране возрастает (на 1000 жителей в 2002 г. приходилось 8,9 рождений, в 2005 г. — 9,2). Кстати, в январе-ноябре 2006 г. родились 88 тыс. 123 человека, что составляет 106,5% к аналогичному периоду 2005 г. В Европе этот коэффициент составляет 1,5 (самый низкий в Испании и Италии (1,1), самый высокий в Ирландии (1,8)). Но для обеспе-

чения замены поколений на уровне простого воспроизводства этот коэффициент должен составлять 2,16 (см. табл. 1).

В Республике Беларусь наметилась тенденция роста числа внебрачных детей: их процент составил в 2001 г. — 20,5% против 8,5% в 1990г. от общего числа родившихся; в странах ЕС этот показатель составляет 25%: в Швеции — 55%, во Франции — 43%, в Италии — 9%, а в Греции — только 4%. Рост внебрачных рождений можно объяснить распространением фактически брачных отношений, которые официально не регистрируются и не освящены церковным таинством. За период с 1990 г. по 2002 г. доля внебрачных рождений была самой низкой в Гродненской области (13,4%), самой высокой — в Могилёвской (25,8%).

Одним из ощутимых последствий низкой рождаемости является стремительное старение общества. В то же время с 1990 г. отмечается увеличение смертности с 10,7 умерших (на 1000 населения) до 14,1 в 2001 г. По сравнению с 1990 г. уровень смертности повысился на 41,7% (составил 76,7 тыс. человек). На первом месте среди причин смерти стоят болезни системы кровообращения. Смертность от злокачественных заболеваний занимает второе место — по сравнению с 1990 г. она возросла на 14% и составляет 197 человек на 100 тыс. населения. Обращает на себя внимание тенденция увеличения смертности от несчастных случаев, травм, убийств и самоубийств. Ежегодно это более 15 тыс. человек (в том числе самоубийством в 2001 г. закончило жизнь 3,3 тыс. человек (19,9%)). Причём этот показатель по сравнению с 1990 г. вырос в 1,6 раза.

Все вышеизложенные факты указывают на необходимость рассмотрения демографической ситуации в Республике Беларусь с точки зрения биоэтики, ведь цель христианской биоэтики — защита здоровья и жизни человека, начиная от момента оплодотворения и до природной смерти, осуществляемая через различные формы его духовного и физического лечения.

Эффективными мерами в этой сфере являются:

- введение в учебные программы высших учебных заведений предмета биоэтики, которая представляет собой своеобразную биологию духовности;



- недопустимость контрацепции, стерилизации и абортов — уважение каждой человеческой жизни с момента зачатия;
- решительное сопротивление экспериментам с использованием человеческих эмбрионов, в том числе практике умерщвления человеческих эмбрионов с целью получения так называемых «материнских клеток»;
- стремление к осуществлению радикальных изменений социально-экономической политики в направлении укрепления роли семьи как субъекта общественной политики государства (в том числе пропаганда семейной жизни, красоты материнства и отцовства, организация помощи нуждающимся семьям);
- пропаганда целомудрия до брака, предотвращение распространения «свободного» стиля жизни и «безопасного секса» среди детей и молодёжи с помощью программ сексуального образования в школах, через средства массовой информации, в том числе как способ борьбы со СПИДом.

Католическая Церковь является учительницей веры и морали. Объяснения духовных аспектов биоэтики можно найти в таких документах Католической Церкви, как **«Casti connubii»**, **«Humanoe vitae»**, **«Donum vitae»**.

Выводы: Для достижения морального и демографического возрождения нужно, чтобы люди придерживались тех моральных принципов, которые установил Господь Бог. В послании Святейшего Отца Бенедикта XVI к молодёжи отмечено: «Стройте вашу жизнь согласно с Христом, принимая Его слова с радостью и осуществляя Его Учение, — это, молодые люди третьего тысячелетия, должно стать вашей программой!». Если мы хотим, чтобы Беларусь была не только территорией с полезными ископаемыми, богатством озёр, рек и лесов, но государством с молодой, здоровой, духовно крепкой нацией, другой альтернативы у нас нет.

### Литература:

1. Лукашевич С. Юстиция Беларуси, № 6, 2002.
2. Судо Жак. История биоэтики, дискуссии, этическая ориентация (<http://www.vatican.va>).

3. Лисец Антун. Медицинский работник перед испытанием совести //Тезисы II международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире», Мн., «Про Христо», 2006.

## РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Мороз Д. В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»  
*г. Витебск, Беларусь*

Актуальность. Наиболее значимыми в социальном плане являются болезни системы кровообращения, травматизм и но́вообразования, они занимают лидирующие места в структуре заболеваемости и смертности. Однако, «особенно велик страх перед злокачественными опухолями и страх этот во многом вредит борьбе с ними» (Блохин Н. Н. «Деонтология в онко́логии»). Диагноз «рак» — тяжелейшее психоэмоциональное испытание как для того, у кого он обнаружен, так и для его близких. Ощущение потенциальной ненужности, обузы для близких людей, снижение социальной поддержки со стороны общества мешают смотреть реалистически на свое ближайшее будущее в случае болезни.

В научных кругах давно ведутся дискуссии о том, говорить о диагнозе или скрывать его, а также нужно ли обсуждать с больным особенности течения заболевания и лечения. Н. Н. Трапезников считал, что больного нужно обязательно ин́формировать о диагнозе и предстоящем лечении, учитывая в каждом конкретном случае особенности психики пациента.

В соответствии с законом Республики Беларусь «О здра́воохранении» пациент должен получать от врача в доступной для него форме ин́формацию о своем заболевании, диагнозе, различных методах лечения, прогнозе и возможных осложне́ниях. Однако в онкологической практике данное положение

«не работает» в полном объеме ввиду некоторых объективных факторов: стереотипность мышления общества, негативные установки в отношении прогноза для жизни больного, сформированность адекватного общественного мнения вследствие «информационного молчания» относительно данной проблемы.

Цель и задачи. Дать анализ данной проблемы с учетом основных особенностей психоэмоционального состояния больных и отношения общества к данной проблеме. Обозначить пути повышения медицинской грамотности населения. Проследить основные тенденции и установки больных относительно получения и сохранения информации об их заболевании.

Материалы и методы. На базе Витебского областного клинического онкологического диспансера нами проведен анкетный опрос по трем направлениям: основные источники информации о заболевании и методах лечения; желание получить от врача более полную информацию о состоянии своего здоровья; сохранение конфиденциальности информации о пребывании в онкологическом диспансере. Нами проанализированы анкеты 380 пациенток в возрасте от 32 до 78 лет, находившихся на лечении по поводу рака молочной железы.

Результаты исследования и их обсуждение. Отсутствие широкой информации об успехах медицины в данной области здравоохранения приводит к искаженному представлению о достижениях и потерях в онкологии, что влечет за собой неисчислимый медицинский, социальный и экономический ущерб для практической медицины. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак молочной железы является самой распространенной патологией, поражающей женское население. Злокачественные опухоли в начальных стадиях (I–II) хорошо поддаются лечению, при этом обеспечивается сохранение качества жизни без элементов инвалидизации, возможно выполнение органосохраняющих операций. В основном трудности в лечении связаны с поздним обращением пациенток за медицинской помощью и запоздалой диагностикой заболевания. «Когда узнаешь, что заболела раком, тебя окатывают непреодолимые волны ледяного, черного

ужаса и оцепенения. В таком состоянии воля парализована, нет желания и сил идти к врачу, проходить необходимые исследования» (Садовникова И. П. «Опыт онкологической больной»). Принятие тяжелой болезни как реальности начинается с того, чтобы смириться с болезнью. Таким образом, возникает некая психоэмоциональная пауза — выжидание самостоятельного исчезновения симптомов заболевания. Замкнутость в себе, чувство «неполноценности», усложнение взаимоотношений в семье приводят к социальной изоляции женщин, и общество, как правило, отмежевывается от них. Замкнутость онкологических больных приводит к возникновению потребности поделиться с кем-нибудь, кто уже побывал в аналогичной ситуации. Только женщина, перенесшая такое же заболевание, в состоянии адекватно оценить положение болеющей, более точно донести информацию в доступной для ее восприятия форме. При таком общении происходит повышение самооценки, новое видение возникших проблем, снижение уровня психоэмоционального напряжения, что приводит к повышению качества жизни.

В процессе исследования нами установлено, что наиболее полную и доступную для восприятия больными информацию пациенты получают от врачей и медицинского персонала (74,16%), из литературы и средств массовой информации (12,79%). Около 10% всех пациентов получают искаженную, не всегда адекватную информацию о своем состоянии, т. к. получают ее от больных в диспансере (7,12%), от родственников и знакомых (2,84%). В то же время 3,09% больных не получали никакой информации о своем состоянии здоровья. Наряду с этим 75,74% хотели бы получать от врача более полную и доступную для их восприятия информацию о состоянии своего здоровья. Более половины респондентов (67,75%) считают необходимым обеспечивать конфиденциальность информации о пребывании их на лечении.

Таким образом, учитывая полученные результаты, можно отметить, что получение информации от врача о состоянии здоровья и сохранение не только врачебной тайны, но и тайны информации о пребывании в диспансере онкологического

профиля являются актуальными для пациентов, особенно это касается женщин. Онкологический больной должен осознавать особенности своего состояния и подвергаться лечению, понимая всю его важность, необходимость, сложность и продолжительность. Обеспечение больного достоверной, адекватной, доступной информацией (исключая искажения информации и/или неправильную, некорректную ее трактовку) с учетом психологических, психо-физических особенностей пациента (тип нервной системы, темперамент, характер, интеллект, образованность, отношение к болезни и своему состоянию, семейное состояние, стадия заболевания и др.) должно стать частью успешно реализуемой медицинской технологии.

Заключение. Врачебное искусство заключается в том, чтобы определить отношение больного не только к болезни, но и ко многим жизненным ценностям. Врач должен таким образом сформулировать диагноз, чтобы, не удаляясь от истины, вселить в пациента надежду и мобилизовать его силы на радикальное или рациональное лечение, в котором пациент должен быть активным союзником врача в сложном, взаимозависимом процессе лечения.

Правильная информация и осведомленность в вопросах онкологии должны способствовать ранней обращаемости к врачу, а в случае обнаружения злокачественной опухоли — своевременному рациональному лечению. Необходимо развитие системы мероприятий по обучению населения естественному отношению к онкологическим заболеваниям и онкологическим больным.

Необходимо создание службы психологической поддержки женщин на всех этапах лечения и наблюдения, к деятельности в которой будут привлекаться женщины, перенесшие рак молочной железы и успешно завершившие лечение. Это может рассматриваться как часть программы по лечению и реабилитации больных раком молочной железы. Наряду с этим, важно формирование единой политики по поддержке больных на уровнях: пациент – врач – организации здравоохранения – общество.

Предотвратить рак практически невозможно, следовательно, необходимо уменьшить его разрушительное психо-эмоциональное воздействие на человека. Необходимо осознание того, что любой человек, если у него диагностирован рак, останется достойной личностью.

### **Литература:**

1. Чиссов В., Датьялова С. Врачебная тайна в онкологии // Врач. 2000. № 4. С. 43-46.
2. Демин Е. В. Онкология и этика. Сосуществование и сотрудничество // Вопросы онкологии. 2001. Т. 47. № 3. С. 366-369.
3. Денисов И., Мовшович Б. Психологический статус пациента // Врач. 2001. №12. С. 37-38.

## **МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИНЦИПА АВТОНОМИИ**

Церковский А. Л.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**г. Витебск, Беларусь**

Современные тенденции гуманизации и гуманитаризации медицины предъявляют высокие требования к профессиональной деятельности медицинского работника. В настоящее время наличие глубоких специальных знаний еще не является гарантом успешной деятельности.

От медиков требуется глубокое освоение и осмысление этических аспектов своей работы, так как ни декларативные заявления, ни правовые формулы, ни инструктивные указания не являются адекватными природе этики. Только глубокое ее понимание может способствовать превращению формальной обязанности профессионала в модус его морального поведения.

Социальный характер медицины, ее адресованность к личности пациента, социальные последствия медицинского диагноза, степень влияния любых действий медика на судьбу пациента являются доказательствами того, что медицина долж-

на находиться в зоне этического контроля.

В системе этических воззрений особое место принадлежит базисному принципу автономии [4].

Автономия (самоопределение) понимается как форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением [1].

Личность действует автономно, когда она совершает действия после собственного обдумывания и выбора. Быть автономным, значит быть самоопределяемым. Следовательно, автономия нарушается, когда личность принуждают к действию физической силой или явными и неявными угрозами, или когда она действует, находясь в заблуждении или под влиянием факторов, которые вредят ее суждению.

Принцип автономии подразумевает также осознание и уважение достоинства и автономии других людей.

В рамках этого принципа выделяются следующие понятия:

- автономная личность,
- автономный выбор,
- автономное действие.

Автономная личность действует перманентно на основании свободно и самостоятельно выбранного плана, опирающегося на необходимую информацию. В отличие от этого, лицо с ограниченной автономией либо находится под жестким контролем других, либо не способно обдумывать свои планы или действовать в соответствии с ними, как, например, заключенные или тяжелобольные психически.

Автономный выбор личность делает самостоятельно, независимо от других (людей, обстоятельств) и без принуждения. Автономные личности нередко совершают неавтономный выбор в силу временных ограничений, накладываемых болезнью, или в результате принуждения. С другой стороны, лица, не являющиеся по сути автономными, могут иногда совершать автономный выбор. Так, госпитализированные психически больные, не способные в целом заботиться о себе и юридически признанные недееспособными, могут делать автономные выборы в предпочтении пищи или в поддержании отношений с окружающими.

Автономное действие характеризуется намеренностью, пониманием индивидом характера действия и отсутствием определяющего его внешнего принудительного влияния. Очевидно, что каждое из перечисленных условий может иметь свои градации по степени выраженности, поэтому действие считается автономным, если оно удовлетворяет этим условиям хотя бы в достаточной мере, исходя из общего контекста ситуации.

Принцип автономии (уважения автономии личности) предполагает:

- анализ личности, ее выборов и действий;
- провозглашает право автономного индивида не подпадать под контрольные ограничения со стороны других лиц;
- содержит обязанность не ограничивать автономных действий.

Из данного принципа также следует такое отношение к индивиду, которое способствует проявлению и развитию его автономии. Кстати, этической сущностью реабилитационных мероприятий в медицинской практике является поиск и поощрение, развитие сохранившихся «островков» автономии пациента, расширение сферы его автономных выборов и действий, восстановление автономии личности в целом.

Выделяются семь основных аспектов автономии:

- 1) уважение личности пациента;
- 2) оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях;
- 3) предоставление ему необходимой информации (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах);
- 4) возможность выбора из альтернативных вариантов;
- 5) самостоятельность пациента в принятии решений;
- 6) возможность осуществления контроля за ходом исследования или лечения (со стороны пациента);
- 7) вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»).

На практике принцип автономии предстает как ряд конкретных требований или профессионально-этических стандартов: информированного согласия, права пациента на отказ от лечения, на полную информацию о заболевании и лечении, на



содействие в осуществлении автономного решения и т. д. [2].

Автономия не должна пониматься как беспредельное своеволие. Свобода действий индивида допустима в той мере, в какой эти действия не нарушают автономии других, не наносят ущерба окружающим, не создают угрозы их правам и свободам. В противном случае вполне оправданы ограничительные санкции и установление контроля за поведением индивида.

Принцип уважения автономии имеет статус обязывающего при отсутствии доказательств в пользу противного. И хотя он обладает значительным весом по сравнению с другими принципами, все же решающее слово остается не за ним, а за конкретной ситуацией, где приоритет может быть отдан одному из «конкурирующих» принципов, в частности принципу «не навреди!».

Таким образом, уважение автономии индивида (пациента) является одной из основополагающих ценностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, чтобы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно. Сегодня самоопределение индивида является высшей ценностью, и медицинское обслуживание не должно являться исключением.

### **Литература:**

1. Бартко А. Н., Михайловска-Карлова Е. П. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. М., 1999.

2. Биомедицинская этика: Учеб. пособие / Т. В. Мишаткина, Э. А. Фонотова, С. Д. Денисов, Я. С. Яскевич и др. Мн., 2003.

3. Яровинский М. Я. Лекции по курсу «медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. М., 1999.

4. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. N. Y. Oxford, 1994.

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ КАК СТАНДАРТ ПОВЕДЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Церковский А. Л., Гапова О. И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»  
*г. Витебск, Беларусь*

Патерналистская (опекунская) модель отношений между людьми теряет свои позиции в общественной жизни. Не осталась в стороне от этого процесса и медицина. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, хотя и с большим сопротивлением, но все же уступает место принципу сотрудничества. Нравственная ценность автономии пациента оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента стало считаться недопустимым.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия.

Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности. Врачу вменяется в обязанность информировать пациента о: а) характере и целях предлагаемого ему лечения; б) связанном с ним существенном риске; в) возможных альтернативах данному виду лечения.

С этической точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению является центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, пусть это будет даже здоровье.

Ответ на вопрос, как информировать пациента, связан с проблемой так называемых стандартов информирования.

Первоначально в медицинской и судебной практике при

оценке объема и характера сообщаемой пациенту информации руководствовались профессиональным критерием, требовавшим от врача предоставления такой информации, какую большинство других врачей дали бы в таких же обстоятельствах. Затем этот критерий был отвергнут в пользу стандарта разумной личности, согласно которому пациент должен быть снабжен любой информацией, которую разумная личность хотела бы иметь, для того чтобы принять решение о лечении. И наконец, в последнее время все большее влияние получает субъективный стандарт, требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспособляли информацию к конкретным интересам отдельного пациента.

С точки зрения этики, субъективный стандарт является наиболее приемлемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента, признает независимые информационные потребности и желания лица в процессе принятия непростых решений.

Информация должна дифференцироваться, поскольку у пациента могут быть индивидуальные или неортодоксальные убеждения, необычные проблемы, связанные со здоровьем, уникальная история семьи и т. д. В данном случае речь идет только о предоставлении медицинской информации.

В начальный период формирования доктрины информированного согласия основное внимание уделялось вопросам предоставления информации пациенту. В последние годы ученых и практиков больше интересуют проблемы понимания пациентом полученной информации, а также достижение согласия по поводу лечения.

Добровольное согласие — принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т. п. при принятии пациентом решений. Можно говорить в связи с этим о расширении сферы применения морали, моральных оценок и требований по отношению к медицинской практике.

Отказ от патерналистской этики с ее ненасильственным благодеянием сопровождался переоценкой ценностей тра-

диционных принципов медицины и, в частности, принципа «святая ложь». Правда, пусть жестокая, сегодня получает приоритет в медицине. Врачу вменяется в обязанность быть более честным со своими пациентами.

Важнейшим моментом в достижении целей информированного согласия является понимание пациентом полученной информации.

Под компетентностью в биоэтике понимается способность принимать решения. Выделяются три основных стандарта определения компетентности: 1) способность принять решение, основанное на рациональных мотивах; 2) способность прийти в результате решения к разумным целям; 3) способность принимать решения вообще.

Таким образом, общим стандартом компетентности является следующий: лицо компетентно, если и только если это лицо может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах.

Особенно актуальна проблема компетентности для психиатрии. В современной правовой психиатрии лицо не считается некомпетентным только на основании факта психической болезни. Если способность принимать решения не повреждена патологией, то пациент имеет право выбора из возможных альтернативных видов лечения и право на отказ от лечения. Это конкретное проявление отхода психиатрии от патернализма и утверждения таких нравственных ценностей, как уважение личности и автономия индивида.

Существуют две основные модели информированного согласия: событийная и процессуальная.

В событийной модели принятие решения означает событие в определенный момент времени. На практике это выглядит следующим образом. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о возможных альтернативах и их риске и преимуществах.

Взвешивая полученную информацию, пациент обдумывает относительный риск и преимущества каждого вида лечения и затем делает медицински приемлемый выбор, который наиболее соответствует его личным ценностям. При поверхностном рассмотрении вопроса эта модель вполне соответствует основным требованиям информированного согласия. Акцент делается на предоставление полной и точной информации пациенту в момент принятия решения. Однако в событийной модели недостаточно учитывается понимание пациентом полученной информации, и возможность для размышления и интеграции информации в систему ценностей пациента невелика.

В противоположность событийной модели процессуальная модель информированного согласия основывается на идее о том, что принятие медицинского решения — длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом.

Лечение здесь подразделяется на несколько стадий, которые могут быть охарактеризованы с помощью основных задач, которые они ставят: 1) установление отношений; 2) определение проблемы; 3) постановка целей лечения; 4) выбор терапевтического плана; 5) завершение лечения.

В процессуальной модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели; создаются более благоприятные условия для реализации самоопределения пациента. Эта модель позволяет освободиться от формального отношения врача к больному и от рецидивов патернализма, проявляющихся в ограничении контроля со стороны пациента над ходом лечения.

В целом поворот к доктрине информированного согласия стал возможен благодаря пересмотру концепции целей медицины. Традиционно считалось, что первая цель медицины — защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко достижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и от его личности. Пациент превращался в пассивного получателя блага, в объект манипуляций.

Главная цель современной медицины — помощь благополучию пациента; восстановление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов. Модель совместного принятия врачом и пациентом решения о лечении признает, что обе стороны привносят нечто существенное в правильный выбор способа лечения. Врачи на основании своего опыта дают экспертизу относительно прогнозов лечения, но только пациент знает свои ценности, которые приобретают решающее значение при оценке ожидаемых результатов от лечения.

## ОСОБЕННОСТИ МОРАЛЬНОГО СОЗНАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В ОБЛАСТИ ОТНОШЕНИЯ ПОЛОВ

Девярых С. Ю.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

*г. Витебск, Беларусь*

Актуальность. Самые общие тенденции сексуальной жизни современной молодежи вызывают определенные опасения: произошло снижение, по сравнению с прошлыми поколениями, возраста сексуального дебюта и уменьшение разницы в этом между юношами и девушками, сужение сферы запретного и рост терпимости по отношению к необычным и девиантным формам сексуальности.

Важным показателем сексуальной социализации является усвоение юношами и девушками сексуальной морали общества. Общественная сексуальная мораль, принимая одно и отвергая другое сексуальное поведение, чувства, фантазии или переживания, тем самым задает личности определенный вектор поведения в сфере сексуального. При этом различные отклонения от общепринятого и признаваемого легитимным могут приниматься обществом с определенной долей безразличия или осуждаться, вплоть до уголовного преследования.

Цель. В связи с этим представляется актуальным выяснить особенности сексуальной морали юношей и девушек.

Материалы и методы. Исследование особенностей морального сознания студенческой молодежи в области отношения полов было проведено нами в мае-июне 2004 г. на базе одного ВУЗа (очное и заочное отделения) и трех ССУЗов г. Витебска. В опросе приняли участие 483 юноши и 482 девушки в возрасте 17-21 лет; выборка пропорционально-квотная по полу и по возрасту, шаг возрастной квоты — один год.

Результаты и обсуждение. Для уточнения сделанных выводов респондентам был задан ряд вопросов, позволяющих прояснить их моральные оценки определенных ситуаций сексуального общения мужчин и женщин. Ответы на эти вопросы представлены в таблице.

Оценка допустимости / недопустимости определенного сексуального поведения юношами и девушками, в %

Параметры	Допустимо		Не допустимо		Затрудняюсь ответить	
	1	2	1	2	1	2
Один из партнеров платит другому за секс. Если этот партнер – мужчина	43,9	27,2	39,0	54,4	17,1	19,4
Один из партнеров платит другому за секс. Если этот партнер – женщина	41,4	24,5	35,4	58,2	23,2	17,3
Между сексуальными партнерами большая (15-20 лет) разница и мужчина – старше	63,4	67,0	19,5	32,0	17,1	1,0
Между сексуальными партнерами большая (15-20 лет) разница и женщина – старше	57,8	44,0	25,0	25,2	17,2	30,5
Сексуальные отношения между лицами, не достигшими 14 лет	9,7	1,0	73,2	88,3	17,2	10,7

Параметры	Допустимо		Не допустимо		Затрудняюсь ответить	
	1	2	1	2	1	2
Сексуальные отношения между лицами, не достигшими 16 лет	31,7	18,5	47,6	56,3	20,7	25,2

Примечание: 1 - юноши; 2 - девушки.

Как видно из приведенной таблицы, почти половина юношей и четвертая часть девушек считают морально-допустимым получать деньги за предоставление сексуальных услуг — иначе говоря, признают легитимным мужскую и женскую проституцию; недопустимым занятие ее считают только треть юношей и около половины девушек. Заметим, что женская проституция всегда была традиционно «на виду», в иные времена занятия ею не скрывали, а «падшие» нередко находили сочувствие и понимание и это при том, что мужская проституция всегда почиталась зазорной и морально не оправдывалась ни при каких обстоятельствах. Вместе с тем, юноши в своих взглядах на мужскую проституцию более либеральны, чем девушки: 41,4% считают ее допустимой и только 35,4% говорят о ее недопустимости (у девушек соответственно 24,5% и 58,2%).

Одним из проявлений «двойного» сексуального стандарта можно рассматривать его требование к возрастной разнице между гетеросексуальными партнерами. Традиционно предполагается, что партнеры или равны, или женщина несколько младше мужчины по возрасту. Однако большая возрастная разница так же морально не порицалась при условии, что старший по возрасту партнер — мужчина.

Данные таблицы позволяют говорить о том, что и эта норма традиционной сексуальной морали в сознании современных юношей и девушек уже уходит в прошлое. Так, более половины юношей считают допустимым оба варианта возрастной разницы: и когда старше мужчина, и когда старше женщина. Только около четверти опрошенных юношей полагают, что большая разница между сексуальными партнерами недопустима.

Иную картину можно наблюдать в ответах девушек: воз



растную разницу между сексуальными партнерами, при которой старше мужчина, готовы принять две из трех ответивших, а разницу, при которой старшей оказывается женщина, признали легитимной только каждая вторая девушка.

Распределение ответов, обозначенных как «Затрудняюсь ответить», между группами юношей и девушек позволяет говорить о том, что девушки, по отношению к возрастной разнице между сексуальными партнерами все же более традиционны, чем юноши. Они более однозначно определяют допустимость возрастной разницы со стороны мужчины и менее однозначно, когда предполагается, что половой партнер — женщина, старшая по возрасту; каждая третья девушка не смогла определиться с ответом. Число юношей, не определившихся с ответами на эти вопросы и в случае, когда старше мужчина, и в случае, когда старше женщина, примерно равно.

Юноши более либеральны, чем девушки, и в отношении возраста, когда сексуальное поведение человека следует рассматривать как его «законное право». Хотя две трети юношей и девушек считают недопустимым вступление в сексуальные отношения до 14 лет, при этом каждый десятый юноша все же определил его как допустимое (среди девушек только единицы — 1,0%).

Юноши оказались более либеральными и в отношении оценки сексуального поведения лиц, не достигших 16 лет: каждый третий из них определил его допустимым; среди девушек о допустимости его высказалась только каждая пятая. При этом большинство юношей и девушек (почти половина опрошенных) все же расценили сексуальную активность подростков, не достигших шестнадцати лет, как не допустимую.

Обратим внимание на еще один момент: значительная часть юношей и девушек (от каждого десятого, до каждого третьего, в зависимости от характера вопроса) не смогли определиться с допустимостью или недопустимостью того или иного сексуального поведения. Это, на наш взгляд, может говорить о том, что общество (в лице родителей и педагогов) не позаботилось преподать им однозначно толкуемые нормы

сексуальной морали. Впрочем, можно предположить, что это — реакция молодых людей на отсутствие жестких и однозначно толкуемых норм сексуальной морали и определенный плюрализм сексуального поведения.

Заключение. Обобщая полученные данные можно сделать заключение о том, что у современных юношей и девушек нет единого «морального кодекса» в области сексуального поведения. При этом разнообразие мнений не исключает их неоднозначности и некоторой неопределенности в вопросе о допустимости или недопустимости того или иного сексуального поведения. Все это, как нам думается, является отражением как современного плюрализма мнений в области сексуальной морали, так и отсутствия скоординированной системы сексуального воспитания.

## МЕДИЦИНА ТРЕТЬЕГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ: ДУХОВНОСТЬ ИЛИ МАТЕРИАЛИЗМ

Бизунков А. Б.

Витебский государственный медицинский университет

*г. Витебск, Беларусь*

Успехи, достигнутые медициной, не могут не впечатлять. Созданные медицинские технологии позволяют оказывать реальную помощь больным, которые еще в недалеком прошлом были обречены на смерть. Все это стало возможным благодаря тому, что медицина более двух веков назад прочно встала на фундамент естествознания, материализма и атеизма.

Вместе с тем нельзя не замечать и того факта, что в последние десятилетия медицинская наука впала в состояние стагнации. Мы не видим новых прорывных идей, а причины большинства болезней по-прежнему остаются неизвестными. Мы наблюдаем многочисленные, преимущественно эклектические компиляции старых взглядов, обогащенные новыми техническими средствами. При этом технологические успехи практически никак не отражаются на понимании как

природы человека в целом, так и природы его заболеваний, в частности. Естествознание, породившее современную медицину, постоянно реформирует свою методологию, интенсивно перерабатывая новые факты, обнаруживаемые в таких динамично развивающихся областях как физика элементарных частиц, теория информации, термодинамика нелинейных процессов и т. д. Медицина же практически не реагирует на подобные инновации.

Сегодня по любому исследовательскому или практическому медицинскому вопросу можно легко найти противоположные и взаимоисключающие точки зрения. В разных городах защищаются диссертации, проповедующие противоположные взгляды на природу, диагностику и лечение одного и то же заболевания. На протяжении многих лет сосуществуют противоположные методы терапии, такие, как например, аллопатия и гомеопатия. И, наконец, в практике медицины мирно уживаются наука, магия и мифология, а также научное, околонучное, вненаучное и антинучное знание. Все это позволяет заключить, что существующая философская основа медицины близка к тому, чтобы исчерпать свой эвристический потенциал.

Накопление отдельных фактов значительно опережает возможности их творческого осмысления [1, 2]. И когда обнаруженные факты ложатся в основу предлагаемых методов лечения, то такие методы являются сугубо симптоматическими, т. е. направленными на подавление признаков заболевания, а не на устранение его причины. Эффективность таких методов крайне низка, потому что факты — это всего лишь пища для ученого, но не научный продукт. Если бы факт как форма проявления вещи совпадал с ее сущностью — а именно познание сущности необходимо для получения результата в медицине, — то по меткому выражению К. Маркса «всякая наука была бы излишней» [3].

Что же составляет теоретическую основу медицинской науки, на которую с надеждой смотрит страдающее человечество? Очевидно, что медицина, будучи разделом человековедения, должна базироваться на каком-либо представлении о том, что есть человек. Проблема понятия «человек» — одна из

ключевых во всех известных областях знаний: в философии, религии, искусстве. Мнения различных философских школ и направлений по этому вопросу довольно сильно отличаются. Из всего разнообразия взглядов и теорий современная официальная медицина наиболее полно вписывается лишь в одну из этих концепций. И эта концепция — механистический материализм, порожденный Новым временем, эпохой Просвещения и буржуазных революций. Современная медицина исходит из простейших формул, одну из которых, например, можно найти у Т. Гоббса: «Человек — это одаренное разумом животное» [4]. Примечательно, что творческое развитие материалистического понимания человека в трудах К. Маркса и Ф. Энгельса не внесло никаких изменений в философский фундамент медицины. Медицинская наука осталась невосприимчивой также и к дальнейшему развитию философской антропологии, и к ассимиляции представлений о человеке, накопленных в других областях знаний. Сегодня трудно найти научную область, использующую настолько архаичный методологический инструментарий, как тот, который используется медициной. Человек в современной медицине воспринимается как сумма клеток и тканей его физического тела, объединенных некой системой регуляции, являющейся продуктом деятельности этих же (!) самых клеток.

Искусство врачевания было синтетической областью всех существующих знаний от момента своего зарождения до эпохи становления промышленного производства и развития капитализма (XVII-XVIII вв.). В этот период медицина резко сузила свою философскую базу и превратилась в науку, обольстившись ценностями научного метода и научного миропонимания. Это превращение возымело определенный успех, плоды и последствия которого мы сейчас наблюдаем. Однако в последние десятилетия стала очевидной тупиковость выбранного пути. Наука проникла в организм человека настолько глубоко, что стало ясно: дальнейшее микроанатомирование человека уже не сделает наши представления о человеческих болезнях более полными, чем они есть сейчас. Причины человеческих болезней вышли за пределы физически

воспринимаемого тела человека. Мы видим, что сегодня медицина достигла наиболее осязаемых успехов именно там, где есть возможность заменить больной орган либо его синтетическим продуктом (инсулин), либо трансплантатом, либо искусственным протезом. При этом речь не идет о лечении человека, т. е. восстановлении функций и структуры его собственных органов фактически. Кульминацией этого направления становится идея клонирования человека, т. е. по сути, создания протеза всего человеческого тела сразу. Эта идея, возможно, скоро будет реализована, и перед нами предстанет максимум того, что может дать существующая медицина для лечения людей. Станет ли это поводом к более глубокому пониманию природы человеческих болезней? Оснований для положительного ответа на этот вопрос нет.

Наиболее целесообразным вариантом преодоления сложившегося в медицине методологического кризиса представляется возврат назад, в состояние, когда в процессе познания человеческой природы медицина полагала равнозначными аналитический метод науки и целостное знание религиозного откровения. Речь должна идти о преодолении сциентизма — мистического культа научного мировоззрения, агрессивность которого обуславливает невосприимчивость медицины к вне научным формам знания [5].

В результате отхода от религиозной традиции европейская наука потеряла способность гармонично усваивать явное и неявное знание. Современная философия науки интенсивно ищет пути анализа неявного знания. Ее интересует изучение скрытых механизмов познаваемых систем, причем элементы неявного знания представляются не малозначимым побочным продуктом исследования, а основной его составляющей. Для медицины эта проблема особенно актуальна, т. к. два феномена, которые объединяет в себе человек — жизнь и сознание — не подлежат непосредственному наблюдению и не могут адекватно исследоваться в условиях господства гносеологического феноменализма.

Острый дефицит неявного знания о человеке, без которого представляется невозможным дальнейшее развитие искусства

врачевания, должен быть компенсирован обращением медицины к религиозному опыту, являющемуся неисчерпаемым источником информации о путях развития человеческих — прежде всего психосоматических — болезней и, что особенно важно, о путях их предупреждения.

### **Литература:**

1. Димов А. С., Лешинский Л. А. К проблеме причинности в клинической медицине: клинические и методологические аспекты //Клин. мед. 2004. № 5. С. 72-76.

2. Батцев А. С. // Журн. высш. нервн. деят. 1995. Т. 45. № 3. С. 435-440.

3. Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд. Т. 25. Ч. 2. С. 384.

4. Гоббс Т. Человеческая природа // Избранные произведения в 2 т. М., 1964. Т. 1. С. 441.

5. Лекторский В. А. Научное и вненаучное мышление: скользкая граница // Эпистемология классическая и неклассическая. М., 2001. С. 42.

## **ЭФФЕКТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ И РЕЧЕВОЙ ЭТИКЕТ ВРАЧА-ОНКОЛОГА**

Дерябина М. А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**г. Витебск, Беларусь**

Речевой этикет современного врача предусматривает соблюдение норм русской речи, поскольку профессиональная деятельность медицинских работников связана с речевым общением. Знание языка, его законов, заложенных в нем возможностей, знание риторики — науки об ораторском искусстве — позволяет врачу-онкологу воздействовать на пациента, использовать слово как оружие: слово может спасти человека, может и убить. Поэтому очень важно, кто этим оружием владеет.

История полупрофессионального и профессионального

врачевания насчитывает несколько тысячелетий. Со времён Гиппократ в медицине основные положения этики следующие: безусловное уважение к жизни пациента, цель медицины — благо больного, не навреди, медицинская тайна, оправдание «святой лжи» в медицине, гуманное отношение к неизлечимым и умирающим больным. Этическая проблема «святой лжи» в медицине и по сей день очень сложна.

Медицинская этика требует от специалиста не только непричинения зла, но и свершения благодеяний. «В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного», — говорится в клятве Гиппократ. Благодеяние — моральный долг медицинского работника. «Долг», «должность», «должное» — слова одного корня, хотя каждый понимает их по-своему. Благодеяние в медицине, в особенности в онкологии, может иметь различные формы. Это не только умело проведенная операция, назначение эффективного лекарства, старательный уход за больным, но и строго обдуманное, к месту и вовремя сказанное слово. Не случайно общеславянское слово «врач» имеет общий корень со словами «ворчать», «говорить», что в переводе означало «колдун», «чародей», «гадатель», «прорицатель». Слово врача-онколога, пользующего авторитетом и уважением, играет большую роль в выздоровлении больного. В присутствии больного врач-онколог должен чувствовать себя уверенно, говорить убежденно. Правильно подобранные слова и выражения не должны содержать как в своей внутренней, так и внешней форме сомнение, неуверенность, растерянность, сожаление, безысходность.

Долг призывает врача внушить тяжело больному веру в излечимость. Каждый заболевший ждет магического Слова врача. Для пациента сказанное врачом должно звучать как надежда на спасение. Например, один из основоположников отечественной онкологии Н. Н. Петров дает классический для всей медицины «этический алгоритм» при информировании онкологических больных: «Терминов „рак“, „саркома“ лучше избегать совершенно, заменяя их словами „опухоль“, „язва“, „сужение“, „инфильтрат“ и т. п.».

Руководствуясь этической точкой зрения, врачи-онкологи прибегают к употреблению в своей лексике аббревиатур. Наиболее широко представлены звуковые и буквенные аббревиатуры инициального типа:

СОД («суммарная очаговая доза» — термин лучевой терапии онкобольных);

МАИР («Международное агентство по изучению рака»);

БП («бенз(а)пирен» — канцероген);

УФЛ («ультрафиолетовые лучи» — один из факторов для некоторых онкозаболеваний);

МРЛ («мелкоклеточный рак лёгкого»);

МРА («муциноподобный раковый антиген» — опухолевый маркер);

РОД («разовая очаговая доза» — см. СОД);

ОМЛ («острый миелобластный лейкоз»);

КТ («компьютерная томография»);

ЭКГ («электрокардиограмма»);

УЗИ («ультразвуковое исследование») и т. д.

Аббревиация характерна для самых различных тематических групп терминов онкологии (эпидемиология, диагностика, терапия, классификация, реабилитация; названия препаратов, онкомаркеров, технических средств и т. д.).

Особенность аббревиатур как анафорических слов заключается (в контексте восприятия их носителями русского языка) в том, что исходные структуры выступают по отношению к ним как «двойные», «дублетные», «мерцающие» antecedents (независимо от степени владения реципиента английским, латинским языками).

В свою очередь, другой онколог, президент АМН академик Н. Н. Блохин издал книгу «Деонтология в онкологии», в которой высказал свои взгляды на нормы этики для медработников в области онкологии: «В медицинском коллективе следует завести такой порядок, чтобы все разговоры о больном с ним самим и его близкими родственниками вел только врач», а также на проблему информированности пациента в зависимости от настроения и психологии больного: «...в отношениях врача и больного никогда не должно быть шаблонов, и обязательное



сообщение больному всей правды о его болезни столь же неоправданно, как и обязательное сообщение правды».

При использовании врачом современной лексики проблема соответствия особенностей речи обстоятельствам общения становится все более актуальной. Для формирования у языковой личности умений и навыков построения ситуации положительного речевого общения необходим благоприятный фон реализации межличностной коммуникации. Носители определенного языка (в данном случае врачи-онкологи) обязаны уместно использовать имеющиеся в русском языке коммуникативные средства. Речевой этикет и его функции является составным. (К функциям речевого этикета относятся: контактоустанавливающая, конативная, регулятивная, эмотивная. В свою очередь этикетные формулы общения можно разбить на определенные тематические группы: приветствие, прощание, извинение, убеждение, просьба, согласие и т.д.).

Врачу-онкологу должны быть известны принципы вежливости и кооперации. Умение владеть ими способствует успешности речевого взаимодействия врача и пациента. Морально-этический принцип вежливости лежит в основе создания системы единиц речевого этикета, предназначенного для обеспечения процесса общения, для своевременного включения внимания адресата (пациента) на сообщение. Умелое и правильное владение медицинским языком и речью способствует поддержанию внимания адресата в период передачи сообщения. В процессе речевого контакта «врач — пациент» происходит не только речевое общение, но также наблюдаются выражения благодарности — при максимально положительной тональности общения, — совета, приглашения, согласия (несогласия), удивления, неодобрения, сожаления и т. д. Нельзя не отметить, что вежливость — это не только свойство языковых единиц, но и стратегический принцип поведения говорящего. Врач в диалоге с пациентом должен выбрать языковые средства в соответствии с коммуникативной ситуацией. Из этого следует стратегическая природа вежливости, которая имеет социально-деятельную обусловленность и национально-культурную специфику выражения.

К нарушению речевого контакта может привести неверно выбранная этикетная формула. Говорящие соблюдают некие социальные аксиомы, вне которых невозможно достижение коммуникативной согласованности и посткоммуникативного эффекта. Гарантом успешности коммуникативных стратегий собеседников являются этикетные формулы общения.

Для каждого врача проблема информирования обреченного больного — это тяжелейший моральный выбор. Формулы врачебной этики могут только посоветовать врачу взвешивать все «за» и «против», когда он выбирает традиционную, классическую этическую тактику сокрытия правды или же современный подход полной правдивости.

С точки зрения определенности и неопределенности сама аргументация сообщения диагноза онкологическим больным основана на недоразумении. Сообщение онкологическому больному его диагноза не снимает неопределенности, а переносит ее в еще более жизненно важную сферу: неопределенность прогноза, который в онкологии не может быть окончательным и достаточно определенным. В подобной ситуации лучше, если пациент будет не до конца знать, что с ним, чем, зная, будет думать о том, сколько ему осталось жить.

Таким образом, онкология — особая область медицины, где одинаково важны как высокая специальная подготовка медперсонала, так и умение контактировать с больным. Нарушение этого единства может весьма печальным образом отразиться на судьбе пациента.

## ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ЭТИКЕТА ВРАЧА

Кунцевич З. С., Дерябина М. А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

*г. Витебск, Беларусь*

Поведение каждого человека складывается из стандартных и нестандартных речеповеденческих актов. В профессиональном общении необходимо знание определенных правил

поведения, принятых в данном социуме в целом и в обстановке профессионального общения в частности. Этикет призван вырабатывать нормы поведения, в том числе и речевого, способности, приемы их демонстрации, а также вещественные атрибуты исполнения этих норм. Этикетные правила охватывают разрешения и запреты и отражают существенные для данного социума морально-этические нормы, которые связаны и со статусно-ролевыми характеристиками коммуникантов, и с их социально-значимыми биологическими признаками (мужчина — женщина, старый — молодой, больной — здоровый).

Ведущей функцией речевого этикета принято считать контактоустанавливающую. Эта функция относится к области фактики и возможна только при контактном общении. В ситуации общения «врач — пациент» контактная функция заключается в выборе языковых средств для установления, поддержания и укрепления индивидуального контакта. Следует отметить, что врач не всегда имеет достаточно свободного времени, чтобы реализовать контактоустанавливающую функцию максимально эффективно. От этого страдают и врач, и, безусловно, пациент. Поэтому очень важно максимально использовать всю гамму вербальных и невербальных средств общения. Профессионализм и высокий культурный уровень позволяют максимально использовать возможности языка.

Приступая к общению с пациентом, врач старается сразу установить контакт с ним, определить общую тональность разговора.

Помочь созданию оптимального уровня психологической близости между врачом и пациентом призваны средства невербального речевого этикета (зрительный контакт, мимика, жесты).

Использование невербальных средств связи для выражения приветствия, на наш взгляд, может быть вызвано ситуативными особенностями диалога: строго ограниченное время общения. Но в некоторых случаях это может объясняться личностными привычками говорящего. В рамках строго ограниченного временного режима формула приветствия может быть крайне сжатой, завуалированной, лишенной языкового воплощения.

Задача врача не только установить контакт, но и поддерживать вежливые отношения на всем протяжении общения с пациентом. Диалоги врача с пациентом, его просьбы, советы, рекомендации строятся врачом с использованием различных этикетных формул, подчеркивающих уважительное отношение к пациенту.

Вежливость врача проявляется и в умении выслушивать, доброжелательно реагировать (диагностирующая стратегия), убеждать, советовать (лечащая стратегия), требовать выполнения определенных действий тактично и корректно (рекомендующая стратегия), т. е. проявлять доброжелательность, тактичность по отношению к пациенту. Нарушение норм речевого этикета может создать коммуникативный барьер, вызвать сложные этические конфликты. Неудачно выбранная тактика унижения как способ аргументации, сниженная лексика являются недопустимыми в речи врача. Юмор, языковая игра, напротив, облегчают общение, помогают снять эмоциональное напряжение в нелегкой специальной беседе.

Действенность созданного и спланированного врачом диалога во многом зависит от соблюдения этических норм общения, что, безусловно, является одним из проявлений вежливости.

Несмотря на то, что категория вежливости в русском языке не центрирована грамматически, анализ фактического материала показывает, что в диалоге «врач — пациент» используются различные средства и способы выражения данной коммуникативной категории, наиболее яркими из которых являются лексические единицы языка, так называемые «вежливые» слова.

Важную роль в вежливом диалоге играет выбор «ты»- или «Вы»-общения. В современном русском языке употребление местоимения **Вы** задает тональность общения, диктует особые синтаксические конструкции, может указывать на: а) малую степень знакомства, б) официальность обстановки, в) дистантность собеседников. Для речи врача не характерно использование «ты»-общения. Естественной уважительной формой обращения к пациенту независимо от пола, возраста, социального статуса является, бесспорно, обращение на «Вы».

В редких случаях отмечается употребление обращения на «ты», вызванное желанием врача ликвидировать коммуникативный барьер, добиться максимально близкого контакта с пациентом, особенно если пациент молодой человек. Демонстрация простоты в отношениях, особой доверительности в данном случае является причиной употребления формы «ты»-общения.

Одним из способов проявления вежливости является выбор для реализации лечащей и рекомендующей стратегий речевого жанра просьбы, который часто оформляется с помощью глагола-перформатива **попрошу (прошу)**.

В ситуации речевого общения врача с пациентом просьба врача содержит либо перечень действий, которые пациент должен совершить немедленно (**сядьте, проглотите, не дышите**), либо перечень действий, которые пациент будет осуществлять самостоятельно дома, после завершения визита к врачу или после визита врача в палате стационара.

Обращаясь к пациенту с просьбой, врач может использовать различные побудительные конструкции.

Помимо просьбы, в общении с пациентом врач часто использует речевой жанр совета, повышая его директивность при помощи интенсификатора, в качестве которого чаще всего выступают слова **обязательно и непременно**.

Интенсифицирование не только не снижает степень вежливости, а, напротив, повышает воздействующую силу совета, делает его более эффективным с прагматической точки зрения.

Вежливое этикетное речевое поведение проявляется не только в использовании формул речевого этикета, но и в способах проявления собственного «я» врача и адресованности его речи. Способ проявления «я» говорящего, выбор языковых средств для реализации коммуникативного общения тоже может свидетельствовать об уровне речевой культуры врача.

Говоря о своих намерениях, врач использует конструкции с сослагательным наклонением, что придает «Вы»-высказываниям особую тактичность. Это бывает крайне необходимо, когда информация врача неутешительна для пациента.

Уважительное отношение к пациенту подчеркивается употреблением синтаксических конструкций с указанием адресата речи.

Нами отмечено также использование односоставных определительно-личных предложений для выражения «я» говорящего.

Использование местоимения **мы** («мы-совместное»: врач и пациент) создает эффект совместных усилий, направленных на достижение желаемых результатов, атмосферу сотрудничества:

- В диалоге постоянное использование такого средства подчеркивает общность решаемых задач («мы — единомышленники»). «Мы»-высказывания делают пациента участником процесса лечения.

- «Мы-совместное» в значении «мы — врачи» отмечено нами во многих случаях. Это укрепляет веру пациента в правильности поставленного диагноза или выбранного лечения.

- «Мы-совместное» со словами-конкретизаторами выступает особенно эффективным средством для поддержания контакта с пациентом.

## РЕБЁНОК — ДАР БОЖИЙ

Д-р медицины Антун Лисец

*г. Ветово, Хорватия*

Нет — спиральям! Нет — таблеткам! Нет — презервативам!  
Нет — стерилизации! Нет — искусственному оплодотворению!  
Нет — греху!

\* Спираль убивает детей! При её употреблении зачатие происходит, но ребенок чаще всего погибает, так как спираль не позволяет ему имплантироваться в матке. Смерть ребенка наступает в первые же дни, именно по этой причине не бывает задержки менструации. Если все-таки происходит задержка, то это значит, что ребенку удалось выжить. Необходимо сохранить ему жизнь.

Спираль превращает здоровую женщину в больную (воспаление и гноение в матке, яйцеводах, брюшной полости, кровотечения, боли, малокровие...).

\* При принятии всех видов таблеток (так называемых «противозачаточных») часто все-таки происходит овуляция и зачатие. В этом случае ребенок чаще всего умирает от голода, так как таблетки сушат железы и уменьшают количество пищи (гликогена) в слизистой матки. Задержка менструации свидетельствует о том, что ребёнок закрепился и выжил. Аборт нельзя делать и в этом случае.

Женщины, принимающие таблетки, чаще других болеют раком груди, кожи и матки, склонны к инсультам и инфарктам, воспалениям вен со сгустками крови, которые могут вызвать эмболию, у них возникает повреждение печени и зрительного нерва, слабеет иммунитет и т. д. Таблетки не являются также решением проблемы нерегулярного менструального цикла.

\* Зачатие происходит и во время принятия большинства других так называемых «контрацептивных» средств, но эти вещества автоматически убивают ребенка в первые же дни. Иисус сказал: «Истинно говорю вам: так как вы сделали это одному из сих братьев Моих меньших, то сделали Мне» (Мф 25, 40). Маленький, только что зачатый ребёнок, и есть наш меньший брат или сестра. Его нельзя убивать ни при каких обстоятельствах. Надо доверять Господу Богу. Иисус сказал дословно так: «Не заботьтесь и не говорите: „что нам есть?“ или „что пить?“ или „во что одеться?“, потому что всего этого ищут язычники, и потому что Отец ваш Небесный знает, что вы имеете нужду во всем этом. Ищите же прежде Царства Божия и правды Его, и это все приложится вам!» (Мф 6, 31-33).

\* Католическая Церковь является учительницей веры и морали. Она непрестанно учит неразрывности связи, существующей между супружеским актом и зачатием, во время которого Господь Бог сотворяет душу нового человека. Более подробные объяснения можно найти в документах Католической Церкви: «*Casti conubii*», «*Humanae vitae*» и «*Donum vitae*». Так, смертным грехом является не только убийство нерожденного

ребенка, но и контрацепция, стерилизация и искусственное оплодотворение как, например, оплодотворение в пробирке и инсеминация.

Статистика показывает, что из зачатых в пробирке детей рождается меньше чем 5%. Большинство из тех, которых доставляют в матку, из-за неестественных условий погибают, а многих детей убивают, не имплантируя, или держат живыми в замороженном виде в холодильниках.

\* Нельзя проводить такие диагностические процедуры, как например, ранний амниоцентез, цель которого — охота на больных, еще не родившихся детей и убийство их! Никто не стал счастливым, убив человека, но можно стать счастливым, служа жизни больного. Грех нельзя совершать ни при каких обстоятельствах. Грех никогда не является решением.

\* Святой Папа Пий XI в энциклике **«Casti conubii»** против контрацепции и стерилизации сказал: «Каждое использование брака, при котором по желанию человека супружеский акт лишён своей естественной способности зачатия жизни, нарушает Божий закон, а поступающие так, оскверняют себя тяжким грехом» (п. 56).

\* Те, кто производят, распространяют и рекламируют презервативы ответственны не только за соучастие в совершении грехов, среди которых самые частые — блуд, прелюбодейство и контрацепция, но они также ответственны и за дачу ложных гарантий защиты от инфицирования. На самом деле доказано, что при использовании презерватива всё-таки передаются такие болезни, как СПИД, герпес гениталис, гепатит, сифилис, происходят заражения хламидией трахоматис, человеческим папиллома-вирусом (HPV) вызывающим рак матки, трихомонасом вагиналис и подобными им. Папский консилиум о семье в документе «Истина и значение человеческой сексуальности» говорит: «Родители тоже должны отказаться от пропаганды так называемого „safe sex“ (безопасного секса) или „safer sex“ (более безопасного секса) — **опасной и аморальной политики, основанной на ложной теории, что презерватив может обеспечить надежную защиту против СПИДа**».



\* В случае оправданных причин на то, чтобы избегать зачатия, разрешается воздержанность в плодные (фертильные) дни. Сегодня плодные и неплодные периоды можно очень просто и точно определить, даже при неправильных или нерегулярных циклах, с помощью естественных методов: метода Биллингса или симптотермического. Нельзя жить сексуальной жизнью до или вне брака, который благословлен Богом и неразрывен до смерти одного из супругов.

\* Давайте же прислушиваться к голосу Господа, чтобы понять, что мы ещё должны делать для защиты жизни и моральных ценностей, которые находятся под угрозой.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДУХОВНОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Медвецкая Н. М., канд. мед. наук, доц.

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Актуальность. В настоящее время проблемы психогигиены детей и подростков приобретают особую актуальность в связи с ростом рискованного и дивиантного поведения и связанных с ними проявлений социально-психологической дезадаптации.

В связи с этим остро стоит вопрос о психогигиенической профилактике поведенческих нарушений. Однако для проведения конкретной психогигиенической работы в сфере воспитания и образования необходима оценка психогигиенического статуса ребенка или подростка, который является, по сути, духовно-нравственным статусом.

Изучение духовно-нравственного развития личности особенно важно в подростковом возрасте, так как аномалии процесса формирования психогигиенической защиты в этот период могут стать основой нарушения физического и психического здоровья взрослого человека. В связи с этим изучение духовно-нравственного развития подростков является особенно актуальным.

Цель. Изучить духовно-нравственное развитие подростков на основе показателя нравственного развития.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены дети 12-13 лет 7-го класса общеобразовательной школы с углубленным изучением математики и английского языка. Из них 58% мальчиков и 42% девочек.

Набор материала проведен путем выборочного несплошного однократного социально-гигиенического исследования.

Духовно-нравственное развитие личности оценивалось по средством изучения понятийно-ценностной системы, которую оценивали в рамках специально разработанного опросника по оценке психогигиенического статуса [1]. Оценка духовно-нравственного развития личности проводилась по показателю Нравственного Развития (НР), который представляет собой среднее арифметическое оценок значимости для индивида двадцати основных понятий. В рамках данного метода оценки показатель НР изменяется в диапазоне от 10% до 100%. Для оценки уровня НР предлагается использовать следующую шкалу: 10-30% — очень низкий, 31-50% — низкий, 51-70% — средний, 71-90% — высокий, 91-100% — очень высокий уровень НР.

Эмоциональные состояния и особенности общения изучали в рамках разработанного автором опросника по оценке психогигиенического статуса.

Сравнительный анализ средних значений индексов проводился с помощью 1-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Средние значения показателя НР составили у мальчиков 68%, а у девочек 78% балла, что является высоким уровнем НР [2]. Следует отметить, что доля лиц с более высоким показателем НР выше среди девочек (57,5%), среди мальчиков этот показатель составляет 46,7% ( $p < 0,5$ ).

Выводы. При анализе результатов были выявлены следующие закономерности.

1. Высокий (относительно средневывборочного) уровень духовно-нравственного развития ( $>80\%$ ) сопровождается положительными эмоциональными состояниями, такими как радость, воодушевление, интерес, оптимизм и др. ( $p < 0,001$ );

относительно низкий уровень духовно-нравственного развития (<80%) часто сопряжен с отрицательными эмоциональными состояниями, такими, как уныние, сомнение, чувство скованности и т. п. ( $p < 0,001$ ).

2. Относительно высокий уровень нравственного развития (выше средневыборочного значения) сопровождается более интенсивным общением в целом у подростков до 12 лет ( $p < 0,001$ ).

3. Относительно высокий уровень нравственного развития среди подростков обоего пола во всех возрастных группах сопровождается более позитивным отношением к обоим родителям ( $p < 0,001$ ); причем подростки обоего пола до 12 лет и девочки после 12 лет в среднем независимо от показателя НР более позитивно относятся к матери, нежели к отцу ( $p < 0,01$ ).

### **Литература:**

1. Психологические тесты / Под ред. А. А. Карелина: в 2 т. П 86 М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. Т. 2.

2. Совершенствование функционирования и развития образовательных систем: акмеологический подход // Сборник материалов Международной научно-практической конференции / Под ред. Н. В. Кухарева. Гомель: ГГОИПК, 2006. Вып. VIII. Ч. 2.

## **ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛЬНОГО КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Сурганова С. Ф., Романенко Т. Т., Эйвазов Д. Т.**

Витебский государственный университет им. П. М. Машерова;

Витебская вспомогательная школа № 26

**г. Витебск, Беларусь**

Одним из главных ориентиров современного общества является состояние здоровья человека, особенно подрастающего поколения. Увеличение количества часто и длительно болеющих детей, особенно «аномальных», имеющих значительные нарушения и отклонения в состоянии здоровья, требует пере-

смотрa целей, задач, форм и методов физического воспитания детско-юношеского контингента. Укрепление здоровья данной категории детей с различными видами нарушений и заболеваний всегда дело непростое и сопряжено с решением многих проблем. Особую значимость приобретает научно обоснованный медико-педагогический подход к совершенствованию современных технологий оздоровления и реабилитации таких детей в системе коррекционного образования.

Весьма сложная ситуация сложилась в системе специального коррекционного образования детей дошкольного и школьного возраста, учащихся специальных школ, интернатов, приютов и других детских медико-социальных учреждений. Поэтому одной из приоритетных задач специальных образовательных учреждений является принципиальная целевая установка на концентрацию усилий всего педагогического коллектива для формирования здорового образа жизни, социальной адаптации и реабилитации данной категории детей, интеграции личности ребенка с «отклонениями в развитии» в общество. Это касается условий проживания, питания, режима, организации учебно-познавательной деятельности и системы занятий по физическому воспитанию как в учебно-воспитательных учреждениях, так и в домашних условиях.

В связи с этим возрастает значимость занятий физкультурой и спортом. Спектр их воздействия на личность ребенка весьма широк. Физическая активность, являясь важным источником мышечной радости, способствует физическому развитию, коррекции и компенсации психомоторных нарушений. Это мощный фактор оздоровления и реабилитации детей, повышающий защитные функции их иммунной системы. При этом занятия физическими упражнениями должны быть направлены на совершенствование общего психо-физического развития, улучшение и нормализацию жизнедеятельности целостного организма, расширение двигательной активности детей.

В связи с этим назрела необходимость совершенствования системы физического воспитания с использованием современных научных разработок в области специальной педагогики и

психологии, анатомии и физиологии, валеологии, физкультуры и спорта.

Современные методы и формы оздоровления и реабилитации «аномального» ребенка основаны на стройной системе представлений о физическом воспитании в специальном образовании как здоровых детей, так и тех, которые имеют те или иные виды нарушений и «отклонений» в здоровье. При этом каждый преподаватель, педагог-валеолог, врач-валеолог, реабилитолог, инструктор-методист по физической реабилитации и эрготерапии должны иметь четкое представление о том, что и как корригировать, как дозировать нагрузки, как использовать резервные возможности организма, а также определять эффективность проведенных восстановительных мероприятий.

В основе совершенствования физического воспитания в системе специального образования лежат следующие целевые установки:

- внедрение физкультуры и спорта в образ жизни детей и подростков;
- формирование престижности здоровья;
- развитие умственных способностей детей средствами физкультуры и спорта;
- постоянный учебно-педагогический контроль и систематическая паспортизация здоровья и физического развития учащихся;
- максимальное подключение педагогов и родителей к вопросам поддержания здоровья и физического состояния «аномальных» детей.

При этом также необходимо руководствоваться основными принципами обучения и воспитания детей, использовать разработанные Л. С. Выготским методы проблемного обучения (опора на сохраненные возможности организма ребенка, зоны ближайшего развития, дифференциации учащихся и др.), деятельного подхода к организации занятий, деловых игр, коллективного и индивидуального способов обучения и т. д.

Физическая культура должна быть направлена не только на физическое развитие ребенка, но и на развитие его умствен-

ных способностей, расширение словарного запаса, понимание им процессов жизнедеятельности организма и т. д. Пути развития умственных способностей данной категории детей могут быть самыми разнообразными: запоминание различных терминов, их сочетаний; словесное опосредование двигательных действий; словесная регуляция двигательных действий, проблемное обучение и т. п.

Одним из принципиальных направлений в оптимизации физического воспитания данной категории детей должна стать просветительная работа среди родителей и педагогов всех профилей. Необходимо выработать у них понимание того, что особое место в реабилитации таких детей должны занимать занятия физической культурой и спортом, помогающие нормализовать деятельность всех систем и органов жизнеобеспечения.

В данном направлении нами проводится определенная работа с учащимися Витебской вспомогательной школы № 26.

С целью совершенствования физического воспитания в системе специального коррекционного образования в школе для детей с различными нарушениями и отклонениями в состоянии здоровья (детский церебральный паралич (ДЦП), болезнь Дауна, олигофрения) созданы специальные медицинские группы: группы ЛФК, подготовительные и группы общефизической подготовки. Критерием, используемым при создании групп, были возраст и диагноз с учетом реакции детского организма на физическую нагрузку. Дети по реакции организма при данных заболеваниях были объединены в три подгруппы. Для 1-й подгруппы реакция на физические нагрузки определялась функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы; для 2-й — выраженностью болевого синдрома; для 3-й — состоянием опорно-двигательного аппарата.

При выполнении физических упражнений с лечебно-оздоровительной целью в этих подгруппах ставился ряд общих задач:

- повышение общей выносливости организма;
- расширение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы;
- увеличение сократительной способности миокарда и скелетных мышц;
- нормализация механизмов нейрогуморальной регуляции;
- улучшение функционального состояния системы внешнего дыхания и вестибулярного аппарата;
- увеличение силы и силовой выносливости мышц конечностей и туловища, брюшного пресса и тазового дна;
- формирование навыков правильной осанки;
- укрепление суставно-связочного аппарата;
- расширение амплитуды движений в суставах в позвоночнике;
- повышение адаптации к психо-физическим нагрузкам и условиям учебно-воспитательного учреждения.

Адаптация к психо-физическим нагрузкам у детей происходит благодаря систематическим занятиям физическими упражнениями с постепенным увеличением их продолжительности и интенсивности. Занятия по физическому воспитанию осуществляются 4 раза в неделю по 30 минут, ежедневно выделяется время на «час здоровья», регулярно проводятся физкультурпаузы и физкультминутки с использованием зрительных тренажеров, тренажеров для верхних и нижних конечностей.

Занятия по физическому воспитанию и спорту, лечебной физкультуре проводятся в спортивном и тренажерном залах, внеклассных помещениях школы, спортзалах ФФКиС ВГУ, в других лечебно-оздоровительных учреждениях и реабилитационных центрах.

# МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ-СТУДЕНТОВ

Смоленко Е. Д.

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Актуальность: Одной из основных составляющих понятия «здоровье» признано **репродуктивное здоровье**. Программа действий, разработанная Международной конференцией по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), определяет его как «состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушения ее функций и/или процессов в ней». В соответствии с этим репродуктивное здоровье нации предполагает возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей) и возможность решать, когда и как часто это делать.

**Охрана репродуктивного здоровья**, признанная приоритетным направлением здравоохранения большинства развитых стран, представлена совокупностью факторов, методов, процедур и услуг, оказывающих поддержку репродуктивному здоровью и содействующих благосостоянию семьи или отдельного человека, путем профилактики и решения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем.

Среди множества разрабатываемых сегодня аспектов **«концепции охраны репродуктивного здоровья»** особого внимания заслуживают следующие:

- распространение среди молодежи информации о безопасном и ответственном поведении (особенно в подростковом периоде жизни), включая безопасное сексуальное поведение;
- профилактика нежелательной беременности и снижение числа абортот;
- профилактика, раннее выявление и лечение инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ/СПИД;



- раннее выявление и лечение онкологических заболеваний репродуктивных органов женщин и мужчин;

- вовлечение мужчин в процесс охраны репродуктивного здоровья;

- искоренение всех форм насилия в отношении женщин.

Существующие в настоящее время у молодежи **проблемы** репродуктивного здоровья объясняются:

- незнанием сексуальности человека;

- некачественной и недоступной информацией о репродуктивном здоровье;

- распространенностью опасных форм сексуального поведения, а также инфекций, передающихся половым путем.

Одной из важнейших **задач** охраны здоровья населения Республики Беларусь считается **сохранение репродуктивного здоровья подрастающего поколения**. Разработана и реализуется государственная программа по оказанию медико-психологической и социальной помощи женщинам детородного возраста.

Вопросы сохранения фертильности мужчин, невзирая на их актуальность, обсуждаются редко.

Цель настоящей работы: изучение степени осведомленности юношей в вопросах охраны репродуктивного здоровья и оценка их отношения к указанной проблеме.

Материалы и методы: проводилось анонимное анкетирование с последующим собеседованием в студенческих группах на факультетах небиеологического профиля (физическом, математическом, педагогическом, филологическом и художественно-графическом).

Студентам предлагалось ответить на следующие **вопросы**:

- Знакомы ли вы с государственной программой сохранения репродуктивного здоровья?

- Что помогает будущему отцу сохранить репродуктивное здоровье?

- Какие факторы негативно влияют на репродуктивное здоровье мужчины?

- Знаете ли вы о причинах бесплодных браков?

- Считаете ли вы, что к рождению ребенка следует готовиться?

- Что включает в себя понятие «половая зрелость»?
- В каком возрасте, по вашему мнению, следует начинать половую жизнь?
- В каком возрасте предпочтительнее создавать семью?
- Какой возраст женщины вы считаете оптимальным для рождения первого ребенка?
- Как вы относитесь к добрачным и внебрачным половым связям?
- Укажите известные вам методы контрацепции.
- С помощью каких способов вы предохраняетесь от нежелательной беременности?
- Что представляет собою искусственный аборт?
- Каковы вероятные последствия искусственного прерывания беременности?
- Перечислите известные вам инфекции, передающиеся преимущественно половым путём (ИППП).
- Знакомы ли вы с методами профилактики ИППП?
- Что вы знаете об опасных и безопасных видах секса?
- Обращались ли вы когда-либо к врачу для проверки репродуктивного здоровья?

Результаты исследования: Анализ полученных данных показал, что большинство (75%) опрошенных студентов практически не осведомлены о проблемах депопуляции и приоритетных направлениях государственной программы сохранения репродуктивного здоровья в Республике Беларусь. К факторам, оказывающим отрицательное влияние на детородную функцию мужчин, почти все опрошенные юноши (91%) отнесли злоупотребление наркотиками, гонорею, сифилис и ВИЧ-инфекцию. В то же время многие из них не придают особого значения распространенным вредным привычкам (курение, злоупотребление алкогольными напитками) и так называемым «малым» инфекциям. Основная часть (86%) анкетированных ничего не знают о причинах мужского и женского бесплодия.

Понятие «половая зрелость» 91% студентов мужского пола отождествляют со временем появления у них ночных поллюций, а у девушек — с началом регулярных менструаций. По

мнению 86% опрошенных парней в сексуальные отношения следует вступать в возрасте до 15 лет, 14% считают половую жизнь в этом возрасте нежелательной. Большинство (80%) мужчин ориентированы на вступление в брак после 25 лет. В соответствии с результатами анкетирования, основная часть (82%) юношей ставит рождение своего первого ребенка в зависимость от карьеры и материального благополучия. Большинство (91%) молодых мужчин охарактеризовали внебрачные половые отношения, как естественные и допустимые. Знакомство основной части (68%) студентов-юношей с контрацепцией ограничивается барьерными и ритмическими методами. Большинство участвовавших в исследовании причисляют к инфекциям, передающимся половым путем гонорею, сифилис и ВИЧ. Трети из них (38%) известно о существовании хламидиоза, трихомониаза и генитального герпеса. Никто не осведомлен о гарднереллезе и микоплазменной инфекции. Методы профилактики венерических заболеваний основная часть анкетированных ограничивает применением презерватива. Только четверть студентов смогли перечислить безопасные и опасные виды секса.

Полученные результаты позволяют сделать **ВЫВОДЫ** о:

- недостаточности информированности юношей о проблемах репродуктивного и сексуального здоровья;
- фрагментарности знаний об инфекциях, передающихся преимущественно половым путём, и способах их профилактики;
- необходимости межведомственного и междисциплинарного сотрудничества по проблемам охраны сексуального и репродуктивного здоровья студенческой молодежи.

### Литература:

1. Пресс-релиз к пресс-конференции, посвященной Всемирному дню здоровья 7 апреля 2005 г.
2. Программа действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития. Каир, 1994.

3. Смоленко Е. Д., Пришепа И. М. Репродуктивное здоровье мужчины (Учебно-методические материалы для кураторов студенческих групп). Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П. М. Машерова», 2006.

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Смоленко Е. Д.

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Актуальность: Бездуховность того, что несет большинство средств массовой информации, искушения сегодняшнего мира, стремление «все испытать и попробовать» самому как можно раньше, быстротечность и кажущаяся бессмысленность человеческой жизни — вот перечень тревожащих моментов, отражающих приоритеты обыденности у основной части современной молодежи.

Согласно имеющимся научным данным, неправильное несбалансированное питание и ксенобиотические факторы окружающей среды способствуют преждевременному физическому созреванию организма человека. Молодые люди, на знающие заповедей Евангелия и церковных постулатов, увлекаемые «томлениями плоти» и кажущимся блаженством в результате удовлетворения животных инстинктов, забывают о своем главном предназначении.

Главнейшей составляющей понятия **здоровье** является **репродуктивное здоровье (reproductive health)**. Согласно рекомендациям Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), под репродуктивным здоровьем подразумевается не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушений ее функций и процессов в ней, а и состояние полного физического и социального благополучия.

**Охрана репродуктивного здоровья** представляет собою совокупность факторов, методов, процедур и услуг, оказывающих поддержку репродуктивному здоровью и содействующих благополучию семьи или отдельного человека путем профилактики и решения проблем, связанных с репродуктивной функцией. В современных условиях, характеризующихся высоким уровнем заболеваемости и общей смертности населения, снижением рождаемости и ухудшением здоровья детей, проблемы охраны репродуктивного здоровья населения приобретают особую значимость.

Среди важнейших **проблем репродуктивного здоровья** в нашей стране выделяют **заболевания репродуктивной сферы, инфекционные болезни, передающиеся половым путем (в том числе ВИЧ/СПИД), невынашивание беременности и бесплодие**. В большинстве случаев это — **последствия неправильного полового воспитания молодежи**.

Отсутствие духовного наставника и формальный подход к вопросам полового воспитания школьных учителей — факторы, потворствующие греховному падению юных душ.

В этой связи перед преподавателем основ медицинских знаний в ВУЗе стоит нелегкая и ответственная цель: профессиональная подготовка будущих учителей и воспитателей с акцентом на проблемы полового воспитания.

Материалы и методы: Изучению проблемы сохранения репродуктивного здоровья человека посвящены крупные разделы таких общеуниверситетских учебных курсов, как «Основы медицинских знаний», «Здоровый образ жизни», «Профилактика СПИДа и наркоманий» и «Валеология». Подготовка специалистов биологического профиля предусматривает детальное изучение:

- возрастных анатомо-физиологических особенностей («Возрастная анатомия и физиология»);
- анатомических и физиологических особенностей мужского и женского организмов («Анатомия и физиология»);
- генетических нарушений и наследственных заболеваний («Генетика», «Антропогенетика»);

- основных этапов формирования и развития организма будущих родителей («Возрастная анатомия и физиология»);
- правил личной и интимной гигиены человека («Медико-социальные основы здоровья»);
- влияния вредных факторов и загрязнения окружающей среды на организм человека («Ксенобиология»).

**Выводы:** В процессе изучения будущими педагогами предмета «Основы медицинских знаний» особая заинтересованность обнаруживается при освящении проблем, касающихся сохранения репродуктивного здоровья нации. Существенным образом изменяется оценка юношами и девушками различных возрастных групп значимости излагаемых на занятиях вопросов раздела «Охрана материнства и детства». Постепенно проходя основные периоды взросления и формирования личности, будущие учителя не всегда способны одновременно оценить жизненную важность дисциплины. На начальных этапах изучение дисциплины расценивается ими как возможность приобщения к миру взрослых людей. В возрасте 17-20 лет студенты внимательны и эмоциональны при обсуждении таких вопросов, как:

- пубертантный период в норме, причины и признаки преждевременного и запаздывающего полового созревания;
- особенности репродуктивной системы мужчины и женщины;
- «фертильный» и «нефертильный» периоды менструального цикла;
- механизм зачатия;
- воспалительные заболевания гениталий;
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- современные средства и методы мужской и женской контрацепции;
- интимная гигиена мужчины и женщины;
- гигиена половой жизни.

В более старшем возрасте у студентов возрастает интерес к таким моментам, как:

- внутриутробный период развития ребенка;

- профилактика врожденных уродств и аномалий развития плода;
- наследственная патология;
- негативное воздействие вредных привычек родителей на формирование организма ребенка;
- особенности родовспоможения в норме и при патологии;
- последствия перенесенных искусственных абортов для организма женщины;
- невынашивание беременности;
- причины бесплодных браков;
- сексуальные расстройства и импотенция у мужчин.

Стоящие на пороге самостоятельности молодые люди с энтузиазмом выполняют учебно-исследовательские работы и готовятся к практическим занятиям, на которых отрабатываются приемы по уходу за новорожденными и детьми раннего возраста, их кормлению и профилактике патологий детского возраста.

Вопросы сохранения и укрепления репродуктивного здоровья рассматриваются нами не только в ходе учебного процесса. Сотрудниками кафедры подготовлены и изданы учебно-методические материалы для кураторов студенческих групп «Репродуктивное здоровье женщины», «Репродуктивное здоровье мужчины» и «СПИД и его профилактика». На кафедре анатомии, физиологии и валеологии человека создан и функционирует кабинет «Здорового образа жизни», оснащенный наглядными пособиями и современной учебно-методической литературой.

### **Литература:**

1. Пресс-релиз к пресс-конференции, посвященной Всемирному дню здоровья 7 апреля 2005 г.
2. Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития. Каир, 1994.
3. Смоленко Е. Д., Пришепа И. М. Репродуктивное здоровье женщины (Учебно-методические материалы для кураторов студенческих групп). Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П. М. Машерова», 2005.

4. Смоленко Е. Д., Пришепа И. М. Репродуктивное здоровье мужчины (Учебно-методические материалы для кураторов студенческих групп). Витебск: Издательство УО «ВГУ им. П. М. Машерова», 2006.

## МОЛОДЕЖЬ И АЛКОГОЛЬ

Нурбаева М. Н., канд. мед. наук, доц.

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Алкоголь — вещество, которое оказывает токсическое действие на:

- психику человека;
- нервную систему;
- соматические органы.

И в то же время алкоголь легально продается в торговой сети.

Последствия употребления алкоголя существенно влияют на демографические показатели государства, здоровье нации и благосостояние общества.

Наиболее актуальным в ситуации «алкоголизации» общества является формирование правильного отношения к спиртным напиткам у молодежи, т. к. это наиболее активная часть общества, от которой государство ожидает плодотворного труда и рождения здорового потомства.

Целью нашей работы было изучение мнения молодых людей в отношении опасности алкоголя для здоровья и обстоятельств, обуславливающих его употребление.

Нами разработана анонимная анкета, в которой отражены разные аспекты, характеризующие проблему употребления алкоголя. В опросе приняли участие 390 человек (255 девушек и 135 юношей), студенты одного из факультетов вуза. Анкетирование позволяет не только сконцентрировать внимание респондентов на проблеме алкоголизма, оценить объем их знаний по этому вопросу, но также повышает уровень их.



Исследования показали, что 56% студентов знают, что алкоголь вреден для организма человека, причем 37% из них считают, что вредным является только употребление большого количества спиртного, а 19% респондентов уверены, что вредно лишь употребление некачественных напитков. Однако 3% считают, что алкоголь употреблять не вредно.

Печальным является тот факт, что 67% опрошенных получили свой первый опыт употребления спиртных напитков дома с родителями, 17% — в компании сверстников. Не пробовали спиртного только 2% опрошенных (студенты 1 и 2 курса).

Основная масса респондентов (31%) главными причинами употребления алкоголя назвали желание обеспечить хорошее общение в компании и улучшить настроение, а 17% употребляют спиртное без особых на то причин.

Возраст, в котором молодежь впервые пробует алкоголь, шокирует: до 7 лет — 6%; 7-10 лет — 13%; 10-12 лет — 11%; 12-15 лет — 65%; после 15 лет — 3% и только 1% из всех опрошенных не пробовали алкоголь.

На вопрос «Как часто Вы употребляете спиртные напитки?» 9% ответили — 2-3 раза в неделю; 19% — 1 раз в неделю; 56% — 1 раз в месяц и реже; 11% — вообще не употребляют.

Любимыми напитками 38% респондентов назвали пиво, 37% — шампанское и ликеры; 20% — вино, 4% — водку; 23% опрошенных ответили, что не любят никаких спиртных напитков.

Интересными оказались ответы на вопрос о мерах, которые позволили бы уменьшить употребление алкоголя в обществе:

- сокращение продажи;
- введение «сухого закона»;
- повышение цен;
- повышение качества напитков;
- усиление уголовной ответственности за спаивание детей;
- повышение культуры семьи, семейных традиций, улучшение воспитания;

- улучшение альтернативного времяпрепровождения для молодежи;

- запрещение рекламы спиртных напитков;

- повышение уровня жизни.

Однако есть также мнение, что:

- ничего сделать нельзя;

- этот вопрос человек решает сам;

- все надо оставить как есть.

Около 1/3 анкетированных ответили, что они не знают, какие меры можно предпринять, чтобы уменьшить употребление алкоголя молодежью.

#### Выводы:

1. Потребление спиртных напитков — явление распространенное; 9% студентов пьют 3 раза в неделю и чаще.

2. У молодежи нет четких знаний о вреде алкоголя в любом виде и количестве.

3. Необходимо регулярно проводить разъяснительную работу среди молодежи о вреде алкоголя.

4. Считаем полезным создать относительно алкоголя мнение: «это не модно!».

5. Следует активнее подключать к антиалкогольной профилактической работе молодежь.

6. Антиалкогольная программа страны должна опираться на национальные традиции, духовные ценности и обеспечение для молодежи возможности и доступности интересно проводить свободное время.

## ПИЩА, КОТОРУЮ ДАЛ НАМ ГОСПОДЬ

Карноушенко Т. П., врач-педиатр;

Нурбаева М.Н., канд. мед. наук, доц.

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»

**г. Витебск, Беларусь**

Ни для кого не секрет, что человечество в настоящее время фактически находится на той грани, когда речь идет не

столько о качестве жизни и здоровья, сколько о выживании. И именно в это время ученые-медики обратили внимание на растение, которое произрастает на островах Полинезии ***Morinda citrifolia***. Уже много тысячелетий аборигены островов используют это растение в пищу и для лечения. Плоды ***Morinda*** содержат полный набор необходимых для жизнедеятельности организма человека и животных компонентов и является, по сути, функциональным клеточным питанием.

Ученые, изучающие ***Morinda citrifolia***, обратили особое внимание на алкалоид ксеронин. Они установили, что ксеронин должен присутствовать в каждой живой клетке. В организме любого животного и в любом растении он синтезируется, и только организм человека получает ксеронин с пищей. А поскольку в нашем питании очень мало свежих натуральных продуктов, в организме человека ксеронина очень мало и его раньше даже не могли обнаружить, т. к. он немедленно включается в обмен веществ и клетки опять «ждут» его.

Алкалоидами (подобно ксеронину) являются также никотин, морфин, кокаин, кофеин и многие др. Когда эти алкалоиды поступают в организм человека, они начинают частично заменять ксеронин, организм привыкает к этой замене и «присит» еще, развивается зависимость: курение, наркомания, кофемания и т. п. А поскольку это не ксеронин, а чужеродные факторы, здоровье человека становится все хуже и хуже. Эта сторона знаний о влиянии ксеронина на организм человека еще изучается, но есть надежда на использование этих знаний с целью профилактики таких недугов человека, как курение, наркомания.

Но безусловно доказано положительное влияние сока ***Morinda citrifolia*** (сока ***Noni***) на все органы и системы организма. В системе ***Wellness Industry*** — «индустрия здорового образа жизни» — во всем мире он занимает одно из почетных мест.

***Wellness*** — это новые технологии (***hi-touch***), применение которых дает человеку возможность сохранить молодость и здоровье, обеспечивает здоровое долголетие.

В 1996 г. компания **Tahitian Noni** стала выпускать натуральный сок **Morinda citrifolia** — сок **Tahitian Noni**, вкусовые качества которого были улучшены соком черного винограда и голубики. Применение современных технологий и добросовестный подход к сохранению целебных свойств растения, а также забота о поддержании высокой репутации компании позволили создать выдающийся продукт для здоровья и молодости. Его можно назвать «Здоровье, которое пьют!». Он полезен беременным женщинам и детям, людям среднего возраста и старикам, здоровым и больным.

В таблице представлены результаты исследований, которые проводил с 1997 г. доктор медицины и доктор философии Нейл Соломон (США).

Состояния, которые были улучшены у пациентов, принимавших Noni (10 000 респондентов)

Состояния, свидетельствующие о влиянии Noni	Количество пациентов с таким состоянием	Процент успеха	Основное активное вещество
1	2	3	4
Аллергия, уменьшение симптомов	948	84%	Ксеронин
Борьба со старостью, улучшение внешнего вида	148	78%	Терпин
Дыхание, улучшено	2 854	77%	Ксеронин
Депрессия, уменьшение симптомов	807	77%	Ксеронин
Диабет типа 1 и 2	2 773	84%	Скополетин
Пищеварение, улучшено	1 593	89%	Ксеронин
Энергия, увеличена	8 327	92%	Ксеронин
Болезнь сердца, уменьшение симптомов	1 231	73%	Ксеронин
Высокое кровяное давление, понижено	938	85%	Скополетин
Болезнь почек, улучшение	2 372	67%	Ксеронин

1	2	3	4
Тучность, уменьшение веса	2 841	75%	Ксеронин
Боли, включая головную боль, уменьшение	4 231	88%	Ксеронин
Сон, улучшение	1231	73%	Ксеронин
Курение, отучает	452	58%	Ксеронин
Стресс, преодоление	4 113	72%	Ксеронин
Инсульт	1 019	57%	Ксеронин
Самочувствие, улучшено	4 561	80%	Ксеронин

Почему же мы говорим об этом соке на нашей християнской конференции? Потому что *Morinda citrifolia* растет в экологически чистых зонах планеты на островах Полинезии, на питательных вулканических почвах, ее питают чистые воды и обильное солнце, из месяца в месяц завязываются и созревают новые плоды на деревьях. И каждый месяц с одного дерева собирают от 100 до 500 кг плодов. Но самое главное, что об этом растении написано в Библии.

«У потока по берегам его, с той и другой стороны, будут расти всякие деревья, доставляющие пищу: листья их не будут увядать, и плоды на них не будут истощаться; каждый месяц будут созревать новые, потому что вода для них течет из святилища; плоды их будут употребляемы в пищу, а листья на врачевание» (*Иез 47, 12*).

«И показал мне чистую реку воды жизни, светлую, как кристалл, исходящую от престола Бога и Агнца. Среди улицы его, и по ту и по другую сторону реки, древо жизни, двенадцать раз приносящее плоды, дающее на каждый месяц плод свой; и листья дерева — для исцеления народов» (*Откр 22, 1-2*).

Эти откровения относились к далекому будущему, и если весть о соке *Noni* пришла к нам сейчас, мы можем считать это посланием Божьим для нас с вами.

### Литература:

1. Neil Solomon. *The Tropical Fruit With 101 Medicinal Uses*. M.D., Ph.D.
2. Библия.

## ПРОФИЛАКТИКА ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК У СТУДЕНТОВ

Фидельская Р. И., Дударев А. Н.

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

Основной движущей силой формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) является физическая культура, оптимальный двигательный режим, рациональное и сбалансированное питание, закаливание, использование естественных факторов природы, искоренение вредных привычек. Главным звеном в формировании здорового образа жизни является семья, затем детский сад, школа, вуз.

Проблемы «созидания» здоровья и формирования ЗОЖ, особенно подрастающего поколения, всегда были и будут актуальны и своевременны. Важную социальную значимость они приобретают для населения нашей страны в настоящее время.

Сложившиеся негативные тенденции в состоянии личного и общественного здоровья вызывают вполне закономерную обеспокоенность со стороны государства и правительства. Решение проблем обеспечения полноценного здоровья людей является приоритетным направлением государственной политики.

Забота о здоровье, здоровом образе жизни достаточно полно отражена в государственных нормативно-правовых актах и законах Республики Беларусь (Законы «О здравоохранении», «О физкультуре и спорте»; «Госпрограмма по формированию ЗОЖ населения РБ на 2002-2006 гг.»; проекты законов «О здравоохранении», «О демографической безопасности» и др. (2006-2007 гг.).

Показатели заболеваемости студентов в Республике Беларусь не снижаются уже на протяжении ряда лет и находятся, по данным ряда авторов, в пределах 45-70%. В значительной степени это определяется несоблюдением основ ЗОЖ, наследственными признаками, социально-экономическими

аспектами. Положение усугубляется тем, что по данным медицинских осмотров 30-45% студентов, поступивших в вузы, имеют отклонения в состоянии здоровья и уже с 1-го курса нуждаются в целенаправленном оздоровлении, в том числе и средствами физкультуры и спорта.

Данные обстоятельства требуют более пристального внимания к проблемам формирования и укрепления здоровья, обуславливают необходимость поиска новых путей и подходов к разрешению проблемы профилактики вредных привычек у студентов.

С целью исследования причины этой проблемы проведено анонимное анкетирование 90 студентов (50 девушек в возрасте 17-22 года и 40 юношей в возрасте 20-22 года). В анкетировании приняли участие студенты 3-го курса факультета физической культуры и спорта и 1-го курса педагогического факультета, специальность «Дошкольное образование. Логопедия».

Одним из важнейших условий эффективности соревновательной деятельности студента-спортсмена является здоровый образ жизни. Цель спортивной деятельности не будет достигнута, если спортсмен подвержен влиянию вредных привычек, в частности, алкоголя и курения.

Если у некурящих физическая культура и спорт только активизируют деятельность органов, тренируют их при работе в различных двигательных режимах, приучая включать резервные мощности, то при курении напряженная спортивная деятельность даже опасна. У курящих под воздействием никотина резко снижается работоспособность, после тренировки и соревнований пульс и давление приходят в нормальное состояние гораздо медленнее, чем у некурящих. Функциональная способность сердца значительно снижается, сердечная мышца хуже справляется с физической нагрузкой. Воздействие никотина ослабляет зрение, ухудшает память, замедляет быстроту движений.

Под влиянием алкоголя снижается внимание, точность, глазомер, координация движений, замедляется скорость реакции. Употребление спиртных напитков отрицательно воздействует

на нервную, сердечно-сосудистую системы, на внутренние органы, особенно, страдает печень.

Исследованиями установлено, что курение, повышая уровень гемоглобина к кислороду, уменьшает прирост пульсового кровотока на реактивную гиперемии и даже у здоровых нарушает кислородное снабжение тканей, что имеет существенное патогенетическое значение в развитии ИБС и артериальной гипертензии [1].

Неблагоприятные тенденции в динамике здоровья студентов настойчиво диктуют необходимость поиска различных действенных мер, направленных на улучшение физического развития молодежи. Назрела необходимость в выработке новых, инновационных подходов к проблемам «созидания» и укрепления здоровья, формирования основ ЗОЖ студентов.

В связи этим возрастает значимость и актуальность валеологического подхода к разработке физкультурно-образовательных программ и новых технологий для работы с учащейся молодежью. Наиболее перспективными представляются технологии, обеспечивающие формирование валеологического мышления студентов.

Полученные нами данные показывают, что даже понимая опасность курения, студенты по-прежнему курят. Среди причин, которыми они это объясняют, можно назвать такие:

- это меня успокаивает;
- курят друзья и окружение;
- это позволяет мне не набирать вес;
- привычка, от которой не могу избавиться;
- курю, когда нервничаю.

Есть студенты, которые не курят и никогда не курили, но таких, к сожалению, среди опрошенных только 21%. Необходимо отметить, что среди юношей-спортсменов 37% не пьют и не курят. Некоторые из опрошенных начали пробовать курить уже в 6-7 лет, а другая, значительная часть — в 12-13 лет в компании друзей. Значит, именно в это время надо больше внимания уделять вопросам профилактики.



Основная причина употребления алкоголя студентами — «хотели расслабиться» (18%), но большая часть опрошенных студентов (64%) употребляют алкоголь только по праздникам.

В образовательную систему воспитания общей культуры человека в последние годы обязательно включается в качестве одного из важных компонентов формирование культуры здоровья. Под валеологической культурой личности понимается не только осведомленность, но и динамический стереотип поведения, выработанный на основе истинных потребностей, способствующих формированию и соблюдению ЗОЖ, которая определяет бережное отношение к здоровью окружающих людей.

По мнению академика Н. М. Амосова, чтобы быть здоровым в современных условиях, нужны нагрузки и ограничения. «Без них от природы крепким и спокойным хватает ресурсов лет до сорока, беспокойным и некрепким — меньше. Маленьким детям не хватает их с самого рождения, если родители ленятся или не знают, как воспитывать» [2].

Очень тревожит то, что курение и алкоголь свойственны будущим мамам и воспитателям детей. Это удар по предстоящему материнству. Перед обществом стоит очень важная проблема его физического и духовно-нравственного выживания.

Формирование культуры здоровья должно стать неотъемлемой, а по возможности и приоритетной частью общей культуры. Культура здоровья по своей сущности должна быть одной из основных потребностей личности. Отсюда и главная цель формирования, особенно у подрастающего поколения, отношения к культуре здоровья, как главной человеческой ценности, а также разработки основных позиций и факторов ЗОЖ путем их усвоения и внедрения в повседневную жизнь.

#### **Литература:**

1. Schmidt Н. М. // Biochemica. 1995. № 2. Р. 22.
2. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье // Искусство быть здоровым. Ч. 2. М.: ФиС, 1987. С. 94.

# ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА СОДЕРЖАНИЕ ЦИНКА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Клюев В. А.

Научный руководитель — д-р. мед. наук, проф. Доценко Э. А.

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

За тысячелетия жизни на Земле у людей сформировался обычай употреблять изделия, содержащие алкоголь. Слово «алкоголь» происходит от арабского «алькегель», означающего «дурман». Самый большой урон трезвости был нанесен сокрытием главного свойства алкоголя — способности вызывать у пьющего наркотическую зависимость.

Известный швейцарский невропатолог и психиатр профессор Огюст Анри Форель еще в 1890 г. убедительно доказал: «Все спиртные напитки, даже сильно разбавленные водой, такие как пиво и фруктовые вина, — суть яды, такие же, как опиум, морфий, кокаин и т. д.».

Великий русский невролог, первооткрыватель ряда образований мозга Владимир Михайлович Бехтерев в брошюре «Алкоголизм и борьба с ним», изданную в 1927 г., ввел раздел «Алкоголь — яд», в котором сообщалось: «Алкоголь является ядом для всякого живого существа — растений и животных. ... Даже малые дозы алкоголя оказывают, как выяснено исследованиями, вредное влияние на умственные способности человека. ...Алкоголь действует разрушающе на все части человеческого организма. Желудок, кишки, печень, кровеносные сосуды, сердце, мозг, почки — все страдают от употребления алкоголя. ...Сейчас уже не может подлежать никакому сомнению влияние алкоголя на хилость потомства, ... и на вырождение населения».

Исходя из научных определений алкоголя, которые были даны в трудах выдающихся ученых, Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) в 1975 г. на 28-й сессии своим решением официально подтвердила: «Алкоголь — наркотик, под-

рывающий здоровье населения». В 1982 г. в Государственном стандарте СССР (№1053 ГОСТ 5964-82) этому продукту спиртоводочной промышленности было дано такое определение: «Алкоголь, этиловый спирт... Относится к сильнодействующим наркотикам».

В медицинском аспекте алкоголизм — это хроническое заболевание, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе, физической зависимостью от алкоголя, психической и социальной деградацией, патологией внутренних органов, обмена веществ, центральной и периферической нервной системы.

В социально-правовом аспекте алкоголизм — форма отклоняющегося поведения, выражающаяся в злоупотреблении спиртными изделиями [1].

Алкоголь влияет не только на различные органы и системы, но и на содержание некоторых эссенциальных (жизненно важных) микроэлементов в организме человека. Одним из таких элементов является цинк.

В 80-е годы прошлого века было установлено, что при алкогольной интоксикации в организме происходит интенсивное выведение данного микроэлемента из организма, а также перераспределение цинка по органам и тканям, в частности, обеднение им некоторых отделов головного мозга. Экспериментальные и клинические исследования указывают на положительные результаты от применения солей цинка для коррекции расстройств, вызываемых хронической алкогольной интоксикацией. Цинк — необходимый элемент функционирования синтезирующей инсулин системы. Отмечена ярко выраженная взаимосвязь содержания вышеуказанного микроэлемента в тканях поджелудочной железы и образования инсулина [2].

Дефицит цинка в организме проявляется в угнетении деятельности системы иммунного ответа в результате снижения образования антител, числа лимфоцитов, уменьшения массы лимфоидной ткани вилочковой железы (тимуса), миндалин, лимфатических узлов, селезенки [3]. Дефицит данного микроэлемента в организме вызывает поражение костной

системы, что выражается в нарушении хряща в эпифизарной области трубчатых костей за счет снижения активности остеобластов в шейке кости (кератогенез) [4]. Недостаток цинка проявляется в угнетении работы половой системы: подавление сперматогенеза, задержка развития половых признаков. Отмечена более высокая чувствительность к дефициту данного микроэлемента половой системы мужчин по сравнению с женщинами и молодых людей по сравнению со взрослыми [5].

Актуальность. Ещё в 70-е годы прошлого века рядом исследователей отмечалось низкое содержание цинка в почвах Беларуси. Потеря цинка при алкогольном отравлении на фоне слабой обеспеченности почв данным микроэлементом может явиться серьезной проблемой для здоровья человека. Поэтому изучение данного вопроса является актуальным.

С этой целью был проведен анализ содержания подвижных (доступных растениям) форм цинка в пахотных почвах областей и районов Республики Беларусь.

Материалы и методы исследования. Данные были предоставлены Белорусским научно-исследовательским институтом почвоведения и агрохимии. Обработка данных по содержанию вышеуказанного микроэлемента, проводилась с помощью метода описательной статистики. При анализе содержания цинка в почвах Беларуси использовались средневзвешенные показатели в мг/кг, а также группы пахотных почв, принятые Министерством сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь, Академией аграрных наук Республики Беларусь и Белорусским научно-исследовательским институтом почвоведения и агрохимии в 1992 г. Выделены четыре группы почв по обеспеченности их цинком: избыточная, высокая, средняя и низкая. Они представлены следующим образом: избыточная — >10,0 мг/кг; высокая — 5,01-10,0 мг/кг, средняя — 3,01-5,00 мг/кг и низкая — <3,00 мг на кг почвы.

В почвах Могилёвской области зафиксировано высокое содержание цинка (6,96 мг/кг). Среднее содержание данного микроэлемента отмечено в Брестской (3,99 мг/кг), Гомельской

(3,32 мг/кг), Минской (3,31 мг/кг) и Гродненской (3,12 мг/кг) областях. В Витебской области зарегистрировано низкое содержание цинка в почве — 2,98 мг/кг.

В Осиповичском районе Могилёвской области отмечено избыточное содержание цинка в почвах — 13,47 мг/кг. Из районов с высоким содержанием вышеуказанного микроэлемента наиболее выделяется Бобруйский район Гомельской области — 9,76 мг/кг. Средняя обеспеченность почв цинком наблюдается в Хойникском районе Гомельской области — 4,97 мг/кг. В Рогачёвском районе Гомельской области зафиксировано наиболее низкое содержание данного микроэлемента в почвах — 2,26 мг/кг.

Результаты исследования. В итоге высокое содержание цинка в Беларуси наблюдается в почвах Могилёвской области — 6,96 мг/кг. В почвах Минской, Гродненской, Гомельской и Брестской областей содержание цинка колеблется от 3,12 до 3,99 мг/кг. Низкая обеспеченность почв данным микроэлементом (2,98 мг/кг) зарегистрирована в Витебской области.

Выводы. Изучение содержания цинка поможет установить связь многих заболеваний с недостатком данного микроэлемента в почвах и принять меры по снижению опасности для организма, имеющей место при алкогольном отравлении.

### **Литература:**

1. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи. М.: Академия, 2002.
2. Hambidge K. M., Casey C. E., Krebs N. F. // Trace elements in human and animal nutrition / Ed. Mertz W. Orlando; San Diego; New York: Acad. press, 1986. P. 1.
3. Авцын А. П., Жаворонков А. А., Риш М. А. и др. Микроэлементозы человека. М.: Медицина, 1991.
4. Карлинский В. М. // Материалы Всесоюз. симпоз. «Микроэлементозы человека». М., 1989.
5. Карлинский В. М., Вендланд И. О. // Материалы Всесоюз. симпоз. «Микроэлементозы человека». М., 1989. С. 141.

# СМЕРТЬ КАК ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН

Коломийцева Ю. А.

Белорусский государственный университет

*г. Минск, Беларусь*

Отношение человека к смерти всегда было амбивалентным. С одной стороны человек старается разгадать ее тайну, а с другой — пытается избежать даже малейшей мысли о смерти.

Феномен смерти анализировался на протяжении многих столетий, но лишь в XX в., с возникновением экзистенциальной философии и психологии, многие аспекты человеческой смертности были переосмыслены.

Один из самых влиятельных экзистенциальных философов Мартин Хайдеггер выделял смерть как один из важнейших феноменов бытия человека, который играет важную роль в прояснении смысла этого бытия. Хайдеггер характеризует смерть как «конец пребывания в бытии данного существующего к своему концу» и утверждает, что свое бытие в мире не возможно осознать, не помыслив своей смерти.

Что же такое смерть и какое место она занимает среди проблем в медицинской этике?

Смерть — полисмысловой феномен. Можно выделить физическую, биологическую, психическую, социальную смерть и т. д. Однако, человек среди других созданий, живущих на земле, единственный осознает свою смертность. В процессе осмысления смерти возникает и потребность в осмыслении жизни. Смерть понимается как сугубо человеческий параметр, как культурный феномен, и пути разрешения этой проблемы во многом определяют культуру социума определенной эпохи. Во всей истории человечества наша эпоха оказалась единственной, лишенной удовлетворительного для людей объяснения смерти. Восприятие смерти приобретает значение преимущественно физиологического фактора, что приводит к ее «медицилизации». Смерть отдана врачам и больнице как прежде

священникам и церкви. Страх перед смертью приобретает характер безнадежности перед необратимой случайностью.

Американский психолог Герман Файфель утверждает, что страх смерти является универсальной реакцией человека и никто от него не свободен. Теолог Пауль Тиллих основывает свою теорию страха на утверждении, что человек конечен и что его ожидает небытие. К. Юнг считает, что вторая половина жизни человека проходит под знаком его отношения к смерти.

Различные исследования отношения к смерти в медицине и психологии могут значительно повлиять на понимание адаптивных и неадаптивных реакций человека на стресс, а также на теорию личности в целом. Г. Файфель утверждает, что, например, «адаптация пожилого человека к идее смерти может стать решающим фактором процесса старения, а изучение отношения к смерти серьезно больного или умирающего человека — нечто вроде естественного эксперимента — может дать нам понимание того, как разные индивидуумы справляются с серьезной угрозой».

Экзистенциальный философ Ж.-П. Сартр в своем философском произведении «Бытие и ничто» анализирует отношение человека к смерти и утверждает, что «смерть всегда рассматривалась... в качестве последней границы человеческой жизни. Таким образом, для философии,... было естественно рассматривать вначале смерть как ворота, открытые в ничто человеческой реальности» [4, с. 189].

Г. Файфель выделяет философское и религиозное отношение к смерти у людей. Согласно философской точке зрения смерть — это естественное завершение жизненного процесса. Религиозное воззрение трактует смерть как прекращение жизни телесной и фактическое начало новой духовной жизни.

Проблема отношения к смерти является на сегодняшний день очень актуальной в медицинских кругах, так как она неразрывно связана с вопросами эвтаназии, аборт, многими вопросами медицинской этики, включая клятву Гиппократа и вопрос конфиденциальности информации о болезни пациента.

Согласно многим исследованиям отношение врача к смерти влияет также и на его практическую деятельность. В психоаналитической литературе часто описывается феномен контрфобического отношения врача к смерти, т. е. выработки нечувствительности к смерти и страданиям, что вызвано стремлением преодолеть собственный страх смерти при постоянном с ней столкновением. Г. Файфель утверждает, что «...некоторые врачи часто отказываются от умирающего пациента именно потому, что он возвращает или побуждает их собственные страхи перед смертью...», либо это вызвано боязнью «уронить высокое звание врача, обязанного спасти жизнь умирающему пациенту, который своим фактом неизлечимости отказывает врачу в его искусстве» [2, с. 82].

На сегодняшний день вопрос переосмысления отношения к смерти является вполне актуальным как для врачей, так и для неизлечимо больных пациентов. Люди умирают «в „большой“ клинике с ее огромными возможностями обеспечить уход и облегчить страдания, но также и с ее бездушными капельницами и кислородными подушками. Смерть, превращенная в публичное событие, в то, что происходит со всеми, но ни с кем в частности, как бы отступает в тень» [2, с. 79].

Особой заслугой экзистенциалистов явилось то, что они вновь открыли для философии тему смерти и назвали ее проблемой двадцатого столетия. «В определенном смысле, история экзистенциальной философии в своих кульминационных фазах становится экзегетикой человеческого опыта смерти» [2, с. 76].

Для экзистенциалистов смерть является не просто конечностью земного существования, но это также и составная часть жизни, осознание и принятие которой делает возможным истинное существование.

Таким образом, вопрос о человеческой смертности и опыт переживания смерти стал ключевым вопросом для экзистенциальных философов в анализе человеческой ситуации. Это дает толчок для переосмысления сущности человеческого бытия и иного отношения к человеку, и особенно к неизлечимо больному человеку. Также переосмысление отношения к смерти



дает почву для размышлений об изменении и преобразовании учебного процесса в медицинских вузах, где важное место занимало бы разрешение проблем танатологии, медицинской этики и психологии, связанных с вопросами смерти.

### **Литература:**

1. Демидов Д. Б. Феномены человеческого бытия. Мн., 1999.
2. Мэй Р. и др. Экзистенциальная психология. М., 2005.
3. Франкл В. Психотерапия на практике. СПб., 2001.
4. Сартр Ж.-П. Бытие и ничто. М., 2000.
5. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 2005.

## **МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ**

**В. С. Глушанко, Т. А. Петрише**

Витебский государственный медицинский университет

**г. Витебск, Беларусь**

Изучение позитивного опыта паллиативной помощи, накопленного человеческой цивилизацией в целом и отдельными странами имеет для Беларуси огромное значение. Негативные демографические процессы, связанные прежде всего с «постарением» населения, ростом общей заболеваемости, накоплением хронической патологии, несомненно, актуализируют проблему. По мере старения населения все больше людей умирают в результате тяжелых хронических заболеваний: ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения (включая инсульт), респираторные заболевания, злокачественные опухоли и др. [1].

Данная проблема носит глобальный характер. Поэтому развитие паллиативной медицины — области здравоохранения, направленной на улучшение качества жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических забо-

леваний преимущественно в терминальной стадии развития в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны [2] в современных условиях является актуальным и практически значимым направлением.

Целью исследования стало выявление и анализ современных медико-организационных и социальных аспектов паллиативной помощи.

Материалы и методы: социально-гигиенический, исторический и логический.

Результаты исследования. Паллиативная помощь является комплексным понятием, которое затрагивает как медико-организационные, так и социальные аспекты. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (2003 г.), паллиативная помощь является направлением «медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, столкнувшихся с трудностями смертельного заболевания, путем предотвращения страдания и избавления от него благодаря ранней диагностике, тщательной оценке и лечению боли и других физических, психосоциальных и духовных проблем» [3]. В современных условиях одним из синонимов паллиативной помощи является понятие «хосписная помощь» — форма помощи, при которой большая часть работы выполнялась добровольцами, и где основное внимание уделяется обеспечению больному комфорта, а также оказанию поддержки в его духовных проблемах [2, 3]. Формы оказания паллиативной помощи различны: на дому (преимущественно), в доме для престарелых и инвалидов, в доме для пожилых, в больнице, в хосписе [1, 2, 3].

Основными составляющими паллиативной помощи являются: 1) купирование симптомов, 2) психологическая, духовная и эмоциональная поддержка, 3) поддержка семьи пациента, 4) помощь в период тяжелой утраты [2, 3]. Всемирной организацией здравоохранения утверждены основополагающие принципы, в соответствии с которыми паллиативная помощь: обеспечивает избавление от боли и других симптомов; утверждает жизнь и считает умирание естественным процес-

сом; не имеет намерения ни приблизить и ни отсрочить наступление смерти; включает в себя психологические и духовные аспекты помощи больному; предлагает систему поддержки, позволяющую пациенту жить настолько возможно активно до самой смерти; предлагает систему поддержки родственникам больного во время его болезни и в период тяжелой утраты; для удовлетворения всех нужд больного и его семьи использует командный метод работы, в том числе, при необходимости, психологическое консультирование в период тяжелой утраты; повышает качество жизни больного и может оказать положительное влияние на течение заболевания; начинается на ранних стадиях болезни в совокупности с другими методами лечения, направленными на продление жизни, такими как химиотерапия, радиотерапия, и включает исследования, необходимые для лучшего понимания и купирования неприятных клинических осложнений [3].

В последние годы вопросы «качества жизни» привлекают большое внимание исследователей. Важно признать, что это не только измерение степени физического комфорта или функциональных возможностей. Качество жизни прежде всего может быть оценено только самим пациентом и может претерпевать значительные изменения в процессе прогрессирования заболевания [3, 4]. В этом контексте нужно отметить методики оценки медицинских технологий, разработанные в рамках научно-педагогической школы «Организация, управление и экономика здравоохранения», которые учитывают мнение пациента о качестве оказанной ему медицинской помощи [2]. Данные методики при условии соответствующей адаптации могут быть использованы при формировании стандартов паллиативной помощи при различных нозологиях.

В паллиативной помощи существует огромное число этических проблем, большинство из них подобны тем, которые возникают и в других областях здравоохранения. Но некоторые из них, особенно возникающие в конце жизни больного, несомненно, являются специфическими. Основу этих принципов составляет признание того, что инкурабельный (и/или

терминальной больно́й) — это не биологический объект, для которого больше ничего нельзя сделать, или существо, которое нуждается лишь в обезболивании, и чью жизнь продлевать не имеет смысла. Это человеческая личность. Следовательно, он способен слышать, чувствовать и понимать до самого конца, если с ним будут поддерживать общение. Это общение дает опыт развития и духовного роста. При этом основными правами умирающего больного являются следующие: право на получение медицинской помощи, право на уважение человеческого достоинства, право на получение ухода, право на избавление от боли и уменьшение страдания, право на получение информации, право на самоопределение и на отказ от лечения [3].

В современном здравоохранении социальные аспекты паллиативной медицины все более актуализируются. На развитие и распространение паллиативного и хосписного движения во всем мире влияют разнообразные причины, обусловленные влиянием экологических, социальных, социо-культурных и других факторов. Для проведения идеологии паллиативной помощи в 1988 г. была создана Европейская ассоциация паллиативного ухода (ЕАРС). Это самая большая организация, объединяющая волонтеров, добровольцев, людей доброй воли, усилия которых направлены на разработку подходов к паллиативному лечению, социальной работе, культурным и антропологическим вопросам больных. В ЕАРС более 6000 постоянных членов, которые представляют различные страны и направления медицины, вовлеченные в уход за пациентами с прогрессирующими и терминальными формами рака и другими заболеваниями [5].

Исследователи отмечают, что необходимость активного развития паллиативного лечения и хосписа в Российской Федерации продиктована объективными факторами: высокий уровень онкологической заболеваемости; высокий удельный вес поздних (запущенных) форм рака; отсутствие условий для достойного содержания этого контингента больных в лечебных учреждениях; отсутствие идеологии хосписа и паллиативной медицины; политические и финансовые трудности; недостатки в обеспечении лекарствами; отсутствие обученных специали-

стов [5]. На наш взгляд, в определенной степени эти факторы характерны и для Республики Беларусь.

При этом развитие паллиативной помощи в странах Восточной Европы сталкивается с серьезными проблемами: недостаточное признание, оценка и поддержка со стороны политических деятелей; недостаточная доступность опиоидов; недостаток персонала; недостаток оборудования для осуществления лечения и ухода; недостаточные возможности для проведения научных исследований; негативные культурные стереотипы [3].

Существуют апробированные стандарты оказания паллиативной помощи больным в терминальной стадии с различными заболеваниями (онкологические заболевания, СПИД и др.), а также пожилым и престарелым людям [1, 2]. Необходимо совместные усилия со стороны специалистов-медиков и общественности, подкрепленные государственной поддержкой. Так, например, в Москве в 1995 г. создан Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных» (ФПМРБ), основной целью работы Фонда является содействие разработке оптимальных методов паллиативной медицины, принципов ее организации в Москве, повышающих качество жизни больных с различными нозологическими формами хронических заболеваний, а также пациентов, нуждающихся в реабилитации [5].

Исходя из существующих международных стандартов, мы считаем важным фактором эффективного развития паллиативной медицины ее признание на академическом уровне. Это позволит повысить уровень проведения научных исследований по данной проблематике, а также повысить уровень и качество подготовки специалистов-медиков. Существующие рекомендации в отношении паллиативной помощи предполагают следующие образовательные программы: стандартная образовательная программа для подготовки студентов в медицинских университетах и колледжах, программа подготовки специалистов на последипломном этапе, программы для экспертов (специалистов) паллиативной помощи [3].

## Литература:

1. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / Под ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson // Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. [Электрон. ресурс: <http://www.euro.who.int>].
2. Организационные технологии в системе здравоохранения XXI века: Монография / Под ред. А. Н. Косинца, В. С. Глушанко. Витебск: ВГМУ, 2006.
3. Рекомендации Rec (2003) ... Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи / Приняты Комитетом Министров 12 ноября 2003 г. на 860 заседании уполномоченных представителей министров / К. Й. Фёст, С. Сотер. Восточно-европейский координационный центр Европейской ассоциации паллиативной помощи Стокгольм, Швеция [Электрон. ресурс: [www.eapceast.org](http://www.eapceast.org)].
4. Паллиативная помощь. Убедительные факты / Под ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson // Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. [Электрон. ресурс: <http://www.euro.who.int>].
5. Биктимиров Т. З., Новиков Г. А., Модников О. П. Национальные системы хосписов и некоторые исторические аспекты их развития // Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных» [Электрон. ресурс: <http://www.palmedfund.ru>].

## ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ЗАКОНОДАТЕЛЬНОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ ЭВТАНАЗИИ В XX – НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Т. Л. Петрише, А. В. Макова

Витебский государственный медицинский университет  
*г. Витебск, Беларусь*

В современном здравоохранении вопросам биоэтики уделяется весьма пристальное внимание. Одной из сложнейших и противоречивых медико-социальных проблем современной биоэтики, несомненно, является эвтаназия. Различные аспекты проблемы широко дискутируются во всем мире. Так, напри-

мер, по состоянию на конец 2000 г. в только в сети Internet по проблеме эвтаназии было размещено 717 русскоязычных сайтов и 1957 документов [1].

Целью данного исследования стало выявление и анализ эволюции подходов к законодательному регулированию проблемы эвтаназии в новейшей истории.

Материалы и методы: исторический и логический.

Результаты исследования. Проведенный нами анализ показал, что на современном этапе развития человечества эвтаназия считается преступлением в большинстве стран мира. Хотя пассивная эвтаназия законодательно разрешена более чем в 40 государствах.

Так, например, в Швеции и Финляндии в основе решения врача о прекращении лечения лежит осознанное волеизъявление пациента. Аналогичные просьбы ближайших родственников юридически не правомочны. В штате Орегон (США) был принят «Орегонский акт смерти и достоинства» (1994 г.), который дает врачу право содействовать в умирании. Данный акт вызвал протесты со стороны врачей и больных, которые считают, что данный акт дискредитирует терминальных больных. За время судебных разбирательств возник и был многократно обсужден вопрос «О праве на смерть». В результате Верховный суд штата Калифорния (впоследствии его поддержали Верховные суды еще 9 штатов) юридически обосновал право не только больного, но даже еще здорового человека, дать распоряжение врачам на случай развития у него терминального состояния [2].

Однако законом «О праве человека на смерть» практически никому не удавалось воспользоваться официально, т. к. условиями оговорена необходимость психиатрического заключения о вменяемости пациента, и обязательного участия в процедуре врача. Но Американская ассоциация психиатров запрещает членам, имеющим американское гражданство, участвовать в подобных процедурах. Кроме того, Американская медицинская ассоциация (АМА) приняла решение о запрете эвтаназии, мотивируя это тем, что «врачи не должны быть палачами».

По данным АМА, в больницах США ежедневно умирает 6 тысяч человек, большая часть которых уходит из жизни добровольно с помощью медперсонала. Например, в отделении интенсивной терапии госпиталя Сан-Франциско у 5% больных (примерно 50% от всех умерших) смерть наступила в результате отключения системы жизнеобеспечения. Обращает на себя внимание тот факт, что это решение принимает врач с семьёй пациента, в то время как обязательным общепринятым условием эвтаназии является информированное добровольное решение самого больного [2]. Следует также отметить, что борьбу за легализацию эвтаназии во многих случаях начинали не больные, а абсолютно здоровые люди.

В Австралии в мае 1995 г. был принят «Биль о правах терминальных больных», который также разрешал врачам содействовать таким больным в умирании в случаях, когда разумная паллиативная помощь оказывается недоступной. Он был отозван спустя 9 месяцев [1, 3].

Активная эвтаназия, при соответствующем юридическом оформлении, была разрешена в Швейцарии. Причём законы Швейцарии привели к возникновению «туризма для эвтаназии». СМИ окрестили Цюрих «международной столицей эвтаназии». Причем эвтаназию абсолютного большинства клиентов проводят в первый день приезда страну, без анализа врачебных заключений. Таким образом, помощь в уходе из жизни получают не только те, кто страдает неизлечимыми заболеваниями, но и склонные к суициду или просто психически неуравновешенные лица [2].

Развитие современных телекоммуникаций и компьютерных технологий повлияло на формирование подходов к эвтаназии. Так, например, через Internet компания «Dignitas» предлагает помощь всем желающим покинуть этот мир. Только в 2001 г. клиентами компании стали 50 самоубийц. По оценкам экспертов, число клиентов «Dignitas» достигло 1700 человек.

В Великобритании после долгих обсуждений принят закон о запрещении любой эвтаназии в медицинской практике. В этой стране эвтаназия карается тюремным сроком до 14 лет [4]. Но 22 марта 2002 г. Верховный суд сделал исключение:



он разрешил гражданке, имя которой не сообщалось, умереть. До этого в течение года парализованная англичанка жила лишь благодаря специальной аппаратуре, шансов на выздоровление у нее практически не было [5]. По аналогичному делу Дайаны Претти британский суд вынес отрицательный вердикт: судьи отказали ей в праве добровольно уйти из жизни [6].

В 1950 г. в Нью-Йорке Всемирная медицинская ассамблея (ВМА) категорически осудила эвтаназию. В «Лиссабонской декларации о правах пациента» (1981 г.) было отмечено, что «врач должен постоянно помнить о своём долге сохранения человеческой жизни» [7]. Но в более поздних документах ВМА были сделаны определенные уступки в отношении пассивной эвтаназии. Так, например, в «Венецианской декларации о терминальном состоянии» (1983 г.) записано: «Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания — по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца». При этом «отказ от лечения не освобождает врача от обязанности помочь умирающему, назначив лекарства, облегчающие страдания». Но общим итогом все-таки следует считать слова о том, что «врач никогда преднамеренно не лишит жизни пациента ни по его просьбе, ни на основании обращения с подобными просьбами его семьи» [4].

В 1987 г. на 39-й ВМА была принята попытка окончательно определить отношение международного медицинского сообщества к эвтаназии. В Мадриде (Испания) была принята «Декларация об эвтаназии». В документе оговаривается, что «не исключена необходимость уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания». Но основой остается принцип: «эвтаназия как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, неэтична» [4].

В марте 1994 г. в Амстердаме (Нидерланды) на Европейском консультативном совещании по правам пациента под эгидой ЕРБ ВОЗ был принят документ «Основы концепции

прав пациента в Европе: общие положения». Документ призван оказать помощь в становлении политики в области прав пациентов в любой стране. Один из его пунктов гласит: «Пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства или приостановить его проведение. Последствия подобного отказа следует тщательно разъяснить пациенту» [8].

На наш взгляд, данный документ лояльно относится к пассивной эвтаназии. Тем не менее, в ситуациях, когда пациент не в состоянии выразить свою волю либо когда получить согласие законного представителя пациента не представляется возможным в связи с неотложностью ситуации, «следует предполагать, что согласие на такое вмешательство есть» [8].

Через несколько лет в Нидерландах после многолетних дебатов был принят закон, разрешающий не только пассивную, но и активную эвтаназию (2000 г. ). Нужно, однако, заметить, что принятый закон в большей степени освобождает врача от уголовной ответственности, чем делает право закончить жизнь с помощью врача легальной. Для проведения эвтаназии необходимы неопровержимые доказательства того, что болезнь смертельна и не поддаётся лечению, письменное заключение хотя бы ещё одного независимого консультанта (помимо лечащего врача), а также неоднократные зафиксированные обращения больного. Только после всего этого врач пишет согласие на проведение эвтаназии. Но лекарство, приводящее к летальному исходу, может быть выписано лишь через 48 часов.

В 2000 г. в Нидерландах было официально зафиксировано 2123 случая эвтаназии. С просьбой помочь в уходе из жизни к врачам обратились 1893 больных раком, остальные обратившиеся страдали нервными, легочными, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а так же СПИДом. Однако еще больше больных совершили эвтаназию у себя дома. Поэтому, как полагают аналитики, множество случаев эвтаназии остались за рамками статистики, так как врачи не заявили о них, опасаясь преследования [2].

Ровно через год после Голландии эвтаназия была легализована и в Бельгии. В соответствии с новым законом в Свободном брюссельском университете был введен новый предмет

— «Эвтаназия». Мотивировано это было тем, что раз уж врачу приходится делать эвтаназию, то он должен уметь провести её правильно от начала и до конца [9].

Таким образом, в новейшей истории произошла существенная трансформация традиционных принципов медицинской этики. Проявлением этой трансформации является легализация эвтаназии в ряде европейских стран. Очевидно, что в ближайшем будущем человечеству предстоит сделать сложный выбор, который, возможно, не только повлияет на характер дальнейшего развития медицинской науки и практики, но и во многом определит судьбу человеческой цивилизации.

### Литература:

1. Восприятие эвтаназии различными слоями общества на начало нового тысячелетия // Онкодом [Электрон. ресурс: <http://oncodome.narod.ru>].

2. Бобров О. Е. Этико-правовые аспекты эвтаназии // Всеукраинский проект по защите прав врачей [Электрон. ресурс: <http://vrach.nir.com.ua>].

3. Хорват Т. Эвтаназия — проблема медицинской этики и уголовного права // Правовые исследования. Тбилиси, 1977. С. 151-160.

4. Дурнов Л. «Эвтаназия — лёгкая смерть?» // Врач. 1998. № 5. С. 43-45.

5. Дело «мисс Б.»: как ей разрешили умереть // Тема дня [Электрон. ресурс: <http://www.temadnya.ru>].

6. Дело Дайан Претти: как ей отказали // Тема дня [Электрон. ресурс: <http://www.temadnya.ru>].

7. Лиссабонская декларация о правах пациента / Утв. в октябре 1981 г. // Медицина и право [Электрон. ресурс: <http://www.med-pravo.ru>].

8. Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе / Утв. в марте 1994 г. // Лига защитников пациентов [Электрон. ресурс: <http://ligazp.org/right/europe.htm>].

9. Врачей будут учить эвтаназии // Биоинформатика: Архив новостей за февраль 2002 г. [Электрон. ресурс: <http://www.rusbiotech.ru>].

10. Крылов И. Ф. Врач и закон. Правовые вопросы врачебной деятельности. Л.: Знание, 1972.

# СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИИ

Ефременко И. И., Кунцевич Е. А.

УО «Витебский государственный университет имени П. М. Машерова»  
*г. Витебск, Беларусь*

За последние 20 лет серьезной проблемой стало возрастание числа случаев аллергических реакций на членистоногих у городских жителей. В результате многочисленных исследований установлено, что причиной возникновения многих аллергических реакций в виде ринитов, конъюнктивитов, кожных высыпаний, а также некоторых форм бронхиальной астмы (БА) могут являться бытовые насекомые (мухи, тараканы, моль и др.). Однако на них, как на причину аллергии, было обращено внимание лишь в 80-х годах. За рубежом количество публикаций по данной теме обширно, тогда, как у нас такие сообщения носят пока единичный характер [1, 2].

По данным экспертов ВОЗ, в индустриально-развитых странах только аллергическими формами БА страдают 4-5% населения, а суммарная частота аллергических заболеваний достигает 10-15% [3].

Формированию аллергических заболеваний, помимо наследственной предрасположенности, способствуют факторы окружающей среды, где различают воздушные, контактные, пищевые и др. аллергены. Естественные воздушные аллергены представлены перхотью домашних животных, клешами, фрагменты которых содержатся в домашней пыли. По наблюдениям А. Д. Адо и соавт. [4], пылевую аллергию обнаруживают у 21,2% больных аллергическими заболеваниями, из них у 78,8% больных БА, у 10,8% при крапивнице и отеке Квинке, у 9,3% при вазомоторном рините, у 1% при экземе.

Согласно современным данным, одним из наиболее активных ингаляционных аллергенов считается домашняя пыль. По аллергенному составу домашняя пыль многокомпонентна. В аллерген из домашней пыли входит до 100 компонентов раз-

личной степени аллергенности [1], а в ее образцах обнаружены частицы тел и метаболиты бытовых насекомых: постельных клещей, тараканов, моли и др. Как показывают исследования последних лет, внутрижилищные инсектные факторы играют особую роль в процессах сенсibilизации человека и являются активными ингаляционными аллергенами.

Однако в последние годы все чаще отмечается сенсibilизирующая активность тараканов и продуктов их метаболизма. Для Республики Беларусь проблема аллергии к тараканам и их роль в этиологии и патогенезе респираторных алергозов, в частности БА, актуальна в связи с высокой степенью зараженности жилых домов этими насекомыми, отсутствием способов диагностики, лечения и профилактики данного вида аллергии [3].

Тараканы являются одними из наиболее частых спутников мест проживания человека, причем для регионов средней полосы доминирующим видом является таракан рыжий или прусак (*Blattela germanica*). В систематическом положении *Blattela germanica* относится к отряду Тараканы (*Blattaria*), надотряду Таракановые (*Blattoidea*), классу Насекомые (*Insecta*), типу Членистоногие (*Arthropoda*), царству Многоклеточные животные.

Отряд тараканы *Blattaria* насчитывает до трех с половиной тысяч видов. Рыжий таракан, или прусак (*Blattela germanica*) — космополит, что связано с их приспособленностью к любым условиям существования, неприхотливостью в еде (пищу тараканов составляют все продукты, которыми питается человек; кроме того, они едят бумагу, вату, шерсть, шелк, кожу, клей — все, даже трупы других насекомых; но предпочитают лучше пищу растительного происхождения и влажные продукты). Могут голодать в течение 30–40 дней; способны адаптироваться к химическим нагрузкам. В шестом поколении у них вырабатывается невосприимчивость к инсектицидам.

При изучении микрофлоры кишечника тараканов выделено 73 штамма микроорганизмов. Установлено, что в естественных условиях тараканы могут быть носителями бактерий — воз-

будителей таких заболеваний, как азиатская холера, спинномозговая лихорадка, столбняк, туберкулез. Они являются промежуточными хозяевами 12 видов гельминтов.

Представители не менее чем 10 отрядов насекомых могут служить причиной развития аллергии [1]. Природа аллергенов малоизучена [4]. При тестировании у больных БА аллергенных экстрактов домашних мух, жуков-долгоносиков, бабочек, комаров, тараканов, у 10,2% были выявлены положительные кожные пробы; более того, в 87,5% случаев их удалось подтвердить бронхопровокационными тестами [2]. Для большинства насекомых речь идет о их способности провоцировать сезонные приступы удушья, что связано с особенностями жизненного цикла особей класса *Insecta*. Если в странах с влажным и теплым климатом аллергия к насекомым может занимать основное место — как, например, в Индии [1], то для средней полосы принципиально важны те, которые встречаются в жилище человека круглогодично.

Таким образом, тараканы в силу своей необычайной приспособленности к разным условиям существования, типам питания, а также их высокой плодовитости представляют серьезную эпидемиологическую опасность для человека.

Распространенность гиперчувствительности к тараканам у больных респираторной аллергией чрезвычайно высока. Астматическую реакцию вызывают как живые особи, так и продукты жизнедеятельности насекомых, в частности их экскременты. Частицы тел мертвых тараканов попадают в домашнюю пыль, а из нее — на слизистую оболочку дыхательного тракта [1, 2].

Аллергены тараканов служат частой причиной развития atopической бронхиальной астмы (АБА), уступая только домашней пыли и клещевым аллергенам. У больных АБА, не sensibilizированных к домашней пыли, гиперчувствительность к аллергенам тараканов имеет место в 12,2% [1].

### Литература:

1. Доценко Э. А. Роль экологических факторов в развитии бронхиальной астмы: Автореф. дис. докт. мед. наук. Витебск. 1996.

2. Ефременко И. И. Этиологическая роль аллергенного прѣпарата из тараканов в развитии атопической бронхиальной астмы в Республике Беларусь: Диссерт. канд биол. наук. Москва. 1998.

3. Гембицкая Т. Е., Петрова М. А., Боброва Е. А, Eriksson N. E. Аллергия к тараканам как фактор формирования атопической бронхиальной астмы у жителей Санкт-Петербурга // Сборник-резюме Международной конференции «Улучшение качества жизни при астме и аллергии». С.-П., 13-16 июня 1995. С. 7-9.

4. Адо А. Д. О некоторых механизмах нарушений бронхиальной проходимости // Клин. мед. 1989. № 2. С. 23-28.

5. Новиков Д. К., Доценко Э. А., Новикова В. И. Аллергическая и псевдоаллергическая бронхиальная астма. Москва–Витебск. 1997. С. 336.

## ФОРМИРОВАНИЕ ЗРЕЛОЙ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У МОЛОДЕЖИ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗППП И АБОРТОВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Пан Н. А., психолог

Белорусская Государственная Академия Искусств

*г. Минск, Беларусь*

Отношение к человеческой жизни является центральным вопросом биомедицинской этики. Особую актуальность этот вопрос приобретает в территориальных границах постсоветского пространства в связи с огромным количеством абортов и ухудшением репродуктивного здоровья населения.

Еще несколько лет назад принято было сводить причины этих негативных явлений к сложной экономической ситуации и, в случае абортов, к «заботе родителей о будущем своих детей». Однако на сегодняшний день, совершенно ясно, что проблема распространения ЗППП и роста количества абортов имеет морально-этическую, а не экономическую природу и связана с изъяном в половом воспитании.

К сожалению, сегодня половое воспитание, как в семье, так и в образовательных институтах зачастую сводится к минимальному информированию молодежи о наиболее распространенных — что не означает наиболее эффективных — средствах предохранения от нежелательного зачатия ребенка. Понятие же психосексуальной зрелости фактически не знакомо молодежи. Вместе с тем, без достижения психосексуальной зрелости и формирования непротиворечивой половой идентификации, понятия поло-ролевой идентичности, родительской и партнерской ответственности в семейных отношениях становятся просто бессмысленными. Кроме того, недостаток полового воспитания ведет к развитию у молодых людей экзальтированности, склонности к яркому фантазированию, слабоволию в вопросах контроля собственного полового влечения, а также затрудняет общение и способствуют развитию заместительных форм половой активности: навязчивой мастурбации в сочетании с сексуальным фантазированием, увлечению порнопродукцией, сексом по телефону и т. п.

В современной психологии используются следующие показатели психосексуальной зрелости:

- способность образовывать с представителями противоположного пола психологическое единство, а так же формировать и поддерживать с ними прочные духовные узы, отношения дружбы и сотрудничества;
- осознание собственной сексуальности, своего пола, а также себя как мужчины или женщины;
- чувство ответственности за себя и партнера, отношение к партнеру как к равному себе;
- умение управлять своими потребностями и сексуальным поведением; способность помогать партнеру выработать навыки сексуального самоконтроля.

Достижение психосексуальной зрелости коррелирует с приоритетом семейных ценностей и безопасного сексуального поведения у молодежи. Вместе с тем, как показывают многочисленные исследования, молодые люди, начиная интимные



отношения, лишь в редких случаях руководствуются мотивом создания семьи с выбранным партнером. Чаще спектр мотивов выглядит следующим образом:

- расслабление, сексуальная разрядка накопившегося напряжения;
- половая близость как общепринятое продолжение нежных отношений, превратное понимание вежливости либо благодарности;
- удовлетворение любопытства, дань традиции;
- брак, как обязанность перед родителями;
- оценка способности склонить партнера к сексуальным отношениям, как признака социальной успешности;
- соперничество с реальным или потенциальным соперником;
- самоутверждение — я не хуже других;
- материальный, либо любой другой расчет;
- протест против родительского контроля.

Все описанные мотивы принадлежат к личностно незрелым, противодействуют формированию ответственного сексуального поведения и, безусловно, повышают риск заражения ЗППП и искусственного прерывания беременности.

Таким образом, одной из основных задач медицинского просвещения в области сохранения репродуктивного здоровья населения можно назвать создание и дальнейшую реализацию программ по формированию зрелой психосексуальной идентичности, ориентированной на ценность семьи и ответственное родительство у молодежи.

# ПРЕДЛАГАЕТ ЛИ ХРИСТИАНСТВО РЕАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ В БОРЬБЕ ПРОТИВ ЗАВИСИМОСТИ?

Магистр Павел Шимек  
Архиепископская «Каритас-Прага»  
*г. Прага, Чехия*

Актуальность: Познание величия человечества и значения каждого человека является самым главным мотивом на пути к освобождению от зависимости.

Цель: Помочь жертвам алкоголизма и наркомании.

Материал и методы исследования: Многолетняя работа с людьми, находящими на задворках общества по причине употребления алкоголя или наркотиков. Работа на улице и в благотворительных консультационных пунктах.

Результаты исследования: Войти в доверие к зависимым людям и мотивировать их к изменению стиля жизни. Поиск необходимых методов работы с людьми, которые стоят на грани зависимости. Предупреждение зависимости и помощь уже зависимым людям; внедрение в жизнь подобных методов.

Выводы: В благотворительной деятельности залогом успеха (такой помощи клиенту, которая приводит к его возвращению в общество) является работа, основанная на любви к клиенту и на грамотности социального работника. Оба фактора необходимы для подлинно успешной работы благотворительных организаций.

Разрешите мне вначале процитировать Евангелие от Иоанна: «Бог есть любовь, и пребывающий в любви пребывает в Боге, и Бог в нем» (1 Ин 4, 16). Эти слова стали сутью не только Евангелия от Иоанна, но и всего христианства. Если бы от Библии не осталось ничего, кроме этих слов, то и тогда было бы понятно послание Иисуса людям. Это послание было актуальным и во времена Иисуса, и сегодня. В окружающем нас мире, который переполнен современной техникой, рекламой, в котором церковь отделена от государства, слова Иисуса

действуют, как огонь: они говорят нам, что, несмотря на все проблемы человечества, живущего в нашем потребительском обществе, Бог находится с нами, Он живой и позволяет нам Себя познать. Этот Бог любит нас, любит каждого человека. Любит конкретной любовью, которая выражается в отношениях отца и ребенка, в отношении Создателя и человека. «Когда видишь любовь, видишь Бога», — написал в IV столетии христианский угодник святой Августин. Кто понимает самое главное послание к человеку — любить ближнего, — тот творит Божью волю.

Это послание является универсальным для всех, и нет на свете человека, к которому оно не было бы обращено. Любовь к ближнему является главным опознавательным знаком всего христианства, и мера ее выражает подлинность христианина. Кто любит ближнего своего, тот любит Бога. Можно сказать, что тот, кто конкретным образом любит своего ближнего, не зависимо от того, находится ли он рядом или это абсолютно чужой человек, — тот любит Бога, и не важно, задумывается он над этим или нет. И с другой стороны: человек, утверждающий, что любит Бога, но не видящий потребностей людей, окружающих его, — наверняка лжет. Все его начинания неправдивы и вряд ли им можно доверять.

В своем сообщении я буду исходить из опыта работы нашей организации «Каритас», которая на протяжении всей своей деятельности имела много проблем, но не отступила от своего предназначения. Было время, когда у «Каритас» хотели выбить почву из под ног, представляли ее как иллюзию, не способную ничего дать обществу. Интересно, что именно в такие моменты люди перестают доверять «посланию» любви. И потом нужно много времени, для того чтобы переубедить общество в том, что все опять хорошо, все идет как следует. В этом смысле видно, что «Каритас» несет большую ответственность перед обществом и отдельными личностями, поэтому очень важно, чтобы ее деятельность была подлинной.

Наша организация «Каритас» предлагает, в зависимости от потребности, ряд служений социально слабым людям. Одной

из самых больших проблем настоящего времени является потеря ценностей, что впоследствии ведет к самоуничтожению. Отсутствие авторитетов («...все всем дозволено») и моральная пустота не являются самым величайшим злом, но это явление заполняет пустоту и поглощает все, что находится рядом. «Пустота» расширяется и вскоре закрывает все вокруг. Человек остается наедине с собой, становится совершенно одиноким и не видит выхода из создавшейся ситуации. Теряет смысл того, чтобы двигаться вперед. Не имея никакой жизненной цели, он не видит никаких причин для какого-либо изменения в своей жизни. Человек перестает быть жизнерадостным. Безнадежно ищет опоры и в один прекрасный момент находит утешение либо в алгоголе, либо в наркотиках. Начинается «танец» в заколдованном круге, и этот «танец» ускоряется, становится все быстрее и быстрее, до определенного момента, когда человек полностью теряет силу воли и уже без остановки катится к своей гибели. Иногда случается, что втягивает в это и своих близких...

Работа «Каритас» с жертвами наркомании и алкоголизма очень обширна. За время нашей многолетней практики мы наладили тесные контакты с большим количеством пострадавших людей. Самыми важными шагами на долгой и болезненной дороге к исправлению являются доверие клиента и пробуждение в нем настоящего желания исправиться.

Для достижения полного успеха мы не брали на вооружение те методы, которыми пользуются некоторые социальные организации, где все наперед распланировано и где, руководствуясь научными методами, не принимают во внимание самое главное — там не хватает любви, заботы о человеке. Человек, пришедший в «Каритас», не может быть всего лишь следующим в очереди, статистикой успешности или не успешности терапевта или социального работника. Без любви наша помощь не имеет смысла. Мы можем человека накормить, одеть, приютить, но на самом деле только этим не поможем ему.

«Каритас» руководствуется современными принципами социальной работы. В организации работают специалисты

и она заботится о повышении их квалификации. Это очень важно и всегда остается одним из наших приоритетов. Но для нас более важным остается то, чтобы человек, обратившийся к нам, почувствовал нашу любовь, почувствовал, что он нам не безразличен, что он обладает своими достоинствами. Важно понимание того, что помощь в критической ситуации не основывается лишь на бездумном подчинении и запрете, но должна давать человеку толчок к новой жизни, к ее наполнению. Ощущение, что ты любим, что в твоей жизни есть цель, очень важно, а главное — это является первым шагом на пути, ведущем из лабиринта. Иногда путь к познанию бывает очень долгим процессом, очень хрупким и нуждающимся в охране и поддержке. Ответственность работника, который находится в контакте с клиентом, очень велика.

Наша работа на разных ступенях зависимости выглядит, как непрекращающийся бой. Все начинается с профилактических мероприятий, направленных, в основном, на информирование детей о последствиях употребления наркотиков. Эти мероприятия проводят квалифицированные работники в школах (в первую очередь в начальных классах). Проводим также беседы с широкой общественностью. Осуществляем программы информирования общественности о конкретных наркотиках, их влиянии на организм, о возможности распознавания (особенно для родителей) того, не начал ли кто-либо в моем окружении употреблять наркотики, и как поступить, если это стало привычкой для кого-то из близких. Информлируем общественность о наших консультационных пунктах, где можно побеседовать с квалифицированными работниками «Каритас» о возможной помощи в этой ситуации. Употребляющим наркотики наши работники предлагают советы по соблюдению правил личной гигиены, а также осуществляют бесплатный обмен использованных шприцов на новые одноразовые. Наши специалисты посещают места, где собираются люди, зависимые от наркотиков. Завязывают с ними личный контакт, а так же пытаются войти в доверие к людям, которые по разным причинам не

посещают наши консультационные пункты, но нуждаются в нашей помощи.

В связи с проблематикой алкоголизма следует прежде всего назвать социальные консультативные пункты (размещенные отдельно или при домах-приютах). Люди, которые к нам приходят, получают социальную помощь по мере необходимости (нужно признать, что зависит это также от наших возможностей и от возможностей конкретного проекта). Социальную работу можно проводить с клиентом только в том случае, если он не находится в состоянии опьянения, и, можно сказать, что это один из самых долгих и сложных путей. В любом случае, неотъемлемой частью работы есть близкие отношения и доверие.

Эта, кажущаяся нескончаемой работа основана на познании человеческого достоинства и истинной ценности человека. Только такое отношение к человеческому несчастью поможет вернуть — даже в самых трудных ситуациях — человеческое достоинство, которое было утеряно. Тот, кто нашел себя и готов бороться за свое «я», может смело идти по пути, который был ему предначертан.

## СОДЕРЖАНИЕ

Витебская епархия Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь .....	4
Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет.....	5
Витебск.....	6
III Международная медицинская конференция «Проблемы врачебной этики в современном мире» .....	7
ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ .....	8
ТЕЗИСЫ III МЕЖДУНАРОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «Проблемы врачебной этики в современном мире» .....	13
<b>Дейкало В. П., Коневалова Н. Ю., Глушанко В. С., Степанов А. В.</b> АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ .....	14
<b>Клементович Славомир</b> КЛЯТВА ГИППОКРАТА НА ПОРОГЕ XXI ВЕКА .....	18
<b>Огирко О. В.</b> ХРИСТИАНСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ .....	26
<b>Сипайло Я. С., Ермолова А. Я.</b> ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ БИОЭТИКИ И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ .....	29
<b>Мороз Д. В.</b> РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	32
<b>Церковский А. А.</b> МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИНЦИПА АВТОНОМИИ .....	36
<b>Церковский А. А., Гапова О. И.</b> ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ КАК СТАНДАРТ ПОВЕДЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ .....	40

<b>Девярых С. Ю.</b> ОСОБЕННОСТИ МОРАЛЬНОГО СОЗНАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В ОБЛАСТИ ОТНОШЕНИЯ ПОЛОВ .....	44
<b>Бизунков А. Б.</b> МЕДИЦИНА ТРЕТЬЕГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ: ДУХОВНОСТЬ ИЛИ МАТЕРИАЛИЗМ.....	48
<b>Дерябина М. А.</b> ЭФФЕКТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ И РЕЧЕВОЙ ЭТИКЕТ ВРАЧА-ОНКОЛОГА .....	52
<b>Кунцевич З. С., Дерябина М. А.</b> ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ЭТИКЕТА ВРАЧА.....	56
<b>Лисец Антун</b> РЕБЁНОК — ДАР БОЖИЙ.....	60
<b>Медвешкая Н. М.</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДУХОВНОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ.....	63
<b>Сурганова С. Ф., Романенко Т. Т., Эйвазов Д. Т.</b> ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛЬНОГО КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	66
<b>Смоленко Е. Д.</b> МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ-СТУДЕНТОВ .....	70
<b>Смоленко Е. Д.</b> РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ .....	74
<b>Нурбаева М. Н.</b> МОЛОДЕЖЬ И АЛКОГОЛЬ.....	78
<b>Карноушенко Т. П., Нурбаева М. Н.</b> ПИЩА, КОТОРУЮ ДАЛ НАМ ГОСПОДЬ.....	80
<b>Фидельская Р. И., Дударев А. Н.</b> ПРОФИЛАКТИКА ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК У СТУДЕНТОВ.....	84



<b>Клюев В. А.</b> ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА СОДЕРЖАНИЕ ЦИНКА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА.....	88
<b>Коломийцева Ю. А.</b> СМЕРТЬ КАК ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН.....	92
<b>Глушанко В. С., Петрише Т. Л.</b> МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	95
<b>Петрише Т. Л., Макова А. В.</b> ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ЗАКОНОДАТЕЛЬНОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ ЭВТАНАЗИИ В XX – НАЧАЛЕ XXI ВЕКА.....	100
<b>Ефременко И. И., Кунцевич Е. А.</b> СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИИ.....	106
<b>Пан Н. Л.</b> ФОРМИРОВАНИЕ ЗРЕЛОЙ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У МОЛОДЕЖИ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗППП И АБОРТОВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ.....	109
<b>Шимек П.</b> ПРЕДЛАГАЕТ ЛИ ХРИСТИАНСТВО РЕАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ В БОРЬБЕ ПРОТИВ ЗАВИСИМОСТИ? .....	112

Научное издание

III Международная  
медицинская конференция  
ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ  
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ  
Тезисы

Для внутреннего пользования

Ответственная за выпуск И. Бурак  
Технический редактор О. Глеков  
Компьютерная верстка Г. Ждан

Подписано к печати 17.04.2007.  
Формат 84x108 1/32. Бумага офсетная. Гарнитура Орус.  
Усл. печ. л. 6,3. Уч.-изд. л. 4,89.  
Тираж 250 экз. Зак. № 572.

УП «Издательство „Про Христо“».  
220030 г. Минск, пл. Свободы, 9, к. 2.  
ЛИ № 02330/0056927 от 1.04.2004 г.  
**http://pro-christo.catholic.by; e-mail: pro-christo@catholic.by**

Напечатано в типографии УП «ХОДР» ОО «БелТИЗ»  
220141 г. Минск, ул. Освобождения, 9.  
ЛП № 02330/0056661 ад. 29.03.2004 г



В III МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»  
ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ МЕДИКИ,  
СВЯЩЕННОСЛУЖИТЕЛИ, ДИПЛОМАТЫ ИЗ

ВАТИКАНА



ЛАТВИИ



УКРАИНЫ



АРМЕНИИ



ЛИТВЫ



ХОРВАТИИ



БЕЛАРУСИ



ПОЛЬШИ



ЧЕХИИ



НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
- ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
- «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» – ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С АБОРТАМИ И ЭВТАНАЗИЕЙ
- СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

