

ВИТЕБСКАЯ ЕПАРХИЯ РИМСКО-КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

ОТДЕЛ ПО ДЕЛАМ РЕЛИГИЙ И НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ
ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



**VIII Международная
МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**24–25 мая
2012 г.**

г. Витебск,
ул. Гоголя, 6
конференц-зал
Витебского облисполкома

Витебская епархия Римско-католической Церкви
в Республике Беларусь
Управление здравоохранения Витебского облисполкома
Отдел по делам религий и национальностей
Витебского облисполкома
Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

VIII Международная
медицинская конференция

(Витебск, 24–25 мая 2012 г.)

Тезисы докладов



Минск
«ПРО ХРИСТО»
2012

УДК 614.253(043.2)

ББК 51.1я43

П78

Тезисы VIII Международной медицинской конференции, состоявшейся 24–25 мая 2012 г. в г. Витебске. Конференция была организована по инициативе Витебской епархии Римско-католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским государственным ордена Дружбы народов медицинским университетом и Витебским облисполкомом.

ISBN 978-985-6825-66-1

© Витебский государственный
медицинский университет, 2012
© Витебская епархия Римско-
католической Церкви в РБ, 2012
© Оформление. УП «Издательство
„ПРО ХРИСТО“, 2012

Дорогие братья и сёстры во Христе!

24–25 мая 2012 г. Витебская епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским облисполкомом и Витебским государственным ордена Дружбы народов медицинским университетом проводит VIII 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. блаженный Иоанн Павел II установил Витебскую епархию, территориально совпадающую с границей Витебской области. Первым епископом Витебской епархии назначен Владислав Блин, настоятель кафедрального храма Пресвятой Девы Марии в Могилёве.

Священнослужители Витебской епархии Римско-католической Церкви в Республике Беларусь уделяют большое внимание пастырскому служению среди пациентов и медработников больницы области. Регулярно совершается Таинство Покаяния (исповеди) для пациентов больниц, уделяются Таинства Евхаристии, Крещения, Елеопомазания. Еженедельно посещая больных, священники несут им духовную поддержку.

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

По инициативе и с благословения епископа Витебского Владислава Блина в 2005 г. впервые в Беларуси проведена Международная конференция «Проблемы врачебной этики в современном мире». С тех пор тематика конференции дополнена новыми актуальными разделами: «Наука и духовность против ВИЧ (СПИД)», «Профилактика и лечение туберкулёза в современных условиях».

VIII Международная медицинская конференция «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

В конференции принимают участие медики, священно-служители, дипломаты из Беларуси, Ватикана, Италии, Китая, Польши, России, Шри-Ланки.

Спонсоры:

фирмы Seni, Matopat, Nycomed: a Takeda Company, Boehringer Ingelheim.

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
- Наука и духовность против ВИЧ (СПИД)
- Профилактика и лечение туберкулёза

Регистрация участников конференции состоится 24 мая 2012 г. в Витебском облисполкоме с 11.00 до 11.30 (г. Витебск, ул. Гоголя, 6).

Конференция будет проходить:

24 мая 2012 г. 12.00–14.00

15.00–17.00

25 мая 2012 г. 12.00–14.00

Регламент устного доклада — до 10 минут.

Выступление в обсуждении доклада — до 3 минут.

ПРОГРАММА

VIII Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире»

24 мая 2012 г.

12.00

Открытие конференции, приветствие участников

Его Преосвященство епископ Витебский **Владислав Блин**;
начальник управления здравоохранения Витебского обл-
исполкома, доктор медицинских наук, профессор **Юрий**
Деркач

12.20

Начальник управления здравоохранения Витебского обл-
исполкома, доктор медицинских наук, профессор **Юрий**
Деркач

Перспективы развития здравоохранения в Витебской области: медицинский, духовный и экономический аспекты

12.50

Msgr. Dariusz Giers, Pontifical Council for Health Care Workers
(Vatican)

Human Suffering: its Significance and Meaning in the Life and Teaching of John Paul II

13.30

Prof. Antonino Bagnato, Hematologist, adviser of the Pontifical
Council for Health Care Workers and member of the Board of
the Counselors in the Health Pastoral Care in the Diocese of
Rome (Italy)

14.00–15.00

Перерыв

15.00

Главврач УЗ «Витебского областного клинического кожно-венерологического диспансера» **Виктор Спиридонов**, г. Витебск (Беларусь)

Врачебная этика в венерологии

15.10

Доктор медицинских наук, профессор **Валерий Дейкало**; доктор медицинских наук, профессор **Василий Глушанко**; старший преподаватель УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» **Татьяна Петрище**, г. Витебск (Беларусь)

Профессиональные компетенции врачей и провизоров как категория биомедицинской этики

15.20

Доктор медицинских наук, профессор **Евгений Крупицкий**; кандидат медицинских наук **Виктор Гончар**, ГБОУ ВПО «Северо-западный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздравсоцразвития России», г. Санкт-Петербург (Россия)

Структура сочетанной наркологической и инфекционной патологии в Санкт-Петербурге и Ленинградской области

15.30

Священник **Андрей Буйнич**, Греко-католическая Церковь в Республике Беларусь, г. Минск (Беларусь)

In vitro — этическая проблема современной медицины и гражданской супольности

15.40

Кандидат медицинских наук **Марьяна Нурбаева**, УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова», г. Витебск (Беларусь); студентка II курса ФЛФ УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова» **Чжан Минь**, г. Хух-хот (Китай); студентка V курса ФЛФ, УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова» **Ядвига Сипайло**, г. Витебск (Беларусь), врач Витебской областной клинической больницы **Людмила Ермолова**, г. Витебск (Беларусь)

Отношение к факторам, способствующим распространению СПИДа в среде китайской студенческой молодёжи

16.00

Врач-педиатр **Татьяна Карноушенко**; психолог **Н. И. Глушкова**; зам. директора по учебно-воспитательной работе гимназии № 34 **Т. А. Ампилогова**, г. Орёл (Россия); Кандидат медицинских наук **Марьяна Нурбаева**, УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова», г. Витебск (Беларусь)

Из опыта работы региональной общественной организации детей-инвалидов Орловщины «Каритас»

16.10

Кандидат медицинских наук **Александр Будрицкий**; кандидат медицинских наук **Ирина Кучко**; **В. А. Серёгина**, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск (Беларусь)

Особенности выявления и клинического течения лекарственно-устойчивого туберкулёза органов дыхания у детей и подростков в Витебской области

16.20

Александра Звенигородская, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомельская епархия Белорусской Православной Церкви, г. Гомель (Беларусь)

Православный взгляд на онкологию

16.40–17.00

Обсуждение докладов

СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

1. *Сергей Протасов*

Продукция Boehringer Ingelheim в медицинской практике

2. *Юрий Хомутовский*, г. Минск (Беларусь), г. Торунь (Польша)

Продукция Seni-Matorat в медицинской практике

3. *Burhanuddin Hamza*, Faculty of General Medicine / 2nd course, VSMU (Sri Lanka)

Alcohol

25 мая 2012 г.

12.00

Иеромонах *Дмитрий Першин*, кафедра биомедицинской этики ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России», председатель комиссии по биомедицинской этике и медицинскому праву Всероссийского православного молодёжного движения, г. Москва (Россия); магистр философии *Д. В. Ампилогов*, Орловский государственный университет, г. Орёл (Россия), кандидат медицинских наук *Марьяна Нурбаева*, УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова», г. Витебск (Беларусь)

Экстракарпоральное оплодотворение:

медицина, биоэтика, теология

12.20

Кандидат психологических наук **Елена Ермакова**, институт «Энвила», г. Минск (Беларусь)

Духовные аспекты психологического консультирования женщин, готовящихся к аборту

12.30

Доктор медицинских наук, представитель фирмы «Nucomed: a Takeda Company» **Екатерина Ляховская**, г. Витебск (Беларусь)

Первичная и вторичная профилактика инфаркта миокарда

12.40

Кандидат исторических наук, зав. кафедрой философии и политологии УО «Витебская ордена „Знак почета“ государственная академия ветеринарной медицины» **Лариса Лукина**, г. Витебск (Беларусь)

Врачебная этика и этические нормы общества

13.00

J. I. Michelle Benedict, Faculty of General Medicine, 6th Course /VSMU (Sri Lanka)

Effects of Tuberculosis in Children & Teenagers

13.20–13.30

Заключительное слово на окончание конференции

Его Преосвященство епископ Витебский **Владислав Блин**; начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома, доктор медицинских наук, профессор **Юрий Деркач**

13.30

Пресс-конференция

В программе возможны изменения

Тезисы докладов
VIII Международной
медицинской конференции

«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

І. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА В ВЕНЕРОЛОГИИ

В. Е. Спиридонов, глав. врач

УЗ «Витебский областной клинический
кожно-венерологический диспансер»

г. Витебск (Беларусь)

Вопросы врачебной этики в венерологии всегда считались чрезвычайно актуальными. Венерические болезни издавна назывались «срамными». Обратиться в кожнодиспансер всегда было стыдно. Первый вопрос, который задают пациенты при обращении к венерологу: «А вы сообщите об этом на работу (в институт и т. д.)?». Венерологические отделения были учреждениями закрытого типа, с решётками на окнах и круглосуточным постом милиции.

И хоть сегодня всё уже выглядит по-другому, сохранившаяся боязнь огласки во многом препятствует своевременному обращению к врачу. Часто пациенты пытаются заниматься самолечением, откладывают визит к врачу, что приводит к развитию запущенных, хронических, осложнённых форм заболевания.

В целях изменения негативного отношения к службе предпринимается целый ряд мероприятий, направленных на создание позитивной направленности и осознания моральной безопасности обращения к специалистам для получения квалифицированной помощи, а также на повышение авторитета профилактических мероприятий.

Для этого в Витебском областном кожнодиспансере работает кабинет первичной профилактики. Проводится целый ряд мероприятий, направленных на создание доверительных отношений между врачом и пациентом:

- записаться на прием можно не только по телефону, но и через Интернет;

- получить предварительную консультацию и ответы на свои вопросы можно на сайте областного кожно-венерологического диспансера. Здесь же можно найти всю необходимую информацию о работе диспансера, перечне оказываемых услуг и материалы по профилактике заболеваний;

- для обеспечения доступности специализированной помощи создан «кабинет телемедицины», что позволяет пациентам из самых отдалённых районов получить консультацию высококвалифицированных специалистов, сотрудников кафедры дерматовенерологии ВГМУ;

- постоянно работает «телефон доверия»;

- работа венерологических кабинетов компьютеризована, амбулаторная карта заводится непосредственно в кабинете, минуя регистратуру, вся информация доступна только лечащему врачу;

- в стационарных отделениях информация о диагнозе пациента доступна только врачу. В настоящее время венерологические отделения — это отделения с более широкими функциями, в них проходят лечение не только пациенты с инфекциями, передающимися половым путём, но и с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой сферы различной этиологии;

- экстренные извещения, подаваемые в центр гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ), кодируются;

- при желании любой пациент может пройти обследование и лечение анонимно. Для этого создано самостоятельное подразделение, оснащённое современным оборудованием, укомплектованное высококвалифицированными специалистами. Кабинеты анонимного обследования и лечения работают в крупных городах и во многих районных центрах;

- профилактическая работа проводится нестандартно, основана на доверительном отношении: врачи выходят в учебные заведения для проведения не просто лекций, а мероприятий, интересных для молодежи (круглые столы, диспуты и т. д.), ведут консультативные приёмы на местах;

- кроме того, периодически проводятся акции в местах массового отдыха молодёжи;

- периодически в СМИ проводятся «прямые линии», где на вопросы отвечают ведущие специалисты диспансера.

Проводимые мероприятия позволили снизить негативное отношение к службе, поставить надёжный заслон «теневого венерологии».

Высокий уровень оказываемой в диспансере лечебно-диагностической помощи создал заслуженный авторитет Витебскому областному клиническому кожнодиспансеру не только у жителей области, но и близлежащих регионов России.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ: МЕДИЦИНСКАЯ И ДУХОВНАЯ ОЦЕНКА

А. М. Литвяков, д-р мед. наук, профессор;

А. В. Сергеевич, аспирант кафедры госпитальной терапии
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Распространённость псориаза среди населения Земли составляет от 0,1 до 7 %. Субъективные и объективные признаки заболевания, побочные эффекты терапии оказывают прямое влияние на физическое и психическое состояние больного, утяжеляя его состояние, что приводит к снижению работоспособности больных, вплоть до инвалидизации, ухудшая качество жизни больных в той же степени, что и другие тяжёлые хронические заболевания.

Сильный кожный зуд или боль могут мешать выполнять основные жизненные функции, такие как уход за собой, прогулки, сон. Псориазные бляшки на открытых частях рук или ног могут препятствовать больному работать на определённых работах, заниматься некоторыми видами спорта, ухаживать за членами семьи, домашними животными или домом. Псориазные бляшки на волосистой части головы, коже лица, мочках ушей нередко представляют для больных особую психологи-

ческую проблему. Больные псориазом чрезмерно озабочены своим внешним видом, придают этому слишком большое значение (вплоть до дисморфофобии), страдают от пониженной самооценки, у них возникает страх плохо выглядеть или быть отвергнутым окружающими из-за наличия псориаза, чувство неловкости, стыда или стеснения в социальных ситуациях. Более трети пациентов избегают социальной активности и общения с людьми из-за начала или прогрессирования болезни.

Длительное течение псориаза влечёт за собой возникновение психических нарушений (астеническая симптоматика, расстройства сна и аппетита, депрессия и др.) со снижением качества жизни больных. В результате возникает своеобразный «порочный круг»: псориазическая болезнь психоэмоциональный статус — качество жизни больного.

Психологический дистресс в сочетании с болью, зудом и иммунопатологическими нарушениями может привести к развитию выраженной депрессии, тревожного состояния или социофобии, к значительной социальной изоляции и дезадаптации больного, что требует духовного анализа. Следует также отметить, что коморбидность псориаза и депрессии, а также псориаза и социофобии, встречается с повышенной частотой даже у тех больных, которые не испытывают субъективного психологического дискомфорта от наличия псориаза. С учётом этого важна духовная адаптация пациентов с этой патологией.

В духовном аспекте возможно провести аналогию с больными в Евангелии (Мк 1, 40–45; Мф 8, 2–4; Лк 5, 12–16). Духовная поддержка для больного человека необходима. Включение больного псориазом в социальные и духовные группы и проекты даёт возможность ощутить себя частью общества, не чувствуя себя обделённым или отвергнутым, не испытывая психологического дистресса.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕЙ И ПРОВИЗОРОВ КАК КАТЕГОРИЯ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

В. П. Дейкало, д-р мед. наук, профессор;

В. С. Глушанко, д-р мед. наук, профессор;

Т. А. Петрише, ст. преп.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Качество подготовки врачей и провизоров в современных условиях становится главным ресурсом здравоохранения. Повышение доступности и качества медицинской помощи и лекарственного обеспечения для широких слоев населения страны напрямую зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров.

Профессиональные компетенции — это способности работника выполнять работу в соответствии с требованиями должности, а требования должности — это задачи и стандарты их выполнения, принятые в организации или отрасли. Применительно к здравоохранению в Республике Беларусь речь идёт о совокупности законодательных актов (законы «О здравоохранении», «О лекарственных средствах» и др.) и нормативной документации, регламентирующей функционирование различных составляющих отрасли. В современных условиях в системе здравоохранения и в образовательных учреждениях активно внедряются адаптированные к белорусским условиям принятые в международной практике стандарты и система менеджмента качества.

Выделяют два основных подхода к определению данного понятия: 1) функциональный, основанный на описании задач и ожидаемых результатов направления толкования понятия компетенции. Определяет способность человека действовать в соответствии со стандартами. Разработан британскими специалистами и получает всё большее признание в совре-

менном мире; 2) личностный, основанный на определении качеств человека, обеспечивающие успех в работе. Выявляет характеристики личности, которые позволяют добиваться лучших результатов в работе. Этот подход получил наибольшее развитие в США.

Выделяют пять степеней выраженности профессиональных компетенций: 1) негативный уровень; 2) уровень понимания; 3) базовый уровень; 4) уровень опыта; 5) уровень мастерства. Особенности выделения перечисленных уровней связаны с соответствующими уровнями освоения знания: 1) понимание; 2) осмысление; 3) воспроизведение; 4) применение; 5) усовершенствование. Эти уровни находят отражение в существующей динамически развивающейся системе непрерывного высшего медицинского и фармацевтического образования.

Модель компетенций врача и провизора целесообразно рассматривать как стандарт профессиональной деятельности специалистов, занимающих соответствующую должность. Профессиональная компетентность — это важный аспект профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников в современных условиях. В международной практике принято переводить стандарты компетенции в учебные планы и в оценку качества подготовки специалиста.

В заключение отметим, что в настоящее время интенсивно развиваются новые средства лечения, диагностики, реабилитации и профилактики заболеваний, а также модернизируются организационно-управленческие подходы в здравоохранении. Поэтому врачи и провизоры должны учиться в течение всей своей жизни, и нести ответственность за поддержание своих профессиональных знаний и навыков на высоком уровне, необходимом для оказания качественных медицинских и фармацевтических услуг. Специалисты с высшим медицинским и фармацевтическим образованием должны стремиться к тому, чтобы все представители этой профессии были компетентными.

БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА В РАБОТЕ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Н. А. Артёменко, к. м. н.; **Т. Л. Петрише**, ст. преп.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Одно из стратегических направлений совершенствования системы здравоохранения Республики Беларусь является дальнейшее развитие первичной медицинской помощи. Ключевые фигуры в этом звене — врач-терапевт участковый (ВТУ) и врач общей практики (ВОП). Возрастающий спрос на медицинские услуги при недостатке материальных и финансовых ресурсов, стимулирует поиск путей обеспечения населения качественной медицинской помощью.

Важна профессиональная компетенция ВОП и ВТУ, которая включает: умение контактировать с пациентами, разделять и решать их проблемы, координировать объёмы оказания медицинской помощи, повышать эффективность деятельности первичного звена, рационально использовать имеющиеся ресурсы в системе здравоохранения.

Современная модель эффективной деятельности врачей предполагает приверженность определённым ценностно-мировоззренческим установкам и принципам:

- профессиональная компетентность (повышение квалификации, наличие знаний, навыков, необходимых для оказания качественных медицинских услуг);
- честность (информирование пациента, признание врачебных ошибок, их своевременный анализ и предотвращение);
- конфиденциальность информации о заболевании пациента (соблюдение мер предосторожности в отношении раскрытия информации с учётом интересов общественной безопасности);
- соблюдение этических принципов взаимоотношения врача и пациента (врачи не должны использовать пациентов

для удовлетворения личной финансовой выгоды или в иных личных целях);

- улучшение качества обслуживания (разработка критериев оценки качества, эффективности работы врачей, учреждений и систем, отвечающих за предоставление медицинских услуг);

- обеспечение доступности медицинской помощи (уменьшение барьеров на пути к получению медицинских услуг в зависимости от образования, финансового, географического положения, недопущение социальной дискриминации);

- справедливое распределение ограниченных ресурсов (управление финансовыми ресурсами в системе здравоохранения);

- использование научных знаний и технологий (поддержка и развитие научной доказательной базы);

- контроль удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью (признательность пациентов, решение конфликтов и информирование о них общественности);

- добросовестное исполнение профессиональных обязанностей (сотрудничество врачей и пациентов, участие врачей в развитии образовательных технологий и стандартизации медицинских услуг).

Таким образом, в деятельности врачей первичного звена преломляются различные аспекты биомедицинской этики. Их исполнение на надлежащем уровне будет способствовать повышению эффективности оказания первичной медицинской помощи населению Республики Беларусь.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ: МЕДИЦИНА, БИОЭТИКА, ТЕОЛОГИЯ

Димитрий Першин, иеромонах,
ст. преп. каф. биомедицинской этики
ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н. И. Пирогова
Минздравсоцразвития России», пред. комиссии
по биомедицинской этике и медицинскому праву
Всероссийского православного молодёжного движения
г. Москва (Россия)

Д. В. Ампилогов, магистр философии
Орловский государственный университет
г. Орёл (Россия)

М. Н. Нурбаева, к. м. н., доцент
УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Согласно «Основам социальной концепции Русской Православной Церкви» высшей ценностью врачевания является жизнь человека и его душа. Библейские заповеди и гиппократовское «не навреди» осеняют человеческую жизнь с момента зачатия, независимо от того, каким образом оно осуществляется. С этого момента каждый из нас — это живая душа, образ Божий, призванный к встрече со своим Творцом. Поэтому мы должны заботиться и о родителях, и о ребёнке. Вот почему четыре аспекта ЭКО с христианской точки зрения представляются абсолютно неприемлемыми.

Во-первых, создание и утилизация «запасных» эмбрионов. Эффективность ЭКО невелика (около 20 %), кроме того, оно опасно для женщины. Гормональная стимуляция яичников, с помощью которой получают яйцеклетки, чревата серьёзными осложнениями. Чтобы не рисковать, для повторных имплантаций замораживают «запасные» эмбрионы. Но если этих имплантаций не происходит, человеческие жизни зачастую

становятся сырьём, из которого извлекают стволовые клетки, делают фармпрепараты и даже косметику. Это бесчеловечно.

Во-вторых, редукция эмбрионов при многоплодной беременности. Уничтожение созданных с таким трудом человеческих жизней производится либо исходя из евгенического принципа селективной выбраковки человеческих эмбрионов «с подтверждёнными структурными, хромосомными или генетическими аномалиями», либо из соображений удобства «для выполнения манипуляции». После редукции всего лишь половина (51 %) пациенток донашивали беременность до 38 недель и более. Помимо негативных последствий для материнского здоровья, редукция эмбрионов влечёт за собой нравственные мучения матери, допустившей уничтожение своего ребенка.

В-третьих, суррогатное материнство. Когда малыша отдают «заказчикам», разрывается глубинная связь между ним и матерью, носившей его под сердцем. Это травмирует их обоих, а само материнство низводится до уровня коммерческой услуги, доступной и лицам, не вступившим в брак, и гомосексуалистам.

В-четвёртых, использование донорских клеток. Брак — это таинство двоих, в котором нет места для «третьей стороны». Именно на моногамный брак Бог благословляет человека в раю, как и Христос Своё первое чудо — превращение воды в вино — совершает именно во время брачного торжества. Кроме того, у ребёнка есть право быть ребёнком своих родителей.

Тем самым «Основы...» не возражают против ЭКО, в котором участвуют только родители (никаких суррогатных матерей, доноров, экспериментов с выбором внешности) и не создается «запасных» эмбрионов. Чтобы избежать последнего, можно криоконсервировать не эмбрионы, а яйцеклетки.

Именно так процедура ЭКО регламентирована в итальянском законодательстве, которое в этом сегменте могло бы стать основой и для российского.

Тем не менее, остаётся такая проблема ЭКО, как повышенная вероятность патологий и заболеваний, что обусловлено несколькими причинами. Прежде всего, оплодотворение протекает не в естественных условиях. Во-первых, потому что в «пробирке» нарушается биологический алгоритм

отбора половых клеток, при котором «из миллионов сперматозоидов, содержащихся в эякуляте, зоны оплодотворения достигает, как правило, только один». Во-вторых, метод интрацитоплазматической инъекции единственного сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ) позволяет добиваться оплодотворения в тех случаях мужского бесплодия (крайние степени олигоастенозооспермии и обструкционной азооспермии), когда сперматозоиды в силу различных аномалий неспособны на это. Соответственно, ребёнок наследует все те хромосомные нарушения, которые могут быть присущи этим сперматозоидам: «у мужчин, страдающих бесплодием, существует повышенный риск хромосомных aberrаций. Они встречаются в 10 раз чаще, чем у мужчин с нормальной зооспермией».

Кроме того, следует учитывать последствия стимуляции суперовуляции. Развитие индуцированных беременностей, особенно на ранних сроках (до 12 недель) происходит на фоне высоких концентраций стероидных гормонов и их дисбаланса. В этот период эмбрион формируется и развивается не в физиологических условиях, так как «гиперстимуляция яичников и поддерживающая гормональная терапия, начатая ещё в лютеиновую фазу стимулированного цикла, нарушают гормональное обеспечение ранних сроков беременности, оказывают неблагоприятное действие на микроциркуляцию и маточно-плацентарный кровоток». Около 25 % репродуктивных потерь приходится именно на 1-й триместр, а «частота акушерских осложнений (угрозы самопроизвольного выкидыша, гестозов, антифосфолипидного синдрома, инфицирования плода) в 2–3 раза выше, чем при неиндуцированной беременности». И хотя к концу беременности частота акушерских осложнений снижается, современные схемы стимуляции суперовуляции в 4 раза увеличивают частоту и тяжесть акушерской патологии.

Наконец, на течении беременности могут сказываться те проблемы с репродуктивным здоровьем женщины, которые и побудили её обратиться к ЭКО. Успешная имплантация не избавляет эмбрион от рисков, которые могут быть обусловлены другими репродуктивными дисфункциями материнского организма.

Подводя итоги, отметим, что абсолютный риск возникновения пороков развития у ребёнка, зачатого с помощью ЭКО, выше, чем при обычном течении беременности. Следовательно, люди, которые планируют прибегнуть к ЭКО, должны быть осведомлены обо всех потенциальных рисках этого метода.

Кроме того, разве допустимо ставить эксперимент над ребёнком без его согласия? Тем более эксперимент, о котором заранее известно, что он может причинить ему боль и страдания? Христианская этика и Нюрнбергский кодекс, и Хельсинкская декларация налагают на подобные опыты однозначный запрет. Проблема в том, что при ЭКО согласие невозможно испросить в принципе, поскольку сама жизнь возникает в его результате. Так можно ли считать желание получить «своего ребёнка» достаточным основанием для того, чтобы его здоровье оказалось под угрозой? Согласно «Основам...» ответ на этот непростой вопрос остаётся за бездетной семьёй. Ни от крещения, ни от иных таинств Церкви дети, полученные методом ЭКО, не отлучаются. Но вот родителям, прежде, чем решиться на него, стоит посоветоваться с духовником.

И последнее. Среди моих знакомых более 10 бесплодных семей (от 6 до 10 лет бездетности) самым естественным образом зачали и родили собственных детей вскоре после того, как начали нянчить усыновленных малышей.

Литература

1. Барашнев, Ю. П. Качество здоровья и особенности постнатального развития детей, рождённых при применении вспомогательных репродуктивных технологий // Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / Под ред. В. И. Кулакова, Б. В. Леонов, Л. Н. Кузьмичева. — Москва, 2005.

3. Лысая, Т. Н. Особенности течения и тактика ведения индуцированных беременностей // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Т. Н. Лысая, Т. М. Астахова, М. Л. Кочиева; под ред. В. И. Кулакова. — Москва, 2005.

4. Назаренко, Т. А. Операция редукции эмбрионов при мно-

гоплодной индуцированной беременности // Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Т. А. Назаренко, А. М. Стыгар, Н. А. Каретникова, Х. Р. Сурмова; под ред. В. И. Кулакова. — Москва, 2005.

5. Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. — Москва, 2002.

6. Брек, И., протопресвитер. Священный дар жизни. — Москва, 2004.

7. Элдер К. Экстракорпоральное оплодотворение. / К. Элдер, Д. Брайан. — Москва, 2008.

8. Reefhuis J., Honein M. A., Schieve L. A., Correa A., Hobbs C. A., Rasmussen S. A.; National Birth Defects Prevention Study. Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States // Human Reproduction Advance Access first published online on November 14, 2008. [Электронный ресурс] — <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/full/den387v3>.

ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В. П. Дейкало, д-р мед. наук, профессор;

К. Б. Болобошко, к. м. н.; **А. Н. Толстик**, к. м. н.;

А. Н. Мاستыков, к. фарм. н.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

г. Витебск (Беларусь)

Неоспоримым общепризнанным фактом можно считать взаимосвязь качества жизни индивидуума со степенью его физической активности. В равной степени эмоциональное состояние пациента можно рассматривать в качестве ключа к функциональному восстановлению после операции. Действительно, исследования, проводимые в различных клиниках на протяжении последних 5 лет, показали наличие достоверной зависимости результатов оперативного лечения ортопедиче-

ских больных от их эмоционального статуса. Пациентов с риском неоптимального послеоперационного функционального восстановления желательно выявлять на этапе подготовки к оперативному вмешательству. основополагающим фактором должна быть беседа, в ходе которой выявляются возможные факторы риска: беспокойство, тревога, страх, депрессия, неспособность управлять собственными эмоциями. У лиц трудоспособного возраста важна мотивация возвращения к труду, сохранения своей профессиональной компетенции. В случае позитивного эмоционального фона и при желании скорейшего возвращения к профессии процесс послеоперационной реабилитации, как правило, не выходит за временные рамки протоколов и стандартов. Напротив, отсутствие позитивной мотивации сопровождается медленными темпами функционального улучшения, развитием стойких контрактур, а в некоторых случаях даже ведёт к отрицательному функциональному результату.

Особенное значение имеет данная проблема для пациентов, подвергающихся тотальному протезированию тазобедренного или коленного суставов. Задача замены изменённых патологическим процессом суставных поверхностей лежит преимущественно в области биомеханики и хирургической техники. Возвращение пациента с эндопротезом к полноценной жизни после успешно выполненной операции во многом зависит от его эмоционального состояния и душевного равновесия. Выявление психологических проблем данного рода в предоперационном периоде позволяет своевременно принять адекватные меры, направленные на формирование позитивной мотивации пациента к скорейшему восстановлению функции и возвращению к первоначальному уровню физической активности.

ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОК ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТАХ

О. А. Лукин, к. в. н.

УО «Могилёвский государственный
университет им. А. А. Кулешова»
г. Могилёв (Беларусь)

Биомедицинские исследования становятся чрезвычайно важными, необходимыми и экономически востребованными в связи с появлением современных лекарственных препаратов, технологий, приборов и диагностических процедур. Длительное время защита прав испытуемых при разработке лекарств, процедур, методов лечения или диагностики рассматривалась как защита целостной личности (индивидуума). Очевидно, что уважение к правам исследуемого подразумевает уважение и к биологическому материалу, и к персональным данным.

Уровень эффективности использования животных в тестировании лекарственных препаратов показывает, что до 90 % новых лекарственных средств, прошедших многолетние испытания на животных по схеме, включающей эксперименты на острую и хроническую токсичность, канцерогенность, мутагенность и тератогенность, забраковываются на ранних стадиях клинических испытаний. Причины низкой эффективности экспериментов на животных определяются биологическими различиями между человеком и экспериментальными животными, так что они могут по-разному реагировать на один и тот же лекарственный препарат. Различия в реакциях на токсичные вещества у животных и человека могут быть следствием различий в кишечной флоре, в абсорбции, в распределении веществ в тканях, в метаболизме, включая биоинтоксикацию и детоксикацию, в механизмах и скорости восстановления и выделения. В связи с этим прогресс медицины в большинстве случаев связан с клиническими наблюдениями за больными, а не с экспериментами на животных.

В биомедицинских исследованиях погибает несколько десятков миллионов лабораторных животных. Проблеме замены животных на альтернативные модели — культуры клеток тка-

ней, компьютерные и биохимические модели, использование вместо живых животных изолированных органов — уделяется большое внимание. Альтернативные методы применяются при производстве вакцин, в вирусологии, в токсикологических исследованиях, при тестировании безопасности различных продуктов и лекарственных препаратов, в физиологических исследованиях, в санитарно-гигиенических работах. Наиболее сложно использовать альтернативы при изучении поведения животных (поведенческие тесты) в экспериментальной хирургии.

Успехи, достигнутые в использовании культур клеток тканей (методы *in vitro*), — это возможность прижизненного наблюдения клеток. Несмотря на широкую доступность альтернатив, количество используемых для экспериментов животных уменьшается медленно.

ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОБЩЕСТВА

А. В. Лукина, к. и. н., доцент
УО «Витебская ордена Знак Почёта»
государственная академия ветеринарной медицины»
г. Витебск (Беларусь)

На всех этапах развития медицинской деятельности уделяется внимание облику врача, отдельным свойствам, которыми ему необходимо обладать. Из свойств личности, включающих чувства, память, волю, желания, мнения, суждения, именно разум ведёт к истине как к основе правильного мировосприятия.

Кроме того, особую значимость и действенность в профессии врача при диагностике и лечении болезней, приобретающих этические нормы. Это связано с тем, что между врачом и больным, заболевания которого таят в себе много неожиданного, труднообъяснимого, складываются отношения, не наблюдающиеся ни в какой другой профессии. Совокупность исторически сложившихся нравственных норм и принципов,

вытекающих из задач врачебной профессии, представляет собой сущность врачебной этики, составной частью которой является врачебная деонтология.

Основные нравственные требования к врачу получили отражение у Гиппократа, заложившего морально-этические принципы врачебной деятельности, в древнейших памятниках индийской литературы «Аюр-ведах» («Книгах жизни»), в трудах Авиценны, в современных работах, таких как книга М. Я. Мудрова. Вместе с тем на врачебную этику накладывают отпечаток общие положения этических норм того общества, в котором протекает деятельность врача. Врачебная этика периодически дополняется моральными нормами и принципами, вытекающими из новых аспектов врачебной деятельности, например, связанных с узкой специализацией медицины, пересадкой органов, применением современных биомедицинских технологий, соблюдением прав больного человека, ограждая его от медицинской агрессии.

Испокон веков врач был призван откликаться на зов больного, независимо от тяжести его болезни, возраста, пола, положения в обществе. Страдания больного — это глубокие психологические переживания, но, не вдаваясь подробно в вопросы профессиональной психологии, следует подчеркнуть, что в них заложен мощный стимул к непрестанному повышению профессионального уровня врача, обогащению ума и души величайшими достижениями человеческой культуры, расширяющими и углубляющими представления о человеке, его психологии и его возможностях.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОРЛОВЩИНЫ «КАРИТАС»

Т. П. Карноушенко, врач-педиатр; **Н. И. Глушкова**, психолог;
Т. А. Ампилогова, зам. директора по учебно-воспитательной
работе гимназии № 34
г. Орёл (Россия)

М. Н. Нурбаева, к. м. н., доцент
УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Проблема реабилитации и воспитания детей-инвалидов одна из наиболее приоритетных и труднорешаемых. В большей степени это касается детей, которые воспитываются дома. Если в специализированных государственных учреждениях с детьми занимаются специалисты (педагоги, психологи, логопеды, дефектологи, врачи по развитию) осуществляется серьёзное медицинское сопровождение, то рядом с ребёнком-инвалидом, воспитываемым дома, только родители, которые просто не знают, что делать, и, чаще всего, узнают что-нибудь только при общении друг с другом. Проблема очень актуальна. Социальный опрос, проведённый среди таких родителей, показал, что им не хватает простого участия, общения, информационной поддержки по проблемам их детей. Многие из них не умеют пользоваться Интернетом, теряются в решении юридических вопросов, не знают, куда обратиться за социальной помощью по вопросу лечения своих детей, какие бесплатные и платные услуги можно получить, какие права и льготы имеют их дети и сами родители.

Именно поэтому в Орле создана региональная общественная организация инвалидов детства «Каритас», целью которой является социальная защита и помощь детям-инвалидам и их родителям в воспитании, лечении и социализации детей. Организацию создали родители, опекающие больных детей, чтобы больше узнать о возможностях социальной и медицин-

ской помощи своим детям, поделиться своими знаниями и дать достойное качество жизни детям, которые в силу своих особенностей не могут посещать государственные коррекционные учреждения. Вопросами социализации таких детей не занимается никто.

Для решения поставленных целей создаётся центр оказания психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов.

В этом центре:

- осуществляется психологическое, педагогическое, медицинское и юридическое консультирование родителей;
- с детьми проводятся занятия в малых группах с обучением родителей методике проведения занятий (родители продолжают заниматься с детьми дома): ИЗО, музыка, прикладное искусство, танцы;
- проходит клубное семейное общение;
- проводятся праздники, мероприятия;
- организуются компьютерные курсы для родителей и детей;
- проводится консультирование детей по выбору профессии;
- организуются воскресные школы с участием священника;
- организуется клуб знакомств для детей.

Параллельно создаётся Попечительский совет организации и формируется финансовый фонд.

Оформляется сайт, в котором отражаются наши достижения, успехи и проблемы. Родители найдут здесь ответы на многие интересующие их вопросы. Все занятия и мероприятия проводятся специалистами, планируется привлечение студентов старших курсов вузов города Орла для учебной практики. Студенты получают богатый опыт работы с такими детьми, а для родителей это будет неоценимая помощь в воспитании и развитии детей.

Работа нашей организации рассчитана на оказание помощи малоимущим семьям и семьям, имеющим средний достаток. Все занятия и мероприятия проводятся бесплатно. Очень интересно прошёл праздник для пап и дедушек, посвящённый Дню защитника Отечества. Если мамы и бабушки, в силу своей

природы, ближе к обездоленному ребёнку, то отцы и дедушки не очень знают, как проявить свою заботу, свои чувства. Участие в празднике, без сомнения, оказало благотворное влияние на улучшение этих отношений. Мы приняли решение на каждое мероприятие приглашать всю семью каждого ребёнка-инвалида.

Наша организация налаживает отношения с муниципальными и частными центрами реабилитации детей-инвалидов, Орловским обществом волонтеров, с организаторами Специальной спортивной олимпиады в городе Орле. Администрация города выделила нам помещение в центре города, рядом с детским парком. Это удобно для инвалидов-колясочников.

Работа, которую мы начали, требует вложения сил, большой любви к детям, имеющим повышенную потребность в реабилитации и своей социализации, а также в знаниях. Все вместе мы можем улучшить качество жизни детей, которым нужны индивидуальные занятия, в том числе творческие, но для них не менее необходимо общение со сверстниками и другими детьми.

Создание таких центров с привлечением добровольцев расширяет масштабы оказания всесторонней помощи детям-инвалидам, которые не могут получать реабилитацию в обычных коррекционных учреждениях, и их родителям.

ПРАВОСЛАВНЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭКОЛОГИЮ

А. В. Звенигородская

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Гомельская епархия Белорусской Православной Церкви
г. Гомель (Беларусь)

В наше время ни одно заболевание не вызывает у людей такого страха и отчаяния, как рак. Онкологи нередко наблюдают тяжелые эмоциональные реакции на заболевания, сопровождающиеся злокачественными новообразованиями, психологически связанные с представлениями об их неизлечимости.

Онкология — особая область медицины, где одинаково важное значение имеет как высокая профессиональная подготовка врача, так и его умение контактировать с больным человеком. Нарушение этого единства может весьма печальным образом отразиться на судьбе пациента.

«Каждая болезнь имеет свой смысл. Онкологическое заболевание, тем более злокачественное, с религиозных позиций имеет своим назначением «извещение» человека о том, что ему предстоит путь в Царствие Небесное, время его жизни исчислено, и Господь принял решение отозвать душу этого человека к Себе в Вечность. При этом неважно, сколько времени пройдёт с момента гистологического исследования, подтверждающего раковый характер опухоли до момента смерти: месяц или 15 лет (на фоне хирургического, лучевого лечения и химиотерапии). Важно, что прозвучал удар в колокол, призывающий к покаянию за всю прожитую жизнь.

Почему можно считать это «извещением»? Потому что существует множество заболеваний, в результате которых наступает скорострительная смерть, когда вследствие истощения от заболевания, его особенностей, человек уже не в состоянии прибегнуть к церковным Таинствам, не может осмысленно ни говорить, ни видеть, ни слышать, ни анализировать. Любое церковное Таинство зиждется на том, что человек, желающий приступить к нему, должен быть в состоянии ясного сознания или незначительного оглушения сознания, но обязательно должен иметь место самоанализ человека. Иначе невозможно будет ни высказать свои мысли, ни выразить все то, что является предметом покаяния.

Конечно, современная хирургия позволяет добиться хороших результатов: выживаемость пациентов со злокачественными новообразованиями при радикальном удалении опухолей достигает и 15, и 20 лет. Тем не менее, возраст от точки отсчёта в Вечность уже не важен, важен сам факт „предупреждения“» [1]. Однако такое «извещение» не подразумевает медленного умирания от посланного заболевания, может наступить и излечение.

Рассмотрим психологию онкологических больных. Их можно разбить на 2 группы: верующие и неверующие. Верующие люди реагируют по-разному, в зависимости от того, насколько они воцерковлены, укреплены, подготовлены к тому, чтобы войти в Царствие Небесное. Для неверующих людей диагноз «рак» звучит как гром среди ясного неба и, как правило, становится настоящей трагедией жизни. Они пытаются настроиться на дальнейшее приспособление к жизни после операции (или без неё), но некоторые могут наложить на себя руки. И в последнем случае врач-онколог косвенно, но всё же отвечает за это перед Богом, потому что в задачу любого врача входит лечить не только тело, но и душу пациента. Лечащий врач всегда имеет возможность вызвать психиатра, психолога, если он не справляется с нарушениями психики у своего больного. В то же время он может позвать священника, который поможет больному по-новому осмыслить заболевание, по-иному прочувствовать какое отношение имеет человек умирающий к вечности. «Позднее обращение за помощью священнослужителя чревато лишением человека предсмертного напутствия и исповеди.

Излечивается ли рак при совершении церковных Таинств? Можно сказать в ряде случаев «да». Об этом свидетельствуют многочисленные факты исцелений после молитв перед иконой Божией Матери, мощами святых угодников. Бывает, что человек не получает исцеления, но опухоль останавливается в своём развитии. Исцеления не происходит по той только причине, что у больного должно поддерживаться духовное напряжение, не должно развиваться нерадение, чтобы он не отпал от Церкви» [1]

Таким образом, врачу-онкологу следует постоянно помнить об ответственности перед Богом за судьбу каждого своего пациента. Он должен помочь своему больному пережить это тяжелое испытание, постараться принести ему исцеление, не принуждая насильно к вере, но и не допуская, чтобы пациент ушёл в суеверия, стал обращаться к экстрасенсам, колдунам. В последнем случае проявляется действие другой силы — сата-

нинской, противной по характеру действию благодати Божьей. Расплата за это — малигнизация.

Литература

1. Православная Церковь и современная медицина: Сборник / Под ред. к. м. н., свящ. С. Филимонова. — Санкт-Петербург, 2002.
2. Церковь и медицина: на пороге третьего тысячелетия. — Минск, 1999.

II. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ ШКОЛ

Е. А. Харитонова, А. С. Метелица, каф. управления
и технологий образования

ГУДОВ «Витебский областной институт развития образования»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Известно, что здоровье людей представляет собой богатство нации, стратегический ресурс государства. Образ жизни — это важный фактор, влияющий на здоровье человека. Человек, имеющий отклонения в состоянии здоровья и ведущий неправильный образ жизни, не может в полной мере реализовать свои потенциальные физические и интеллектуальные способности. К факторам, разрушающим физическое и психическое здоровье, относится зависимое поведение, в частности, такие его виды, как наркотическая, алкогольная, никотиновая, поведенческая зависимость [2].

Вопросы охраны и укрепления здоровья подрастающего поколения на современном этапе развития общества следует считать первостепенной задачей. В связи с ростом количества молодых людей с зависимым поведением как никогда актуальны вопросы предупреждения возникновения у них зависимостей [1, 4, 5].

Эпидемия наркомании, алкоголизма, табакокурения охватывает всё более широкие слои населения, особенно молодёжь. В связи с возрастающей компьютеризацией и «интернетизацией» общества стала актуальной проблема патологического использования Интернета. Феномен интернет-аддикции представляет собой сборную групп разных поведенческих

зависимостей (работогольную, общения, сексуальную, любовную, игровую и т. д.), где компьютер служит средством их реализации [1, 5].

Стабильно высокий уровень распространенности табакокурения, алкоголизма, употребления наркотиков, рост поведенческих аддикций указывают на то, что запрещающие и профилактические меры не дают достаточно значимых практических результатов. Существующая система профилактической работы в учреждениях образования не в состоянии обеспечить предупреждение аддиктивного поведения. Это связано как с недостаточной профессиональной компетентностью специалистов в области психолого-педагогической и социальной профилактики аддиктивного поведения, использованием как неадекватных методов в проведении профилактической работы, так и с отсутствием механизмов управления результативностью и эффективностью профилактических программ, что в результате негативно сказывается на формировании личностной и социальной компетентности школьников. Низкая эффективность предпринимаемых мер является основанием для создания новой системы профилактики аддиктивного поведения, предполагающей дифференцированные мероприятия в школе, семье, по месту жительства [1, 3, 4].

Цель. Разработка системы профилактических мероприятий, направленных на коррекцию социально-психологического поведения учащихся, на оказание помощи в решении проблем, которые могут привести к зависимому поведению.

Материал и методы исследования. В качестве практических диагностических инструментов использовались следующие методики: 1) для оценки выраженности проблем изучения мнения школьников и учителей школ по вопросам здорового образа жизни молодежи — беседа, тестирование; 2) для выявления психотравмирующей ситуации — «Шкала депрессий», «Метод незаконченных предложений».

Результаты исследования. В число важных факторов сохранения здоровья, по оценкам учащихся, входит отказ от курения, употребления спиртных напитков, наркотиков и от других вредных привычек. Вместе с тем уровень удовлетворённости

со стороны педагогов и психологов тем, как правила здорового образа жизни соблюдаются школьниками, достаточно низкий.

Профилактическая работа должна проводиться в полном объёме, начиная с младших и заканчивая старшими классами, и строиться на определённых принципах: комплексности (организация воздействия на различных уровнях социального пространства, семьи и личности), адресности (учёт возрастных, половых и социальных характеристик), массовости (приоритет групповых форм работы), позитивности информации, минимизации негативных последствий, личной заинтересованности и ответственности участников, максимальной активности личности, устремленности в будущее (оценка последствий поведения, актуализация позитивных ценностей и целей, планирование будущего без аддиктивного поведения). Рекомендуется использовать следующие формы профилактической работы: организация социальной среды, информирование, активное социальное обучение социально-важным навыкам, организация деятельности, альтернативной аддиктивному поведению, организация здорового образа жизни, активизация личностных ресурсов, минимизация негативных последствий аддиктивного поведения. Для выхода на современный уровень деятельности в области профилактики аддиктивного поведения и сопровождения лиц с зависимым поведением требуется объединение ресурсов научных, образовательных и практических учреждений. Необходимо подготовить квалифицированные кадры, которые смогут своевременно и эффективно помочь в профилактике зависимого поведения молодёжи.

Выводы. Важно учитывать результаты психологических, социологических, педагогических и медицинских исследований в изучении аддиктивного поведения. Своевременное выявление школьников, склонных к формированию аддикции, проведение грамотно выстроенной профилактической работы в учреждениях образования позволит проводить адресную помощь, экономить силы и средства, затрачиваемые на борьбу с зависимым поведением. Основной акцент должен ставиться на меры первичной, превентивной профилактики, направленной на сохранение и развитие условий, способствующих сохра-

нению физического, личностного и социального здоровья, на предупреждение неблагоприятного воздействия на него природных и социальных факторов.

Литература

1. Гоголева, А. В. Аддиктивное поведение и его профилактика. — Москва–Воронеж, 2002.
2. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. — Санкт-Петербург, 2003.
3. Сизанов, А. Н. Психолого-педагогические принципы и интерактивные методы обучения здоровому образу жизни // Здоровый образ жизни. — 2001. — № 3. — С. 4–8.
4. Фурманов, И. А. Профилактика нарушений поведения в учреждениях образования: Учеб.-метод. пособие / Фурманов, И. А., Сизанов, А. Н., Хриптович, В. А. — Минск, 2011.
5. Шабалина, В. В. Зависимое поведение школьников. — Санкт-Петербург, 2001.

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ И ТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Р. И. Фидельская, к. м. н.; *И. И. Ефременко*, к. б. н.

УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Несмотря на усилия, предпринимаемые в борьбе с наркоманией и токсикоманией, на сегодняшний день они остаются серьёзной проблемой общества, трагедией каждого наркозависимого, его семьи и друзей.

Цель. Изучение отношения к наркотическим и токсическим веществам в студенческой среде.

На протяжении ряда лет мы исследуем причины распространения вредных привычек и наркомании среди студенче-

ской молодёжи. С этой целью проводится анонимное анкетирование. В данном исследовании приняли участие студенты третьего курса дневного (62 человека) и заочного (68 человек) отделений факультета физической культуры и спорта Витебского государственного университета.

Результаты исследования. Большинство респондентов (86 %) осведомлены об опасности развития наркомании и токсикомании. Есть студенты, которые не только не употребляют наркотики, но также не пьют и не курят. Это 23 % студентов-спортсменов высокого класса (мастера спорта, кандидаты в мастера спорта). Большая часть респондентов считает, что в молодёжной среде распространено употребление алкоголя (72,4 %) и наркотиков (27,6 %), которые молодые люди употребляли однократно или несколько раз. Два человека (1,5 %) признались в частом употреблении наркотических веществ, в основном, посредством курения. Среди причин, которыми они объясняют это, можно выделить: желание испытать новые ощущения (15,7 %), желание уйти от жизненных проблем (31,9 %), влияние окружения (34,2 %), скука (19,2 %).

На вопрос: «Кто формирует Ваше личное отношение к токсическим и наркотическим веществам?», большинство респондентов ответили: средства массовой информации (65 %), семья (24 %), собственные убеждения (11 %). Основными причинами, которые удерживают молодёжь от употребления наркотиков, являются: занятия спортом, желание быть здоровыми и иметь здоровых детей.

Выводы:

1. Студенты факультета физической культуры и спорта должны формировать здоровый образ жизни у подростков, работая в школе, оздоровительном лагере, спортивных секциях, ведя волонтерскую работу.

2. Необходимо более активно привлекать студентов для проведения антинаркотической пропаганды среди школьников, формируя у них потребность в систематических занятиях физической культурой и спортом.

ПРОФИЛАКТИКА КУРЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЁЖИ КАК ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

И. И. Ефременко, к. б. н.; **Р. И. Фидельская**, к. м. н.

УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Курение — небезобидное занятие, которое можно бросить без усилий. Это настоящая наркомания, и тем более опасная, которую многие не воспринимают в серьёз. К этой вредной привычке приобщаются мужчины, женщины, молодые люди, подростки и даже дети. Возникла мода на курение: сигареты, мол, придают девушкам особую элегантность, а юношам мужественность. Обязательно принадлежностью теле- и киногероев стала сигарета.

Целью нашей работы явилось изучение причин курения в школьной и студенческой среде.

Было проведено анонимное анкетирование учащихся УО «ГОСШ № 12» г. Витебска и студентов педагогического факультета УО «ВГУ им. П. М. Машерова». Причины приобщения к табаку у подростков более многообразны и представлены в таблице.

**Причины курения
(по материалам опроса школьников и студентов)**

Возрастные группы	Процентное соотношение причин курения			
	Подражание другим	Чувство новизны	Желание казаться взрослым	Причины неизвестны
Учащиеся 5–6-го кл.	55,0	41,5	5,5	3,0
Учащиеся 7–8-го кл.	35,6	30,0	10,4	24,0
Учащиеся 9–10-го кл.	25,5	24,0	15,0	35,5
Студенты 1-го курса	4,1	25,5	25,0	45,0
Студенты 3-го курса	1,5	10,0	25,1	63,4

Таким образом, более половины подростков курит, подражая другим (как правило, старшим товарищам по двору, по школе); Еще 40 % курят из-за стремления к необычности, таинственности: чтобы курить, надо раздобыть сигареты и спички, спрятаться в укромном месте, что похоже на малень-

кое приключение. В распространении курения среди девушек основной причиной является ложное кокетство, стремление прослыть оригинальной, желание понравиться юношам. А ведь они даже не подозревают, что для рождения нормального, здорового ребёнка родители за полгода до зачатия должны забыть вкус спиртного и табака! Это результат медицинской непросвещённости молодёжи.

Вывод. Школьные годы — это годы роста, как физического, так и умственного. Организму нужно много сил, чтобы справиться со всеми нагрузками. Как известно, навыки, привычки, усвоенные в школьном возрасте, самые прочные. Это относиться не только к полезным, но и к вредным привычкам. Чем раньше дети, подростки, юноши, девушки начинают курить, тем быстрее привыкают к нему, и в дальнейшем отказаться от курения будет очень трудно.

АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ РАЗЛИЧНЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОГИЛЁВА

И. И. Ефременко, к. б. н.; *Р. И. Фидельская*, к. м. н.;

М. В. Ермакович, студ. 2-го курса

УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения определила наркоманию как состояние, характеризующееся неотвратимой потребностью в наркотике, добыванием его всевозможными способами, приводящее к физической и моральной деградации человека и приносящее вредные социальные последствия.

Цель. Изучение и анализ потребления наркотических веществ разными группами населения г. Могилёва в течение последних десяти лет.

Результаты исследования. По итогам 2010 года заболеваемость наркотической зависимостью составила 3,4 на 100 тысяч населения. По половому составу выявляемых больных можно отметить определённое снижение количества женщин с 89 — в 2000 году до 42 — в 2010 (на 48,3 %).

В 2010 году выявлено и взято под профилактическое наблюдение 110 человек, употребляющих токсические вещества с вредными последствиями. Из 110 пациентов — 30 несовершеннолетних (27,3 %). Заболеваемость несовершеннолетних в 2010 году составила 14,3 на 100 тысяч населения до 18 лет. Количество взятых под профилактическое наблюдение женщин составило в 2010 году 59 человек, из них 10 несовершеннолетних девочек. По данным диспансерного учёта общее число зарегистрированных больных в 2000 году составило 422, в 2010 году — 797, то есть увеличилось на 89 %. В том числе количество больных наркоманией и наркопотребителей возросло на 35 % — с 373 до 504, больных токсикоманией и потребителей ненаркотических веществ на 498 % — с 49 до 293. Число пациентов диспансерной группы наблюдения составляло в 2000 году — 271, в 2010 году — 402 (рост 48 %).

Произошло увеличение числа пациентов по всем возрастным группам, в том числе: до 18 лет — в 1,7 раза; до 20 лет — в 3,1 раза; до 25 лет — в 1,5 раза; до 30 лет — в 1,5 раза; до 40 лет — в 2,6 раза; до 50 лет — в 2,9 раза; старше 50 лет — в 2,4 раза. По социальному составу произошло увеличение численности группы работающих в 1,5 раза — с 175 в 2000 году до 262 в 2010 году; неработающих в 2,4 раза — с 200 в 2000 году до 480 в 2010 году.

Выводы:

1. Современные наркотические вещества способны сформировать зависимость буквально за несколько приёмов.
2. Первое употребление наркотических веществ приходит на возраст 13–14 лет, вследствие чего среди наркоманов повышается доля подростков.
3. Круг потребляемых психоактивных веществ расширяется за счет наркотиков, изготовленных кустарным способом

и обладающих высокой токсичностью, а это приводит к более ранним и тяжёлым последствиям.

4. Почти две трети наркопотребителей — лица до 30 лет. Необходима более высокая информированность подростков и молодёжи о неблагоприятном влиянии наркотических веществ на организм человека.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ У СОВРЕМЕННЫХ ДЕВУШЕК

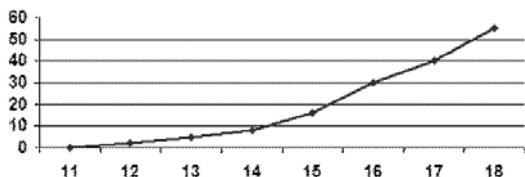
И. И. Ефременко, к. б. н.; **Р. И. Фидельская**, к. м. н.

УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Женщина и алкоголь — понятия несовместимые. Пьющая девушка — это страшно. Она более несдержанна, развязна, чем мужчина, более агрессивна, цинична, распушена. Ещё совсем недавно, несколько десятилетий назад, женский алкоголизм представлялся как довольно редкое явление, развивающиеся под влиянием каких-то особых, чрезвычайных обстоятельств. А в последние десятилетия отечественные психиатры насчитывают в числе своих пациентов до 12-17 % женщин, страдающих алкоголизмом.

В нашей стране среди подростков, употребляющих алкоголь, сравнительно немногие злоупотребляют им, однако сам факт приобщения вызывает серьёзную озабоченность и тревогу при этом поводы первого приобщения к алкоголю очень разнообразны. Был проведён опрос среди девушек — студенток УО «ВГУ им. П. М. Машерова», факультета социальной педагогики и психологии, в возрасте 18–35 лет (102 человека). Результаты социологического опроса показали негативное отношение к алкоголю 38 % студенток. По данным опроса можем проследить, как стремительно растёт число

употребляющих алкоголь, с каждым годом их взросления. На графике показано количество ответов на вопрос: «Сколько вам было лет, когда впервые попробовали алкоголь?», рас­ пределённое по годам.



На графике прослеживается характерная эволюция в зависимости потребления алкоголя от возраста. До 11 лет (0,4 %) первое знакомство с алкоголем происходит либо случайно, либо его дают «для аппетита», «лечат вином» или же ребёнок пробует сам из любопытства. В более старшем возрасте мотивами первого употребления алкоголя становятся традиционные поводы: «праздник», «семейное торжество», «день рождения», «гости» и т. д. С 14–15 лет появляются та­ кие поводы, как «неудобно было отстать от ребят», «друзья уговорили», «за компанию», «для храбрости» и т. д. 58 % студенток отметили, что инициатива первого употребления алкоголя чаще всего принадлежит родителям, ближайшим родственникам и подругам.

Вывод. Первичная профилактика алкоголизма состоит в предупреждении негативного влияния алкогольных обычаев микросоциальной среды, формировании у населения (тем более у подрастающего поколения) таких нравственных и ги­ гиенических убеждений, которые бы исключали и вытесняли саму возможность любых форм злоупотребления спиртными напитками. Основой первичной профилактики алкоголизма является здоровый образ жизни.

АЛКОГОЛИЗМ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В. Ю. Земко, студ. лечебного факультета
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Алкоголизм — хроническое заболевание, вызванное систематическим употреблением спиртных напитков и приводящее к нарушению психики, социального функционирования, появлению соматоневрологической патологии.

Высокая социально-экономическая значимость проблемы обусловлена широким распространением и доступностью алкоголя, наличием низкосортных токсических смесей, вызывающих тяжёлую интоксикацию и привыкание.

Это заболевание наносит огромный ущерб здоровью, поражает чаще молодых и лиц среднего возраста, снижает трудоспособность и приводит к соматическим и неврологическим нарушениям, утрате социальных связей и личностной деградации.

В современной международной классификации (МКБ №10) выделяется острая алкогольная интоксикация и хроническое злоупотребление алкоголем.

Острая алкогольная интоксикация (F 10.0) соответствует следующим критериям:

- Наличие достоверных сведений об употреблении данного вещества (или веществ).
- Выявление характерных симптомов интоксикации, соответствующих именно этому веществу (или веществам).

В типичной (простой) форме алкогольного опьянения можно выделить 3 степени:

1. Лёгкая степень острой алкогольной интоксикации, при которой возникает подъём настроения, уверенность в себе, чувство комфорта, весёлость и т. д. (концентрация алкоголя в крови 50–150 ммоль/л).

2. Средняя степень острой алкогольной интоксикации проявляется более выраженными эмоциональными и пове-

денческими расстройствами (концентрация алкоголя в крови 150–250 ммоль/л).

3. Тяжёлая степень алкогольной интоксикации характеризуется глубоким нарушением сознания вплоть до комы. Отсутствует координация движений, грубо нарушена речь (концентрация алкоголя в крови 300–500 ммоль/л). Когда содержание алкоголя достигнет 600 ммоль/л может наступить смерть.

Критериями хронического алкоголизма являются:

- Патологическое влечением к приёму данного вещества.
- Снижением контроля над его потреблением.
- Появление абстинентного синдрома (синдрома отмены).
- Охваченность сознания мыслями о поиске и приёме этого вещества.
- Пренебрежение вредными последствиями, которые вызывают его регулярное потребление.
- Сужение круга интересов.

Мероприятия по борьбе с алкоголизмом, в т. ч. профилактика являются важными задачами медицинской общественности и студентов медицинских учебных заведений.

ALCOHOL

Burhanuddin Hamza

2nd course faculty of general medicine
Vitebsk State Medical University
Sri Lanka

In Chemistry we learn Alcohol is an organic compound with an OH group and depending on the number of carbon atoms, we give the alcohol an IUPAC name. That is the Basic fundamental Knowledge we learn in the 1st day of Bioorganic Chemistry. But I will be taking a look on how Alcohol Metabolism takes place in the Liver and the factors that also Control the metabolism rate. Also a sneak peak on a very weird Hypothesis as to why people drink alcohol to a chronic extent when its merely a social drink.

Alcohol Metabolism

When alcohol is consumed, it passes from the stomach and intestines into the blood, a process referred to as absorption. Alcohol is then metabolized by enzymes, which are body chemicals that break down other chemicals. In the liver, an enzyme called alcohol dehydrogenase (ADH) mediates the conversion of alcohol to acetaldehyde. Acetaldehyde is rapidly converted to acetate by other enzymes and is eventually metabolized to carbon dioxide and water. Alcohol also is metabolized in the liver by the enzyme cytochrome P450IIIE1 (CYP2E1), which may be increased after chronic drinking. Most of the alcohol consumed is metabolized in the liver, but the small quantity that remains unmetabolized permits alcohol concentration to be measured in breath and urine.

The liver can metabolize only a certain amount of alcohol per hour, regardless of the amount that has been consumed. The rate of alcohol metabolism depends, in part, on the amount of metabolizing enzymes in the liver, which varies among individuals and appears to have genetic determinants. In general, after the consumption of one standard drink, the amount of alcohol in the drinker's blood (blood alcohol concentration, or BAC) peaks within 30 to 45 minutes. (A standard drink is defined as 12 ounces of beer, 5 ounces of wine, or 1.5 ounces of 80-proof distilled spirits, all of which contain the same amount of alcohol.) The BAC curve, shown on the previous page, provides an estimate of the time needed to absorb and metabolize different amounts of alcohol. Alcohol is metabolized more slowly than it is absorbed. Since the metabolism of alcohol is slow, consumption needs to be controlled to prevent accumulation in the body and intoxication.

Factors Influencing Alcohol Absorption and Metabolism

Food. A number of factors influence the absorption process, including the presence of food and the type of food in the gastrointestinal tract when alcohol is consumed. The rate at which alcohol is absorbed depends on how quickly the stomach empties its contents into the intestine. The higher the dietary fat content, the more time this emptying will require and the longer the process

of absorption will take. One study found that subjects who drank alcohol after a meal that included fat, protein, and carbohydrates absorbed the alcohol about three times more slowly than when they consumed alcohol on an empty stomach.

Gender. Women absorb and metabolize alcohol differently from men. They have higher BAC's after consuming the same amount of alcohol as men and are more susceptible to alcoholic liver disease, heart muscle damage, and brain damage. The difference in BAC's between women and men has been attributed to women's smaller amount of body water, likened to dropping the same amount of alcohol into a smaller pail of water. An additional factor contributing to the difference in BAC's may be that women have lower activity of the alcohol metabolizing enzyme ADH in the stomach, causing a larger proportion of the ingested alcohol to reach the blood. The combination of these factors may render women more vulnerable than men to alcohol-induced liver and heart damage.

Effects of Alcohol Metabolism

Body Weight. Although alcohol has a relatively high caloric value, 7.1 Calories per gram (as a point of reference, 1 gram of carbohydrate contains 4.5 Calories, and 1 gram of fat contains 9 Calories), alcohol consumption does not necessarily result in increased body weight. An analysis of data collected from the first National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I) found that although drinkers had significantly higher intakes of total calories than nondrinkers, drinkers were not more obese than nondrinkers. In fact, women drinkers had significantly lower body weight than nondrinkers. As alcohol intake among men increased, their body weight decreased. An analysis of data from the second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II) and other large national studies found similar results for women, although the relationship between drinking and body weight for men is inconsistent. Although moderate doses of alcohol added to the diets of lean men and women do not seem to lead to weight gain, some studies have reported weight gain when alcohol is added to the diets of overweight persons.

When chronic heavy drinkers substitute alcohol for carbohydrates in their diets, they lose weight and weigh less than their nondrinking counterparts. Furthermore, when chronic heavy drinkers add alcohol to an otherwise normal diet, they do not gain weight.

Sex Hormones. Alcohol metabolism alters the balance of reproductive hormones in men and women. In men, alcohol metabolism contributes to testicular injury and impairs testosterone synthesis and sperm production. In a study of normal healthy men who received 220 grams of alcohol daily for 4 weeks, testosterone levels declined after only 5 days and continued to fall throughout the study period. Prolonged testosterone deficiency may contribute to feminization in males, for example, breast enlargement. In addition, alcohol may interfere with normal sperm structure and movement by inhibiting the metabolism of vitamin A, which is essential for sperm development. In women, alcohol metabolism may contribute to increased production of a form of estrogen called estradiol (which contributes to increased bone density and reduced risk of coronary artery disease) and to decreased estradiol metabolism, resulting in elevated estradiol levels. One research review indicates that estradiol levels increased in premenopausal women who consumed slightly more than enough alcohol to reach the legal limit of alcohol (BAC of 0.10 percent) acutely. A study of the effect of alcohol on estradiol levels in postmenopausal women found that in women wearing estradiol skin patches, acute alcohol consumption significantly elevated estradiol levels over the short term.

Medications. Chronic heavy drinking appears to activate the enzyme CYP2E1, which may be responsible for transforming the over-the-counter pain reliever acetaminophen (Tylenol™ and many others) into chemicals that can cause liver damage, even when acetaminophen is taken in standard therapeutic doses. A review of studies of liver damage resulting from acetaminophen-alcohol interaction reported that in alcoholics, these effects may occur with as little as 2.6 grams of acetaminophen (four to five «extra-strength» pills) taken over the course of the day in persons consuming varying amounts of alcohol. The damage

caused by alcohol-acetaminophen interaction is more likely to occur when acetaminophen is taken after, rather than before, the alcohol has been metabolized. Alcohol consumption affects the metabolism of a wide variety of other medications, increasing the activity of some and diminishing the activity, thereby decreasing the effectiveness, of others.

The Reason that Humans tend to drink alcohol are usually Depression or a form of entertainment but scientists are still puzzled as to why it can get this addictive. Recent research has shown that it can fixed.

III. «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» — ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С АБОРТАМИ И ЭВТАНАЗИЕЙ

ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ГОТОВЯЩИХСЯ К АБОРТУ

Е. Н. Ермакова, к. псих. н., доцент,
зав. лаб. клинической психологии

Белорусский государственный педагогический университет
им. М. Танка
г. Минск (Беларусь)

Духовный кризис современного общества проявляется не только в большом количестве абортов, но и в терпимом и попустительском отношении общества к этому явлению. В практике психологического консультирования нередко приходится сталкиваться с ситуациями, когда беременность не воспринимается женщиной позитивно, что приводит к сомнениям по поводу сохранения ребёнка. Несмотря на то, что в литературе приводится перечень причин психологического, социального и медицинского характера, побуждающих женщину принять решение об аборте, остаётся открытым вопрос о тех смысловых ориентациях, которые побуждают женщину принять это решение. В свою очередь, ответ на этот вопрос часто является необходимым условием оказания эффективной психологической помощи, направленной на сохранение человеческой жизни.

Статистические методы, по сути, не вскрывают многие содержательные аспекты изучаемых проблем, так как, используя достаточно узкий набор переменных, опираются на имплицитное предположение о том, что именно эти перемен-

ные описывают наиболее существенные стороны исследуемой реальности. В ситуации исследования проблемы смысловых переживаний человека качественный подход кажется более адекватным, поэтому в качестве методов исследования был использован свободный ассоциативный эксперимент и исследовательское интервью. В исследовании приняли участие 11 женщин (беременность от 6 до 9 недель). На первом этапе исследования изучался ассоциативный слой концепта «аборт». В понимании самого концепта наиболее содержательным представляется определение В. А. Пищальниковой, которая считает, что «концепт включает в себя всё, что индивид знает и полагает о той или иной реалии действительности: понятие, визуальное или сенсорное представление, эмоции, ассоциации и в качестве интегративного компонента — слово» [3, с.102]. Все полученные реакции были классифицированы по трём основаниям: по семантическому признаку, по частям речи, по смысловому содержанию. Наиболее ярко выражены в ассоциативном поле концепта оценочный признак, личностные качества и персонификация. Ассоциаты оценочного семантического признака представлены в следующих категориях: чувственная, прагматическая, этическая. При этом этический признак имеет значительную степень выраженности. Обращает на себя внимание тот факт, что слово «грех» оказалось наиболее частым ассоциатом и вошло в ядерную зону концепта, что указывает на противоречивость мировоззрения и скорее внешнюю, чем внутреннюю религиозную ориентацию, а также на тот глубокий страх, который испытывает женщина, решившаяся на аборт.

Анализ материала, полученного в ходе исследовательского интервью, позволил обнаружить, что внутренний мир женщины становится в этой ситуации своеобразной «ареной борьбы» между социальными нормами и душевным запросом. Душевный запрос не подвластен социальным нормам и социальным ожиданиям. Он связан с чем-то очень глубоким, личностным. И, результате, решения, принятые под влиянием социальных ожиданий вместо уверенности и спокойствия вызывают горечь и тревогу. Не смотря на то, что нормой становится смерть, а

не жизнь, обращаясь к психологу за помощью, женщина явно или не явно выражает свою потребность «выйти на свет».

Каждый человек имеет внутреннюю духовную жизнь. Духовность определяет цель и смысл жизни человека. Духовность определяет восприятие и отношение человека к другим людям, живым существам и событиям. Духовная жизнь каждого человека уникальна. Для материнской души нет никаких причин, оправдывающих потерю ребёнка. Именно это проявляется в том глубинном страхе, который испытывает женщина, решившаяся на аборт. Эта боль отдаляет женщину от мужа и детей, разрушая парные и детско-родительские отношения.

Общение с психологом само по себе в этой ситуации может принести значительное облегчение. Профессиональная нейтральная позиция также весьма продуктивна, так как не сковывает волю человека и даёт ему возможность самому осуществлять свободный выбор. К сожалению, нейтральная позиция большинства психологических школ мнимая. На словах утверждается уважение к свободе человека, а на самом деле речь зачастую идёт о навязывании своего видения мира, о подмене патологической реальности клиента искусственно созданной реальностью — психотерапевтической, что приводит к углублению духовного кризиса как у отдельно взятого человека, так и в обществе в целом.

Утрата чётких нравственных ориентиров проявляется и в том, что женщина, понимающая, что аборт является грехом, готова сделать этот шаг. Здесь для психолога важны два ключевых момента: первый — различие между знанием, пониманием и переживанием, и второй — как помочь женщине удержаться от этого шага. «Ничего не происходит без воли Отца вашего», — говорил Христос. Поэтому основная задача верующего психолога — помочь клиенту в прояснении того, что с ним происходит в течении всей его жизни, т. е. наполнить традиционный процесс оказания психологической помощи духовным содержанием. В этом психологу помогает вера в то, что Бог приведёт к вере и другим, но не тогда, когда этого захочет психолог, и что вера не может быть привнесена извне.

Литература

1. Алексейчик, А. Е. Духовные аспекты в психотерапии // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. — № 2. — 2004. — С. 27–29.
2. Василюк, Ф. Е. Переживание и молитва. — Москва, 2005.
3. Пишальникова, В. А. Психопоэтика. — Барнаул, 1999.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АБОРТА

Ю. А. Коломийцева, ст. преп. каф. философии

УО «Витебский государственный технологический университет»
тет»

г. Витебск (Беларусь)

Многие заболевания женской половой сферы, в том числе бесплодие и воспалительные заболевания органов таза, могут и, скорее всего, являются последствием совершённого аборта, а также следующих за ним душевных переживаний. Дело ещё и в том, что женщина зачастую не в силах сама справиться с такими переживаниями и поэтому у неё срабатывают защитные механизмы, такие как отрицание или вытеснение. На сегодняшний день общественность уделяет очень мало внимания психологическим последствиям аборта. Однако по результатам исследований женщины, сделавшие аборт, через некоторое время начинают испытывать сильную душевную боль и чувство вины. Женщины становятся нервными и агрессивными или наоборот замкнутыми. Такое поведение со временем может перейти в депрессию с самыми тяжёлыми её проявлениями и в очень сильные душевные расстройства. Могут появиться алкогольная и наркотическая зависимости. Часто женщина перестаёт контролировать себя в еде. Меняются отношения с окружающими её людьми: половой партнёр (парень, муж), который участвовал в зачатии, становится ей безразличен. Кроме того, женщина, которая перенесла аборт, может воспринимать своего полового партнёра как виновника происшедшего. По-

являются проблемы со здоровьем: боли в области брюшной полости, воспалительные заболевания органов таза.

В психологии есть определение этому явлению: постабортный синдром, или ПАС. Постабортный синдром — это очень серьёзный и очень тяжёлый психологический кризис, который имеет как полюс опасностей для жизни, здоровья, дальнейшего благополучия, так и полюс ограничения возможностей и личностного роста. У человека есть два основных инстинкта: инстинкт самосохранения и инстинкт воспроизведения. Одно из самых главных, а может быть, и главное природное предназначение женщины — дать новую жизнь. Это женская инстинктивная программа, которая имеет глубинный характер и которая при её запуске меняет в женщине три составляющие: психику, тело, и систему отношений с миром. Аборт становится жестоким и насильственным прерыванием этой программы, и женщина из источника жизни превращается в источник смерти, и как бы она к этому ни относилась, организм «напоминает» ей об этом. С жесточайшим вторжением и разрушением базовой природной программы наступает психологический кризис, который длится не часы и недели, а месяцы и годы. Этот кризис имеет глобальный характер: в нём участвуют и изменяются психика женщины, её организм, меняются её взаимоотношения с миром. Любой кризис, а в особенности постабортный синдром, очень длителен и очень непросто. В США, например, количество самоубийств женщин, совершивших аборт, занимает второе место после самоубийств алкоголиков. Поэтому необходимо говорить не только об угрозе здоровью (физическому и психическому), но и об угрозе жизни женщины.

На вопрос психотерапевта «переживаете ли вы после аборта?» практически 100 % женщин спокойно отвечают, что нет никаких переживаний. На самом деле это лишь скрытые и невыраженные эмоции, которые позже обязательно найдут своё выражение в болезнях тела. Одни психологи и психотерапевты недооценивают серьёзность этого кризиса, другие же считают, что психотерапия бессильна в оказании помощи женщине, переживающей постабортный синдром. Вопрос

лишь в том, все ли способны самостоятельно пережить этот синдром, который может длиться годами вместе с тяжелейшими душевными переживаниями.

HUMAN SUFFERING: ITS SIGNIFICANCE AND MEANING IN THE LIFE AND TEACHING OF JOHN PAUL II

Msgr. Dariusz Giers, Pontifical Council for Health Care Workers
Vatican

John Paul II is an exceptional witness in the realm of suffering. He has travelled the world of suffering, taught about suffering and experienced suffering in his own flesh. With the Apostolic Letter *Salvifici Doloris* on the Christian Meaning of Human Suffering, John Paul II, offered to humanity a broad and authoritative document on the perennial problem of suffering (11 February 1984). There is no doubt that this great Pope will be remembered also, among others, because of his relationship to the sick and suffering. In a volume of the Pontifical Council for Health Care Workers, entitled *Giovanni Paolo II e la sofferenza* (John Paul II and Suffering), he is referred to as a Pope whose life was touched by suffering, explains suffering, a herald of the Gospel of suffering, one who loves the sick and is at the service of those who suffer. The Blessed Pope John Paul II can help us to understand the mystery of human suffering, and maybe our individual suffering, through his teaching and life experience. The lecture will be developed in two parts:

1. Suffering in the Teaching of John Paul II: *Salvifici Doloris*
 - 1.1. The Mystery of Human Suffering
 - 1.2. Doing Good with Your own Suffering
 - 1.3. Doing Good to Those Who Suffer
2. A Sick Man amongst the Sick: a Suffering Man amongst the Suffering.

IV. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Е. В. Ляховская, д-р мед. наук
Медицинский представитель компании
Nycomed: a Takeda Company
г. Витебск (Беларусь)

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний по-прежнему принадлежит пальме первенства в странах Европы, Азии, Америки с точки зрения актуальности и распространённости. Цивилизация таит в себе не только положительные моменты (улучшение условий быта, отдыха, трудовой деятельности), но и приносит ухудшение экологии, создаёт напряженный ритм жизни, условия для прогрессирования гиподинамии, неправильного питания и т. д.

Одним из результатов этого процесса является появление и прогрессирование заболеваний сердечно-сосудистой системы. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает среди них первое место. Около 53 % смертности в Беларуси составляет смертность от болезней системы кровообращения.

ИБС проявляется как поражение миокарда, вызванное нарушением соотношения между коронарным кровотоком и потребностью миокарда в кислороде, что является следствием изменений в его сосудах. Среди проявлений данной патологии следует назвать стенокардию, нарушение ритма, инфаркт миокарда (ИМ). Прогноз последнего очень серьёзен: около 15–20 % с острым инфарктом погибает на догоспитальном этапе, еще 15 % — в больнице. Общая летальность при остром ИМ—30–35 %.

Факторы риска возникновения ИБС известны давно: 1) возраст: мужчины старше 40 лет, женщины от 55 лет и моложе при раннем сроке наступления менопаузы; 2) отягощённая наследственность по ИБС; 3) вредные привычки; 4) артериальная гипертензия; 5) гиперхолестеринемия; 6) ожирение; 7) гиподинамия; 8) сахарный диабет; 9) психоэмоциональные нагрузки.

Первичная профилактика ИБС вытекает из вышеперечисленных факторов риска. Чтобы уберечь себя от этого недуга нужно следовать принципам здорового образа жизни и рекомендациям врачей.

Медикаментозная профилактика ИБС включает в себя строгий контроль за цифрами артериального давления (АД), подбор препаратов для больных с сахарным диабетом (СД), коррекция нарушений липидного обмена, профилактика тромбообразования. Доказано, что причинами ИМ является образование тромба в коронарной артерии и изменение стенки сосуда атеросклеротическим процессом.

Лекарственные средства для антитромботического лечения:

1. Гепарины (нефракционированный и низкомолекулярный).

2. Оральные антикоагулянты (Варфарин-Никомед). Золотой стандарт в профилактике тромбоэмболии.

3. Антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, дипиридамол, тиенопиридины, антагонисты гликопротеиновых рецепторов).

На протяжении многих десятилетий самым известным препаратом, улучшающим свертываемость крови (деагрегантом) является ацетилсалициловая кислота (АСК), механизм действия которой заключается в необратимом ингибировании фермента циклооксигеназы и снижении синтеза тромбоксана А₂, увеличении фибринолитической активности, снижении синтеза некоторых факторов свёртывания крови.

Долгое время шёл подбор дозы препарата, дающей максимальный лечебный эффект. В настоящее время по данным рандомизированных исследований две дозировки 75 мг и 150 мг рекомендованы как специальные кардиологические дози-

ровки, соответствующие международным стандартам. Низкие дозы более предпочтительны для длительной терапии из-за меньшего ulcerогенного эффекта и отсутствия значимого влияния на синтез простаглицлина в сосудистой стенке.

Ацетилсалициловая кислота снижает риск развития острого инфаркта миокарда на 41–70 %, повторного инфаркта миокарда на 20–40 %. У больных с фибрилляцией предсердий с целью профилактики тромбозов снижается риск осложнений на 24 %. У пациентов с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей применение АСК снизило риск сердечно-сосудистых событий на 23 %. Регулярный приём АСК снижает частоту возникновения ИМ на 61 % у больных с СД 2 типа. В группе больных с «немой» ишемией миокарда регулярный приём АСК в дозе 75 мг за 3 месяца наблюдения снизил риск ИМ на 80 %. Прекращение приёма АСК у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) приводит к увеличению частоты развития ИМ и смерти в 2 раза!

Применение АСК всегда сопровождается риском развития гастропатий. Но кардиологи нашли решение, по достоинству оценив препарат кардиомагнил компании «Никомед». В нём АСК сочетается с невсасываемым антацидом-гидроокисью магния. Это желудочно-растворимая форма в дозах 75 мг и 150 мг. Гидроокись магния устраняет местное прижигающее действие ацетилсалициловой кислоты, обладает обволакивающим и цитопротективным действием на слизистую желудка.

Эффективность малых (75 мг) доз «кардиологических кишечно-растворимых» аспиринов может оказаться недостаточной, особенно у тучных пациентов. Реальное всасывание АСК в кишечнике может быть меньше, чем всасывание в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), следовательно, биодоступность кишечных форм АСК меньше. АСК в кишечнорастворимой оболочке увеличивает риск желудочно-кишечных кровотечений примерно в 3 раза. Поэтому целесообразнее профилактически назначать АСК в обычной (желудочно-растворимой) лекарственной форме в минимально достаточной дозе 75 мг/сут. Для лечения и вторичной профилактики по 150 мг в сутки (после перенесённого инсульта и инфаркта) пожизненно.

Показания для назначения кардиомагнила: острый инфаркт миокарда и инсульт, перенесённый в прошлом инфаркт или инсульт (ТИА), ИБС (в т. ч. нестабильная стенокардия, сердечная недостаточность), периферические сосудистые поражения, высокий риск эмболии (в т. ч. фибрилляция предсердий), другие факторы риска (в т. ч. сахарный диабет).

Следующая группа препаратов для профилактики и лечения ИБС, артериальной гипертензии и аритмий — бетта-адреноблокаторы.

В 1988 году создателям бетта-адреноблокаторов была присуждена Нобелевская премия. Это препараты впервые были внедрены в клиническую практику в качестве антиаритмических средств и средств для лечения стенокардии. В настоящее время неоспорима их высокая клиническая ценность также при нестабильной стенокардии, они являются наиболее эффективными средствами для превентивной терапии после перенесенного острого инфаркта миокарда (ОИМ), снижают риск внезапной сердечно-сосудистой смерти и повторного инфаркта. Доказано, что они являются средствами первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений при лечении гипертонии.

Все бетта-адреноблокаторы обладают одним общим свойством — блокировать бетта-адренорецепторы, вызывая урежение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и снижение силы сокращений миокарда, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде и является важнейшим механизмом противоишемического действия. Препараты различаются между собой по степени избирательности действия на разные подвиды этих рецепторов, а также по продолжительности действия. Особое место занимает бисопролол под торговым названием конкор.

Особенности конкора: гидролипофильный, высоко селективный, с длительным периодом полувыведения, эффективный при лечении хронической сердечной недостаточности. Конкор выпускается в таблетках по 2,5 мг, 5 мг, 10 мг. Не требуется коррекции дозировки для пожилых пациентов, при нарушении функции печени и почек. Комбинируется с большинством антигипертензивных препаратов. Метаболически нейтрален. Применяется 1 раз в сутки. Назначается широким группам

больных: курильщикам, при сопутствующем сахарном диабете, при дислипидемиях, при нарушениях периферического кровообращения.

Данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что своевременные профилактические и лечебные мероприятия пациентов группы риска с ИБС и артериальной гипертензией позволят снизить риск возникновения сердечно-сосудистых катастроф и продлить жизнь. Несмотря на безумный ритм современной жизни, необходимо внимательно относиться к здоровью и строго выполнять рекомендации врача. А под защитой препаратов компании «Никомед» сердца ваших пациентов будут биться ровно и спокойно.

ПРОДВИЖЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ КАК ЭТИЧЕСКАЯ СТОРОНА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО БИЗНЕСА

В. С. Глушанко, д-р мед. наук; **В. В. Кугач**, к. фарм. н., доцент,
Т. А. Петрише, ст. преп.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет» г. Витебск (Беларусь)

Термин «продвижение на рынок» применим ко всем видам информационно-рекламной деятельности, которую проводят фирмы-изготовители и фирмы-поставщики для стимулирования назначения, поставки, закупки и использования лекарственных средств (ЛС). Продвижение ЛС на рынок Республики Беларусь регламентируется действующим законодательством. Прежде всего, это законы Республики Беларусь «О рекламе», «О лекарственных средствах», «О здравоохранении», «О средствах массовой информации», «О противодействии монополистической деятельности и развитии конкуренции», «О борьбе с коррупцией», а также Гражданский и Уголовный кодексы и др.

В стране можно активно продвигать на рынок только те ЛС, которые официально зарегистрированы. Все информационно-рекламные материалы о ЛС должны быть надёжными, точными, достоверными, современными, доказательными и

оформленными должным образом; не должны содержать формулировок, которые могут ввести в заблуждение, а также непроверенных данных. Реклама ЛС должна быть согласована с Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Минздравом также утверждён перечень специализированных печатных изданий, в которых допускается размещение рекламы ЛС и другой медицинской продукции без согласования.

Республика Беларусь интегрирована в международное экономическое пространство, поэтому опыт мирового сообщества в области соблюдения этических норм продвижения ЛС имеет большую значимость для нашей страны.

Этические стороны фармацевтического маркетинга регулируются следующими международными документами: «Кодекс фармацевтической маркетинговой практики IFPMA (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations), Code of Pharmaceutical Marketing Practices (1981); Международный кодекс маркетинговой (рекламной) практики (1986), Этические рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по продвижению лекарственных средств (1988); Кодекс по осуществлению промоции лекарственных средств (Code of Practice on the Promotion of Medicines) Европейской федерации ассоциаций фармацевтических производителей (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, 1991); Директива Совета ЕС «О рекламировании лекарственных препаратов для человека» (1992); Кодекс маркетинговой практики фармпроизводителей и их представительств (Комитет по здравоохранению Европейской бизнес ассоциации, Украина, 2004); Кодекс маркетинговой практики AIPM (Association of International Pharmaceutical Manufacturers Code of Marketing Practices, 1998) и др.

Международные кодексы не заменяют законодательство страны. Документы ВОЗ также носят рекомендательный, а не законодательный характер. Так, например, ВОЗ были разработаны этические критерии продвижения ЛС на рынок. Их главное предназначение — это поддержка и содействие в оказании медицинской помощи путём рационального использования ЛС. Критерии применимы к рецептурным и безрецептурным ЛС, а также к средствам народной медицины. В этих документах конкретизируются также определённые аспекты деятельности

медицинских представителей и ряд других проблемных зон продвижения ЛС на рынок.

Таким образом, адекватное правовое регулирование этической стороны фармацевтического бизнеса на основе международного опыта позволяет достичь баланса между коммерческими интересами фармацевтических фирм, здра́воохранения и пациента.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИНКА И ЦИНКСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОРГАНИЗМА БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН

В. А. Ключев, каф. анатомии и физиологии
УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Цинк является важным микроэлементом, обеспечиваю́щим рост, развитие, метаболизм и репродукцию.

Среднее содержание цинка в плазме крови и волосах женщин составляет $69,47 \pm 1,4$ мкг/100 мл и $147,45 \pm 6,12$ мкг/г, соответственно. Среднее содержание цинка в плазме крови и волосах беременных женщин составляет $69,0 \pm 3,22$ мкг/100 мл и $142,83 \pm 4,39$ мкг/г, соответственно.

Повышенная потребность беременных и кормящих женщин в цинке, обусловлена необходимостью обеспечивать потребности плода, потерями данного микроэлемента с плацентой и амниотической жидкостью во время родов, а также с грудным молоком во время лактации.

При отсутствии возможностей для кормления грудным молоком следует использовать сбалансированные искусственные смеси с содержанием цинка не менее 3,5 мг/л. При появлении признаков дефицита цинка считают необходимым дополнительное введение микроэлемента в виде его солей в дозе 1 мг/кг массы в день в расчёте на элемент.

Потребность в цинке может быть обеспечена и при усло́вии адекватного усвоения данного микроэлемента из пищи.

В связи с данной проблемой возникает вопрос о содержании цинка в окружающей среде, в том числе и в почве.

Цель работы. Анализ обеспеченности цинком почв Республики Беларусь.

Низкий уровень содержания цинка (2,98 мг/кг), выявлен в почвах Витебской области. В Гродненской (3,12 мг/кг); Минской (3,31 мг/кг), Гомельской (3,32 мг/кг) и Брестской (3,99 мг/кг) областях, отмечается среднее содержание данного микроэлемента. Высокий уровень содержания цинка зарегистрирован в почвах Могилёвской области (6,96 мг/кг).

Среди районов Беларуси низкий уровень обеспеченности почв данным микроэлементом установлен в Рогачёвском районе Гомельской области (2,26 мг/кг). В Хойникском районе Гомельской области зарегистрирован средний уровень содержания цинка в почве. Высокий и избыточный уровень содержания вышеуказанного микроэлемента отмечается в почвах Бобруйского (9,76 мг/кг) и Осиповичского (13,47 мг/кг) районов Могилёвской области.

Изучение содержания цинка в почвах Беларуси, поможет установить связь дефицита данного микроэлемента в пище и в организме беременных женщин, с низким содержанием цинка в почве.

ЦИНК И ЦИНКСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ПРИ НЕЙРОПСИХИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ

В. А. Ключев, каф. анатомии и физиологии
УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

В настоящее время обсуждается вопрос о роли цинка в этиологии и патогенезе психических расстройств, в частности, патологически быстрого старения, развития стрессовых реакций.

У больных, находящихся под влиянием сильного психи-

ческого стресса (например, после попытки самоубийства), значительно чаще, чем у здоровых, регистрируется сниженный уровень цинка в сыворотке крови.

Более выраженное падение уровня этого микроэлемента имело место у больных с признаками слабоумия.

Одним из способов предупреждения и восполнения недостатка вышеуказанного микроэлемента является назначение цинксодержащих препаратов. Это моно- и многокомпонентные минеральные или витаминно-минеральные комплексы. Существует множество солей цинка (цинка сульфат, цинка ацетат, цинка глюконат, цинка карбонат, цинка аспартат и цинка оксид). Эффективно также использование высокоактивных форм микроэлементов (цинк-метионин, цинк-лизин и др.).

Наряду с применением цинксодержащих препаратов большое значение имеет и полноценное питание. В связи с этим возникает вопрос о содержании цинка в воде.

Цель работы. Анализ содержания цинка в подземных водах Республики Беларусь.

В районных и областных центрах Республики Беларусь установлены средние и низкие коэффициенты содержания цинка в подземной воде.

Показатель низкого содержания цинка, отмечается в подземных водах Гомельской — $0,0678 (\pm 0,0241)$ мг/дм³, Витебской — $0,0117 (\pm 0,0020)$ мг/дм³, Могилевской — $0,0054 (\pm 0,0004)$ мг/дм³ и Минской — $0,0009 (\pm 0,0023)$ мг/дм³ областей. Средний уровень содержания данного микроэлемента выявлен в подземных водах Гродненской области — $0,7016 (\pm 0,5342)$ мг/дм³.

Средний показатель содержания цинка в подземных водах зарегистрирован в городе Сморгони (Гродненская область) — $2,2869 (\pm 0,0456)$ мг/дм³. В подземных водах города Борисова (Минская область) наблюдается низкое содержание данного микроэлемента — $0,0009 (\pm 0,0001)$ мг/дм³.

Изучение содержания цинка в подземных водах Республики Беларусь поможет установить связь между дефицитом данного микроэлемента в пище и в организме при нейропсихических проявлениях и низким содержанием цинка в воде.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ УЧАЩИХСЯ 9-Х КЛАССОВ ГИМНАЗИИ № 34 ГОРОДА ОРЛА

Т. А. Ампилогова, зам. директора по учебно-воспитательной работе гимназии № 34;

Ю. В. Алфёрова, директор гимназии № 34
г. Орёл (Россия)

М. Н. Нурбаева, к. м. н., доцент
УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Питание является важнейшей физиологической потребностью человека. От правильного питания зависит качество здоровья человека, его способность адаптироваться к неблагоприятным факторам внешней среды, физическая и умственная трудоспособность, активная жизненная позиция и долголетие. Поэтому рациональное питание является ключевым звеном в комплексе мероприятий по профилактике заболеваний, особенно это касается питания детей, что связано с их физическим развитием и условиями систематического образования.

Цель работы. Оценка качества питания учащихся 9-х классов гимназии № 34 г. Орла. Проведено анкетирование по темам: «Правильно ли вы питаетесь?», «Пищевые предпочтения учащихся 9-х классов», «Что вы знаете о нездоровой пище?». Параллельно проведена оценка состояния здоровья этих детей.

В анкетировании участвовало 33 ученика: 14 учащихся 9 Г класса спортивно-оздоровительного профиля и 17 учащихся 9 Б класса социального профиля. Учащиеся 9 Г класса активно занимаются спортом и имеют более высокую двигательную активность, чем учащиеся 9 Б класса.

Результаты анкетирования показали, что в 9 Г классе 50 % респондентов питаются правильно, 29 % необходима корректировка питания, 21 % нуждается в серьезном исправлении питания.

В 9 Б только 16 % питаются правильно, 58 % необходима корректировка и 26 % нуждаются в серьезном исправлении качества питания.

На вопросы о пищевых предпочтениях 100 % детей отве-

тели, что они питаются в школьной столовой. При этом 48 % ответили, что их не устраивает качество и разнообразие рациона, 52 % — что их «иногда» не устраивает такое питание.

100 % учащихся покупают дополнительное питание в школьном буфете: 58 % — выпечку, 6 % — салаты, 34 % — не уточнили.

100 % учащихся знают о вреде для здоровья сухоедения, быстрого питания и сладких газированных напитков, и все 100 % употребляют такие продукты, а 14 % — часто.

50 % детей читают этикетки и изучают состав продуктов.

100 % учащихся 9 Г класса здоровы, в 9 Б классе 2 ученика имеют избыточный вес и 1 — дефицит массы тела.

Выводы:

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что:

1. Учащиеся из класса спортивно-оздоровительного профиля более серьёзно относятся к своему питанию.

2. Все учащиеся знают о нездоровой пище, но, тем не менее, употребляют её.

3. Половина опрошенных подтвердили, что читают этикетки и изучают состав продуктов.

4. В качестве дополнительного питания в школе в большинстве случаев выбирают выпечку, съедая её в сухомятку.

5. Тема правильного питания остается актуальной и требует дополнительного внимания.

МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Н. М. Медвешкая, к. м. н.

УО «Витебский государственный университет

им. П. М. Машерова»

г. Витебск (Беларусь)

Изучение валеологических аспектов на факультете физической культуры и спорта проводится с учётом специфики будущей профессии студентов (учитель физической культуры

и тренерская деятельность).

Объектом валеологии является здоровье человека во всех его проявлениях в норме и в патологии, во взаимодействии с окружающей природной и социальной средой, а предметом исследований — критерии количества, качества здоровья и способы его совершенствования. Педагогическая валеология рассматривается как новое направление, инициирующее вопросы сохранения, укрепления и формирования культуры здоровья средствами образования. Социально-педагогический результат этого процесса — научение человека разумной трате и восстановлению жизненного потенциала.

Научное соединение медицинских и педагогических аспектов валеологического образования студенческой молодежи неразрывно связаны.

В то же время научные публикации последних лет отмечают тенденцию некоторого снижения интереса к разработке новых методов исследования состояния здоровья.

В этой связи нами поставлены задачи изучения здоровья студентов, это задачи могут быть сформулированы следующим образом: 1) разработка методов диагностирования и прогнозирования здоровья; 2) создание индивидуальных оздоровительных программ и систем мониторинга за состоянием здоровья; 3) формирование «психологии» здоровья, мотивации к коррекции образа жизни в целях укрепления здоровья; 4) реализация индивидуальных оздоровительных программ и оценка их эффективности.

На кафедре лечебной физической культуры и спортивной медицины факультета физической культуры и спорта университета на современной диагностической аппаратуре (Омега — М) проводятся исследования функционального состояния студентов, регулярно занимающихся физической культурой и спортом в покое и после дозированных нагрузок.

Получены достоверные данные, которые позволяют наглядно доказать преимущества функционального состояния студентов, регулярно занимающихся физической культурой и спортом, и выработать индивидуальные оздоровительные программы мониторинга за состоянием их здоровья.

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА

К. С. Шабашов, к. м. н., доцент; **И. И. Шабашова**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»;

Православное медицинское братство

в честь святителя Алексия, Митрополита Московского
г. Витебск (Беларусь)

Хорошо известно, что лечение эффективно тогда, когда оно направлено на причину или корни заболевания. В аллопатии (лечение противоположным; метод официальной медицины) этот вопрос достаточно сложный. Практически при всех заболеваниях человека рассматривается полиэтиологичность (множество причин) или же причина рассматриваемой патологии вообще не установлена.

В гомеопатии (лечение подобным; альтернативный метод) эта проблема не представляется трудной. Имеются два основных подхода для решения вопроса о причине любой патологии у человека. Подход первый — универсальная причина, касающаяся абсолютно всех людей и лежащая в основе развития любого заболевания человека, соответствующая представлениям христианства по вопросу о потере здоровья. Первородный грех является источником всех болезней и бедствий на земле. Несмотря на определённые успехи и достижения современной медицины, болеющих людей не становится меньше. Среди заболеваний появляются новые и не менее тяжёлые, чем прежние, например, СПИД, наркомания, алкоголизм, и всё это потому, что остаётся причина развития всех болезней, которая не всегда осознана и даже приумножается — люди продолжают грешить.

Д. Кент, крупнейший американский гомеопат начала XX века писал: «...Изначально у людей были безнравственные желания или злые мысли, которые постепенно привели к безнравственному образу жизни, к стремлению завладеть чужой собственностью и, в конце концов, возобладало действие. Мышление, желание и действие — три стадии, которые составляют жизнь каждого человека. Следовательно, аура, которую

он создает в любой период своей жизни, соответствует его внутреннему состоянию. Каково внутреннее состояние, так и внешние проявления, которые могут представлять собой симптомы различных заболеваний...».

Вторая причина развития заболеваний у человека также касается большинства людей, особенно жителей развитых стран. Активное подавление любых проявлений заболеваний, возникших у человека, аллопатическими симптоматическими лекарственными средствами, отличающимися своей агрессивностью к внутренней среде организма, может стать важным причинным фактором развития более серьёзной и опасной патологии, чем та, которую так неумело лечили.

Снова цитируем Д. Кента: «...Каждое внешнее проявление болезней имеет тенденцию исправлять человека, но человеку насильно наносится вред, и болезнь осложняется по той причине, что эти внешние проявления заставили исчезнуть с помощью сильнодействующих аллопатических лекарств. Болезнь загоняют вглубь организма, делая её течение всё тяжелее и тяжелее до тех пор, пока он не погибает».

Таким образом, в работах Ганемана (основоположник гомеопатии) и его последователей прослеживается параллель с христианским учением о первородном грехе и предполагается возможность в будущем уменьшения числа хронических заболеваний посредством духовного преобразования человечества и широкого использования гомеопатического метода лечения*.

* Католическая Церковь учит, что гомеопатия не имеет ничего общего с христианской концепцией человека и его души и является одним из видов духовного порабощения и оккультизма. — *Прим. ред.*

V. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

СТРУКТУРА СОЧЕТАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ И ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. М. Крупичкий, д-р мед. наук, профессор; **В. Н. Гончар**
Северо-западный медицинский университет
им. И. И. Мечникова Минздравсоцразвития России
г. Санкт-Петербург (Россия)

Актуальность. Во многих странах мира одним из основных факторов распространения различных инфекционных заболеваний (ВИЧ — инфекция, гепатиты В, С) является внутривенное употребление наркотиков. На начальных этапах развития эпидемии ВИЧ/СПИД в РФ недостаточно исследована структура сочетанной заболеваемости наркологическими (наркомания, алкоголизм) и различными инфекционными (ВИЧ-инфекция, гепатиты, туберкулез) заболеваниями.

Цель. Изучение различных аспектов в структуре сочетанной заболеваемости инфекционными и наркологическими заболеваниями в двух административных регионах РФ: Санкт-Петербурге (СПб) и Ленинградской области (ЛО) в 1997–2007 гг. (в период начала развития эпидемии ВИЧ/СПИД в России [3]).

Материалы и методы. Исследованы сравнительная динамика эпидемий опийной наркомании и ВИЧ-инфекции [1]; частота выявления поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg), антител к сердцевинному антигену вируса гепатита В (HBcAb) и вирусу гепатита С (HCVAb) у больных опийной наркоманией и алкоголизмом [3]; распространённость наркологической патологии у больных гепатитами, туберкулёзом и лиц, инфицированных ВИЧ [2].

Результаты. Среди 200 ВИЧ-инфицированных пациентов Городской инфекционной больницы № 30 им. С. П. Боткина у 52 % была диагностирована наркомания, у 33 % — сочетание алкоголизма и наркомании, у 10 % — алкоголизм и только 5 % обследованных не имели наркологического диагноза [3].

Среди 200 больных вирусными гепатитами В и С, обследованных в той же больнице, 12,4 % страдали наркоманией, 18,5 % — сочетанием наркомании и алкоголизма, 26,8 % — алкоголизмом и 42,3 % не был поставлен какой-либо наркологический диагноз. Среди 160 больных туберкулёзом, проходивших лечение в городском противотуберкулёзном диспансере СПб, только у 4,3 % была выявлена наркомания, у 10,1 % — сочетание алкоголизма и наркомании, у 53,1 % — алкоголизм и 32,5 % больных не имели наркологического диагноза.

Выводы:

1. Распространённость ВИЧ-инфекции и гепатитов выше среди больных наркоманией, туберкулёза — среди больных алкоголизмом.

2. Уровень сочетания наркологической и инфекционной патологии в структуре заболеваемости высокий.

3. Эти виды патологии могут потенцировать друг друга и затруднять процесс их терапии.

4. Программы профилактики и лечения наркологических (алкоголизм, наркомания) и инфекционных (ВИЧ-инфекция, гепатиты, туберкулёз) заболеваний должны учитывать сочетанное их течение.

Литература

1. Бюллетень федерального центра ВИЧ/СПИД России. — 2009. — № 20.

2. Спид, секс, здоровье. — 2005. — № 2.

3. Krupitsky, E. M., Zvartau, E. E. Co-Morbidity of infectious and addictive diseases in St. Petersburg and the Leningrad Region, Russia // European Addiction Research. — 2006; 2009. — V. 12. No. 1.

ОТНОШЕНИЕ К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЮ СПИДА СРЕДИ КИТАЙСКОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

М. Н. Нурбаева, к. м. н., доцент;

Я. С. Сипайло, студ. 5-го курса ФЛФ;

Чжан Минь, студ. 2-го курса ФЛФ (провинция Хух-Хот, Китай)
УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»

Л. Я. Ермолова, врач

Областная клиническая больница
г. Витебск (Беларусь)

Цель исследования. Изучение отношения китайской студенческой молодёжи к факторам, способствующим распространению СПИДа, таким как алкоголь, гомосексуализм, проституция, добрачные половые связи и наркомания.

Для этого нами было проведено анонимное анкетирование 56 студентов из Китая, обучающихся в университете им. П. М. Машерова в возрасте от 19 до 25 лет.

Изучая отношение наших респондентов к данным факторам риска, были выявлены следующие тенденции в употреблении алкоголя: пиво употребляли 57,2 % респондентов; вино — 67,9 %; крепкие спиртные напитки — 66,1 %. Настораживает тот факт, что 23,2 % из них вступали в половой контакт в состоянии алкогольного опьянения.

83,9 % студентов считают, что среди юношей и девушек добрачные половые связи являются типичным и распространённым явлением. Опыт половой жизни имели 44,6 % опрошенных и только 39,3 % такого опыта не имели.

78,6 % знают, что абсолютной защиты от заражения СПИДом нет. В тоже время на вопрос «Считаете ли Вы, что юноше не помешает получить первый опыт половой жизни до вступления в брак?» 66,1 % студентов ответили «да»; на такой же вопрос в отношении девушек «да» ответили 55,4 %.

42,9 % опрошенных студентов уверены, что гомосексуалисты — люди с отклонением от нормы, 57,1 % — не считают

гомосексуализм отклонением.

58,9 % опрошенных считают, что занятие проституцией должно быть уголовно наказуемо.

При 100 % убеждённости респондентов в том, что наркомания представляет собой серьёзную опасность для человечества, только 91,1 % считают её опасной для себя.

Употребление наркотиков, по мнению 36,6 % студентов, становится всё более распространённым как среди юношей, так и среди девушек. У 26,8 % анкетированных среди их знакомых были или есть наркоманы; 17,9 % респондентов сталкивались с предложениями приобрести или попробовать наркотики; 2 % — пробовали когда-либо принимать наркотические вещества; 89,3 % респондентов уверены в том, что при любых обстоятельствах и в любой компании сумеют отказаться от настойчивых предложений попробовать наркотик и 62,5 % опрашиваемых верят, что можно стать зависимым от наркотиков даже после их однократного употребления.

Выводы:

1. Необходимо проводить работу со студентами по формированию здорового образа жизни.

2. В процессе обучения в вузе следует усилить нравственное воспитание студентов, уделяя особое внимание духовному воспитанию в свете уважения семейных ценностей и традиций, ответственного отношения между полами, неприемлемости рискованного поведения, в том числе употребления наркотиков.

Литература

1. Хлопцев, А. Ф. СПИД и его профилактика. — Витебск, 2005.

VI. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

И. В. Кучко, к. м. н., доцент; **А. М. Будрицкий**, к. м. н., доцент;
Н. С. Правада, **В. А. Серёгина**, ассистенты кафедры
фтизиопульмонологии
УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Лекарственно-устойчивый туберкулёз у детей и подростков характеризуется, как правило, более тяжёлыми клиническими формами, острым началом заболевания, выраженностью функциональных нарушений, а также более медленным рассасыванием инфильтратов, закрытием полостей распада, прекращением бактериовыделения.

Цель. Анализ особенностей выявления и клинического течения туберкулёза органов дыхания у детей и подростков в Витебской области за период 2004–2010 гг.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ 74 историй болезни детей и подростков с туберкулёзом органов дыхания за период 2004–2010 гг.

Результаты исследования. Проанализированы 74 истории болезни детей и подростков с туберкулёзом органов дыхания. Из них 47,1 % (35 человек) составили лица мужского пола, 52,9 % (39 человек) — лица женского пола. Семейный контакт установлен у 59,1 % (44 человека), бытовой контакт отмечен у 6,8 % (5 человек), случайный контакт — у 1,4 % (1 человек), контакт не установлен у 32,7% исследуемых.

Большинство заболевших выявлено при профосмотрах — 77,1 % (57 человек), из них 56,8 % (42 человека) — с помощью рентгенологического метода, 20,3 % (15 человек) выявлено по динамике туберкулиновой пробы Манту с 2ТЕ. При обращении за медицинской помощью выявлено 22,9 % (17 человек).

При выявлении пациенты предъявляли следующие жалобы: грудные жалобы — 36,5 % (27 человек); повышение температуры тела — 27 % (20 человек); интоксикационные жалобы — 16,2 % (12 человек); боли в грудной клетке — 6,8 % (5 человек); снижение массы тела — 5,4 % (4 человека). Среди заболевших лица с одной вакцинацией БЦЖ составили 54 % (40 человек), две вакцинации БЦЖ — 43,2 % (32 человека), три вакцинации БЦЖ — 1,4 % (1 человек), не вакцинированные — 1,4 % (1 человек). Характер пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л на момент выявления: гиперергическая реакция — 10,8 % (8 человек); положительная проба — 74,3 % (55 человек); сомнительная проба — 10,8 % (8 человек); отрицательная — 4,1 % (3 человека). Средний размер инфильтрата на момент выявления составил 10 мм.

Среди обследованных ранее состояли на учёте у фтизиатра по контакту — 43,2 % (32 человека), по «виражу» туберкулиновой пробы — 12,2 % (9 человек), не состояли на диспансерном учёте 44,6 % (33 человека). Среди заболевших ранее проводилось химиопрофилактическое лечение у 37,8 % пациентов (28 человек), не проводилось — у 62,2 % (46 человек).

Среди заболевших выявлены следующие клинические формы ТОД: первичный туберкулёзный комплекс выявлен у 9,5 % (7 человек); туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов — у 4,1 % (3 человека); очаговый туберкулёз — у 23 % (17 человек); инфильтративный туберкулёз — у 51,4 % (38 человек); инфильтративный туберкулёз, осложнённый экссудативным плевритом — у 1,4 % (1 человек); экссудативный плеврит — у 6,8 % (5 человек); милиарный туберкулёз — у 1,4 % (1 человек); кавернозный туберкулёз — у 1,4 % (1 человек). В целом среди заболевших преобладают лица с инфильтративным туберкулёзом органов дыхания — 51,4 %. Среди заболевших лица в возрасте 0–7 лет составили 5,4 % (4 человека), 8–13 лет — 13,5

% (10 человек), 14–17 лет — 81,1 % (60 человек). Максимум заболевших пришлось на возраст 14–17 лет.

Лица без бактериовыделения составили 60,8 % (45 человек), с бактериовыделением — 39,2 % (29 человек). Проведён анализ клинических форм, а также характер чувствительности МБТ к противотуберкулёзным препаратам среди бактериовыделителей (29 человек). У обследуемых лиц с бактериовыделением наблюдались следующие клинические формы туберкулёза органов дыхания (ТОД): очаговый туберкулёз выявлен у 17,2 % (5 человек); инфильтративный туберкулёз диагностирован в 72,4 % (21 человек) случаев; инфильтративный туберкулёз с экссудативным плевритом — в 6,9 % (2 человека); кавернозный туберкулёз — в 3,4% (1 человек). Среди обследованных не было первичных форм туберкулёза с бактериовыделением. Наибольшее количество заболевших — 89,7 % в возрасте 14–17 лет и 10,9 % в возрасте 8–13 лет. При анализе динамики ЛУ за период 2004–2010 гг. чётко видна тенденция к росту множественной лекарственной устойчивости среди детей и подростков. Результаты структуры ЛУ представлены в таблице 1.

Таблица 1. Анализ структуры лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулёзным препаратам.

ПТП	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Всего
Изониазид	6,9 %	–	6,9 %	3,4 %	10,3 %	13,8 %	–	41,4 %
Рифампицин	6,9 %	–	6,9 %	3,4 %	10,3 %	13,8 %	–	41,4 %
Этамбутол	3,4 %	–	3,4 %	3,4 %	–	13,8 %	–	24,1 %
Пиразинамид		–		3,4 %	3,4 %	13,8 %		20,7 %
Стрептомицин	6,9 %	3,4 %	6,9 %	–	13,8 %	–		31 %
Канамицин	6,9 %	–	3,4 %	–	–	6,9 %	–	17,2 %
ПАСК	–	–	3,4 %	–	3,4 %	6,9 %	–	13,8 %
Циклосерин	–	–	–	–	–	6,9 %	–	6,9 %
Рифабутин	–	–	–	–	6,9 %	–	–	6,9 %
Этионамид	3,4 %	–	–	3,4 %	–	–	–	6,9 %
Микобутин	3,4 %	–	–	3,4 %	–	–	–	6,9 %

Выводы:

1. Отмечается рост первичной МЛУ у детей и подростков. Учитывая, что заболеваемость детей является прямым отражением заболеваемости взрослого населения, необходимо

усилить контроль над выявлением туберкулёза у взрослых, а также над лечением МЛУ.

2. Большинство заболевших туберкулёзом — дети и подростки, заразившиеся в результате контактов, преимущественно семейных. Учитывая рост первичной МЛУ среди детей и подростков, необходимо пересмотреть вопросы о режиме химиопрофилактики туберкулёза у детей и подростков из контакта с больными ЛУ туберкулёзом, так как проведение химиопрофилактики по стандартной схеме не всегда оказывает должный эффект и предупреждает развитие туберкулёза.

EFFECTS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN AND TEENAGERS

J. I. Michelle Benedict, 6th course faculty of general medicine
Vitebsk State Medical University
Sri Lanka

Introduction

Tuberculosis (TB) is the most important infectious cause of adult deaths, and persons with acid-fast bacilli (AFB) in their sputum are the most infectious group in the community. Children exposed to adults with smear-positive pulmonary TB have a high risk for infection, and this risk increases with the degree of contact. In countries with a high incidence of TB, risk for infection among children in contact with adults with TB is 30%–50%, which is much higher than that reported by industrialized countries. However, these risk estimates were established with the tuberculin skin test (TST), which has several limitations. Children vaccinated with *Mycobacterium bovis* BCG or infected with mycobacteria other than *M. tuberculosis* can have false-positive TST reactions, and those with malnutrition, measles, and HIV or other infections often have false-negative reactions. In areas with a high incidence of TB, low sensitivity and specificity of the TST may result in either overestimation or underestimation of the risk for transmission.

New tests based on the expression of interferon-gamma (IFN- γ) by sensitized lymphocytes in response to specific *M. tuberculosis* antigens (e.g., early secretory protein 6 [ESAT-6] and culture filtrate protein 10 [CFP-10]) appear to be more specific and sensitive than the TST in identifying latent and active TB. Although a test with these characteristics could have enormous practical implications for improving management of children at high risk, most studies have focused on adults in countries with low incidence of TB.

This study assesses the risk for latent TB infection among young household contacts of adults with pulmonary TB in Nigeria, a country with a high incidence of TB.

Signs and Symptoms

In older infants and children, the first infection with the tuberculosis bacteria **latent tuberculosis infection (LTBI)** usually produces no signs or symptoms, and a chest X-ray shows no signs of infection. A person with a positive **tuberculin test (PPD)**, even if they show no disease, will usually need to receive medication.

A primary infection usually resolves on its own when a child develops immunity over a 6- to 10-week period. But in some cases, TB can progress and spread all over the lungs (called **progressive tuberculosis**) or to other organs. This causes signs and symptoms like fever, weight loss, fatigue, loss of appetite, and cough.

Another type of infection is called **reactivation tuberculosis**. Here, the primary infection has resolved, but the bacteria are **dormant**, or hibernating. When conditions become favorable (for instance, a lowered immunity), the bacteria become active. Tuberculosis in older children and adults may be of this type.

The most prominent symptom is a persistent fever, with sweating during the night. Fatigue and weight loss may follow. If the disease progresses and cavities form in the lungs, the person may experience coughing and the production of saliva, mucus, or phlegm that may contain blood.

Contagiousness

Tuberculosis is contagious when it's airborne and can be inhaled by others. The incubation period (the time it takes for a person to become infected after being exposed) varies from weeks to years, depending on the individual and whether the infection is primary, progressive, or reactivation TB.

Prevention

Preventing TB depends on:

- avoiding contact with those who have the active disease
- using medications as a preventive measure in high-risk cases
- maintaining good living standards

New cases and potentially contagious patients are identified through proper use and interpretation of the tuberculin skin test.

A vaccine called BCG (Bacille Calmette-Guérin) is considered controversial because it isn't very effective in countries with a low incidence of TB, such as the United States. However, it may be considered for people moving to countries where TB is common.

What to do if you have been exposed to TB

If you think you have been exposed to someone with TB disease, you should contact your doctor or local health department about getting a TB skin test or a special TB blood test. Be sure to tell the doctor or nurse when you spent time with the person who has TB.

Preventing Latent TB Infection from Progressing to TB Disease

Many people who have latent TB infection never develop active TB disease. But some people who have latent TB infection are more likely to develop active TB disease than others. Those at high risk for developing active TB disease include

- People with HIV infection

- People who became infected with TB bacteria in the last 2 years
 - Babies and young children
 - People who inject illegal drugs
 - People who are sick with other diseases that weaken the immune system
 - Elderly people
 - People who were not treated correctly for TB in the past

If you have latent TB infection and you are in one of these high-risk groups, you need to take medicine to keep from developing active TB disease. This is called treatment for latent TB infection. There are several treatment options. You and your health care provider must decide which treatment is best for you. If you take your medicine as instructed by your doctor or nurse, it can keep you from developing active TB disease. Because there are less bacteria, treatment for latent TB infection is much easier than treatment for TB disease. A person with active TB disease has a large amount of TB bacteria in the body. Several drugs are needed to treat active TB disease.

Tuberculosis chemoprophylaxis for infants and teenagers

Recommendation preventive therapy for tuberculosis for infected infants and infected HIV-exposed teenagers, in high tuberculosis prevalence countries. Incidence of active tuberculosis among tuberculosis-infected infants (<1 year) was estimated to be nine in 100 in South Africa, and Donald uses these data to support his plea for chemoprophylaxis against the disease in this population. Although not explicitly stated, such high rates must have been estimated for a population not BCG immunised.

BCG vaccination of newborn babies and infants reduces the risk of tuberculosis by over 50% on average.

In 1996, BCG coverage at 1 year was 64% in sub-Saharan Africa, 91% in South East Asia, and 95% in South Africa. What then is the relevance of recommending tuberculosis preventive therapy for infants in high tuberculosis incidence countries where BCG coverage is high?

In a population of BCG-immunised, tuberculosis-infected infants in South Africa or any other country with similar tuberculosis incidence, the number to treat with tuberculosis chemoprophylaxis to prevent one case would in theory be no less than 22 (with 100 infected, nine cases, and 50% BCG protection). This estimate assumes that infected infants can be adequately targeted. Unfortunately the test used to diagnose tuberculosis infection (tuberculin skin test) is notoriously difficult to interpret after BCG vaccination; moreover, the test is often not available in less-developed countries. An alternative would be to systematically give chemoprophylaxis to all infants at high risk of infection (close contacts of smear-positive tuberculosis cases), but the number to treat would be even less favourable. M Donald also advocates preventive therapy for tuberculosis-infected pregnant teenagers and close contacts of smear-positive tuberculosis cases, in settings where HIV incidence is high. These groups, it is argued, are, or soon will be, sexually active, and therefore at risk of HIV infection; and the risk of developing active tuberculosis increases dramatically among people dually infected with tuberculosis and HIV. First, HIV-uninfected people cannot be seen as a priority for preventive therapy compared with HIV-infected people. Second, a short course of preventive therapy offers some protection against tuberculosis in people with tuberculosis and HIV infection, at least in the short term, but long-term benefits remain to be because a short course of preventive therapy cannot prevent tuberculosis reinfection. Several workers have reported that recent transmission accounts for a substantial number of tuberculosis cases in adults, for instance more than 50% in a cohort of HIV-1-infected female sex workers in Kenya. Should teenagers be given preventive therapy for the rest of their sexually active life?

Tuberculosis control programmes in countries with high tuberculosis incidence are struggling to achieve acceptable cure rates and detection rates, and very few countries have met these priorities. Implementing preventive therapy runs the risk of diverting resources from efforts to attain these priorities. Where these priorities have been met, preventive therapy should first

focus on groups in which it is mostly likely to be cost effective (HIV-infected people) and not on BCG-immunised infants or HIV-uninfected teenagers.

СОДЕРЖАНИЕ

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

- В. Е. Спиридонов.** Врачебная этика в венерологии..... 12
- А. М. Литвяков, А. В. Сергиевич.** Качество жизни больных псориазом:
медицинская и духовная оценка 14
- В. П. Дейкало, В. С. Глушанко, Т. А. Петрише.** Профессиональные
компетенции врачей и провизоров как категория биомедицинской
этики 16
- Н. А. Артёменко, Т. А. Петрише.** Биомедицинская этика в работе
врачей первичного звена..... 18
- Димитрий Першин, А. В. Ампилогов, М. Н. Нурбаева.**
Экстракорпоральное оплодотворение: медицина, биоэтика,
теология..... 20
- В. П. Дейкало, профессор, К. Б. Болобошко, А. Н. Толстик, А. Н.
Мастыков.** Влияние эмоционального состояния пациента на
функциональный результат оперативного лечения 24
- О. А. Лукин.** Этический аспект использования клеток животных в
экспериментах 26
- А. В. Лукина.** Врачебная этика и этические нормы общества..... 27
- Т. П. Карноушенко, Н. И. Глушкова, Т. А. Ампилогова.**
Из опыта работы региональной общественной организации
детей-инвалидов Орловщины «Каритас» 29
- А. В. Звенигородская.** Православный взгляд на онкологию..... 31

II. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

- Е. А. Харитонова, А. С. Метелица.** Профилактика зависимого
поведения учащихся школ 35
- Р. И. Фидельская, И. И. Ефременко.** Основы профилактики
употребления наркотических и токсических веществ в
студенческой среде 38
- И. И. Ефременко, Р. И. Фидельская.** Профилактика курения
современной молодёжи как педагогическая проблема..... 40
- И. И. Ефременко, Р. И. Фидельская, М. В. Ермакович.** Анализ
потребления наркотических веществ различными группами
населения города Могилёва..... 41

И. И. Ефременко, Р. И. Фидельская. Вредные привычки у современных девушек	43
В. Ю. Земко. Алкоголизм: взгляд на проблему	44
Burhanuddin Hamza. Alcohol.....	46

III. «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» — ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С АБОРТАМИ И ЭВТАНАЗИЕЙ

Е. Н. Ермакова. Духовные аспекты психологического консультирования женщин, готовящихся к аборту	50
Ю. А. Коломийцева. Психологические последствия аборта.....	53
Dariusz Giers. Human suffering: its Significance and Meaning in the Life and Teaching of John Paul II	55

IV. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

Е. В. Ляховская. Первичная и вторичная профилактика инфаркта миокарда	56
В. В. Кугач, В. С. Глушанко, Т. А. Петрише. Продвижение лекарственных средств как этическая сторона фармацевтического бизнеса.....	60
В. А. Клюев. Значение цинка и цинксодержащих препаратов для организма беременных и кормящих женщин.....	62
В. А. Клюев. Цинк и цинксодержащие препараты для организма при нейропсихических проявлениях	64
Т. А. Ампилогова. Особенности питания учащихся 9-х классов гимназии № 34 города Орла	65
Н. М. Медвешкая. Медико-педагогические аспекты валеологического образования студентов немедицинских вузов	67
К. С. Шабашов, И. И. Шабашова. К вопросу о причинах развития заболеваний человека	68

V. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

- Е. М. Крупицкий, В. Н. Гончар.** Структура сочетанной наркологической и инфекционной патологии в Санкт-Петербурге и Ленинградской области 71
- М. Н. Нурбаева, Я. С. Сипайло, Чжан Минь, Л. Я. Ермолова.** Отношение к факторам способствующим распространению СПИДа среди китайской студенческой молодёжи..... 73

VI. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

- И. В. Кучко, А. М. Будицкий, Н. С. Правада, В. А. Серёгина.** Особенности выявления и клинического течения лекарственно-устойчивого туберкулёза органов дыхания у детей и подростков Витебской области 75
- J. I. Michelle Benedict.** Effects of Tuberculosis in Children and Teenagers..... 78

Научное издание

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Тезисы докладов

VIII Международной медицинской конференции
(Витебск, 24–25 мая 2012 г.)

Ответственная за выпуск И. Ломако
Технический редактор О. Глеков
Компьютерная вёрстка Э. Полиневская

Подписано к печати 20.04.2012.
Формат 84x108 ¹/₃₂. Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 4,45. Уч.-изд. л. 5,93.
Тираж 120 экз. Зак. № 3370.

УП «Издательство „Про Христо”».
ЛИ № 02330/0494355 от 16.03.2009.
Пл. Свободы, 9, к. 2, 220030 г. Минск.
http://pro-christo.catholic.by; e-mail: pro-christo@catholic.by

Напечатано в УПП «Витебская областная типография»
ЛП 02330/0494165 от 03.04.2009
ул. Шербакова-Набережная, 4, 210015 г. Витебск.



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

БЕЛАРУСИ



ИТАЛИИ



ПОЛЬШИ



ШРИ-ЛАНКИ



ВАТИКАНА



КИТАЯ



РОССИИ



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
- НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ/СПИД
- ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

