

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



**IX Международная
медицинская конференция**

Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**23–24 мая
2013 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

IX Международная
медицинская конференция

(Витебск, 23–24 мая 2013 г.)

Тезисы докладов



Минск
«ПРО ХРИСТО»
2013

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

П78

ISBN 978-985-6825-91-3

- © Витебская епархия Римско-католической Церкви в РБ, 2013
- © Витебский государственный медицинский университет, 2013
- © Оформление. УП «Издательство «ПРО ХРИСТО», 2013

Дорогие братья и сёстры во Христе!

23–24 мая 2013 г. Витебская епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским облисполкомом и Витебским государственным ордена Дружбы народов медицинским университетом проводит IX 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.

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

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

Спонсоры:

фирмы Seni, Matopat, Takeda&Nycomed, Nobel, EURO-MEDEX.

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 23 мая 2013 г. в Витебском облисполкоме с 11.00 до 11.30 (г. Витебск, ул. Гоголя, 6).

Конференция будет проходить:

23 мая 2013 г. 12.00–14.00

15.00–17.00

24 мая 2013 г. 12.00–14.00

Регламент устного доклада — до 10 минут.

Выступление в обсуждении доклада — до 3 минут.

ПРОГРАММА
IX МЕЖДУНАРОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

23 мая 2013 г.

12:00

Открытие конференции, приветствие участников

Открытие конференции, приветствие участников
Апостольский администратор Витебской епархии
кс. Франтишек Кисель; начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома, д-р мед. наук, профессор *Юрий Деркач*

12:10

Д-р мед. наук, профессор *Юрий Деркач*, начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома.

Здравоохранение витебской области: профессионализм и духовность.

12:30

Msgr. *Jean-Marie Mate Musivi Mupendawatu*, Secretary of the Pontifical Council for Health Care Workers (Vatican City)

13:00

Prof. *Massimo Petrini*, dean of the International Institute of the Pastoral Theology of Health Care (Camillianum), Rome (Italy)

The Physician-Patient Relationship

13:30

Д-р мед. наук, профессор *В. С. Глушанко*, ассистент *Д. А. Герберг*, УО «Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск (Беларусь)

Биоэтика — важнейшее направление общественного здравоохранения

13:40

Mr. Ermanno Sant, the President of Trident Association «*Aiutiamoli a vivere*», Rome (Italy)

14:00–15:00

Кофе-брейк

15:00

Ксёндз-прелат *Мечислав Янчишин*, декан Глубокского деканата, Витебская епархия Римско-католической Церкви, г. Глубокое (Беларусь)

Каплица — душа больницы

15:20

Д-р мед. наук, профессор *Н. Г. Харкевич*, канд. мед. наук, доцент *Г. Г. Бурак*, *О. М. Васильев*, УО «Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск (Беларусь)

Профессиональное обучение и духовное воспитание студенческой молодёжи

15:30

Канд. ист. наук, доцент, зав. каф. философии и политологии УО «Витебская Орден “Знака почёта” государственная академия ветеринарной медицины» *Л. В. Лукина*, г. Витебск (Беларусь)

Философско-этические проблемы в медицине

15:40

Канд. мед. наук, доцент *М. Н. Нурбаева*, ВГУ имени П. М. Машерова, г. Витебск, Беларусь, *Чжан Минь*, студ. III курса ФЛФ, Провинция Хух-Хот (Китай), *Л. Я. Ермолова*, врач, УЗ «Витебская областная клиническая больница», г. Витебск (Беларусь)

Тенденции потребления алкоголя юношами из среды китайской студенческой молодёжи

16:00

Канд. мед. наук, доцент *М. Н. Нурбаева*, ВГУ имени П. М. Машерова, г. Витебск (Беларусь), *У. М. Сапаев*, студ. II курса ФЛФ, Дашогузская область (Туркменистан), *Я. С. Сипайло*, учитель, Государственная гимназия № 4, г. Витебск (Беларусь)

Отношение к СПИДу в среде туркменской студенческой молодежи

16:20–17:00

Дискуссия

СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

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

Seni-Matorat в медицинской практике

2. *Михаил Перковский*, г. Минск (Беларусь)

Препараты «Nobel» для улучшения качества жизни больного человека

3. *Ольга Лебедева*

Продукция EUROMEDEX в практике врача

24 мая 2013 г.

12:00

Д-р мед. наук, проф. *А. М. Литвяков*, аспирант *А. В. Сергеевич*, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск (Беларусь)

Качество жизни больных псориазом и псориазическим артритом: медицинская и духовная оценка

12:15

Канд. мед. наук, доцент *И. В. Кучко*, канд. мед. наук, доцент *А. М. Будрицкий*, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск (Беларусь)

Особенности диагностики, клинического течения и лечения лекарственно устойчивого туберкулёза органов дыхания в Витебской области

12:30

Екатерина Ляховская, представитель фирмы «Takeda & Nусomed», г. Витебск (Беларусь)

Возможности рациональной нейропротекции

12:50

M.D. Claudio Umesh (Sri-Lanka)

Problem of Treatment and Prevention of Tuberculosis

13:10

В. Г. Непокупная, А. К. Усович, И. П. Сидарчук, Академия управления при Президенте Республики Беларусь, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск (Беларусь)

Правовой и моральный аспекты анатомирования тел умерших людей в Беларуси и России

13:30

Ст. преподаватель каф. философии УО «Витебский государственный технологический университет» *Ю. А. Коломийцева*, г. Витебск (Беларусь)

Смысл болезни и страдания в христианской духовной практике

13:50–14:00

Заключительное слово

Апостольский администратор Витебской епархии Римско-католической Церкви в Республике Беларусь *кс. Франтишек Кисель*

В программе возможны изменения

Тезисы докладов
IX Международной
медицинской конференции

«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

І. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

*Prof. Massimo Petrini, dean of the International Institute of the
Pastoral Theology of Health Care (Camillianum)
Rome (Italy)*

A fundamental "asymmetry" exists in physician-patient relationship. Patients realize that to be sick is to be disadvantages and compromised both the illness and by the relationship to the doctor, who has the edge over the patient in knowledge, skills, resources, and social legitimation and authority. This asymmetry of power in the helping relationship is marked by the "peculiarly vulnerable existential state" of the patient and the power of the professed healer(s). From this perspective of the patient, illness or injury forces breaks with the usual flow of daily life¹.

This disabling "break" forces the patient to place trust in the physician "and obliges the patient to rely on the care of other persons².

Historically, physicians have exercised their authority and power through so-called "paternalistic acts". Particularly before the 1960s, physician routinely withheld information, performed unexplained procedures, or made unilateral medical decisions claiming that knew what was best for their patients. Their knowledge and experience gave them the right supreme within the domain of the medical encounter.

During the '60s, however, religionists, philosophers, and even some doctors began raising questions about physicians' practices performed ostensibly for the benefit of their all-too-often voiceless patients.

By the end of the 1970s, this "ethical" movement culminated in the establishment of four basic principles of biomedical ethics: autonomy, beneficence, nonmaleficence and justice³. In particular, the principle of autonomy was invoked as a safeguard

against paternalistic acts by medical professionals. Procedurally, one important way this ethical injunction has manifested itself in the form of required "Informed consent" documentation. Problem solved?

¹ Zaner R., *Ethics and the Clinical Encounter*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NY, 1988, p. 10ss.

² Scf. Rothman D., *Strangers at the Bedside*, Basic Books, New York, 1992.

³ Beauchamp T., Childress J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1996, 4th ed.

БИОЭТИКА — ВАЖНЕЙШЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. С. Глушанко, доктор мед. наук, профессор;

А. А. Герберг, ассистент

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Во второй половине XX в. последствия научно-технического прогресса и внедрения новейших биомедицинских технологий активизировали дискуссии по биоэтическим проблемам в области медицины, фармации и здравоохранения. Ряд послевоенных правозащитных движений впервые акцентируют внимание на правах пациента. Впоследствии это приводит к смене доктрин в модели взаимоотношений врача и пациента — от патернализма к принципу информированного согласия. В середине 1960-х г. на стыке философии, культурологии, международного права, с одной стороны, и медицины — с другой, стала формироваться «биоэтика». Биоэтика — это сложный культурный феномен, возникший как ответ на угрозы моральному и физическому благополучию человека. В отличие от традиционной медицинской этики, носившей корпоративный характер, биоэтика является областью публичных дискуссий и общественного здравоохранения [1].

Цель. Провести анализ наименее изученных на сегодняшний день аспектов биоэтики как одного из ключевых направлений общественного здоровья и здравоохранения.

Методы. Аналитический, исторический.

Результаты. Общественное здоровье и здравоохранение рассматривает ряд системных вопросов, связанных с мониторингом и необходимостью улучшения состояния здоровья населения. В научной специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» можно выделить следующие этические проблемы.

1. Обеспечение равной доступности медицинской помощи и лекарственных средств для человека. Это один из самых фундаментальных аспектов современной биоэтики и общественного здравоохранения, базирующийся на том, что охрана здоровья должна быть правом каждого человека, а не привилегией ограниченного круга лиц. Принцип справедливости указывает на необходимость как справедливого и равного отношения к пациентам, так и справедливого и равного распределения ресурсов в системе здравоохранения. В условиях, когда проблема маркетинга в здравоохранении является актуальной и заключается в том, как наилучшим образом найти рынок сбыта продукции и медицинских услуг, получить прибыль, возникают вопросы справедливого распределения ограниченных ресурсов здравоохранения на национальном и международном уровнях [2, 3].

2. Проблема прав и свобод личности в связи с угрозой массовых инфекционных заболеваний для стран с ограниченным сектором экономики. Ради охраны благосостояния других людей и усилиями по сдерживанию распространения инфекционных заболеваний возникают трудные вопросы об уместности использования изоляции и карантина для заболевших.

3. Важнейшим этическим вопросом является защита прав, безопасности и здоровья всех испытуемых. В области трансплантации органов практика «трансплантационного туризма» подвергает здоровье лиц, проживающих в бедности, значительным рискам и одновременно ставит более широкие вопросы о превращении человеческого тела в товар. Медицин-

ские эксперименты нацистов наглядно показали уязвимость человека перед медицинскими исследованиями. Несмотря на это, сохраняется проблема использования населения стран «третьего мира» при проведении медицинских исследований. Участники данных исследований подвергаются значительным рискам, зачастую не приносящим пользы ни им, ни науке.

4. Распространение негативных явлений. Усиление внимания к таким неинфекционным угрозам общественному здравоохранению, как алкоголизм, курение, неправильное питание, недостаточная двигательная активность, вызывает вопрос, в какой мере органы общественного здравоохранения должны вмешиваться и влиять на личный выбор человека в вопросах здоровья.

Заключение. Анализ названных проблем показал, что в условиях дефицита ресурсов, их распределение и использование должно осуществляться при равном доступе людей ко всем достижениям и технологиям научного прогресса, а уважение к человеческой личности должно сохраняться на всех этапах и в любых условиях её развития.

Литература:

1. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / Жарко В. И., Малахова И. В., Новик И. И., Сачек М. М. — Минск: Минсктиппроект, 2012. — С. 320.

2. Глушанко В. С. Доступность лекарственной помощи как категория биомедицинской этики, основные подходы к ее обеспечению / Глушанко В. С., Петрише Т. А. // Проблемы врачебной этики в современном мире: Тезисы VII Междунар. мед. конф. Витебск, 26–27 мая 2011 г.: тезисы докладов. — Минск: Про Христо, 2011. — С. 15–16.

3. Петрише Т. А. Информированное согласие пациента как фактор эффективности лекарственной терапии / Петрише Т. А. // Проблемы врачебной этики в современном мире: Тезисы VII Междунар. мед. конф. Витебск, 26–27 мая 2011 г.: тезисы докладов. — Минск: Про Христо, 2011. — С. 17-18.

ФИЛОСОФСКО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В МЕДИЦИНЕ

Л. В. Лукина, канд. истор. наук, доцент
УО "Витебская ордена "Знак Почета" государственная
академия ветеринарной медицины»
г. Витебск (Беларусь)

Философские и этические проблемы в медицине определяются теми вечными проблемами, которые составляют сущность мировоззрения медиков — их отношение к жизни, здоровью, страданию, смерти. В философско-моральном плане проблема, например, страданий человека занимала мысли философов и медиков практически на протяжении всей истории развития культуры. Так, Аристотель называл страдания важнейшим фактором испытания мужества индивида. Августин Аврелий, Ф. Бэкон, И. Кант учили людей искусству избавления от страданий, отмечая, что долг врача состоит не только том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями. Дошедшая до нас клятва Гиппократов сохраняет свое философское значение и морально-этическую ценность потому, что представляет кодекс самых общих и принципиальных требований ко всем медикам, превращая клятву Гиппократов в аксиологическую установку, нравственный закон, которым руководствуются врачи на протяжении всей истории медицины. Врачебная этика заключается и в вежливости по отношению к больным и коллегам по работе, предполагая высочайший профессионализм — владение искусством врачевания. Профессионализм как показатель подготовленности медика к ответственной работе, его нравственно-этическая характеристика определяет личный авторитет врача, который не мыслится без умения правильно, уверенно, спокойно общаться с больным человеком, психологически очень ранимым.

Медицина единственный вид деятельности, где специалист в полном смысле слова держит в своих руках здоровье и болезнь, жизнь и смерть человека, органично внутренне связан с личностью пациента, его нравственными представлени-

ями, отношениями в семье, коллективе.

Прогресс медицинской теории и практики органично связан с философией, общественной моралью, зависит от состояния экономики, естествознания и техники. Мировоззренческую, социально-этическую роль выполняют гуманитарные критерии в нравственно-философской парадигме медицины. С изменением менталитета медиков возникает вопрос о критериях морально-философской оценки лечения. Перед врачами, фармацевтами и философами встала задача совместного поиска и формулирования мировоззренческих, методологических, философско-этических принципов познания и обучения в системе здравоохранения. Результатом разрешения возникших перед медицинской общественностью проблем, по-видимому, может стать учреждение Совета по философским проблемам современной медицины.

КАПЛИЦА — ДУША БОЛЬНИЦЫ

*Ксёндз-прелат Мечислав Янчишин, декан Глубокского деканата
Витебская епархия Римско-католической Церкви
г. Глубокое (Беларусь)*

Появление больницы как формы общественного призрения относится в Византии к VI в., а в Западной Европе — к периоду Ренессанса. Больница зародилась без участия врачей. Изначально люди получали исцеление в храмах, позднее — в приютах и богадельнях. Там лечил Бог. Чего стоит одно слово «лазарет», происходящее от имени евангельского воскрешенного Лазаря!

Насколько актуальна каплица в больнице на сегодняшний день? Для того, чтобы дать ответ на этот вопрос, необходимо сперва дать определение слову «каплица».

Каплица (от лат. *Capella*) — небольшое выделенное помещение с алтарем для участия в Мессе, принятия Святых Даров, что говорит о постоянном присутствии Бога. Это место для молитвы, исповеди, размышлений, духовного исцеления. Каплица — это сердце больницы.

Расположение каплицы должно быть доступным для всех больных, чтобы каждый желающий (это может быть сам больной, тот, кто его навешает или медицинский персонал) мог без препятствия в любое время посетить её, чтобы просить благословения и молиться не только за себя, но и за оставшихся дома родных. Во время болезни люди хотят быть ближе к Богу. Их молитвы становятся искреннее, а желание к исцелению — сильнее. Часто люди, попадая в больницу, «падают духом». Каплицы необходимы для того, чтобы поддерживать этот «дух».

Главный врач одной из больниц Гродненской области Святослав Эдуардович Савицкий при открытии католической каплицы отметил, что «Теперь верующие пациенты смогут встречаться со священнослужителями, общаться, приобщаться к таинствам и принимать Святые Дары, что оказывает огромную помощь и докторам. В случаях тяжелых заболеваний, предстоящих операций, неизлечимых болезней духовная помощь пациентам, их родным и близким и нам, врачам, вообще неоценима».

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ И ДУХОВНОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ

Н. Г. Харкевич, Г. Г. Бурак, О. М. Васильев

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

Актуальность.

Высшее образование не должно быть сведено лишь к обучению, оно требует целенаправленного и духовного воспитания, особенно в наше сложное время, когда имеются серьёзные рецидивы со стороны молодого поколения: правонарушения, пьянство, сексуальная свобода, наркомания, суицид, падение духовности, нравственности, культуры. Наметился серьёзный раскол между поколениями. Духовно воспитанный

человек должен правильно воспринимать, любить и ценить прекрасное, дорожить своим достоинством человеческим и христианским; богатство, честь и другие дары употреблять с пользою и достойно славы Божией; жить благодатною жизнью христианской, не находиться в состоянии греха, нечувствия, нераскаянности и мёртвости духовной.

Цель: совершенствование единства обучения и воспитания студенческой молодёжи в системе образования.

Материалы и методы.

Объект исследования — студенческая молодёжь 3 и 4 курсов лечебного факультета. Составлена анонимная анкета с соответствующими блоками вопросов, характеризующих проблему профессионального и духовно-нравственного воспитания.

Обследовано 168 студентов. Значительное большинство из опрошенных респондентов (96,4%) отметили своё отрицательное отношение к негативным поступкам современной молодёжи. Все эти студенты хорошо успевают и в профессиональном обучении. Лишь у незначительной части респондентов (3,6%) выявлена духовная разочарованность и отчуждённость, у них не блещут и профессиональные навыки.

Результаты исследования и обсуждение.

Основным из анкетных ответов мы считали отношение студентов к негативным проявлениям молодёжи. Мы не получили стопроцентную удовлетворённость. Наши опытные педагоги хорошо знают, что воспитательный процесс в университете связан с умением преподавателя оказывать воздействие на студентов при чтении лекций, проведении практических и факультативных занятий, заседаниях студенческого научного кружка и других форумах. Они твёрдо уяснили, что только учить — этого мало, надо ещё и воспитывать.

Человечество вступило в XXI век с огромным дефицитом духовности, которая разрушалась в прошлом веке. Ю.А. Гусев пишет: «Это была эпоха, говоря словами С. Л. Франка, глубочайшего безверия, скепсиса, духовной разочарованности и охлажденности». По его мнению, одной из причин такого состояния является поругание религии и разрушение храмов. Зато наша молодёжь жадно впитывала западную, так называ-

емую массовую американскую культуру: боевики, фильмы ужасов и эротику, которые возобладали на духовном рынке. Дети и подростки усваивали бессмысленные стереотипы и сами поступали подобным образом.

В нашем университете центром образования и воспитания студенческой молодёжи является кафедра. Она обеспечивает активное участие в учебно-воспитательном процессе всего профессорско-преподавательского состава не только кафедры, но и вуза (кураторство).

Сфера духовно-нравственных отношений в современном обществе представляет собой весьма сложную, проблемную область, требующую к себе пристального внимания и целенаправленных действий со стороны государственных и общественных структур и самой личности. Член-корреспондент В. И. Слободчиков пишет: «...как только рухнуло “всесильное и верное учение Маркса”, которое долгое время оккупировало наше сознание, появилась растерянность: как же быть, во что теперь верить?». Наметился серьёзный раскол между поколениями, анестезия к социальным противоречиям.

Молодежь — это наше будущее. Как мы научим молодежь, воспитаем ее, такое унаследуем будущее.

Уберечь молодое поколение от пустоты, цинизма, лжи современного мира обязаны мы, педагоги, учителя, работающие ежедневно с молодежью. Поэтому нам необходимо совместно объединиться, возможно, усилить пропагандистскую работу среди молодежи, пресекать факты злоупотребления спиртными напитками, табакокурения. Регулярно проводить социологические исследования о причинах негативных явлений, роста пьянства в молодежной среде, выяснять приоритетные интересы молодежи.

Для ликвидации дефицита духовности необходимо слить в единый процесс профессиональное обучение с духовным воспитанием. Интеграция обучения и воспитания, а также привлечение к воспитанию деятелей культуры, науки, права, искусства и религии поможет возратить из забвения христианскую духовность и нравственные нормы жизни. Особая роль в этом принадлежит священнослужителям, которые имеют 2000-летний опыт пастырской службы. Они помогают пе-

дагогам в воспитании духовной нравственности. Религия является не только хранителем, но и распространителем высокодуховных истин (нравственность, любовь, доброта, милосердие, мир и т.д.), без наличия, которых в нашей жизни люди давно бы уничтожили друг друга. В обучении и воспитании студенческой молодёжи надо наладить проблему производства и воспроизводства человечности и человеческого.

Формирование духовной личности стало сложным, так как мутный поток кино- и телепродукции, насыщенный жестокостью и аморализмом, обрушивается на молодую личность и подвергает её серьёзным испытаниям на духовную прочность. Не все выдерживают это испытание, они теряют свои человеческие качества. И как пишет В. И. Слободчиков, появляются разрушенные межпоколенные связи, отчуждение и противостояние в семье, в школе, в общем месте жительства.

Литература

1. Гусев Ю. А. Проблема духовной культуры личности и её безопасности в современных условиях / Ю. А. Гусев, П. Г. Мартынюк // Чалавек, грамадства, свет, 2010. — № 1. — С. 3–7.
2. Варфоломеева Н. Д. Воспитательная работа и ценностные ориентации студентов высшей школы / Н. Д. Варфоломеева, О. И. Басарова, Л. П. Лазурина // Университетская наука: теория, практика, инновации; сб. трудов 74-й науч. конф. КГМУ, том III. — Курск, 2009. — С.273–777.
3. Павловская О. А. Духовно-нравственная безопасность современного человека / О. А. Павловская // Адукацыя и выхаванне, 2008. — №4. — С.20–26.
4. Слободчиков В. И. Духовные проблемы человека в современном мире./ Слободчиков В. И. // Социальная педагогика. — 2010. — № 4. — С. 87.

THE HEALTH-CARE SYSTEM: A BALANCE BETWEEN PROGRESS AND HUMANISATION WHICH CANNOT BE ABANDONED

*Prof. Antonino Bagnato, Director UOC Haematology
S. Pertini Hospital, ASL Roma/B. (Italy)*

It is my wish first of all to performing the duty of thanking all of you present here today and in particular Prof. Yuri Dzerkach, the organisers of this ninth international conference on 'the problems of medical ethics', but also those who in Rome wanted to indicate my modest person as a speaker at this prestigious meeting, and in particular H.E. Msgr. Zygmunt Zimowski, the President of the Pontifical Council for Health Care Workers, Msgr. Jean-Marie Mupendawatu, the Secretary of the same Pontifical Council, and the other speaker and my travelling companion, Msgr. Dariusz Giers.

For an Italian medical doctor, who was trained during the course of the 1970s, to speak about the contemporary health-care situation with its ethical consequences could appear to be the usual speech about a person who is rich in dreams and expectations when he enters the world of public health-care but who, with the passing of time, can only narrate disappointments, failings and non-achievements.

For this reason, I believe it is necessary to state that despite everything, when remembering my initial decisions, the Italian health-care system, at an ethical-social and organisational level, is still today if not the best, then one of the best, in the world. Here I would like to observe that in a bed of an Italian public hospital suffering people, from the poorest to the most important, are treated both from the clinical point of view and from the point of view of care in a totally equal way, without technical, medical or economic inequalities.

And this is thanks to a political and human morally relevant choice that was made in 1978 at the moment of the reform of our health-care system.

Still today, despite the changed demographic and social conditions due in large measure to the great advances in the

field of both clinical and biotechnological medicine, in addition to those of an economic character linked to many factors, such as the ageing of the population and the increase in chronic degenerative pathologies; the increase in personal attention to one's state of health; the increase in health-care services and their quality; as well as the increasingly evident competitiveness between the public and the private, the contemporary health-care system has maintenance costs that are increasingly demanding. We should, specifically for this reason, not abandon our health-care system, which principally defends less advantaged people, poor elderly people, immigrants or those who need expensive treatment. This is a matter of knowing how to invest economic resources that are not allocated, avoiding not only waste, but even more frequently financial administrative negative tendencies with the unknown withdrawal of funds, and never entering into the conflict of 'this patient costs too much to keep alive, thus it would be better to help him to die'.

Both at a European and even more at a global level, a fair and supportive health-care system should be created that is able to assure care so that during the first part of this millennium there are no longer people who die in some corner of the world because of a lack of necessary very simple and indispensable means of care such as food resources, the treatment of the most frequent infections, and the professional skills to save unborn children and their mothers.

All those who deal with health-care policy, legislation and planning cannot and must not strangle, change or even worse eliminate the founding principle of medical/health-care activity, which is that of an interpersonal relationship of a special character based upon an 'encounter between trust and conscience', that is to say the 'trust' of a person marked by suffering and illness, who entrusts himself to the 'conscience' of another person who takes responsibility for his needs and takes care of him by assisting him, treating him, listening to him, healing him, medicating him, protecting him and at times suffering with him.

One must always forcefully bear in mind, specifically in this epoch, when technological, economic and legislative negative tendencies seek increasingly to reduce the primacy of the human

in the world of suffering and health in general, that political and organisation institutions are indispensable; however, no institution on its own can replace human compassion, human love, and human initiative, when it is a matter of coming to the help of the suffering of the other.

And it is specifically on the figure of the health-care worker, whether he is a director or a volunteer, that health-care policies should concentrate their attention. In health care, reference is made a great deal to economic resources and funds, but it would be very reductive to use the word 'resource' in the case of a health-care worker exclusively with a meaning linked to economics and production. The term 'resource', from the Latin *resurgere*, indeed, stresses the vivifying dimension of empathetic nearness to a suffering person, which leads within health-care workers to a constant interior rebirth in self-giving to the other. The health-care worker makes himself an active subject of the organisational system, humanising it at all levels. Today, the various organisational systems think that they work for their own success, but at the same time they do not realise that they work in the opposite direction.

It is specifically leadership in quality, culture, change and communication that at the same time refuses to delegate and does not take into consideration other ideas that are different from its own: it does not transmit information, it does not trust its co-workers, it does not cooperate with superiors, and it makes decisions only according to economic and political advantage. Even more in health care today all organisation and change cannot be separated from the centrality of the person. Side by side with skills achieved through study, experience and work, one should know how to act with a sense of responsibility, a capacity for listening, for attention, and for understanding the needs of other people.

Thus the company myth, that of transferring the characteristics of efficiency and the production of consumption goods to the field of an organisation concerned with sick people and the suffering, cannot obtain the results desired if in the field of its operations one does not take into account the strictly relational and human component. In the health-care act, the levels of

satisfaction for the work carried out are often inestimable at an economic level but they are fundamental for the subsequent stages of the accompanying of the patient outside the hospital institution. It is thus to be hoped that the world of medicine, which today is so involved in research into phenomena that are not only clinical but even more biological, genetic and biomolecular, will also take into account mental, spiritual and human components, which form an integral part of the centrality of the relationship between the suffering patient and the health-care worker.

In the year of the Jubilee of 2000, I was appointed the president of the then new Regional Forum of Catholic Socio/Health-Care Association of Lazio, which brings together twenty-two bodies of a national character. Every year it has organised a training course for health-care workers on subjects of medical ethics and it provides credits for the programme of ongoing training in medicine of the Italian Ministry of Health. The subjects addressed have been: 'the dignity of living and of dying'; 'between consumption and possession: towards a new culture of life'; 'health-care for the person: between utopia and reality'; 'the ethics of health-care organisations'; 'the essential levels in health care: assistance and humanisation'; 'health-care workers: a resource and value for health'; 'the health-care worker between policy and ethics in health care'; 'the ethics of satisfaction of health care'; 'equity and dignity for health ethics'; and 'ambiguity and ethics in health care'.

I certainly do not wish to bore people by engaging in a summary of what has been said and anyway this would certainly be long and boring. I take the liberty, however, of offering you certain summarising comments on what has been discussed and agreed upon.

1. In contemporary society we have witnessed a slow 'liquefaction' of the ontological value of human existence in favour of a mere idea of the possession and consumption of life: possessing, burning, consuming, killing, selling and buying life. Thus how to choose the 'wanted' child: from in vitro fertilisation to wombs for rent, from genetic manipulation to the use of embryos for experiments and research, and on to human cloning.

The life of every human being is unique: the uniqueness of life is strictly correlated with the uniqueness of the person; and to such an extent that from the genetic patrimony of two people, although admitting a very high possibility of conception, each time there is born a person who is different from everyone else, which supports the concept of the uniqueness of the person.

2. In order to humanise medicine, health-care workers should abandon the idea of that medicine is merely a science: it is an art that takes advantage of different sciences. Thus one cannot but identify oneself with the capacity for listening of a health-care worker, his scientific-professional skills, his sense of individual and social justice, both with patients and colleagues, his empathetic capacity for sharing and compassion, his detachment from easy earnings and improper enrichment, his total and absolute recognition of the dignity of the other, respect for life from conception until its natural end: some of the indicators that are necessary to being able to assess the essential levels of humanisation of each health-care service, which for Catholic health-care workers, are translated into a daily commitment to service to the suffering Face of Christ.

3. Satisfaction in health care goes beyond the mere satisfaction of needs, including not only meeting requests and obligations as regards patients but also meeting their expectations and the formulation of answers of a high qualitative value that are able to generate 'satisfaction': one should pass from caring for to 'taking care of', without abandoning seeing the person in the totality of his being, providing a clear answer to the call to a choice, which is still today 'missionary'.

4. In the relations between ethics and morality there are shared aspects and specific aspects. The first refers to human nature; the second to nature itself transformed through the grace of the Spirit. The pathway that ethics allows us to take, the outcome of 'ratio', contains in itself a generality, whereas morality presents a concrete, historical, person, who has to be followed: virtue, therefore, is no longer an abstract ideal, but the imitation of a person — Jesus Christ. Thus the Kantian imperative category of 'what must I do' gives way to 'whom must I love', the outcome of truth-freedom.

5. A further emergent fact in health care as well is the problem of 'ambiguity', understood as disturbance of the conscience of the individual which in time has been transformed into disturbance of the 'social' conscience. Human relationships are often linked to a recognition of the other person only because 'he can be useful to me', 'he is useful', 'he can give', but once this kind of interest finishes, the other is no longer acknowledged — this is known as 'non-acknowledgement'. This is largely present in society, but also in health care, in the relationship between the public and the private, false controls and false services, the 'cleaning' of waiting lists, false 'productivity', the ambiguity of informed consent, the technical lists of pharmacists and at times of scientific information, and much more besides. We should thus direct our efforts towards a culture that is able to study the interaction between care for relationships, intrinsic motivations, the building up of self-esteem (the submerged part) and our capacity to contribute to the creation of economic value and social wellbeing (the visible part), directed towards the common good of people and in particular of patients and frail people.

I would like to end this paper of mine with a phrase taken from an old anonymous text, which says: 'if the world is like that, it is not your fault; it will be your fault if you leave it like that'.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НЕЛЬЗЯ ЗАБЫВАТЬ О БАЛАНСЕ МЕЖДУ ПРОГРЕССОМ И ГУМАНИЗАЦИЕЙ

(перевод с англ.)

Профессор *Антонио Баньято*

Директор УПЦ гематологии, больница Сандро-Пертини
Рим (Италия)

Прежде всего, позвольте поблагодарить всех, присутствующих здесь сегодня организаторов этой девятой международной конференции «Проблемы врачебной этики», а также тех,

кто в Риме делегировали меня в качестве докладчика на этой престижной конференции, и особенно, Монсеньора Зигмунта Зимовского, президента Папского совета для работников здравоохранения, монсеньора Жана-Мари Мпендавату, секретаря того же Папского совета, также как и другого докладчика и моего спутника, монсеньора Дариуша Гирса.

Для итальянского врача, который прошел обучение в 1970-х годах, разговор о ситуации в современной медицине и её этических последствиях может оказаться обычной речью человека, который был богат мечтами и ожиданиями, когда он вошёл в мир здравоохранения, но который спустя годы может рассказать только о разочарованиях, провалах и неудачах.

По этой причине, я считаю необходимым сказать, что, вспоминая мой первый опыт, вижу современную итальянскую систему здравоохранения в этико-социальном и организационном плане если не лучшей, то одной из лучших в мире. Здесь я хотел бы заметить, что в итальянской общественной больнице люди, находящиеся на больничных койках, страдающие, от самых бедных до самых уважаемых, лечатся как с клинической точки зрения, так и с точки зрения ухода совершенно одинаково, без технического, медицинского и экономического неравенства.

Это происходит благодаря политическому и человечески-моральному выбору, который был сделан в 1978 году, во время реформы системы здравоохранения.

До сих пор, несмотря на демографические и социальные условия, изменившиеся в значительной мере благодаря большим успехам в области клинических и биотехнологических лекарств, изменениям, экономического характера, связанными со многими факторами, такими как старение населения и увеличение числа хронических дегенеративных патологий, увеличение личного внимания к своему состоянию здоровья, увеличение медицинских услуг и их качества, а также все более очевидной конкуренции между государственным и частным, расходы современной системы здравоохранения все больше возрастают. Мы должны, в том числе и по этой причине не отказываться от нашей системы здравоохранения, которая главным образом защищает менее благополучных людей, бед-

ных пожилых людей, иммигрантов или тех, кто нуждается в дорогостоящем лечении. Проблема в том, как инвестировать экономические ресурсы, которые не выделяются, избегая не только отходов, но еще чаще финансово-административных негативных тенденций с урезанием средств, и не встречающих возражений «это стоит слишком дорого, чтобы поддерживать жизнедеятельность этого пациента, было бы лучше помочь ему умереть».

На европейском и, более того, на глобальном уровне, должна быть создана справедливая и благоприятствующая система здравоохранения, которая в состоянии обеспечить уход так, что за первую половину этого тысячелетия уже не станет людей, которые умирают в каком-нибудь уголке мира из-за отсутствия необходимых, очень простых и незаменимых средств ухода, таких, как пищевые ресурсы, средства для лечения наиболее частых инфекций, а также профессиональных навыков, чтобы сохранить нерожденных детей и их матерей.

Все те, кто имеет дело с медицинским управлением, законодательством и планированием не может и не должен ужимать, изменять или даже хуже, ликвидировать основополагающий принцип медицинской деятельности, являющейся межличностными отношениями особого характера, основанными на «встрече доверия и совести», то есть «доверие» человека отмеченного страданием болезни, которое возлагает на себя «совесть» другого человека, который берет на себя ответственность за его потребности и заботится о нем, помогая ему, ухаживая за ним, слушая его, исцеляя его, защищая его и время от времени страдая вместе с ним.

Нужно всегда решительно иметь в виду, в частности, в эту эпоху, когда технологические, экономические и законодательные негативные тенденции стремятся уменьшить первенство человека в мире страданий и здоровья в целом, что политические организации и институты необходимы, однако учреждение само по себе не может заменить человеческого сострадания, человеческой любви и человеческой инициативы, когда дело идет о помощи страдающим.

Службы здравоохранения должны сосредоточить свое

внимание именно на фигуре медицинского работника, будь он директором или волонтером. В сфере здравоохранения в значительной степени уделяется внимание экономическим ресурсам и средствам, но было бы очень узко в случае с медицинским работником использовать слово «ресурсы» исключительно со значением, связанным с экономикой и производством. «Ресурсы» термин от латинского *resurgere*, действительно, подчеркивает живительное измерение чуткой близости к страдающему человеку, что приводит сотрудников здравоохранения к постоянному внутреннему перерождению в самоотдаче другому. Медицинский работник делает себя активным субъектом организационной системы, гуманизируя её на всех уровнях. Сегодня в различных организационных системах считают, что они работают на свой успех, но в то же время они не понимают, что работают в противоположном направлении.

Именно лидерство в области качества, культура, связи одновременно отказываются передавать и не принимают во внимание другие идеи, отличные от их собственных: они не передают информацию, не доверяют своим сотрудникам, не будут сотрудничать с вышестоящими, и принимает решения только в соответствии с экономическими и политическими преимуществами. Более того, сегодня здравоохранение, все организации и изменения не могут быть отделены от личности человека как от центра. Наряду с навыками, достигнутыми за счет исследования, опытом работы, надо знать, как действовать с чувством ответственности, способностью выслушать, уделить внимание, понять потребности других людей.

Перевод характеристик эффективности и производства потребительских товаров в область здравоохранения, не может получить желаемого результата, если из поля ее деятельности исключить человеческий фактор.

В деятельности здравоохранения уровень удовлетворенности проводимой работой часто не оценим на экономическом уровне, но имеет основополагающее значение для последующих этапов, сопровождающих пациента вне лечебного учреждения. Таким образом, можно надеяться, что в мире медицины, которая сегодня настолько вовлечена в исследо-

вания явлений не только клинических, но и биологических, генетических и молекулярно-биологических, будут также принимать во внимание психические, духовные и человеческие компоненты, которые составляют неотъемлемую часть центральных отношений между страдающим пациентом и работником здравоохранения.

В юбилейном 2000 году я был назначен президентом, тогда нового регионального собрания Католической Социально-медицинской ассоциации Лацио, которая объединяет двадцать два субъекта национального характера. Каждый год она организовала тренинг для медицинских работников по вопросам медицинской этики, а также предоставляла кредиты для программ непрерывного обучения медицине Министерства здравоохранения Италии. Были рассмотрены следующие вопросы: «достоинство живущего и умирающего», «между потреблением и обладанием: на пути к новой культуре жизни», «здравоохранение: между утопией и реальностью», «этика медицинских организаций»; «жизненно необходимые уровни в сфере здравоохранения: оказание помощи и гуманизация»; «работники здравоохранения: ресурсы и ценности для здоровья», «медицинский работник между политикой и этикой в области здравоохранения», «этика удовлетворения медико-санитарной помощи», «равенство и достоинство за этику здоровья» и «двусмысленность и этика в здравоохранении».

Я, конечно, не хочу сейчас надоедать, зачитывая резюме того, что было сказано. В любом случае это, несомненно, будет долгим и скучным. Я позволю себе, однако, предложить вам некоторые комментарии, обобщающие то, что было обсуждено и согласовано:

1. В современном обществе мы являемся свидетелями медленного «разжижения» онтологической ценности человеческого существования в пользу простого представления об обладании и расходовании жизни: обладание, прожигание, растрата, убийство, продажа и покупка жизни. Таким образом, как выбрать «желанного» ребенка: от оплодотворения в пробирке до суррогатного материнства, от генетических манипуляций с использованием эмбрионов для экспериментов и исследований до клонирования человека. Жизнь каждого

человека уникальна: уникальность жизни строго соотносится с уникальностью личности, и до такой степени, что при генетическом наследии двух человек каждый раз рождается ребёнок, который отличается от всех остальных, что поддерживает концепцию об уникальности человека.

2. В целях гуманизации медицины медицинские работники должны отказаться от идеи, что медицина просто наука: это искусство, которое использует различные науки. Таким образом, никто не может не идентифицировать себя со способностью выслушивать как работник здравоохранения, с его научно-профессиональными навыками, чувством индивидуальной и социальной справедливости, как по отношению к пациентам, так и к коллегам, его чуткой способностью делиться состраданием, его отказ от легкого заработка и несправедливого обогащения, его полное и абсолютное признание достоинства другого, уважение к жизни от зачатия до ее естественного конца — вот некоторые показатели, которые важны, чтобы оценить необходимый уровень гуманизации каждой медицинской службы, которая для католических медицинских работников становится ежедневным приверженным служением страдающему Христу...

3. Удовлетворение в сфере здравоохранения выходит за рамки простого удовлетворения потребностей, включая не только выполнение запросов и обязательств в отношении пациентов, но и соответствие их ожиданиям и формулирование ответов на высоко квалифицированном уровне, который в состоянии «удовлетворить»: надо переходить от ухода за к «заботе о», не переставая видеть человека в полноте его сущности, обеспечивая четкий ответ на призыв к выбору, который сегодня всё еще остаётся «миссионерским».

4. В отношениях между этикой и моралью имеются общие аспекты и специфические аспекты. Первый аспект относится к человеческой природе, второй — к природе, преобразованной Благодатью Святого Духа. Пути, которые этика позволяет нам принимать — плод «разума», содержат в себе общность, в то время как мораль представляет конкретного, исторического, человека, которому должно следовать. Следовательно, добродетель уже не абстрактный идеал, но изоб-

ражение личности — Иисуса Христа. Таким образом, кантовский императив категории «что я должен делать» уступает место «кого я должен любить», результат истины и свободы.

5. Другой новый факт в сфере здравоохранения, также как и проблема «неясности», понимаемые как нарушение совести индивидов, которое со временем преобразовалось в нарушение «социальной» совести. Отношения человека часто связаны с признанием другого человека только потому, что «он может быть полезным для меня», «он полезный», «он может давать», но как только этот вид интереса заканчивается, человека уже не признают — это известно как «непризнание». Это в значительной степени присутствует не только в обществе, но и в здравоохранении, в отношениях между общим и частным, в ложном управлении и ложных услугах, «чистке» списков очереди, ложной «производительности», неясно информированном согласии, технических списках фармацевтов, научной информации и многом другом. Поэтому мы должны направить наши усилия на то, чтобы культура являлась возможностью изучать взаимодействия между уходом за отношениями, внутренней мотивацией, построением собственного достоинства (подводная часть), и нашими возможностями внести свой вклад в создание экономической ценности и социального благополучия (видимая часть), направленной на общее благо людей, и, в частности больных и немощных людей.

Я хотел бы завершить мой доклад фразой, взятой из старого анонимного текста, который говорит: «если мир таков, это не ваша вина, это будет ваша вина, если вы оставите его таким».

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 City)

I would like to thank the organizers of this Annual event for inviting the Pontifical Council for the Health Care Workers to speak to this august assembly. I feel honored to represent here H.E. Archbishop Zygmunt Zimowski, President of our Dicastery, who delegated me to convey his greetings and best wishes for the success of this 8th Vitebsk's International Medical Conference dedicated to *the Problems of Medical Ethics Nowadays*.

The topic I would like to discuss together with you is one of fundamental importance for everyone of us, and constitutes one of the core questions of Medical Ethics, namely, human suffering. As you know better than I, one of the fundamental tenets of the Hippocratic tradition is physician commitment to the alleviating of suffering. Despite changes in the world view about the meaning of suffering and advances in modern medical science, the relief of suffering is still an essential goal of medicine.

We know however that it is much easier to alleviate pain than suffering. Health care workers need to be conscious of the various aspects of human suffering, which require a multi-disciplinary approach. The Pontifical Council that I am honored to represent, has as one of its duties "to spread the Church's teaching on the spiritual and moral aspects of illness as well as the meaning of human suffering."¹

I choose to reflect on human suffering and its meaning, in the light of life and teaching of great personality, blessed Pope John Paul II, who established the Council for Health Care Workers. His grave in St. Peter's Basilica in Rome, still draws thousands of pilgrims from all over the world, and I am sure that one of the reasons they go there is because they found in him a trustworthy witness of suffering accepted with love.

Blessed John Paul II has been described among others as the

icon of suffering. He remains 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 suffering². "In the mystery of *the Passion, death and Resurrection of Christ*, human suffering takes on meaning and the fullness of light."³

This Pope, son of a Slavic nation is and will be remembered, 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.⁴ I therefore wish that this Pope, now Blessed John Paul II, helps us to reflect on the mystery of human suffering, through his *teaching* and *life experience*.

I. Suffering in the Teaching of John Paul II: *Salvifici Doloris*

1. The Mystery of Human Suffering

Suffering is a universal experience. It surrounds us and is at the basis of human existence. It is a reality in which we all, sooner or later, find ourselves involved and perhaps overwhelmed. It has been rightly affirmed that suffering is never neutral or indifferent; it tears our hearts and breaks our bodies. Since it accompanies man at every point on earth, suffering demands to be constantly reconsidered.⁵ We all know from personal experience that suffering and illness belong to the fragile and limited nature of man. It is not uncommon for people who are afflicted by suffering to yield to the temptation of viewing this as a "punishment" of God and as a consequence begin to doubt the goodness of God, who has been revealed to us by Christ, as a Father who always and in any case loves his children.

It is true also that human suffering is multi-dimensional. Medicine as the science and art of healing tries to offer appropriate therapy to relieve human suffering. However, human suffering is

much wider than what medicine manages to cover. Though medicine manages to identify and treat physical suffering, it does not always identify and reach moral suffering, which is the pain of the soul. "The vastness and the many forms of moral suffering are certainly no less in number than the forms of physical suffering."⁶ Moreover, suffering is as deep as man himself, because it manifests that depth which is proper to man, but transcends it. It is one of those areas of man's life, which in a mysterious way invite man to go beyond himself.⁷ Thus human suffering evokes compassion, respect and intimidates; for man in his suffering remains an intangible mystery.

Certainly our own suffering and that of others, especially of people we know and those dear to us, provokes disturbing questions: Why? Why now? Why me, him or her? What significance does this have? How do I reconcile this with God's love for me? The question **WHY?** is a search for the cause, the reason and also the purpose of suffering. It is a quest for the meaning of suffering. This question also makes the suffering precisely human suffering. As John Paul II observes, though suffering is present in the animal world only the "human being knows that he is suffering and wonders why; and he suffers in a... still deeper way if he does not find a satisfactory answer."⁸ Man puts this difficult question to God. Related to this question there arise many frustrations and conflicts in man's relationship with God, especially in the face of undeserved suffering. Such situations underscore the importance of the question of the meaning of suffering.

We can sum up John Paul II's teaching on this question in the fundamental assumption of *Salvifici Doloris*: "At one and the same time Christ has taught man to do good by his suffering and to do good to those who suffer. In this double aspect he has completely revealed the meaning of suffering."⁹

2. Doing Good with Your own Suffering

At the beginning of the Apostolic Letter, John Paul II, reminds everybody of the surprising words of St. Paul to the Colossians, and indeed to all believers: "In my flesh I complete what is lacking in Christ's afflictions for the sake of his body the Church" (Col 1,24). These words are a profound conviction of the apostle at the

end of a long journey of suffering illuminated by faith, and they express the vocation of all members of the mystical body of Christ, who are called to participate in the redemptive suffering of Christ.

Salvifici Doloris speaks at length about the Gospel of suffering. Gospel means Good News of redemption through the propitiatory sacrifice of Christ or Glad Tidings. It is "the salvific announcement of Christ, the proclamation of the Kingdom of God. If suffering is Gospel, it is because Christ became man, announced the Father, and rose again by suffering."¹⁰

This affirmation is a historical interpretation of Christ's mission. Thus the Pope states, "the Redeemer himself wrote this Gospel, above all by his own suffering, accepted in love, so that man would not perish but have eternal life" (Jn 3:16). This suffering, together with the living word of his teaching, became a rich source for all those who shared in Jesus' sufferings among the first generation of his disciples and confessors and among those who have come after them down the centuries."¹¹

To do good by suffering refers to Christ's choosing pain as a tool of redemption, he overcomes the destructive power of suffering and turns it into a moment of grace, an instrument of salvation. Moreover "in bringing about redemption through suffering, Christ has also raised human suffering to the level of the Redemption. Thus each man, in his suffering, can also become a sharer in the redemptive suffering of Christ."¹²

Indeed if a person's encounter with suffering is accepted in love after the example of Christ and taken on in communion with Christ, it becomes a co-redemptive solidarity. It also becomes spiritual strength, even though suffering itself is fragility and weakness: "there is nothing I cannot do in the One who strengthens me" (Phil 4:13). This involves an interior process that comes on with great difficulty. Individuals enter suffering with protest and at times with despair. How often do we find ourselves caught up in the sense of uselessness of suffering? It is a feeling that is strongly rooted in human suffering, which consumes the person interiorly and also makes him feel a burden to others, condemned to receive assistance from others.

However, Christ through his own suffering is present in every human suffering, and acts from within that suffering by the power

of his Spirit. It is then that the suffering person notices that Christ wishes to answer him from the Cross, from the heart of his own suffering. One in fact may take a long time before he interiorly perceives this answer. Man hears the saving answer of Christ, when he gradually becomes, as the apostle says, a sharer in the sufferings of Christ.

This answer is above all a call, a vocation. Christ does not explain in the abstract the reasons for suffering, instead he says "Follow me!". He invites the individual to take part in the work of saving the world, through his own suffering. "The discovery of the salvific meaning of suffering in union with Christ transforms this depressing feeling."¹³ It is true that normally every sick person rightly looks forward to the full recovery of their health. Nevertheless, we should not undervalue the difficult period of illness, of suffering and pain. It forms part of the design of Providence and thus has a value both for the sick person and for the salvation of the world. "Those who share in the sufferings of Christ preserve in their own sufferings a very special particle of the world's Redemption, and can share this treasure with others."¹⁴

For this reason the Church counts upon the value of the suffering of every Christian to achieve the salvation of the world. Thus John Paul II often invited the sick people to offer their sufferings for the salvation of the world. In his first address after his election to the Chair of St. Peter, he made the following appeal to the sick and suffering: "we look with particular affection on the weak, the poor, the sick, and those afflicted with sorrow. Now, at the beginning of our universal pastoral ministry, we wish to open to them our heart. Do not you, brothers and sisters, share by your sufferings in the passion of our Redeemer, and in a certain way complete it? (cf. Col 1:24). The unworthy successor of St Peter, who proposes to explore "the unsearchable riches of Christ" (Eph 3:8), has the greatest need of your help, your prayers, your devotedness or "sacrifice", and this he most humbly asks of you."¹⁵ These were prophetic words, announcing a pastoral program that would be realized during his long pontificate, marked by the witness to salvific value of suffering.

From the above observations we can rightly deduce that sick and suffering people, have a mission to carry out. "*Even the sick are sent forth as laborers into the Lord's vineyard.*"¹⁶ The apostle

Paul experienced suffering as an opportunity to proclaim the Gospel: "indeed you remember that it was an illness that first gave me the opportunity to preach the gospel to you, but though my illness was a trial to you, you did not show any distaste or revulsion; instead, you welcomed me as a messenger of God, as if I were Christ Jesus himself" (Gal 4, 12b-14)." The suffering provoked by illness is in itself a place of witness, of peace or anxiety, of humility and encounter or rejection, as well as a moment during which what is in the heart of the suffering person expresses itself. One finds himself face to face with his own spiritual and moral resources.¹⁷ "Happy is the person who manages to make the light of God shine forth in the poverty of a suffered and diminished life."¹⁸

There is need therefore *to evangelize the world of suffering* so that the immense pain experienced may be raised to Christ to be converted into a place of encounter, of conversion and sanctification of humanity. Moreover, the Christian community must discover that "the sick person is not a passive member of that community, but rather that he leads us to relativize many things, above all to open ourselves to the transcendence because his state reminds us that everything in this life passes away; the sick person leads us to live hope, patience, the modesty of life...he makes us better, he evangelizes us."¹⁹

3. Doing Good to Those Who Suffer

The other aspect that reveals the meaning of suffering is, in accordance with Christ's teaching, to do good to the suffering. "In his messianic activity in the midst of Israel, Christ drew increasingly closer *to the world of human suffering*. 'He went about doing good', and his actions concerned primarily those who were suffering and seeking help."²⁰ Consequently the solicitude for the suffering is an integral part of the Church's mission.²¹ It is true that in Christ every man becomes the way for the Church,²² and he becomes the way of the Church in a special way, when suffering enters his life. This way is one of the most important ones. Consequently Benedict XVI, affirms that "the true measure of humanity is essentially determined in relationship to suffering and to the sufferer. This holds true both for the individual and for society. A society unable to accept its suffering members and

incapable of helping to share their suffering and to bear it inwardly through "com-passion" is a cruel and inhuman society. Yet society cannot accept its suffering members and support them in their trials unless individuals are capable of doing so themselves."²³

To do good to the suffering is the response to suffering, the transformation of suffering into an act of love. John Paul II emphasizes this in *Salvifici Doloris*, by his explanation of the parable of the Good Samaritan.²⁴ This parable indicates what relationship each one of us must have towards our suffering neighbor. We all like the Good Samaritan ought to stop beside the suffering neighbor not out of curiosity, but in form of availability. We are not supposed to stop at sympathy and compassion alone; these become an incentive to actions that bring help to the suffering person, whatever its nature may be.

Thus the Pope affirms that "following the parable of the Gospel, we could say that suffering, which is present under so many different forms in our human world, is also present in order to *unleash love in the human person*, that unselfish gift of one's "I" on behalf of other people, especially those who suffer. The world of human suffering unceasingly calls for...the world of human love."²⁵ To do good to the suffering is the greatest, the most important and unsettling revolution that the Church is called to carry out in the course of history.

The parable, the Pope says, "belongs to the Gospel of suffering, goes hand in hand with this Gospel through the history of the Church and Christianity, through the history of man and humanity. This parable witnesses to the fact that Christ's revelation of the salvific meaning of suffering *is in no way identified with an attitude of passivity*. Completely the reverse is true. The Gospel is the negation of passivity in the face of suffering. Christ himself is especially active in this field."²⁶ The messianic program of his mission is described in terms of doing good to those who suffer.²⁷ This mission is so important that we will be judged according to the good done to the suffering, to those in need: "for I was hungry and you gave me food, I was thirsty and you gave me drink, I was a stranger and you welcomed me, I was naked and you clothed me, I was sick and you visited me, I was in prison and you came to me" (Mt 25, 34-36).

II. A Sick Man amongst the Sick: a Suffering Man amongst the Suffering

The teaching and ministry of John Paul II were characteristically marked by suffering. Indeed it is a peculiar welding together of thought and action related to suffering in his experience as Pastor of the universal Church. This created a coherence that makes his teaching extremely trustworthy.

From the beginning of his pontificate the great love of John Paul II for suffering people and his wish to be near 'to the sick, the poor, the suffering, his smallest brothers' were evident. He gradually became the 'Pope of the sick and the suffering'.²⁸

This nearness of his was deepened through his own pain and his own suffering: the assassination attempt of 13 May 1981 and the consequent complications, numerous admissions to the Gemelli Polyclinic of Rome, which became the '3rd Vatican', his gradual physical weakening, his *Via Crucis*, his dying, and his death (2 April 2005). In his life and above all during the last years of his Pontificate, John Paul II was a living testimony of the Gospel of suffering. At one time while recovering at Gemelli hospital, he offered this testimony: "in these days of illness I have had an opportunity to understand better the value of service that the Lord as called me to render to the Church as a priest, as a bishop, as the successor of Peter: it is possible to complete in one's own flesh the debt which the afflictions of Christ still leave to be paid, for the sake of his body the Church (Col. 1:24)¹²⁹

He had particular sensitivity towards the sick and the suffering. In them he saw and found the suffering Christ himself. During his general audiences, pastoral visits and apostolic journeys, he drew near to handicapped people in wheelchairs, to the sick, and to the elderly; he spoke to them, he asked them for their spiritual support for his mission, he shook their hands, and he blessed them. On each of his journeys he entrusted that journey to the prayers and the sacrifice of the sick and suffering.

During his visit to Great Britain in 1982 he invited people to have special care for them: 'Do not forget the sick and the elderly. Do not abandon the handicapped and the gravely ill. Do not relegate them to the margins of society. Because if you do this,

you ignore that they embody an important truth. The sick, the elderly, the handicapped and the infirm teach us that weakness is a creative part of human life and that suffering can be accepted without a loss of dignity... *But the wisdom of Christ and the power of Christ are visible in the weakness of those who participate in his sufferings!*³⁰

When speaking to the sick Pope John Paul II also addressed those people who cared for them, medical doctors, women nurses, hospital chaplains, volunteers, and consecrated men and women, and thanked them and exhorted them to follow the example of the Good Samaritan.

His personal experience and his numerous encounters with sick people led him to write the apostolic letter *Salvifici Doloris* on 11 February 1984, the memorial of Our Lady of Lourdes. A year later, through the *motu proprio Dolentium hominum*, he instituted a Commission for Pastoral Assistance to Health Care Workers, which in 1988 became the Pontifical Council for Pastoral Assistance to Health Care Workers, as an autonomous dicastery of the Roman Curia. Among others, the mission of this Council was to spread and explain the Church's teachings on the subject of health care and the spiritual and moral aspects of illness, as well as the meaning of human suffering. On 13 May 1992, John Paul II instituted the World Day of the Sick which is celebrated on the occasion of the liturgical memory of Our Lady of Lourdes. This initiative sought to sensitise people to the human and Christian value of suffering, to the needs of the sick and the suffering, to the problems connected with the defence of health, and to solidarity and cooperation at a national and international level.³¹

Cardinal Roberto Tucci, who worked closely with Pope Wojtyła, remembers his encounters with the sick and the suffering in the following way: 'How can I not remember with emotion the tenderness of John Paul II towards the sick, above all the children, for the disabled, for the elderly; whatever their numbers he wanted to greet them one by one, he caressed them, he sought to listen to them and to comfort them, he told them that he relied upon their prayers and the offering up of their sufferings. In these encounters there was an intense participation which demonstrated how keenly he saw the face of the crucified Christ in suffering people. From

his first journeys as Pope, I was deeply impressed by this attitude of his: he seemed to stand almost in veneration before each sick person. This became even more striking for me when I saw the way in which the Pope himself bore in himself the signs of suffering'.³²

For the whole of his pontificate — and in particular in his growing physical weakness, in his suffering and in his dying — John Paul II gave a great personal confirmation of the value of human life. One need only remember certain elements of this: his special participation in his last *Via Crucis*, his wish to speak on Easter Sunday (27 March 2005) after his tracheotomy, the last week of his passion and his *triduum mortis* (31 March–2 April 2005), which through television and radio created eloquent and moving moments throughout the world. Pope John Paul II did not conceal his physical weakness and infirmity. When he was already unable to speak the words of the blessing, when he was without speech, in silence, he could only make the sign of the blessing. At that time, when he already could not speak with words, he spoke with the language of suffering and love and touched the hearts of many believers and of men and women of good will.³³

During his long pontificate, Pope John Paul II on only one occasion could not be present at the Coliseum for the traditional *Via Crucis* of Good Friday (25 March 2005), because of his state of health. It was Cardinal Ruini, Vicar General for the diocese of Rome, who presided over the rite. John Paul II could follow the *Via Crucis* on television in his private chapel in the apostolic palace, where a television had been placed in front of the altar. The Pope was filmed from behind by two television cameras and these silent images of his were broadcast from the chapel onto large screens next to the Coliseum. A double audio-visual link between the private chapel of John Paul II and the Coliseum allowed a special spiritual presence of the Pope at the Coliseum. He was 'the great, present, absent man'.³⁴

But for this occasion as well he sent a message which was seen as his 'public confession' of his public participation in the Passion of the Lord: 'I am with you in spirit at the Coliseum, a place that stirs up within me so many memories and emotions, in order to take part in the evocative rite of the *Way of the Cross* on this Good Friday evening... I also offer my sufferings so that God's plan may

be completed and his Word spread among the peoples. I, in turn, am close to all who are tried by suffering at this time. I pray for each one of them. On this memorable day of Christ's crucifixion, I look at the Cross with you in adoration, repeating the words of the liturgy: "*O crux, ave spes unica!*". Hail, O Cross, our only hope, give us patience and courage and obtain peace for the world!".³⁵

I will never forget *Via Crucis* when the Pope, with the great crucifix on the altar and the Cross carried on the various stations of the cross to the Coliseum. Before the last station, a large crucifix was placed in the hands of the Pope. He was filmed from behind. The crucifix in his hands was filmed and shown beyond him. This strong and moving scene could be understood as an injunction on the part of the Pope to all those who followed him: 'Don't look at me. Look at him!'³⁶

John Paul taught a lot about suffering, he visited many sick people and called the attention of the Church to the sick and suffering. He was rightly described as the great, but his ministry and testimony was particularly incisive also because he suffered a lot. He lived in the love of Christ, under the maternal protection of Mary and died after a long journey of suffering, which intimately united him to the Cross of Christ. In all this, he drew energy from his faith in Christ Jesus, as he himself said to the sick during one of his audiences: "the Cross of Christ invites us to respond to love with love. We can give to God, who loved us first, the sign of our deepest participation in his saving plan. We do not always succeed in understanding, within the limits of this plan, the reason for the pain marking the path of our lives. Nevertheless supported by faith, we can be sure that it is a loving plan, within which the immense range of crosses, big and small, tend to fuse into the one Cross, the Cross of Christ."³⁷ It is only in the suffering Christ that man finds the meaning of his own pain.

Allow me to conclude this reflection with an extract from a prayer of the sick and suffering for the intercession of Blessed John Paul II, prepared by the Pontifical Council for Health Care Workers. We recite it frequently in our Office in Rome:

Blessed John Paul II,
Always near to the sick,

you experienced pain in all its dramatic facets, but you defeated it by filling it with courageous faith and generous love. Illness entered your life and came to deprive you of speech and to halt your swift and decisive steps. But in your eyes hope continued to shine and your hand continued to caress the pain of others. Help us to be witnesses to hope, in moments of pain and suffering as well.

Blessed John Paul II, pray for us. Amen.

СТРАДАНИЯ ЧЕЛОВЕКА:
ИХ ЗНАЧЕНИЕ И СМЫСЛ В ЖИЗНИ И УЧЕНИИ
ИОАННА ПАВЛА II
(перевод с англ.)

Монсеньор *Дариуш Герс*

Папский Совет по пастырской опеке
работников здравоохранения (Ватикан)

Я хотел бы поблагодарить организаторов этого ежегодного мероприятия за приглашение представителей Папского Совета по пастырской опеке работников здравоохранения для выступления на данной конференции. Для меня большая честь представлять здесь Его Преосвященство Архиепископа Зигмунта Зимовского, президента нашей дикастерии, который делегировал меня передать его приветствия и наилучшие пожелания успеха в восьмой Международной Медицинской конференции, проходящей Витебске, посвященной *проблемам медицинской этики в современном мире*.

Тема, которую мне хотелось бы обсудить с вами, имеет фундаментальное значение для каждого из нас и является одним из основных вопросов медицинской этики, а именно: человеческие страдания. Вы знаете лучше меня, что одним из основополагающих принципов традиции Гиппократата является при-

верженность врача облегчению страданий. Несмотря на изменения в мире представлений о смысле страдания и на достижения современной медицины, облегчение страданий по-прежнему основная цель медицины.

Мы знаем, однако, что намного проще облегчить боль, чем облегчить страдание. Работники здравоохранения должны осознавать различные аспекты человеческих страданий, которые требуют междисциплинарного подхода. Одной из обязанностей Папского Совета, который я имею честь представлять, является «распространение учения Церкви на духовно-нравственные аспекты болезни, а также на смысл человеческого страдания»¹.

Я хочу поразмышлять о человеческих страданиях и их значении в свете жизни и учения великого человека, блаженного Папы Римского Иоанна Павла II, который создал Совет по пастырской опеке работников здравоохранения. Его могила в соборе святого Петра в Риме до сих пор привлекает тысячи паломников со всего мира. И я уверен, что одной из причин, по которой они туда направляются, является то, что они нашли в Иоанне Павле II надежного свидетеля страданий, принятых с любовью.

Блаженный Иоанн Павел II был описан в частности, как икона страдания. Он остается исключительным свидетелем в сфере страданий. Он путешествовал по всему миру страдания, учил о страданиях и испытал страдания своего тела. В Апостольском послании *Salvifici Doloris* христианском смысле человеческого страдания Иоанн Павел II предложил человечеству широкий и авторитетный документ об извечной проблеме страдания². «В тайне Страстей, смерти и воскресения Христа человеческие страдания приобретают смысл и полноту света»³.

Этого папу, папу-славянина, будут помнить, в том числе и из-за его отношения к больным и страждущим. В томе Папского совета для работников здравоохранения, озаглавленном «*Giovanni Paolo II e l'asofferenza*» («Иоанн Павел II и страдания»), он называется папой, чья жизнь была тронута страданиями, объясняет страдания, провозглашает Евангелия страдания; тот, кто любит больных и служит тем, кто страда-

ет⁴. Поэтому я хочу, чтобы этот папа, теперь Блаженный Иоанн Павел II, помог нам задуматься о тайне человеческого страдания при помощи его учения и жизненного опыта.

I. Страдания в учении Иоанна Павла II: *Salvifici Doloris*

1. Тайна человеческих страданий

Страдание является универсальным опытом. Оно окружает нас и лежит в основе человеческого существования. Это реальность, в которую все мы рано или поздно оказываемся вовлечены и, возможно, ошеломлены ею. Справедливо утверждение, что страдания никогда не бывает нейтральным или равнодушным, оно вызывает слезы в наших сердцах и ломает наши тела. Так как оно сопровождает человека в любой точке на Земле, страдание требует постоянного внимания⁵. Мы все знаем из личного опыта, что страдания и болезни принадлежат хрупкой и ограниченной природе человека. Они не являются редкостью для людей, которые подвергаются страданиям и поддаются искушению смотреть на это как на «наказание» от Бога, и, как следствие, начинают сомневаться в благодати Божией, которая была явлена нам Христом, в том, что Бог как отец, который всегда и в любом случае любит своих детей.

Верно также, что человеческие страдания многомерны. Медицина, как наука и искусство исцеления, пытается предложить соответствующую терапию для облегчения человеческих страданий. Тем не менее, человеческое страдание гораздо шире рамок медицины. Хотя медицине удастся выявлять и лечить физические страдания, она не всегда выявляет и охватывает нравственные страдания, боль души. «Обширность и количество различных форм морального страдания, безусловно, не уступает числу форм физического страдания»⁶. Более того, страдание так же глубоко, как и сам человек, так как оно показывает силу, свойственную человеку, и даже превосходит её. Это одна из тех областей жизни человека, который таинственным образом приглашает человека выйти за пределы самого себя⁷. Таким образом, человеческое страдание вызывает сострадание, уважение, и пугает, так как чело-

век в своих страданиях остается непостижимой тайной.

Конечно, наши собственные страдания и страдания других людей, особенно тех, кого мы знаем, и тех, кто дорог нам, вызывает тревожные вопросы: Почему? Почему именно сейчас? Почему мне, ему или ей? Какое значение это имеет? Как примирить это с Божьей любовью ко мне? Вопрос «ПОЧЕМУ?» — поиск причины, повода, цели страданий. Это поиски смысла страдания. Этот вопрос также делает страдание именно человеческим. Как отмечает Иоанн Павел II, хотя страдание и присутствует в животном мире, только «человек знает, что он страдает, и удивляется, почему; и он страдает... еще глубже, если он не может найти удовлетворительного ответа»⁸. Человек ставит перед Богом этот сложный вопрос. В связи с ним возникает много разочарований и конфликтов в отношениях человека с Богом, особенно если страдания незаслуженны. Такая ситуация подчеркивает важность вопроса о смысле страданий.

Мы можем подвести итоги учения Иоанна Павла II по этому вопросу с помощью основного положения *Salvifici Doloris*: «Христос учил человека одновременно делать добро своим страданием и делать добро тем, кто страдает. В этом двойном аспекте он полностью раскрывает смысл страдания»⁹.

2. Несение добра собственным страданием

В начале Апостольского Послания Иоанн Павел II напоминает всем об удивительных словах в послании апостола Павла к Колоссянам, касающихся всех верующих: «В плоти моей восполняю то, чего не хватает в страданиях Христа, ради тела Церкви» (Кол. 1, 24). Эти слова — глубокое убеждение апостола в конце долгого пути страдания, освещенного верой. Они выражают предназначение всех членов мистического Тела Христова, которые призваны участвовать в искупительном страдании Христа.

Salvifici Doloris говорит подробно о Евангелии страдания. Евангелие означает Благая Весть, спасение через искупительную жертву Христа. Это «спасительное объявление Христа, провозглашение Царства Божия. Если страдание есть Евангелие, то потому, что Христос стал человеком, проповедовал об Отце и воскрес через страдания»¹⁰.

Это утверждение является исторической интерпретацией миссии Христа. Таким образом, Папа говорит: «Спаситель сам написал это Евангелие прежде всего своим собственным страданием, принятым с любовью, чтобы человек не погиб, но имел жизнь вечную» (Ин. 3:16). Это страдание, вместе с живым словом его учения, стало богатым источником для всех тех, кто разделит страдания Иисуса в первом поколении учеников и исповедников, и среди тех, кто пришел после них на протяжении веков.¹¹

Принесение добра страданием восходит к выбору Христом боли, как средства искупления, он преодолевает разрушительную силу страдания и превращает его в составляющую часть благодати, инструмент спасения. Более того, «в деле искупления через страдания Христос также поднимает человеческие страдания до уровня искупления. Таким образом, каждый человек в своем страдании может разделить искупительные страдания Христа»¹².

Действительно, если человек, встречая страдание, принимает его с любовью по примеру Христа и причащается к Христу, то это становится соискупительной солидарностью. Он также становится духовной силой, хотя страдание само по себе — хрупкость и слабость: «нет ничего, что я не смог бы сделать в Том, Кто укрепляет меня» (Фил. 4:13). Это включает в себя внутренний процесс, который протекает с большим трудом. Люди входят в страдание с протестом, а иногда и с отчаянием.

Как часто мы оказываемся охваченными ощущением бесполезности страдания? Это чувство, которое прочно укоренилось в человеческих страданиях, которые полностью поглощают человека, заставляют его чувствовать себя обузой для других, осуждают на получение помощи от других.

Тем не менее, Христос через свое страдание присутствует в каждом человеческом страдании, и действует изнутри этого страдания силою своего Духа. Тогда страдающий человек замечает, что Христос хочет отвечать ему с креста, из самого сердца своего страдания. На самом деле может пройти много времени, прежде чем человек внутренне воспримет этот ответ. Человек слышит спасительный ответ Христа, когда он

постепенно, как говорит апостол, разделяет страдания с Христом.

Этот ответ, прежде всего – зов, призвание. Христос не объясняет, кратко причин для страданий, а говорит: «Иди за мной!». Он предлагает человеку принять участие в деле спасения мира через его собственные страдания. «Открытие спасительного значения страдания в союзе с Христом изменяет это подавляющее чувство»¹³. В самом деле, обычно каждый больной справедливо рассчитывает на полное восстановление здоровья. Тем не менее, мы не должны недооценивать этот сложный период болезни, страдания и боли. Он является частью плана Провидения и, следовательно, имеет значение как для больного, так и для избавления мира. «Те, кто участвуют в Христовых страданиях, сохраняют в своих страданиях определённую частицу искупления мира и могут поделиться этим сокровищем с другими»¹⁴.

По этой причине Церковь считает страдание каждого христианина значимым для достижения спасения мира. Так, Иоанн Павел II часто приглашал больных жертвовать свои страдания ради спасения мира. В своем первом обращении после избрания его на Престол святого Петра, он призвал больных и страждущих: «Мы с особой любовью смотрим на слабых, бедных, больных и тех, кто страдает от горя. Теперь, в начале нашего всеобщего папского служения, мы хотим открыть для них наше сердце. Не вы ли, братья и сестры, разделяете вашими страданиями страсти нашего Искупителя и определенным образом завершаете его? (ср. Кол 1:24). Недостойный наследник святого Петра, который предлагает раскрыть «непостижимые богатства Христа» (Еф. 3:8), больше всего нуждается в вашей помощи, ваших молитвах, вашей преданности или «жертве», и смиренно просит вас об этом»¹⁵. Это были пророческие слова, оглашение папской программы, которая будет реализована в течение его долгого понтификата, отмеченного свидетельством спасительного значения страдания.

Из приведенных выше наблюдений можно справедливо заключить, что больные и страждущие люди выполняют свою миссию. *«Даже больные были посланы рабочими в виноград-*

ники Господа»¹⁶. Апостол Павел принимал страдание как возможность возвешать Евангелие: «Действительно вы помните, что это была болезнь, которая впервые дала мне возможность проповедовать вам, но несмотря на мою болезнь, которая была вам испытанием, вы не показали неприязнь или отвращение, вместо этого вы приветствовали меня как посланника Бога, как если бы я был самим Иисусом Христом» (Гал 4, 12б-14). Страдание, спровоцированное болезнью, само по себе является местом свидетельства, покоя или тревоги, смирения и принятия или отрицания, отречения, так же как и момент, в котором то, что находится в самом сердце страждущего человека, проявляет себя. Больной оказывается лицом к лицу со своим духовными и моральными ресурсами.¹⁷ «Блажен человек, который умеет делать свет Божий сияющим в бедности, страдании и уходе жизни»¹⁸.

Потому необходима евангелизация, обращение мира страданий, чтобы испытываемая огромная боль могла быть поднята к Христу, чтобы стать местом встречи, обращения и освящения человечества. Кроме того, христианская община должна открыть для себя, что «больной не является пассивным членом этого сообщества, а ведет нас к относительности многих вещей, прежде всего, чтобы открыть себя для трансцендентности, потому что его состояние напоминает нам, что все в этой жизни проходит, больной ведет нас к тому, чтобы жить надеждой, терпением, скромной жизнью ... он делает нас лучше, он евангелизует нас»¹⁹.

3. Несение добра тем, кто страдает

Другой аспект, который раскрывает смысл страдания, в соответствии с учением Христа — делать добро страдающим. «В своей мессианской деятельности среди Израиля, Христос обращался ближе к миру человеческих страданий. Он приносил добро, и его действия относились в первую очередь к тем, кто страдает и ищет помощи»²⁰. Следовательно, забота о страдающих является неотъемлемой частью миссии Церкви²¹. В самом деле, во Христе каждый человек становится дорогой Церкви²², и он становится дорогой Церкви особым образом, когда страдание входит в его жизнь. Эта дорога является од-

ной из наиболее важных. Поэтому Бенедикт XVI утверждает, что «истинная мера человечности существенным образом определяется в отношении к страданиям и страдающим. Это справедливо как для личности, так и для общества. Общество, которое не может принять его страдающих членов и неспособно разделить их страдания, испытать «сострадание» — жестокое и бесчеловечное общество. Однако общество не может принять своих страдающих членов и поддержать их в испытаниях, если они не способны сделать это сами»²³.

Делать добро страдающим — ответ на страдания, превращение страданий в акт любви. Иоанн Павел II подчеркивает это в *Salvifici Doloris*, объясняя притчу о милосердном самарянине²⁴. Эта притча показывает, какое отношение у каждого из нас должно быть к нашим страждущим ближним. Мы все, подобно милосердному самарянину, должны остановиться рядом со страждущим соседом не из любопытства, но в готовности помочь. Мы не должны останавливаться только на сочувствии и сострадании, они должны стать стимулом для действий, которые принесут помощь страдающему человеку, какова бы ни была его природа.

Таким образом, Папа утверждает, что «следуя Евангельской притче, мы могли бы сказать, что страдания, которые присутствуют в самых разных формах в нашем человеческом мире, также присутствует для того, чтобы раскрыть любовь в человеческой личности, бескорыстный дар своего «Я» во имя других людей, особенно тех, кто страдает. Мир человеческих страданий неустанно взывает к ... миру человеческой любви»²⁵. Нести добро страдающим является величайшим, самым важным переворотом, революцией, которую Церковь призвана осуществлять в ходе истории.

Притча, говорит Папа, «относится к Евангелию страдания, идет рука об руку с этим Евангелием на протяжении истории Церкви и христианства, на протяжении всей истории человека и человечества. Эта притча свидетельствует о том, что откровение Христа о спасительном значении страдания ни в коем случае не отождествляется с пассивным отношением. Совершенно верно обратное. В Евангелии есть отрицание пассивности перед лицом страдания. Сам Христос осо-

бенно активен в этой области»²⁶. Программа его миссии характеризуется добрыми делами по отношению к тем, кто страдает²⁷. Эта миссия настолько важна, что мы будем осуждены по добру, сделанному страждущим и нуждающимся: «ибо алкал Я, и вы дали Мне есть, жаждал, и вы напоили Меня, был странником, и вы приютили меня, я был наг, и вы одели Меня, был болен, и вы посетили Меня, в темнице был и вы пришли ко Мне» (Мт 25, 34-36).

II. Больной человек среди больных: страждущий человек среди страждущих.

Учение и служение Иоанна Павла II было отмечено страданием. Действительно, это своеобразное сплочение мысли и действия, связанное со страданием в его опыте в качестве пастора Вселенской Церкви. Это привело к согласованности, что делает его учение особенно заслуживающим доверия.

С самого начала понтификата Иоанна Павла II были очевидны большая любовь к страданиям людей и его желание быть рядом с «больным, бедным, страдающим, его наименьшими братьями. Он постепенно стал «Папой больных и страждущих»²⁸.

Эта его близость была углублена через собственную боль и свои страдания: покушение 13 мая 1981 г. и последующие осложнения, многочисленные пребывания в римской клинике Джемелли, которая стала «3-м Ватиканом», его постепенное физическое ослабление, его *Via Crucis* (Крестный Путь), его умирание и смерть (2 апреля 2005 года). Во время жизни и, прежде всего, в последние годы своего понтификата, Иоанн Павел II был живым свидетельством Евангелия страдания. Во время лечения в больнице Джемелли, он предложил это свидетельство: «В эти дни болезни у меня была возможность лучше понять ценность служения, к которому призвал меня Господь, как священника, как епископа и как преемника Петра: можно завершить в собственной плоти тот долг, который восполнит недостаток в плоти моей скорбей Христовых за Тело Его, которое есть Церковь (Кол. 1:24)»²⁹.

Он особо сочувствовал больным и страждущим. В них он

видел и нашёл страдания самого Христа. Во время своих общих аудиенций, пастырских визитов и апостольских визитаций он приближался к инвалидам в колясках, к больным, пожилым людям, он говорил с ними, он просил их о духовной поддержке в своей миссии, он пожимал руки и благословлял их. Каждое из своих путешествий он посвящал молитвам и жертвам больных и страждущих.

Во время своего визита в Великобританию в 1982 году он призывал людей к особой заботе: «Не забывайте больных и пожилых людей. Не бросайте инвалидов и тяжелобольных. Не выносите их из общества. Потому что если вы так поступаете, то вы игнорируете важные истины, которые они воплощают в себе. Больные, престарелые, инвалиды и немощные учат нас, что слабость — созидательная часть человеческой жизни и что, страдая, можно не терять собственного достоинства ... Но мудрость Христа и сила Христова видны в слабости тех, кто участвует в его страданиях».³⁰

Разговаривая с больными Папа Иоанн Павел II также обращался к людям, которые заботятся о них: врачам, медсестрам, больничным капелланам, волонтерам, и konsekrovanым людям и благодарил их, призвал их следовать примеру Милосердного Самарянина.

Его личный опыт и многочисленные встречи с больными людьми побудили его к написанию апостольского послания *Salvifici Doloris* 11 февраля 1984 года, в день Лурдской Богоматери. Через год своим *motu proprio Dolentium hominum* он учредил Комиссию по пасторской помощи работникам здравоохранения, которая в 1988 году стала Папским Советом по пастырской опеке работников здравоохранения _1 автономной дикастерией Римской курии. В частности, миссией этого совета стало распространение и разъяснение учения Церкви по вопросам здравоохранения и духовно-нравственных аспектов болезни, а также смысла человеческого страдания. 13 мая 1992 года Иоанн Павел II учредил Всемирный день больного, который отмечается в день литургической памяти явления Пресвятой Богородицы в Лурде (11 февраля). Эта инициатива призвана привлечь внимание людей к человеческому и христианскому значению страдания, к

нуждам больных и страждущих, к проблемам, связанным с защитой здоровья, к солидарности и сотрудничеству на национальном и международном уровне.³¹

Кардинал Роберто Туччи, который тесно сотрудничал с Папой Войтылам, вспоминает его встречи с больными и страждущими следующим образом: «Как я могу не вспомнить с эмоциями нежность Иоанна Павла II по отношению к больным, в первую очередь к детям, инвалидам, к пожилым людям; он хотел приветствовать их по одному независимо от их числа, он ласкал их, он стремился прислушиваться к ним и утешать их, он говорил им, что он опирается на их молитвы и принесенные в жертву их страдания. В этих встречах проявлялось глубокое участие, которое показывало, как живо он видел лицо распятого Христа в страданиях людей. С его первых визитаций в качестве Папы, я был глубоко поражен таким его отношением: казалось, он стоит почти в благоговении перед каждым больным. Это стало еще более поразительным для меня, когда я увидел то, как сам Папа носил в себе признаки страдания»³².

На протяжении всего своего понтификата и, особенно в его растущей физической слабости, в его страданиях и умирании, Иоанн Павел II дал большое личное подтверждение ценности человеческой жизни. Достаточно вспомнить некоторые эпизоды: его особое участие в своем последнем *Via Crucis* (Крестном Пути), желание выступить в Пасхальное Воскресенье (27 марта 2005 года) после трахеотомии, последнюю неделю его страданий и его последние три дня — *triduum mortis* (31 марта – 2 апреля 2005), трансляция которых через телевидение и радио передала красноречивые и волнующие моменты по всем мире. Папа Иоанн Павел II не скрывал своей физической слабости и немощи. Когда он был уже не в состоянии произносить слова благословения, когда он был безмолвен, в тишине он мог только сделать знак благословения. В то время, когда он уже не мог говорить словами, он говорил языком страдания и любви, и тронул сердца многих верующих и людей доброй воли.³³

В течение своего долгого понтификата Папа Иоанн Павел II только на один раз не смог присутствовать в Колизее на

традиционном Крёстном Пути в Страстную пятницу (25 марта 2005 г.), в связи с его состоянием здоровья. Тогда кардинал Руини, генеральный викарий Римской епархии провёл молебен. Иоанн Павел II мог следовать Крёстным Путём по телевидению в его личной часовне в Апостольском дворце, где телевизор был помещен перед алтарем. Папа был снят со спины на две телевизионные камеры и эти молчаливые образы его были переданы из часовни на большие экраны рядом с Колизеем. Двойная аудио-визуальная связь между часовней Иоанна Павла II и Колизеем сделали возможным особое духовное присутствие Папы в Колизее. Он был «великим присутствующе-отсутствующим человеком».³⁴

По этому поводу он направил послание, которое было воспринято как его «публичная исповедь» его участия в Страстях Господа: «Я духовно с вами, в Колизее, месте, которое вызывает во мне так много воспоминаний и эмоций, для того, чтобы принять участие в обряде Крестного Пути в этот вечер Страстной пятницы ... Я также приношу свои страдания, чтобы план Бога был завершен, и его Слово распространилось среди народов. Я, в свою очередь, являюсь близким всем, кто сейчас испытывает страдания. Я молюсь за каждого из них. В день памяти о Распятии Христа, я вместе с вами смотрю на крест с обожанием, повторяя слова литургии: «*O crux, ave spes unica!*». Радуйся, о Крест, наша единственная надежда, дай нам терпение и мужество и принеси мир всему миру!».³⁵

Я никогда не забуду Крёстный Путь, когда Папа молился перед большим распятием на алтаре, и крест переносился с одной крестной остановки на другую в Колизее. Перед последней остановкой большое распятие было дано в руки Папе. Видеокамеры снимали его со спины. Распятие в руках был снято на камеру и показано отдельно. Это сильная и трогательная сцена может быть понята как запрет со стороны папы для всех, кто следовал за ним: «Не смотри на меня. Посмотрите на него!»³⁶

Иоанн Павел много учил о страданиях, он навел много больных и обратил внимание Церкви на больных и страждущих. Его по праву называют великим, но его служение и свидетельство было особенно важным и потому, что он сам

сильно страдал. Он жил в любви Христовой под материнской опекой Марии и умер после долгого пути страдания, которые тесно объединили его с Крестом Христа. В этом он черпал энергию для своей веры в Иисуса Христа, как он сам говорил больному во время одной из аудиенций: «Крест Христа призывает нас ответить на любовь любовью. Мы можем дать Богу, Который возлюбил нас первым, знак нашего глубокого участия в его плане спасения. Мы не всегда преуспеваем в понимании, почему в рамках этого плана путь нашей жизни отмечены болью. Тем не менее, поддерживаемые верой, мы можем быть уверены, что это план любви, в котором великое множество крестов, больших и малых, как правило, сливаются в один крест — Крест Христов»³⁷. Только в страдающем Христе человек может найти смысл своих мучений.

Позвольте мне завершить это рассуждение отрывком из молитвы больных и страдающих о заступничестве блаженного Иоанна Павла II, которая была подготовлена Папским Советом по пастырской опеке работников здравоохранения. Мы часто повторяем ее у нас в офисе в Риме:

Блаженный Иоанн Павел II

*Всегда рядом с больными,
Ты испытал боль во всех ее драматических гранях,
но победил её, заполняя её мужественной верой
и щедрой любовью.*

*Болезнь вошла в твою жизнь,
намереваясь лишить тебя речи
и остановить твои быстрые и решительные шаги.
Но в твоих глазах продолжала светить надежда,
и твоя рука продолжала умирять чужую боль.
Помоги нам быть свидетелями надежды
даже в моменты боли и страдания.*

Блаженный Ян Павел II, молись за нас!

¹ John Paul II, Apostolic Constitution *Pastor Bonus*, n 153.

² John Paul II, Apostolic Letter *Salvifici Doloris*, Vatican City, 11 February 1984. Henceforth *Salvifici Doloris*.

³ Benedict XVI, *Message for the Eighteenth World Day of the Sick*, Vatican City, 22 November 2009.

⁴ Fiorenzo Angelini, José L. Redrado and Felice Ruffini (eds.), *Giovanni Paolo II e la sofferenza*, Editrice Velar, Gorle (BG) 1995.

⁵ *Salvifici Doloris*, 2,3.

⁶ *Salvifici Doloris*, 5.

⁷ *Salvifici Doloris*, 2.

⁸ *Salvifici Doloris*, 9.

⁹ *Salvifici Doloris*, 30.

¹⁰ Fiorenzo Angelini, "The Thought of John Paul II on Suffering", in *Dolentium Hominum* 6 (1988) 6.

¹¹ *Salvifici Doloris*, 25.

¹² *Salvifici Doloris*, 19.

¹³ *Salvifici Doloris*, 27.

¹⁴ *Salvifici Doloris*, 27.

¹⁵ John Paul II, *First Radio Message "Urbi et Orbi"*, 17 October 1978.

¹⁶ John Paul II, *Christifideles laici*, nn. 53, 54.

¹⁷ Cf. José L. Redrado, "Illness, Suffering and the Cross as Places of Encounter and New Evangelisation," in *Dolentium Hominum* 54 (2003) 31.

¹⁸ John Paul II, *Message for the Second World Day of the Sick*, Vatican City, 1994, n. 2.

¹⁹ José L. Redrado, "Illness, Suffering and the Cross as Places of Encounter and New Evangelisation," in *Dolentium Hominum* 54 (2003) 31.

²⁰ *Salvifici Doloris*, 16.

²¹ John Paul II, *Motu Proprio Dolentium Hominum*, n.1.

²² John Paul II, *Encyclical Letter Redemptor Hominis*, 14, 18, 21, 22.

²³ Benedict XVI, *Encyclical Letter Spe Salvi*, n. 39.

²⁴ *Salvifici Doloris*, 28–30.

²⁵ *Salvifici Doloris*, 29.

²⁶ *Salvifici Doloris*, 30.

²⁷ Cf. Lk 4, 18–19; Is 61, 1–2.

²⁸ Cf. Guerriero, E., 'Presentazione', In: Dziwisz, S., Drążek, C., Buzzonetti, R., and Comastri, A., *Lasciatemi andare*, pp. 5–6.

²⁹ John Paul II, *Totus Tuus Ego Sum, Angelus Domini dal Polclinico Gemelli*, 13 ottobre 1996.

³⁰ *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. V, 2 (1982) (Libreria Ed. Vaticana, Vatican City 1982), pp. 1909–1912, quotation pp. 1911–1912.

³¹ Cf. Dziwisz, S. and Drążek, C., 'La sofferenza nella vita e nel magistero di Giovanni Paolo II', in Dziwisz, S., Drążek, C., Buzzonetti, R., and Comastri, A., *Lasciatemi andare*, pp. 19–29.

³² TUCCL, R., 'I viaggi internazionali di Giovanni Paolo II', *Civ. Catt.*, quad. 3717 (7 May 2005), pp. 245–257, quotation p. 256.

³³ Cf. Marchesi, G., 'La morte del Papa', *Civ. Catt.*, quad. 3716 (16 April 2005), pp. 167–176, quotation pp. 170–173; Politi, M., *Papa Wojtyła. L'addio* (Morcelliana, Brescia, 2007).

³⁴ Cf. Fantuzzi, V., 'La "Via Crucis" al Colosseo con Giovanni Paolo II', *Civ. Catt.*, quad. 3716 (16 April 2005), pp. 159–166. See also Marchesi, G., 'La morte del Papa', *Civ. Catt.*, quad. 3716 (16 April 2005), pp. 167–176.

³⁵ *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. XXVIII (2005) (Libreria Ed. Vaticana, Vatican City 2006), pp. 241–242.

³⁶ Cf. Fantuzzi, V., 'La "Via Crucis" al Colosseo con Giovanni Paolo II', *Civ. Catt.*, quad. 3716 (16 April 2005), pp. 159–166, quotation p. 163.

³⁷ John Paul II, General Audience, 30 March 1983.

ГЕНЕЗИС БИОЭТИКИ И ЕЕ ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Н. А. Артеменко, канд. мед. наук

УО «Витебский государственный медицинский колледж»

А. П. Грузневич, канд. мед. наук, доцент кафедры
общественного здоровья и здравоохранения

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

Биомедицинская этика (биоэтика) — это знание и проблемы, возникающие на пересечении медицинской практики и человеческих ценностей. Согласно мнению Ж.Судо, ее история началась на Нюрнбергском процессе, когда правда о жутких деяниях нацистских врачей стала известна человечеству. Некоторые зарубежные специалисты считают, что биоэтика зародилась с момента опубликования в журнале «Лайф» (1962 г.) статьи под заголовком «Они решают, кому жить, а кому умереть». В 1970 г. термин «биоэтика» использовал ученый-онколог В. Р. Поттер в своей книге «Биоэтика — мост в будущее».

Биоэтику можно рассматривать как совокупность этических проблем, связанных с отношением к живому вообще. При таком подходе биоэтика сближается с экологией и смыкается с философскими учениями Востока, русской философией. Но тем самым она теряет специфику биоэтических проблем собственно медицинской практики

Биомедицинская этика включает медико-биологические знания, правовые, этические, религиозные, эстетические, экономические, политические ценности и другие социальные последствия применения новейших медицинских технологий.

Все это является полем специфических проблем: отношения между врачом и пациентом, медицинская тайн и информированное согласие, эвтаназия, «суррогатное материнство», права испытуемых, доноров, пациентов и др.

Изучение научных работ в области биомедицинской этики позволяет выделить ряд основных причин возникновения этой науки. Так, стремительное развитие научно-технического прогресса во второй половине XX века привело к новым проблемам в области морально-нравственных норм и правил использования достижений фундаментальных медико-биологических наук. Новые биомедицинские технологии: трансплантация органов, реанимация, искусственное оплодотворение, генная терапия, гемодиализ обострили традиционные этические проблемы. Возникли такие вопросы, как: необходима ли реанимация, если нет надежды прихода в сознание пациента; необходимо ли поддерживать жизнь новорожденных, страдающих серьёзными врожденными пороками. По мнению академика Ю. Лопухина, страх перед бомбой атомной сменился страхом перед «бомбой» медико-биологической.

Социальная амбивалентность результатов научных исследований остро ставит задачу контроля и регулирования, как на этапе эксперимента, так и в ходе практического внедрения. Первым документом, поставившим проблему социальной ответственности ученых, стал «Нюрнбергский кодекс» (1947 г.). В 1964 г. Всемирная медицинская ассоциация принимает «Хельсинкскую Декларацию», в соответствии с которой этическое обеспечение медицинских исследований становится обязательным условием их проведения. С тех пор был принят ряд международных и национальных документов, призванных защитить права и достоинство человека, предотвратить неблагоприятные последствия для жизни и здоровья человека при оказании медицинской помощи и проведении биомедицинских экспериментов.

Ценностно-мировоззренческое основание биоэтики состоит в многообразии различных форм миропонимания. Различные этические, религиозные представления, этнические традиции — всё это в условиях современных медицинских

технологий и признания равноправия различных ценностных установок обостряет проблемы диалога, взаимопонимания, ответственности врача и пациента, медицины и общества.

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В СВЕТЕ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ БИОЭТИКИ И НОРМ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРАВА

Н. А. Артеменко, канд. мед. наук

УО «Витебский государственный медицинский колледж»
г. Витебск (Беларусь)

Здоровое население является интеллектуальным, культурным, экономическим и политическим потенциалом любого государства. Поэтому охрана, сохранение и укрепление его здоровья — важнейшая задача деятельности системы здравоохранения.

Согласно Уставу Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), здоровье предполагает «состояние полного физического, психологического и социального благополучия». Обладание высшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения. Огромное значение таких благ, как жизнь и здоровье, обуславливает необходимость их всемерной охраны и исследования общественных отношений в сфере здравоохранения.

В соответствии со статьей 45 «Конституции Республики Беларусь» гражданам нашей страны гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания. Право граждан Республики Беларусь на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда.

Право на здоровье, в отличие от других прав человека, относительно недавно стало предусматриваться конституциями многих стран мира. В конституциях XVIII–XIX вв. не было упоминаний о праве на здоровье, хотя другие права человека провозглашались.

В международном масштабе право человека на здоровье было признано в 1948 г. «Всеобщей декларацией прав человека»: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия как его самого, так и его семьи».

Среди основных международных правовых актов в области прав пациента можно выделить: «Международный билль о правах человека», «Хартия основных прав человека Европейского Союза», «Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе», «Европейская хартия прав пациентов», «Международный кодекс медицинской этики», «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины», «Нюрнбергский кодекс», «Хельсинская декларация», «Европейские принципы деликтного права», «Роттердамская Конвенция о процедуре предварительного обоснованно-го согласия в отношении отдельных опасных химических веществ и пестицидов в международной торговле», «Конвенция СНГ о правах и основных свободах человека» и ряд других.

Нормы права, содержащиеся в международных договорах Республики Беларусь, являются частью действующего законодательства. Процедура ратификации международных договоров делает нормы международного права частью национального законодательства, что позволяет заинтересованным лицам ссылаться на них в случае возникновения спора.

Все международные правовые акты, касающиеся прав пациентов, были приняты после принятия «Всеобщей декларации прав человека», являющейся на сегодняшний день основой международных стандартов в области прав человека, основанных на ее принципах.

Правовое регулирование форм и методов оказания ме-

дицинской помощи, предоставление медицинских услуг в соответствии с определенными основополагающими законодательными нормами по существу должно отображать объективную сущность и современное состояние социально-экономической системы, обеспечивающей охрану здоровья населения, и ориентироваться на основные нормы биомедицинской этики.

СМЫСЛ БОЛЕЗНИ И СТРАДАНИЯ В ХРИСТИАНСКОЙ ДУХОВНОЙ ПРАКТИКЕ

Ю. А. Коломийцева

УО «Витебский государственный технологический
университет», кафедра философии
г. Витебск (Беларусь)

Во все времена люди искали ответ на вопрос: «Какой смысл имеет болезнь, почему существует боль и страдания»? Одни считали, что это случай или судьба, другие полагают, что болезнь скорее наказание Высшего суда. В религиозной духовной практике симптом болезни указывает на то, в какой области мы сошли с праведного пути. Таким образом, его следует воспринимать, как носителя информации, который должен нам помочь познать и вернуть отсутствующие у нас знания, которые мы вытеснили или которые потеряли. Это отсутствие в сознании делает нас больными. Совершенно очевидно, что все вещи и события образуют внутреннее единство и тем самым находятся в невидимой связи. И каждый симптом — психический, интеллектуальный, или телесный — является точным индикатором того, на каком отрезке жизненного пути мы находимся в данный момент, чему мы должны учиться, с чем мы должны смириться. Возьмём к примеру болезни желудочно-кишечного тракта. Очевидно, что такой грех как чревоугодие — один из главных (смертных) грехов человека. Его влияние на здоровье человека особенно четко прослеживается в нашем XX–XXI веках. Иоанн Колов пишет: «Кто сильнее льва? Но и он из-за чрева своего попадает в сеть, и

тогда вся его сила не служит ни к чему». А святой Исидор Пелусиот говорит: «Пренебрегай лакомыми снедами, потому что в скором времени они обращаются в ничто, а во время вкушения имеют великую цену». Таким образом, святые отцы давно уже указывали нам на значение этого греха в развитии наших болезней. Еда как средство поддержания жизни очень быстро превращается в грех в высшем его проявлении — страсти, а грех ведет к болезням и страданиям. Но особенно показательное воздействие греха на наше здоровье происходит именно от чревоугодия. Пожалуй, так прямо с нашим здоровьем не связан никакой другой грех. Как и в случае с блудной страстью, еда может превратиться в сильнейшую страсть, ибо, как и блуд, она приносит нам много удовольствий. Выходит, болезни, страдания и преждевременная смерть связаны часто с удовлетворением удовольствий. Духовное исцеление намного важнее, чем лечение. Исцеление — это восстановление всего человека. «Противоядием» от греха в духовной практике является молитва, пост, воздержание, покаяние.

ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНО-НРАВСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КАФЕДРАХ

Г. Г. Бурак, Н. Г. Харкевич, Т. И. Ким, И. В. Самсонова
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Поведение врача у постели больного всегда определялась заповедями «помоги» и «не вреди». Естественно, что каждый больной хотел бы видеть в лечащем враче не только высокий профессионализм, но и участливое и бескорыстное отношение.

В современных условиях, когда в жизни общества возоб-

ладала коммерческая составляющая, когда медицина прочно вписалась в сферу обслуживания населения, постулаты «помоги» и «не навреди» приобрели особую значимость. В этой связи взаимоотношения врача и больного человека должны базироваться, прежде всего, на высокой профессиональной и личностной культуре медицинских работников всех уровней и специальностей. По этой причине процесс обучения в образовательных учреждениях медицинского профиля должен сочетать в себе специальную и нравственно-профессиональную подготовку, которая базируется на медицинской этике и деонтологии [2]. Конечной целью нравственно-профессиональной подготовки будущих медиков является превращение знаний, принципов и приемов медицинской этики и деонтологии во внутреннюю потребность и личные убеждения будущих врачей. Важный фактор нравственно-профессиональной подготовки врачей — понимание ими необходимости и целесообразности соблюдения норм и принципов этики в практической деятельности [3].

Формирование и привитие студентам нравственно-психологических качеств, соответствующих гуманистическому назначению медицины, — процесс сложный, многогранный и ответственный. Осуществляться этот процесс должен на всех кафедрах и с позиций, специфичных для каждой дисциплины.

Вместе с тем одним из принципов воспитания этических норм врачебной деятельности на всех уровнях обучения в медицинских вузах должно стать целенаправленное и осмысленное формирование клинического (логического) мышления студентов [1].

Цель исследования. Анализ основных принципов и методов формирования клинического мышления у студентов и их преломление в образовательном процессе на морфологических кафедрах медицинских вузов, ориентирующих преподавателей обучению студентов началам медицинской этики.

Методы: учебно-исследовательский, аналитический.

Результаты. Умение логически мыслить и анализировать результаты исследования больного в наибольшей степени определяет профессиональные качества врача. Безусловно,

основа клинического мышления и во многом профессионализм врача составляют знание структурной организации человека на организменном, системном, органном, клеточном, субклеточном и молекулярном уровнях. Вместе с тем, врачебная тактика в диагностике, лечении и профилактике заболеваний базируется не только на специальных знаниях, но и на умении врача логически (клинически) мыслить. Эти два взаимосвязанных обстоятельства имеют непосредственное отношение к врачебной этике и деонтологии, поскольку во многом определяют характер взаимоотношений врача и больного [3].

Формирование клинического мышления у студентов при изучении морфологических дисциплин, по нашему мнению, должно осуществляться по следующим позициям.

1. Обучение студентов умению обоснованно (!) выделять среди множества симптомов заболевания, являющихся следствием поражения конкретных макро- и микрообразований в организме человека, наиболее значимые, определяющие тяжесть состояния больного и требующие первоочередной корректировки.

2. При изучении закономерностей эмбрионального развития систем и органов человека особое внимание уделять стадиям онтогенеза, нарушение которых наиболее часто предопределяет развитие аномалий и врожденных пороков.

3. Изучение индивидуальной изменчивости строения и топографии органов, вариантной анатомии сосудов и нервов проводить с позиций их значения для клиники.

4. В процессе изучения структурной организации внутренних органов, опорно-двигательного аппарата целенаправленно обращать внимание студентов на естественные возрастные изменения их морфоструктуры, имеющие практическое значение.

5. Акцентировать внимание на анатомических предпосылках развития некоторых заболеваний, анатомическом обосновании правильности выполнения медицинских манипуляций (инструментальных исследований, пункций суставов и полостей, выполнения хирургических вмешательств).

6. Обязательный контроль усвоения студентами знаний и

практических навыков, приобретаемых при изучении строения человека и востребуемых в последующем на других клинических кафедрах и в практической работе:

а) знание образований скелета, доступных пальпации на пациентах;

б) пальпация мест пульсации артерий и мест их прижатия для временной остановки кровотечения;

в) знание мест проекции сосудисто-нервных пучков на поверхности тела человека;

г) знание местной локализации доступных для пальпации лимфатических узлов;

д) интерпретация изображений отдельных органов и частей тела, получаемых современными методами лучевой диагностики.

Важную роль в реализации этого принципа играет использование в процессе преподавания анатомо-клинических ситуационных задач.

Заключение. Формирование нравственно-профессиональных качеств у будущих врачей при изучении строения человека с позиций потребностей клинической медицины является важной составляющей в сложной системе привития студентам норм и принципов врачебной этики и деонтологии. Продолжительное по времени изучение строения человека по системному принципу нивелирует восприятие тела человека как целого, поэтому важно формировать у студентов интегративное осмысление всего изученного с позиций целостного организма не забывая о том, что функция без структуры — немыслима, структура без функции — бессмысленна.

Литература:

1. Бурак Г. Г. Особенности изучения различных отделов нервной системы с позиций по-требностей клиники / Г. Г. Бурак [и др.] // Современные аспекты фундаментальной и при-кладной морфологии. — Минск: БГМУ, 2011. — С. 49–53.

2. Вольнец И. Врачебное образование — вчера, сегодня, завтра. // Медицинский вестник. — 2007. — № 43 (825). — С. 6.

3. Макшанов И. Я. Врачебная деонтология: Учебное пособие / И.Я. Макшанов // Мн.: Выш. Школа, 1998. — С. 159.

ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В. А. Киреенко, преподаватель каф. иностранных языков
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Формирование высокой деонтологической культуры является, безусловно, конечной и определяющей целью подготовки будущего медицинского специалиста. Это многогранный и длительный процесс, включающий в себя ряд взаимосвязанных этапов. Конечным результатом этого процесса должно стать превращение знаний норм и принципов деонтологии и медицинской этики в личные убеждения, формирующиеся на основе понимания необходимости их соблюдения в будущей профессиональной деятельности.

Первым, подготовительным этапом этого процесса можно считать профессиональную ориентацию, которая имеет место в старших классах средней школы. Под профессиональной ориентацией мы понимаем научно-практическую систему подготовки молодых людей к свободному и сознательному выбору профессии с учетом индивидуальных особенностей и потребностей личности.

Среди форм, которые применяются на подготовительном этапе, можно выделить следующие: беседы с представителями медицинской профессии на классных часах; организация знакомства с функционированием различных медицинских учреждений; проведение индивидуальных собеседований, опросов, анкетирования и тестирования для диагностики профессиональных предпочтений учащихся; проведения дня открытых дверей в медицинском университете. Подготовительный этап должен стать платформой и началом для формирования и развития деонтологической культуры, поскольку обладает большим арсеналом форм, средств и методов для достижения этой цели.

Однако основным этапом следует считать учебно-воспи-

тательный процесс в медицинском университете. Он является основным, поскольку, наряду со вспомогательными формами и средствами, достижению этой цели служат специальные предметы, такие как медицинская этика и деонтология. С другой стороны, эти же задачи решаются в той или иной мере на всех медицинских и общеобразовательных кафедрах при изучении своей дисциплины. Это междисциплинарная проблема и каждая кафедра вносит свой вклад в формирование и развитие деонтологической культуры будущих медицинских специалистов.

В медицинском университете для овладения основами медицинской этики и деонтологии используют различные формы, которые можно подразделить на обязательные и факультативные, а также аудиторные и внеаудиторные. Независимо от того, какая форма используется, необходимо соблюдать следующие принципы, чтобы данная форма была действенной и эффективной: научность в обучении; доступность; индивидуальный подход; наглядность; культуросообразность; прочность и осознанность; систематичность и сознательность; активность и самодеятельность; связь теории и практики.

Таким образом, для педагогов важно помнить, что в каждом предмете, который изучают в медицинском университете, есть свои возможности для развития и совершенствования деонтологической культуры будущего врача. То, насколько высоким будет уровень этой культуры, во многом зависит от нас, преподавателей и от нашего умения и желания использовать тот огромный потенциал, который есть у учебно-воспитательного процесса в университете.

Литература:

1. Биомедицинская этика: Учеб. пособие / Т. В. Мишаткина [и др.]; Под общ. ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. — Минск, 2003. — С. 320.
2. Павлов Ю. Д. Медицинская этика: руководство для средних медицинских работников / Ю. Д. Павлов, П. М. Сапроненков. — Ленинград: Медицина, 1984. — С. 186.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРВОКУРСНИКОВ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Т. И. Ким, асс., В. В. Ольшанникова, доц., И. А. Чиркина, доц.

Кафедра анатомии человека

УО «Витебский Государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

г. Витебск (Беларусь)

Совершенствование медицинского образования и повышение качества оказания медицинской помощи — важнейшее требование сегодняшнего дня, особенно в связи с тенденцией европейского сообщества к объединению усилий с целью повышения качества подготовки специалистов и их конкурентоспособности (Болонский договор, 1997)[1]. Это является причиной постоянно возрастающей психологической и информационной нагрузки на студентов всех курсов. Но особое внимание преподавателям медицинских университетов нужно уделить студентам первого курса, у которых указанные причины сочетаются с адаптацией к системе высшего образования. Важнейшую роль в этом процессе играет воспитательная работа, цель которой, как известно, заключается в развитии человеческой личности, гражданской и общекультурной зрелости. Залогом успешной воспитательной работы является гуманизм, демократизм, совместное творчество [3], стремление преподавателя и студента найти общий язык. Однако в последние годы сложность и противоречивость современных социокультурных процессов привели к тому, что было сформировано новое поколение студентов, и частью воспитательной работы стал анализ характерных тенденций, особенностей личности, слабых мест и преимуществ современных студентов. Новое поколение молодежи и студентов имеют иные, по сравнению с предыдущими поколениями, требования к образованию, другие стандарты общения и отношение к учебе, к чему оказались не достаточно подготовлены профессорско-преподавательские коллективы [2].

Чтобы найти общий язык с представителями нового поко-

ления студентов, чтобы помочь им преодолеть сложный период адаптации и повысить уровень их образованности и уверенности в своих силах, преподавателям необходимо определить основные отличия современного студента от студентов до 2008–2009 годов.

По данным исследований, проведенных нашими коллегами из Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, был составлен портрет нового поколения студентов. Согласно полученным данным, дети, рожденные во вторую половину девяностых годов, воспитывались и выросли в период относительной социальной и политической стабильности, в условиях так называемого «беспроблемного детства». В результате воспитания, предусматривающего игровую форму занятий, положительное подкрепление за малейшие достижения, отказ от принуждения и наказаний, подростки не были приучены к упорству в достижении целей, не научились переживать неудачи, бороться и преодолевать трудности. Поэтому выходя во взрослую жизнь и поступив, к примеру, в медицинский университет, где по-прежнему присутствуют суровые академические традиции и жесткие требования, молодые люди оказались в растерянности. Они не понимают, за что их ругают и чего от них хотят. Не понимают, почему (зачем?) нужно так интенсивно и тяжело учиться, записывать и выучивать наизусть огромное количество новых понятий, таблиц и классификаций. Тем более что в школе они были приучены не к конспектированию и чтению учебников, а к поиску информации в Интернете и выполнению тестовых заданий.

Таким образом, мы можем сформулировать основные причины, из-за которых возникают трудности в обучении у первокурсников:

- преобладает «клиповое» мышление;
- первокурсники не понимают сложный (сложно представленный) материал и не могут усваивать большие объемы информации;
- они быстро отвлекаются из-за «скучности» изложения или отсутствия игрового момента в обучении;
- неразвитые коммуникативные навыки, не умеют гово-

ритель и выступать с четкими структурированными докладами;

- они не умеют самостоятельно находить решения и организовать свое время для занятий, распределить временные и психические ресурсы в процессе обучения.

Однако необходимо отметить и преимущества современных первокурсников, которые следует учитывать преподавателям в процессе обучения:

- ярко выраженный индивидуализм и интеллектуальный потенциал;

- первокурсники легко ориентируются в мировых информационных ресурсах и быстро находят нужную информацию.

Сопоставив личный опыт общения со студентами 1 курса и результаты исследований этого вопроса специалистами - психологами мы предлагаем обратить внимание преподавателей ВУЗов на следующие рекомендации к учебно-воспитательной работе с первокурсниками:

- усиление института кураторства;

- психологическое сопровождение (как индивидуальное, так и групповое, усилить тренинговые формы работы со студентами);

- обеспечить широкую общеобразовательную подготовку, в том числе естественнонаучную и гуманитарную, призванную сформировать мировоззрение и заложить основы клинического мышления;

- обучение студента навыкам саморегуляции, самоорганизации, управлению временем и своими ресурсами;

- внедрение педагогических технологий по развитию критического мышления, вводить в обучение элементы соревновательности;

- внедрение интерактивных методов — дискуссия, мозговой штурм, проблемные лекции (возможно, с обсуждением через Интернет в режиме он-лайн);

- преподаватель должен формулировать задания таким образом, чтобы студент мог сам выделять в них подцели, задачи и планировать их реализацию;

- преподаватели должны преодолеть пассивность студентов путем повышения требовательности (в том числе и к себе).

Подводя итог сказанному, хочется еще раз отметить, что

вчерашие школьники, пришедшие в медицинский университет, сталкиваются с первыми реальными трудностями, к которым они не готовы, и новой задачей воспитательной работы в ВУЗе становится помощь современным студентам в процессе адаптации к академическим традициям медицинского образования.

Литература:

1. Абаев Ю.К. Формирование клинического мышления у студентов медицинского ВУЗа // *Здравоохранение: научно-практический ежемес-ячный журнал*. — 2008. — № 7. — С. 11.
2. Исаева Е.Р. Новое поколение студентов: психологические особенности, учебная мотивация и трудности в процессе обучения первого курса [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* — 2012. — №4 (15).
3. Концепция «Воспитание в системе непрерывного медицинского образования». // *Издательство Витебского государственного медицинского университета*. — 2003 г.

ПРОФИЛАКТИКА ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У МОЛОДЕЖИ

Н. М. Медвецкая

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

Как известно из практики учеба в университете предъявляет к молодежи высокие физические затраты и нервно-психические перегрузки, что часто отражается на их здоровье и отношении к жизненным ситуациям.

Несмотря на то, что в процессе работы со студентами преподаватели стремятся сформировать у них позитивные личностные, социальные, коммуникативные установки, устойчивость эмоциональных реакций, обучить их владению и применению на практике техник толерантного взаимодействия и техник конструктивного поведения в критических ситуациях, психика у некоторых не всегда справляется с трудностями

повсеместной жизни и этот факт влечет возникновение у них различной степени состояния тревожности.

С целью выявления состояния тревожности у студентов университета и причин их возникновения проведены тестирования общедоступными методиками анкетирования определение уровней общей тревожности, а также для более точных данных по шкале самооценке ситуативной (или реактивной) и личностной тревожности по Спилбергеру.

Основная часть. В исследованиях приняли участие студенты 3-х курсов факультета физической культуры и спорта (ФФКиС) в количестве 35 человек и студенты факультета социальной работы и психологии (ФСПиП) в таком же количестве.

Результаты и их обсуждения. Как выявили полученные результаты общий уровень тревожности студентов ФФКиС составил 15 баллов, причем в основном за счет среднего с тенденцией к низкому (49%), среднего с тенденцией к высокому (37%). Представляет интерес факт незначительных отличий в данной группе исследуемых (ФФКиС) от студентов ФСПиП с аналогичными уровнями.

В тоже время высокие уровни тревожности составили в первой группе (ФФКиС) только у 4 студентов в противоположность группе ФСПиП: у 15 человек и особенно в уровне очень высоком: 0% против 5%.

В этой связи были проанализированы результаты более детального исследования уровней ситуационной и личностной тревожности в обеих группах. Общий балл уровней ситуационной и личностной тревожности в обеих группах соответственно 41 и 42, что не наглядно отражает различия.

Выделение студентов-психологов в уровни по Спилбергеру (в %) отразило следующие закономерности: низкий — 10 и 15, средний — 71 и 79, высокий — 8 и 5. Уровней со сверхвысокой тревожностью получено не было.

Представляет научный интерес и тот факт, что при детальном исследовании студенты ФФКиС по Спилбергеру с низким уровнем тревожности составили 50%, средним — только 35%, высоким — 11%.

Нами проанализированы анкеты студентов ФФКиС с высо-

ким уровнем тревожности. В эту подгруппу вошли 2 студента и 2 студентки не регулярно занимающиеся физической культурой и спортом, склонные недооценивать свои возможности и способности, а также обладающие слабым типом высшей нервной деятельности, что позволило обратить внимание студентов на данный факт и рекомендовать им помощь психолога.

Как показывает практика, наиболее целесообразно использовать активные методы включения студентов в практическую деятельность, требующую знания, умения, навыки общения, убежденность, умение отстаивать свои позиции ненасильственным путем, использование социального проектирования и анализа в жизненных ситуациях.

ПРАВОВОЙ И МОРАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ АНАТОМИРОВАНИЯ ТЕЛ УМЕРШИХ ЛЮДЕЙ В БЕЛАРУСИ И РОССИИ

В. Г. Непокупная, А. К. Усович, И. П. Сидарчук

Академия управления при Президенте Республики Беларусь
УО «Витебский Государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

При подготовке врача изучение строения человека на анатомических препаратах не имеет альтернативы. Но вузы во многих странах испытывают недостаток анатомического материала для обучения студентов. Эта проблема порождена многими причинами, среди которых основными являются отсутствие правовой базы и негативное отношение людей к анатомированию в учебных целях тел умерших. Это сопряжено с религиозными и этическими взглядами людей, их не информированностью в гуманности конечной цели использования в учебном процессе анатомических препаратов [1].

За последние годы, как в Беларуси, так и в России появилось законодательство, являющееся правовой основой для осуществления учебного процесса с использованием анатомического материала. Несмотря на это, законодательная регла-

ментация использования биологических материалов для клинических, научных и учебных целей не полностью устраняет имеющиеся противоречия. Правовые, морально-этические и общемедицинские аспекты изъятия биологического материала и его использования для клинических, научных и учебных целей требуют дальнейшей разработки с последующими предложениями по усовершенствованию законодательства.

В Беларуси правовую основу использования анатомического материала в медицинских учреждениях образования для учебных и научных целей составляют нормативные правовые и иные правовые акты (закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 года № 2435-XII «О здравоохранении»; закон Республики Беларусь от 4 марта 1997 года № 28-3 «О трансплантации органов и тканей человека»; закон Республики Беларусь от 12 ноября 2001 года № 55-3 «О погребении и похоронном деле»; постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2002 г. № 27 «Об утверждении Положения о порядке и условиях совершения анатомического дара»; приказ Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы от 1 июля 1999 г. № 38-с «О нормативных правовых актах и методических документах Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы»; приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 1993 г. № 111 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы Республики Беларусь».

В белорусском законе «О здравоохранении» содержится статья об анатомическом даре [2]. В соответствии со ст. 47 указанного закона анатомическим даром признаётся распоряжение, выраженное физическим лицом в письменной форме, о добровольном согласии на передачу после смерти его тела в организацию здравоохранения или государственное учреждение, обеспечивающее получение медицинского (фармацевтического) образования и (или) повышение квалификации и переподготовку медицинских (фармацевтических) работников, для использования в учебном процессе и научных исследованиях. В России в настоящее время юридического определения понятия «анатомический дар» не существует. Вместе с тем, впервые на законодательном уровне в феде-

ральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 68, вступившей в силу с 1 января 2012 года, предусмотрена возможность использования тела, органов и тканей умершего человека в медицинских, научных и учебных целях в случаях наличия письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, а также возможность такого использования в случае, если тело не востребовано после смерти человека членами его семьи, близкими родственниками, законным представителем или иным лицом в целях его погребения [3]. В отличие от норм белорусского законодательства, федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» волеизъявление гражданина кроме оформления в письменной форме должно быть нотариально удостоверено.

В Беларуси порядок и условия совершения анатомического дара урегулированы на законодательном уровне. В развитие указанной ранее статьи об анатомическом даре в Законе «О здравоохранении» постановлением Министерства здравоохранения еще в 2002 году была утверждена Инструкция о порядке и условиях совершения анатомического дара [4]. Инструкция чётко регламентирует все этапы от получения тела умершего до погребения его останков после использования в учебных и научных целях. Но при кажущейся чёткой регламентации всех этапов передачи трупов существуют нюансы, которые в некоторых случаях могут эту юридическую базу сделать не работающей. Ведь завещать своё тело после смерти гражданин может, находясь в здравом уме. За нотариальное заверение он должен заплатить госпошину. То есть за то, что себя дарю, я же должен заплатить. Такое жертвоприношение не в менталитете жителей постсоветских государств. При этом о факте смерти завещателя анатомический институт может и не узнать, так в наших странах не отработана система всеохватывающей юридической службы, когда без юриста с завещанием родственники не могут ничего сделать с трупом умершего. Образовательное учреждение, получающее тело умершего для анатомирования, гарантирует выполнение следующих обязательств:

1. Оформление в органах ЗАГСа свидетельств о смерти на основании выданных в ЛПУ врачебных свидетельств о смерти и имеющегося документа, удостоверяющего личность умершего.

2. Обеспечение кремации трупов после использования в учебном процессе или научной работе (через специализированное производственно-бытовое государственное предприятие).

3. Беспрепятственную выдачу переданного тела умершего родственникам, появившимся в результате длительного розыска, или в тех случаях, когда близкие изменили своё первоначальное решение об отказе от погребения.

Все существующие в Беларуси и России нормативно-правовые акты по данному вопросу зачастую не работают по субъективным причинам. Это менталитет самого гражданина (потенциального донора тела), желание или нежелание патологоанатома или судебного эксперта, производящего исследование трупа, родственников или иных законных представителей умершего. Вопросы правового обеспечения работы с анатомическим материалом как в Беларуси, так и в России нуждаются в детальной проработке для совершенствования качества образовательного процесса в медицинских вузах.

Литература:

1. Денисов С. Д. Анатомирование тел умерших: религиозный аспект / С. Д. Денисов, С. П. Ярошевич // Аспекты клинической анатомии и вопросы конституциональной, возрастной и экспериментальной морфологии // Сб. тр. науч. конф. — Гродно: ГГМУ. 2003. — С. 51–53.

2. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 года № 2435-XII «О здравоохранении». // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». — Минск, 2012.

3. Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». // Интернет-версия Консультант Плюс www.consultant.ru.

4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2002 г. № 27 «Об утверждении Положения о порядке и условиях совершения анатомического дара». // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». — Минск, 2012.

II. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*Е. А. Харитоновна, А. С. Метелица, каф. управления
и технологий образования*

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

Актуальность исследования. Употребление психоактивных веществ, включая наркотические вещества, является на сегодняшний день одной из наиболее остро стоящих перед обществом проблем. Ведущее место в снижении числа наркоманов занимает профилактика наркотической зависимости.

Цель исследования. Разработка принципов, форм и методов работы, направленных на устранение условий возникновения психической зависимости.

В процессе исследования использовались следующие *методы*: теоретические (анализ данных смежных дисциплин); организационные: сравнительный анализ данных; эмпирические: наблюдение, экспериментальное исследование; биографические (изучение документации); аналитико-интерпретационные: количественно-качественный анализ результатов исследования.

Результаты исследования. В медицинской литературе принято говорить о трех синдромах, которые являются показателями наркотической зависимости: синдром измененной активности (наблюдается повышение толерантности, исчезновение защитных реакций организма, а также изменение формы опьянения); синдром психической зависимости (обсессивное влечение и комфорт в состоянии интоксикации); синдром физической зависимости (наблюдаются в первую очередь компульсивное влечение и абстинентный синдром) [2].

В зависимости от того, как долго принимается наркотический препарат, а также от его вида такие синдромы будут проявляться в разной степени. Чем дольше употребляет наркотический препарат индивид, тем сильнее будут проявляться все три синдрома. Важно отметить, что сначала появляется изменение реакции организма на наркотический препарат, и только после этого появляется физическая зависимость. Также характерными показателями, а также и следствием уже развившейся зависимости от психоактивных препаратов являются стабильные изменения личности и часто повторяющиеся острые психозы, например, белая горячка, или алкогольный делирий [1, 2, 4].

К характерным чертам психозов и изменений личности относятся:

- сужение сферы интересов, полная утраты воли, преобладание инстинктов и огрубление эмоциональной жизни;
- соматические симптомы, которые указывают на болезни в других органах;
- утрата ответственности за свои поступки и слова;
- поведение становится крайне развязанным и грубым и при этом индивид настойчиво утверждает о своей невинности;
- судорожные припадки при острых состояниях;
- повторяющиеся состояния помраченного сознания, которое сопровождается обманами восприятия, страхом и различными явлениями дезориентации.

Главная отличительная черта профилактики наркотической зависимости — разъяснение подросткам не столько медицинских последствий употребления ПАВ, о которых подростки в общих чертах осведомлены, сколько последствий социальных. Для подростков особенно актуально мнение не медицинских экспертов, но их возрастного окружения, являющегося референтной группой в этот период.

С психолого-педагогической точки зрения все факторы наркомании разделяются на факторы среды (объективные) — социально-психологические и факторы личности подростка (субъективные) — психологические. Соответственно в вопросах профилактики наркотической зависимости выделяются

также два основных направления: во-первых, работа со средой обитания подростка (выделение факторов риска и их нейтрализация); во-вторых, работа с личностью подростка: воспитание и развитие устойчивости к неблагоприятным социально-психологическим факторам и воздействиям.

Среди профилактических задач можно выделить две основные: 1) проведение специфической профилактики, направленной на борьбу с вредными привычками; 2) неспецифическую профилактику, ориентированную на отработку навыков общения, умение слушать собеседника, отстаивать собственное мнение, формирование адекватной самооценки подростка и др. [3, 4].

Этапом профилактической деятельности является диагностика личностных особенностей, которые могут оказать влияние на формирование аддиктивного поведения (повышенная тревожность, низкая стрессоустойчивость, неустойчивая я-концепция, низкий уровень интернальности, неспособность к эмпатии, некоммуникабельность, повышенный эгоцентризм, низкое восприятие социальной поддержки, стратегия избегания при преодолении стрессовых ситуаций, направленность на поиск ощущений и др.), а также получение информации о положении ребенка в семье, о характере семейных взаимоотношений, о составе семьи, о его увлечениях и способностях, о его друзьях и других возможных референтных группах.

В решении проблемы ранней наркотизации на помощь приходит литература: русская и зарубежная, авторы художественных произведений, являющиеся авторитетами для школьников. Рассказ «Морфий» М. А. Булгакова намного эффективнее душевспасительных «плановых бесед» о вреде наркотиков, потому что представляет собой пронзительную исповедь писателя, врача по профессии, который сам был на волосок от гибели. Система работы по этому произведению может выглядеть так: интерактивный опрос об отношении к людям, употребляющим наркотики; актуализация проблемы и раскрытие основных идей рассказа «Морфий»; коллективная исследовательская работа «Самый острый эпизод в жизни М. А. Булгакова до 1919 года»; педагогический аквариум «Изо-

бражение человеческих страданий Булгаковым в рассказе "Морфий"; интерактивный опрос, позволяющий получить картину образовательных эффектов; разработка и создание учебного проекта «Молодежный сайт "Стоит подумать!!!"».

Работа с современными подростками и молодежью требует знания культуры и субкультуры современной молодежи. Это может выступить эффективным средством групповой и индивидуальной диагностики и организации конкретных форм профилактической и воспитательной работы.

Эффективным методом профилактической работы являются тренинговые занятия с элементами коррекции отдельных личностных особенностей и форм поведения, включающие формирование и развитие навыков работы над собой.

Полноценная профилактика наркотической зависимости невозможна без участия средств массовой информации. На представителей этой мощной индустрии должна быть возложена моральная ответственность за качество информационной продукции и за ее содержание.

Важно, какие образцы поведения предлагает общество. В общественной жизни большую роль может играть система психологической и социальной поддержки подростков, обеспечивающая помощь молодому поколению в становлении, в здоровом удовлетворении потребностей.

Неоценимый вклад в профилактику наркотической зависимости может внести культура религиозных чувств, если она ориентирована не на уход от реальности бренного мира, а, напротив, наделяет человека высшей духовной и нравственной силой для противостояния трудностям.

Выводы. Существенный прогресс в области профилактики наркомании обеспечивается разработкой подходов, сфокусированных на психосоциальных факторах, содействующих началу наркотизации.

Литература:

1. Березин С. В. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография / С. В. Березин, К. С. Лисецкий, Е. А. Назаров. — М.: МПА, 2001.

2. Боголюбова Т. А. Наркотизм в России. Состояние и меры борьбы / Т. А. Боголюбова // Состояние и тенденции насильственной преступности в Российской Федерации. — М., 1993.

3. Леонова А. Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте: Учебно-методическое пособие / А. Г. Леонова, Н. А. Бочкарёва. — Новосибирск: Новосибирский медицинский институт, 1998.

4. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами и борьба с ними / Под ред. М. Госсон, М. Грант. — М.: Медицина, 1993. — С. 32.

ЗАНЯТИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК

Р. И. Фидельская, И. И. Ефременко

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

Здоровье — это сложное интегральное образование, включающее не только физические, биохимические и физиологические характеристики, но также психологические, социальные, духовные, экологические и другие составляющие. Здоровье — это еще способность самого человека к устойчивой гармонии тела и духа, физического и психического, внутреннего и внешнего, личности и общества. Продолжает сохраняться негативная динамика состояния здоровья подрастающего поколения. От первого к выпускному классу школ количество учащихся с отклонениями в состоянии здоровья увеличивается более чем в 5 раз. Только 7–15% выпускников школы остаются практически здоровыми, почти у половины из них отмечаются морфофункциональные отклонения и около 40% выпускников имеют хронические заболевания. Заболеваемость алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, к сожалению, имеет тенденцию к неуклонному росту. К службе в армии не пригодны 50–70% призывников. Показатели заболеваемости студентов в Республике Беларусь не снижаются

на протяжении ряда лет и находятся, по данным ряда авторов, в пределах 45–70%.

На протяжении ряда лет мы исследуем причины распространения вредных привычек и наркомании среди студенческой молодежи.

Цель. Изучение отношения к вредным привычкам и знание последствий их в студенческой среде. С этой целью проводится анонимное анкетирование студентов. В данном исследовании приняли участие студенты третьего курса дневного (58 человек) отделения факультета физической культуры и спорта Витебского государственного университета.

Результаты исследования. Большинство респондентов (96%) знают об опасности развития наркомании, алкоголизма и табакокурения. Студенты, будущие учителя физической культуры, изучают различные медико-биологические дисциплины (биохимия, физиология, гигиена, спортивная медицина и др.), поэтому глубоко понимают последствия вредных привычек. Студенты, которые активно занимаются спортом, не пьют и не курят (32%). Свои знания и убеждения они (89%) готовы нести подросткам, проводить профилактическую работу.

Выводы:

1. Необходимо повышать вовлеченность подростков в физкультурно-спортивную деятельность.

2. Привлекать студентов факультета физической культуры и спорта к антинаркотической пропаганде, борьбе с вредными привычками, так как они наиболее часто общаются с подростками и молодежью в спортивных секциях, туристических походах, спортивно-оздоровительных лагерях и у большинства из них сформирована мотивация к здоровому образу жизни.

3. Формирование у подростков понимания того, что потребность в движении, занятия физической культурой и спортом является одной из важнейших для нормального физического развития и ухода от вредных привычек.

Литература:

1. Лебедева Н. Т., Лебедев В. М. Сохранение и формирование здоровья подрастающего поколения — стратегия XXI века // Физическое

воспитание и современные проблемы формирования и сохранения здоровья молодежи. Материалы международной научной конференции. — Гродно, 2001.

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

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

УО «Витебский государственный университет

им. П. М. Машерова»

г. Витебск (Беларусь)

Масштабы и темпы распространения алкоголизма в стране таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи.

Распространение алкоголизма в молодежной среде является одной из самых тревожных и опасных социальных проблем нашего времени. По статистическим данным, до 80% взрослых, больных алкоголизмом, начали злоупотреблять алкоголем именно в подростковом возрасте. Эта возрастная категория детей и составляет группу риска. Алкоголизм у детей развивается намного быстрее, чем у взрослых, и по своим последствиям он гораздо тяжелее.

Целью нашей работы явилось изучение частоты потребления алкоголя студентов г. Витебска.

Было проведено анонимное анкетирование студентов 3 курса факультета социальной педагогики и психологии УО «ВГУ им. П. М. Машерова».

Таблица 1

Частота употребления алкоголя в 2010 и 2012 гг. (в процентах от числа ответивших)

	Пробовали всего	Пробовал 1-2 раза	Пробовал несколько раз	Употреблял свыше 10 раз, но не регулярно	Употребляю регулярно
2010 г.	71,3	1,4	11,9	48,0	10,0
2012 г.	86,3	7,6	18,8	50,0	9,9

Всего сейчас алкоголь употребляет 86,3% молодых людей, что несколько больше чем в 2010 г. — 71,3%. В табл. 1 представлены данные, иллюстрирующие частоту употребления алкоголя студентами в 2010 и 2012 гг. Хорошо видно, что увеличение количества потребителей алкоголя произошло за счёт тех, кто употреблял его эпизодически — 1–2 или несколько раз, в то время как процент употребляющих алкоголь часто или регулярно вырос незначительно.

Между юношами и девушками, употребляющими алкоголь, есть некоторые различия (табл. 2). Так, всего употребляли алкоголь 84,9% юношей и 87,5% девушек. Кроме того, среди юношей меньшее количество, чем среди девушек, употребляет алкоголь, но более регулярно, а среди девушек — больший процент, чем среди юношей, употребляет алкоголь, но с меньшей регулярностью.

Таблица 2

**Частота употребления алкоголя юношами и девушками в 2012 г.
(в процентах от числа ответивших)**

	Пробовали всего	Пробовал 1-2 раза	Пробовал несколько раз	Употреблял свыше 10 раз, но не регулярно	Употребляю регулярно
Юноши	84,9	6,7	16,9	46,3	15,0
Девушки	87,5	8,4	20,4	53,1	5,5

Таким образом, можно утверждать, что молодёжь разного пола руководствуется при реализации аддиктивного (зависимого) поведения в отношении алкоголя различными способами употребления. В целом девушкам более свойственно останавливаться на этапе проб или эпизодическом потреблении, а юношам более свойственно регулярное потребление аддиктивных веществ.

Литература:

1. Белогуров С. Б. Популярно об алкоголе и алкоголиках. — С-Пб., 2005. — с. 56–58.

ПОТРЕБНОСТЬ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

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

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

Как известно, профилактика алкоголизма представляет собой комплекс мер, направленных на ослабление влияния алкоголя на население и его отдельные группы. Профилактика осуществляется посредством выявления и устранения условий и причин алкоголизма. Выделяют медицинскую, правовую и социальную профилактики. Социальная профилактика, в свою очередь, подразделяется на первичную, вторичную и третичную.

Первичная социальная профилактика охватывает процесс формирования в обществе, в регионах негативного отношения к употреблению алкоголя, установок населения на здоровый образ жизни.

Вторичная социальная профилактика предусматривает работу с группами риска (лицами, склонными к употреблению алкоголя, совершению правонарушений).

Третичная социальная профилактика предполагает проведение работ по ресоциализации (возвращение в нормальное общество) алкоголиков, а также с индивидами, которые совершили правонарушения, связанные с алкоголем.

Проведение первичной профилактики, которая не связана с большими материальными, финансовыми затратами, зависит от отношения сообщества к потребителю алкоголя как к личности.

Профилактика алкогольной зависимости начинается с формирования у молодёжи потребности в ней.

В этой связи *целью* нашей работы явилось проследить динамику потребности в профилактике алкоголизма у студентов факультета социальной педагогики и психологии УО «ВГУ им. П.М. Машерова» на протяжении последних лет (табл.1).

Таблица 1

Потребность молодых людей в беседах, разъяснениях о вреде алкоголя как форме первичной профилактики (%)

Нужны ли молодым людям беседы, разъяснения о вреде алкоголя?	2010 г.	2011 г.	2012г.
Да	64	69	68
Скорее да, чем нет	23	19	20
Затруднилось ответить	7	6	5
Скорее нет, чем да	4	3	4
Нет	2	3	3

Мы видим, что мнение подростков о необходимости профилактики аддиктивного поведения в 2012г. по сравнению с 2011 и 2010 гг. изменилось незначительно. Однако если обратиться к ретроспективным данным, в 90-х гг. 73% молодых людей считали профилактику алкогольной зависимости ненужной, в 2000 г. их количество составляло 42%, а в настоящее время лишь 7%.

Литература:

1. Бузунова Л. Г. Психологические факторы формирования личности подростка, употребляющего алкоголь//Социально-психологические аспекты профилактики нарко- и алкогольной зависимости среди детей, подростков и молодежи: опыт и перспективы. Тез. докл. Рос. научно-практич. конф. — Кемерово 1998. — С. 45–46.
2. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. — М., 2009. — С. 274.

АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ ШКОЛЬНИКАМИ ФАКТОРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ, НА ПРИМЕРЕ ТЕСТИРОВАНИЯ УЧАЩИХСЯ 5-Х КЛАССОВ ГИМНАЗИИ №34 Г. ОРЛА

Т. А. Ампилогова, зам. директора по УВР,
Ю. В. Алферова, директор гимназии №34,
Д. В. Ампилогов, педагог доп. образования
(г. Орел, Россия)

М. Н. Нурбаева, канд. мед. наук, доцент
УО «Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Вопрос сохранения и укрепления здоровья детей всегда стоит на одном из первых мест в процессе обучения в современной школе и анализ влияния совокупности факторов риска и оздоровительных факторов на здоровье школьников является актуальным и требует особого внимания.

Целью нашего исследования было изучить, как сами школьники, учащиеся 5-х классов гимназии №34 г. Орла, оценивают свое отношение к своему здоровью и влияние на их здоровье факторов, связанных с обучением. Гимназия имеет спортивно-оздоровительный профиль и много часов дополнительного образования отводится для различных спортивных кружковых занятий (спортивное ориентирование, скалолазание — есть свой скалодром, и др.) Мы провели анкетирование, в котором участвовал 131 ученик, из них 39 девочек, 51 мальчик и 41 респондент пожелали остаться анонимными (мы выделили их в отдельную группу).

Мы выяснили, что в группе девочек свое питание, как правильное, оценивают 59%, в группе мальчиков — 65%, а в группе анонимных респондентов — 43% опрошенных.

Оздоровительной гимнастикой занимается 74,3% девочек, 74,5 мальчиков и 73,2% анонимных респондентов.

Считают, что двигаются достаточно, 82% девочек, 80,4% мальчиков и 80,5% опрошенных анонимно.

На вопрос: «Бывает, что ты куришь?» отрицательно ответили все девочки, среди мальчиков покуривает 1, а среди тех, кто решил остаться анонимным, — 3 ученика.

Мы исследовали, как родители заботятся о сохранении осанки своих детей, и выяснили, что 82% девочек, 60,8% мальчиков и 44% анонимных респондентов ходят в школу с ранцами.

61,5% девочек 66,6% мальчиков и 44% анонимных респондентов считают, что школа помогает им заботиться об их здоровье; около 15,5% девочек и мальчиков и 44% детей из третьей группы ответили «нет»; 23,1%, 17,7% и 12% соответственно затруднились ответить на этот вопрос.

При оценке своего состояния на уроках 46,1% девочек охарактеризовали его как «заинтересованность», 17,9% как «сосредоточенность»; однако 17,9% оценили его как «волнение, беспокойство» и 10,2% как «усталость, утомление», 10,2% не смогли оценить свое состояние.

У мальчиков соответственно: 37,2%; 21,6%; 17,6%; 17,6% и 6%, а один ребенок оценил его как «безразличие».

Среди анонимных респондентов соответственно: 26,%; 29,3%; 4,9%; 19,5%; 7,3% и 12,2% оценили его как «безразличие».

На просьбу оценить, как обстановка в школе влияет на их здоровье, 33,3% девочек, 41,2% мальчиков и 24,4% анонимных респондентов ответили «хорошо»; соответственно: 33,3%; 39,2% и 31,7% ответили, что «заметного влияния нет»; 28,2% девочек, 11,8% мальчиков и 14,6% анонимных респондентов затруднились с ответом, а 2,5% девочек, 5,9% мальчиков и 17% анонимных респондентов ответили «плохо».

Таким образом, из 131 школьника положительно оценили свое отношение к своему здоровью 80,9%; свое состояние в школе положительными характеристиками оценили 59,5% учащихся; отрицательными характеристиками — 34,3%; затруднились ответить — 6,2%. Влияние обстановки в школе «положительно» оценили 41,2% учащихся; «без заметного влияния» — 35,1%; «отрицательно» — 8,4%; 15,3% затруднились с ответом.

Выводы:

1. Проведение таких опросов фокусирует внимание учащихся на более осознанное отношение к своему здоровью.

2. Учителя и воспитатели получают возможность выявить детей с отрицательными ощущениями, связанными с занятиями в школе, и своевременно внести коррекцию.

3. Указывает на необходимость сделать акценты на положительные моменты влияния обстановки в школе на здоровье детей.

4. Высокая степень охвата школьников оздоровительной гимнастикой связана со спортивно-оздоровительным профилем гимназии, широкими возможностями выбора кружка для занятий, любовью педагогов дополнительного образования.

ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ЮНОШАМИ ИЗ СРЕДЫ КИТАЙСКОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

М. Н. Нурбаева, канд. мед. наук, доцент
Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова
г. Витебск (Беларусь)

Чжан Минь, студентка III курса ФЛФ
Провинция Хух-Хот (Китай);

Л. Я. Ермолова, врач
Областная клиническая больница
г. Витебск (Беларусь)

Главная человеческая ценность — культура здоровья. Это приоритетное направление деятельности нашего государства. А здоровье немислимо, если человек употребляет алкоголь. В современном обществе употребление алкогольных напитков очень распространено. Это особенно заметно в молодежной среде, самой уязвимой части общества в плане возможности формирования патологического влечения к алкоголю. Кроме того, именно в молодости закладываются основы отношения к спиртным напиткам.

Целью нашей работы было выяснить, как относятся к алкоголю юноши-студенты из Китая. Проведено анонимное анкетирование 64 студентов обучающихся в университете имени П. М. Машерова. Возраст анкетированных составил: 20 лет — 3,2%, 21 год — 6,5%, 22 года — 32,2%, 23 года — 41,9%, 24 года — 9,7%, 25 лет — 6,5%.

80,6% студентов окончили школу в городе, 12,9% — в районных центрах, 6,5% — в сельской местности.

46,6% студентов знают, что алкоголь вреден; 53,2% считают, что вредно только употребление большого количества алкоголя и 3,1%, что вреден только некачественный алкоголь; а 3,1% считают, что алкоголь не вреден для здоровья.

Юноши предпочитают следующие алкогольные напитки: пиво — 43,8%, вино — 40,6%, водка — 15,6%, ликеры и шампанское — 9,4% и только 12,5% не любят спиртного. Однако на вопрос «Употребляете ли вы указанные спиртные напитки?» мы получили следующие ответы: пиво употребляет 71%, иногда — 6,5%, нет — 22,5%; вино употребляет 74,2%, иногда — 6,5%, нет — 19,35%; водку употребляет 67,7%, иногда — 6,5%, нет — 25,8%.

Мы попытались выяснить при каких обстоятельствах респонденты впервые попробовали алкоголь. 56,2% ответили, что с родителями дома во время праздничных застолий, 6,3% — в компании взрослых знакомых, а 34,4% — в компании сверстников, чтобы не отставать от других, 3,1% ответили, что «просто было скучно».

После первого употребления алкоголя 40,6% студентов почувствовали приподнятое настроение, у 40,0% самочувствие ухудшилось, у 12,5% появилось головокружение и головная боль, у 9,4% тошнота и рвота, а 12,5% никаких изменений не ощутили.

Анализируя анкеты, мы выяснили, что 12,5% респондентов употребляли спиртные напитки 2–3 раза в неделю; 9,4% — один раз в неделю; 78,1% — один раз в месяц и реже; студентов, не употребляющих алкоголь — нет.

Каковы мотивы у молодых людей к употреблению спиртных напитков?

3,1% юношей пьют, чтобы подражать взрослым на празд-

ники и в дни рождения, 6,3% — для устранения нерешительности и стеснительности, 56,3% — с целью хорошего общения в компании, 25,0% пьют, чтобы улучшить настроение, а 9,4% пьют, чтобы получить удовольствие. Эти две последние группы представляют собой людей, зависимых от алкоголя. Самая критическая группа те, кто употребляет алкоголь вообще без особой причины — 25,0%.

В среднем за вечер выпивают:

- водка: 0,25 литра — 3,1%; 0,5 л — 15,6%; 1 л — 6,3%;
- шампанское: 0,5 литра — 6,3%;
- вино: 0,5 литра — 9,4%;
- пиво: 0,5 литра — 6,3%; 1 л — 25,0%; 1,5–3 л — 6,3%.

Мы попытались выяснить, в каком возрасте респонденты впервые попробовали алкоголь. Оказалось, 18,7% — от 7 до 10 лет, 6,3% — с 10 до 12 лет, 75,0% — с 12 до 15 лет.

Прием алкоголя сопровождается следующими признаками похмелья: у 62,5% утром бывает общее недомогание и головная боль, у 9,4% — тошнота и рвота, у 3,1% — дрожь в руках и ногах, у 28,1% таких ощущений не бывает.

Для предупреждения похмелья 18,8% не пьют много, 37,5% пьют разбавленные напитки, 46,9% закусывают большим количеством мясных продуктов, 9,4% используют лекарственные препараты.

От утреннего похмелья 21,9% юношей избавляются от него длительным сном, 50,0% «выгоняют» алкоголь большим количеством соков и рассолов, 9,4% выпивают пива или немного водки, 25,0% не опохмеляются.

Нам было интересно выяснить, как относятся к алкоголю родители наших студентов, и выяснилось, что 9,4% пьют чаще 1 раза в неделю; 9,4% — 1 раз в неделю; 71,8% — 1 раз в месяц и реже; 9,4% — не употребляют алкоголь. Когда мы сравнили эти данные с теми, которые отражают кратность употребления алкоголя студентами, то оказалось, что 2–3 раза в неделю родители пьют на 3,1% меньше детей; 1 раз в неделю — одинаково; 1 раз в месяц родителей на 6,3% меньше употребляющих алкоголь, чем студентов. Среди родителей присутствует 9,4% не употребляющих спиртные напитки, в то время когда среди студентов таковых нет.

Респонденты должны были внести предложения о мерах, необходимых для уменьшения употребления алкоголя в обществе. 50,0% предложили уменьшить продажу алкоголя; 9,4% — повысить цену на спиртное; 31,2% решили, что следует оставить все как есть; 9,4% не знают, что можно предпринять.

Выводы:

1. Употребление спиртных напитков юношами-студентами — явление распространенное. Поэтому необходимо проводить работу со студентами по формированию здорового образа жизни.

2. Не у всех юношей-студентов есть четкие знания о вреде алкоголя для организма человека в любом виде и в любом количестве. В связи с чем, необходимо регулярно проводить разъяснительную работу о вреде алкоголя.

IV. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Е. П. Боброва, О. Н. Малах

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

В настоящее время заболевания органов дыхания занимают четвертое место в структуре основных причин смертности населения, а их «вклад» в снижение трудоспособности и инвалидизацию населения еще более значителен [1].

Положительно влияет на больных бронхиальной астмой (БА) горный климат, что обусловлено чистотой воздуха, пониженной влажностью, пониженным барометрическим давлением и парциальным давлением кислорода, что способствует более глубокому дыханию. Имитация горных условий в барокамерах также способствует улучшению состояния больных.

Метод гипобаротерапии, основанный на адаптации организма к пониженному атмосферному давлению и сниженному содержанию кислорода, относится к технологиям адаптационной медицины, которые получили развитие в Республике Беларусь в последние десять лет [2]. Установлена тесная связь компенсаторно-приспособительных процессов, обеспечивающих неспецифическую резистентность организма, с устойчивостью его к разнообразным экстремальным воздействиям. Повышение неспецифической резистентности организма, развивающейся при адаптации к гипоксии, может играть важную роль в профилактике и лечении ряда заболева-

ний (в том числе и БА), а также повышению устойчивости к неблагоприятным факторам внешней среды. Современные научные данные свидетельствуют о преимущественно положительном влиянии условий низкогорья и среднегорья на человека [3].

В связи с этим целью нашей работы было изучение влияния гипобарической гипоксии на функции внешнего дыхания больных БА.

Материал и методы исследования: в эксперименте участвовали 38 больных БА (20 женщин и 18 мужчин). Средний возраст обследуемых БА составил $45,42 \pm 1,94$ года: у мужчин — $40,67 \pm 2,95$, у женщин $49,70 \pm 2,20$. Адаптация человека к воздействию гипобарической гипоксии осуществлялась в барокамере на базе Республиканского липидного лечебно-диагностического центра метаболической терапии. Проводили спирометрию до гипобароадаптации (ГБТ), после чего осуществляли «ступенчатый» подъем в барокамере на высоту 1000, 2000 и 3500 м над уровнем моря. На высотах также исследовали показатели внешнего дыхания.

Результаты исследования: при подъеме больных БА на высоту 3500 м над уровнем моря нами было выявлено, что лица, у которых на равнинных условиях наблюдаются признаки бронхоспазма на высоте, отмечают значительное улучшение состояния, исчезновение одышки, хрипов в легких. Происходило достоверное увеличение у больных бронхиальной астмой ЖЕЛ на 3,4% ($p < 0,05$), ДО на 18,6% ($p < 0,05$), ФЖЕЛ на 16,7% ($p < 0,01$), ОФВ1 на 13,4% ($p < 0,05$), ИТ на 21,6% ($p < 0,01$), ПОС вы на 4,5% ($p < 0,05$), МОС25 на 6,4% ($p < 0,05$), МОС50 на 9,0% ($p < 0,05$), МОС75 на 11,4% ($p < 0,05$), МВЛ на 4,3% ($p < 0,05$), у женщин, больных БА — ЖЕЛ на 5,6% ($p < 0,05$), ДО на 18,1% ($p < 0,05$), ФЖЕЛ на 31,3% ($p < 0,001$), ОФВ1 на 21,3% ($p < 0,01$), ИТ на 38,4% ($p < 0,01$), МОС50 на 5,0% ($p < 0,05$), МВЛ на 8,1% ($p < 0,05$), у мужчин, больных БА — ДО на 33,0% ($p < 0,01$), ОФВ1 на 4,7% ($p < 0,05$), МОС50 на 13,7% ($p < 0,05$), МОС75 на 22,4% ($p < 0,05$) по сравнению с равниной.

Выводы: анализ полученных результатов выявил, что первые изменения показателей внешнего дыхания отмечались у

больных БА уже на высоте 1000 м над уровнем моря. Несмотря на то, что многие клиницисты считают, что высота до 2000 м является индифферентной для большинства здоровых людей [4]. Улучшение функционального состояния у больных БА наступает уже после первого сеанса баротерапии. Эти изменения связаны с пребыванием организма в оптимальных климатических условиях для больных бронхиальной астмой. Следует отметить, что пониженному атмосферному давлению соответствуют высоты уже начиная с 1000 м над уровнем моря (674 мм.рт.ст.), на высоте 2000 м (596 мм.рт.ст.), на высоте 3500 м 493 мм.рт.ст. Кроме этого, в барокамере сохранялась стабильная температура воздуха (18°C) и относительная влажность около 40–50%. По нашим данным, после однократного подъема улучшается состояние больных БА, т.к. они попадают в благоприятные для них условия пониженного давления и влажности. В условиях искусственно смоделированного горного климата у больных бронхиальной астмой улучшается бронхолегочная проходимость.

Литература:

1. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких / К. Баур, А. Прейссер, пер. с нем. — Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 192.
2. Булахов А. Н. Состояние бронхолегочного аппарата человека при гипобарической гипоксии и адаптации к ней / А. Н. Булахов [и др.] // Физиол. журн. — 2003. — Т.49. — № 2. — С. 53–57.
3. Гипоксия. Адаптация, патогенез, клиника / под общ.ред. Ю. Л. Шевченко. — СПб.: ООО «Элби-СПб», 2000. — С. 384.
4. Доценко Э. А. Биоклиматология и экология бронхиальной астмы: абиотические факторы / Э. А. Доценко, И. М. Прищепа. — Витебск: Изд-во ВГУ им. П.М. Машерова, 2001. — С. 353.
5. Введение в оротерапию / В. А. Березовский, М. И. Левашов. — Изд-во Академии проблем гипоксии РФ, 2000. — С. 76.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: МЕДИЦИНСКАЯ И ДУХОВНАЯ ОЦЕНКА

А. М. Литвяков, д.м.н., профессор; А. В. Сергиевич, аспирант

Кафедра госпитальной терапии

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Псориаз — распространенный, наследственный, гетерогенный, гиперпролиферативный, папулосквамозный, воспалительный, Т-клеточный, преимущественно с генетической детерминантой аутоиммунных реакций, хронический дерматоз с доброкачественной гиперпролиферацией эпителиоцитов, нарушением их дифференциации и кератинезации, а также патологией органов и систем.

В подавляющем большинстве исследований распространенность псориаза оценивается в среднем в 2–5% со значительными колебаниями в зависимости от климатогеографического региона. Эта болезнь чаще всего возникает у молодых людей в возрасте 15–25 лет, однако может проявляться и в более старшем возрасте.

Псориаз может иметь системные эффекты: вовлечение, например, почек, глаз и суставов и приводить к амилоидозу.

Псориатический артрит (ПА) — хронический воспалительный асимметричный олигоартрит или полиартрит, с вовлечением позвоночника и энтезов, обычно ассоциирующееся с псориазом, относится к группе серонегативных HLA-B27-ассоциированных спондилоартропатий.

Данные о частоте встречаемости псориатического артрита среди больных псориазом широко варьируются — от 7 до 30 % и более, что связано с особенностями исследований, а также отсутствием в течение длительного времени единых диагностических критериев. В общей популяции псориатический артрит встречается у 0,06–1,4% населения. Наиболее часто заболевание начинается в возрасте от 20 до 50 лет. Мужчины и женщины заболевают одинаково часто.

На жизнь пациентов с псориазом значительно влияет тяжесть заболевания, но даже люди с умеренной активностью болезни могут показать существенное ухудшение качества жизни связанного со здоровьем. Качество жизни пациентов с псориазом сопоставимо с качеством жизни пациентов с раком, диабетом, инфарктом миокарда и артериальной гипертензией. Влияние псориаза охватывает физическое, социальное и психологическое благополучие. Исследования показали, что степень инвалидности не всегда связывается с клинической тяжестью заболевания. У псориаза есть глубокое психологическое воздействие на повседневную жизнь пациентов: боль и зуд, вместе с беспокойством о кожных проявлениях могут вызывать напряжение, беспокойство. Пациенты могут чувствовать себя заклеятыми их болезнью, часто беспокоятся и имеют проблемы, связанные с гневом беспомощностью и сниженной самооценкой, нарушением сна, потерей веса. Псориаз характеризуется увеличенным риском развития депрессии, нарушения половой функции, суицидальными мыслями. Хотя псориаз и не опасен для жизни, он имеет социальное значение для пациентов: дефицит и ограничения в социальном функционировании, ограничения активности работы, социальная изоляция, финансовые затраты на лечение. Из-за болезни возникают дополнительные трудности, которые мешают справляться с обстоятельствами и ключевыми событиями жизни, что может усилить психологические, поведенческие и физические эффекты болезни, приводя к усилению социального разъединения и неудачам в карьере. Отрицательное влияние на качество жизни оказывают как псориаз, так и артрит. Пациенты испытывают серьезные психологические и физические трудности не только из-за обширного поражения кожи, но и в связи с вынужденным ограничением повседневной активности в результате артрита.

Псориаз также связан с несколькими сопутствующими патологиями. По сравнению с общей популяцией у пациентов с псориазом есть больший риск ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта, диабета, артериальной гипертензии, гиперлипидемии, ожирения, более распространено курение, алкоголизм. При псориазическом артрите вы-

явлено повышение смертности по сравнению с общей популяцией.

У пациентов с псориазом возникает множество трудностей в связи с хронической болезнью: назначение длительного лечения, потребность в симптоматическом лечении, негативный косметический эффект болезни, влияние на чувство собственного достоинства и возможность ведения нормальной жизни.

Кроме того, члены семьи пациентов с псориазом испытывают широкий диапазон пагубных психологических и социальных влияний на их жизнь из-за изменения образа жизни, межличностных отношений, финансовых проблем, семейной активности, сна и проблем, связанных с практической заботой о пациентах.

Целью исследования является изучение особенностей качества жизни у пациентов с псориазом и псориатическим артритом.

Материалы и методы. В исследование включены 57 пациентов с псориатическим артритом (средний возраст $45,5 \pm 12$ лет): 32 мужчины (средний возраст $45,5 \pm 10,4$ лет) и 25 женщин (средний возраст $45,5 \pm 17,8$ лет); 45 пациентов с псориазом без поражения суставов (средний возраст $37,4 \pm 13$ лет): 28 мужчин (средний возраст $36,1 \pm 12,3$ лет), 17 женщин (средний возраст $38,9 \pm 14$ лет). Контрольную группу составили 20 здоровых человек (средний возраст $41,2 \pm 11$ лет)

Исследование проведено на базе ревматологического отделения ВОКБ, кожного отделения ВОККВД.

SF-36 Health Status Survey относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). Это полезный инструмент для контроля изменения состояния пациентов, сравнения состояния здоровья пациентов с различными заболеваниями и сравнения пациентов с общим населением. SF-36 включает 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья

(GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют 2 интегральных показателя: физический компонент здоровья (PH); психологический компонент здоровья (MH) [24].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась программами из пакета STATISTICA 6.0 (Mann-Whitney U Test, Descriptive Statistics).

Результаты и обсуждение. Проведена оценка гендерных различий качества жизни у пациентов с псориатическим артритом и псориазом. У мужчин и женщин в группе с псориатическим артритом выявлены достоверные различия только в уровне жизненной активности, тогда как в группе с псориазом достоверных различий не было ни по одному показателю.

Результаты по всем показателям качества жизни в группах пациентов с псориатическим артритом и псориазом представлены в таблице 1 (см. с. 100).

В группе пациентов с псориатическим артритом все показатели качества жизни значительно снижены по сравнению с контрольной группой, причем по всем показателям различия достоверны. В свою очередь, в группе пациентов с псориазом все показатели качества жизни снижены по сравнению с контрольной группой, но не столь сильно, как в группе с псориатическим артритом. Достоверные различия выявлены только для общего состояния здоровья, психического здоровья; физического компонента здоровья, психологического компонента здоровья.

Проведена оценка достоверности различий по одноименным параметрам качества жизни в группах пациентов с псориатическим артритом и псориазом. Выявлено, что, хотя все показатели в группе пациентов с псориатическим артритом снижены сильнее, чем в группе с псориазом, достоверно различаются следующие показатели: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здо-

Таблица 1. Качество жизни пациентов с псориазом и псориазическим артритом

	Псориаз					Псориазический артрит				
	Median	25,000th	75,000th	Std.Dev.		Median	25,000th	75,000th	Std.Dev.	
PF	100,00	100,00	100,00	5,29		75,00	55,00	90,00	25,01	
RP	100,00	100,00	100,00	29,96		50,00	0,00	100,00	45,96	
BP	100,00	62,00	100,00	25,49		41,00	31,00	52,00	23,97	
GH	62,00	47,00	77,00	18,46		55,00	37,00	65,00	19,03	
VT	65,00	50,00	80,00	19,69		45,00	40,00	60,00	16,98	
SF	100,00	75,00	100,00	24,39		75,00	63,00	100,00	26,09	
RE	100,00	67,00	100,00	38,40		67,00	33,00	100,00	38,58	
MH	68,00	56,00	80,00	21,00		64,00	48,00	72,00	17,35	
PH	55,40	50,77	57,77	5,68		41,18	32,23	46,16	9,77	
MH	48,72	39,01	54,83	11,79		46,01	41,30	51,50	8,47	

ровья; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; физический компонент здоровья.

Выводы. Проживание с хронической болезнью не должно быть рассмотрено как стабильное состояние, поскольку оно включает периоды тревоги и спокойствия относительно активности болезни. Пациенты должны лечиться для коррекции симптомов и уменьшения воздействия болезни на качество жизни. С учетом этого важна духовная адаптация пациентов с этой патологией. В духовном аспекте возможно провести аналогию с больными в Евангелии (Мк 1, 40-45; Мт 8, 2-4; Лк 5, 12-16). Духовная поддержка для больного человека является необходимой. Включение больного псориазом в социальные и духовные группы и проекты, дает возможность ощутить себя частью общества, не чувствуя себя обделенным или отвергнутым, не испытывая психологического дистресса.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ РЕБЕНКА

Е. А. Харитонов

Кафедра управления и технологий образования
Государственное учреждение дополнительного образования
взрослых «Витебский областной институт
развития образования»
г. Витебск

Актуальность исследования. Охрана здоровья населения относится к важнейшей функции государства. Начало XXI века характеризуется ухудшением здоровья детей. Результаты исследований констатируют неутешительные данные: 80% новорожденных являются физиологически незрелыми, около 70% имеют перинатальную патологию [1, 2, 5, 6, 7]. В дальнейшем они становятся объектом коррекционной работы медицинских работников, дефектологов, психологов и т. д. По данным мировой статистики, растёт и число речевых расстройств, и в связи с этим проблема профилактики речевых

нарушений детей принимает глобальный характер[2, 5].

Большое значение в разработке данной проблемы имеет изучение предпосылок формирования речи в раннем возрасте, т. е. физиологической и психологической баз, социального окружения. Сохранность всех этих факторов речевого развития обеспечивает, в дальнейшем, нормальное развитие речевой деятельности детей[3, 4].

Недостаточность методических средств определения нарушений физического, психического, речевого развития в раннем возрасте, уточнения социальных факторов развития детей и игнорирование ранней профилактической работы — все это приводит к появлению вторичных дефектов развития.

Таким образом, значимость и недостаточное изучение проблемы коррекционно-профилактической работы в раннем возрасте у детей с нарушениями речи указывают на необходимость ее научно-теоретической и практической разработки, что определяет данное исследование как актуальное.

Цель исследования: разработка системы профилактических мероприятий для детей раннего возраста с факторами риска возникновения речевых нарушений.

В процессе реализации поставленной цели были использованы следующие методы исследования: теоретический (анализ литературы по проблеме исследования); общелогические (анализ, сравнение, обобщение, аналогия); эмпирические (наблюдение, беседа, анкетирование, констатирующий эксперимент); биографические (анализ анамнестических данных, изучение медико-психолого-педагогической документации); количественный и качественный анализ результатов исследования.

Результаты исследования. Анализ анамнестических сведений, полученных в результате изучения медико-психолого-педагогической документации, а также анкетирования родителей позволил получить следующие данные:

- возраст родителей на момент рождения ребенка (всего 30 матерей и 26 отцов): от 20 до 30 лет — 80% матерей и 80% отцов; от 30 до 50 лет — 20% матерей и 20% отцов;
- хронические и наследственные заболевания у родителей и других родственников детей зафиксированы не были;

- у 40% матерей беременность протекала без особенностей; у 34% — токсикоз, угроза выкидыша; у 13% — ФПН и ХГП; у 13% — анемия, ОАГА и ХГП (причем, от возраста матери протекание беременности не зависело);

- у всех детей развитие слуха, зрения и интеллекта в норме;

- для раннего физического развития характерны ускоренный и нормальный темпы развития, в частности, держать голову и сидеть все дети начали в срок, а стоять и ходить больше половины детей начали раньше;

- что касается перенесенных заболеваний, то до 1 года 60% детей перенесли ОРВИ, 5,2% — анемию I степени, 5,2% — врожденную гипотрофию II степени, 5,2% — острый бронхит, 5,2% — атопический дерматит, 14% — синдром двигательных дисфункций, 5,2% являлись носителями «HCV-ag»; с 1 года до 3 лет 60% детей перенесли ОРВИ, по 7% — ветряную оспу и острую пневмонию, 13% имеют аденоиды II степени, а 7% — пищевую аллергию;

- 53% детей не наблюдались у невропатолога, а остальные 47% детей имеют II группу здоровья с различными группами риска;

- в раннем речевом развитии данных детей преобладают замедленный и нормальный темпы развития, так 47% детей имеют нормальный темп речевого развития, 40% — замедленный и 13% — быстрый. Например, гуление у 53% детей появилось в 2–3 месяца, а у 47% — на 4–5 месяцах жизни; лепет у 41% детей появился на 4–5 месяце, а у остальных — либо раньше (13%), либо позже (46%). Что касается первых слов, то у большинства детей они возникли на 9–11 месяцах (60%), к 1 году — у 33% детей, в 1 год 2 месяца — у 7% детей; у 20% детей фразы отсутствуют вообще, у 54% появились в период с 1 года 2 месяцев до 2 лет, у 26% детей фразы появились с 2 лет 3 месяцев до 2 лет 5 месяцев.

Выводы. На основании проведенного экспериментально-го исследования, анализа биологических, психолого-педагогических и социальных предпосылок развития речи была выделена группа детей с факторами риска в речевом развитии. Для этих детей были характерны низкий уровень речевого развития, множество социально-психологических и, осо-

бенно, биологических факторов риска речевых нарушений. В биологических факторах риска на первый план выступали неблагоприятное протекание беременности, перенесенные заболевания до 1 года и с 1 года до 3 лет, замедленный темп раннего речевого развития и др.

Литература:

1. Аксенова Л. И. Программа ранней комплексной диагностики уровня развития ребенка от рождения до 3-х лет / Л. И. Аксенова, А. А. Лисеев, Н. Ш. Тюрина, Е. В. Шкадаревич// Дефектология. — 2002. — № 5. — С. 3–27.
2. Архипова Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста. — М.: АСТ: Астрель, 2007.
3. Борякова Н. Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития у детей: учебно-методическое пособие / Н. Ю. Борякова. — М.: Гном-Пресс, 1999. — С. 56.
4. Галанов А. С. Психическое и физическое развитие ребенка от 1 года до 3 лет: пособие для работников дошкольных образовательных учреждений и родителей / А. С. Галанов. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: АРКТИ, 2006. — С. 112.
5. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: методическое пособие; под ред. Е. А. Стребелевой. — 2-е изд. — М.: Изд. Экзамен, 2004. — С. 128.
6. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е. М. Мастюкова. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. — С. 304.
7. Тишкова А. В. Развитие и совершенствование коррекционно-педагогической помощи детям раннего возраста с психоневрологической патологией: Дис. канд. пед. наук: 13.00.03 /А. В. Тишкова. — Москва, 2004. — С. 145.

ВОЗМОЖНОСТИ РАЦИОНАЛЬНОЙ НЕЙРОПОТЕКЦИИ

Ляховская Екатерина, д-р медицины

Медицинский представитель
компании Nycomed: a Takeda Company

Цереброваскулярная болезнь, приводящая к острым и хроническим формам сосудисто-мозговой недостаточности, в настоящее время становится основной социально-медицинской проблемой неврологии и общества в целом. На сегодняшний день около 9 млн. человек страдают цереброваскулярными заболеваниями. Ежегодно в мире церебральный инсульт переносят около 6 млн. человек, а в России — более 450 тыс.

В Витебской области за 11 месяцев 2012 г. смерть от цереброваскулярных болезней в сравнении с аналогичным периодом 2011 г. снизилась на 11,6% и составила 2,1 промилле. Количество летальных исходов среди трудоспособных уменьшилось на 23,6 %.

В ЛПУ области развернуты 802 неврологические койки, работают 145 врачей-неврологов. Возможность проведения нейровизуализации пациентам с неврологической патологией обеспечивают 3 аппарата МРТ, находящиеся в областном центре, и 5 КТ в медучреждениях Витебска, Полоцка и Орши.

Острые и хронические цереброваскулярные заболевания, прежде всего церебральный инсульт и хроническая ишемия головного мозга, являются в настоящее время основной причиной инвалидизации населения. Менее 20% выживших после церебрального инсульта больных могут вернуться к прежнему образу жизни. Помимо этого, стоимость расходов на социальную реабилитацию и длительное восстановительное лечение одного больного с инсультом составляет от 55 до 73 тыс. долларов в год.

Цереброваскулярная патология приводит не только к развитию острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому и геморрагическому типу, но и к огромному росту числа пациентов с явлениями хронической сосудисто-

мозговой недостаточности. Если к настоящему времени в нашей стране пусть не в полном объеме, но имеется статистика по острым инсультам, то достоверных статистических данных о числе больных с хронической ишемией головного мозга нет. Это в основном пациенты амбулаторного звена, поход в поликлинику для них сложен, зачастую им выставляются комплексные диагнозы, где цереброваскулярная патология не учитывается или стоит в разряде осложнений, что затрудняет получение объективных данных, в связи с чем необходимо более серьезно подходить к терапии больных на ранних стадиях хронической ишемии.

Поражение церебральных структур при хронических сосудистых процессах всегда обусловлено снижением уровня кислорода артериальной крови (гипоксемии), с одной стороны, и токсическим воздействием медиаторов недоокисленного кислорода (оксидантным стрессом), с другой стороны [Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, 2000; С.А. Румянцева, 2006]. Гипоксемия — ведущий повреждающий фактор при остром и хроническом расстройстве церебрального кровообращения. Тяжесть повреждения вещества мозга обусловлена, прежде всего, длительностью гипоксии, которая приводит:

1. Снижению энергетического потенциала нервной ткани
2. Запуску повреждающего постишемического каскада с выбросом лактата с дестабилизацией мембран и каналов клетки

3. Образование токсичных свободных радикалов

Восстановление адекватной утилизации кислорода создает предпосылки для нормального функционирования мозга и соматической сферы организма.

Основной задачей и итогом деятельности реаниматологии и неврологии является не только поддержание основных жизненных функций, но и сохранение человека как социальной личности, а не вегетативной субстанции. Ни одно отделение реанимации не обладает возможностями эффективно лечить пациентов с уже развившимся, в результате диффузной гипоксической агрессии, персистирующим вегетативным состоянием. Эти пациенты тяжким и беспросветным грузом ложатся на руки персонала неврологических отделений, а

больные, перенесшие церебральный инсульт со стойким очаговым дефицитом — на руки родственников. Упущенные на ранних этапах терапии мгновения некорригированной гипоксии и ишемии оборачиваются месяцами и годами бесперспективного лечения.

Все вышесказанное делает понятными неоспоримые положения о том, что ведущим фактором сохранения нейроглиальных структур в условиях ишемии и гипоксии является: поддержание стабильного церебрального кровотока, оксигенации и создание условий утилизации кислорода и глюкозы с целью обеспечения функционирования цикла Кребса. Соблюдение этих положений и следует считать истинной нейропротекцией.

Современные концепции терапии острых и хронических сосудистых церебральных расстройств складываются из комплексного применения нескольких групп препаратов:

1) инфузионных корректоров системной и церебральной перфузии, которые позволяют стабилизировать состояние церебрального и системного кровотока;

2) препаратов, позволяющих обеспечить стабильный уровень артериального давления;

3) антикоагулянтов, реопротекторов и вазоактиваторов, улучшающих кровоснабжение;

4) применение заместительной нейротрансмиттерной терапии — стимуляторов синтеза ацетилхолина;

5) препаратов, позволяющих стабилизировать церебральный энергетический метаболизм (**Актовегин**).

Актовегин производится заводами компании «**Никомед в составе Такеда**». **Актовегин** — депротеинизированный гемодериват высокой степени очистки, получаемый методом ультрафильтрации из крови молодых телят. Применяется в клинической практике с 1976 года. Молекулярная масса органических соединений в составе препарата менее 5000Да.

На протяжении последних 20 лет **Актовегин** стал уже не средством выбора, а неотъемлемой частью фармакологического арсенала многих неврологических отделений, а также отделений реанимации и интенсивной терапии. **Актовегин** — высокоактивный стимулятор потребления и утилизации кис-

лорода и глюкозы в условиях ишемии и гипоксии. Препарат, помимо неорганических электролитов и других микроэлементов, содержит 30% органических веществ, таких как олигопептиды, аминокислоты, нуклеозиды, промежуточные продукты углеводного и животного обмена, липиды и олигосахариды.

Клетки различных клеточных и тканевых культур под воздействием **Актовегина** увеличивают потребление и утилизацию кислорода и глюкозы, улучшает кислородный метаболизм и, соответственно, энергообеспечение ишемизированных клеток. Этот механизм обеспечивает клиническую эффективность в условиях временно индуцированного стресса и гипоксии тканей. Влияние препарата на утилизацию глюкозы особенно велико, так как при артериальной недостаточности любого генеза глюкоза является единственным и самым важным субстратом для производства энергии. Более того, последние исследования показали: у пациентов с артериальной недостаточностью наблюдается резистентность к инсулину, что может быть устранено инсулиноподобным действием **Актовегина**. Структурный анализ раствора **Актовегина** выявил в нем присутствие 6 основных микроэлементов (натрия, калия, кальция, фосфора, магния). Магний входит в **Актовегин** на правах компонента нейропептидных фрагментов. По данным современной нейробиохимии именно магний является каталитическим центром всех известных на сегодняшний день нейропептидов головного мозга и имеет статус нейроседативного иона.

Актовегин обладает как центральным церебральным, так и достаточно выраженным действием при периферических артериальных нарушениях. Речь идет о стимуляции под действием **Актовегина** периферического кровотока, об улучшении периферической трофики профилактики пролежней. Применение **Актовегина** целесообразно в различных областях медицины для коррекции состояния органов и тканей при патологических состояниях и в том числе с особенной эффективностью при критических состояниях, связанных с ишемией и гипоксией.

Таким образом, принимая во внимание вышеуказанные особенности механизма действия **Актовегина**, он является ис-

тинным антигипоксантом патогенетического действия. Дозирование **Актовегина** у больных с различными формами постгипоксических и постгипоксических расстройств представлено в таблице. Достаточно давно описан дозозависимый эффект применения **Актовегина**, что делает необходимым его использование в соответствующих дозировках.

Заболевания	Дозировка в сутки	Длительность	Кратность введения в сутки
Постгипоксическая энцефалопатия	800-1000-1200 мг	10-30 дней	1-2 раза
Хроническая ишемия мозга	200-800 мг	30-60 дней	1-2-3 раза
Острый инсульт	800-1000 мг	5-10 дней	1 раз
Последствия инсульта	400-800 мг	5-10 дней	1-2 раза
Облитерирующий эндартериит	800-2000 мг	10-20 дней	1 раз
Токсическая энцефалопатия	600-800 мг	30-60 дней	1 раз
Диабетическая полинейропатия	400-1000мг	14 дней	1 раз

Актовегин на фармрынке представлен в виде парентеральных, таблетированных и наружных форм. Возможен длительный курс лечения препаратом с переходом на разные формы применения, удобные и необходимые пациенту. **Актовегин**, являясь биологическим субстратом, практически никогда не дает побочных явлений и осложнений, безопасен и идеально сочетается практически с любыми видами сосудистой, реопротекторной и метаболической терапии, концепции которой описаны выше.

Актовегин представляет большой интерес для неврологической практики. Комплексная нейропротекция позволяет предотвращать грубые неврологические расстройства и, следовательно, сохранять качество жизни и социальный статус больных с цереброваскулярной патологией.

КОНКУРЕНЦИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ

В. В. Кугач, канд. фарм. наук, декан фармацевтического факультета, *Т. А. Петрише*

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

Важнейшими компонентами эффективно работающих систем здравоохранения эксперты Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) определяют механизмы обеспечения доступности безопасных, эффективных и качественных лекарственных средств (ЛС), включая соблюдение надлежащей производственной практики и управление цепью поставок. На 61-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения 24 мая 2008 г. была принята «Глобальная стратегия и план действий в области общественного здравоохранения, инноваций и интеллектуальной собственности». В данном документе как один из факторов, который способствует снижению цен на ЛС и повышению доступности лекарственной помощи населению, определена конкуренция и ее стимулирование.

Мировой фармацевтический рынок (ФР) относится к рынкам монополистического конкурентного типа. Выделяют следующие конкурентные преимущества фармацевтических фирм: наличие предприятий в различных странах; широкая сеть дилеров и дистрибьюторов; наличие собственных исследовательских лабораторий; широкий ассортимент и номенклатура выпускаемой продукции, ориентированной на различные сегменты рынка; гарантия ее безопасности, эффективности и качества; возможность ценовой конкуренции ЛС; различные способы продвижения ЛС на рынке, включая рекламу и институт медицинских представителей; положительная репутация фирмы и др. От уровня развития конкурентной среды на ФР зависит эффективность лекарственной помощи населению. Маркетинговые кодексы предусматривают жесткую систему ответственности за неэтичные методы конкурентной борьбы.

Согласно современной концепции ВОЗ, прогресс в области общественного здравоохранения зависит от инноваций. Они способствуют повышению оперативной эффективности программ по борьбе с болезнями и помогают здравоохранению своевременно реагировать на возникающие новые болезни. Конкурентная борьба между транснациональными фармацевтическими кампаниями в современных условиях происходит вокруг широкого использования достижений научно-технического прогресса в фармацевтической промышленности. Лидирующее положение фирм на мировом ФР определяется активным использованием достижений в области синтеза новых фармацевтических субстанций, их получения методами биотехнологии, в том числе генетической и клеточной инженерии. Это позволяет разрабатывать и производить препараты с высокой специфичностью действия, значительно улучшенными фармакокинетическими свойствами, хорошей переносимостью и высокой стабильностью.

Выраженной тенденцией на мировом ФР последнего десятилетия стала конкуренция оригинальных препаратов с генерической продукцией. В ЕС компании-разработчики в своем стремлении защитить рынки оригинальных ЛС от ЛС-генериков используют разнообразные стратегии: патентования; ведения патентных споров; заключения патентных соглашений; влияния на национальные регуляторные органы; продления цикла жизни за счет выведения новых продуктов. При этом ВОЗ активно продвигает ЛС-генерики и выступает против создания барьеров для их производства и международной торговли. ЛС-генерики значительно дешевле патентованных ЛС, а конкуренция между производителями генериков способствует дальнейшему снижению цен. Доступная цена обеспечивает доступ к современным лекарственным технологиям различных социальных слоев населения, что улучшает результаты лечения, а также защищает от возникновения лекарственной устойчивости.

Таким образом, конкуренция, осуществляемая в этических приемлемых формах, является не только экономическим механизмом развития ФР, но и фактором обеспечения доступности лекарственной помощи населению.

РОЛЬ ИНОСТРАННОЙ ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА 1920-Х ГОДОВ

Т. А. Петрише

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

Иностранная гуманитарная лекарственная помощь в 1920-е гг. была связана с гуманитарной помощью голодающим. Вместе с продовольствием поступали лекарственные средства (ЛС). В 1921 г. по предложению Ф. Нансена был создан Международный комитет помощи голодающим. В его работе участвовало 32 благотворительных организаций. Через «Миссию Нансена» в РСФСР поступило около 640 тонн ЛС.

Сбор денег, зерна и ЛС для голодающих немцев Поволжья был организован летом 1921 г. в Германии. Германское правительство действовало под эгидой Германского Красного Креста (ГКК). Было выделено 50 миллионов марок на закупку ЛС. Бюро ГКК были открыты в Казани, Саратове, Киеве, Одессе и Минске. В сентябре 1921 г. пароход «Тритон» доставил в Петроград ЛС и группу немецких врачей. ГКК участвовал в борьбе с эпидемией холеры в Поволжье. Для этой цели были выделены медицинский персонал и ЛС. ГКК также пытался оказывать продовольственную и медицинскую помощь (МП) беженцам из Поволжья в Минске и Орше. Для оказания МП беженцам открывали специальные учреждения, в том числе аптеки. Плату за МП вносили организации Пленбеж, Белэвак, Помгол.

Американский Объединенный Еврейский Комитет по распределению фондов «Джойнт» в 1921–1924 гг. израсходовал более 20 млн. долларов на помощь пострадавшим от погромов и военных действий, беженцам. В июне 1920 г. было достигнуто соглашение между «Джойнтом» и правительством РСФСР о создании Всероссийского общественного комитета помощи пострадавшим от погромов и стихийных бедствий

(Евобшесткома). Евобшесткомы создавались в губерниях и уездах. Они открывали амбулатории, аптеки, больницы.

Американская Администрация Помощи (АРА) была создана в 1919 г. Под эгидой АРА действовали различные религиозные и общественные организации США. Деятельность АРА в РСФСР началась в сентябре 1921 г. Помощь предназначалась, прежде всего, для «голодных» губерний. В лечебные учреждения (ЛУ) поставлялись ЛС, дезинфицирующие средства, медицинские инструменты, оборудование, перевязочный материал, одеяла, белье, полотенца и др., а также продовольствие и дополнительные пайки для медицинского персонала. На карте маршрутов поставок грузов АРА были обозначены Минск, Витебск, Гомель. Офис АРА располагался в Минске. «Аровские» ЛС были в белорусских аптеках и ЛУ. АРА передала 484 тонн ЛС детским домам и ЛУ Беларуси. Тем самым потребность этих учреждений в ЛС была удовлетворена на 90 %. Главным «медицинским» достижением АРА стала массовая прививочная кампания, проведенная во всех голодающих регионах.

Однако следует назвать и негативные аспекты гуманитарной лекарственной помощи. «Через спецов-контрабандистов» и путем скупки «Аровских препаратов» в ЛУ приобретались ЛС для подпольных аптек. Качество и сроки годности «аровских» ЛС в некоторых случаях вызывали сомнения. Ввезенное АРА «медицинское имущество составляло остатки запасов», приготовленных в США для западного фронта во время первой мировой войны. Гуманитарная помощь обходилась государству достаточно дорого. СССР израсходовал 9 млн. рублей золотом на обслуживание АРА, без учета транспортных и других расходов. Деятельность иностранных неправительственных организаций в 1920-е гг. имела политическую окраску. Государственная политика была направлена на ограничение их деятельности и постепенное закрытие. Весной 1923 г. была прекращена деятельность «всех Красных Крестов» и программа помощи АРА. Но даже в 1924 г. «аровские» запасы ЛС оставались «большим подспорьем» для некоторых белорусских ЛУ.

В 1920-е г. на территории Беларуси действовало несколь-

ко источников дополнительного ЛО населения за счет гуманитарной помощи. В условиях «лекарственного голода» и общего дефицита ресурсов это способствовало улучшению доступности ЛС для определенных социальных групп.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЦИНКА В ПОЧВАХ БЕЛАРУСИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

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

В настоящее время диагноз цинковой недостаточности можно поставить раньше, чем появятся выраженные изменения со стороны кожи и внутренних органов. Неспецифическими клиническими симптомами являются нарушение всасывания белков мальабсорбция углеводов, в том числе лактозы. В тонком кишечнике, помимо атрофии ворсинок, наблюдаются смешанные воспалительные инфильтраты. В энтероцитах регистрируются сферические и округлые гранулы и лизосомальные включения. Число и размер этих включений уменьшается после лечения препаратами цинка. Подобные изменения наблюдаются в кишечной мукозе не только при цинковой недостаточности, но и при энтеропатиях другого типа, болезни Крона и даже недостаточности в-липопротеидов. Возможно, это следствие процессов апоптоза. Патогенез жидкого стула при цинковой недостаточности, вероятно, носит комплексный характер. Повышенные потери с калом ионов натрия и воды, изменения активности дисахаридаз в мукозном слое кишечника могут не коррелировать с тяжестью диареи. Нарушение иммуногенности и микробиоценоза желудочно-кишечного тракта может способствовать присоединению желудочно-кишечных инфекций.

У больных с хроническими заболеваниями кишечника

недостаточность цинка является достаточно частой проблемой. Вследствие гетерогенности симптомов недостаточности, такой диагноз поставить достаточно трудно. Во-первых, надо обратить внимание на предрасполагающие факторы; во-вторых, важно уточнить клинические признаки; в-третьих, в случае предполагаемой цинковой недостаточности можно провести пробное назначение препаратов цинка с регистрацией клинических изменений.

У больных с неспецифическим колитом добавление цинка в комплекс лечебных мероприятий приводит к повышению активности ферментов, локализованных на щеточной каемке кишечного эпителия — лактазы, мальтазы и сахаразы. Очевидно, что в нарушение абсорбции и расщепления углеводов при муковисцидозе также вносит вклад недостаточность цинка.

Цель работы — анализ содержания цинка в почвах областей и районов Республики Беларусь. Высокий уровень содержания цинка зарегистрирован в почвах Могилевской области — 6,96 мг/кг. 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. Низкий уровень содержания цинка — 2,98 мг/кг, выявлен в почвах Витебской области.

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

Вывод. Изучение содержания цинка в почвах Беларуси, поможет выявить районы с низким содержанием данного микроэлемента и установить связь с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Выявление районов с недостаточным обеспечением цинка в почвах необходимо для проведения различных профилактических мероприятий.

V. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

СПИД — МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

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

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД, AIDS по-английски), вызываемый вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), является смертельной болезнью, средств для лечения которой в настоящее время не существует.

Симптомы.

Лихорадка более 1 месяца, диарея более 1 месяца, необъяснимая потеря массы тела на 10% и более, пневмонии затяжные, рецидивирующие или не поддающиеся стандартной терапии, постоянный кашель более 1 месяца, затяжные, рецидивирующие вирусные, бактериальные, паразитарные болезни, сепсис, увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца, подострый энцефалит, слабоумие у ранее здоровых людей.

Последняя стадия (СПИД) протекает в трех клинических формах: онко-СПИД, нейро-СПИД и инфекто-СПИД. Онко-СПИД проявляется саркомой Капоши и лимфомой головного мозга. Нейро-СПИД характеризуется разнообразными поражениями ЦНС и периферических нервов. Что касается инфекто-СПИДа, то он проявляется многочисленными инфекциями.

При переходе ВИЧ в заключающую стадию СПИД симптомы заболевания становятся более явными. Человека все чаще и чаще начинают поражать различные заболевания, такие как пневмония, туберкулез легких, вирус герпеса и другие заболевания, получившие название оппортунистические ин-

фекции. Именно они и ведут к самым тяжелым последствиям. В это время вирус иммунодефицита становится тяжелейшим заболеванием. Бывает, что состояние больного настолько тяжелое, что человек даже не в состоянии встать с постели. Такие люди чаще всего даже не подлежат госпитализации, а находятся дома под присмотром близких им людей.

Диагностика.

Основным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к вирусу с помощью иммуноферментного анализа.

Лечение.

На современном этапе развития медицины лекарства, способного полностью вылечить это заболевание, не существует. Однако, при своевременном начале лечения ВИЧ можно надолго отодвинуть момент перехода вируса иммунодефицита в развитие СПИДа, а следовательно и продлить более-менее нормальную жизнь больному.

Уже разработаны схемы лечения, которые могут существенно замедлить развитие заболевания, а так как инфекция протекает в большинстве случаев длительно, то можно надеяться на создание за это время эффективных лечебных средств.

ОТНОШЕНИЕ К СПИДУ В СРЕДЕ ТУРКМЕНСКОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

М. Н. Нурбаева, канд. мед. наук, доцент

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

*У. М. Сапаев, студ. II курса ФЛФ
Дашогузская область (Туркменистан)*

*Я. С. Сипайло, учитель
Государственная гимназия № 4, г. Витебск (Беларусь)*

СПИД, как окрестили журналисты, «чума XX века», охватил практически все страны мира, в том числе и Беларусь. В настоящее время в Беларуси обучается много иностранных студентов, в том числе из Туркменистана. Наиболее поражен-

ной частью населения является молодежь в возрасте от 15 до 29 лет. Учитывая все вышеуказанное, мы поставили перед собой цель изучить осведомленность туркменской студенческой молодежи о различных аспектах данной проблемы и мерах профилактики СПИДа.

Для этого нами было проведено анонимное анкетирование 60 студентов из Туркменистана обучающихся в университете имени П. М. Машерова. Для того чтобы студентам были понятны вопросы анкеты, они были переведены Сапаевым У. М. на туркменский язык. Возраст анкетированных составил: 18 лет — 14,3%, 19 лет — 23,8%, 20 лет — 21,4%, 21 год — 9,5%, 22 года — 14,3%, 23 года — 11,9%, 24 года — 2,4%, 25 лет — 2,4%.

57,1% студентов окончили школу в городе, 28,6% — в районных центрах, 14,3% — в сельской местности.

Практически все 92,9% считают, что СПИД представляет серьезную опасность для человечества, 50,0% — опасным для себя и 19,0% — нет.

Из основных путей передачи ВИЧ были названы: половой — 47,6%, кровь — 4,8%, от матери к ребенку — 11,9%, нестерильные шприцы — 9,5%, переливание крови — 14,3%, не знают — 47,6%.

По мнению студентов, ВИЧ не передается через: посуду — 2,4%, презерватив — 4,8%, бытовую технику — 4,8%, общение — 4,8%, воздушно-капельным путем — 26,2%, не знают ответа на данный вопрос — 66,7%.

На вопрос «Как определить, заражен ВИЧ-инфекцией человек или нет? Когда и где?» были получены следующие ответы: анализ крови в поликлинике — 4,8%, СПИД-центр — 2,4%, анализ крови в больнице — 2,4%, анализ крови на ВИЧ-антитела — 7,1%, 88,1% вообще не знают ответа.

11,9% из опрошенных полагают, что если результат на ВИЧ положительный, это не значит, что он или она больны СПИДом, 42,9% считают, что больны, 45,2% не смогли ответить.

61,9% юношей и девушек считают, что ВИЧ-инфекцию можно вылечить на ранних стадиях заболевания, 4,8% — нет, остальные 33,3% не знают ответа.

50,0% опрошенных уверены, что имеет смысл изолиро-

вать ВИЧ-инфицированных, мотивируя свою позицию тем, что это предотвратит распространение вируса; 4,8% — нет, аргументируя тем, что они не опасны и такие же, как мы, что некоторые были заражены случайно.

На вопрос «Может ли ВИЧ-инфицированный, но еще не больной СПИДом человек заражать других?» 64,3% ответили «да», 9,5% — «нет», остальные 26,2% не осведомлены.

40,5% называют СПИД «болезнью поведения», т.к. часто ВИЧ-инфицированные — наркоманы, гомосексуалисты, проститутки, заключенные и люди с частыми случайными половыми связями; 4,7% — нет, т.к. можно заразиться случайно; 54,8% не выбрали свою позицию.

54,8% считают, что больные СПИДом не должны лечиться в обычных больницах, где находятся другие больные, 4,7% с этим не согласны, 40,5 не знают ответа.

Дети ВИЧ-инфицированные по мнению 59,5% не должны обучаться в специальных школах, отдельно от других детей, однако 19,1% — противоположного мнения.

59,5% студентов считают, что среди юношей добрые половые связи являются типичным и распространенным явлением, 23,8% — нет.

Опыт половой жизни имели только юноши 63,6% опрошенных; в возрасте 15 лет — 4,5%, 16 — 9,1%, 17 — 27,3%, 18 — 13,6%, 19 — 13,6%, 20 — 4,6%, 27,3% — не имели такого опыта. В то время как 85% девушек не вступали в половые связи, 15% не сочли нужным ответить на этот вопрос.

45,5% знают, что презерватив не защищает на 100% от заражения СПИДом. Однако, на вопрос «Считаете ли Вы, что юноше не помешает получить первый опыт половой жизни до вступления в брак?» 35,7% ответили «да», 21,4% — «нет», 42,9% не смогли найти ответ на вопрос.

Анализируя приведенные данные, можно сделать вывод, что студенты осведомлены об опасности СПИДа для человечества.

Опрошенные имеют правильное представление о путях заражения, но не вполне представляют, как, где и когда можно определить зараженность ВИЧ-инфекцией.

Настораживает тот факт, что часть студентов считают, что

человек, у которого результат на ВИЧ положительный, болен СПИДом и верят, что ВИЧ-инфекцию можно вылечить на ранних стадиях заболевания.

Половина студентов 64,3% знают, что ВИЧ-инфицированный, но еще не больной СПИДом человек может заражать других, и указывают основным путем заражения половой. Но только 40,5% называют СПИД «болезнью поведения». Возможно, с этим связана позиция достаточно большого количества респондентов, считающих, что ВИЧ-инфицированные должны быть изолированы, лечиться в отдельных больницах, а дети обучаться в специальных школах.

Несмотря на то, что почти 100% опрошенных знают, что презерватив не защищает на 100% от заражения СПИДом, многие юноши уже вступили в добрачные половые отношения и считают это явление распространенным среди молодежи. Отрицательное отношение девушек к добрачным половым отношениям объясняется обычаями и традициями туркменского народа и религиозными убеждениями (ислам). Бытует мнение, что юношам не мешает получить определенный опыт половой жизни до вступления в брак.

Выводы.

1. Необходимо проводить работу со студентами по формированию здорового образа жизни.
2. Усилить нравственное воспитание юношей, направленное на коррекцию сексуального поведения.
3. Особое внимание следует уделять воспитанию у молодежи ответственного отношения между полами, неприемлемости рискованного поведения.
4. Вести разъяснительную работу по формированию гуманного отношения к больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным для предупреждения их дискриминации.

Литература:

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

VI. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Введение. Лекарственно-устойчивый туберкулез органов дыхания в настоящее время является, наряду с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, одной из самых актуальных проблем не только в Республике Беларусь, но и во всем мире. Лекарственно-устойчивый туберкулез характеризуется, как правило, более тяжелым клиническим течением, острым началом заболевания, медленным рассасыванием инфильтратов, закрытием полостей распада, прекращением бактериовыделения. Удельный вес мультирезистентных форм туберкулеза среди впервые выявленных бактериовыделителей в Витебской области за 2012 год составил 30,2%.

Пациенты с лекарственно-устойчивым туберкулезом — это социально дезадаптированные лица из группы повышенного риска заболевания (бомжи, наркоманы, хронические алкоголики, заключенные, ВИЧ-инфицированные и другие). Туберкулез является не только медицинской, но и социальной проблемой. Отношение общества к пациентам с лекарственно-устойчивым туберкулезом неоднозначно, чаще всего негативное, учитывая высокую эпидемиологическую опасность данной категории пациентов и возможность заражения окружающих. Стандартные методы лабораторной диагностики тубер-

кулеза не всегда позволяют своевременно диагностировать туберкулез из-за длительных сроков получения результатов. В настоящее время в качестве ускоренного метода лабораторной диагностики туберкулеза используется автоматизированная система ВАСТЕС MGIT 960, которая позволяет проводить детекцию роста и определение лекарственной чувствительности МБТ в 2–3 раза быстрее по сравнению с классическими методами. Рост культуры МБТ в жидкой питательной среде обнаруживается с 4 дня, а тест лекарственной чувствительности — через 21 день.

Цель исследования. Анализ особенностей диагностики и клинического течения туберкулеза органов дыхания у пациентов при использовании автоматизированной системы ВАСТЕС MGIT 960 и традиционных культуральных методов диагностики туберкулеза органов дыхания (ТОД).

Материалы и методы. В работе использованы клинические, рентгенологические, лабораторные методы исследования (бактериоскопический, бактериологический, метод абсолютных концентраций для определения лекарственной устойчивости, автоматизированная система ВАСТЕС).

Материалы и методы. В работе использованы клинические, рентгенологические, лабораторные методы исследования (бактериоскопический, бактериологический, метод абсолютных концентраций для определения лекарственной устойчивости, автоматизированная система ВАСТЕС).

Объектом исследования явился 71 пациент туберкулезом органов дыхания, которые находились на стационарном лечении в ВОКПТА в период с июля по декабрь 2012 года. У 65 из них в процессе лечения были выделены лекарственно-устойчивые штаммы *M. tuberculosis*. В анализируемой группе мужчин было 53 (74,6%), женщин — 18 (25,4%). При профилактических осмотрах туберкулез был выявлен у 48 пациентов (67,6%), при обращении у 23 пациентов (32,4%). Пациентов, проживающих в городе, — 28 (39,4%), в сельской местности — 43 (60,6%). В структуре клинических форм превалировал инфильтративный туберкулез легких — 54 пациента (76,1%). Диссеминированный туберкулез легких был выявлен у 7 (9,9%), казеозная пневмония — у 6 (8,4%), фиброз-

но-кавернозный туберкулез — у 1 (1,4%), очаговый туберкулез легких — у 1 (1,4%), другие формы туберкулеза — у 2 пациентов (2,8%). Среди обследованных преобладали пациенты с впервые выявленным туберкулезным процессом — 42 пациента (59,2%). Рецидивы специфического туберкулезного процесса наблюдались у 25 (35,2%), неудача в лечении — у 3 (4,2%), хроническое течение туберкулеза — у 1 пациента (1,4%). Деструктивные изменения в легких выявлены у 41 пациента (70,7%). Бактериовыделение наблюдалось у 70 человек (98,6%), у 65 (91,5%) из них — с наличием ЛУ штаммов МБТ. Определение бактериовыделения одновременно методом бактериоскопии и посева обнаружено у 26 (36,6%), только методом бактериоскопии — у 14 пациентов (19,7%), только методом посева — у 23 (32,4%). Только методом ВАСТЕС бактериовыделение установлено у 8 пациентов (11,3%). Злоупотребление алкоголем отмечено у 53 (74,6%), курение — у 50 пациентов (70,4%).

Результаты и обсуждение. В результате исследования выявлены следующие факторы риска развития МЛУ ТБ в исследуемой группе пациентов: контакт с пациентом, страдающим МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ установлен у 28 пациентов (39,4%); рецидивы и возобновление химиотерапии (ХТ) после перерыва — у 28 (39,4%); сопутствующая ВИЧ-инфекция в анамнезе — у 1 (1,4%); хронические случаи заболевания и отсутствие эффекта от повторного курса ХТ — у 1 (1,4%) пациента. Первичная лекарственная устойчивость с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания отмечалась у 40 пациентов (61,5%), вторичная — у 25 пациентов (38,5%) с рецидивом, хроническим течением туберкулезного процесса и случаями неудачи в лечении. При анализе структуры лекарственной устойчивости в исследуемой группе установлено, что устойчивость к одному противотуберкулезному лекарственному средству (ПТЛС) наблюдалась у 9 пациентов, к двум ПТЛС — у 14, к трем ПТЛС — у 6, к четырем ПТЛС — у 10, к пяти ПТЛС — у 19 пациентов, к шести ПТЛС — у 6 пациентов, к семи ПТЛС — у 1 пациента. Монорезистентность выявлена у 9 пациентов (13,8%), полирезистентность — у 9 (13,8%), мультирезистентность (множественная лекарственная устойчивость) — у

45 (69,2%) пациентов, широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) — у 2 (3,1%) пациентов. С целью изучения структуры лекарственной резистентности нами проведен анализ 65 штаммов *M.tuberculosis*. Варианты фенотипической лекарственной резистентности штаммов *M.tuberculosis* представлены в таблице 1.

Таблица 1. Варианты фенотипической лекарственной резистентности штаммов *M. tuberculosis* (n=65)

Фенотип резистентности	абс. число	%
S	7	10,8
H	2	3,1
HS	6	9,3
RZ	1	1,5
HR	7	10,8
HSE	2	3,1
HRS	4	6,2
HRSE	9	13,9
HRSEto	1	1,5
HRSEZ	16	24,6
HRSEKm	2	3,1
HRSEAm	1	1,5
HRSEZAm	1	1,5
HRSEAmPAS	1	1,5
HRSEZOfx	1	1,5
HRSEKmAm	2	3,1
HRSEKmOfx	1	1,5
HRSEKmAmOfx	1	1,5

Оценка применения автоматизированной системы ВАС-ТЕС проведена у 53 пациентов, которым одновременно проводились стандартные методы лабораторной диагностики туберкулеза. На ВАСТЕС культура *M.tuberculosis* выделена на

жидкой среде у 39 пациентов (73,6%), на плотной среде — также у 38 пациентов (71,7%). У 8 пациентов (15,1%) бактериовыделение установлено только методом ВАСТЕС при отрицательных результатах бактериоскопии и посева мокроты на плотные питательные среды. У 15 пациентов (28,3%) на ВАСТЕС культура МБТ не выделена (при положительном посеве, отрицательной или положительной бактериоскопии), у 1 (1,9%) обнаружена контаминация. Скорость выявления МБТ на жидкой питательной среде составила 11,8 суток, на традиционных питательных средах — 40,4. Самый короткий срок составил 4 дня при отрицательной бактериоскопии, 5 дней при положительной бактериоскопии. При использовании системы ВАСТЕС окончательный результат тестов с учетом детекции МБТ и получения ТЛЧ клиницисты получали в среднем через 19,8–20,7 дней, а при использовании традиционных методов через 65 суток. При постановке ХАЙН-теста 6 пациентам выявлена лекарственная устойчивость к изониазиду и рифампицину в течение 2-х дней.

Выводы:

1. Проведенный анализ показал, что автоматизированная система ВАСТЕС, являющаяся современным методом лабораторной диагностики, позволяет в более короткие сроки диагностировать открытые формы туберкулеза с своевременной коррекцией проводимой химиотерапии, что способствует более эффективному лечению данной категории пациентов.

2. Выявлен полиморфизм фенотипической структуры лекарственно-устойчивых штаммов *M.tuberculosis*. Выделено 18 различных фенотипических вариантов резистентности *M.tuberculosis*. Отмечается снижение частоты встречаемости монорезистентных и полирезистентных штаммов с одновременным нарастанием мультирезистентных штаммов с устойчивостью к четырем, пяти противотуберкулезным лекарственным средствам.

PROBLEM OF TREATMENT AND PREVENTION OF TUBERCULOSIS

M.D. Claudio Umesh

Vitebsk State Medical University
(Sri Lanka)

Tuberculosis (TB) describes an infectious disease that has plagued humans since the Neolithic times. Two organisms cause tuberculosis — *Mycobacterium tuberculosis* and *Mycobacterium bovis*.

All cases of TB are passed from person to person via droplets. When someone with TB infection coughs, sneezes, or talks, tiny droplets of saliva or mucus are expelled into the air, which can be inhaled by another person.

- Once infectious particles reach the alveoli (small saclike structures in the air spaces in the lungs), another cell, called the macrophage, engulfs the TB bacteria.

- Then the bacteria are transmitted to the lymphatic system and bloodstream and spread to other organs occurs.

- The bacteria further multiply in organs that have high oxygen pressures, such as the upper lobes of the lungs, the kidneys, bone marrow, and meninges — the membrane-like coverings of the brain and spinal cord.

Risk factors for TB include the following:

- HIV infection,
- low socioeconomic status,
- alcoholism,
- homelessness,
- crowded living conditions,
- diseases that weaken the immune system,
- migration from a country with a high number of cases,
- and health-care workers.

Treatments and drugs.

Medications are the cornerstone of tuberculosis treatment. But treating TB takes much longer than treating other types of bacterial infections. With tuberculosis, you must take antibiotics for at least six to nine months. The exact drugs and length of

treatment depend on your age, overall health, possible drug resistance, the form of TB (latent or active) and the infection's location in the body.

A recent study suggests that a shorter term of treatment - three months instead of nine — with combined medication may be effective in keeping latent TB from becoming active TB. With the shorter course of treatment, people are more likely to take all their medication and the risk of side effects is lessened. More study is needed.

Most common TB drugs.

If you have latent tuberculosis, you may need to take just one type of TB drug. Active tuberculosis, particularly if it's a drug-resistant strain, will require several drugs at once. The most common medications used to treat tuberculosis include:

- Isoniazid
- Rifampin (Rifadin, Rimactane)
- Ethambutol (Myambutol)
- Pyrazinamide

There's some evidence that taking vitamin D during tuberculosis treatment enhances some of the effects of the drugs. More study is needed.

Medication side effects.

Side effects of TB drugs aren't common but can be serious when they do occur. All tuberculosis medications can be highly toxic to your liver. When taking these medications, call your doctor immediately if you experience any of the following:

- Nausea or vomiting
- Loss of appetite
- A yellow color to your skin (jaundice)
- Dark urine
- A fever that lasts three or more days and has no obvious cause

Completing treatment is essential.

After a few weeks, you won't be contagious, and you may start to feel better. It might be tempting to stop taking your TB drugs. But it is crucial that you finish the full course of therapy and take the medications exactly as prescribed by your doctor. Stopping treatment too soon or skipping doses can allow the

bacteria that are still alive to become resistant to those drugs, leading to TB that is much more dangerous and difficult to treat.

Tuberculosis Prevention.

1. Treatment to prevent TB in a single person aims to kill walled-up germs that are doing no damage right now, but could break out years from now and become active.

- If you should be treated to prevent sickness, your doctor usually prescribes a daily dose of isoniazid (also called INH), an inexpensive TB medicine.

- You will take INH for up to a year, with periodic checkups to make sure you are taking it as prescribed and that it is not causing undesirable side effects. In some cases, intolerance or allergic response can mandate an alternative treatment that may go on for 18 months.

2. Treatment also can stop the spread of TB in large populations.

- The tuberculosis vaccine, known as bacille Calmette-Guérin (BCG) may prevent the spread of tuberculosis and tuberculous meningitis in children, but the vaccine does not necessarily protect against pulmonary tuberculosis. It can, however, result in a false-positive tuberculin skin test that in many cases can be differentiated by the use of the QuantiFERON-TB Gold test mentioned above.

- Health officials generally recommend the vaccine in countries or communities where the rate of new infection is greater than 1% per year. BCG is not generally recommended for use in the United States because there is a very low risk of tuberculosis infection. It may be considered for very select patients at high risk for tuberculosis and who meet special criteria.

СОДЕРЖАНИЕ

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

<i>Massimo Petrini. The Physician–Patient Relationship</i>	12
<i>В. С. Глушанко, А. А. Герберг. Биоэтика — важнейшее направление общественного здоровья и здравоохранения</i>	13
<i>Л. В. Лукина. Философско-этические проблемы в медицине</i>	16
<i>М. Янчишин. Каплица — душа больницы</i>	17
<i>Н. Г. Харкевич, Г. Г. Бурак, О. М. Васильев. Профессиональное обучение и духовное воспитание студенческой молодёжи</i>	18
<i>Antonino Bagnato. The Health–Care System: a Balance between Progress and Humanisation which Cannot be Abandoned</i>	22
<i>Профессор Антонио Баньято. Система здравоохранения: нельзя забывать о балансе между прогрессом и гуманизацией (перевод с англ.)</i>	27
<i>Dariusz Giers. Human Suffering: its Significance and Meaning in the Life and Teaching of John Paul II</i>	34
<i>Монсьеюр Дариуш Герс. Страдания человека: их значение и смысл в жизни и учении Иоанна Павла II (перевод с англ.)</i>	45
<i>Н. А. Артеменко, А. П. Грузневич. Генезис биоэтики и её основные проблемы</i>	59
<i>Н. А. Артеменко. Здоровье населения в свете основных принципов биоэтики и норм международного права</i>	61
<i>Ю. А. Коломийцева. Смысл болезни и страдания в христианской духовной практике</i>	63
<i>Г. Г. Бурак, Н. Г. Харкевич, Т. И. Ким, И. В. Самсонова. Формирование клинического мышления как основа профессионально-нравственного воспитания студентов на морфологических кафедрах</i>	64
<i>В. А. Киреенко. Пути формирования деонтологической культуры у студентов медицинского университета</i>	68
<i>Т. И. Ким, В. В. Ольшанникова, И. А. Чиркина. Особенности обучения современных первокурсников в медицинском университете</i>	70
<i>Н. М. Медвецкая. Профилактика тревожных состояний у молодёжи</i>	73

<i>В. Г. Непокупная, А. К. Усович, И. П. Сидарчук.</i> Правовой и моральный аспекты анатомирования тел умерших людей в Беларуси и России	75
--	----

II. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

<i>Е. А. Харитоновна, А. С. Метелица.</i> Профилактика наркотической зависимости	79
<i>Р. И. Фидельская, И. И. Ефременко.</i> Занятия физической культурой как один из факторов профилактики вредных привычек	83
<i>Р. И. Фидельская, И. И. Ефременко.</i> Потребление алкоголя студенческой молодёжью	85
<i>Р. И. Фидельская, И. И. Ефременко.</i> Потребность молодых людей в профилактике алкогольной зависимости	87
<i>Т. А. Ампилогова, Ю. В. Алферова, Д. В. Ампилогов, М. Н. Нурбаева.</i> Анализ самооценки школьниками факторов, оказывающих влияние на здоровье, на примере тестирования учащихся 5-х классов гимназии № 34 г. Орла	89
<i>М. Н. Нурбаева, Чжан Минь, А. Я. Ермолова.</i> Тенденции потребления алкоголя юношами из среды китайской студенческой молодёжи	91

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

IV. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

<i>Е. П. Боброва, О. Н. Малах.</i> Улучшение качества жизни больных бронхиальной астмой	95
<i>А. М. Литвяков, А. В. Сергиевич.</i> Качество жизни больных псориазом и псориатическим артритом: медицинская и духовная оценка	98
<i>Е. А. Харитоновна.</i> Биологические предпосылки развития речи ребенка	103
<i>Е. Ляховская.</i> Возможности рациональной нейрорепотекции	107

<i>В. В. Кугач, Т. А. Петрише.</i> Конкуренция на фармацевтическом рынке как фактор обеспечения доступности лекарственной помощи	112
<i>Т. А. Петрише.</i> Роль иностранной гуманитарной помощи в лекарственном обеспечении населения в условиях кризиса 1920-х годов	114
<i>В.А Клюев.</i> Распространение цинка в почвах Беларуси и его влияние на функционирование желудочно-кишечного тракта	116

V. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

<i>В. Ю. Земко.</i> СПИД — миф или реальность?	118
<i>М. Н. Нурбаева, У. М. Сапаев, Я. С. Сипайло.</i> Отношение к СПИДу в среде туркменской студенческой молодежи	119

VI. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

<i>И. В. Кучко, А .М. Будрицкий.</i> Особенности диагностики, клинического течения и лечения лекарственно-устойчивого туберкулёза органов дыхания в Витебской области	123
<i>Claudio Umesh.</i> Problem of Treatment and Prevention of Tuberculosis	128

Научное издание

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

IX Международная
медицинская конференция
(Витебск, 23–24 мая 2013 г.)

Тезисы докладов

Ответственная за выпуск А. Волчок
Технический редактор О. Глеков
Компьютерная верстка Э. Полиневской

Подписано к печати 26.04.2013.
Формат 84x108 1/32. Бумага офсетная. Гарнитура Orpus.
Усл. печ. л. 7,14. Уч.-изд. л. 6,45.
Тираж 130 экз. Зак. № 3470.

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

Надрукавана ў УПП «Віцебская абласная друкарня»
ЛП 02330/0494165 ад 03.04.2009 г.,
вул. Шчарбакова-Набярэжная, 4. 210015, г. Віцебск.

Проблемы врачебной этики в современном мире :
П78 IX Междунар. мед. конф. (Витебск, 23–24 мая 2013 г.) :
тезисы докладов. — Минск : ПРО ХРИСТО, 2013. — 136 с.
ISBN 978-985-6825-91-3.

Конференция была организована по инициативе Витебской епархии Римско-католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским государственным ордена Дружбы народов медицинским университетом.

УДК 614.253(043.2)
ББК 87.75я43

ISBN 978-985-6825-91-3



9 789856 825913

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

БЕЛАРУСИ



КИТАЯ



РОССИИ



ВАТИКАНА



КОНГО



ТУРКМЕНИСТАНА



ИТАЛИИ



ПОЛЬШИ



ШРИ-ЛАНКИ



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

