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

X Международная медицинская конференция

Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

22–23 мая 2014 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

X Международная
медицинская конференция

(Витебск, 22–23 мая 2014 г.)

Тезисы докладов

Минск
«ПРО ХРИСТО»
2014

УДК 614.253(043.2)
ББК 87.75я43
П78

ISBN 978-985-7074-16-7

© Витебская епархия Римско-католической Церкви в РБ, 2014
© Витебский государственный медицинский университет, 2014
© Оформление. УП «ИЗДАТЕЛЬСТВО «ПРО ХРИСТО», 2014

Дорогие братья и сёстры во Христе!

22–23 мая 2014 г. Витебская епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским облисполкомом и Витебским государственным ордена Дружбы народов медицинским университетом проводит X 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.

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

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

Спонсоры:
фирмы Seni, Matopat, Takeda, Nobel, Berlin-Chemie, СООО «ТрайплФарм», ОАО «Гедеон Рихтер», Bayer.

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 22 мая 2014 г. в Витебском облисполкоме с 11:00 до 11:30 (г. Витебск, ул. Гоголя, 6).

Конференция будет проходить:

22 мая 2014 г.	12:00–14:00
	15:00–17:00
23 мая 2014 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»

22 мая 2014 г.

12:00

Открытие конференции, приветствие участников

Начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома, д-р мед. наук, профессор *Юрий Деркач*

Апостольский Нунций в Республике Беларусь архиепископ *Клаудио Гуджеротти*

Епископ *Олег Буткевич*, Ординарий Витебской епархии Римско-католической Церкви в Республике Беларусь

12:10

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

Здравоохранение Витебской области: духовность как основа совершенствования медпомощи в регионе.

12:30

P. Augusto Chendi, Sotto-Segretario del Pontificio Consiglio degli Operatori Sanitari (Vaticano)

La dignita della persona umana nell'Istruzione Dignitas-personae e la sua applicazione in alcune questioni di bioetica

13:00

Монс. Андреа Кристини, советник по здравоохранению Ватикана (Ватикан)

13:20

Настоятель прихода Пресвятого Сердца Иисуса Христа в г. п. Подсвилье священник *Александр Дулинец* (Беларусь)

Сэнс душпастырства ў хоспісе

13:30

Д-р мед. наук, профессор *В. С. Глушанко*, начальник воспитательного отдела *А. М. Шестак*, преподаватель кафедры общественного здоровья здравоохранения *Н. В. Лаппо*, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск (Беларусь)

Социально-этические приёмы и средства формирования гендерного равенства

13:40

Начальник службы маркетинга СООО «ТрайплФарм» *К. А. Степанов*

Современные подходы к антибактериальной терапии

14:00–15:00

Кофе-брейк

15:00

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

Душпастырство в больницах. Опыт Витебской епархии РКЦ в РБ

15:20

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

Врач и больной, студенты о врачебной этике

15:30

Канд. исторических наук, доцент, зав. кафедрой философии и политологии УО «Витебская Ордена "Знака почёта" государственная академия ветеринарной медицины» *Л. В. Лукина*, г. Витебск (Беларусь)

Религиозно-этический аспект деонтологической модели врачебной этики

15:40

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

Тенденции потребления алкоголя девушками среди китайской студенческой молодёжи

16:00

Канд. мед. наук, доцент *М. Н. Нурбаева*, ВГУ имени П. М. Машерова, г. Витебск (Беларусь), *У. М. Сапаев*, Дашогузская область (Туркменистан), *Я. С. Сипайло*, учитель, УО «Гимназия № 4 г. Витебска»(Беларусь)

Отношение к факторам, способствующим распространению СПИДа в среде туркменской студенческой молодежи

16:20–17:00

Дискуссия

СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

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

Seni-Matopat в медицинской практике

12:00

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

Сравнительная характеристика качества жизни больных псориазом и псориатическим артритом: медицинская и духовная оценка

12:10

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)

Проблемы лечения туберкулёза в современных условиях

12:20

Ю. Г. Рыбченко, представитель фирмы «Гедеон Рихтер»

Фармакотерапия для улучшения качества жизни больного человека

12:30

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

Лечение больных с хроническими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей

12:50

Richie Charles Anderson (Sri Lanka), студентка V курса УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Prevention and Treatment of Tuberculosis

13:10

Канд. мед. наук, доцент *А.Е. Буглова*, кафедра кардиологии и ревматологии, Белорусская медицинская академия последипломного образования г. Минск (Беларусь)

Лечение болевого синдрома в ревматологии

13:30

Священник *Адам Дынак* (Польша)

Inspirująca rola biblijnej teologii ludzkiej choroby i cierpienia

13:50–14:00

Заключительное слово

Епископ *Олег Буткевич,* Ординарий Витебской епархии Римско-католической Церкви в Республике Беларусь

В программе возможны изменения

Тезисы докладов
X Международной
медицинской конференции

«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

LA MEDICINA A SERVIZIO DELLA VITA: LE CURE PALLIATIVE

Mons. Jean-Marie Musivi Mupendawatu,
Pontifico Consiglio per gli operatori sanitari,
citta del Vaticano

Le cure palliative mettono in causa la concezione trionfalistica della medicina e l'etica del mantenimento della vita ad ogni costo.

Infatti, le Cure Palliative mirano a lenire, specialmente nel paziente terminale, una vasta gamma di sintomi di sofferenza di ordine fisico, psichico e mentale e coinvolgono specialisti con competenza medica, psicologica e religiosa, per sostenere il paziente nella fase critica.

Una ricerca condotta dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari sul mondo sanitario cattolico e le cure palliative, rilevava che pi? del 50% delle persone che necessiterebbero di cure palliative a tutt'oggi continua a morire nel dolore e con il dolore, a volte in solitudine, senza affetti al proprio fianco nel momento del trapasso.

La scienza e la tecnica medica non potranno mai dare una risposta soddisfacente agli interrogativi fondamentali del cuore umano. A questa domanda pu? rispondere solo la fede.

Di qui, l'importanza della pastorale sanitaria e del volontariato sanitario per l'accompagnamento umano e spirituale degli infermi e il prezioso servizio alla sofferenza.

Le cure palliative assicurano il diritto ad una morte naturale dignitosa, al di fuori delle logiche dell'accanimento terapeutico, ma anche contro ogni tentazione di eutanasia.

THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

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

Life is a primary and fundamental good of the human person. Caring for life, then, expresses, first and foremost, a truly human activity in defense of physical life. It is life to which professional or voluntary health care workers devote their activity. These are doctors, nurses, hospital chaplains, men and women religious, administrators, voluntary care givers for those who suffer, those involved in the diagnosis, treatment and recovery of human health. The principal and symbolic expression of "taking care" is their *vigilant and caring presence at the sickbed*. It is here that medical and nursing activity expresses its lofty human and Christian value.

No other aspect of medicine has attracted more ethic and sociological analysis than the medical professional-patient relationship. From a classic view of the relation between doctor and patient "as a pure person-to-person relation", the full range of ethic, psychological and sociocultural influence has been studied. At the same time, the changing facts of technology, organization, and cost were charted as the necessary context for understanding the changes in professional-patient encounters.

Health care activity is based on an interpersonal relationship of a special kind. It is "a meeting between trust and conscience". The "trust" of one who is ill and suffering, and hence in need, who entrusts himself to the "conscience" of another who can help him in his need and who comes to his assistance to care for him and cure him. This is a health care worker.

For him "the sick person is never merely a clinical case" - an anonymous individual on whom to apply the fruit of his knowledge - but always a "sick person" towards whom he shows a sincere attitude of "sympathy" in the etymological sense of the term.

Although there are many dramatic issues in health care and in health care ethics, the most fundamental topic in medical

ethics today is the relationship between the person who is ill and those who profess to heal that person, as the physicians. The increasing specialization of health care personnel creates opportunities for clashes among professionals, genuine disputes about proper patient care decisions. But more important, technical care creates a division of labor that can degenerate into partitioning the patient into organ system, functions, and body parts. Individual attention to persons in need become more and more difficult. With the decline of the general physician, it is often difficult to know who is in charge, who will "bring it all together", when the patient is in the hospital setting.

A major dilemma for our times is the clash between the values of technology and the values of medicine. Even though few people would reject modern medical advances, the use of these advances must be governed and constrained by human and moral ends. In fact, the very enunciation of needs that lead to medical advances is based on moral concerns that precede the moral problems that later arise from technological advances themselves.

Human illness is always illness of the whole person-body, mind, spirit. The physician must never lose sight of the profound unity of the human being of his or her patient, in the obvious interaction of all his corporal functions, but also in the unity of his corporal, affective, intellectual and spiritual dimensions. One cannot isolate the technical problem posed by the treatment of a particular illness from the care that should be given to the person of the patient in all his or her dimensions. It is well to bear this in mind, particularly at a time when medical science is tending towards specialization in every discipline.

A good professional-patient relationship requires mutual trust and mutual respect. Both parties come to the relationship as autonomous persons. However, the professionals' autonomy is constrained by the ethics of their profession. Perhaps the most important consequence of the relationship is that it generates obligations for both parties. While healthcare professional should respect and support their patients' autonomy, they should not abandon them to unwise and harmful decisions. Although they do not have the authority to override a competent patient's decision, healthcare professionals have a duty to use rational

persuasion to guide the patient towards a mutually acceptable outcome. In order to facilitate this process, patients should also be open and honest with their healthcare professionals, be prepare to explain their decisions and be willing to listen to their healthcare professionals' advice. The mutual trust and respect needed for this process means that both healthcare professionals and their patients should behave in a trustworthy way.

ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

(перевод с англ.)

Профессор Массимо Петрини, Университет Camillianum
Рим (Италия)

Жизнь — это первое и основное благо для человеческой личности. В таком случае забота о жизни, прежде всего, выражает собой по-настоящему человеческую деятельность в защиту физической, телесной жизни. Это жизнь, которой посвящают свой труд профессионалы и волонтеры здравоохранения. Врач и медсестры, больничные капелланы, верующие, администрация, волонтеры заботятся о страдающих и вовлечены в диагностирование, лечение, уход и выздоровление больных. Главное и символичное выражение — "заботиться", "брать заботу", означает неусыпное заботливое присутствие у постели больного. Через такую деятельность врачей и медицинских сестер и выражается вся высота и значимость общечеловеческих и христианских ценностей.

Ни один аспект медицины так не привлекал этический и социологический анализ, как профессиональные медицинские отношения врача и пациента. Начиная с классического взгляда на отношения между врачом и пациентом как на "чисто человеческие отношения", был изучен полный спектр этических, психологических и социально-культурных влияний. В то же время изменение технологических фактов, организации и стоимости наметили необходимый контекст для понимания изменений в отношениях между медицинскими работниками и пациентами.

Деятельность здравоохранения основана на межличностных отношениях особого рода. Это "встреча доверия и совести". Доверие того, кто болен, страдает и нуждается в помощи, вверяет себя совести другого, того, кто может помочь нуждающемуся и приходит ему на помощь, чтобы позаботиться о нем и излечить его. Это медицинский работник.

Для врача с совестью больной не просто "клинический случай" — анонимный индивид, которому требуются плоды медицинских знаний, но человек, по отношении к которому он испытывает сочувствие, "сострадание" в этимологическом смысле этого слова.

Хотя есть много драматических вопросов в области здравоохранения и этики здравоохранения, наиболее фундаментальная тема в медицинской этике сегодня — отношения между человеком, который болен, и теми, кто осуществляет его лечение, т. е. врачами. Усиление специализации медицинского персонала создает возможности для столкновения среди профессионалов, спорах о правильных решениях по уходу за пациентами. Но, что более важно, технический уход создает разделение труда, которое может вылиться в восприятие пациента как системы органов, функций и частей тела. Уделять индивидуальное внимание людям, нуждающимся в помощи, становится все более сложно. С уменьшением числа врачей общей практики часто бывает трудно узнать, кто полностью отвечает за больного, кто "сводит все воедино", когда пациент находится в условиях стационара.

Основная дилемма нашего времени — столкновение ценностей технологии и медицины. Хотя мало кто может отрицать полезность современных медицинских устройств. Использование этих достижений должно управляться и ограничиваться человеческими и моральными целями. В самом деле, само провозглашение потребностей, которые приводят к развитию медицины, основано на моральных вопросах, которые предшествуют нравственным проблемам, возникающим позже с развитием самих технологий.

Болезнь человека — это всегда болезнь всей личности: тела, ума, духа. Врач никогда не должен упускать из виду глубокое единство человеческого бытия своего пациента в оче-

видном взаимодействии всех его телесных функций и в единстве его телесных, эмоциональных, интеллектуальных и духовных аспектов. Нельзя изолировать технические задачи, поставленные лечением конкретного заболевания, от заботы, которая должна уделяться пациенту во всех аспектах. Это следует иметь в виду, особенно в то время, когда медицинская наука имеет тенденцию к специализации в каждой дисциплине.

Хорошие отношения между врачом и пациентом требуют взаимодоверия и взаимоуважения. Обе стороны подходят к отношениям как независимые люди. Однако независимость специалистов сдерживается этикой их профессии. Пожалуй, самым важным следствием отношений является то, что они порождают обязательства для обеих сторон. Хотя врач должен уважать и поддерживать самостоятельность пациентов, он и не должен оставлять их, если они принимают неразумные и вредные решения. Хотя врач не обладает полномочиями аннулировать решение пациента, медицинские работники обязаны использовать рациональные убеждения, чтобы направлять пациентов к взаимоприемлемому результату. Для того, чтобы облегчить этот процесс, пациенты также должны быть открытыми и честными со своими врачами, быть готовыми объяснять свои решения и прислушиваться к советам лечащих врачей. Взаимное доверие и уважение, необходимые для этого процесса, означают, что как медицинские работники, так и их пациенты должны вести себя доверительно.

INSPIRUJĄCA ROLA BIBLIJNEJ TEOLOGII LUDZKIEJ CHOROBY I CIERPIENIA

Ksiądz Adam Dynak, Kanclerz Diecezji Witebskiej
Witebsk (Białoruś)

Choroba człowieka, jak i zresztą wszelkiego rodzaju cierpienie, od najdawniejszych czasów stanowiła dla niego problem. Na starożytnym Wschodzie bardzo często chorobę pojmowano jako karę, którą zsyłali, albo złe duchy, albo bogowie, zagniewani z powodu

wykroczeń człowieka, najczęściej przy składaniu ofiar. W celu odzyskania zdrowia składano niezliczoną ilość wszelkiego rodzaju ofiar. Medycyną zajmowali się najczęściej kapłani, a ich sztuka lekarska niejednokrotnie stanowiła jakiś rodzaj magii. W tym kontekście biblijne podejście do kwestii choroby jawi się czymś zupełnie oryginalnym. Objawienie biblijne wydaje się pomijać cały aspekt naukowy problemu, bardziej natomiast zajmuje się znaczeniem religijnym choroby i uleczenia. Inaczej mówiąc, Pismo Święte stara się udzielić odpowiedzi na pytanie: Jaką funkcję posiada choroba i ewentualne jej wyleczenie w Bożej ekonomii zbawienia?

Stary Testament

Biblia traktuje cierpienie człowieka bardzo poważnie. Jest ono złem, którego nie powinno być na ziemi, zdrowie natomiast jest wyrazem Bożego błogosławieństwa. W epoce starotestamentalnej cała rzeczywistość pojmowana jest jako w pełni zależna od Boga. Choroba i cierpienie nie stanowią tutaj wyjątków. Stąd też poprzez chorobę Bóg wymierza karę człowiekowi za niewierność względem Niego. Stąd też teologia Starego Przymierza akcentuje związek pomiędzy chorobą i grzechem. Bóg stworzył człowieka z przeznaczeniem do szczęścia. Choroba wraz z innymi nieszczęściami, których doświadcza człowiek, stoi w sprzeczności z zamiarem Stwórcy. Choroba weszła na świat jako jedno z następstw grzechu ludzi (Rdz 3, 16–19). Jest ona również jednym ze znaków zagniewania Boga na grzeszny świat (Wj 9, 1–12), a także przekleństwem, które spada na niewierny lud (Pp 28, 21–35). Tego rodzaju świadomość ma wyostrzyć w człowieku wyczucie grzechu. Dlatego też w modlitwie starotestamentalnej prośba o uleczenie zawsze łączy się z wyznaniem grzechów (np. Ps 38, 2–6; 39, 9–12).

Odwołując się do odpowiedzialności zbiorowej, Biblia Starego Testamentu nie zawsze potrafi udzielić odpowiedzi na pytanie: czy każda choroba jest spowodowana osobistymi grzechami tego, który musi ją znosić? W takich przypadkach autor natchniony udziela odpowiedzi dwojakiego rodzaju: choroba w przypadku człowieka sprawiedliwego może być doświadczeniem zesłanym przez Opatrzność dla wypróbowania jego wierności (np. Tobiasz, Hiob), bądź też posiada wartość zadośćuczynienia za winy grzeszników (np. cierpiący Sługa Pański u Izajasza).

Ukazane powyżej podejście Starego Testamentu do problemu

choroby człowieka wcale nie zakazuje praktyk lekarskich. Można by wymienić wiele takich przykładów. Biblia natomiast stanowczo sprzeciwia się wszelkim praktykom magicznym i bałwochwalczym, którymi była zarażona sztuka lekarska. Autor natchniony wzywa, aby pomocy w chorobie szukać na pierwszym miejscu u Boga, gdyż On jest Panem życia, on zsyła choroby, ale też i On leczy (Pp 32,39; Oz 6,1). Bóg jest lekarzem człowieka w pełnym tego słowa znaczeniu (Wj 15, 26). Pomimo tego, choroba zawsze pozostaje złem. Dlatego też orędzie prorockie, dotyczące czasów ostatecznych przewiduje brak chorób i cierpienia w nowym świecie eschatologicznym. Nie będzie wtedy chorych (Iz 35, 5n), nie będzie cierpień ani łez (Iz 25, 8; 65, 19). Tego rodzaju nauka przygotowywała grunt pod orędzie Nowego Testamentu w tym temacie.

Nowy Testament

Znaczna część publicznej działalności Jezusa z Nazaretu dotyczyła posługi ludziom cierpiącym na różnego rodzaju choroby. Zbawiciel widział w chorobie zło, które zniewala człowieka. Choroba była dla Niego znakiem panowania szatana nad człowiekiem (Łk 13,16). Ewangelie wielokrotnie ukazują Jezusa doświadczającego uczucia litości na widok ludzkiego cierpienia (Mt 20, 34). Każde cierpienie, z którym się spotyka, wzrusza Go do głębi i budzi w nim uczucie miłosierdzia. Jezus nie odróżnia specjalnie choroby od szatańskiego opętania, dla Niego obydwie rzeczywistości idą obok siebie w parze: obydwie są rezultatem potęgi szatana, a uzdrowienie z nich oznacza zwycięstwo Jezusa nad złym duchem. Warunkiem otrzymania uzdrowienia z choroby jest wiara w moc Jezusa ze strony chorego, bądź jego otoczenia.

Uzdrowienia dokonywane przez Jezusa nie zlikwidowały całkowicie choroby z historii świata. Jego cuda stanowią znak, iż moc Bożą mogąca pokonać chorobę już działa na świecie. Cudowne uzdrowienia stanowią więc swoistą antycypację stanu doskonałości, który ludzkość osiągnie w czasach ostatecznych, co było już wcześniej przedmiotem zapowiedzi proroków Starego Testamentu. Uzdrowienia dokonane przez Jezusa posiadają również znaczenie symboliczne. Choroba jest symbolem stanu, w jakim znajduje się człowiek grzeszny: jest on duchowo ślepy, głuchy i sparaliżowany. Tym samym uzdrowienie chorego jest również symbolem: Jezus dokonuje duchowego uzdrowienia ludzkości. Nie można w tym miejscu pominąć

także duchowego znaczenia Jego Męki: Jezus oswojony z cierpieniem, uczestniczył w cierpieniach ludzkości, by móc ostatecznie zwyciężyć zło, które ją gnębi.

Czasy apostolskie — czasy Kościoła

Jeszcze w czasie swojej ziemskiej, publicznej działalności Jezus, posyłając uczniów na misję głoszenia Królestwa Bożego, nakazywał im leczyć chorych, udzielając im potrzebnej do tego mocy (Mt 10, 8; Łk 10, 9). Takie samo polecenie przekazał im wstępując do nieba (Mk 16,17). Dokonywane uzdrowienia miały być argumentem wiarygodności ich misji i nauki, którą będą głosili. Miała to być również ciągłość i kontynuacja nauki Mistrza. Stąd też *Dzieje Apostolskie* niejednokrotnie opisują cudowne uzdrowienia dokonywane przez apostołów, ukazując tym samym potęgę imienia Jezusa i owoce Jego zmartwychwstania. Święty Paweł, wśród charyzmatów wymienia także dar uzdrawiania (1 Kor 12, 9.28.30). Dar ten stanowi znak działania Ducha Świętego w Kościele.

W Liście Świętego Jakuba znajdujemy, bardziej odnoszące się do codzienności wezwanie, by w przypadku choroby człowieka, kapłani namaszczali go olejem. Chorzy mają w tym czasie modlić się i z wiarą wyznawać swoje grzechy. Doznając odpuszczenia grzechów, mogli również oczekiwać łaski wyzdrowienia ze swojej choroby (zob. Jk 5, 14n). Z tekstu świętego nie wynika jednak pewność, że uzdrowienie dokona się natychmiast i że w ogóle się dokona. Uzdrowienie z choroby nie jest bowiem magicznym rezultatem modlitwy czy jakiegoś obrzędu liturgicznego. Powstaje w tutaj niebezpieczeństwo załamania się w wierze przy zetknięciu się z doświadczeniem choroby i cierpienia. Jak długo jednak istnieje świat, ludzkość będzie doświadczać na sobie skutków grzechu pierworodnego. W takich sytuacjach jest czymś niezwykle ważnym, by otworzyć się naprawdę, że z chwilą wzięcia na siebie naszych słabości w czasie Męki, Jezus nadał nowy sens wszelkiemu cierpieniu: odtąd posiada ono wartość zbawczą. Potwierdza to w swoim nauczaniu Święty Paweł: «W moim ciele dopełniam braki cierpień Chrystusa za Jego Ciało, którym jest Kościół» (Kol 1, 24, por. 2 Kor 4, 10). W myśl tego stwierdzenia choroba nie przestaje być nadal cierpieniem, jednak zmienia się jej postrzeganie, tak ze strony samego cierpiącego, jak i tych, którzy żyją z nim obok. Chodzi oczywiście o ludzi wierzących. Chrześcijanin postrzega cierpienie poprzez Jezusa Chrystusa, którego jest uczniem.

Chorując, człowiek wierzący posiada świadomość, że w swoim cierpieniu jest obrazem i znakiem Chrystusa: «cierpienia chrześcijanina są cierpieniami Chrystusa» (por. 2 Kor 1,5), «by wspólnie z Nim mieć udział w chwale» (por. Rz 8, 17), natomiast ludzie posługujący chorym mają w pamięci słowa Zbawiciela: «Odziedziczycie królestwo przygotowane dla was (…), bo byłem chory, a odwiedziliście mnie. (…) Wszystko, co zrobiliście dla jednego z tych najmniejszych moich braci, zrobiliście dla mnie» (Mt 25, 34.36.40). W ten sposób cierpienie, które w Starym Testamencie było przekleństwem, w Nowym Testamencie staje się błogosławieństwem.

Czytając Pismo Święte, mamy możliwość obserwacji na jej kartach niezwykle ciekawego procesu rozwoju teologii choroby i cierpienia. Nauka objawiona nie likwiduje choroby i nie umniejsza wypływających z niej skutków. Biblia uczy właściwego spojrzenia na tą trudną część ziemskiej rzeczywistości. Nauka ta osiągnęła swój pełny wyraz w postawie i nauce Jezusa Chrystusa. Dobra nowina Jego nauczania polega na tym, że cierpienie człowieka przeżywane w jedności z Nim uczynił jedną z najpewniejszych dróg zbawienia. Dotyczy to zarówno ludzi przeżywających osobiście ciężar choroby, jak i tych, którzy żyjąc obok, mają możliwość uczestniczyć w niej poprzez pomoc i opiekę nad chorym. Każdy bowiem kto staje przy cierpiącym zachęcany jest do tego, aby patrzeć na swoją obecność jako oddawanie swojego życia drugiemu. Jest to więc moment niezwykle twórczy, moment rodzenia się i poszerzania dobra. Światło rzucone przez przykład i naukę Jezusa Chrystusa na problem choroby i cierpienia stanowi jak najbardziej wystarczającą zachętę, zarówno dla wierzących pracowników sfery medycznej, jak i dla każdego chrześcijanina, by w kontakcie z osobami chorymi zdobywać się na wielkoduszną twórczość i jak najdalej idącą postawę miłości miłosiernej. Możliwości, jak się wydaje, istnieje wiele. Chodzi o te już znane, wypracowane i wypróbowane od lat, ale nie można na tym poprzestać. Obecne czasy, możliwości socjalne i techniczne, stwarzają nieustannie szerokie pole dla nowych pomysłów i sposobów działania. Z teologicznego punktu widzenia będzie to kontynuacja i dalszy rozwój podejścia do ludzkiego cierpienia, biorącego swój początek na kartach Świętej Księgi. Świat chrześcijański jest przecież spadkobiercą, stróżem ale kontynuatorem tego niezwykłego dziedzictwa.

СЭНС ХОСПІСНАГА ДУШПАСТЫРСТВА

Ксёндз Аляксандр Дулінец, Віцебская дыяцэзія
г. Віцебск (Беларусь)

Традыцыя гэтай практыкі сягае ў сярэднявечча, калі манахі пры сваіх кляштарах стваралі гасцінныя дамы, так званыя хоспісы. Гэтыя дамы былі прызначаны для гасціны і дапамогі змучаным і хворым пілігрымам. З часам хоспісы пачалі служылі ў якасці шпіталяў падчас вялікіх эпідэмій і войнаў. Стараючыся дапамагчы хворым, манахі клапаціліся аб збаўленні душаў паміраючых. Таму хоспіснае душпастырства - гэта апека Касцёла над чалавекам, які знаходзіцца на мяжы жыцця і смерці, над чалавекам церпячым. І таму трэба, каб у сваім цярпенні ён не бачыў пустку ў будучыні, не меў жалю да сябе, не глядзеў на свой ложак як прыладу смерці, але, перадусім, мог зразумець сэнс свайго цярпення. Гэта першы крок.

Другім крокам з'яўляецца прыняцце свайго цярпення. Гэта магчыма толькі ў перспектыве цярпення Хрыста, праз якое адбылося збаўленне свету. Таму чалавек, які вельмі церпіць, які заканчвае свой зямны шлях, усведамляе, што сустрэнецца з Богам і вечнасцю.

Далей — апостальства хворых, гэта асаблівае сведчанне, сведчанне пра Бога, пра сэнс жыцця. Як пераканаць чалавека, які сумняваецца ў існаванні Бога, у тым, што Ён нас любіць? Як пераканаць, як не праз згоду Яго волі, праз пастаўленне свайго ўласнага крыжа ў цяні Яго Крыжа, Яго мучаніцкай смерці і ўваскрасення. Таму вельмі важнай з'яўляецца душпастырская апека не толькі над людзьмі, якія знаходзяцца ў хоспісах, але таксама над іх роднымі і працаўнікамі службы здароўя. Менавіта асяроддзе хоспіснай апекі ствараюць хворыя, сем'і гэтых хворых, дактары, медсёстры і валанцёры. Гэта асяроддзе інтэгральна злучанае ў выкананні розных функцый і роляў, а сабраныя каля ложка, нібы пры алтары, на якім памірае чалавек. Хворы ў сваёй агоніі і смерці нагадвае Езуса на Галгоце, а сям'я, якая стаіць пад крыжам цярпення свайго блізкага, як Маці Божая, якая стаіць пад крыжам свайго Сына. Усе іншыя, якія дапамагаюць несці крыж цярпення хвораму і

яго сям'і, падобны да Веранікі, якая выцерла твар Хрыста падчас Крыжовага шляху. Усё ўдзельнікі хоспісу ўпісаныя ў рэчаіснасць збаўлення.

Сэнс хоспіснага душпастырства заключаецца таксама ў тым, каб, па меры чалавечых магчымасцяў і з дапамогай Бога, мінімалізаваць такія небяспекі як:

1. Страта вартасці хрысціянскага сэнсу цярпення перад абліччам незлічоных атакаў болю хваробы рака (хто адыходзячаму з гэтага свету пакажа крыж?)

2. Страта вартасці жыцця (эўтаназія, якую цяпер прымяняюць у некаторых краінах Захаду);

3. Страта вартасці паклікання сярод працаўнікоў службы здароўя;

4. Страта вартасці сэнсу "быцця" пры паміраючым, аднолькава для доктара, сям'і і святара.

Сапраўды адной з самых цяжкіх паслугаў адносна другога чалавека з'яўляецца апека ў хваробе. Яна больш цяжкая, калі чалавек апякуеццы іншым, невылечна хворым, чалавекам. Гэтая апека патрабуе не толькі часу, але і адвагі. Перадусім, патрабуе цярплівасці і вытрымкі. Змучанасць хваробаю на працягу доўгага часу вядзе да страты сэнсу жыцця, выклікае ахвоту смерці з дапамогаю эўтаназіі. Аднойчы старэнькая бабуля сказала мне: "Калі б было магчыма купіць смерць, я б яе купіла". І вось у такое асяроддзе павінен увайсці святар, як у святле Хрыстовага цярпення і збаўлення дапамагчы вярнуць з дапамогай Бога сэнс кожнай хвіліны жыцця. Каб нават сваёй прысутнасцю дапамагчы зразумець, што Бог ніколі не пакідае чалавека, асабліва ў такія цяжкія для яго моманты. Святар можа дапамагчы зразумець, што спагада да невылечна хворых людзей з'яўляецца апошняю праяваю любові, якую можна ім даць. Але не толькі святары, але і дактары, і медсёстры ствараюць умовы для захавання годнасці чалавека і служэння найбольшай справе - перавядзенне праз парог смерці ў жыццё вечнае. Іх прыязнае стаўленне і пастаянная прысутнасць каля хворана з'яўляюцца пацвярджэннем таго, што праз іх да хворага прыходзіць Хрыстус. І тады актуальнымі стануць словы Езуса Хрыста: "Хвароба гэтая не на смерць" (Ян 11, 4).

ЗНАЧЕНИЕ ДУХОВНО-ЭТИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В РЕФОРМИРОВАНИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

А. П. Грузневич, к. м. н., доцент; *Н. А. Артеменко,* к. м. н.
УО "Витебский государственный медицинский колледж"
г. Витебск (Беларусь)

Здоровое население является интеллектуальным, культурным, экономическим и политическим потенциалом любого государства. В условиях социально-экономического и административного реформирования системы здравоохранения Республики Беларусь стратегия развития сестринского дела должна быть социально приемлемой и гарантировать качество оказания медицинской помощи населению.

На фоне увеличения спроса населения на медицинские услуги происходит возрастание дефицита материальных и финансовых ресурсов обеспечения этой сферы. Кроме того, система здравоохранения страдает от несбалансированности медицинских кадров и недостаточного использования сестринского персонала.

Важнейшими детерминантами, определяющими на данном этапе потребность в развитии сестринского дела, выступают не только негативные медико-демографические процессы, ухудшение состояния здоровья населения, увеличение хронической патологии, подорожание стоимости медицинских услуг, но и активизация профилактической составляющей современной медицины, имеющей не столько собственно медицинское, сколько медико-социальное предназначение. В этой связи профессия медицинской сестры предстает как кардинально изменяющаяся и в содержании профессиональных обязанностей, и в изменении ее осмысления общественным сознанием и сознанием самих носителей медицинской профессиональной культуры.

Реформы отечественного здравоохранения направлены не только на обеспечение доступности и качества предоставляемых населению медицинских услуг, но и на усиление профилактической направленности. Однако решить задачи оптимизации медико-социальной помощи представляется прак-

тически невозможным без полноценного участия специалистов, имеющих среднее и высшее медицинское образование по специальности "сестринское дело" и составляющих самую многочисленную категорию работников здравоохранения.

Активное участие медицинских сестер в формировании здорового образа жизни населения существенно влияет на переориентацию традиционной функции медицины с лечебной на профилактическую как более гуманную, эффективную и экономичную. Формирование основ и условий повышения эффективности деятельности медицинской сестры возможно при повышении квалификации кадров, улучшении системы информационного обеспечения, повышении эффективности и качества медицинской помощи. Медицинская сестра многоуровневой подготовки выступает в роли менеджера, активно участвуя в рациональной организации лечебно-диагностического процесса. Вместе с тем недостаточна деятельность среднего медицинского персонала в формировании социальной политики в системе здравоохранения.

Представление о медицинской сестре как о помощнике врача, выполняющего вспомогательные функции, недооценка научного анализа в управлении и организации работы среднего медицинского персонала, изъяны профессиональной подготовки медицинских сестер приводят к ухудшению качества деятельности сестринского дела. Более того, десятилетиями функционирующая модель медицинской сестры как помощника врача в значительной степени обусловила дегуманизацию медико-социальной помощи, а такие ее составляющие, как милосердие, сопереживание, служение рассматриваются зачастую как архаизм сестринского дела. Между тем именно эти качественные характеристики профессии медицинской сестры являются ключевыми в условиях непосредственного контакта с населением не только при уходе за пациентом, но и в пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний и позитивно влияют на формирование медицинской активности пациентов. Милосердие, сострадание, духовность по-прежнему востребованы пациентами и являются основой сестринского дела.

Биоэтика как область междисциплинарных исследований, направленных на осмысление, обсуждение и разрешение

моральных проблем, порожденных новейшими достижениями биомедицинской науки и практикой здравоохранения, включает также круг этических проблем во взаимодействии медицинской сестры и пациента. Пока еще представление медицинского персонала и пациентов о роли медицинской сестры сводится к набору характеристик, свидетельствующих об отношении населения к медперсоналу как к манипуляторам определенных профессиональных действий. Тождественно представление самих носителей профессии. Отсутствие или незначительное внимание к личностным качествам обеих групп респондентов подтверждает размывание гуманистической составляющей профессии, направленной на профилактическую медико-социальную поддержку. В позитивном изменении медико-социальной поддержки населения особая роль отводится профессиональной группе медицинских сестер.

Роль среднего медицинского персонала долгое время принижалась либо игнорировалась. Увлечение высокими медицинскими технологиями, современной медицинской техникой, оборудованием уменьшило влияние медицинской сестры как представителя одной из самых важных профессии, которая имеет возможности не только профессионально применять различные медицинские технологии, но и оказывать огромное влияние доброжелательным отношением к пациенту. Современный пациент ощущает дефицит внимания к своей персоне, неповторимости своего духовного мира. Сестринское дело неразрывно связано с обучающей и психолого-коррекционной функцией, что также является весьма важным аспектом социальной роли медсестры.

Таким образом, сестринский персонал, обладающий высокими духовно-этическими качествами, рассматривается как реальный потенциал, способный удовлетворить потребности населения в доступной и высокоэффективной личностно-ориентированной медицинской помощи.

Литература

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

БЫТЬ ВЕРНЫМ ИСТОРИЧЕСКОМУ ВЫБОРУ МЕДИЦИНЫ

М. Ф. Яблонский, д-р мед. наук, профессор;
А. М. Тетюев, к.м.н., доцент; *А. А. Буйнов*, ст. преп. каф. судебной медицины, *С. Ю. Девятых*,
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"
г. Витебск (Беларусь)

Активное формирование и развитие биомедицинской этики в последние десятилетия неразрывно связано с развитием и реализацией прав человека на жизнь. В этом смысле биомедицинская этика является одной из форм защиты прав человека, его права на достойную жизнь, на охрану здоровья, на свободное самоопределение своей жизни. Примечательно, что сегодня многие вопросы, ранее относимые к проблемному полю профессиональной медицинской этики — медицинской деонтологии, получили свое правовое закрепление. К примеру, в Законе Республики Беларусь "О здравоохранении" (1993 г., с дополнениями от 10.07.2012 г.) в статье 31 содержится норма, законодательно запрещающая эвтаназию.

Как известно, эвтаназия — удовлетворение просьбы пациента о прекращении жизнедеятельности его организма и наступление смерти посредством каких-либо действий (бездействий) с целью избавления от мучительных страданий, вызванных неизлечимым заболеванием [1].

Вместе с тем многие вопросы, поставленные развитием биомедицинской науки, до сих пор не получили однозначных решений в рамках внерелигиозной медицинской этики, в том числе проблема эвтаназии.

Примечательно, что современные религии не дают какого-то принимаемого всеми ответа на вопрос о допустимости или недопустимости эвтаназии. Это обусловлено широким разнообразием представлений о смерти и жизни в рамках разных религиозных концепций.

Многие верят в загробную жизнь и временность земного существования, в вечную жизнь души после ухода из мира

сего (христиане, мусульмане). Медицинская этика, основанная на этих религиозных учениях, однозначно отвергает саму идею эвтаназии. В то же время другие допускают возможность многократного физического возрождения и возвращения в земной мир в различных живых формах (буддизм, индуизм). Медицинская этика, построенная на этих религиозных идеях, не так однозначна в вопросе эвтаназии.

Не следует забывать, что значительная часть населения мира (прежде всего западного) и вовсе безрелигиозна. Ныне многие не верят ни в какие формы жизни после смерти. И таких людей становится все больше. Захочет ли это численное большинство западных атеистов, агностиков и просто равнодушных в религиозном плане людей принять доводы и аргументы религиозной этики? Думается, нет. И здесь, как нам представляется, нужны аргументы, вытекающие из самой сущности профессии врача.

Общеизвестно, что в архаичных обществах, особенно в обществах, испытывающих постоянные проблемы с продовольствием и другими жизненными ресурсами, убийство стариков, больных, детей с патологией развития было делом обыденным. Старики ждали смерти и принимали ее тогда, когда выживание здоровых трудоспособных членов общества находилось под угрозой. Вместе с тем то, что было допустимо в архаичных обществах (подчеркнем, существующих в особых природно-климатических условиях — нивхи, айны, эвенки), существующих в условиях внешнего социального давления (например, общество Спарты), уже было недопустимо в ранних классовых обществах (к примеру, законодательство Вавилона запрещало аборты еще за 1000 лет до рождества Христова). Тем более это недопустимо в современных обществах, не испытывающих значительных проблем с жизненными ресурсами.

Клятва, приписываемая Гиппократу, однозначно отвергает эвтаназию как средство решения "проблемы пациента". И в этом проявляется гуманистическая сущность медицины: исцелять и облегчать страдания. Выбор, сделанный медициной более двух с половиной тысяч лет назад, знаменовал также переход от варварства к цивилизации.

Полагаем, что, приняв эвтаназию как норму практического здравоохранения, медицина исказит свою гуманистическую сущность — помогать слабым и беззащитным: старикам, детям, больным.

Вместе с тем в современном западном обществе, ориентированном на все возрастающее потребление, социальную активность, результативность деятельности и практическую полезность, идея эвтаназии завоевывает все больше сторонников.

Уже сегодня речь идет об эвтаназии как средстве решения проблемы не только терминальных больных, но и как об инструменте социально-организованного отбора по физическим признакам. Так, идея наделить родителей правом убийства детей в возрасте до двух лет уже активно дискутируется медицинским сообществом Западной Европы [2].

Сегодня перед медициной снова стоит проблема нравственного выбора: согласиться на эвтаназию и расписаться в собственном бессилии перед болезнью, или отстаивать право на жизнь и наращивать научный поиск.

Если мы сегодня выберем эвтаназию, чем будем отличаться от нацистов с их идеей физического совершенства и расовой чистоты? Если же сегодня мы отвергнем эвтаназию, значит, подтвердим правоту исторического выбора медицины, сделанного еще во времена Гиппократа.

Сегодняшний выбор врачей определит лицо медицины завтрашнего дня. Какое оно будет, зависит от каждого из нас. И об этом не стоит забывать.

Литература

1. Девятых С. Ю. Введение в биоэтику человека: Информационные материалы к спецкурсу "Биоэтика человека" [Текст] / С. Ю. Девятых. — Витебск: ВГУ, 2003. — 32 с.

2. Право на убийство младенцев-инвалидов их родителями — еще одна "ценность" либеройдных людоедов [Текст] / Время революций. — № 81. — С. 4.

О МОРАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЯХ ВО ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

М. Ф. Яблонский, д-р мед. наук, профессор;
А. М. Тетюев, к.м.н., доцент; *А. А. Буйнов,* ст. преп. каф. судебной медицины; *А. Г. Денисенко,* к.м.н., ассистент
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"
г. Витебск (Беларусь)

Достаточная профессиональная подготовка врачей, позволяющая оказывать пациентам необходимую квалифицированную диагностическую и лечебную помощь, является основой успешной деятельности. В то же время профессионализм медицинских работников должен сочетаться с высокими моральными качествами, гуманизмом, соблюдением принципов и норм общечеловеческой морали, которая является традиционной профессиональной этикой — медицинской деонтологией.

Новейшие достижения медицинской науки, внедрение новых медико-биологических технологий породили множество проблем морального и правового порядка, требующих своего разрешения.

Так, например, чтобы пересадить орган, ткань (трансплантат) для спасения жизни, человеку необходимо, чтобы для этого имелись абсолютные показания. Однако и многие успешные операции по трансплантации не сняли ряда сложных вопросов юридического и этического характера в этой проблеме. Остается еще нерешенным вопрос об определении показаний для пересадки органов, тканей, степени риска для донора и реципиента и др.

Необходимость разработки вопросов биомедицинской этики связана и с развитием методов искусственного оплодотворения, суррогатного материнства, стерилизации как метода контрацепции или лишения способности к воспроизводству потомства, пренатальной диагностики пола, определения, как долго следует поддерживать жизнь с помощью искусственного дыхания и кровообращения у пациента после гибели коры головного мозга.

Статья 2 Конституции РБ гласит: "Человек, его права, свободы и гарантии их реализации являются высшей ценностью и целью общества и государства. Государство ответственно перед гражданином за создание условий для свободного и достойного развития личности".

Важнейшим вопросом развития биомедицинской этики является разработка вопросов нового понимания характера взаимоотношений медицинских учреждений, врачей и их пациентов в условиях появления частных клиник, страховой медицины и т.д.

В соответствии с Законом РБ "О здравоохранении" и уголовным законодательством медицинские работники несут ответственность за разглашение врачебной тайны. Однако и здесь остается ряд нерешенных вопросов.

Многие вопросы этического характера, возникающие между пациентом и врачом, еще требуют своего решения, например, как поступать при отказе пациента от оказания медицинской помощи, или несоблюдении пациентом врачебных предписаний либо правил внутреннего распорядка организаций здравоохранения.

Важным условием развития медицинской этики является необходимость этиче-ского и правового регулирования научных исследований в биологии и медицине, которые могут оказать существенное и не всегда однозначное влияние на судьбы многих людей. Не следует забывать, что при проведении биомедицинских экспериментов на людях и животных необходимо обеспечить минимум риска для испытуемых, защиту их здоровья, а также исключение страданий и боли. Научные исследования должны быть регламентированы.

Серьезные этические и моральные вопросы иногда возникают в связи с распространением целительства не врачами, а экстрасенсами, знахарями, колдунами и т.д.

Значимость вышеперечисленных вопросов привела к развитию биомедицинской этики и определила круг проблем, которыми она занимается. Биомедицинская этика формирует отношение к больному как к равноправному субъекту в его взаимоотношениях с врачом, включая учение о моральных ценностях во врачебной деятельности. Они касаются отно-

шений к жизни и смерти, здоровья, правомерности и оценки врачебной деятельности, соблюдения прав и свобод человека, отношений к окружающей среде, религии.

Формирование и развитие биомедицинской этики неразрывно связано с утверждением прав человека, с неотчуждаемыми правами личности пациента. Биомедицинская этика является одной из форм защиты прав человека, его права на жизнь, на охрану здоровья, на свободное самоопределение своей жизни.

Исходя из важности вопроса о морально-этической деятельности медицинских работников по оказанию людям лечебно-профилактической помощи, в Законе РБ "О здравоохранении" зафиксирована статья 48, регламентирующая создание комитетов (комиссий) по вопросам медицинской этики и деонтологии, которые могли бы участвовать в разработке норм медицинской этики и деонтологии.

Литература

1. Конституция РБ 1994 г. (с изменениями, принятыми на республиканских ре-ферендумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004г.).

2. Закон РБ "О здравоохранении" от 18.06.1993 г., дополнения от 10 июля 2012 г.

БИОЭТИКА КАК МИРОВОЕ ЯВЛЕНИЕ

Е. А. Кунцевич, ст. преп. каф. анатомии и физиологии
УО "Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова"
г. Витебск (Беларусь)

Конец XX – начало XXI века — это время триумфа биологических наук, которые дают возможность погрузиться в неизведанные глубины тайны всего живого и, прежде всего, человека. Но уже сейчас очевидно, что эта высота человеческого познания, которая несет, безусловно, положительные для человеческого существования колоссальные открытия, позволяет одновременно говорить о перспективах глобальной катастрофы, вызванной как неспособностью предвидеть все

последствия новейших достижений, так и невозможностью предотвратить отрицательные результаты человеческой деятельности.

Среди американских исследователей бытует мнение, что на становление биоэтики как новой отрасли научного знания оказали влияние два фактора: во-первых, бурные общественно-политические события; во-вторых, интенсивное развитие биомедицинского знания, рост технического обеспечения в медицинской практике и порождаемые им неоднозначные результаты.

Стоит отметить, что научные открытия в медицинской сфере и смена на их основе медицинской практики присущи многим предыдущим векам. Принципиальное отличие биомедицинских научных достижений конца XX века в том, что медицина уже не только работает для сохранения жизни и здоровья, но и получает технологические средства для непосредственного управления их основами.

На сегодня биоэтика является научной дисциплиной, которая не имеет однозначно взвешенного и общепринятого научного аппарата. В научном измерении биоэтика постоянно расширяет предметную плоскость и выделяет все более широкий круг осложненных проблем. Одна из ведущих специалистов по биоэтике в России И. С. Силуянова считает, что "*биоэтика* — это современная форма традиционной профессиональной биомедицинской этики, в которой регулирование человеческих отношений подчинено сверхзадаче сохранения жизни рода человеческого" [1].

Авторитетные исследователи по биомедицинской этике в Республике Беларусь Т. В. Мишаткина и Я. С. Яскевич делают акцент на различия между биоэтикой и биомедицинской этикой. Они рассматривают биоэтику и биомедицинскую этику как взаимосвязь общего и единичного иного. *Биоэтика*, с их точки зрения, "в качестве общего глубже и существеннее касается проблем жизни любого живого". Она занимается разработкой "нравственных норм и принципов, регламентирующих практические действия людей в исследовании природы и человека, моральных критериев социальной деятельности в преобразовании окружающей среды", оценивает "роль и место человека в рамках биологической реальности", обо-

сновывает "теоретические основы концепции коэволюции общества и природы как статуса категорий жизни и смерти". А биомедицинская этика в качестве единичного конкретизирует принципы биоэтики по отношении к Человеку [2].

Сегодня в научной литературе существуют различные точки зрения по поводу основных принципов биоэтики. Но в основном ученые и практики, как правило, исходят из двух моделей — американской и европейской. Одними из первых, кто предложил концепцию биоэтики, были американские ученые Т. Л. Бичамп и Дж. Ф. Чилдресс. Они предложили такие основополагающие принципы биоэтики, как:

1) *принцип автономии* (индивид вправе распоряжаться своим здоровьем и благополучием, даже отказываться от лечения при условии, что это не будет стоить ему жизни);

2) принцип "*не навреди*" (этот принцип берет начало из клятвы Гиппократа и требует минимизации ущерба, наносимого пациенту при медицинском вмешательстве);

3) *принцип блага* (моральный долг делать добро, который акцентирует обязанность врача осуществлять действия, направленные на улучшение состояния пациента);

4) *принцип справедливости* (этот принцип подчеркивает необходимость равного отношения к пациентам, а также справедливого распределения ресурсов, которые всегда ограничены при оказании медицинской помощи).

Существует западноевропейский вариант исходных принципов биоэтики, предложенный авторами исследовательского проекта ВЮМЕБ II, а именно:

1) *принцип автономии*;

2) *принцип человеческого достоинства* (гарантирует достойное отношение к пациенту в том случае, если он лишен автономных решений и действий, этот принцип, как правило, применяется к людям, которые находятся в недееспособном физическом и психическом состоянии, а также к малолетним детям);

3) *принцип интегральности* (предусматривает неприкосновенность психофизической целостности человека и используется в случаях, грозящих нарушением личностной идентичности на основании вмешательства в генетическую природу);

4) *принцип уязвимости* (предусматривает ответственное

отношение к человеческой жизни, осознание того, что она является конечной и хрупкой).

Сравнительный анализ этих систем принципов иллюстрирует, что американская модель принципов выбирает за исходную точку отношения "врач — пациент", а западноевропейская — "личность — государство".

Анализ названных принципов говорит о том, что они могут быть применены в том случае, когда биоэтика отождествляется с медицинской этикой. Когда биоэтику рассматривают в широком предметном определении, т.е. когда ее пределы исследования расширяются на живую природу в целом, т.е.:

- *биосфероцентризм*, который требует защищать не только человека, но и весь животный и растительный мир, всю биоту в целом и окружающую среду;
- *коэволюционный* — требует процесса взаимодействия природы и общества, биосферы и человека, их гармоничного развития.

Предлагаются также принципы социализации, свободы и ответственности, интегральности, универсальности, благоговения перед жизнью.

Со второй половине XX столетия осуществляется попытка найти пути спасения через преодоление противоречий между естественными и гуманитарными науками, более того - через налаживание между ними сотрудничества. Это и явилось основой появления биоэтики, которая показала сочетание двух, казалось бы, таких разных наук: биологиии этики, науки о живых системах, и науки о системах моральных ценностей.

На современном этапе одной из ключевых задач биоэтики на уровне теории является не только четкое определение ее предметной плоскости, но и обоснование базовых принципов, на которых может быть построена непротиворечивая, цельная биоэтика и варианты ее практического воплощения.

Литература

1. Силуянова И. В. Биоэтика России: ценности и законы. — М., 2001. — С. 60-120.

2. Мишаткина Т. В. Этика: учебн. пособие / под ред. Т. В. Мишаткиной, Я. С. Яскевич. — 5-е изд., стер. — Минск: Новое знание, 2008. — 584с.

НАУЧНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ

Н. М. Яцковская, ст. преп. каф. анатомии и физиологии
УО "Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова"
г. Витебск (Беларусь)

Сострадание к животным так тесно связано
с добротою характера, что можно с уверенностью
утверждать, что не может быть добрым тот,
кто жесток с животными.
А. Шопенгауэр

Ежегодно огромное число животных погибает при проведении научных экспериментов. В настоящее время национальные и европейские законодательства, регулирующие проведение экспериментов на животных, требуют, чтобы всякий раз, когда это возможно, применялись методы без использования животных. Во многих странах для того, чтобы получить лицензию на проведение работ с лабораторными животными необходимо представить детальную программу мероприятий по сокращению, усовершен-ствованию и замене экспериментов с использованием животных.

Основные морально-этические принципы проведения биомедицинских экспериментов на животных сформулированы Международным советом медицинских научных обществ (CIOMS) и Хельсинкской декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (2000).

На международном уровне правовой основой законотворчества по регуляции проведения экспериментов на животных является Европейская Конвенция о защите позвоночных животных, используемых в эксперименте и для других научных целей (№ 123, 1986 г.), включающая основные положения Этического кодекса СММНО.

Ранее, в 1959 году, под редакцией У. Рассела и Р. Берча вышла книга "Принципы гуманной экспериментальной техники", в которой авторами была показана четкая корреляция между

гуманностью научного эксперимента и его научной эффективностью. В монографии Рассела и Берча обоснована концепция гуманного использования животных в экспериментах, получившая название "Биоэтическая концепция трех R". В основе данной концепции лежат три основные положения: Refinement — улучшение, Reduction — сокращение, Replacement — замена.

Refinement — улучшение условий содержания лабораторных животных и ис-пользования их в экспериментах, уменьшение дистресса животных во время экспериментов и применение обезболивающих средств, но не в ущерб цели эксперимента. Reduction — достижение воспроизводимых результатов с использованием минимального количества животных, адекватный выбор лабораторных животных, оптимальное планирование. Replacement — замена в опыте, когда это возможно, высокоорганизованных животных менее развитыми живыми объектами или применение альтернативных методов исследования, к которым относятся: хранение информации и обмен информацией о проведенных экспериментах (во избежание их повторения); использование математических и компьютерных моделей; моделирование биохимических, физиологических, токсикологических, фармакологических и поведенческих систем и процессов; апробирование новых методик хирургических вмешательств на муляжах и трупах, на сосудах живой плаценты; использование методов in vitro (субклеточные фракции, срезы и культура тканей, в том числе тканей человека).

Замена экспериментов на животных альтернативными методам не всегда возможна, так как многие научные эксперименты невозможно проводить на менее сложных объектах, чем целостный организм. В случае использования в научных исследованиях лабораторных животных должны соблюдаться основные этические принципы: непричинение вреда и научная обоснованность исследования. Это значит, что экспериментатор должен стремиться, по возможности, не причинять животным боли и неудобства, нести ответственность за их состояние и условия содержания, планировать эксперимент и обосновать его необходимость, изыскивая альтернативные способы получения данных без привлечения живых животных.

Критериями необходимости использования лабораторных животных для научных и учебных целей выступают: выполнение фундаментальных научных исследований, требующих экспериментального подтверждения, направленных на получение результатов, не достижимых другими средствами; обучение технике неотложных оперативных вмешательств; овладение навыками и умениями, необходимыми для последующей работы в клинике, приобретение которых не может быть обеспечено другими способами и т. д.

Таким образом, исследования с использованием лабораторных животных должны проводиться в соответствии с концепцией гуманного эксперимента. Необходимо сокращать количество животных, используемых в экспериментах; минимизировать страдания подопытных животных; избегать применения веществ и растворов с выраженными раздражающими свойствами; привязывать животных так, чтобы не причинить им боли или повреждений и не нарушить нормального кровообращения, а также не изменить правильного положения мышц или частей тела и т.д. Соответственно персонал, допущенные к работе с животными, должен обладать достаточной компетентностью, быть обученным правильному обращению с животными, поскольку физический контакт с ними является частью ежедневной работы персонала по уходу за животными.

Согласно Европейской конвенции по защите прав позвоночных, исследователь может использовать животное "в поисках знаний, здоровья и безопасности", уважая право на жизнь каждого животного, принимая в расчет его способность страдать, и использование животных только тогда, когда это может привести к получению знаний или к общему улучшению жизни человека или животных.

Таким образом, этичность эксперимента выступает как обязательное требование во всех странах мира и является показателем нравственного, профессионального и культурного уровня ученого. Соблюдение этого требования должно стать основанием для обязательного проведения эко- и/или биоэтической экспертизы диссертационных работ естественно-научного, медико-биологического, сельскохозяйственного, инженерно-технического профилей, представляемых к защите.

БИОЭТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛЕТОК ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТАХ

О. А. Лукин, к.в.н. УО "Могилевский государственный университет продовольствия"
г. Могилев (Беларусь)

Развитие и подъем технологий использования культур клеток (in vitro), расширение экспериментов на живом организме (in vivo) обострили вопрос об уважении к животным, природной среде, человеку. Современные биомедицинские исследования экономически востребованы в связи с появлением лекарственных препаратов нового поколения, приборов и диагностических исследований. На протяжении длительного периода времени защита прав испытуемых при разработке лекарств, процедур, методов лечения, диагностики рассматривалась как защита целостной личности. Вероятно, что права исследуемого подразумевают уважение и к биологическому материалу и персональным данным.

Эффективность использования животных в исследованиях и тестировании лекарственных препаратов показывает, что значительное число создаваемых лекарственных средств забраковывается на ранних стадиях клинических экспериментов, прошедших на животных по схеме, включающей опыты на острую и хроническую токсичность, канцерогенность, мутагенность и тератогенность. Причины низкой отдачи экспериментов на животных зачастую определяются биологическими различиями между человеком и животным. Разница в реакциях на токсичные вещества у животных и человека может быть и следствием различий в абсорбции, кишечной флоре, распределении в тканях, метаболизме, включая биоинтоксикацию и детоксикацию, а также в механизмах и скорости реакций восстановления и выделения.

При использовании животных тканей в ряде практических работах возможна их заменена растительными материалами. Митохондрия может быть извлечена из плесени, картофеля, свеклы вместо традиционной печени крысы. В биомедицинских исследованиях погибают десятки миллионов

лабораторных животных. Проблеме замены животных культурами клеток тканей, компьютерными, биохимическими моделями, изолированными органами уделяется большое внимание. К примеру, альтернативные методы нашли распространение при производстве вакцин в вирусологии, токсикологических исследованиях, тестировании безопасности пищевых продуктов и лекарственных препаратов, в физиологических исследованиях, санитарно-гигиенических работах.

Расширение возможностей прижизненного наблюдения клеток, используемых с экспериментальными животными, имеет биоэтический источник происхождения, предполагает своеобразное универсальное образование, открывающее уважение к любой жизни, развивающее ответственность человека за состояние природы.

РЕЛИГИОЗНО-ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ

Л. В. Лукина, к.и.н., доцент
УО "Витебская ордена Знак Почета государственная академия ветеринарной медицины",
г. Витебск (Беларусь)

Историческая специфика, логические основания определили становление и выработку религиозно-этических принципов, синтезированных в содержании "уважения прав и достоинства человека" модели деонтологии. Деонтологическая модель врачебной этики, исходя из исторических особенностей, опираясь на религиозную культуру, представляет совокупность "должных" правил, которые соответствуют конкретной области медицинской практики. Например, деонтологическая модель врачебной этики в хирургической деонтологии Н. Н. Петрова.

Истоки представлений о "должном" заложены в религи-

озно-нравственном сознании, для которого характерно соизмерение с "должным" и осуществление оценки действий не только по результатам, но и по помыслам. Религиозное сознание указывает человеку на действительную цель его существования в мире. Согласно В. Н. Лосскому, догматы в богословии — это не "противоречащие разумному рассуждению внешние авторитеты, по послушанию принятые и затем к нашему пониманию приспособленные", но и зачатки "нового познания" [2]. Тайна же человеческого существа заключается в том, что человек является "причастником божественного естества" (2 Пет.1), реализованное в Боговоплощении, оно создает и гарантирует "тайну Личности".

Исцеление человека от духовных и телесных болезней, вплоть до частичной победы над смертью, — все это "дела" Христовы, которые являются примером и призывом к делам человеческим. Так, аналогия между некоторыми евангельскими чудесами и современными медицинскими технологиями усматривается между "исцелениями", "оживлениями" и уровнем развития реанимационных методик, жизнеподдерживающих систем. Исцеления, осуществляемые Богом и человеком, "отличаются не по цели и существу", а по "способам их достижения". Принцип "святости жизни", наряду с догматом о Боговоплощении, представляет значение для этических проблем врачевания. В Евангелии святость, освящение представляются везде как свойство христианства во всех его проявлениях: "да святится имя Твое" (Мф. 6,9), "Отче Святый... освятил истиною Твоею" (Ин. 17,11,17) [1].

Литература

1. Библия. Книги Священного Писания, Ветхого и Нового Завета, Канонические / В рус. переводе с параллельными местами. США, Швеция: Издание "Русское библейское общество", б.г. — 600.с.

2. Лосский, В. Н. Бог и мировое зло. - М.: Республика,1994. — 432с.

ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ОСНОВАМ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

Н. Г. Харкевич, д-р мед. наук, профессор; *Г. Г. Бурак,* к.м.н., доцент; *И. В. Самсонова,* к.м.н., доцент; Т. И. Ким, ассистент
УО " Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Медицинская этика и деонтология не являются предметом типового учебного плана, а рассматриваются как междисциплинарная проблема [2].Формирование медицинской этики и деонтологии как междисциплинарной проблемы должно:

а) планово осуществляться во всех образовательных учреждениях медицинского профиля и их структурных подразделениях;

б) базироваться на осознанной потребности гуманного отношения медицинских работников не только к жизни, но и к смерти;

в) сочетать в себе как специальную, так и нравственно-профессиональную подготовку;

г) завершиться (конечная цель!) превращением знаний норм и принципов медицинской этики и деонтологии в личные убеждения обучающихся медицине, формирующиеся на понимании необходимости и целесообразности соблюдения их в практической деятельности;

д) основываться на использовании различных форм (обязательных и факультативных, аудиторных и внеаудиторных) овладения основами медицинской этики и деонтологии.

Цель исследования. Анализ форм и методов обучения студентов на морфологических кафедрах в целях обоснования принципов формирования элементов врачебной этики и деонтологии на начальных этапах медицинского образования при изучении строения тела человека.

Методы. Учебно-исследовательский, аналитический.

Результаты исследования. Первые знания основ медицин-

ской науки и здравоохранения, первые познания особенностей врачебной профессии приобретаются на кафедрах медико-биологического профиля университетов и, прежде всего, при изучении строения тела человека на кафедре анатомии. Именно на кафедре анатомии человека через решение специфических учебных задач закладывается фундамент для последующей специальной деонтологической подготовки, осуществляемой на клинических кафедрах. Наряду с приобретением студентами знаний о строении тела человека, им прививаются нравственно-психологические качества, соответствующие гуманистическому назначению медицины.

Психологическая адаптация и выработка у студентов определенных (специфических!) морально-этических качеств предопределяется использованием в учебном процессе тела умершего человека, его органов и отдельных частей. Учитывая, что деонтологические требования, регулирующие практическую деятельность врачей различных специализаций, носят специфический характер, а анатомия человека имеет непосредственный выход в клинику, то элементы деонтологии должны в обязательном порядке находить отражение в процессе ее преподавания [1,3]. Наиболее значимыми принципами преподавания основ медицинской этики и деонтологии при изучении строения тела человека мы считаем следующие:

1) врачебная этика как органическая часть врачевания формировалась вместе с развитием медицины, что предопределяет ознакомление студентов с историей становления и современной интерпретацией ее важных положений;

2) наиболее полноценным методом изучения строения тела человека является препарирование тел умерших людей и использование в процессе аудиторного и внеаудиторного обучения натуральных учебных препаратов, поэтому студенты должны знать, что использование тел умерших людей требует соблюдения правовых, морально-этических, эстетических и организационных норм, с которыми их следует ознакомить. Основные нормативные положения об использовании тел умерших людей в учебном процессе обязывают преподавателей проинформировать студентов об источниках поступления трупов и методах их сохранения, научить студентов методам препарирования трупов и отдельных органов, позаботить-

ся об эстетичности анатомических препаратов и о бережном и уважительном отношении к ним, о гуманном отношении к останкам трупов при их захоронении;

3) оказание обучающимся медицине помощи в психологической адаптации к работе с анатомическим материалом и формирование навыка хранения врачебной тайны с приучением студентов к закрытости (корпоративности) обсуждения вопросов и сдержанности при обсуждении учебных дел и впечатлений, связанных с работой с анатомическими препаратами;

4) формирование клинического мышления при изучении строения тела человека, что в последующем может стать основой деонтологии применительно к определенной специальности;

5) проведение бесед и оказание помощи студентам при подготовке ими сообщений по морально-этическим проблемам медицины (по плану УИРС и НИРС).

Заключение. Таким образом, формирование медицинской этики и деонтологии, то есть взаимоотношений служителей от медицины и здравоохранения, с одной стороны, с отдельными людьми, группой лиц или обществом в целом, процесс очень сложный, трудоемкий, многоликий, таящий в себе много приятного, неожиданного, противоречивого, а порой оскорбительного и болезненного. Проблемность преподавания медицинской этики и деонтологии в системе медицинского образования предопределяет разумное сочетание специальной и нравственно-профессиональной подготовки студентов-медиков, начиная с познания структурной организации тела человека на всех уровнях организации.

Литература

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

2. Макшанов И. Я. Врачебная деонтология: Учебное пособие / И. Я. Макшанов. — Мн.: Высшая школа. — 1998. — 159 с.

3. Харкевич Н. Г. Профессиональное обучение и духовное воспитание студенческой молодежи /Н. Г.Харкевич, Г. Г.Бурак, О. М.Васильев/ / Проблемы врачебной этики в современном мире. IX Междун. мед. конф. Тезисы докладов. — Мн.: "Про Христо". — 2013. — С.18–21.

СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ И СРЕДСТВА ФОРМИРОВАНИЯ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА

В. С. Глушанко, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

А. М. Шестак, начальник воспитательного отдела университета

Н. В. Лаппо, внештатный зав. общеуниверситетским УМИК по ФЗОЖ, преподаватель каф. общественного здоровья и здравоохранения

Введение. В современном мире устойчивое развитие общества невозможно без достижения гендерного равноправия. Под гендерным равенством понимается равное положение, независимость, ответственность и участие обоих полов в общественной и частной жизни. Гендерное равенство - это равный доступ женщин и мужчин к экономическим ресурсам и равноценность "женских" и "мужских" профессий, ролей в обществе; равное отношение общества к вкладу тех и других в экономическое и демографическое развитие.

Ресурсы общества, которое ориентировано на гендерное равенство, направлены на развитие личности вне зависимости от принадлежности к определенному полу. Гендерное равенство является необходимым условием инновационного развития и новым потенциалом модернизации общества. Оно способствует человеческому развитию потенциала и позитивно влияет на экономические составляющие.

Цель. Определить индикаторы формирования гендерного равенства на примере университета.

Материалы и методы. Применен аналитический метод. Использованы материалы нормативно-правовой базы.

Результаты и обсуждение. Гендерное равенство - это одна из составляющих уровня демократизации общества и его цивилизованности. Гендерная политика государства трансформируется в сфере принятия решений и в общественно-политической жизни, в экономике, в укреплении репродуктивно-

го здоровья женщин и мужчин, в развитии гендерно-чувствительного общественного сознания, в предотвращении домашнего насилия. В соответствии с Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (CEDAW), Декларацией IV Всемирной Конференции по улучшению положения женщин (Пекин, 1995г.), Декларацией тысячелетия, Национальным планом действий по обеспечению гендерного равенства в Республике Беларусь на 2011-2015 годы, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 16 августа 2011 г. № 1101, рекомендованы воспитательные мероприятия для учреждений высшего образования. Данные мероприятия охватывают широкий спектр деятельности разных подразделений университета.

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения проводится информационно-пропагандистская работа по формированию у студентов навыков самосохранительного поведения, по вопросам женского и мужского здоровья. Дидактические основы самосохранительного поведения раскрываются через призму личностно-ориентированного обучения в учебном процессе кафедры. В частности, придается огромное значение профилактике различных заболеваний и социальных патологий, а также формированию здорового образа жизни (ФЗОЖ). Целью преподавания данного направления является подготовка высокопрофессиональных медицинских кадров, владеющих самосохраняющим поведением, и воспитание населения в этом духе.

Согласно учебной программе, под руководством кафедры каждый студент готовит одно из средств привития медико-гигиенических знаний согласно "Тематике видеофильмов, видеороликов, видеофокусов, мультимедийных презентаций, лекций, санитарных бюллетеней, плакатов, памяток, фотофокусов, буклетов по формированию здорового образа жизни".

При кафедре общественного здоровья и здравоохранения ВГМУ функционирует учебно-методический и информационный кабинет (УМИК) по ФЗОЖ. Кабинет оснащен видеотехникой, стендами, нормативными документами по ФЗОЖ, комплектами медико-гигиенических средств, имеется систематизированный тематический каталог мультимедийных презентаций, материалы по здоровому образу жизни,

которые используют кураторы всего университета при проведении кураторских часов.

Установлены следующие индикаторы укрепления репродуктивного здоровья женщин и мужчин: заболеваемость мужчин и женщин; уровень репродуктивного здоровья; ожидаемая продолжительность предстоящей жизни мужчин и женщин; индекс здоровья женщин и мужчин; уровень распространения ВИЧ-инфекции среди беременных женщин; распространенность абортов; доля беременных женщин, своевременно ставших на учет в организациях здравоохранения; распространенность инфекций, передаваемых половым путем; количество медицинских работников, прошедших обучение согласно международным стандартам; объем финансовых ресурсов, направленных на охрану репродуктивного здоровья женщин и мужчин; онкологическая заболеваемость и др.Знания и практические умения по расчету и анализу названных индикаторов прививаются в учебном процессе кафедры общественного здоровья и здравоохранения ВГМУ.

В направлении формирования потребности в здоровом образе жизни, в улучшении репродуктивного, психологического и соматического здоровья молодежи на кафедре разрабатываются мультимедийные презентации, видеоролики, лекции, санитарные бюллетени, плакаты, памятки, а также другие средства по темам: "Профилактика инфекций, передающихся половым путем", "Аборты и их влияние на репродуктивную систему женщины", "Противодействие домашнему насилию","-Возрождение авторитета семьи и семейных ценностей как фактор улучшения и последующего демографического роста воспроизводства населения", "Подросткам о контрацепции", "Профилактика рака молочной железы" и др.

Выводы:

1. Информационно-пропагандистская работа университета по формированию у студентов навыков самосохранительного поведения, а также по вопросам женского и мужского здоровья способствует подготовке высокопрофессиональных медицинских кадров и повышению приоритета гендерной политики.

2. Расчет и анализ индикаторов укрепления репродуктивного здоровья женщин и мужчин является основой привития знаний и практических умений.

3. Подготовка и гласная апробация средств привития медико-гигиенических знаний формирует у студентов потребность в здоровом образе жизни, повышает эффективность механизмов, направленных на установление гендерного равенства и защиту прав женщин.

4. Гендерное равенство имеет политическую, экономическую и социальную основы.

5. Обозначенные в статье мероприятия являются частью складывающейся системы гендерного образования и просвещения.

Литература

1. Национальный план действий по обеспечению гендерного равенства в Республике Беларусь на 2011-2015 годы, утвержденный постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 16 августа 2011 г. № 1101.

2. Глушанко, В. С. Общественное здоровье и здравоохранение: пособие; под ред. д-ра мед. наук, профессора В. П. Дейкало. / В. С. Глушанко. — 2-е изд., перераб. и доп. — Витебск: ВГМУ. — 2011. — 491с.

3. Глушанко, В. С. Индекс развития человеческого потенциала в контексте образовательных и здоровьесберегающих технологий проблемы старения населения / Е. В. Яснова, Н. В. Лаппо, В. С. Глушанко // Программа 65-й научно-практической конференции студентов и молодых ученых "Актуальные вопросы современной медицины и фармации", 24-25 апреля 2013 года — С. 48.

4. Глушанко, В. С. Организация деятельности службы государственного санитарного надзора: Учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко, А. П. Тимофеева, А. П. Грузневич; под ред. д.м.н., профессора В. С. Глушанко. — Витебск: ВГМУ. — 2013. — 144 с.

5. Дейкало, В. П. Биомедицинские и биофармацевтические аспекты образовательного процесса современного медицинского университета / В. П. Дейкало, В. С. Глушанко, Т. Л. Петрище, А. П. Грузневич // V международная медицинская конференция. Проблемы врачебной этики в современном мире. Витебск, 30 мая 2009 г. — Минск: ПРО ХРИСТО. — 2009. — С.44-48.

6. Glushanko V. S., Nikitsenka T. V., Shchokatava H. V. Innovative academic-methodical complex of training of english-speaking students on discipline public health and public health services / Заочная Интернет-конференция // Иноязычное образование: [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.vgmu.vitebsk.by / webconf-materials /420-sek-2-rnat-9.html Дата доступа: 21.07.2012.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

В. В. Шкатуло, каф. анатомии и физиологии
УО "Витебский государственный университет
им. П.М. Машерова"
г. Витебск (Беларусь)

Все мы стремимся к сохранению хорошего здоровья. Причем особенно сильно начинаем ценить здоровье, когда ощущаем на себе какого это — утратить полноценное здоровье. Здоровье современного человека оставляет желать лучшего. К сожалению, большое количество лекарств здоровее нас не делает, в то время, как на действительно здоровый образ жизни у человека времени нет. Именно время, прежде всего, нам с вами необходимо для поддержания своего здоровья, а лишь затем средства, которые мы в правильном направлении должны направлять. Правильное питание и спорт — это основа основ здоровья человека.

Отличительными особенностями образа жизни современного человека, которые определяются нынешними социальными условиями, являются: снижение физической активности; чрезмерный нервный стресс; культивирование положительных эмоций через создание индустрии удовольствий и стимуляция физических рефлексов, сведение к минимуму неудовольствий; проблемы экологии и нерационального питания.

Здоровый человек никогда не допустит в свою жизнь вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики, неправильное питание, привычка засиживаться за компьютером допоздна, привычка брать на себя слишком многое). Здоровье требует внимательности ко всему, постоянного самоконтроля.

Здоровье также обеспечивается за счет движения (физические нагрузки, постоянная активность (предпочитать прогулки лежанию на диване, подъем пешком по лестнице — лифту)). Современный мир организован таким образом, что человек большую часть времени проводит в малоподвижном состоянии. Это наиболее серьезная проблема современного

поколения. Сидя в неподвижном состоянии в течение хотя бы 3–4 часов в день, увеличивается риск развития диабета, вносится разлад в работу сердечно-сосудистой системы и т.д. При этом неважно, ходит ли человек до или после работы в тренажерный зал или бассейн, так как физическая нагрузка не может серьезно изменить общей картины, хотя и является полезной для здоровья.

Важно контролировать и питание (отказаться от переедания, полуфабрикатов, приучить себя к завтраку, употреблять необходимое количество чистой воды). Необходимо следить и за стрессами. Здоровый человек — спокойный человек.

Окружающая среда — это система, в которой живет человек, от ее качественных показателей зависит уровень жизни. Факторы, формирующие здоровье человека, напрямую взаимосвязаны с состоянием среды его обитания. Ухудшение экологической обстановки, техногенные воздействия на организм в ряде случаев ответственны за возникновение серьезных заболеваний. Здоровый человек может потерять свое физическое, психическое и социальное благополучие и в том случае, если его регион постоянного проживания окажется в зоне экологического бедствия. Самое серьезное следствие загрязнение биосферы заключается в генетических последствиях [1].

Своевременная медицинская профилактика болезней также оказывает влияние на общий уровень здоровья современного человека. Люди, попадающие в группу риска по тем или иным показателям, должны своевременно проходить медицинские обследования.

Таким образом, формирование здорового образа жизни — это сложный системный процесс, охватывающий множество компонентов образа жизни современного общества и включающий основные сферы и направления жизнедеятельности людей.

Литература

1. Протасов В.Ф. Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России: Учебное и справочное пособие. — 3-е изд. — М.: Финансы и статистика, 2001.

ФАКТОРЫ РИСКА ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА

И. И. Ефременко, к.б.н., доцент каф. анатомии и физиологии
Н. Д. Ефременко, студ. 2-го курса биологического факультета
УО "Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова"
г. Витебск (Беларусь)

Учеными доказано, что здоровье человека лишь на 7–10 % зависит от здравоохранения и более чем на 50 % — от образа жизни, то есть знаний и умений сохранять его самим человеком [1]. Пренебрежение этим в школьные годы приводит к тому, что человек не берет на себя ответственность за собственное здоровье.

Цель исследования. Выявить факторы риска здоровья современного студента педагогического вуза. Исследование осуществлялось на двух факультетах (биологическом; педагогическом) и охватывало студентов 1–3-го и 5-го курсов.

У современных студентов среди нарушений здоровья на первое место выступают функциональные заболевания нервной системы (19,1 %), вегето-сосудистая дистония, кариес зубов, миопия, хронические заболевания лор. органов, гипертоническая болезнь, заболевания органов пищеварения (38,3%), системы кровообращения (28,9%) [2].

Все эти факторы — результат несвоевременного приема пищи, систематического недосыпания, малого пребывания на свежем воздухе, недостаточной двигательной активности, отсутствие закаливающих процедур, курение и т.д.

В профилактике заболеваний, оздоровления, организации здорового образа жизни и свободного времени студентов одним из наиболее доступным и эффективным средством являются физкультурные и спортивные занятия. По результатам опроса выяснилось, что студенты в свободное от учебы время ведут пассивный образ жизни: играют в компьютерные игры — 89 %; читают газеты и журналы — 60,6 %; смотрят телепередачи и видеофильмы — 77,3 %. Только 31,3 % студентов занимаются физкультурой, спортом, туризмом.

Забота о своем физическом состоянии отмечается у деву-

шек и юношей. У девушек это проявляется в поддержании пропорции телосложения — 56 %; юношей — в заботе о развитии мускулатуры — 58 %.

Среди причин невнимания к поддержанию своего физического состояния студенты отмечают:

- нехватка времени (17,5 % девушек, 42,6 % юношей);
- отсутствие воли, упорства, настойчивости (17,5 % девушек, 20,8 % юношей).

А такие простые и доступные средства, как самомассаж, закаливание и аутогенная тренировка вообще редко используются студентами.

Вывод. Жизнь человека зависит от состояния здоровья организма и масштабов использования его психофизиологического потенциала. Поэтому необходимо донести жизненно важную информацию до сознания каждого человека о:

- соблюдении режима труда и отдыха;
- организации сна;
- организации режима питания;
- организации двигательной активности;
- соблюдении личной гигиены и оздоровительной роли закаливания;
- профилактике вредных привычек;
- культуре межличностного общения;
- психофизической регуляции организма;
- культуре сексуального поведения;
- критериях эффективности использования здорового образа жизни;
- необходимости физического самовоспитания и самосовершенствования, которые являются условием здорового образа жизни.

Литература

1. Казначеев В. П., Баевский Р. М. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. — Л.: Медицина, 2006.

2. Красноперова Н. А. Информационное обеспечение ориентирования студента на здоровый образ жизни в процессе профессионального становления / Н.А. Красноперова. // Валеология. — 2008. — № 1.

ПРИЧИНЫ КУРЕНИЯ МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ

И. И. Ефременко, к.б.н., доцент каф. анатомии и физиологии
УО "Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова"
г. Витебск (Беларусь)

В распространении этой вредной привычки имеет значение своеобразное принуждение детей к курению со стороны курящих. В школах курящие считают некурящих трусами, "маменькиными сынками", не вышедшими из-под опеки родителей, несамостоятельными [1]. Независимо от характера причин, толкнувших на курение, ответ, как правило, повторяется. Желание покурить, вдохнуть аромат табачного дыма и затянуться приходит незаметно, но, к сожалению, становится все более сильным.

Цель исследования: выявить причины курения современного студента педагогического вуза. Исследование осуществлялось на биологическом факультете и охватывало студентов 2, 3 5 курсов.

Данные исследования причин курения у студентов (на основе анкетирования и опроса 120 курильщиков) приведены в таблице.

Результаты исследования причин курения у студентов.

Возрастная группа	Процентное соотношение зависимости от причин курения			
	Подражание другим	Чувство новизны, интереса	Желание казаться взрослыми	Точная причина не известна
Студенты 2-го курса	4,1	25,5	25,0	45,4
3-го курса	1,5	10,0	25,1	63,4
5-го курса	0	0	1,5	98,5

Часть ребят начинают курить очень рано — с пятого класса. Половина из них подражают товарищам по школе, двору, причем, как правило, более старшим. Еще почти половина

ребят курят из-за стремления к необычности, таинственности: ведь надо раздобыть сигареты и спички, спрятаться в укромном месте... Это похоже на маленькое приключение.

Но вот со школьной скамьи вчерашний одиннадцатиклассник попадает в вузовскую аудиторию. Теперь он стал действительно почти взрослым, самостоятельным. Более четверти опрошенных курят, чтобы показаться солиднее. Да и просто "по привычке" курят очень многие! Уже на втором курсе берут в руки сигарету более 40% студентов. Следует подчеркнуть, что опрос проводился среди студентов биологического факультета. А ведь именно биологи лучше других знают о вреде курения.

В распространении курения среди девушек немалую роль играет мода. На материале анкетного опроса на вопрос, почему девушки стали курить, 60% из них ответили, что "это красиво", "это модно", другие ответили, что "курят, потому что хотят нравиться", "хотят привлечь к себе внимание". Часто девушки начинают курить в компаниях. Видя, что курящие девушки обращают на себя большее внимание мужской части компании ("лучше смотрятся", "выглядят самостоятельнее"), "рабыни моды" не желают отставать от курящих и тоже тянутся за сигаретой [1].

Согласно данным статистики, представительницы женского пола начинают курить обычно позже, чем представители мужского: соответственно в среднем в 15–22 года и в 12–18 лет. Здесь сказывается влияние различных факторов: ослабление контроля родителей; особенности компании для девушек; курит или не курит ее знакомый юноша или мужчина. Нередко некоторые курильщики стремятся вовлечь в эту вредную привычку других людей, то ли с целью привлечь их к себе, привязать сильнее, то ли для того, чтобы убедиться в своем влиянии на них.

После 30 лет обычно начинают курить редко, к этому времени человек уже достаточно созрел для того, чтобы не совершать необдуманных поступков, умышленно же начинать курить он не станет, так как вред курения, в принципе, всем известен. Ослабевает к этому возрасту и влияние непосредственного окружения, и человек ориентируется на более ши-

рокий круг людей, не замыкаясь на представлениях и характере поведения какой-либо узкой группы. Вместе с тем, порой и в зрелом возрасте человек может оказаться податлив к предложению начать курить: например, следуя настоятельным советам окружающих курильщиков в случае какого-либо несчастья, когда самоконтроль ослаблен, а курение рекомендуют в качестве отвлекающего и успокаивающего средства. Чаще это давление оказывается действенным в отношении женщин [1].

Следует отметить, что некоторые курильщики считают курение для себя безвредным, а в некотором отношении и полезным. При этом вредные стороны действия наркотического вещества выставляются в качестве привлекательных и полезных. Например, курение в определенной ситуации могут рекомендовать для заглушения чувства голода.

Итак, если причинами начала курения у юношей являются стремление подражать взрослым, отождествление курения с представлениями о самостоятельности, силе, мужественности, то у девушек начало курения часто связано с кокетством, стремлением к оригинальности, желанием нравиться юношам.

Литература

1. Копыт Н. Я., Сидоров П. И. Профилактика алкоголизма и курения у подростков. — М., 2001. — 235с.

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ, СТУДЕНТЫ О ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКЕ

Н. Г. Харкевич, д-р мед. наук, профессор; *Г. Г. Бурак,* к.м.н., доцент кафедры анатомии человека; *О. М. Васильев*

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

Врачебная профессия — это своеобразное и исключительное отношение человека к человеку.

Врач должен знать, как вести себя с больным, как ставить диагноз и лечить больного, знать, как это делалось раньше

нашими предшественниками, нашими учителями, знать историю врачебного поведения.

Основным условием в индивидуальных взаимоотношениях врача с больным является авторитет врача, где особую роль играют его душевные качества. Для успеха лечения кроме знаний необходимо еще что-то несверхъестественное, а вполне естественное: чуткость, сердечность, доброта, самопожертвование, сочувствие, умение утешить, обна-дежить и др. Хороший врач должен быть хорошим человеком.

В индийской медицине встречаются указания, что врач, который желает иметь успех, должен быть здоров, опрятен, скромен, терпелив, носить коротко остриженную бороду, старательно очищенные обрезанные ногти, белую одежду и т.д.

Аналогичные советы имеются и у Гиппократа: "Врач, насколько позволяет ему его природа, должен иметь хороший цвет лица и быть в добром теле, ведь если он сам за собой не умеет хорошо присмотреть, то что же он должен предпринять хорошего для других. Врач должен быть сам чистым и хорошо одетым и должен быть парфюмирован благовонными мазями; врач должен вести благопристойный образ жизни".

Особые трудности испытывают молодые врачи. У них трудности работы зависят от того чувства врачебного такта, которое успели привить учителя и которое молодые врачи принесли с собой на трудную арену своей деятельности.

Очень красноречиво и трогательно напутствовал своих учеников профессор Ленинградского медицинского института Л. И. Дембо: "Иди в мир и не греши" ("Врачебная тайна", Л. 1930).

Цель. Оценить уровень знаний врачебной этики студентами и совершенствовать его в процессе учебы.

Материалы и методы. Исследование проводили на лечебном факультете третьего курса анкетно-опросным методом. Разработана анонимная анкета, в которой отражены разные аспекты и вопросы врачебной этики, характеризующие исследуемую проблему. Всего опрошено 88 студентов, 76 девушек и 12 парней.

Результаты исследования и обсуждение. Преобладающее большинство респондентов очень логично и правильно раз-

бираются в вопросах врачебной этики, особенно во взаимоотношениях врача и больного. С первого курса студенты усвоили, что лечить надо не болезнь отдельного органа человека, а организм в целом, нет болезни в человеке, а есть больной человек. Необходимо вникать в душевную сферу больного, лечить его сочувствуя и твердо знать патогенез и прогноз заболевания. Врач должен чувствовать высокую моральную ответственность в лечении больных, которую так хорошо отобразил в своей книге М. М. Дитерихс "Душа хирурга" (1925). Эту душу должен иметь в себе каждый врач: больше ответственности в отношении к себе и больше человечности в отношении к больному. Так считают все респонденты.

Поступая в медицинский ВУЗ, студент должен знать, какие душевные качества бу-дут искать в нем его пациенты. В связи с этим некоторые студенты (12,5 %) предлагают разработать тесты для поступающих абитуриентов о пригодности их к врачебной деятельности (любовь к больному, сострадание, доброта, сердечность, душевность, неподкуп-ность, чувство долга и др.). Будучи на третьем курсе, студенты поняли, что никакая самая сложная современная аппаратура и техника, самые эффективные лекарства не заменят сердечного, ободряющего, ласкового слова врача. Они уже узнали, что быть врачом очень сложно. Надо изучать и знать не только медицинскую науку и уметь лечить больное тело, но и лечить душу пациента. Проблема души и тела во все века интересовала не только медицину, но и философию, искусство, литературу всего мира. Широки должны быть духовные интересы настоящего врача и безгранична должна быть его образованность. Он должен представлять собой чистый и человеческий образ. Во врачебной работе нет ни одного шага, где врач был бы свободен от своей моральной обязанности думать и забо-титься о благе больного. Во имя этого блага врачи должны работать над собой, непрерыв-но пополняя свои знания, обогащая свою память и опыт. Наши студенты отлично учатся и достойно ведут себя с пациентами.

На вопрос, должен ли врач говорить больному всю правду о его болезни, большинство респондентов (70,5 %) ответили отрицательно. Как бы ни тяжел был больной, даже со зло-

качественным заболеванием он всегда склонен быть обманутым и рад слышать ободряющие слова и облегчить его мрачное настроение. Диалектически мыслящий врач сумеет разобраться в вопросе, какую правду можно говорить больному и какую нельзя.

Нелегок путь врача. Сложна и ответственна его работа. Но несмотря ни на что большинство врачей с ней справляются. С особенно большой гордостью могут сказать студенты и все медработники о врачах-хирургах, которые умело сочетают "кровавую" профессию с исключительной мягкостью, душевностью и гуманизмом своего характера. К ним мы относим хирургов больницы скорой медицинской помощи: Н. И. Пискуновича, В. В. Володькина, Г. Ф. Лавриновича, В. В. Становенко и многих других У них учатся молодые врачи, как вести себя с больными, ставить диагноз, лечить. Жизнь учит нас многому и именно тому, чего не вычитаешь ни в каких учебниках и руководствах. Мы можем уверенно сказать, что профессия врача прекрасна, и вряд ли существуют профес-сии лучше врачебной.

Примерами врачебной этики должны быть самые лучшие человеческие качества: простота, бескорыстие, неподкупность, правдивость, чувство долга, жизнерадостность, самопожертвование, доброта, сердечность, душевность, высокая гуманность, любовь к людям и многие другие. Так высказались все наши респонденты.

Выводы: требования высшей морали предъявляются к врачам с глубокой древности по сей день, так как врачи держат в своих руках высшее благо на земле — здоровье. Врачебная этика — это отношение врачей не только к больному, но и к здоровым, и друг к другу. На всем протяжении истории медицины эти вопросы являлись предметом оживленных дискуссий. Этика врача красноречиво изложена в клятве Гиппократа. Он также давал советы врачам быть опрятными, точными, обладать присутствием духа. Впоследствии появилась эстетотерапия — лечение красотой. Врачи продолжают изучать врачебную науку, способствовать ее процветанию. Ради блага больного они прибегают к советам своих коллег, более сведущих и опытных (консилиумы). Сумма знаний и сумма чело-

веч-ности во враче делают его хорошим или плохим. Всегда были и теперь есть и хорошие и плохие врачи. Но во все исторические времена лучшие представители нашей профессии старались выкристаллизовать символ врачебной этики в хорошей красивой форме. Этим занимаемся мы и учим этому наших студентов.

ОБСЛУЖИВАНИЕ ПОЖИЛЫХ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК: ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

В. В. Кугач, к.фарм. н..; *Т. Л. Петрище,* ст. преп.;
С. Г. Троина, аспирант кафедры организации
и экономики фармации
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет"
г. Витебск (Беларусь)

Аптека выполняет важную функцию по обеспечению населения безопасными эффективными и качественными лекарственными средствами и оказанию фармацевтических услуг. Однако также важными являются коммерческие интересы аптеки, которые должны реализовываться в соответствии с этическими принципами и нормами.

Наиболее частыми посетителями аптек являются пациенты пожилого возраста. Они очень уязвимы в социальном, психологическом, экономическом отношении и особенно чувствительны к соблюдению аптечными работниками норм фармацевтической этики и деонтологии. Кроме того, для современного общества характерны определенные стереотипы в отношении пожилых людей: "все старики одинаковые", "они социально изолированы", "у них нет денег", "им уже ничего не надо" и др. Иногда это приводит к негативному отношению и отсутствию толерантности работников аптек к пожилым людям. А ведь именно с данной категорией населения фармацевтические работники должны быть особенно вежливыми, тактичными, уметь установить контакт и оказать ква-

лифицированную фармацевтическую помощь. Поэтому необходимо знать особенности поведения гериатрических пациентов в аптеке и обучать провизоров и фармацевтов навыкам общения с ними [1, 2].

Этические принципы, на которых базируется биомедицинская этика [3], могут служить фундаментом этического обслуживания пожилых посетителей аптек. Во-первых, это принцип уважения автономии личности. Пациент является самостоятельной, сформированной личностью, к которой следует проявлять уважение. У людей пожилого и старческого возраста зачастую наблюдаются возрастные личностные изменения: консерватизм и нетерпимость в отношении всего нового, упрямство, ранимость, сентиментальность, обидчивость, склонность к нравоучениям в сочетании с повышенной внушаемостью и легковерием [1]. Важно быть приветливым, доброжелательным к каждому пожилому посетителю, продемонстрировать свою заинтересованность и желание помочь, не повышать голос, не раздражаться, не упрекать и не торопиться, предупреждать возникновение конфликтов. Очень часто люди старшей возрастной категории испытывают страх, беспокойство, тревогу, чувство одиночества, бесполезности, подавленности и неуверенности. В этом случае следует оказать психологическую поддержку, вовлечь клиента в процесс оказания ему фармацевтической помощи ("фармацевтическое сотрудничество") [2].

Во-вторых, необходимо соблюдать принцип непричинения вреда. Это главное профессиональное правило фармацевтических работников, которое заключается в обязательном предоставлении посетителю аптеки исчерпывающей информации о лекарственном средстве (как его принимать, с чем оно может взаимодействовать, какие могут быть побочные эффекты) [3]. Пожилым пациентам в связи с различными функциональными и органическими возрастными изменениями (ухудшение памяти, внимания, зрения, слуха, психомоторной деятельности) информацию лучше подавать в структурированном виде, использовать простые слова, избегать сложной терминологии, не перегружать память посетителя маловажной информацией. Говорить медленно, громко и чет-

ко, короткими фразами, при необходимости повторить сказанное несколько раз или записать информацию на бумаге. При консультировании необходимо учитывать возрастные особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств, наличие сопутствующих заболеваний [2].

В-третьих, немаловажное значение имеют принципы благодеяния и справедливости. Пожилому пациенту важно чувствовать, что фармацевтический работник действует в его интересах, учитывает привычки, разделяет его горе и т.д. Все это способствует созданию доверительных отношений между пожилым посетителем и фармацевтическим работником, формированию положительного имиджа аптеки. Фармацевтический работник должен демонстрировать одинаково уважительное отношение ко всем пациентам, никого не выделяя и не допуская неприязни на любых основаниях. При возможности пожилому посетителю необходимо дать понять, что о нем проявляют заботу не только отдельные работники и аптека, но и вся система здравоохранения в целом [3].

Таким образом, при общении с пожилыми покупателями целесообразно поддерживать позитивный образ пожилого человека. При таком отношении складывается более успешная коммуникация с клиентом.

В связи с высокими требованиями, предъявляемыми к обслуживанию пожилых посетителей аптек, важным является формирование этической и психологической компетентности фармацевтического работника. Повышение уровня профессиональной подготовки по гериатрии и гериатрической фармакотерапии является важным фактором успешной фармацевтической деятельности в современных условиях.

Заключение. Обслуживание пожилых посетителей в аптеках имеет свои особенности, связанные с личностными, функциональными и органическими возрастными изменениями. В связи с этим важным является соблюдение этических принципов уважения автономии личности, непричинение вреда, благодеяние, справедливость, а также формирование у фармацевтических работников этической и психологической компетентности.

Литература:

1. Гурьянова, М.Н. Этико-деонтологические особенности оказания фармацевти-ческой помощи пожилым покупателям / М. Н. Гурьянова / / Новая аптека. — 2009. — №11. — С. 44–47.

2. Пожилые люди как особая категория посетителей аптек / В. В. Кугач [и др.] // Геронтология. Научно-практический электронный журнал. — 2013. — № 2. — С. 189–201 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://gerontology.esrae.ru/2-21 http://gerontology.esrae.ru/2-21. — Дата доступа: 05.02.2014.

3. Александров, А. А. Биомедицинская этика в системе последипломного образования врачей / А. А. Александров, Т. В. Мишаткина, Т. В. Силич; под ред. Г. Я. Хулупа. — Минск: БелМАПО, 2008. — 134 с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

М. Н. Нурбаева, к.м.н., доцент
Я. С. Сипайло, учитель УО "Гимназия № 4 г. Витебска"
А. Бондарцова, И. Янченко, 10 кл.
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. В последние годы общеизвестным стало такое явление, как старение населения — увеличение доли людей пенсионного возраста в общей численности населения. И касается оно не только экономики. Каждый день мы видим вокруг большое количество пожилых людей, но при этом редко задумываемся о том, что им необходима наша помощь и внимание.

Целью данной работы было исследовать качество жизни пожилых людей и влияние на него их деятельности и общения.

Методы. Статистический, аналитический.

Нами было проведено анкетирование 24 людей пенсионного возраста, проживающих в г. Витебске. Средний возраст опрошенных составил 74 года. 25 % опрошенных работает, 75 % — на пенсии. У 87,5 % есть родные, 3 % одиноки. Половина опрошенных не имеет друзей. 50 % респондентов проживают одни, из них 20 % родственники навещают редко (реже, чем раз в месяц).

29 % опрошенных ответили, что нуждаются в помощи (по уходу, ведению хозяйства), 71 % — нет.

83 % респондентов общаются с соседями и 50 % — со своими сверстниками.

75 % опрошенных посещают храм (46 % — церковь, 29 % — костел).

Большинство пожилых людей (87,5 %) не посещают никаких обществ по интересам. Регулярно за медицинской помощью обращаются 37,5 % опрошенных.

На вопрос "Меняется ли Ваше самочувствие после общения с родственниками и друзьями?" 87,5 % опрошенных ответили "да, улучшается", 4,2 % — "да, ухудшается" и 8,3 % не ощущают разницы. У всех опрошенных улучшается самочувствие, когда они заняты любимым делом. Также у большинства респондентов (79 %) самочувствие улучшается во время молитвы, посещения церкви/ костела и др. мест для молитвы. Разделились мнения в вопросе "Хотели бы Вы, чтобы родственники посещали Вас чаще?" (половина ответила "да", половина — "нет"). 71 % опрошенных ответили, что нуждаются в регулярной помощи социальных работников, 21 % — в регулярном посещении священником.

Таким образом, анкетирование показало, что пенсионеры, в большинстве, ведут довольно замкнутый образ жизни. Далеко не все имеют широкий круг общения, у некоторых нет ни родственников, ни друзей.

Также заметно, что почти на всех респондентов положительно влияет и общение с окружающими, и занятия нравящимися им делами, и духовное общение (молитва).

Примечательно то, что ни один респондент не ответил, что нуждается в регулярной помощи волонтеров. Возможно, это связано с тем, что такое явление, как волонтерство, развито слабо.

Так, молодежи можно выделить две задачи:

- организация и развитие волонтерского движения;
- забота о пожилых людях.

АКТИВНОСТЬ ЛИЧНОСТИ В ПРОЦЕССЕ УСВОЕНИЯ И ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ

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

Общественные ценности играют важнейшую регулирующую роль в жизнедеятельности людей. Под ценностью мы понимаем всю значимость явлений действительности, их соответствие основным потребностям общества в целом, отельных социальных групп и индивида. Общественные ценности — это фундаментальные социальные блага, обеспечивающие продуктивное и гармоничное функционирование и развитие общества. Сюда мы относим как общие философские категории, такие, как мир, равенство, справедливость, долг, честь, достоинство, духовность, нравственность, так и более частные, присущие отдельным социальным группам. Однако необходимо, чтобы эти признанные общественные ценности превратились в ценности личностные, став элементом индивидуального сознания личности.

Известно, что для личности характерна собственная активность, которая проявляется в деятельном отношении к миру, в способности преобразования материальной и духовной среды, в усвоении и преобразовании тех общественных ценностей, которые приняты в социуме. Особое значение здесь имеет не только то, какие элементы общественного сознания вошли в сознание личности, но какие мотивы личности побуждают их выполнять. Следовательно, мотив — эта та субъективная причина, которая обуславливает поведение и деятельность личности, выбор того или иного способа деятельности и его осуществления. Мотив определяет личностный смысл как всей деятельности личности, так и отдельных действий в структуре этой деятельности. От мотива зависит качественная особенность всей деятельности. Чем полнее и глубже личность осознает мотивы своего поведения, тем больше власть

над этим поведением, а следовательно, выше и личностная активность.

Мотив принятия и следования принятым общественным ценностям определяется личностным смыслом. В личностном смысле усвоение общественных ценностей происходит не только на уровне индивидуального сознания, но и на эмоциональном уровне, на уровне психической организации через постепенную бессознательную автоматизацию применения этих ценностей в различных жизненных ситуациях.

Мы определили, что общественные ценности — это общественно значимые для социума материальные, социальные объекты, духовная деятельность человека и ее результаты. Общественные ценности не подвергаются сомнению, служа эталоном для всех людей. Их усвоение и преобразование происходит посредством влияния различных микрофакторов, мезофакторов и макрофакторов. Принятие и усвоение социальных ценностей осуществляется при помощи различных механизмов — традиционного, институционального, стилизованного, межличностного. Однако наиболее важным нам видится механизм рефлексии.

Рефлексия связана с процессами рассмотрения, оценки, принятия или неприятия тех или иных ценностей, то есть в этом процессе налицо собственная активность личности. С помощью рефлексии личность может формироваться и изменяться в результате осознания и переживания той реальности, в которой она живет, своего места в этой реальности и себя самой.

Если мы рассмотрим иерархизированную систему ценностей вообще, то на самом верху пирамиды будут находиться общественные ценности, затем ценности и ценностные ориентации определенного общества, далее следуют ценности микросреды, конкретной группы. В самом низу этой пирамиды находятся ценности самой личности. Необходимо, чтобы верхний пласт этой пирамиды стал нижним, а это происходит посредством активной осознанной деятельности личности по его принятию, усвоению и преобразованию.

Усвоение личностью общественных ценностей проходит через ряд стадий. Первая стадия — формирование у личнос-

ти представления о себе (кто есть "Я"?); вторая стадия — попытка понять и оценить окружающий мир; третья — соотношение себя и окружающего мира, сознание себя частью этого мира; четвертая — размышление о цели жизни; пятая — ориентировочная самооценка, рефлексия; шестая — определение личностью стиля своего поведения, образа действия, конкретных видов, ведущих к поставленной цели; седьмая — коррекция и самокоррекция ценностных ориентаций. Активность личности при прохождении этих стадий — это переход от авторитарности общества к личностной самостоятельности, от исполнительности к творческой инициативе, от внушаемого, некритического, импульсивного поведения к осознанной регуляции поступков и поведения на основе усвоенных личностью общественных ценностей.

Активность личности в процессе усвоения и преобразования общественных норм проявляется в процессе духовно-практического освоения действительности, которое выражается в некоторых аспектах. Во-первых, активность личности проявляется в способности оценки действительности. Во-вторых, наличие у личности базовых представлений о морали, добре, сформированность базовых социальных норм. В-третьих, осознание необходимости соблюдать и выполнять социальные нормы, которые определены общественными ценностями. В-четвертых, умение объективно оценивать свои отдельные поступки, основываясь на базе общественных норм и ценностей. В-пятых, наличие в сознании личности представлений об итоге усвоения всей системы общественных ценностей. Благодаря собственной активности личность переходит к более полному и осознанному усвоению общественных ценностей, а не к некой формальной нормативности.

Таким образом, освоение общественных требований и, как следствие, усвоение и преобразование общественных ценностей в личностные ценности имеет активный и заинтересованный характер. При личностной активности в этом процессе более глубоко постигается сущность содержания той или иной общественной ценности. Активность личности также позволяет на фоне усвоенных общественных ценностей развивать личностные качества. Активность личности в фор-

мировании целостного представления обо всей системе общественных ценностей делает личность способной действовать самостоятельно, сознательно и творчески в различных жизненных ситуациях.

Литература

1. Михалкович, Н. В. Духовность человека: педагогика развития: учеб. пособие / Н. В. Михалкович [и др.]; под ред. Н. В. Михалковича. — Минск.: Тесей, 2006. — 400 с.

2. Крысько, В. Г. Социальная психология: Схемы и комментарии / В. Г. Крысько. — М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001. — 208 с.

3. Разин, А. В. Основы этики: учебник / А. В. Разин (Профессиональное образование). — М.: ИД "ФОРУМ": ИНФРА-М, 2008. — 304 с.

ASSOCIAZIONE TRENTINA "AIUTIAMOLI A VIVERE"

Dott. Ermanno Sant
Italia

L' Associazione Trentina "Aiutiamoli a Vivere" che ha sede a Condino in via Battisti 5, nata nel 1994, raccoglie 33 Comitati sparsi in tutto il Trentino e 5 in Friuli venezia Giulia.

I comitati sono composti da famiglie volontarie che hanno come scopo primario l'accoglienza per una "vacanza terapeutica" di bambini Bielorussi.

L'associazione aiutiamoli a vivere con i suoi volontari attua anche altri "progetti di solidariet?", tra gli altri:

1. "Un passo per il futuro" che si rivolge a giovani bielorussi meritevoli che in mancanza di mezzi finanziari, li aiuta nel loro percorso formativo.

2. "Le vacanze lavoro", attraverso le quali nostri volontari offrono il loro periodo di ferie andando a lavorare in Bielorussia in istituti, ospedali e orfanatrofi.

3. "I TIR della speranza", attraverso i quali vengono raccolti medicinali e attrezzature mediche che vengono spedite in Bielorussia.

All'interno dell'Associazione, ? attivo il gruppo clown "un

cuore per un sorriso" Il cui obiettivo ? di operare nei reparti con i bambini, nelle case di riposo, e nel nostro territorio, ovunque ci sia la necessit? di portare un sorriso. Centrale ? inoltre la sua missione in Bielorussia, che li vede impegnati durante tutto l'anno in raccolte fondi e, un grande progetto sul campo in tutta la Bielorussia.

Il gruppo ? stato presente anche a San Felice sul Panaro a seguito del terremoto, animando per due mesi nei fine settimana la popolazione dei bambini presenti nel campo.

Molte persone ci hanno aiutato e ci aiutano, voglio solo citare gli ultimi che hanno fornito materiali ed alimentari a seguito della distruzione portata del terremoto in Emilia Romagna: la ditta Felicetti, le Famiglie Cooperative, Angela Trenti della Caritas, la Protezione Civile di Brescia, i Padri Verbiti del Varone e, tutte le famigli e le persone che ci hanno portato la loro solidariet? aiutandoci ad aiutare.

E le parole di Ges? "ogni volta che l'avete fatto ad uno di questi piccoli l'avete fatto a me" vi accompagnino e vi diano serenit?.

Grazie di cuore a nome della "Nostra Associazione".

Il Presidente

ПЛОСКОСТОПИЕ И НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ У УЧАЩИХСЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ

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

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

Состояние опорно-двигательного аппарата у учащихся начальных классов в современной школе обязывает родите-

лей, врачей, учителей, преподавателей физической культуры уделять этому вопросу очень серьезное внимание. Потому что плоскостопие, нарушение осанки — это состояния, которые сопровождаются нарушением общего самочувствия ребенка: быстрая утомляемость, мышечные боли, головная боль, боли в костях, что в конечном итоге отражается на успеваемости.

Мы не задумываемся, когда видим, что ребенок старается присесть, прилечь… А ведь для молодого организма это состояние неестественное. Когда мы говорим "ребенок", представляем себе резвого, играющего, смеющегося исследователя. Поэтому тема нарушения опорно-двигательного аппарата является очень актуальной.

Целью нашего исследования явилась оценка состояния опорно-двигательного аппарата учащихся 1–4 классов гимназии № 34 г. Орла. Мы проанализировали медицинские карты 342 учащихся, из них 149 девочек и 193 мальчика.

Мы установили, что среди 98 учащихся 1-х классов (41 девочка и 57 мальчиков) 7,3 % девочек имеют плоскостопие и 7,3 % девочек имеют нарушения осанки и 21 % мальчиков имеют плоскостопие, а 10,5 % нарушение осанки.

Среди 2-х классов: 72 ребенка (31 девочка и 41 мальчик), 12,9 % девочек имеют плоскостопие и 9,6 % — нарушения осанки. Среди мальчиков 34,1 % — плоскостопие и 14,6 % — нарушение осанки.

Среди 3-х классов: 91 человек (39 девочек и 52 мальчика), 5,1 % девочек страдают плоскостопием и 33,3 % имеют нарушение осанки. Из мальчиков у 15,3 % — плоскостопие и у 23 % — нарушение осанки.

4-е классы: 81 человек (38 девочек и 43 мальчика), 10,5 % девочек имеют плоскостопие и 5,2 % — нарушение осанки. У мальчиков 23,2 % страдают плоскостопием и 20,9 % имеют нарушение осанки.

Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости проводить совместную работу над коррекцией патологических состояний у детей как родителей с применением ортопедической коррекцией нарушений, так и педагогов: следить за тем, чтобы у детей была правильная сменная обувь, следить за правильной посадкой за партой во время занятий

в школе и дома; учителя физической культуры должны вводить в свои занятия упражнения, способствующие укреплению мышц и связок стопы и мышц спины и брюшного пресса.

Наши исследования будут продолжены в течение 5 лет.

ДИНАМИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПО ДАННЫМ ВИТЕБСКОГО ОБЛАСТНОГО ДИСПАНСЕРА СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

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

И. Н. Деркач, глав. врач
УЗ "Витебский областной диспансер спортивной медицины"
г. Витебск (Беларусь)

Главная человеческая ценность — культура здоровья. Это — приоритетное направление деятельности нашего государства. Как известно, одним из главных факторов сохранения и улучшения здоровья является занятие спортом. Однако в процессе тренировок могут возникать различные травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата. Поэтому мы поставили перед собой цель изучить динамику хирургической патологии по данным Витебского областного диспансера спортивной медицины за последние 3 года.

Нами проведено изучение хирургической патологии по данным обращений к врачу-травматологу. Всего к врачу-травматологу обратились за помощью 1798 спортсменов. Из них 645 в 2011 году, 606 — в 2012 году и 547 — в 2013 году.

Официально детьми у нас считаются лица до 18 лет, они составили 65,7 % от общего количества обратившихся. Эта закономерность прослеживается в течение всех трех лет соответственно 65,1 % — 2011 год, 66,8 % — 2012 год и 65,1 % — 2013 год. Из детей 876 (74,6 %) приходится на возраст от 13 до 18 лет, в отношении занятий спортом это самый активный возраст. Именно в таком возрасте чаще всего наступают

травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата. Это связано с тем, что повышенная нагрузка наслаивается на период интенсивного роста, и риск возникновения заболеваний опорно-двигательного аппарата вследствие перегрузок существенно возрастает. Перегрузки приводят к микротравмам отдельных частей опорно-двигательного аппарата, а именно: мышц, связок и т.д., что позже приводит к хроническому воспалительному процессу типа тендовагинитов, миозитов, болям в спине, много встречается проблем с коленными и другими суставами, либо встречаются острые травмы.

Все травмы можно разделить на острые травмы, последствия травм и заболевания опорно-двигательного аппарата, которые возникаю в результате нарушения тренировочного процесса, т.е. в результате перегрузок.

Анализируя полученный материал, было выявлено, что 77 % (1381 случай) всей хирургической патологии приходятся на опорно-двигательный аппарат, из них:

- ушибы (80 обращений) — 4,5 %: 2011г. — 0,4 %; 2012г. — 0,9 %; 2013г. — 4,6 %. Дети составили 76,0 % от общего числа обратившихся;

- повреждения связочного аппарата (229 обращений) — 16,6 %: 2011г. — 6,4 %; 2012г. — 4,9 %; 2013г. — 5,3 %. Детей — 65,9 %. При этом повреждение связочного аппарата коленного сустава составило — 48,9 %, голеностопного — 38,0 %, плечевого — 4,8 %, связок кисти — 2,6 %, стопы — 2,2 % и других суставов — 3,5 %;

- тендовагиниты (91 обращение) — 6,6 %: 2011г. — 2,6 %; 2012г. — 2,1 %; 2013г. — 1,4 %. Детей — 67,0 %. Из общего количества тендовагиниты голени составили — 67 %, из них 70,5 % пришлось на повреждение ахиллова сухожилия, 10 % — бедра, 7,7 % — плеча, 5,5 % — стопы, 5,5 % — кисти, 4,3 % — прочие;

- миозиты (233 обращения) — 16,9 %: 2011г. — 7,0 %; 2012г. — 4,9 %; 2013г. — 5,0 %. Детей — 75,0 %. На миозиты бедра пришлось — 35,2 %, голени — 15,5 %; мышц спины — 17,1 %, прочие — 32,2 %;

- боли в спине различного генеза (торокалгия, люмбалгия, повреждения связочного аппарата позвоночника, травмы, остеохондроз сколиоз и др.) составили — 7,8 % (108 об-

ращений): 2011г. — 3,2 %; 2012г. — 2,7 %; 2013г. — 1,9 %. Детей — 54,6 %;

- артриты, артрозы и периартриты (210 обращений) — 15,2 %: 2011г. — 3,5 %; 2012г. — 5,4 %; 2013г. — 6,3 %. Детей — 54,3 %. В том числе коленный сустав — 67,6 %, кисть — 8,6 %, стопа — 6,7 %, лучезапястный сустав — 3,3 %, сустав — 1,9 %, плечевой — 1,4 %, прочие — 10,5 %;

- эпикондилит (49 обращений) — 3,6 %: 2011г. — 2,3 %; 2012г. — 0,7 %; 2013г. — 0,6 %. Детей — 59,2 %;

- болезнь Шлятера (75 обращений) — 5,4 %: 2011г. — 2,2 %; 2012г. — 1,7 %; 2013г. — 1,5 %. Детей — 97,3 %;

- повреждения внутреннего мениска и менисциты (159 обращений) — 11,5 %: 2011г. — 4,0 %; 2012г. — 4,5 %; 2013г. — 3,0 %. Детей — 97,0 %. Из них повреждения внутреннего мениска — 79,9 %, менисциты — 20,1 %;

- вывихи (9 обращений) — 0,7 %: 2011г. — 0,2 %; 2012г. — 0,2 %; 2013г. — 0,3 %. Детей — 66,7 %. Повреждения плеча — 44,5 %, суставов кисти — 22,2 %, надколенника — 11,1 %, луча — 11,1 %, ключицы — 11,1 %.

- подвывихи (38 обращений) — 2,7 %: 2011г. — 2,0 %; 2012г. — 0,6 %; 2013г. — 0,1 %. Детей — 71,1 %. Из них ключицы — 31,6 %, таранной кости — 21,1 %, атланта — 18,4 %, надколенника — 15,8 %, луча — 7,9 %, кисти ладьевидной — 2,6 %, локтевой — 2,6 %.

- переломы (101 обращение) — 7,4 %: 2011г. — 3,4 %; 2012г. — 2,0 %; 2013г. — 2,0 %. Детей — 70,3 %. Из них кисти — 42,5 %, стопы — 14,8 %, лодыжек — 13,9 %, луча — 9,9 %, надколенника — 4,9 %, голени — 4,0 %, ключицы — 3,0 %, остистого отростка позвоночника — 3,0 %, предплечья и плеча — по 2,0 % и ребра — 1,0 %.

После анализа полученных результатов сделаны выводы:

1. Наиболее часто повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдались у спортсменов в возрасте до 18 лет.

2. Динамика повреждений опорно-двигательного аппарата не выявила существенных различий на протяжении трех лет.

3. Занятия спортом не приводят к тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата. После проведенного лечения и реабилитации на базе диспансера основная масса спортсменов вернулась к занятиям спортом.

II. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ

А. Н. Дударев, ст. преподаватель,
Е. И. Дударева, студ. 3-го курса
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"
г. Витебск (Беларусь)

Здоровье населения является критерием жизнеспособности любого государства, индикатором стабильности и благополучия общества. Оно во многом определяет будущее страны, ее социальное и экономическое развитие. Для того, чтобы у учащихся выработалось валеологическое мышление, направленное на укрепление и сохранение здоровья, необходима упорная систематическая работа всего педагогического коллектива.

Цель исследования. Изучение представлений старшеклассников об алкоголизме и наркомании.

Материалы и методы. Было проведено исследование на тему "Ваше понимание здорового образа жизни", позволяющее своевременно определить проблемные зоны в организации деятельности по формированию навыков здорового образа жизни в ГУО "Средняя школа № 1 им. А. М. Жданова г. Браслава". Исследование проходило в форме анкетирования, в котором принимали участие пятьдесят учащихся старшего школьного возраста (14–17 лет). Учащихся, воспитывающихся в условиях неполной семьи — 12, в условиях полной — 38.

Исследовательская работа включала следующие этапы: отбор диагностических средств; подготовка стимульного ма-

териала; отбор испытуемых; мотивация испытуемых; обработка результатов; оформление результатов исследования.

Анкетирование — одно из основных технических средств конкретного социального исследования. В процессе анкетирования каждому лицу из группы, выбранной для анкетирования, предлагается письменно ответить на вопросы, поставленные в форме опросного листа — анкеты. Анкета включала 40 вопросов. Контролируемыми параметрами являлись: пол, возраст, социальное происхождение, систематичность занятий физкультурой, наличие хронических заболеваний, отношение к курению, алкоголю и др. Проанализируем ответы учащихся об алкоголизме и наркомании.

Результаты и их обсуждение. В анкетировании приняли участие 42 % юношей и 58 % девушек. При анализе данных учитывался и социальный статус семьи респондента. На вопрос "Ваше социальное положение" респонденты ответили следующим образом: 22 % — из семьи со смешанным социальным статусом; 24 % — из семьи рабочих; 16 % — из семьи педагогов, врачей, ученых, инженеров; 14 % — из семьи работников сельского хозяйства; 8 % — из семьи работников сферы обслуживания; 10 % — из семей предпринимателей; 6 % — из семьи госслужащих.

Алкогольная зависимость менее распространена среди молодых людей, чем курение. Однако сам по себе факт употребления какого-либо спиртного напитка (чаще всего пива) имеет место в 65 % случаев, что почти в два раза выше показателя курящих респондентов (32 %). При этом половая принадлежность учащихся практически не влияет на ответ.

Опрос показал, что с возрастом процент респондентов, употребляющих алкогольные напитки, увеличивается. Если респонденты до 16 лет употребляют спиртное в 65 % случаев, то после 16 лет — в 82 %. Однако более важным вопросом является не сам факт употребления алкоголя, а его частота. Преобладающим является вариант ответа "все зависит от ситуации", его выбрали 65 % опрошенных (58 % девушек и 72 % юношей). Наименее популярным оказался вариант "2–3 раза в неделю" (менее 3 %), выбрали варианты "один раз в месяц" 18 % и "не употребляю вообще" 14 %. Показатель

варианта "не употребляю вообще" тем выше, чем младше респонденты.

Возраст, в котором человек впервые пробует спиртное, также влияет на возможное развитие алкогольной зависимости. Здесь первое место занимает вариант "в 14–16 лет". Этот вариант выбрали 46 % опрошенных, причем обоих полов. Не на много отстает вариант "после 16 лет" — 38 % респондентов (25 % девушек и 57 % юношей). Вариант с 11 до 13 лет выбрали 12 % респондентов. До 10 лет впервые попробовали алкоголь 4 % опрошенных.

Рассмотрим теперь зависимость от социального статуса семьи. Выделяется группа респондентов из семей работников сельского хозяйства и рабочих. В этой группе респондентов 30 % опрошенных выбрали вариант "до 10 лет". В большинстве случаев первая попытка употребления спиртного приходится на возраст 14–16 лет. Также выделяются анкетируемые из семей смешанного типа. Здесь большинство (33 %) впервые попробовали алкоголь после 16 лет.

По результатам анкетирования, основной причиной употребления спиртных напитков явился ответ "позволяет заполнить свободное время, другим нечем заняться" — 48 %, "облегчает контакт, общение со сверстниками" — 32 %. Вариант "позволяет снять стресс, расслабиться" — 16 %, не быть белой вороной — 4 %.

В связи с существующей проблемой употребления алкоголя государство постоянно ищет способы борьбы с этой зависимостью. Самые распространенные среди них — это ограничение продажи спиртного по времени и административная ответственность за распитие спиртных напитков в общественных местах. Анкета включает вопросы для определения отношения учащихся к подобным мерам. Одним из них был вопрос: "Считаете ли Вы, что должно быть ограничено время продажи алкогольных напитков по сравнению с существующим?" Здесь девушки оказались более категоричны. Среди них положительный ответ дали 43 % опрошенных, среди юношей — 29 %, общая же статистика такова: да — 36 %, нет — 46 %, не знаю — 18 %.

Второй вопрос состоял в том, должны ли быть усилены

меры административной и материальной ответственности за распитие спиртных напитков в общественных местах. Снова женщины отвечали положительно чаще, чем мужчины: 57 % против 38 %. Общая статистика такова: да — 48 %, нет — 38 %, не знаю — 14 %.

Еще одним вопросом подобного плана являлся: "В какой мере Вы знакомы с проблемой наркомании среди молодежи?". Наиболее популярным оказался ответ "в некоторой степени", его выбрали 44 % учащихся. Не намного отличается вариант "в полной мере" — 38 %. Однако при раздельном анализе ответов юношей и девушек данные результаты не аналогичны. Юноши выбрали вариант "в полной мере" в 38 % случаев, а "в некоторой степени" — в 47 %, девушки соответственно 39 % и 42 %. Никогда не интересовались этим вопросом 14 % респондентов, что является достаточно высоким показателем.

Опрос показал, что ни один из респондентов не употреблял химические вещества одурманивающего действия. Обратимся непосредственно к проблеме употребления наркотиков. Результаты опроса по этому вопросу оказались достаточно позитивными. 96 % опрошенных никогда не сталкивались с этой проблемой и не сталкивались с наркоманией в собственной семье, только 4 % — в семье друзей или знакомых, столько же имеют друга-наркомана. Наркотики не пробовал по результатам опроса ни один из респондентов.

Таким образом, более эффективным способом борьбы со злоупотреблением алкоголем респонденты считают усиление наказаний за распитие алкоголя в общественных местах, причем женская часть опрошенных считает принятие мер более необходимым. Чем старше становятся учащиеся, тем больше предпосылок для возникновения вредных привычек и меньше желания сохранить собственное здоровье. Существует необходимость продолжать профилактическую работу, особенно среди старшеклассников.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА, КУРЕНИЯ, НАРКОМАНИИ

Е. А. Харитонова, методист по внешкольной воспитательной работе;
А. С. Метелица, каф. управления и технологий образования
ГУДОВ "Витебский областной институт развития образования"
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность исследования. Основной причиной ухудшения состояния здоровья населения является распространенность вредных привычек, среди которых главную роль играют алкоголизм, табакокурение, наркомания. Злоупотребление алкоголем, табакокурением, наркотиками распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Учитывая, что алкоголизм, табакокурение и наркомания являются серьезными факторами риска развития многих хронических болезней в зрелом возрасте, борьба с этими вредными привычками в молодом возрасте становится важной частью борьбы за здоровый образ жизни [1, 4, 5, 7].

Цель. Изучить меры профилактики при борьбе с алкоголизмом, табакокурением и наркоманией.

В соответствии с поставленной целью решались следующие основные задачи:

- теоретически обосновать целесообразность профилактической работы при оказании помощи людям с алкогольной, никотиновой и наркотической зависимостью;
- изучить педагогические меры профилактики алкоголизма, табакокурения, наркомании;
- рассмотреть психологическую профилактику алкоголизма, табакокурения и наркомании.

Методы исследования. Теоретические (анализ, обработка научных источников по исследуемой проблеме).

Объект исследования. Алкоголизм, табакокурение и наркомания.

Предмет исследования. Профилактика алкоголизма, табакокурения и наркомании.

Результаты исследования. Лучшая методика борьбы с алкоголизмом, табакокурением и наркоманией — профилактика. Как показывает мировая практика, излечить от наркомании удается не более 2–3 % заболевших.

Организация педагогических мероприятий по профилактике алкоголизма, табакокурения и наркомании строится на основе целевых программ, объединенных общей концепцией профилактической работы. Цель такой работы — создание в молодежной среде ситуации, препятствующей злоупотреблению алкоголем, табакокурением, наркотиками.

Любая профилактическая программа должна включать в себя определенные виды деятельности в каждом из следующих направлений: распространение информации о причинах, формах и последствиях злоупотребления одурманивающими веществами; формирование у подростков навыков анализа и критической оценки информации, получаемой об алкоголе, табаке, наркотиках, и умение принимать правильные решения; предоставление альтернатив алкоголизации, табакокурению, наркотизации.

Необходимо определять группы риска и оказывать им адекватную помощь в преодолении проблем, ведущих к появлению тяги к алкоголю, табакокурению, наркотикам. Важно взаимодействовать с организациями и структурами, проводящими профилактическую работу. Нужна работа по изменению отношения к злоупотребляющим алкоголем, табакокурением, наркотиками — оно должно стать более гуманным. Однако необходимо пресекать любые попытки распространения идей о легализации наркотиков, правомочности их употребления и облегчении доступа к ним.

Это общие принципы ведения профилактической работы [3]. Школа как социальный институт обладает рядом уникальных возможностей для успешной реализации этих принципов:

- возможность привития навыков здорового образа жизни в процессе обучения;
- влияние на уровень притязаний и самооценку;
- свободный доступ к семье подростка для анализа и контроля ситуации;

- возможность привлечения специалистов по профилактике.

Под психологической профилактикой алкоголизма, курения и наркомании понимают: в узком значении — совокупность психологических способов и приемов формирования отрицательного отношения к алкоголю, курению и наркотикам; в широком значении — методы формирования такого образа жизни, при котором сводится к минимуму возможность появления тяги к алкоголю, курению и наркотикам [6].

Принято различать: 1) профилактику первичную — научно обоснованные психологические приемы антиалкогольного, антиникотинового и антинаркотического воспитания; 2) профилактику вторичную — методы психологической помощи лицам, злоупотребляющим одурманивающими веществами; 3) профилактику третичную — организация психологической поддержки и самоподдержки выздоравливающих от алкоголизма, курения и наркомании.

Профилактика первичная содержит мероприятия, направленные на предупреждение причин алкоголизма, табакокурения и наркомании задолго до того, как они могут появиться. Оптимальный период для создания антиалкогольных, антиникотиновых и антинаркотических установок — младший и средний возраст. Разъяснительная работа должна проводиться с учетом психологических особенностей этих возрастных групп и направляться на развенчание мифа об алкоголе, табаке и наркотиках как символах престижа, разрывать ассоциации потребления алкоголя с положительными качествами личности: мужественностью, храбростью, "современностью" и пр. В антинаркотической пропаганде для взрослых нужно в доступной форме сообщать о свойствах наркотизирующих веществ и возможных последствиях употребления, сформировать в общественном сознании альтернативу стилю жизни, включающему потребление алкоголя, табака и наркотиков. Установлено, что особенно эффективны не деструктивные методы профилактики, основанные на запугивании и устрашении, а конструктивные, направленные на формирование такой смысловой ориентации личности, для которой алкоголь и наркотики не являются ценностями. Кроме того,

выявлена недостаточность сугубо вербальных методов психологической помощи и эффективность деятельностно-опосредованных методов воздействия: ролевые игры и дискуссии, формирование внешкольной воспитывающей деятельности, создание клубов по интересам и пр.

Профилактика вторичная имеет дело с лицами, употребляющими алкоголь, табак и наркотики. Сюда входят: 1) ранняя диагностика; 2) раскрытие психологического неблагополучия личности, связанного с причинами алкоголизма, курения, наркотизации; 3) предложение широкой психологической помощи - клиническая беседа, кабинеты анонимной наркологической и социально-психологической помощи, группы общения, встречи с бывшими алкоголиками, курильщиками и наркоманами, работа с непосредственным окружением и семьей злоупотребляющего и пр.

Профилактика третичная касается помощи больным, выздоравливающим от алкоголизма, табакокурения и наркомании. Этой цели служит образование клубов трезвости, обществ типа "Анонимные алкоголики", организация психологических консультаций выздоравливающих и пр. [2, 4, 6].

Выводы. Таким образом, реальным выходом из создавшейся ситуации является привлечение к профилактической работе педагогов и психологов средних школ и других учреждений системы образования. Педагоги и психологи имеют постоянный контакт с детьми и подростками, могут уловить особенности их состояния и поведения, ускользающие от родителей и специалистов-наркологов. Это дает им возможность максимально эффективно проводить профилактические мероприятия.

Литература

1. Дутов, С. Ю. К проблеме курения среди подростков / С. Ю. Дутов // Состояние биосферы и здоровье людей: сборник статей IX Междунар. научно-практич. конф. — Пенза: РИО ПГСХА, 2009. — С. 54–57.

2. Макаров, В. В. Первичная профилактика наркологических заболеваний у подростков / В. В. Макаров // Вопросы наркологии. — 1993. — № 3.

3. Макеева, А. Г. Педагогическая профилактика наркомании в школе / А. Г. Макеева. - М., 2000. - 149 с.

4. Османов, Э. М. К вопросу о формировании здорового образа жизни / Э. М. Османов, С. Ю. Дутов // Современные проблемы физической культуры и спорта молодежи в вузах России: материалы Всерос. научно-практич. конф. — Тамбов: Издательство ТГТУ, 2005. — С. 158–159.

5. Савченков, В. В. Употребления алкоголя подростками / В. В. Савченков. — М.: Психология. — 2000. — С.30–33.

6. Словарь практического психолога / Сост. С. Ю. Головин. - Минск: АСТ, Харвест, 1998.

7. Тачина, С. В. Особенности девиантного поведения подростков: социологический анализ: автореф. дис. канд. мед. наук / С. В. Тачина. — М., 2003. — 22с.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

А. С. Метелица, к.пед.н., доцент каф. управления и технологий образования, ГУДОВ "ВОИРО"
М. В. Папко, педагог-психолог
ГУО "Октябрьская средняя школа Витебского района"
г. Витебск (Беларусь)

Следует отличать у подростков алкоголизм как заболевание от пьянства как проявления моральной распущенности, а также учитывать, направлена работа по профилактике пьянства и алкоголизма на здоровых подростков или тех, кто неустойчив в нервно-психическом отношении.

Выделяют три этапа профилактики пьянства и алкоголизма.

Считаем необходимым акцентировать внимание на первичной профилактике, так как вторичная и третичная являются в основном компетенцией медицинских работников. Необходимо целенаправленное воспитательное воздействие на основные факторы (биологические, психологические, социальные), способствующие профилактике пьянства и алкоголизма.

В первичной профилактике алкоголизма существуют следующие основные направления: проведение широкой воспитательной работы с учащимися и родителями, которая предусматривает повышение их культурного уровня и формирова-

нию антиалкогольного общественного мнения; санитарно-гигиеническое противоалкогольное воспитание и формирование трезвенных установок.

Современные социологические исследования указывают на существование прямой связи пьянства и алкоголизма среди детей и подростков с такими факторами, как низкий уровень образования родителей, отсутствие организационного культурного досуга, рост числа подростковых групп с асоциальными тенденциями, терпимое отношение к употреблению подрастающим поколением спиртных напитков. Особенно пристального внимания требует организация свободного времени подростков, поскольку бессодержательно проводимый досуг — одна из главных причин развития пьянства.

Санитарно-гигиеническое направление антиалкогольного воспитания предусматривает повышение санитарной грамотности и культуры учащихся, пропаганду здорового образа жизни.

Психологические аспекты противоалкогольной пропаганды предполагают использование не только примеров пагубного влияния алкоголя на организм (одни лишь негативные стимулы не могут длительно определять жизненное поведение), но и широкое использование позитивных элементов — перспективы, цели, мотивы, ради которых необходимо устоять от соблазна выпить.

Важно показать не только почему плохо пить, но и почему хорошо не пить, используя конкретные доступные восприятию и пониманию подростков примеры.

Подросткам, оказавшимся в группе риска в связи с проблемой пьянства и алкоголизма, присущи определенные личностные особенности, которые необходимо знать педагогам: сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с выраженным проявлением превосходства; внешняя социабельность, сочетаемая со страхом перед стойкими социальными контактами; стремление говорить правду и обвинять других, зная, что они не виноваты; уход от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения, зависимость и тревожность.

Особенностями противоалкогольного воспитания в школах являются: противоалкогольное просвещение как целостная система воспитания, которая проводится на протяжении всех лет обучения и направлена на формирование в сознании детей и подростков нетерпимого отношения к любым проявлениям пьянства и алкоголизма. Программа противоалкогольного воспитания должна предусматривать постепенное, с учетом возрастных и психологических особенностей учащихся, раскрытие отрицательного влияния алкоголя на здоровье человека и жизнь общества в целом. Противоалкогольная работа в школах должна проводиться преимущественно силами учителей и социальных педагогов с приглашением для чтения лекций специалистов (медиков, юристов, социологов и др.); просвещение должно распространяться также на родителей учащихся.

Содержание работы по профилактике алкоголизма в школе нацелено на формирование позитивного мышления подростков и личностной позиции в отношении употребления алкоголя, повышения роли и ответственности семьи.

Задачи проводимой работы: обеспечить информацией учащихся и родителей о вредном влиянии алкоголя на организм, о социальных последствиях его употребления; оказать практическую помощь родителям в профилактике алкоголизации среди детей; помощь учащимся в приобретении навыка сказать "нет"; способствовать формированию здорового образа жизни.

На подготовительном этапе проводится анкетирование учащихся по данной проблеме, объявляются конкурсы на лучшие сочинения, доклады, творческие работы, сообщения; рисунки, плакаты, эмблемы здоровья, выставки о вреде алкоголя. На втором этапе организуется деловая игра "Скажем "нет" алкоголю!"

Для достижения поставленных целей и задач по профилактике пьянства и алкоголизма необходимо предусматривать различные формы работы с родителями подростков. Это могут быть клубы, круглые столы, дискуссионные беседы, консультации, тренинговые занятия, собрания, конференции, обсуждение литературы и др.

При работе с родителями целесообразно рассматривать

следующие темы: межличностные отношения в семье; авторитарное подавление ребенка; равнодушие родителей к его проблема; гиперсоциализация в отношении к нему; вопросы подросткового алкоголизма и т.д.

В процессе занятий повышается внимание к учащимся и их проблемам, совершенствуется психолого-педагогическая грамотность родителей, развивается их компетентность, закрепляются новые способы общения в семье.

Для родителей желательно предлагать беседы на следующие темы: "Карта семьи"; "Ваша семья глазами ребенка" (с элементами комментирования); "Умеем ли мы любить своих детей?"; "Знаем ли мы своего ребенка?" (об особенностях психического развития младших школьников и подростков); "Типы семейного воспитания"; "Ребенок в алкогольной компании" и др.

Методами профилактики пьянства и алкоголизма являются тренинговые занятия по личностному росту и развитию навыков межличностного общения в различных программах учебных курсов, по духовно-нравственному воспитанию и самовоспитанию подростков.

Целесообразна также организация таких форм работы с подростками, в рамках которых они могли бы не только делиться собственными соображениями, но и получать дополнительную информацию о жизни человека, приобретать новый более эффективный опыт в общении с собой и другими людьми. Важно, чтобы подростки приобрели опыт организации досуга, развития своих интересов, способностей и личностных возможностей.

Организованное таким образом взаимодействие в группе при участии взрослого помогает подросткам осознать себя, свои ценности и сопоставить их с общечеловеческими, определить и сформировать отношение к полноценной творческой жизни человека — основной цели, к которой надо стремиться.

Профилактика пьянства и алкоголизма должна носить систематический и наступательный характер и проводиться дифференцированно среди подростков и их родителей.

Специалистам социально-психологических служб совместно с педагогами необходимо проводить профилактическую

работу по нарушению поведения, а также патологического развития личности у данного контингента детей и подростков. Психолого-педагогическое воздействие имеет не только профилактическую, но и лечебно-коррекционную направленность.

Необходимыми условиями успешной психолого-педагогической работы являются ее компетентность, системность, регулярность, комплексность.

Целью работы социально-психологических служб системы образования и педагогов по этой проблеме является содействие развитию ЗОЖ, предупреждение пьянства и алкоголизма среди подростков группы риска.

ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

М. Ф. Яблонский, д-р мед. наук, профессор; *А. М. Тетюев,* к.м.н., доцент; *А. А. Буйнов,* ст. преп. каф. судебной медицины
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность исследования. Болезни, вызванные употреблением алкоголя, — серьезная проблема здравоохранения развитых государств мира. В настоящее время, согласно мировой статистике, смертность в связи с алкогольной интоксикацией занимает третье место [1]. Неумеренное потребление алкоголя и его патологическое следствие, хронический алкоголизм продолжают оставаться не только одной из важнейших биомедицинских проблем современности, но и важнейшей государственной проблемой [2]. Злоупотребление алкогольными напитками часто приводит к нарушению законности, основная масса преступлений совершается в состоянии алкогольного опьянения. Несчастные случаи в быту, на производстве, на транспорте в подавляющем большинстве также связаны с алкогольным опьянением или его последствиями. Как показыва-

ет судебно-медицинская практика, этиловый алкоголь нередко обнаруживается в трупах лиц, погибших насильственной смертью или же умерших скоропостижно [3].

Цель. Провести анализ появившихся за последнее время правительственных и ведомственных документов как одного из ключевых направлений в решении проблемы неумеренного потребления алкоголя населением и хронического алкоголизма.

Методы, которые использовались в процессе исследования: изучение новой документации с последующим анализом полученных данных (результатов исследования).

Результаты исследования. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14.04.2011 г. № 497 утверждено "Положение о порядке проведения освидетельствования физических лиц на предмет выявления состояния алкогольного опьянения и (или) состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ". Согласно данному Положению, состоянием алкогольного опьянения признается наличие абсолютного этилового спирта в крови или выдыхаемом воздухе в концентрации 0,3 и более промилле или наличие паров абсолютного этилового спирта в концентрации 150 и более микрограммов на один литр выдыхаемого воздуха.

Затем в мае 2011 года вступили в силу "Методические рекомендации о порядке установления причины смерти в случаях выявления признаков острой либо хронической алкогольной интоксикации", которые Управление организации медицинской помощи Минздрава РБ направило для руководства в работе и неукоснительного исполнения в организации, подчиненные Министерству здравоохранения, в ведомственные органы и учреждения здравоохранения, а также государственной Службе медицинских судебных экспертиз.

В августе 2011 года в ГС МСЭ вышел приказ "Об ориентировочной схеме для определения степени выраженности алкогольного опьянения", подписанный Главным государственным судебно-медицинским экспертом Республики Беларусь, содержащий откорректированную схему для определения степени выраженности алкогольной интоксикации. В период су-

ществования СССР в "Методических указаниях о судебно-медицинской диагностике смертельных отравлений этиловым алкоголем и допускаемых при этом ошибках" (утвержденных начальником главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР 03.07.1974) приведена первичная схема для определения степени выраженности алкогольной интоксикации.

Приведенные в настоящих тезисах документы неукоснительно исполняются в практической работе Государственными медицинскими судебными экспертами Беларуси, которые в настоящее время по Указу Президента Республики Беларусь от 22.04.2013 № 202 "Об образовании Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь" вошли в состав данного комитета.

Заключение. Анализ названной проблемы показал, что она остается достаточно актуальной в нашем государстве и ей уделяется самое пристальное внимание. Решение проблемы должно быть комплексное. Одно из направлений для ее реализации лежит в плоскости совместной скоординированной работы различных министерств и ведомств, неукоснительном исполнении ими правительственных, межведомственных и внутриведомственных документов.

Уже действующие документы, а также новые принятые документы необходимо использовать профессорско-преподавательскому составу кафедр судебной медицины медицинских вузов в учебном процессе при подготовке молодых квалифицированных специалистов (врачей).

Литература

1. О порядке установления причины смерти в случаях выявления признаков острой либо хронической алкогольной интоксикации: метод. Рекомендации, утв. Упр. организации мед. помощи МЗ Республики Беларусь. — Минск, 2011. — 14 с.

2. Буко, В. У. Метаболические последствия алкогольной интоксикации / В. У. Буко, О. Я. Лукивская, А. М. Хоха; НАН Беларуси, Ин-т биохимии. — Мн.: Бел. Наука, 2005. — 207с.

3. Новиков, П. И. Экспертиза алкогольной интоксикации на трупе / П. И. Новиков. - Москва: "Медицина", 1967. - 127с.

ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ДЕВУШКАМИ СРЕДИ КИТАЙСКОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

М. Н. Нурбаева, к.м.н., доцент
УО "Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова"
Л. Я. Ермолова, врач УЗ "Витебская областная клиническая
больница"
г. Витебск (Беларусь)
Чжан Минь, студ. 4-го курса ФЛФ
(Провинция Хух-Хот, Китай)

Главная человеческая ценность — культура здоровья. Это приоритетное направление деятельности нашего государства. А здоровье немыслимо, 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 девушки-студентки из Китая. Проведено анонимное анкетирование 60 студенток, обучающихся в университете им. П.М. Машерова. Возраст анкетируемых составил: 19 лет — 4,0%, 20 лет — 4,0 %, 21 — 24,0 %, 22 года — 20,0 %, 23 года — 20,0 %, 24 года — 20,0 %, 25 лет — 8,0 %.

76,0 % студенток окончили школу в городе, 12,0 % — в районных центрах, 12,0 % — в селе.

56,7 % студенток знают, что алкоголь вреден: 20,0 % считают, что вредно только употребление большого количества алкоголя и 16,6 % — что вреден только некачественный алкоголь, а 6,7% считают, что алкоголь не вреден для здоровья.

Девушки предпочитают следующие алкогольные напитки: пиво — 10,0 %, вино — 33,3 %, водка — 6,7 %, 56,7 % не любят спиртного. Однако на вопрос "Употребляете ли вы указанные спиртные напитки?" мы получили следующие от-

веты: пиво: употребляет 40,0 %, иногда — 12,0 %, 44,0 % — нет; вино: употребляет 60,0 %, иногда — 12,0 %, 24,0 % — нет; водка: употребляет 32,0 %, 64,0 % — нет.

Мы попытались выяснить, при каких обстоятельствах респонденты впервые попробовали алкоголь. 66,7 % ответили, что с родителями дома во время праздничных застолий, 13,3 % — в компании взрослых знакомых, а 13,3 % — в компании сверстников, чтобы не отставать от других, и только 6,7 % — никогда не пробовали.

После первого употребления алкоголя 16,7 % студенток почувствовали приподнятое настроение, у 60,0 % самочувствие ухудшилось, у 30,0 % появилось головокружение и головная боль, у 13,3 % — тошнота и рвота, у 16,7 % стало плохое самочувствие, а 23,3 % никаких изменений не ощутили.

Анализируя анкеты, мы выяснили, что 3,3 % респондентов употребляли спиртные напитки 2–3 раза в неделю; 86,7 % — один раз в месяц и реже; 10,0 % вообще не употребляют алкоголь.

Каковы мотивы у молодых людей к употреблению спиртных напитков?

7,4 % девушек пьют, чтобы подражать взрослым в праздники и дни рождения, 3,7 % — для устранения нерешительности и стеснительности, 29,6 % — с целью хорошего общения в компании, 7,4 % — пьют, чтобы улучшить настроение. Последняя группа представляет собой людей, зависимых от алкоголя, но самая критическая группа — те, которые употребляют алкоголь вообще без особой причины — 51,9 %.

В среднем за вечер выпивают:

- водка — 0,25 литра — 6,7 %;
- шампанское — 0,5 литра — 3,3 %;
- вино — 0,25 литра — 3,3 %; 0,5 литра — 3,3 %;
- пиво — 0,5 литра — 3,3 %; 1 литр — 6,7 %.

Мы попытались выяснить, в каком возрасте респонденты впервые попробовали алкоголь. Оказалось: от 7 до 10 лет — 10,0 % ,с 10 до 12 лет — 0 %, с 12 до 15 лет — 80,0 %.

Прием алкоголя сопровождается следующими признаками похмелья: у 44,4 % утром бывает общее недомогание и

головная боль, у 7,4 % — тошнота и рвота, у 48,2 % — таких ощущений не бывает.

Для предупреждения похмелья 7,4 % — не пьют много, 48,2 % — пьют разбавленные напитки, 29,6 % — закусывают большим количеством мясных продуктов, 4,8 % — используют лекарственные препараты.

От утреннего похмелья 25,9 % девушек избавляются длительным сном, 25,9 % — "выгоняют" алкоголь большим количеством соков и рассолов, 3,8 % — выпивают пива или немного водки, 44,4 % не опохмеляются.

Нам было интересно выяснить, как относятся к алкоголю родители наших студенток, и выяснилось, что 6,7 % — пьют чаще 1 раза в неделю; 6,7 % — 1 раз в неделю; 70,0 % — 1 раз в месяц и реже; 16,6 % — не употребляют алкоголя. Когда мы сравнили эти данные с теми, которые отражают кратность употребления алкоголя студентками, то оказалось, что 2–3 раза в неделю родители пьют на 3,3 % больше детей; 1 раз в неделю — пьют только родители; 1 раз в месяц родителей на 16,0 % меньше, употребляющих алкоголь, чем студенток. Среди родителей присутствует 16,6 % не употребляющих спиртные напитки, в то время, когда среди студентов таковых 10,0 %.

Респонденты должны были внести предложения о мерах, необходимых для уменьшения употребления алкоголя в обществе. 30,0 % предложили уменьшить продажу алкоголя; 30,0 % — повысить цену на спиртное; 23,0 % решили, что следует оставить все как есть; 20,0 % не знают, что можно предпринять.

Выводы:

1. Употребление спиртных напитков девушками-студентками — явление распространенное. Поэтому необходимо проводить работу по формированию здорового образа жизни.

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

СОДЕРЖАНИЕ МЕДИ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ

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

Медь — химический элемент, который считается одним из семи металлов, кото-рые известны с глубокой древности. Лишь в 1966 году было впервые документально подтверждено, что медь необходима человеческому организму для того, чтобы полноценно жить.

Издавна медь использовалась при лечении менингита, малокровия, глистных заболеваний. Гемоглобин и миоглобин синтезируются благодаря взаимодействию меди и железа (Fe), также благодаря им образуются эритроциты. Медь участвует в управлении процессами дыхания и нервной деятельностью организма, помогает синтезировать белки, аминокислоты и АТФ. Обмен железа не будет происходить без участия меди. Медь продуцирует пигменты кожи и принимает участие в образовании эластина и коллагена. Медь помогает вырабатываться эндорфину, а этот известный всем гормон радости снимает боль и поднимает настроение.

Организм человека содержит 100–190 мг этого химического элемента. Сконцентрирован этот резерв в сердце, почках, крови, печени и мозге. Медь накапливается в мышечной ткани и костях, основное выведение происходит с желчью. Ежедневно человек должен принимать 1.5–3 мг меди, но не превышать верхний допустимый уровень, составляющий 5 мг. Потреблять больше меди нужно беременным женщинам и женщинам, кормящим ребенка грудью.

При употреблении алкоголя в организме может отмечаться не только дефицит, но и избыток меди. Самые частые заболевания, вызываемые недостатком в организме меди, это: анемия, бронхит, бронхиальная астма, невриты, ишемическая болезнь сердца, остеопороз, миопатия, глаукома, витилиго, псориаз, эпилепсия, сахарный диабет, импотенция, токсикозы при беременности, мышечная дистрофия, туберкулез легких. Избыток меди в организме приводит к развитию имму-

нодефицитов, включая СПИД, цирроз печени, хронический гепатит, в том числе вирусной природы, гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Коновалова-Вильсона), шизофрения, депрессия, ревматизм. Наряду с алкоголем на содержание меди в организме человека могут влиять и факторы внешней среды, например, почва.

Цель работы. Оценка содержания меди в почвах областей и районов Республики Беларусь.

Для почв областей Беларуси характерно только среднее содержание меди. Данное содержание составляет в Брестской области — 2,96, Витебской — 2,27, Гомельской — 1,92, Могилёвской — 1,77, Гродненской — 1,73 и Минской — 1,52 мг/кг областях.

Высокая обеспеченность медью почв (3,01–5,00 мг/кг), в основном, характерна для Лунинецкого района Брестской области — 4,12 мг/кг. В Дрогичинском районе Брестской области — 2,99 мг/кг наблюдается среднее содержание данного микроэлемента (1,51–3,00 мг/кг). Наиболее низкое содержанием меди в почвах (< 1,50 мг/кг) обнаружено в Червенском районе Минской области — 1,08 мг/кг.

Изучение содержания меди в почвах Беларуси поможет выявить районы как с низким, так и с высоким уровнем содержания данного микроэлемента и установить связь с различными заболеваниями. Выявление районов Беларуси с различным уровнем содержанием меди в почве необходимо для проведения различных профилактических мероприятий.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЕЖИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ И ПРОВЕДЕНИИ ТВОРЧЕСКИХ ПРОЕКТОВ

В. И. Никонова
УО "Витебский государственный медицинский колледж"
г. Витебск (Беларусь)

По данным опроса Академии последипломного образования 2012 года среди учащейся молодежи Беларуси, курили

сигареты 53 % опрошенных, употребляли слабоалкогольные напитки 70,6 %, крепкие алкогольные напитки — 47 %, курили марихуану, курительные смеси — 5,9 %, пробовали тяжелые наркотики — 1 %. Но эти цифры, естественно, занижены, т.к. подростки склонны скрывать правду, компрометирующую их. Эпоха нанотехнологий, глобализации требует огромного психоэмоционального напряжения молодежи, которое способствует возникновению различных видов зависимостей. Особенно часты они в творческой среде. Наше общество может потерять самых талантливых и перспективных, т.е., будущий интеллектуальный потенциал нации. Один из вариантов — увлечь молодежь не только творческим процессом, но при этом ненавязчиво осуществлять профилактику зависимостей. Тенденция современного образования, основанная на личностно ориентированной модели, в которой творческие методы обучения медсестер, фельдшеров и других средних медицинских работников играют ведущую роль, способствует этому.

Цель работы. Исследование роли творческих проектов, основанных на формировании здорового образа жизни, в образовательном процессе по предупреждению зависимостей молодежи.

В течение десяти лет в сентябре мною определялась актуальная тема проекта и группа учащихся, предпочитающих творческое обучение традиционному. При проведении творческих проектов мною всегда учитываются основные факторы развития творческих способностей учащихся: характер обучения, интеллектуальные возможности, атмосфера творчества, сотрудничество, добровольность в выборе вида деятельности. Далее создается проблемная ситуация в выбранной группе, которая мотивирует учащихся к стремлению к поиску нового, прогрессивного, отсутствующего в учебнике материала; нахождению выхода из проблемы, а она, в свою очередь, порождает другие, побуждая к новой творческой деятельности учащихся. При соблюдении этих условий в процессе работы у молодежи развивается интуиция, самокритичность и творческая мыслительная активность, а также жизненная потребность в ней; формируется чувство нового, способствую-

щего поиску оригинальных нестандартных решений. Мною за этот период с учащимися колледжа осуществлено 9 творческих проектов (приложение №1). Накопление актуального, нужного для проекта материала осуществлялось с помощью различных источников (клиника, средства массовой информации, литература и т.д.). К концу проекта любой из его участников, независимо от исходного уровня знаний, профессионально владеет изучаемым материалом. В процессе совместной партнерской деятельности создавался сценарий, распределялись роли, готовилась программа. В программах принимали участие: наркологи, психологи, инфекционисты, психиатры и настоятель Свято-Георгиевского храма. Участники проекта выступали с программами в колледже, где информировали сверстников по проблемам зависимостей.

За 2011–2013 годы было обследовано 222 человека (64 участника проектов; 72 выпускника колледжа, не принимающих участия в проекте, 86 присутствующих на программах) с помощью разработанных мною анкет (приложение №2, №3). Полученные данные обработаны с помощью статистико-аналитического метода.

Согласно результатам опроса:

отношение к курению до обучения в колледже		по окончании проекта бросили курить и никто не начал курить
участники проекта	48,4%	80,0%
выпускники колледжа	40,3%	41,0%

эпизодически употребляли алкоголь до обучения в колледже		по окончании проекта перестали употреблять
участники проекта	93,8%	19,0%
выпускники колледжа	83,3%	9,0%

пробовали другие психоактивные вещества до обучения в колледже		по окончании проекта перестали употреблять
участники проекта	10,9%	100,0%
выпускники колледжа	9,3%	12,0% эпизодически пробуют

подвержены интернет-зависимости до обучения в колледже		по окончании проекта
участники проекта	5,0%	цифры не изменились
выпускники колледжа	4,0%	цифры не изменились

По данным анкетирования (приложение №3) присутствующим на проектах мероприятие понравилось — 100%, заставило задуматься — 95%.

Выводы:

1. В группе творческой молодежи, задействованной в проектах, зависимость от психоактивных веществ была выше по сравнению с группой выпускников до реализации проекта. После завершения показатели зависимостей стали выше у выпускников по сравнению с группой "участников".

2. Наиболее стойкая зависимость в обеих группах учащихся - зависимость от компьютера и традиционная — употребление алкоголя эпизодически.

3. Достойно проведенный сверстниками творческий проект не оставляет равнодушными пассивных участников-зрителей.

4. При подготовке и проведении творческих проектов молодежь, принимающая непосредственное участие в их реализации, формирует у себя навыки здорового образа жизни и зарождает стремление к нему у пассивных участников проекта.

Литература

1. Л. И. Каспрук. Формирование творческих способностей студентов как важный аспект обучения в медицинском колледже. / Каспрук Л. И. // "Медсестра". — 2007. — №4.

Приложение № 1

Творческие проекты:

1.	"Семь встреч по профилактике опасных зависимостей" (2001–2002 гг., г. Витебск)
2.	"Поможем в реабилитации неврологических больных" (2000–2006 гг. г. Витебск)
3.	"Моя семья и вредные привычки" (2007–2009 гг., г. Витебск).
4.	"Принцип домино" на тему "Ваш взгляд на вредные привычки" (2006–2007 гг., г. Витебск)
5.	Профилактическая акция под девизом "Каждому ребенку — свою семью" (2006–2009 гг., г. Витебск)
6.	"Малахов+ на тему "Жизнь без табака…" (2008–2009 гг., г. Витебск)
7.	"Сказки о вредных привычках" (2010–2011 гг., г. Витебск)
8.	"Проблемы эпохи на тему "Жизнь — это шанс…" (2009–2010гг., г. Витебск)
9.	"Психическое здоровье нации. Эмоциональное выгорание" (2011–2013 гг., г. Витебск)

Приложение № 2

Анкета № 1

1. Курили ли Вы при поступлении в колледж?
   А. да Б. нет
2. Прекратили ли Вы курить в процессе обучения в колледже?
   А. да Б. нет
3. Употребляли ли Вы эпизодически алкоголь до поступления в колледж?
   А. да Б. нет
4. Прекратили ли Вы употреблять алкоголь даже эпизодически в процессе обучения?
   А. да Б. нет
5. Употребляли ли Вы другие психоактивные вещества (включая курительные смеси, насвай) до поступления в колледж?
   А. да Б. нет
6. Прекратили ли Вы употреблять другие психоактивные вещества (включая курительные смеси, насвай) в процессе обучения в колледже?
   А. да Б. нет
7. Имели ли Вы другие виды зависимостей (компьютерную, игровую, пищевую и т.д.)? Указать какую.
   А. да Б. нет
8. Избавились ли Вы от нее в процессе обучения?
   А. да Б. нет

Приложение №3

Анкета №2

1. Понравилась ли Вам программа, произвела впечатление?
   А. да Б. нет
2. Заставила ли Вас программа задуматься о своем образе жизни, о здоровом образе жизни?
   А. да Б. нет

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Г. А. Захарова, к.б.н., доцент каф. анатомии и физиологии
УО "Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова"
г. Витебск (Беларусь)

Здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях. Его составляющими являются: отказ от вредных пристрастий (курение, употребление алкоголя и наркотиков); оптимальный двигательный режим; рациональное питание; закаливание; личная гигиена; положительные эмоции. Особое значение эти факторы приобретают в период беременности, когда закладываются основы здоровья человека. Любая вредность, действующая в период беременности, может спровоцировать развитие врожденных пороков. Среди экзогенных причин наибольший вред способны нанести физические (радиационные), химические (лекарственные вещества; химические вещества, применяемые в быту и промышленности; гипоксия; неполноценное питание) и биологические факторы (вирусы; микоплазмы; протозойные инфекции).

Так, воздействие на беременную женщину ионизирующей радиации прекращает развитие зародыша либо повреждает органогенез вследствие нарушений обмена веществ, ферментативных процессов и проницаемости клеточных мембран.

Прием лекарственных препаратов в период беременности должен осуществляться строго под врачебным контролем. Особо опасен бесконтрольный прием, особенно в первом триместре, диазепама и антиконвульсантов, противосудорожных препаратов (вальпроат натрия, триметин, фенитонн, фенобарбитал, карбамазепин), антикоагулянтов (варфарин), противоопухолевых средств (эмбихин, миелосан, милеран, эндоксан), синтетического аналога витамина А (изотретиноина), гормональных препаратов (применяются при угрожаю-

щем выкидыше, токсикозах и ряде соматических болезней у беременных, входят в состав многих оральных контрацептивов), антигистаминных препаратов (меклизин, циклизин). Тератогенный (и мутагенный) эффект оказывает и комплекс вредностей операционных блоков (для работников анестезиологической службы).

Среди факторов химической природы, провоцирующих врожденные пороки развития, особо выделяются алкоголь, курение, нерациональное питание и некоторые вещества, применяемые в быту.

Прием алкогольных напитков в период беременности вызывает такие эмбриофетопатии, как гипоплазию и постнатальный дефицит роста и массы тела, общую задержку физического и психического развития, умеренно выраженные микро- и гидроцефалии, короткие и узкие глазные щели, узкий скошенный лоб, эпикант, утолщенная с узкой красной каймой верхняя губа, гипоплазия нижней челюсти. У новорожденных отмечаются и неврологические нарушения (гиперрефлексия, тремор, изменчивый мышечный тонус), спонтанные клонические судороги, опистотонус, недостаточный сосательный рефлекс, пороки сердца и почек.

При активном и даже пассивном курении беременной в ее крови повышается концентрация карбоксигемоглобина, а никотин оказывает прямое воздействие на сосуды матки. Это вызывает пренатальную гипоплазию и снижение массы новорожденных. У курящих беременных повышается риск разрывов плодных оболочек и преждевременной отслойки плаценты.

Воздействие на беременную таких веществ, как бензин, бензол, фенолы, диметилдиоксан, хлоропрен, формальдегид, нитросоединения фурана, окись азота может вызвать самопроизвольный аборт, внутриутробную смерть плода или рождение ослабленного ребенка. Ядохимикаты, применяемые в сельском хозяйстве (гептахлор, цинеб и цирам, гранозан, динитроортоктазол, севин), а также свинец и пары ртути обладают эмбриотоксическими свойствами.

Гипоксия или кислородное голодание также опасно для беременных. В период органогенеза оно тормозит плацента-

цию, развитие зародыша и в ряде случаев приводит к развитию врожденных пороков или к гибели плода. Вследствие хронической гипоксии в плодный период задерживается развитие и возникает пренатальная гипоплазия.

Нерациональное питание и хроническое голодание во II и особенно в III триместре вызывают рождение детей с малой массой и недостаточной зрелостью физиологических функций, что приводит к высокой неонатальной смертности. Особенно большое значение имеет дефицит микроэлементов, в частности, цинка, меди и марганца, который приводит к развитию пороков ЦНС (главным образом производных переднего мозгового пузыря).

К биологическим факторам развития врожденных пороков относятся преимущественно некоторые вирусы.

Тератогенный эффект вирусов обусловлен их способностью преодолевать плацентарный барьер, а интенсивный обмен в клетках эмбриона и богатство их нуклеиновыми кислотами создают для существования вирусов особенно благоприятные условия. Тератогенный эффект доказан лишь для вирусов краснух и инклюзионной цитомегалии. Возможен тератогенный эффект вирусов простого герпеса, гриппа, кори, эпидемического паротита, инфекционного гепатита, полиомиелита, ветряной и натуральной оспы.

Синдром краснухи чаще проявляется пренатальной гипоплазией (недостаток массы тела обычно составляет 15–30 %), анемией с тромбоцитопенией, сопровождающейся множественными геморрагиями, увеличением печени, селезенки, пороками сердца (обычно открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки, стеноз устья легочной артерии) и микрофтальмия.

Вирус цитомегалии поражает плод на 3–4-м месяце и приводит к развитию микроцефалии с микрогирией, гидроцефалии, порэнцефалии, микрофтальмии, катаракте, кистозному фиброзу поджелудочной железы, циррозу печени с атрезией желчных протоков, мелкой кисты в легких и почках.

Таким образом, рациональное питание (достаточное количество микроэлементов), благоприятные условия труда, быта и отдыха (свежий воздух, отсутствие источников ионизирую-

щей радиации), соблюдение личной гигиены, двигательная активность и закаливание для поддержания здоровья (невосприимчивость к инфекциям), отказ от вредных привычек (никотин, алкоголь, наркотики) как составляющие ЗОЖ являются действенными факторами профилактики врожденных пороков развития.

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

ПРАВО НА ЖИЗНЬ И ПРАВО НА СМЕРТЬ

Н. М. Яцковская, ст. преп. каф. анатомии и физиологии
Н. Д. Ефременко, студ. 2-го курса биологического факультета
УО "Витебский государственный университет
им. П.М. Машерова"
г. Витебск (Беларусь)

"Я никому, даже просящему об этом,
не дам вызывающее смерть лекарство,
и также не посоветую это".
Гиппократ

В современном обществе проблемы биомедицинской этики являются актуальными не только для науки, но и для обычных людей. Это связано с тем, что современная биомедицина значительно расширила свои технические возможности контроля и вмешательства в естественные процессы зарождения, протекания и окончания человеческой жизни. Сегодня стали

обыденной практикой различные методы искусственной репродукции человека, замены больных или поврежденных органов и тканей, нейтрализации действия вредоносных или замещение поврежденных генов, продления жизни или воздействия на процесс умирания и многое другое [1].

Проблема эвтаназии возникла не сегодня, и не вдруг. Свое летоисчисление она начинает в глубокой древности. Английский философ Френсис Бэкон (1561–1626) для обозначения легкой безболезненной смерти ввел термин — "эвтаназия" (от греч. euthanasia, eu — хорошо, thanatos — смерть), то есть хорошая, спокойная и легкая смерть, без мучений и страданий. В современных публикациях на русском языке используются два термина: "эвтаназия" и "эйтаназия".

С момента зарождения идеи об эвтаназии и до наших дней данная проблема вызывает многочисленные споры среди медиков, юристов, социологов, психологов и так далее. В первую очередь, сторонники эвтаназии говорят о сострадании к больному. Кроме сострадания к больному сторонники эвтаназии также говорят об отсутствии ценности жизни в ситуации крайнего страдания или не функционирования сознания. Выдвигается также аргумент безусловного права человека на распоряжение своим телом, включая самоубийство.

Традиционное религиозное мировоззрение однозначно осуждает эвтаназию, приравнивая ее к самоубийству либо убийству. "Церковь осуждает самоубийство, поскольку совершающий его не приносит себя в жертву, а отвергает жизнь как дар Божий. В связи с этим неприемлема легализация так называемой эвтаназии — содействия уходу из жизни людей, которая представляет собой сочетание убийства и самоубийства" [2].

Церковь полностью осуждает эвтаназию. Осуждение касается всякого посягательства на человеческую жизнь, как аборта, так и эвтаназии. В христианской традиции смерть принимается как разделение души и тела и как откровение духовного мира. Христианство культивирует отношение к смерти не как к окончательной стадии бытия, а как к переходу к высшему смыслу, соединению с Богом. Христианская биоэтика отвергает активную эвтаназию как намеренное прерывание

жизни, а добровольную эвтаназию расценивает как самоубийство.

Ознакомившись с обеими точками зрения, можно сделать вывод, что единогласия здесь нет, да и быть не может. Проблема отношения человека к своему, и не только, праву на жизнь изучается не первый год, да и не первое тысячелетие.

В связи с этим целью нашего исследования являлось изучение отношения студентов 4-го курса биологического факультета специальности "Биология.нпд" к одной из наиболее острых проблем биомедицинской этики — эвтаназии. Исходя из цели исследования, были сформулированы следующие задачи: провести анализ теоретических и эмпирических работ по проблеме биомедицинской этики; выявить специфику моральных суждений студентов 4-го курса биологического факультета специальности "Биология.нпд" при решении проблем биомедицинской этики.

Объект исследования. Моральное сознание учащихся в области биомедицинской этики.

Предмет исследования. Отношение к морально-этическим аспектам проблем биомедицинской этики.

Методы исследования. Решение теоретических задач осуществлялось анализом и обобщением философской, теологической и медико-биологической литературы, связанной с предметом исследования. Также для изучения отношения студентов 4 курса биологического факультета специальность "Биология.нпд" к эвтаназии использовался метод анкетирования.

Результаты и обсуждение. Чтобы понять точку зрения студентов "ВГУ им. П.М. Машерова" в отношении эвтаназии, мы решили провести небольшой социологический опрос среди студентов 4-го курса биологического факультета. В качестве респондентов выступили студенты, обучающиеся на биологическом факультете по специальности "Биология.нпд". Предлагалось ответить на следующие вопросы: 1. Эвтаназия: гуманно ли это? 2. Считаете ли Вы допустимой эвтаназию? 3. Как Вы считаете, следует ли разрешить эвтаназию в РБ? 4. Стоит ли считать эвтаназию спасением для больного? 5. Если бы близкий вам человек был неизлечимо болен, сильно страдал и просил Вас помочь ему умереть, приняли бы Вы решение об эвтаназии?

Таблица 1: Результат социологического опроса по проблеме эвтаназии.

Вопросы:	Респонденты	
	Да (%)	Нет(%)
Эвтаназия: гуманно ли это?	14	86
Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?	87,3	12,7
Как Вы считаете, следует ли разрешить эвтаназию в РБ?	64	36
Стоит ли считать эвтаназию спасением для боль-ного?	31,8	68,2
Если бы близкий вам человек был неизлечимо болен, сильно страдал и просил Вас помочь ему умереть, приняли бы Вы решение об эвтаназии?	50	50

По итогам опроса (таблица 1) вышло, что 86 % респондентов признали эвтана-зию негуманным методом избавления от страданий. Но, несмотря на эти данные, 87,3 % студентов 4-го курса биологического факультета "ВГУ им. П.М. Машерова" специальности "Биология.нпд" считают, что эвтаназия допустима, из них 64 % за то, чтобы эвтаназию разрешили в РБ. В тоже время 68,2 % не находят в эвтаназии спасение для больного. А на последний вопрос (Если бы близкий Вам человек был неизлечимо болен, сильно страдал и просил Вас помочь ему умереть, приняли бы Вы решение об эвтаназии?) голоса распределились 50 % на 50 %.

Таким образом, мы пришли к выводу, что большинство респондентов выступает за эвтаназию, хотя считает это негуманным способом.

Проблемы, связанные с эвтаназией, волнуют законодателей и общественность многих современных государств, становятся предметом обсуждения и исследования специалистов разных областей. Следует понять, что никакое право, в том числе уголовное, не может предусмотреть все частные случаи. Решения, принимаемые медициной, не могут быть заменены правовыми. Особенно это касается человеческой жизни. Нам кажется, что лояльное отношение молодого по-

коления к эвтаназии является следствием несерьезного отношения к смерти как к явлению, не имеющему отношения к ним лично. Но такая проблема, как эвтаназия, есть, и она требует решения, в том числе правового.

Литература

1. Нурмагомедова П. М. Психология решения студенческой молодежью мо-ральных проблем биомедицинской этики / автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психологич. наук.

2. Основы учения РПЦ о достоинстве, свободе и правах человека; раздел IV, п. 2.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЭТИЧЕСКИХ НОРМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

(Духовные аспекты борьбы с абортами и эвтаназией)

В. А. Маторов, преподаватель социально-гуманитарных наук
УО "Оршанский государственный медицинский колледж"
г. Орша (Беларусь)

Сто лет назад философы предрекали, что духовный апокалипсис настанет для человечества тогда, когда аборты будут считать привычным и даже приемлемым. Спустя век вряд ли у кого язык повернется назвать это приемлемым, но то, что аборт стал вполне обычным делом — факт. Ежегодно в Беларуси тысячи детей покидают наш бренный мир, так и не родившись. Сегодня по пальцам можно пересчитать страны, где детоубийство эмбриона — грех не на словах, а на деле: Португалия, Польша (аборты разрешены только по медицинским показаниям), Индонезия, карающая длительным тюремным заключением и женщину и врача.

Эвтаназия — это убийство тяжелобольного человека по его желанию из соображений милосердия. Пока ученые, фи-

лософы, представители разных конфессий спорили об эвтаназии, британский телеканал "Скай Риал Лайвс" в 2008 году показал, как англичанин Крэйг Эверт, страдавший от неизлечимой болезни головного мозга, принимает смертельную дозу снотворного в швейцарской клинике "Дигнитас".

Как же с абортом и эвтаназией соотносится клятва Гиппократа, а также библейская заповедь "не убей"? Считаю, что однозначного ответа на эти вопросы нет. В современных условиях перед преподавателями медицинских учреждений образования встает дилемма: акцентировать внимание на духовных аспектах аборта, эвтаназии или ограничиться сухой статистикой и высказать личное мнение? Необходимо ли, например, фельдшеру-акушеру, медицинской сестре задумываться об этической стороне названных проблем? Наконец, каких взглядов и позиций нужно придерживаться (за или против) при формировании этической составляющей личности будущих медицинских работников? Каким образом образовательный процесс (включающий воспитание личности) в медицинском учреждении образования влияет на духовность будущих специалистов? Чтобы разобраться с данными проблемными вопросами недостаточно времени в рамках изучения таких дисциплин, как основы социально-гуманитарных наук, медицинская психология, этика и деонтология. Поэтому второй год в колледже работает дискуссионный клуб "Мир сегодня", в рамках которого обсуждаются и исследуются основные проблемы современности, в том числе духовные. Целью данных исследований является формирование этических норм профессиональной деятельности будущих медицинских работников посредством использования активных методов воспитания.

Задачи исследования:

1. Рассмотрение различных подходов к истории проблемы абортов и эвтаназии.

2. Изучение отношения учащихся медсестринского и фельдшерско-акушерского отделений Оршанского государственного медицинского колледжа к духовным аспектам проблемы абортов и эвтаназии.

3. Разработка методического пособия для проведения

воспитательных мероприятий по обозначенной проблеме.

Материал и методы исследования. В исследовании задействованы учащиеся Оршанского государственного медицинского колледжа (выборочно учащиеся 1, 3, 4 курсов). Исследованы данные ВОЗ и статистическая отчетность по Республике Беларусь за 2010–2013 годы по данной проблеме. Использованы методы анкетирования, интервью, изучения источников по обозначенной проблеме, работа со статистической отчетностью, наблюдение.

Результаты и выводы исследования. На занятиях клуба по проблеме абортов и эвтаназии обсуждались следующие темы: "История законодательства об абортах", "Проблема жизни и смерти в классической литературе", "Публикации о проблеме абортов и эвтаназии в республиканских СМИ", "Духовность против расчетливости…". При подготовке к обсуждению проблемных вопросов проводилось анкетирование среди учащихся колледжа (обработано 164 анкеты, возрастной состав 17–24 года), на интернет-форуме проведен опрос пользователей по отношению к абортам и эвтаназии. Так, 14 % респондентов не имеют представления о последствиях аборта для репродуктивной системы женщины, 84 % учащихся отрицательно относятся к процедуре аборта. 88 % респондентов не одобряют саму идею эвтаназии, 9 % считают эвтаназию возможным выходом для безнадежно больных пациентов. Клубные занятия проводились в форме "круглого стола", семинара с приглашением гостей (психолога, социального педагога, врача-гинеколога, священнослужителя). В ходе занятий происходил обмен мнениями, диалог же строился на основе взаимного уважения. Важным моментом было создание доверительной атмосферы. Для проведения семинарского занятия по теме "Проблема смерти и жизни в классической литературе" использованы фрагменты из повестей Л. Н. Толстого "Смерть Ивана Ильича", "Исповедь", из рассказа А. П. Чехова "Цветы запоздалые", из произведения А. Дюма-сына "Дама с камелиями". Большой воспитательный потенциал содержится в видеофильмах "Профилактика абортов", "Один день в хосписе". Увлекательное и живое общение участников клуба позволяет учащимся смоделировать и "пропустить" через себя

различные проблемные ситуации, связанные с жизнью, будущей профессиональной деятельностью. При формировании этических норм профессиональной деятельности будущих медицинских работников важно развить социальную позицию. Участникам клуба было предложено выступить в двух группах первого курса (методика "равный обучает равного") и представить собственное видение решения духовных аспектов проблемы аборта и эвтаназии. Наблюдения показали, что учащиеся более доверительно высказывали свое мнение, вступали в дискуссию, обсуждали сложные этические и религиозные подходы в решении проблемы. После обсуждения проблем учащимся в этих группах было предложено анкетирование. 82 % респондентов отметили актуальность обсуждаемых вопросов, 100 % указали, что эвтаназия противоречит не только этическим нормам, но и принципам духовности (осуждение мировыми религиями).

Таким образом, в процессе клубной деятельности на основе использования активных методов воспитания создаются условия для формирования устойчивых морально-этических, духовно-нравственных взглядов и представлений зрелой личности будущего медицинского работника, способной ставить перед собой цели, решать задачи и иметь устойчивую нравственную позицию в отношении духовных аспектов проблемы абортов и эвтаназии. Параллельно формируются у молодых людей желание и потребность создать крепкую и дружную семью, ответственное и осознанное отношение к собственной жизни, жизни и смерти близких, а также будущих пациентов.

Литература

1. Акола, Н. Е. Алгоритмы консультирования подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и сред. мед. Персонала / Н. Е. Акола и др. — Минск: АЛЬТИОРА — ЖИВЫЕ КРАСКИ, 2012.

2. Макшанов, И. Я. Врачебная деонтология: Учеб. пособие. — Мн.: Выш. шк., 1998.

3. Чумаков, Б. Н. Валеология: Учеб. пособие. — 2-е изд. испр. и доп. — М.: Педагогическое общество России, 2000.

IV. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Е. В. Ляховская, д-р мед. наук
Медицинский представитель фармацевтической компании Takeda
Г. Витебск (Беларусь)

Облитерирующие артериопатии нижних конечностей в общей структуре сердечно-сосудистых заболеваний занимают второе место, уступая первенство только ИБС. По данным ВОЗ (1998), около 5 % лиц пожилого возраста страдают перемежающейся хромотой. Частота хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) у пациентов 40–60 лет составляет 8–10 %, в возрастной группе старше 60 лет этот показатель достигает 20 %. Количество больных, страдающих облитерирующими артериопатиями, в США и странах Европы составляет от 600 до 800 человек на 1 млн. населения [1].

В настоящее время существует тенденция к увеличению числа больных с данной патологией, что, безусловно, связано с "омоложением" атеросклероза, увеличением средней продолжительности жизни, демографическим сдвигом, определяющим значительное число больных пожилого и старческого возраста, и увеличением факторов риска развития данных заболеваний. Одной из самых тяжелых и нерешительных проблем современной ангиологии остается лечение критической ишемии нижних конечностей (КИНК), ко-

торая достигает 15-20 % в структуре облитерирующих артериопатий [1].

Особенностями атеросклероза артерий нижних конечностей являются тенденция к постоянному прогрессированию процесса, высокая частота инвалидизации, ампутаций и летальности, особенно у больных трудоспособного возраста, что сопряжено с огромными экономическими затратами. Столь распространенная инвалидизация и высокая смертность населения делают проблему ХОЗАНК чрезвычайно актуальной [1].

Основными направлениями консервативной терапии лечения облитерирующих артериопатий являются [1]:

- улучшение микроциркуляции за счет воздействия на реологические свойства крови, адгезию форменных элементов к эндотелию и цитокинную активность;
- антиоксидантная терапия, ингибирующая процессы перекисного окисления липидов, инициирующие локальное и системное токсическое повреждение клеток активными формами кислорода;
- иммунокоррекция;
- нормализация липидного обмена;
- стимуляция развития коллатералей.

Из арсенала средств консервативной терапии наиболее эффективным препаратом, оказывающим разностороннее действие на различные звенья патогенеза хронической ишемии конечностей, является Актовегин.

Актовегин - это депротеинизированный гемодериват из крови телят путем ультафильтрации с молекулярной массой вещества менее 5000 Да. Производится на заводах японской фармацевтической компании Такеда. Из всех корректоров энергетического метаболизма самая большая доказательная база у Актовегина [5].

Актовегин активирует обмен веществ в тканях, улучшает трофику и стимулирует процессы регенерации, повышает утилизацию и потребление кислорода, устойчивость ткани к гипоксии, энергетический метаболизм и потребление глюкозы [1]. Повышение потребления кислорода под влиянием Актовегина приводит к стабилизации плазматических мембран клеток при ишемии и снижает образование лактатов. Актове-

гин улучшает окислительный метаболизм, энергетическое обеспечение клетки, о котором свидетельствует увеличение концентрации переносчиков свободной энергии, таких, как АТФ, АДФ. Применение Актовегина улучшает транспорт и утилизацию глюкозы, что особенно важно в условиях прогрессирующей хронической артериальной недостаточности [4].

Любое поражение периферического сосудистого русла начинается с поражения на уровне микроциркуляции и эндотелия. Дисфункция эндотелия является ведущим компонентом артериальной и венозной патологии нижних конечностей. Жизненно необходимый компонент терапии при патологии сосудов нижних конечностей - это коррекция на уровне микроциркуляторного русла и эндотелиопротективное действие Актовегина [2,3].

Рекомендуемая схема применения препарата Актовегин у пациентов с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей [4]: 20-30 мл препарата в 200 мл 0,9 р-ра NaCl в сутки в/в или внутриартериально втечении 4 недель. Затем, по показаниям, можно продолжить прием препарата в таблетках. Продолжительность курса и кратность в зависимости от рекомендации врача и тяжести процесса.

Согласно исследованиям [2,3], в результате под действием Актовегина:

- увеличивается скорость капиллярного кровотока;
- улучшается клеточный и тканевой метаболизм;
- предотвращается обкрадывание капилляров и поступление крови в основное обменное русло;
- увеличивается максимальный уровень перфузии;
- увеличивается дистанция безболевой ходьбы на 58 % от исходного;
- увеличивается оксид-синтазная функция эндотелия микрососудов (эндотелиопротективный эффект).

Актовегин занимает одно из ведущих мест в медикаментозной терапии хронической ишемии нижних конечностей и много лет применяется клиницистами. Это позволяет снизить процент госпитализации и инвалидизации пациентов, улучшить показатели психоэмоционального состояния и качества жизни [6,7].

Литература

1. Зудин А. М., Учкин И. Г., Талов Н. А., Хмырова Е. В. Воздействие Актовегина на коллатеральную гемодинамику (по данным дуплексного сканирования) у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей. // РМЖ. — 2011. — № 29.

2. Fedorovich A.A: Non-invasive evalution of metabolic function of microvascular endothelium in human skin. Microvasc Res. — 2012. — Jul; 84(1). — С. 86-93.

3. Учкин И. Г., Багдасарян А. Г., Федорович А. А. Примененин препарата Актовегин при лечении больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. — 2013.

4. Инструкция по медицинскому применению препарата Актовегин.

5. Румянцева С. А., Ступин В. А., Силина Е. В. и др. Метаболическая коррекция осложнений сахарного диабета // Международный эндокринологический журнал. — 2009. — № 6 (24).

6. Д. Зиглер, Л. Мовсесян, Б. Маньковский, И. Гурьева, И. Строков. Лечение диабетической полинейропатии Актовегином при сахарном диабете 2 типа // Diabetes Care. — август, 2009.

7. В. Янсен, Е. Бек. Лечение диабетической полинейропатии. Двойное слепое плацебоконтролируемое исследование // Ди Медицина Веет. — 1987. — 38. — С. 838–841.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: МЕДИЦИНСКАЯ И ДУХОВНАЯ ОЦЕНКА

А. М. Литвяков, д-р. мед. наук, профессор
А. В. Сергиевич, ассистент каф. госпитальной терапии
УО "Витебский государственный 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 климато-географического 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 ассоциирующийся 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 заклеймленными их болезнью, часто беспокоятся и имеют проблемы, связанные с гневом беспомощностью и сниженной самооценкой, нарушением сна, потерей веса. Псориаз характеризуется увеличенным риском раз-

вития депрессии, нарушения половой функции, суицидальными мыслями. Хотя псориаз 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, гипергиперлипидемии, ожирения, более распространено курение, алкоголизм. При псориатическом артрите выявлено 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 сравнительное изучение особенностей качества жизни у людей с псориазом и псориатическим артритом.

Материалы и методы. Обследовано 58 людей с ПсА. Их возраст колебался от 18 лет до 57 лет. Средний возраст составил 42,7 ± 9,8 лет. Среди них был 31 мужчина от 22 до 55 лет (средний возраст 44,2 ± 8,2 лет), 27 женщин от 18 до 57 (средний возраст 41,0 ± 11,3 лет).

В группу с Пс без поражения суставов вошли 56 человек. Их возраст был от 18 до 60 лет. Средний возраст составил 38,1 ± 13,3 лет. Среди них было 37 мужчин от 19 до 60 лет (средний возраст 39,6 ± 13,6 лет), 19 женщин от 18 до 54 лет (средний возраст 35,1 ± 12,4 лет).

Контрольную группу составили 26 здоровых человек. Их возраст колебался в интервале от 23 до 53 лет, средний возраст — 38,7 ± 9 лет.

Обследования лиц с ПсА проходили на базе ревматологического отделения УЗ "Витебская областная клиническая больница", лиц с Пс — на базе кожного отделения УЗ "Витебский областной кожно-венерологический диспансер". Обследование лиц из контрольной группы было проведено на базе клиники "Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета".

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 за изменением 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) [1].

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

Результаты и обсуждение. Полученные результаты по всем показателям КЖ, согласно шкалам опросника SF-36, в группах с ПсА, Пс и в КГ представлены в таблице 1 (см. след. стр.).

Проведена оценка степени снижения и статистической значимости различий показателей КЖ в группе с ПсА по сравнению с контрольной группой. Максимальное снижение выявлено для ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP) — 62,5 (Mann-Whitney U Test Z = 3,6090; p = 0,0003), далее следует интенсивности боли (BP) — 59 (Mann-Whitney U Test Z = 6,3811; p = 0,0000). Средние значения снижения КЖ определены для общего состояния здоровья (GH) 37 (Mann-Whitney U Test Z = 6,6665; p = 0,0000); ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) 33 (Mann-Whitney U Test Z = 3,4107; p = 0,0006); жизненной активности (VT) 32,5 (Mann-Whitney U Test Z = 5,5345; p = 0,0000); физического функционирования (PF) 25 (Mann-Whitney U Test Z = 6,4150; p = 0,0000); социального функционирования (SF) 25 (Mann-Whitney U Test Z = 3,8267; p = 0,0001). Наименьшую степень снижения КЖ для людей с ПсА составило психическое здоровье (MH) 8 (Mann-Whitney U Test Z = 3,7155; p = 0,0002). В группе с ПсА показатели всех восьми шкал опросника SF-36 значительно и статистически значимо снижены по сравнению с контрольной группой (таблица 1, рисунок 1).

Полученные нами данные по показателям КЖ людей с ПсА соответствуют данным, представленным L. Lundberg [2], G.D. Smith [3].

В группе с Пс наибольшая степень снижения показателей и статистическая значимость различий по сравнению с контрольной группой выявлена для общего состояния здоровья (GH) 26 (Mann-Whitney U Test Z = -5,4807; p = 0,0000) и психического здоровья (MH) 8 (Mann-Whitney U Test Z = -2,3866; p = 0,0170). Немногим меньше снижена жизненная активность (VT) 10 (Mann-Whitney U Test Z = -1,7189; p = 0,0856), однако различия статистически незначимы. Остальные пока-

Таблица 1 - Качество жизни лиц с ПсА, Пс и из КГ; (Descriptive Statistics).

	Mean	Median	Minimum	Maximum	Percentile 25	Percentile 75	Std.Dev.
ПсА							
PF	71,36	75,00	10,00	100,00	60,00	90,00	24,33
RP	48,19	37,50	0,00	100,00	0,00	100,00	46,37
BP	44,02	41,00	0,00	100,00	32,00	52,00	23,49
GH	51,47	55,00	0,00	82,00	37,00	65,00	18,95
VT	50,43	47,50	15,00	85,00	40,00	60,00	16,31
SF	72,59	75,00	0,00	100,00	63,00	100,00	24,58
RE	62,08	67,00	0,00	100,00	33,00	100,00	38,77
MH	62,83	64,00	24,00	96,00	52,00	72,00	17,12
PH	39,90	41,28	16,42	57,82	32,85	46,54	9,65
MHi	45,55	46,01	21,40	60,61	41,14	51,50	8,58
Пс							
PF	97,23	100,00	80,00	100,00	95,00	100,00	5,39
RP	83,48	100,00	0,00	100,00	87,50	100,00	33,80
BP	82,84	100,00	31,00	100,00	57,00	100,00	25,98
GH	63,55	66,00	20,00	95,00	50,00	78,50	17,80
VT	65,63	65,00	20,00	100,00	50,00	80,00	19,59
SF	85,80	100,00	0,00	100,00	75,00	100,00	22,31
RE	75,57	100,00	0,00	100,00	33,00	100,00	39,47
MH	66,57	68,00	16,00	100,00	58,00	80,00	20,56
PH	54,18	55,57	39,05	65,82	50,68	58,38	6,09
MHi	46,38	48,93	9,56	62,29	38,54	54,07	11,35
КГ							
PF	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00
RP	91,35	100,00	0,00	100,00	100,00	100,00	27,33
BP	93,73	100,00	41,00	100,00	100,00	100,00	14,65
GH	86,77	92,00	67,00	100,00	77,00	92,00	10,20
VT	73,85	75,00	50,00	90,00	70,00	80,00	10,13
SF	93,75	100,00	50,00	100,00	87,50	100,00	12,37
RE	93,59	100,00	0,00	100,00	100,00	100,00	21,12
MH	76,46	76,00	52,00	92,00	72,00	84,00	9,07
PH	59,23	60,79	41,95	62,29	59,44	61,60	4,79
MHi	54,11	55,53	42,21	60,43	52,95	56,58	4,92

затели — интенсивность боли (BP) (Mann-Whitney U Test Z = -1,3203; p = 0,1867); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) (Mann-Whitney U Test Z = -1,4748; p = 0,1403); социальное функционирование (SF) (Mann-Whitney U Test Z = -1,1011; p = 0,2708); физическое функционирование (PF) (Mann-Whitney U Test Z = -1,9431; p = 0,0520); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) (Mann-Whitney U Test Z = -0,9516; p = 0,3413) — снижены незначительно, и различия статистически незначимы. В свою очередь, в группе с Пс показатели качества жизни снижены по сравнению с контрольной группой, но не столь выражено, как в группе с ПсА, статистически значимые различия выявлены только по некоторым показателям (таблица 1, рисунок 1).

Полученные нами данные соответствуют данным литературы, где также выявлено снижение показателей КЖ у лиц с Пс по сравнению с общей популяцией. При сравнении полученных нами результатов с результатами, представленными в литературе [1, 2, 4, 5, 6], общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), психическое здоровье (MH) приблизительно соответствуют данным литературы, тогда как остальные показатели в нашем исследовании имеют более высокие значения.

При рассмотрении двух интегральных показателей в обеих обследуемых группах степень снижения и статистическая значимость различий составила: физический компонент здоровья (PH) 19,51 (Mann-Whitney U Test Z = 6,8891; p = 0,0000) и 5,22 (Mann-Whitney U Test Z = -4,3447; p = 0,0000), психологический компонент здоровья (MHi) 9,52 (Mann-Whitney U Test Z = 4,3250; p = 0,0000) и 6,60 (Mann-Whitney U Test Z = -3,2386; p = 0,0012) для ПсА и кожного Пс соответственно. Интегральные показатели статистически значимо различались как в группе с Пс, так и в группе с ПсА при сравнении с контрольной группой (таблица 1, рисунок 1).

По сравнению с данными, представленными L. Lundberg [2], J. de Korte [7] и R. Shikiar [5], для людей с Пс значение физического компонента здоровья (PH) в нашем исследовании выше, тогда как значение психологического компонента

здоровья (MHi) приблизительно такое же. A. Wahl [8] дает еще более низкие значения и физического компонента здоровья (PH), и психологического компонента здоровья (MHi). C.N. Ellis [4] предлагает значения интегральных показателей для лиц с ПсА приблизительно соответствующие значениям, полученным нами, тогда как L. Lundberg [2] получил интегральные показатели КЖ ниже, чем в нашем исследовании.

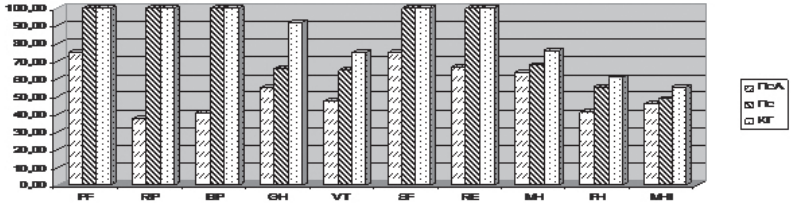


Рисунок 7.1 — Сравнение качества жизни лиц с ПсА, Пс и в КГ.

Таким образом, в группе с ПсА все показатели значительно и статистически значимо снижены по сравнению с контрольной группой, причем показатели, характеризующие физическое здоровье (физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); физический компонент здоровья (PH)) снижены сильнее, чем показатели, характеризующие психологическое здоровье (жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH); психологический компонент здоровья (MHi)). В свою очередь, в группе с Пс по сравнению с КГ сильнее снижены показатели, характеризующие психологическое здоровье, чем физическое (таблица 1; рисунок 1).

Важным является вопрос о различиях в КЖ людей с ПсА и Пс между собой. Проведена оценка степени и статистической значимости различий по одноименным показателям КЖ в группах с ПсА и Пс. Максимально различаются ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) 62,5 (Mann-Whitney U Test Z = -3,6361; p = 0,0003) и

интенсивность боли (BP) — 59 (Mann-Whitney U Test Z = -6,1725; p = 0,0000). Средний уровень различий в порядке уменьшения по ролевому функционированию, обусловленному эмоциональным состоянием (RE) 33 (Mann-Whitney U Test Z = -2,0660; p = 0,0388); физическому функционированию (PF) 25 (Mann-Whitney U Test Z = -7,0822; p = 0,0000); социальному функционированию (SF) 25 (Mann-Whitney U Test Z = -3,1684; p = 0,0015); жизненной активности (VT) 17,5 (Mann-Whitney U Test Z = -4,2935; p = 0,0000). Минимальные различия выявлены для общего состояние здоровья (GH) 7 (Mann-Whitney U Test Z = -3,2280; p = 0,0012) и психического здоровья (MH) 4 (Mann-Whitney U Test Z = -1,1761; p = 0,2395). По всем перечисленным выше показателям, кроме психического здоровья, люди с ПсА и Пс статистически значимо различаются. Различие по физическому компоненту здоровья (PH) составило 14,29 (Mann-Whitney U Test Z = -7,2891; p = 0,0000), что также статистически значимо. Снижение психологического компонента здоровья (MHi) у лиц с ПсА по сравнению с лицами с Пс составило 2,92 (Mann-Whitney U Test Z = -0,9636; p = 0,3353), статистически значимо не различаются.

Таким образом, наиболее сильные и достоверные различия между людьми с ПсА и Пс выявлены по показателям КЖ, отражающим физическое здоровье (физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); физический компонент здоровья (PH)), тогда как по показателям качества жизни, отражающим психологическое здоровье (жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH); психологический компонент здоровья (MHi)), различия значительно меньше, причем по психическому здоровью (MH) и психологическому компоненту здоровья (MHi) различия статистически не значимы.

Для сравнения, в работе A.B. Kimball [9] разница между опрошенными с Пс и ПсА по физическому компоненту здоровья (PH) и психологическому компоненту здоровья (MHi)

составила 7,0 и 2,4 соответственно, что по физическому компоненту здоровья (PH) меньше, а по психологическому компоненту здоровья (MHi) соответствует нашим данным.

Проведена оценка корреляции показателей КЖ, согласно опросника SF-36, с показателями активности суставного процесса (DAS, DAS28), суставным индексом Ричи и поражения кожного покрова (PASI) для лиц с ПсА (таблица 2) и с показателем поражения кожного покрова (PASI) для лиц с Пс (таблица 3).

Таблица 2 — Корреляция показателей качества жизни лиц с ПсА с показателями активности суставного процесса и поражения кожного покрова (Spearman Rank Order Correlations).

	PASI		Ричи		DAS28		DAS	
	Spear-man	p-level	Spear-man	p-level	Spear-man	p-level	Spear-man	p-level
PF	-0,11	0,4138	-0,45	0,0004	-0,14	0,3047	-0,45	0,0004
RP	-0,07	0,6003	-0,24	0,0755	0,03	0,8070	-0,24	0,0723
BP	-0,05	0,6852	-0,29	0,0266	-0,11	0,4021	-0,29	0,0287
GH	0,06	0,6363	-0,10	0,4380	-0,18	0,1675	-0,10	0,4425
VT	-0,28	0,0366	-0,31	0,0199	-0,11	0,4177	-0,29	0,0301
SF	0,25	0,0546	-0,30	0,0240	0,02	0,8893	-0,28	0,0328
RE	-0,26	0,0492	-0,30	0,0203	0,06	0,6649	-0,31	0,0193
MH	-0,24	0,0729	-0,20	0,1358	0,04	0,7652	-0,18	0,1781
PH	0,01	0,9234	-0,33	0,0107	-0,15	0,2658	-0,34	0,0094
MHi	-0,19	0,1633	-0,22	0,0951	0,10	0,4347	-0,21	0,1186

У людей с ПсА из общей картины сразу же выделяется DAS28 из-за полного отсутствия корреляций с показателями качества жизни, тогда как и индекс Ричи, и DAS дают множество корреляций. Это связано с малым количеством суставов, которые учитываются при расчете показателя DAS28. Определена отрицательная умеренная и слабая корреляции индекса Ричи и показателя активности суставного процесса (DAS) со многими шкалами опросника SF-36, в том числе от-

рицательная умеренная корреляция с интегральным показателем — физический компонент здоровья (PH). Таким образом, показатели поражения суставов коррелируют с показателями качества жизни, причем более сильная и статистически значимая корреляция с показателями, отражающими физический компонент здоровья (физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); физический компонент здоровья (PH)), чем с показателями, отражающими психологический компонент здоровья (жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH); психологический компонент здоровья (MHi)). Индекс PASI показал слабую отрицательную корреляцию с жизненной активностью и с ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием (RE), то есть с некоторыми показателями психологического здоровья (таблица 2).

Таблица 3 — Корреляция показателей качества жизни лиц с Пс с показателем поражения кожного покрова — индекс PASI (Spearman Rank Order Correlations).

	PASI	
	Spearman	p-level
PF	-0,2812	0,0358
RP	-0,2063	0,1271
BP	-0,3301	0,0130
GH	-0,1477	0,2772
VT	-0,2782	0,0379
SF	-0,4358	0,0008
RE	-0,2451	0,0686
MH	-0,4314	0,0009
PH	-0,1133	0,4057
MHi	-0,4723	0,0002

У людей с Пс индекс PASI статистически значимо коррелирует с некоторыми показателями качества жизни, отражающими как физическое (слабая отрицательная корреляция), так и психологическое здоровье (умеренная отрицательная корреляция) (таблица 3). При сравнении корреляции индекса PASI с показателями качества жизни опрошенных с ПсА и Пс видно, что статистически более значимые корреляции у лиц с Пс. Этому может быть 2 причины. Первая — значительное влияние поражения суставов, что и скрадывает эффект поражения кожного покрова. Вторая — статистически значимо более высокий индекс PASI у людей с Пс, чем с ПсА ($p<0,05$).

Таким образом, степень поражения суставов наиболее тесно и статистически значимо связана с физическим компонентом здоровья и в меньшей степени с психологическим компонентом здоровья. Тогда как степень поражения кожного покрова наиболее тесно и статистически значимо связана с психологическим компонентом здоровья и в меньшей степени с физическим компонентом здоровья.

Опросник SF-36 заполняется опрашиваемым на основании его собственного представления о своем самочувствии и болезни и, таким образом, отражает субъективное мнение человека. Очень интересным является вопрос о различиях в показателях качества жизни у мужчин и женщин как с ПсА, так и с Пс (таблица 4).

Между мужчинами и женщинами не выявлено статистически значимых различий в группе с ПсА и Пс по показателям поражения кожного покрова (ПсА — Mann-Whitney U Test Z = 0,5493; p = 0,5828; Пс — Mann-Whitney U Test Z = -1,1681; p = 0,2428) и в группе с ПсА по показателям поражения суставов (индекс Ричи Mann-Whitney U Test Z = 0,4017; p = 0,6879; DAS28 Mann-Whitney U Test Z = -0,5001; p = 0,6170; DAS Mann-Whitney U Test Z = 0,3689; p = 0,7122). По компонентам качества жизни между мужчинами и женщинами выявлено статистически значимое различие только в уровне ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) (мужчины 100 (33; 100), женщины 67 (0; 67)) в группе с ПсА, тогда как в группе с Пс статистически значимых различий не было ни по одному показателю (таблица 4).

Таблица 4 — Гендерные различия в группах лиц с ПсА и Пс.

	ПсА		Пс	
	Z	p-level	Z	p-level
PF	-1,4594	0,1445	-0,6057	0,5447
RP	-1,1970	0,2313	0,8047	0,4210
BP	-0,5575	0,5772	0,9604	0,3368
GH	-0,9592	0,3374	-0,8220	0,4111
VT	-1,8693	0,0616	-0,0952	0,9242
SF	-0,3607	0,7183	0,7268	0,4673
RE	-2,2382	0,0252	0,1817	0,8558
MH	-0,8691	0,3848	-1,4882	0,1367
PH	-1,1314	0,2579	0,8566	0,3917
MHi	-1,5741	0,1155	-0,4413	0,6590

Наши данные согласуются с данными L. Lundberg [10], хотя по нескольким пунктам и противоречат некоторым исследованиям, обнаружившим, что женщины с Пс чувствуют себя более напряженно и больше беспокоятся, чем мужчины, и что у них более низкое КЖ [11, 12], мужчины с Пс оказываются перед большим связанным с работой напряжением, чем женщины [13].

Выводы:

1. У людей с Пс, по сравнению со здоровыми людьми контрольной группы выявлено сильное и достоверное снижение показателей по компонентам, отражающим психологическое здоровье (жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH); психологический компонент здоровья (MHi)).

2. По сравнению с контрольной группой у людей с ПсА все показатели КЖ достоверно снижены; более сильное снижение (значений отмечено) у показателей, отражающих физическое здоровье (физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состо-

янием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); физический компонент здоровья (PH)).

3. В группе с ПсА показатели КЖ снижены сильнее, чем в группе с Пс. Сильнее и более достоверно различаются показатели, отражающие физическое здоровье (физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); физический компонент здоровья (PH)), чем психологическое здоровье (жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH); психологический компонент здоровья (MHi)).

4. Степень поражения суставов наиболее тесно и статистически значимо связана с физическим компонентом здоровья и в меньшей степени с психологическим компонентом здоровья, вызывая значительное ухудшение показателей качества жизни, отражающих эти компоненты качества жизни.

5. Степень поражения кожного покрова наиболее тесно и статистически значимо связана с психологическим компонентом здоровья и в меньшей степени с физическим компонентом здоровья, вызывая ухудшение показателей качества жизни, отражающих психологический компонент здоровья, незначительное ухудшение показателей качества жизни, отражающих физический компонент здоровья.

6. В группах с Пс и ПсА у мужчин и женщин показатели КЖ достоверно не различаются за исключением уровня жизненной активности в группе с ПсА.

7. Жизнь человека с хронической болезнью не должно рассматриваться как стабильное состояние, поскольку оно включает периоды тревоги и спокойствия по отношению к болезни, тесно связанные с периодами обострения и ремиссии. Все пациенты должны получать адекватное лечение для корректировки 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 боль-

ного человека является необходимой. Включение людей с псориазом в социальные и духовные группы и проекты дает возможность ощутить себя частью общества, не чувствуя себя обделенным или отвергнутым, не испытывая психологического дистресса.

Литература

1. Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the SF-36 / F. Sampogna [at al.] // Br J Dermatol. — 2006. — Vol. 154, № 5. — P. 844-849.

2. Clinical report Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity // L. Lundberg [at al.] Acta Derm Venereol. — 2000. — Vol. 80. — P. 430–434.

3. Impact of a nurse-led counselling service on quality of life in patients with inflammatory bowel disease / G.D. Smith [at al.] // J Adv Nurs. — 2002. — Vol. 38, № 2. — P. 152-160.

4. Effects of Alefacept on Health-Related Quality of Life in Patients with Psoriasis Results from a Randomized, Placebo-Controlled Phase II Trial / CN. Ellis [at al.] // Am J Clin Dermatol. — 2003. — Vol.4, № 2. — P. 131–139.

5. Adalimumab treatment is associated with improvement in health-related quality of life in psoriasis: Patient-reported outcomes from a Phase II randomized controlled trial / R. Shikiar [at al.] // Journal of Dermatological Treatment. — 2007. — Vol. 18. — P. 25–31.

6. Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema / L. Lundberg [at al.] // British Journal of Dermatology. — 1999. — Vol. 141. — P. 1067–1075.

7. A comparison of twice-daily calcipotriol ointment with once-daily short-contact dithranol cream therapy: quality-of-life outcomes of a randomized controlled trial of supervised treatment of psoriasis in a day-care setting / J. de Korte [at al.] // Journal of Dermatology. — 2008. — Vol. 158. — P. 375–381.

8. Coping and quality of life in patients with psoriasis / A. Wahl [at al.] / / Quality of Life Research. — 1999. — Vol. 8 — P. 427–433.

9. Efficacy and Safety of Adalimumab among Patients with Moderate to Severe Psoriasis with Co-Morbidities Subanalysis of Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Phase III Trial / A.B. Kimball // Am J Clin Dermatol. — 2011. — Vol. — 12, № 1. — P. 51–62.

10. Susceptibility to atherosclerosis in patients with psoriasis and psoriatic arthritis as determined by carotid-femoral (aortic) pulse-wave velocity measurement / M. Soy [at al.] // Rev Esp Cardiol. — 2009. — Vol. 62 (1). — P. 96–9.

11. McKenna, K.E. The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort / K.E. McKenna, R.S. Stern // J Am Acad Dermatol. — 1997. — Vol. 36. — P. 388–394.

12. The application of multiple quality-of-life instruments in individuals with mild-to-moderate psoriasis / M.B. Nichol [at al.] // PharmacoEconomics. — 1996. — Vol. 10. — P. 644–653.

13. Gupta, M.A. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life / M.A. Gupta, A.K. Gupta //Int J Dermatol. — 1995. — Vol. 34. — P. 700–703.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК КРИТЕРИЙ ИХ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА

О. С. Забелло, студ. 5-го курса фармацевтического факультета
Т. Л. Петрише, ст. преп. каф. организации
и экономики фармации с курсом ФПК и ПК
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет"
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Профилактика и лечение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, обусловленных инфекционными осложнениями у беременных, продолжает оставаться актуальной проблемой. Во всем мире отмечается увеличение частоты этих осложнений в общем количестве беременных, а в структуре материнской смертности они занимают одно из первых мест. Особенности женского организма во время беременности и наличие внутриутробного плода делают выбор лекарственного средства (ЛС) очень ответственным в силу возможности его трансплацентарного перехода и возможного неблагоприятного влияния на плод [3].

Цель. Провести анализ литературных источников на тему этичности применения антибактериальных лекарственных средств при беременности.

Результаты и обсуждение. На основании анализа литературы установлено, что только 10–20 % беременных не прини-

мают ЛС, 40–60 % используют их в I триметре. Выраженность действия ЛС на плод определяют такие факторы, как скорость трансплацентарного перемещения ЛС, срок беременности, особенности метаболизма в организме матери, плода и в плаценте. Большинство антибактериальных ЛС имеют низкую молекулярную массу и легко проникают через плаценту, создавая терапевтические концентрации в крови плода, сопоставимые с концентрациями препарата у матери [1].

Во внутриутробном развитии плода выделяют несколько критических периодов, которые отличает повышенная чувствительность к воздействию тератогенных факторов, в том числе к ЛС.

Начальный период внутриутробного развития (с момента оплодотворения до имплантации бластоцисты — конец 1-й-начало 2-й недели беременности). В этом периоде наблюдают максимальный риск эмбриотоксического действия ЛС, проявляющегося чаще всего в гибели зародыша до установления беременности. В период эмбриогенеза (с 16-го дня после оплодотворения и до конца 8-й недели внутриутробного развития) неблагоприятное действие ЛС проявляется тератогенностью и эмбриотоксичностью, возможно возникновение врожденных пороков развития, гибель эмбриона, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды. В период органогенеза и плацентации наиболее чувствительной фазой развития являются первые 3–6 недель после оплодотворения (период закладки органов эмбриона). Критические периоды поражения разных органов отличаются из-за временных различий в дифференцировке тканей. В период фетогенеза (с 9-й недели внутриутробного развития и до родов) действия ЛС могут вызывать замедление роста плода. Однако специфические эффекты нельзя полностью исключить, поскольку развитие глаз, ушей, зубов, ЦНС занимает по времени значительную часть фетального периода. Воздействие ЛС или других веществ во время фетального периода может оказывать отдаленное влияние на поведенческие реакции и психическое развитие ребенка [2].

Несмотря на то, что ни одно ЛС не внедряют в практику без экспериментальной оценки его тератогенности, не менее

3 % всех врожденных пороков развития связано с приемом ЛС. Это обусловлено тем, что тератогенные эффекты ЛС у человека трудно выявить только на основании экспериментальных данных (например, в экспериментах на животных не было выявлено тератогенности талидомида [2]).

В международной практике на основании результатов клинических и экспериментальных исследований выделяют 5 категорий безопасности применения ЛС у бере-енных: A B, C, D, X. Без риска для плода и здоровья будущего ребенка предпочтительно применение ЛС, относящихся к группам А и В. ЛС категории С применяются в тех случаях, когда потенциальная польза, связанная с применением этих ЛС у беременных, может оправдывать их использование, несмотря на возможный риск. К категории D относятся ЛС, для которых имеются доказательства риска неблагоприятного действия на плод человека. Поэтому их следует применять только в тех случаях, когда потенциальная польза, связанная с применением ЛС у беременных, может оправдать его использование, несмотря на возможный риск. ЛС категории X абсолютно противопоказаны к применению у беременных. Классификация антимикробных ЛС по степени безопасности для плода представлена в таблице [4].

Таблица. Категории безопасности применения антибактериальных ЛС у беременных.

Категория безопасности	Антибактериальные средства
A	Нет.
B	Пенициллины, аминопенициллины, цефалоспорины, меропенем, азтреонам, клиндамицин, эритромицин, азитромицин, метрони-дазол, нитрофурантоин.
C	Хлорамфеникол, фторхинолоны, кларитромицин, триметоприм, ванкомицин, гентамицин, ко-тримоксазол, имипенем, сульфани-ламиды.
D	Тетрациклины, аминогликозиды (кроме гентамицина).
X	Нет.

Выводы. При назначении антибактериальных средств беременным женщинам необходимо учитывать следующие факторы:

1. Нет абсолютно безопасных ЛС для плода, независимо от формы и способа применения.

2. Потенциальная польза от применения ЛС должна превышать потенциальный риск для беременной и плода от их побочных эффектов.

3. Существует взаимосвязь между стадией беременности и действием ЛС.

4. Длительность действия ЛС у плода существенно больше, чем у женщины, что связано с низкой скоростью их инактивации и выведением. Следовательно, у плода выше риск возникновения нежелательных эффектов.

5. Некоторые ЛС могут оказывать отсроченное неблагоприятное действие на плод.

6. Изменение фармакокинетики ЛС у женщин во время беременности определяет необходимость проведения соответствующей коррекции разовой дозы, кратности назначения и пути введения.

Литература:

1. Абрамченко, В. В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии / В. В. Абрамченко, М. А. Башмакова, В. В. Корхов — СПб.: СпецЛит, 2000. — 215 с.

2. Андреев Д. А. Клиническая фармакология: учебник для вузов / Д. А. Андреев [и др.]; под ред. В. Г. Кукеса. — М., 2009. — 1056 с.

3. Коган, Б. Г. Современные аспекты применения антибиотиков у беременных / Б. Г. Коган, Г. Д. Гордеева, Е. Н. Белокурова // Здоровье женщины. — 2011. — №4. — С. 32–36.

4. ATC/DDD Index 2013 // WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology [Electronic resource]. — Mode of access: http://www.whocc.no/atc_ddd_index. — Date of access: 01.06.2013.

АНАЛИЗ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ В ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ УЗ "ВОКБ"

М. О. Русецкая, к. м. н., ассистент каф. госпитальной хирургии;
М. В. Коваленок, студ. 5-го курса лечебного факультета
УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"
г. Витебск (Беларусь)

В своей повседневной практике врачи сталкиваются с самовольным принятием пациентами лекарственных препаратов. В некоторых случаях неконтролируемый лечащим врачом прием лекарств может приводить к тяжелым осложнениям на фоне лечения основного заболевания, и даже к летальному исходу.

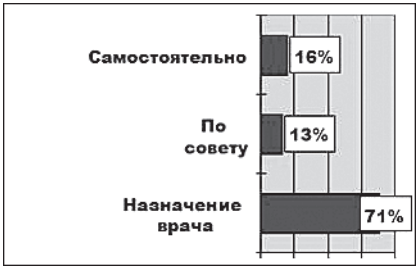
Цель. установить количество пациентов, принимающих "свои" препараты, а также причины и группы принимаемых препаратов.

Результаты и обсуждение. В исследовании участвовало 167 пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ "ВОКБ" в декабре 2013г. Исследование проводилось анонимно в травматологическом отделении, отделении сердечно-сосудистой хирургии, I и II хирургических отделениях и в отделении торакальной хирургии. Опрос включал 90 лиц мужского пола, лиц женского пола — 77 (таблица 1). Средний возраст пациентов составил 52,8 года (минимальный возраст — 16, максимальный возраст — 84).

	I х/о	Травматологическое отделение	ССХ	Отделение торакальной хирургии	II х/о
Мужчины	15	24	25	5	21
Женщины	24	17	12	9	15
Итого	39	41	37	14	36

В ходе работы установлено, что "свои" препараты принимали 62 пациента (37 %). Распределение пациентов по полу, принимавших медикаменты, представлено на рис.1.

Как следует из рисунка 1, лица женского пола в 63 % случаев принимали "свои" препараты. По назначению врача поликлиники препараты принимали 44 пациента (71 %), из них 31 женщина, 8 пациентов (13 %) — по совету и 10 пациентов (16 %) приобрели препараты самостоятельно (рис. 2).



Пациенты чаще принимали гипотензивные, обезболивающие и сердечные препараты (рис 3).

Выводы:

1. 37 % пациентов, находящихся в хирургических отделениях, принимают "свои" препараты. Однако 71 % пациентов принимает препараты, назначенные в поликлинике, и 29 % пациентов приобретают их самостоятельно.

2. Чаще "свои" препараты принимают лица женского пола (63 %). Это может указывать на большую заботу о своем здоровье лиц женского пола.

СТОИМОСТЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ ПО ДАННЫМ ВИТЕБСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО ЗА 2011–2012 гг.

Е. Ю. Крылов
УО "Витебский государственный медицинский университет"
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Согласно данным канцер-регистра в течение последних десяти лет в Республике Беларусь наблюдалось увеличение числа ежегодно заболевающих неходжкинскими лимфомами (НХЛ) с 470 случаев в 2001 году до 638 в 2010 (в 1,4 раза).

В 2010 году умерло 355 пациентов с диагнозом неходжкинская лимфома.

Важно отметить, что в настоящее время для некоторых вариантов НХЛ (В-клеточные лимфомы) успешно используется высокоэффективная, хотя и дорогостоящая таргетная терапия, которая назначается на основании результатов ИГХ исследования.

Цель. Анализ динамики заболеваемости НХЛ за последние 5 лет, а также стоимости иммуногистохимической диагностики этих заболеваний в 2011–2012гг.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования явились данные канцер-регистра Республики Беларусь по Витебской области, накладные на закупку реактивов

для иммуногистохимического исследования и биопсийные журналы иммуногистохимических исследований Витебского областного клинического патологоанатомического бюро (ВОКПАБ).

Результаты исследования. По данным канцер-регистра Витебской области, в 2008 году было выявлено 69 случаев НХЛ, 2009 — 76, 2010 — 66, 2011 — 83, 2012 — 74. Среднее количество в год — 73,6.

Набор ИГХ-маркеров, рекомендуемых алгоритмами диагностики и лечения онкологических пациентов [1], при НХЛ включает 33 наименования. Их стоимость составляет 24692,4 евро. В 2010 году ВОКПАБ закуплено 14 наименований на сумму 10502,5 евро.

Результаты использования ИГХ-реактивов при диагностике НХЛ в ВОКПАБ в 2011–2012гг. и их стоимость в евро представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты использований ИГХ-реактивов при диагностике НХЛ в ВОКПАБ в 2011–2012гг. и их стоимость в евро.

№	Название реактива	Клеточная локализация	На количество определений	Стоимость набора	Стоимость одного определения	Проведено определений	
						2011	2012
1	CD3	Т-клетки.	240	750,2	3,1	4	4
2	CD5	Т-клетки, слабая реакция с В-клетками.	-‖-	-‖-	-‖-	13	14
3	CD10	Предшественники Т- и В-клеток, часть клеток герминативных центров.	-‖-	-‖-	-‖-	1	6
4	CD20	В-клетки.	-‖-	-‖-	-‖-	35	26
5	CD23	В-клетки, в т.ч. активированные, часть дендритных ретикулярных клеток и моноцитов.	-‖-	-‖-	-‖-	2	2
6	CD30	Активированные Т- и В-лимфоциты, клетки Рида-Штернберга.	-‖-	-‖-	-‖-	7	11
7	CD45	Большинство лейкоцитов.	-‖-	-‖-	-‖-	14	5
8	CD56	NK-клетки, плазматические клетки, часть Т-клеток.	-‖-	-‖-	-‖-	1	—
9	CD79A	В-клетки.	-‖-	-‖-	-‖-	3	10
10	bcl-2	Ингибитор апоптоза.	-‖-	-‖-	-‖-	8	10
11	bcl-6	Протеин.	-‖-	-‖-	-‖-	-	6
12	EMA	Эпителиальный мембранный антиген.	-‖-	-‖-	-‖-	3	6
13	Ki 67	Показатель пролиферации.	-‖-	-‖-	-‖-	5	9
14	cyclin D1	Клетки мантийной зоны лимфоузла.	-‖-	-‖-	-‖-	1	—
Всего			—	—	—	96	109
Стоимость			3360	10502,8		297,6	337,9
Общая стоимость						635,5	

Анализ данных в таблице 1 показывает, что за изучаемый период использовались все закупленные реактивы. Чаще всего СД 20 (61 определение) и СД 5 — 27, редко — СД 56 (1 определение). Всего было проведено 205 определений. Их стоимость составила 635,5 евро при стоимости закупленных реактивов 10502,5 евро. Избыточная закупка составила 9867 евро.

Выводы. Ежегодное количество вновь выявленных НХЛ в 2008–2012 гг. было приблизительно одинаковым, что позволяет планировать обьемы закупки реактивов для ИГХ исследования.

Стоимость использованных реактивов составляет 6,05 % от стоимости закупленных.

Дальнейший анализ рациональности использования реактивов для ИГХ исследования должен проводиться с учетом влияния их результатов на назначение дорогостоящей таргетной терапии ретуксимабом.

Литература

1. Алгоритмы диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь об утверждении клинических протоколов, 11 марта 2012 г., № 258 гл. 22. — Минск, 2012.

ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ПИТАНИЯ

А. П. Грузневич, к. м.н., доцент
Н. А. Артеменко, к. м.н.
УО "Витебский государственный медицинский колледж"
г. Витебск (Беларусь)

Конец XX века характеризуется значительными достижениями в области молекулярной биологии и генетики. Разработка методов выделения наследственного материала (ДНК), создания его новых комбинаций с помощью манипуляций, осуществляемых вне клетки, и перенесение новых генетичес-

ких конструкций в живые организмы дали возможность получать новые породы животных, сорта растений, штаммы микроорганизмов с признаками, которые невозможно отобрать с помощью традиционной селекции.

Новые биотехнологии становятся вызовом современной науке, этике и богословской мысли. Учитывая, что генетически модифицированные организмы (ГМО) используются сравнительно недавно, а последствия их практического применения изучены недостаточно, вопрос безопасности ГМО для здоровья человека и окружающей среды остается открытым.

Одна из наиболее актуальных тем дискуссий является производство и использование генетически модифицированных источников питания (ГМИП). Единичные работы этого направления не дают однозначного ответа на поставленный вопрос, т. к. их выводы носят противоречивый характер, а явное аксиологическое различие интересов производителей и потребителей ГМИП требует правового и этического регулирования. Все, что связано с питанием, всегда воспринимается людьми через призму их религиозной принадлежности. Однако взгляды разных религий на духовно-нравственные аспекты производства и потребления ГМИП, а также их потенциальное влияние на здоровье до сих пор не проанализированы и не систематизированы. В социальной концепции Русской Православной Церкви также отсутствует конкретика относительно этого вопроса [1].

Целью настоящего исследования является привлечение богословской мысли к насущной проблеме, нуждающейся в духовной оценке и не разрешимой только с позиций утилитарного научного подхода. В работе использованы документальный и аналитический методы исследования.

Несмотря на некоторую пользу применения трансгенных продуктов, например, в медицинской практике (биосинтез гормонов инсулина, соматотропина), существуют вполне возможные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека и окружающей среды. Принимая во внимание этот аспект, определяющим принципом при использовании достижений современной биотехнологии стал принцип принятия мер предосторожности.

В настоящее время этот принцип содержат более 20 международных законов, договоров, протоколов и конвенций, в том числе Картахенский протокол по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии. Международная конвенция о биологическом разнообразии указывает на недопустимость как огульного запрещения, так и полного отказа от регулирования производства и использования генетически модифицированных организмов. В Конвенции (ст. 19, п. 3) отмечается необходимость применения мер предосторожности при использовании живых измененных организмов, хотя эти меры и не конкретизируются. Таким образом, в этом международном законодательном акте, хотя и в свернутой форме, предусмотрена правовая защита двух сторон: как производителей, так и потребителей ГМИП. Оценка безопасности генетически модифицированных продуктов питания основывается на принципе "существенной эквивалентности", разработанном Организацией экономического сотрудничества и развития. Его суть заключается в том, что оценивается не уровень безопасности новых продуктов питания, а его изменение в сравнении с традиционными пищевыми аналогами с длительной историей безопасного использования. Кроме рисков для здоровья человека, при оценке безопасности ГМО рассматриваются риски возможных неблагоприятных эффектов воздействия на окружающую среду:

- разрушительное влияние на биологические сообщества;
- утрата ценных биологических ресурсов в результате засорения местных видов генами, перенесенными от ГМО;
- создание новых сорняков, появление суперсорняков и супервредителей;
- выработка веществ — продуктов трансгенов, которые могут быть токсичными для организмов, живущих или питающихся на генетических модифицированных организмах и др.

Система правового регулирования безопасности генноинженерной деятельности в Республике Беларусь создана с учетом международных документов, а также с учетом опыта ведущих стран мира. Политика Беларуси в области биобезопасности — часть политики в области здравоохранения и охраны окружающей среды. В 1999 году создан Национальный координационный центр биобезопасности, который осуще-

ствляет мониторинг за развитием этого направления. В 2002 году Беларусь присоединилась к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии. В 2006 году принят Закон "О безопасности генно-инженерной деятельности.

Таким образом, проблема использования ГМИП весьма актуальна и нуждается не только в научный, но и в духовно-нравственной оценке.

Литература

1. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви — официальный документ Русской Православной Церкви, утвержденный на юбилейном Архиерейском соборе 2000 года.

V. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

ОТНОШЕНИЕ К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЮ СПИДА В СРЕДЕ ТУРКМЕНСКОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

М. Н. Нурбаева, к. м. н., доцент
УО "Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова"
Я. С. Сипайло, педагог УО "Гимназия № 4 г. Витебска"
г. Витебск (Беларусь)
У. М. Сапаев, студ. 3-го курса ФЛФ
Дашогузская область (Туркменистан)

СПИД, как окрестили журналисты, "чума XX века" охватил практически все страны мира, в том числе Беларусь.

В настоящее время в Беларуси обучается много иностранных студентов, в том числе из Туркменистана. Наиболее пораженной частью населения является молодежь в возрасте от 15 до 29 лет. Учитывая актуальность проблемы, мы поставили перед собой цель изучить отношение туркменской студенческой молодежи к факторам, способствующим распространению СПИДа, таким, как алкоголь, гомосексуализм, проституция, добрачные половые связи и наркомания.

Для этого нами было проведено анонимное анкетирование 60 студентов из Туркменистана, обучающихся в университете им. П.М. Машерова. Возраст анкетируемых составил от 18 до 25 лет.

Изучая отношение наших респондентов к данным факторам риска, были выявлены следующие тенденции в употреблении алкоголя. Юноши употребляли пиво — 45,4 %; вино — 45,59 %; крепкие спиртные напитки — 27,3 %. Настораживает тот факт, что 36,4 % из них вступали в половой контакт в состоянии алкогольного опьянения. 85 % девушек не употребляли никаких спиртных напитков, 15 % не сочли нужным ответить на эти вопросы.

59,5 % студентов считают, что среди юношей добрачные половые связи являются типичным и распространенным явлением. Опыт половой жизни имели 63,6 % опрошенных юношей, и только 27,3 % такого опыта не имели.

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.

59,5 % студентов считают, что среди юношей добрачные половые связи являются типичным и распространенным явлением, 28,3 % — нет.

Опыт половой жизни имели 63,6 % опрошенных юношей, 27,3 % — не имели такого опыта. В то время, как 85 % девушек не вступали в половые связи.

45,5 % знают, что абсолютной защиты от заражения СПИДом нет. Однако на вопрос "Считаете ли Вы, что юноше не помешает получить первый опыт половой жизни до вступле-

ния в брак?" 35,7 % ответили "да".

47,0 % опрошенных студентов уверены, что гомосексуалисты — люди с отклонением от нормы, 9,5 % — нет, остальные не определись.

По мнению опрошенных, 65,0 % девушек и 45,5 % юношей, считают, что занятие проституцией должно быть уголовно наказуемо.

При 100 % убежденности респондентов, что наркомания представляет серьезную опасность для человечества, только 50,0 % считают ее опасной для себя (63,5 % юношей и 30,0 % девушек).

Употребление наркотиков, по мнению 21,4 % студентов, становится все более распространенным. Среди знакомых анкетируемых 12,1 % были или есть наркоманы; 18,2 % респондентов-юношей сталкивались с предложениями приобрести или попробовать наркотики; никто из анкетируемых не пробовал когда-либо принимать наркотические вещества. 85,0 % респондентов уверены в том, что при любых обстоятельствах и в любой компании сумеют отказаться от настойчивых предложений попробовать наркотик. 50,5 % опрашиваемых верят, что можно стать зависимым от наркотиков даже после их однократного употребления.

Отрицательное отношение девушек к употреблению спиртных напитков и добрачным половым отношениям обьясняется обычаями и традициями туркменского народа и религиозными убеждениями (ислам).

Выводы:

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

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

Литература

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

ИЗ ОПЫТА ОБУЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ФОРМИРОВАНИЕ АДЕКВАТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ

О. С. Зыкова, к. м. н., доцент
УО "Витебский государственный медицинский университет"
Л. А. Кухаренко, преподаватель
УО "Витебский государственный медицинский колледж"
г. Витебск (Беларусь)

ВИЧ-инфекция является не только медицинской проблемой. Мировой опыт показывает, что часто люди, живущие с ВИЧ (далее ЛЖВ) и их родственники подвергаются стигме и дискриминации.

Актуальность проблемы сформулирована Государственной программой профилактики ВИЧ-инфекции на 2011–2015 годы: укрепление кадрового потенциала в области профилактики ВИЧ-инфекции; предупреждение возникновения внутрибольничных случаев инфицирования ВИЧ; профилактика ВИЧ-инфекций среди групп, наиболее уязвимых к заражению данной инфекцией.

Целями нашей работы по изучению проблемы ВИЧ, СПИД и формированию навыков общения с ВИЧ-инфицированными и больными, оказанию им помощи и проведению информационно-пропагандистской работы являются:

1. формирование профессиональных знаний и умений по различным проблемам ВИЧ-инфекции как способ воспитания личной позиции по недопущению стигмы и дискриминации к ЛЖВ;

2. переход от простого информирования к методам, направленным на изменение поведения в пользу безопасного;

3. смещение акцентов с передачи информации о ВИЧ, СПИД на изменение отношения к людям, живущим с этой проблемой;

4. коммуникативно-речевая направленность учебно-воспитательной работы: воспитание уважения к личностной по-

зиции партнера по общению, усвоение коммуникативных навыков конструктивного взаимодействия и толлерантности.

Реализация указанных целей осуществляется в процессе теоретических и практических занятий на базе учреждения здравоохранения "Областная инфекционная клиническая больница" и внеаудиторной работы в кружке "Здоровый образ жизни — основа профилактики ВИЧ-инфекции".

Реакция людей на появление нового угрожающего их жизни заболевания зависит от обстановки, в которой они воспитываются, уровня культуры, образования, жизненного опыта. Поэтому, формируя теоретические знания и навыки общения, мы используем материалы конференций, дерматологических чтений, проводимых кафедрами инфекционных болезней и дерматовенерологии учреждения образования ВГМУ. В качестве методических приемов изучения темы используем интерактивные методики, игры: "Жизнь с болезнью", "Спорные утверждения", "Отношение к людям, живущим с ВИЧ" и другие.

Внеаудиторную работу в кружке проводим в форме недели дисциплин инфекционных болезней, посвященной Всемирному дню борьбы с ВИЧ, СПИД. В план мероприятий входят: информационно-пропагандистские акции для учащихся колледжа, учреждения образования "Витебский государственный профессионально-технический лицей № 5 приборостроения", учреждения образования "Витебский государственный профессиональный колледж легкой промышленности", встречи с сотрудниками отдела профилактики ВИЧ, СПИД государственного учреждения "Витебский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья", учреждения здравоохранения "Витебская областная инфекционная клиническая больница", конференции для медицинских сестер организаций здравоохранения города.

Многолетний опыт работы показывает, что знания могут стать убеждениями и средством воздействия на других, если они сформированы прочно и осознанно. Одной из форм интерактивной техники групповой работы по использованию знаний и творческих способностей учащихся считаем форум-спектакль. Он позволяет повышать самооценку учащихся,

развивает экспрессивную и коммуникативную функции речи, совершенствует навыки поведения, формирует нравственные чувства. Вовлечения в разыгрываемый спектакль зрителя дает возможность эмоционального и динамичного обмена личным опытом. Материал спектакля иллюстрирован презентациями, составленными учащимися по эпидемической ситуации, механизму развития иммунодефицита, факторам и путям заражения, пирсинг и татуировки, клиническим проявлениям и особенностям ВИЧ в дерматологии, педиатрии, профилактике профессиональных заражений, законодательству Республики Беларусь в области ВИЧ, СПИД и в борьбе со стигмой и дискриминацией.

Выводы:

1. Формирование знаний по проблеме ВИЧ, СПИД должно происходить на основе ясной, правдивой и точной информации с возможностью реализации ее в информационно-пропагандистской работе.

2. Использование различных форм работы с учащимися позволяет сформировать понимание того, что проблема ВИЧ-инфекций касается не отдельных групп людей, а всего общества и каждого отдельного человека.

3. Планирование и проведение обучающих мероприятий, направленных на изменение отношения к проблеме ВИЧ, СПИД и ЛЖВ является сложным и не гарантирует быстрых результатов.

Литература

1. Назарова, А., Станкевич, Ю. К миру без стигмы: о ВИЧ по-другому. — Минск: Акварель Принт, 2013. — 92 с.

2. Инновационные подходы в профилактике ВИЧ-инфекции. — Минск: Ковчег, 2006.

VI. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

PREVENTION AND TREATMENT OF TUBERCULOSIS

Richie Charles Anderson, 5th course
Vitebsk State Medical University

Definition

Tuberculosis (TB) is a potentially serious infectious disease that mainly affects your lungs. The bacteria that cause tuberculosis are spread from one person to another through tiny droplets released into the air via coughs and sneezes.

Once rare in developed countries, tuberculosis infections began increasing in 1985, partly because of the emergence of HIV, the virus that causes AIDS. HIV weakens a person's immune system so it can't fight the TB germs. In the United States, because of stronger control programs, tuberculosis began to decrease again in 1993, but remains a concern.

Many strains of tuberculosis resist the drugs most used to treat the disease. People with active tuberculosis must take several types of medications for many months to eradicate the infection and prevent development of antibiotic resistance.

Test and Diagnosis

During the physical exam, your doctor will check your lymph nodes for swelling and use a stethoscope to listen carefully to the sounds your lungs make when you breathe.

The most commonly used diagnostic tool for tuberculosis is a simple skin test. A small amount of a substance called PPD tuberculin is injected just below the skin of your inside forearm. You should feel only a slight needle prick.

Within 48 to 72 hours, a health care professional will check your arm for swelling at the injection site. A hard, raised red

bump means you're likely to have TB infection. The size of the bump determines whether the test results are significant

The TB skin test isn't perfect. Sometimes, it suggests that people have TB when they really don't. It can also indicate that people don't have TB when they really do.

A false-positive test may happen if you've been vaccinated recently with the bacille Calmette-Guerin (BCG) vaccine. This tuberculosis vaccine is seldom used in the United States but is widely used in countries with high TB infection rates.

False-negative results may occur in certain populations — including children, older people and people with AIDS — who sometimes don't respond to the TB skin test. A false-negative result can also occur in people who've recently been infected with TB, but whose immune systems haven't yet reacted to the bacteria.

Blood tests

Blood tests may be used to confirm or rule out latent or active tuberculosis. These tests use sophisticated technology to measure your immune system's reaction to TB bacteria. These tests may be useful if you're at high risk of TB infection, but have a negative response to the skin test, or if you received the BCG vaccine. Because these tests are relatively new, many health departments don't have them.

Chest X-ray

If you've had a positive skin test, your doctor is likely to order a chest X-ray. This may show white spots in your lungs where your immune system has walled off TB bacteria, or it may reveal changes in your lungs caused by active tuberculosis.

Sputum tests

If your chest X-ray shows signs of tuberculosis, your doctor may take a samples of your sputum — the mucus that comes up when you cough. The samples are tested for TB bacteria. These bacteria can also be tested to see if they are resistant to the effects of medications commonly used to treat tuberculosis. This helps your doctor choose the medications that are most likely to work.

The primary screening method for tuberculosis (TB) infection (active or latent) is the Mantoux tuberculin skin test with purified protein derivative (PPD). An in vitro blood test based on interferon-gamma release assay (IGRA) with antigens specific for *Mycobacterium tuberculosis* can also be used to screen for latent TB infection. IGRA assays offer certain advantages over tuberculin skin testing.[45, 46]

Obtain the following laboratory tests for patients with suspected TB:

- Acid-fast bacilli (AFB) smear and culture — Using sputum obtained from the patient
- HIV serology in all patients with TB and unknown HIV status

AFB stain is quick but requires a very high organism load for positivity, as well as the expertise to read the stained sample. This test is more useful in patients with pulmonary disease. Other diagnostic testing may need to be considered, as a delay in diagnosis can increase patient mortality. Traditional mycobacterial cultures require weeks for growth and identification. Newer technologies allow identification within 24 hours.

Obtain a chest radiograph to evaluate for possible associated pulmonary findings. If chest radiography findings suggest TB and a sputum smear is positive for AFB, initiate treatment for TB. A computed tomography (CT) scan of the chest may help to better define abnormalities in patients with vague findings on chest radiography. See the images below.

Axial noncontrast enhanced computed tomography with pulmonary window shows a cavity with an irregular wall in the right apex of a 37-year-old man who presented with cough and fever (same patient as above).

Coronal reconstructed computed tomography image shows the right apical cavity in a 37-year-old man who presented with cough and fever (same patient as above)

Axial chest computed tomography without intravenous contrast with pulmonary window setting shows a right apical thick-walled cavity and surrounding lung consolidation in a 43-year-old man who presented with cough and fever (same patient as above).

Coronal reconstructed computed tomography image shows the consolidated, partially collapsed right upper lobe with a cavity that is directly connected to a bronchus in a 43-year-old man who presented with cough and fever (same patient as above).

Axial chest computed tomography without intravenous contrast with pulmonary window setting through the mid-chest shows a large, irregular-walled cavity with nodules and air-fluid level and two smaller cavities in a 43-year-old man who presented with cough and hemoptysis (same patient as above). Small, patchy peripheral opacities are also present in the left lower lobe. In the right mid-lung, nodular opacities are in a tree-in-bud distribution, suggestive of endobronchial spread.

Coronal reconstructed computed tomography image shows the lingular cavity with irregular nodules and right mid-lung nodular opacities in a 43-year-old man who presented with cough and hemoptysis (same patient as above).

Technetium-99m (^{99m} Tc) methoxy isobutyl isonitrile single-photon emission CT (SPECT) scanning for solitary pulmonary nodules yields a high predictive value for distinguishing TB from malignancy. Therefore, it has the potential to serve as a low-cost alternative when positron emission tomography (PET) scanning is not available, especially in endemic areas.[47]

Symptoms and radiographic findings do not differentiate multidrug-resistant TB (MDR-TB) from fully susceptible TB. Suspect MDR-TB if the patient has a history of previous treatment for TB, was born in or lived in a country with a high prevalence of MDR-TB, has a known exposure to an MDR-TB case, or is clinically progressing despite standard TB therapy.

Extrapulmonary TB

Extrapulmonary involvement occurs in one fifth of all TB cases, although 60 % of patients with extrapulmonary manifestations of TB have no evidence of pulmonary infection on chest radiograph or sputum culture. Biopsy of bone marrow, liver, or blood cultures is occasionally necessary and may be helpful. Ocular TB can be especially difficult to identify, owing to its mimicry of other disorders and its lack of accessible sampling; a high index of suspicion is required.

The hallmark of extrapulmonary TB histopathology is the caseating granuloma, consisting of giant cells with central caseating necrosis. Rarely, if ever, are any TB bacilli seen.

Altered mental status, neck stiffness, decreased level of consciousness, increased intracranial pressure, and cranial nerve involvement can indicate tuberculous meningitis or tuberculoma. If these conditions are suspected, performing a lumbar puncture for evaluation of the cerebrospinal fluid is necessary. In addition, a tuberculoma can be substantiated on the basis of an increase in intracranial pressure and findings on CT or magnetic resonance image (MRI) scans.

If vertebral (Pott disease) or brain involvement is suspected, it is important to consider that a delay in treatment could have severe repercussions for the patient (ie, compression of the spinal cord and/or paraplegia). Consequently, further evaluation is necessary with CT scanning or MRI.

Urinalysis and urine cultures can be obtained for patients with genitourinary complaints. Although patients are often asymptomatic, significant pyuria and/or hematuria with no routine bacterial organisms mean that a urine culture for acid-fast bacilli should be obtained.

Pregnancy

Pregnancy provides an opportunity to screen for TB; all pregnant women can undergo tuberculin skin testing. If the results are positive, chest radiography can be performed with lead shielding. Chest radiography should not be delayed during the first 3 months of pregnancy in patients with suggestive symptoms.

TB in children

For congenital TB, the best diagnostic tests are the pathologic and histologic examination of the placenta, as well as a placental culture. Mycobacterial blood cultures of the newborn may also be helpful. Treatment may be necessary until placental culture results are negative.

Postnatal TB in infants is contracted via the airborne route. The most common findings of postnatal TB include adenopathy and a lung infiltrate. However, the chest radiographic findings

may be normal in infants with disseminated disease.

Chest radiographs in children with TB may show only hilar lymphadenopathy or a patchy infiltrate. Gastric aspirates or biopsies are not necessary if positive cultures have been obtained from the source case. Go to Pediatric Tuberculosis for complete information on this topic.

Patients with HIV infection

Individuals infected with HIV are at increased risk for TB, beginning within the first year of HIV infection.[48] All patients who are diagnosed with active TB and who are not known to be HIV positive should be considered for HIV testing.

The initiation of antiretroviral therapy (ART) decreases the risk of developing TB in these patients,[49] although the TB risk remains higher in the first 3 months of ART. The highest risk is in patients with the following factors[50] :

- Baseline CD4+ count of less than 200/?L
- Higher baseline HIV-1 ribonucleic acid (RNA) level — Relative hazard 1.93 for every log increase in baseline HIV-1 RNA
- History of injection drug use
- Male sex

In a study from Durban, South Africa, nearly 20 % of patients starting ART had undiagnosed, culture-positive pulmonary TB. Neither cough nor acid-fast bacillus smear were sufficiently sensitive for screening. TB sputum cultures should be attempted before ART initiation in areas with a high prevalence of TB.[51]

Patients with TB must be tested for HIV, and patients with HIV need periodic evaluation for TB with tuberculin skin testing and/or chest radiography. Patients with HIV and a positive tuberculin skin test result develop active TB at a rate of 3–16 % per year.

Patients with TB and HIV are more likely to have disseminated disease and less likely to have upper lobe infiltrates or classic cavitary pulmonary disease. Patients with a CD4 count of less than 200/μL may have mediastinal adenopathy with infiltrates.

Isolate patients with possible tuberculosis (TB) infection in a private room with negative pressure (air exhausted to outside or

through a high-efficiency particulate air filter). Medical staff must wear high-efficiency disposable masks sufficient to filter the tubercle bacillus. Continue isolation until sputum smears are negative for 3 consecutive determinations (usually after approximately 2–4 wk of treatment). Unfortunately, these measures are neither possible nor practical in countries where TB is a public health problem.

Drug therapy

For initial empiric treatment of TB, start patients on a 4-drug regimen: isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and either ethambutol or streptomycin. Once the TB isolate is known to be fully susceptible, ethambutol (or streptomycin, if it is used as a fourth drug) can be discontinued.[3]

Patients with TB who are receiving pyrazinamide should undergo baseline and periodic serum uric acid assessments, and patients with TB who are receiving long-term ethambutol therapy should undergo baseline and periodic visual acuity and red-green color perception testing. The latter can be performed with a standard test, such as the Ishihara test for color blindness.

After 2 months of therapy (for a fully susceptible isolate), pyrazinamide can be stopped. Isoniazid plus rifampin are continued as daily or intermittent therapy for 4 more months. If isolated isoniazid resistance is documented, discontinue isoniazid and continue treatment with rifampin, pyrazinamide, and ethambutol for the entire 6 months. Therapy must be extended if the patient has cavitary disease and remains culture-positive after 2 months of treatment.

Directly observed therapy (DOT) is recommended for all patients. With DOT, patients on the above regimens can be switched to 2- to 3-times per week dosing after an initial 2 weeks of daily dosing. Patients on twice-weekly dosing must not miss any doses. Prescribe daily therapy for patients on self-administered medication.

Monitoring

Patients diagnosed with active TB should undergo sputum analysis for *Mycobacterium tuberculosis* weekly until sputum

conversion is documented. Monitoring for toxicity includes baseline and periodic liver enzymes, complete blood cell (CBC) count, and serum creatinine.

Seizures from isoniazid overdose

A special regimen exists for patients with TB who are actively seizing or who have overdosed on antimycobacterial medication. In these patients, overdose with isoniazid should be suspected. The administration of diazepam can be attempted to control seizure activity, but IV pyridoxine is the drug of choice, in a gram-for-isoniazid-ingested-gram dose. If the ingested dose is unknown, 5 g of pyridoxine can be used empirically. For patients who are awake and alert, an oral dose of activated charcoal (1 g/kg) with sorbitol can be administered.

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.

To help people stick with their treatment, a program called directly observed therapy (DOT) is sometimes recommended. In this approach, a health care worker administers your medication so that you don't have to remember to take it on your own.

Treatment During Pregnancy

Pregnant women with active TB should be treated, even in the first stage of pregnancy. Isoniazid, rifampin, and ethambutol may be used. In the United States, pyrazinamide is reserved for women with suspected multidrug-resistant TB (MDR-TB). Elsewhere in the world, pyrazinamide is commonly used in pregnant women with TB. Streptomycin should not be used, because it has been shown to have harmful effects on the fetus.

Preventive treatment is recommended during pregnancy, especially in the following types of patients:

- Pregnant women with a positive tuberculin skin test result who are HIV seropositive or who have behavioral risk factors for HIV infection but who decline HIV testing;

- Pregnant women with a positive tuberculin skin test result who have been in close contact with a patient who is smear-positive for pulmonary TB;

- Pregnant women who had a documented tuberculin skin test conversion during the previous 2 years.

Pregnant women are at an increased risk for isoniazid-induced hepatotoxicity and should undergo monthly alanine amino-transferase (ALT) monitoring while on treatment. This risk continues 2–3 months into the postpartum period. Pyridoxine should also be administered to pregnant women receiving isoniazid.

Breastfeeding can be continued during preventive therapy.

Many experts recommend supplemental pyridoxine for the breastfed infant.

Lin et al reported that women diagnosed with TB during pregnancy are at an increased risk of having babies who are of low birthweight and are small for their gestational age. However, preterm birth was not more common in women with TB.[73]

Treatment in Children

Most children with TB can be treated with isoniazid and rifampin for 6 months, along with pyrazinamide for the first 2 months if the culture from the source case is fully susceptible.

For postnatal TB, many experts increase the treatment duration to 9 or 12 months because of the possible impaired immune system in children younger than 12 months. Bacillus Calmette-Guerin (BCG) vaccine is not recommended in infants in the United States but is commonly used around the world.

Isoniazid tablets may be crushed and added to food. Isoniazid liquid without sorbitol should be used to avoid osmotic diarrhea, which can cause decreased absorption.

Rifampin capsules may be opened and the powder added to food. If rifampin is not tolerated, it may be taken in divided doses 20 minutes after light meals.

Ethambutol is often avoided in young children because of difficulties monitoring visual acuity and color perception. However, studies show that ethambutol (15 mg/kg) is well tolerated and can prevent further resistance if the child is infected with a resistant strain. Go to Pediatric Tuberculosis for complete information on treatment of children.

Treatment in HIV-Infected Patients

Treatment regimens for active or latent TB in patients with HIV infection are similar to those used in HIV-negative patients, but dose adjustments may be necessary.[4, 5] The most significant differences involve the avoidance of rifampin in patients who are on protease inhibitors. Rifabutin may be used in place of rifampin in such patients.

Antiretroviral therapy

Patients with HIV and TB may develop a paradoxical response

(immune reconstitution inflammatory syndrome [IRIS]) when starting antiretroviral therapy. This response has been attributed to a stronger immune response to *M tuberculosis*. Clinical findings include fever, worsening pulmonary infiltrates, and lymphadenopathy.

However, in an open-label, randomized trial, Abdool Karim et al concluded that the initiation of antiretroviral therapy during TB therapy significantly improved patient survival. In this study, the mortality rate with simultaneous initiation of antiretroviral therapy and TB therapy was 5.4 deaths per 100 person-years (25 deaths in 429 patients), compared with 12.1 deaths per 100 person-years (27 deaths in 213 patients) with antiretroviral therapy started after the completion of TB therapy, a relative reduction of 56 %.[6]

Subsequent studies by these and other researchers found that starting antiretroviral therapy early (eg, within 4 weeks after the start of TB treatment) reduced progression to AIDS and death. In patients with higher CD4+ T-cell counts, however, deferring initiation of antiretroviral therapy until the continuation phase of TB treatment may be a reasonable strategy, because the risks of IRIS and of adverse events that necessitate switching of antiretroviral drugs are lower with later initiation of antiretroviral therapy.[7]

Treatment length and recurrence rate

Swaminathan et al reported a significantly lower bacteriologic recurrence rate with 9 months, instead of 6 months, of an intermittent (3 times/wk) 4-drug regimen in patients with HIV infection and newly diagnosed TB. Mortality was similar in both groups. The rate of acquired rifampin resistance was high in both groups and was not altered by the longer TB treatment.[4]

Tuberculous meningitis

In patients with tuberculous meningitis, dexamethasone added to routine 4-drug therapy reduces complications.

Treatment of Multidrug-Resistant TB

When MDR-TB is suspected, because of a relevant history or

epidemiologic information, treatment is initiated after sputum specimens are drawn for culture and sensitivity testing; however, treatment must be started empirically before culture results become available. Once results are known, the regimen is modified according to susceptibilities. (Costs are many times higher for the treatment of MDR-TB.)

The complexity of MDR-TB treatment lies in the futility of using isoniazid and rifampin. Isoniazid has the strongest antibactericidal action and significantly contributes to making patients rapidly noninfectious; rifampin has unique antibacterial properties against dormant bacilli that are no longer in the active phase of replication.

When initiating treatment, utilize at least 3–5 previously unused drugs for which there is in vitro susceptibility. Levofloxacin, which is a fluoroquinolone, has been shown to be best suited long-term and should be included in the regimen.

Never add a single new drug to a failing regimen. Administer at least 3 (preferably 4-5) of the following medications, according to drug susceptibilities:

- An aminoglycoside — Ie, streptomycin, amikacin, capreomycin, kanamycin;
- A fluoroquinolone — Ie, levofloxacin, ciprofloxacin, ofloxacin;
- A thioamide - Eg, ethionamide, prothionamide;
- Pyrazinamide;
- Ethambutol;
- Cycloserine;
- Terizidone;
- Para-aminosalicylic acid;
- A diarylquinoline: Bedaquiline.

Consider rifabutin as a substitute for rifampin, as approximately 15 % of rifampin-resistant strains are rifabutin sensitive.

Successful MDR-TB treatment is more likely in association with such factors as lower prior patient exposure to anti-TB drugs, a higher number of anti-TB drugs to which the infection is still susceptible, and a shorter time since the first TB diagnosis (indicating less advanced disease).

Continue treatment for MDR-TB for 18–24 months after

sputum culture conversion. The drugs should be prescribed daily (no intermittent therapy), and the patient should always be on DOT. Weekend DOT may not be possible; therefore, giving self-administered oral drugs on Saturdays and Sundays may be reasonable. All patients should be closely observed for 2 years after completion of treatment, with a low threshold for referral to TB centers.

Novel drugs for TB are currently under development and may prove valuable for treatment of MDR-TB. The diarylquinoline antimycobacterial, bedaquiline (Sirturo), was approved by the FDA in December 2012 as part of a 22-week multidrug regimen for pulmonary MDR-TB. Approval was based on phase 2 data that showed bedaquiline significantly improved time to sputum culture conversion and included 2 consecutive negative sputum cultures collected at least 25 days apart during treatment. At week 24, sputum culture conversion was observed in 77.6 % of patients in the bedaquiline treatment group compared with 57.6 % of patients in the placebo treatment group ($p = 0.014$).[74, 75]

In another phase II study by Diacon et al, bedaquiline (TMC207) added to standard therapy for MDR-TB reduced the time to conversion to a negative sputum culture compared with placebo and increased the proportion of patients with conversion of sputum culture (48 % vs 9 %).[76]

Provisional guidelines from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) include use of bedaquiline for FDA-approved and off-label uses. In addition to the approved indication as part of at least a 4-drug regimen for treatment multidrug-resistant tuberculosis, the guidelines include use on a case-by-case basis for children, HIV-infected persons, pregnant women, persons with extrapulmonary MDR TB, and patients with comorbid conditions on concomitant medications when an effective treatment regimen cannot otherwise be provided.[1]

The diagnosis of extensively drug-resistant TB (XDR-TB) is established with an isolate that is resistant to isoniazid, rifampin, at least 1 of the quinolones, and at least 1 injectable drug. Treatment options for XDR-TB are very limited, and XDR-TB carries a very high mortality rate.

A CDC analysis of the prevalence, trends, and risk factors for initial resistance to pyrazinamide in *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTBC) cases in the United States showed that such resistance increased from 2 % in 1999 to 3.3 % in 2009. Pyrazinamide monoresistance was associated with younger age, Hispanic ethnicity, HIV infection, extrapulmonary disease, and normal chest radiograph and inversely associated with Asian and Black race, substance use, homelessness, and residence in a correctional facility.[77, 78]

In the same CDC analysis, pyrazinamide polyresistance was associated with Hispanic ethnicity, Asian race, previous TB diagnosis, and normal chest x-ray and inversely associated with age 45 years and older. Pyrazinamide resistance in multidrug-resistant cases was associated with female sex and previous TB diagnosis. Bacterial lineage, rather than host characteristics, was the primary predictor of pyrazinamide resistance in *M tuberculosis* cases.[77, 78]

Surgical resection

Surgical resection of an infected lung may be considered to reduce the bacillary burden in patients with MDR-TB. Surgery is recommended for patients with MDR-TB whose prognosis with medical treatment is poor. Surgery can be performed with a low mortality rate (< 3 %), with prolonged periods of a chemotherapeutic regimen used for more than 1 year after surgery.

Procedures include segmentectomy (rarely used), lobectomy, and pneumonectomy. Pleurectomies for thick pleural peel are rarely indicated.

Intraoperative infection of uninvolved lung tissue has been observed in resections. Complications include the usual perioperative complications, recurrent disease, and bronchopleural fistulas.

Treatment of Latent TB

Patients with a clinically significant result on tuberculin skin testing or a positive interferon-gamma release assay (IGRA) result should receive a course of therapy for latent TB, once active infection and disease are ruled out. Recommended regimens for latent TB published by the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) are as follows[8] :

- Isoniazid 300 mg — Daily for 9 months;
- Isoniazid 900 mg — Twice weekly for 9 months (administered as DOT);
- Isoniazid 300 mg — Daily for 6 months (should not be used in patients with fibrotic lesions on chest radiography, patients with HIV infection, or children);
- Isoniazid 900 mg — Twice weekly for 6 months (administered as DOT; should not be used in patients with fibrotic lesions on chest radiography, patients with HIV infection, or children);
- Rifampin 600 mg — Daily for 4 months

Isoniazid plus rifapentine

A newer regimen for latent TB is isoniazid 900 mg plus rifapentine 900 mg once weekly for 3 months (administered as DOT).[9] This combination is recommended for patients aged 12 years and older who are at high risk for developing active TB, including anyone who has had recent exposure to contagious TB, conversion from negative to positive on a test for TB infection, or a chest radiograph indicating prior TB disease. Persons with HIV infection who are otherwise healthy and not taking antiretrovirals may also use this regimen.

Consider using this 3-month regimen among populations that are unlikely to complete 9 months of daily therapy (eg, in correctional settings, clinics for recent immigrants, homeless shelters). Use in children aged 2–11 years and patients with underlying conditions associated with TB should be considered on a case-by-case basis.

This regimen is not recommended for children under 2 years, pregnant women or women planning to become pregnant, HIV-infected persons taking antiretrovirals, or patients whose TB infection is presumed to be the result of exposure to a person with TB disease that is resistant to 1 of the 2 drugs

The PREVENT TB Study compared this regimen with 9 months of self-administered, daily isoniazid (300 mg) therapy for latent tuberculosis. The combination therapy was shown to be as effective as isoniazid alone in preventing tuberculosis and had a higher treatment-completion rate.[79]

Another regimen, rifampin plus pyrazinamide daily for 2 months, is no longer recommended, because of an increased risk for liver toxicity.

Isoniazid therapy in children

Children younger than 12 years should receive isoniazid for 9 months. In addition, children younger than 5 years who have close contact with a person who has active TB should be started on isoniazid, even if the results on skin testing are negative; preventive therapy can be stopped if the results on repeat skin testing are negative 2–3 months after last contact with a culture-positive source case.

MDR-TB and patient contacts

Household contacts of patients with MDR-TB have a particularly high risk for tuberculosis, 7.8 % within 4 years in a study from Lima, Peru.[80] Limited data are available on regimens for the treatment of patients exposed to MDR-TB. However, if treatment is initiated, at least 2 drugs should be given, and the index isolate should be susceptible to all drugs used

Therapy in patients with HIV infection

Recommended regimens in patients with HIV infection include rifampin alone daily for 4 months or isoniazid, daily or twice weekly, for 9 months. Patients on antiretroviral therapy may need rifabutin instead of rifampin because of potential drug interactions.

Prevention and Consultations

The BCG vaccine continues to be used throughout much of the world and usually provides protection until early childhood. Immunity begins to wane, however, as early as 3 months after administration.[81] As previously noted, use of the BCG vaccine is not recommended in infants in the United States.

The public health sector should be notified and involved in cases of TB. Local county health departments are expert and funded in the care of TB infection. Consultation with a primary care, pulmonology, internal medicine, or infectious disease

specialist prior to initiating therapy is helpful, and it may be appropriate for this consultant to manage the antituberculous chemotherapy. Consult an expert on MDR-TB in cases of multidrug resistance.

Long-Term Monitoring

After completion of treatment for pulmonary TB, patients remain at risk for late complications, which include relapse, aspergilloma, bronchiectasis, broncholithiasis, fibrothorax, and possibly carcinoma. A copy of the chest radiograph at the time of completion of therapy should be provided to the patient to facilitate the diagnosis of late complications.

The relapse rate following appropriate completed therapy is only 0–4 % and occurs within the first 2 years after completion. Aspergilloma is a fungus ball that develops in a residual lung abnormality (eg, pneumatocele, bulla, bleb, cyst). It may appear as a crescent sign on chest radiographs. Other superinfections may manifest with an air-fluid level (seen in the image below) and often contain mixed bacteria, including anaerobes.

Pulmonary tuberculosis with air-fluid level.

Hemoptysis is the most common late complication. Bleeding from submucosal bronchial veins is usually self-limited.

Other complications include the following:

- Broncholithiasis — The result of spontaneous lymph node migration into the bronchial tree; may be associated with postobstructive pneumonia or esophageal perforation;
- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) — Bronchiectasis may progress to COPD;
- Fibrothorax — The development of trapped lung due to pleural fibrosis and scarring;
- Cancer — The risk of carcinoma is controversial but should be considered with newly developing clubbing.

Adverse effects of antibiotic therapy in TB can be severe. They include the following:

- Hepatitis;
- Peripheral neuropathy;
- Retrobulbar optic neuropathy.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ НА ОСНОВЕ ЭКОЛОГО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

М. А. Щербакова, ст. преп. каф. анатомии и физиологии
М. И. Бутько, студ. биологического факультета
УО "Витебский государственный университет
им. П. М. Машерова"
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Определение функционального состояния дыхательной системы имеет большое значение при решении вопросов лечения, прогноза заболевания дыхательной системы и оценки трудоспособности.

Современные функциональные методы необходимы для оценки отдельных синдромов нарушения функции внешнего дыхания (ФВД). Они позволяют определять такие характеристики респираторной функции, как бронхиальная проводимость, воздухонаполненность, эластические свойства, диффузионная способность и респираторная мышечная функция.

Функциональные пробы дают возможность выявлять ранние формы дыхательной недостаточности, многие из которых являются обратимыми. Определение характера ранних функциональных нарушений позволяет подобрать наиболее рациональные терапевтические мероприятия для их устранения.

Цель. Изучить функциональное состояние дыхательной системы у населения сельской местности на основе эколого-эпидемиологического анализа.

Материал и методы исследования. Описательный, сравнительно-сопоставительный, статистический, спирометрия, пневмотахометрия, эколого-эпидемиологический анализ.

Исследование проводилось среди респондентов, проживающих в г.п. Сватки. В экспериментальной группе проводили спирометрические исследования, включающие в себя изучение функции внешнего дыхания. Функциональное состоя-

ние дыхательной системы определялось у 203 женщин и 358 мужчин в возрасте от 18 до 70 лет.

Результаты исследования. ЖЕЛ у обследуемых составила 3,04±0,05 л (норма — 3,66 л). В обследуемой группе значения максимального объема воздуха, который можно вдохнуть после максимального выдоха, не выходили за границы нормальных. Среднее значение ЖЕЛ у проживающих в сельской местности отклоняется на 14 % (83,25±1,04 %) от нормы (97,25 %). Снижение ЖЕЛ практически может лежать в основе всех заболеваний легких, а между нормальной величиной ее и полной работоспособностью легких отнюдь нельзя ставить знак равенства. Умеренное снижение величины ЖЕЛ в основном за счет уменьшения РОвыд, обнаруженное нами, наблюдается при бронхиальной обструкции. Часто снижение ЖЕЛ обусловлено недостаточным расправлением легких при отсутствии первичного легочного заболевания.

Анализ состояния системы внешнего дыхания позволил выявить особенности ее функционального состояния у проживающих в г. п. Сватки в зависимости от пола. Так, МОД у мужчин и женщин увеличен по сравнению с нормальными значениями. Однако анализ значений МОД в зависимости от пола показал, что у мужчин данный показатель статистически достоверно выше нормы, чем у женщин. У женщин, проживающих в сельской местности, МОД составил 192,9± 5,75 % (превысил показатель нормы 183,98 % на 9 %), а у мужчин — 221,12±6,05 % (превысил показатель нормы 176,74 % на 44,4 %).

Выявлено, что ЧД у женщин увеличивается на 9 % и составляет 19,49±0,35 1/мин по сравнению с нормой (17,94 1/мин). Анализ резервных возможностей системы внешнего дыхания не выявил половых отличий при адаптации организма к пылевым условиям. Так, показатели резервного объема вдоха (РОвд) в обеих группах снизились в 1,05–1,02 раза. Резервный объем вдоха у представителей обоих полов уменьшился и составил у женщин 1,53±0,05 л, а у мужчин 1,76± 0,05 л. Показатели резервного объема выдоха у женщин (0,49±0,03 л) и мужчин (0,93±0,04 л) были ниже нормальных значений в 2,9–1,7 раза.

Вывод. В целом ситуация в сельской местности значительно лучше для органов дыхания, чем в поселениях городского типа. Загрязненность городов при должной агитации может стать причиной возвращения в сельские населенные пункты.

В результате проведенных исследований мы экспериментально рассмотрели влияние на функциональное состояние дыхательной системы населения экологических факторов, действующих в сельском населенном пункте, на примере г. п. Сватки. Значения основных показателей ФВД у сельского населения незначительно выходят за пределы нормальных или соответствуют норме.

Литература

1. Бова, А. А. Исследование функции внешнего дыхания / А. А. Бова и др. — Мн.: МГМИ, 1995. — 107 с.

2. Ковалёва, М. Н. Нормальная анатомия и физиология человека / М. Н. Ковалёва. — М.: Наука, 2010. — 416 с.

3. Стручков, П. В. Введение в функциональную диагностику внешнего дыхания / П. В. Стручков, Р. С. Виницкая, И. А. Люкевич. — М.: Наука, 1996. — 428 с.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

В. В. ТЕРЕНТЬЕВ, заместитель председателя Витебского облисполкома

Его Преосвященство Епископ Витебский Олег БУТКЕВИЧ

Ю. Н. ДЕРКАЧ, начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома

М. Р. ДАНИЛЕНКО, заведующий отделом по делам религий и национальностей Витебского облисполкома

В. П. ДЕЙКАЛО, профессор, ректор УО «Витебского государственного ордена дружбы народов медицинского университета»

Священник Адам ДЫНАК, канцлер Витебской епархии РКЦ в Республике Беларусь

А. Л. ГАПАНОВИЧ, заместитель главного врача по ОМР УЗ «Витебская областная клиническая больница»

Л. Я. ЕРМОЛОВА, врач УЗ «Витебская областная клиническая больница»

о. Станислав ПОМЫКАЛО SJ, переводчик

Я. С. СИПАЙЛО, переводчик, педагог УО «Гимназия № 4 г. Витебска»

о. Адам КВЯТКОВСКИЙ SDS, контакты со СМИ

Б. С. СИПАЙЛО, фотограф, контакты со СМИ

СОДЕРЖАНИЕ

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Mons. Jean-Marie Musivi Mupendawatu. La medicina a servizio della vita: le cure palliative 12

Massimo Petrini. The Physician–Patient Relationship 13

Профессор Массимо Петрини. Отношения между врачом и пациентом (перевод с англ.) 15

Ksiądz Adam Dynak. Inspirująca rola Biblijnej teologii ludzkiej choroby i cierpienia 17

Ксёндз Аляксандар Дулінец. Сэнс хоспіснага душпастырства 22

Н. А. Артеменко, А. П. Грузневич. Значение духовно-этической составляющей в реформировании сестринского дела 24

М. Ф. Яблонский, А. М. Тетюев, А. А. Буйнов, С. Ю. Девятых. Быть верным историческому выбору медицины 27

М. Ф. Яблонский, А. М. Тетюев, А. А. Буйнов, А. Г. Денисенко. О моральных ценностях во врачебной деятельности 30

Е. А. Кунцевич. Биоэтика как мировое явление 32

Н. М. Яцковская. Научный эксперимент и основные принципы биоэтики 36

О. А. Лукин. Биоэтика использования клеток животных в экспериментах 39

Л. В. Лукина. Религиозно-этический аспект деонтологической модели врачебной этики 40

Н. Г. Харкевич, Г. Г. Бурак, Т. И. Ким, И. В. Самсонова. Принципы обучения основам медицинской этики и деонтологии в образовательных учреждениях медицинского профиля 42

В. С. Глушанко, А. М. Шестак, Н. В. Лаппо. Социально-этические приемы и средства формирования гендерного равенства 45

В. В. Шкатуло. Образ жизни и здоровье современного человека 49

И. И. Ефременко, Н.Д. Ефременко. Факторы риска здоровья современного студента 51

И. И. Ефременко. Причины курения молодого поколения 53

Н. Г. Харкевич, Г. Г. Бурак, О. М. Васильев. Врач и больной, студенты о врачебной этике 55

В. В. Кугач, Т. Л. Петрище, С. Г. Троина. Обслуживание пожилых посетителей аптек: этико-психологические аспекты 59

А. Бондарцова, И. Янченко, М. Н. Нурбаева, Я. С. Сипайло. Качество жизни пожилых людей 62

В. А. Киреенко. Активность личности в процессе усвоения и преобразования общественных ценностей 64

Dott. Ermanno Sant. Associazione trentina «aiutiamoli a vivere» 67

Т. А. Ампилогова, Ю. В. Алферова, Д. В. Ампилогов, Т. П. Карноушенко, М. Н. Нурбаева. Плоскостопие и нарушение осанки у учащихся начальных классов 68

М. Н. Нурбаева, И. Н. Деркач. Динамика хирургической патологии по данным витебского областного диспансера спортивной медицины 70

II. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

А. Н. Дударев, Е. И. Дударева. Проблемы профилактики алкоголизма и наркомании у старшеклассников 73

Е. А. Харитонова, А. С. Метелица. Психологическая и педагогическая профилактика алкоголизма, курения, наркомании 77

А. С. Метелица, М. В. Папко. Проблемы профилактики пьянства и алкоголизма среди подростков 81

М. Ф. Яблонский, А. М. Тетюев, А. А. Буйнов. Профилактика алкоголизма в Республике Беларусь в современных условиях 85

М. Н. Нурбаева, Чжан Минь, Л. Я. Ермолова. Тенденции потребления алкоголя девушками среди китайской студенческой молодежи 88

В. А. Клюев. Содержание меди в организме человека при употреблении алкоголя 91

В. И. Никонова. Предупреждение зависимостей путем использования творческого потенциала молодежи при подготовке и проведении творческих проектов 92

Г. А. Захарова. Здоровый образ жизни в системе профилактики врожденных пороков развития 97

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

Н. М. Яцковская, Н. Д. Ефременко. Право на жизнь и право на смерть 100

В. А. Маторов. Использование активных методов воспитания в формировании этических норм профессиональной деятельности будущих медицинских работников (духовные аспекты борьбы с абортами и эвтаназией) 104

IV. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

Е. В. Ляховская. Лечение больных с хроническими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей 108

А. М. Литвяков, А. В. Сергиевич. Сравнительная характеристика качества жизни людей с псориазом и псориатическим артритом: медицинская и духовная оценка 111

О. С. Забелло, Т. Л. Петрище. Безопасность применения антибактериальных лекарственных средств у беременных женщин как критерий их рационального выбора 126

М. В. Коваленок, М. О. Русецкая. Анализ приема препаратов пациентами в хирургических отделениях УЗ «ВОКБ» 130

Е. Ю. Крылов. Стоимость иммуногистохимической диагностики неходжкинских лимфом по данным витебского областного клинического патологоанатомического бюро за 2011–2012гг. 132

А. П. Грузневич, Н. А. Артеменко. Проблемы применения генетически модифицированных источников питания 134

V. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

М. Н. Нурбаева, У. М. Сапаев, Я. С. Сипайло. Отношение к факторам, способствующим распространению СПИДа в среде туркменской студенческой молодежи 137

Л. А. Кухаренко, О. С. Зыкова. Из опыта обучения и проведения мероприятий, направленных на формирование адекватного отношения к проблеме ВИЧ-инфекции и людям, живущим с ВИЧ 140

VI. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

Richie Charles Anderson. Prevention and treatment of tuberculosis 143

М. А. Щербакова, М. И Бутько. Функциональное состояние дыхательной системы у населения сельской местности на основе эколого-эпидемиологического анализа 160

Научное издание

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

X Международная
медицинская конференция
(Витебск, 22–23 мая 2014 г.)

Тезисы докладов

Ответственная за выпуск И. Ламако
Технический редактор О. Глеков
Компьютерная верстка Э. Полиневской

Подписано к печати 04.04.2014.
Формат 84x108 1/32. Бумага офсетная. Гарнитура Opus.
Усл. печ. л. 7,14. Уч.-изд. л. 6,45.
Тираж 130 экз. Зак. № 172.

УП «ИЗДАТЕЛЬСТВО „ПРО ХРИСТО"».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/145 от 21.01.2014.
Пл. Свободы, 9, к. 2, 220030 г. Минск.
http://pro-christo.catholic.by; **e-mail**: pro-christo@catholic.by

Отпечатано в Республиканском унитарном предприятии
«Информационно-вычислительный центр
Министерства финансов Республики Беларусь».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 2/41 от 29.01.2014.
Ул. Кальварийская, 17-201а, 220004, г. Минск.

Проблемы врачебной этики в современном мире : X Междунар. мед. конф. (Витебск, 22–23 мая 2014 г.) : тезисы докладов. — Минск : ПРО ХРИСТО, 2013. — 168 с.

П78

ISBN 978-985-7074-16-7.

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 978-985-7074-16-7

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

БЕЛАРУСИ

КИТАЯ

ТУРКМЕНИСТАНА

ВАТИКАНА

ПОЛЬШИ

ШРИ-ЛАНКИ

ИТАЛИИ

РОССИИ

НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
- ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
- «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» — ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ БОРЬБЫ С АБОРТАМИ И ЭВТАНАЗИЕЙ
- СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА
- НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ/СПИД
- ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

seni
matopat
Takeda
Гедеон Рихтер
NOBEL
BERLIN-CHEMIE MENARINI
BAYER
ТРАЙПЛ Фарт