

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

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. П. М. МАШЕРОВА



XI МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**21–22 мая
2015 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
Витебский государственный университет им. П.М. Машерова

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

XI Международная
медицинская конференция
(Витебск, 21–22 мая 2015 г.)

Тезисы докладов



Минск
«ПРО ХРИСТО»
2015

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

П78

Проблемы врачебной этики в современном мире :
П78 XI Междунар. мед. конф. (Витебск, 21–22 мая 2015 г.) : тезисы докладов. — Минск : ПРО ХРИСТО, 2015. — 120 с.

ISBN 978-985-7074-33-4.

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 978-985-7074-33-4

© Витебская епархия Римско-католической Церкви в РБ, 2015

© Витебский государственный медицинский университет, 2015

© Оформление. УП «Издательство «Про Христо», 2015

Дорогие братья и сёстры во Христе!

21–22 мая 2015 г. Витебская епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским облисполкомом и Витебским государственным ордена Дружбы народов медицинским университетом проводит XI 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.

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

В конференции принимают участие медики, священнослужители, дипломаты из Беларуси, Ватикана, Германии, Италии, Польши, Туркменистана, Франции, Шри-Ланки.

Спонсоры:

фирма *Takeda*.

Направления работы конференции:

- Биоэтика в современной медицине
- Современные вопросы трансплантологии
- 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 21 мая 2015 г. в Витебском облисполкоме с 11:00 до 11:30 (г. Витебск, ул. Гоголя, б).

Конференция будет проходить:

21 мая 2015 г. 12:00–14:00

 15:00–17:00

22 мая 2015 г. 12:00–14:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ — 21 мая в в Витебском облисполкоме (2 этаж, конференц-зал)

Секционные заседания

I секция «Трансплантология» — конференц-зал УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

II секция «Биоэтика в современном мире» — УО «ВГУ им. П.М. Машерова»

Регламент устного выступления — до 30 минут.

Выступление в обсуждении доклада — до 3 минут.

ПРОГРАММА

XI Международной медицинской конференции «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

Регистрация участников состоится в Витебском облисполкоме (ул. Гоголя, 6) с 11:00 до 11:30.

1-й день — 21 мая 2015 г.

Пленарное заседание (конференц-зал Витебского облисполкома, г. Витебск, ул. Гоголя, 6, II этаж).

12:00

Открытие конференции, приветствие участников

- заместитель председателя Витебского облисполкома Владимир Терентьев;
- Апостольский Нунций в Республике Беларусь архиепископ Клаудио Гуджеротти (Ватикан);
- начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома, д-р мед. наук, профессор Юрий Деркач;
- ординарий Витебской епархии Римско-католической церкви в Республике Беларусь епископ Олег Буткевич.

Доклады:

12:30

Член-корреспондент Папской Академии в защиту жизни, доктор медицины, монсеньор Жак Судо (Франция)

“Ethical aspects of transplantology” («Этические аспекты трансплантологии»)

13:15

Д-р медицины, профессор Эдуард Матевосян, Мюнхенский технический университет, Бавария (Германия)

«Трансплантология, как вид оказания высокотехнологичной медицинской помощи»

14:00–15:00

Перерыв

15:00

Д-р мед. наук, профессор, руководитель РНПЦ «Трансплантации органов и тканей человека» Олег Руммо (Беларусь)

«Становление и развитие трансплантации органов в Республике Беларусь»

15:30

Заведующий кафедрой трансплантологии Бел МАПО, главный внештатный трансплантолог Министерства здравоохранения Республики Беларусь канд. мед. наук, доцент Иван Пикирена (Беларусь)

«Зачем врачам постдипломная подготовка по трансплантологии?»

16:00

Консультант Папского Совета по здравоохранению Ватикана, член совета по здравоохранению Римской Епархии, директор гематологической клиники Сандро Пертини, профессор Антонино Баньято (Италия)

“Bone marrow transplantation in the hamatological oncology”
(«Трансплантация костного мозга в гематологической онкологии»)

16:30

Председатель Постоянной комиссии Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь по здравоохранению, физической культуре, семейной и молодёжной политике, канд. мед. наук Александр Цецохо (Беларусь)

16:50

Ведущий специалист Витебской областной организации «Белорусского Общества Красного Креста» Дмитрий Рачковский (Беларусь)

«Презентация волонтерской деятельности»

17:00–17:30

Дискуссия.

Заключительное слово — епископ Витебский Олег Буткевич.

2-й день — 22 мая 2015 г.

10:00 – 14.00 – **секционные заседания:**

Секция «Трансплантология»

(конференц-зал УО «Витебский государственный Ордена Дружбы народов медицинский университет» - г. Витебск, ул. Фрунзе, 27, административный корпус, I этаж)

Председатель: доктор мед. наук, профессор, руководитель РНПЦ «Трансплантации органов и тканей человека» Олег Руммо (Беларусь).

Модератор: ректор ВГМУ, доктор мед. наук, профессор Анатолий Щастный.

Доклады:

1. Доктор медицины, профессор Эдуард Матевосян, Мюнхенский технический университет, ТУМ, Бавария (Германия)

2. Представитель фирмы «Takeda» Екатерина Ляховская (Беларусь)

3. Епископ витебский кс. Олег Буткевич

Дискуссия.

10:00 – 14.00 – **секционные заседания:**

Секция «Биоэтика в современном мире»

(УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машиерова», г. Витебск, Московский пр., 33, административный корпус)

Председатель: ректор УО «ВГУ им. П.М. Машерова», канд. юридических наук, доцент Алексей Егоров.

Модератор: канцлер Витебской епархии кс. Адам Дынак.

Доклады:

1. Магистр теологии, докторант Института Фундаментальной Теологии Католического Люблинского Университета им. Яна Павла II (KUL), музыколог, лектор „Pro Life” Андрей Агапов (Польша)

«„Культура жизни” или „культура смерти”: выбор за тобой»

2. Аспирант Елена Григорьева, Институт Истории Церкви и Патрологии Католического Университета им. Иоанна Павла II, Люблин (Польша)

3. Аспирант Йоанна Секита-Кшак, факультет гистологии и эмбриологии с лабораторией экспериментальной цитологии, Медицинский университет, Люблин (Польша)

«Связанные со стрессом расстройства: этиопатогенетические и клиническая отношение стресса и депрессии»

4. Аспирант Катажина Уршуля Боровска, Католический Люблинский университет (Польша)

«Ценность человеческой жизни от зачатия до естественной смерти»

5. Канцлер Витебской епархии кс. Адам Дынак

Дискуссия.

В программе возможны изменения

Тезисы докладов
XI Международной
медицинской конференции

**«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»**

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ДОСТОИНСТВО ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ В ИНСТРУКЦИИ *DIGNITAS PERSONAE* В ЕЁ ОТНОШЕНИИ К НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ БИОЭТИКИ

О. Августо Кенди МI, помощник секретаря
Папского совета по пасторскому попечению
о работниках здравоохранения
Ватикан (Италия)

Развитие научных изысканий всё более обнажает тот факт, что на сегодняшний день перед этикой стоит не только деликатное задание уяснить границы дозволенного, которые не обязательно должны совпадать с реальными техническими возможностями, но и обязанность обратиться к более глубокому вопросу метафизического порядка.

Действительно, этика в своём непрестанном поиске указаний для жизни и человеческой деятельности испытала на себе наиболее очевидный и радикальный перелом, охарактеризованный снятием с повестки вопроса о бытии.

В данном выступлении мы прежде всего стремимся обосновать вышеизложенное суждение в контексте современной культуры, а затем исследовать, в состоянии ли христианское Откровение вернуть первоначальную остроту вопросу об особом рода отношениях между верой (*fides*) и разумом (*ratio*), между трансцендентным и имманентным, и если да, то каким образом оно может это сделать, чтобы окончательно определить его возможный вклад в истолкование некоторых проблем биоэтики.

Разрыв между этикой и метафизикой в современную эпоху

Создаётся впечатление, что расширение сферы прикладной

науки, особенно в области биомедицинских наук, становится первостепенным элементом процесса, в котором научный разум навязывает себя в качестве формы самого разума, а вследствие этого — в качестве принципа истолкования человека и природы с проистекающей отсюда редукцией, если не полным сведением до нуля, этического и религиозного измерений.

Эти рамки заранее предопределённой закрытости для любых ссылок на трансцендентное либо на явления онтологического порядка, что, обобщая, можно было бы определить как «биоэтику без метафизики», имеют даже тенденцию к превращению в определённый нормативный принцип, или же в отрицание трансцендентного принципа, а косвенным образом — высшего авторитета, что в итоге могло бы поставить под сомнение автономность человека. При таком методологическом подходе создаётся впечатление, что биоэтика также развивается таким образом, как будто Бог не существует (*etsi Deus non daretur*), принципиально отвергая при этом неизменный и универсальный естественный закон. Из этого можно было бы заключить, что не имеет смысла искать в обычаях и жизненной практике отсылку к онтологической либо сущностной основе, или же — в соответствии с классическим выражением — к «человеческой природе» или «естественному закону» как к окончательному критерию правды и добра.

Кажется, что как раз наоборот, этика ограничила себя только тем, чтобы отличать то, что правильно исключительно ввиду качества социальных отношений, под натиском необходимости руководить общественными отношениями в их соотношении с индивидуальной автономностью, отходя, таким образом, к «законной правильности» и сосредоточиваясь на ней, а в итоге — на размышлениях о «теории прав». Таким образом, этическая проблема сводится к поиску процессуальных критериев, способных гарантировать различные персональные возможности с целью мирного социального сосуществования. Исходом этой параболы является тот факт, что этика хоть и не уходит от того, чтобы предлагать указания относительно жизни и человеческой деятельности, однако считает это возможным лишь не затрагивая или вовсе исключив всякое обращение к Богу, отрицая

Его, либо изгоняя в частную сферу, заботясь лишь о том, чтобы сократить конфликтность посредством стратегий «диалога», которые в условиях «политеизма ценностей» делают по меньшей мере вторичными либо неэффективными новейшие взгляды на бытие и на зло, сводя таким образом практическое размышление к простому рассуждению о юридической, политической и законодательной природе, одним словом, к «процессуальной биоэтике».

Недостаточная способность понимания самой основы всякого этико-ценностного императива ведёт к отходу от человека к чистой имманентности, что оставляет неприкрытый фланг для неспособности истолкования серьёзных вопросов, вращающихся вокруг подходов к пониманию жизни, смерти, страдания..., не только в сфере изысканной философии, но ещё раньше возникших из прикладного применения биомедицинских наук, которые оказываются отделёнными от смыслового горизонта, на котором могли бы обрести своё место и свою онтологическую наполненность такие используемые и злоупотребляемые понятия, как честность, человеческая природа, личность...

Это суждение на самом деле отражает тот релятивизм, на который неоднократно указывал Бенедикт XVI как на элемент, характеризующий современную западную, и особенно европейскую культуру, где наблюдается обратное движение, в котором вновь осуждается антропология как философская доктрина, и которое, претендуя на поглощение и исчерпывающее описание моральной логики научной логикой, больше не признаёт своей теологической сущности или же напрямую отрицает её в принципе. Так понятая природа остаётся в связи с этим замкнутой сама в себе и не может выйти за пределы простой констатации фактов и биологии.

Новое истолкование отношений между трансцендентным и имманентным

Апоретические выходы, к которым ведут чисто имманентные способы постановки вопросов, или которые разрешились невозможностью приблизиться к реальности личностного своеобразия (*proprium*), неизбежно ставят вопрос о том, не может ли

решение быть найдено в оставленной плоскости теологии.

В этом вопросе нет ничего риторического, если принять во внимание развитие, которому была подчинена сама теологическая мысль — в частности, христология, — первых веков. Действительно, в ней прибегали к аналогичным смещениям, которые сегодня стали очевидными в сфере биоэтики и прикладной биомедицины в частности. Даже относительно фигуры Иисуса Христа была допущена ошибка в именовании «личностью» этого духовного субъекта (я, сознание, разум, воля) вследствие ошибочного способа связывать тайну божественной Личности с тайной личности человеческой.

На самом деле, невозможно, чтобы естественные способности человека могли отождествляться с концепцией личности либо исчерпывать её; отсюда — теоретико-когнитивная ошибка, которая в основании подрывает все попытки, в результате оказавшиеся ошибочными, и которая привела к окончательному определению личностной жизни через жизнь биологическую или через некоторые её характерные черты. Поэтому становится необходимым радикальный поворот, или, скорее, обратный порядок логико-рационального процесса между человеческим существом, природой и бытием личностью, в котором нужно исходить из реальности личности; и прежде всего для разрешения основного вопроса обоснования истины об Иисусе Христе, как Воплощённом Слове и Божиим Сыне, и для нахождения сочетания между божественным (*divinum*) и человеческим (*humanum*). Концепция «личности» была индивидуализирована, пускай и не без труда, как онтологическая категория, в которой Бог и человек без смешения взаимопроникают друг в друга, так как единственная Личность Сына препятствует всякой редукции или дисквалификации человеческой реальности в Боге, напротив, точно устанавливает вклад, который творение вносит в проявление и осуществление божественного (*divinum*); принятое человеческое (*humanum*), то есть телесно-тварное измерение, становилось, следовательно, местом откровения божественного (*divinum*), и поэтому все выражения жизненной истории и исторического факта Иисуса, хоть и в собственных границах человеческих реалий, в любом случае

имели субъектом божественную Личность воплощённого Сына, истинного Бога и истинного человека.

В многотрудном развитии догматики первых веков решение теологических вопросов относительно правильного логического определения тайны Личности Иисуса Христа было осуществлено именно в логической инверсии, исходя из пересмотра личности, а не природы, по аналогии с тем, что наметилось также в сфере философии в наши дни относительно узкоспециальных вопросов из области биоэтики.

В частности, тот факт, что воплощённый Сын участвует в обеих природах — в божественном (*divinum*) и в человеческом (*humanum*), приобретает особенное и уникальное значение для совершенствования человеческой твари, включённой в изначальный Божий план: Личность Воплощённого Сына действительно является герменевтическим принципом происхождения и предназначения человеческой твари, извечно (*ab aeternum*) и навсегда (*in perpetuum*) отпечатанной в Боге, поскольку Творец только для человеческой твари устанавливает исключительные отношения участия в себе по образу и подобию Сына (ср. Быт 1, 27). Тайна личностного бытия, следовательно, является преимущественно «теологической».

Поэтому человек в исключительной форме обладает этикоценностной содержательностью, то есть достоинством личности; такая содержательность является неповторимой, собственной, несоизмеримой для какого бы то ни было сравнения между человеческой тварью и прочими одушевлёнными реалиями или же принадлежащими миру, со своими законами и своими процессами, выверенными наукой; в противном случае была бы успешной ошибочная попытка объяснить человеческую личность исходя из природы, оставляя её таким образом сокращённой и ограниченной сферой исторических фактов, констатируемой опытным путём научным позитивизмом, который утрачивает именно теолого-антропологическое определение человеческой личности.

Недавно учение Церкви в Инструкции *Dignitas personae* истолковало вклад Откровения в определение личности и его теологическое переосмысление, не отрицая, а напротив, с

большим доверием относясь к научному поиску. В упомянутом документе по вероучению действительно утверждается соответствие и тождественность между человеческим существом, полем собственного научного исследования (и биомедицинского в частности), и личностью; причём личностное человеческое (*humanum*) вписывается в план сотворения, и в то же время за ним признаются нерушимые и вечные ценность и достоинство, поскольку человеческое существо — как говорится об этом в самой Инструкции — «обладает вечным призванием и призвано разделить тринитарную любовь Бога живого». С этой точки зрения та же Инструкция утверждает, что становясь одним из нас, Сын соделал так, что мы можем стать «сынами Божьими» (Ин 1, 12), «причастниками Божественного естества» (2 П 1, 4), из чего следует вывод, согласно которому исходя из этих двух измерений, *человеческого* и *божественного*, можно лучше понять основание нерушимой ценности человека.

Это не противоречит и не отрицает, а напротив, подтверждает тот вклад, который может внести наука, открытая и готовая принять перспективу человеческой личности в собственном смысле, поскольку это новое измерение не оспаривает достоинства твари, которую разумом признают все люди, а возводит её на более высокий жизненный горизонт, ибо является собственно Божьим и позволяет более адекватно размышлять о человеческой жизни и об актах, которые вводят её в действие.

Это личностное призвание, извечно вписанное во всё человеческое (*humanum*), сияет в вере всякий раз, когда биомедицинские науки признают человеческую жизнь, а, следовательно, относятся к ней в соответствии с достоинством, которое совпадает с той онтолого-личностной содержательностью, присущей каждому человеку в воплощённом Сыне, и в связи с чем свойства человеческого (*humanum*) во всех своих признаках, даже наименьших, от их изначального возникновения и до естественного исчезновения, имеют своё начало в божественном бытии и таким образом являются источником нового образа действий среди людей. Таким образом, открывается горизонт, который может охватить весьма возможные ситуации, в которых определяются соответствующие критерии для строго обязательной и

исключительно срочной и неотложной моральной оценки, прежде всего в прикладном применении биомедицинских наук.

Некоторые вопросы биоэтики, истолкованные в соответствии с категорией личности

Вклад теологического и антропологического характера, в общих чертах обозначенный выше, не является достоянием лишь небольшого количества тех, кто занимается философией, теологией или биоэтикой, а оказывает влияние на оценку конкретного жизненного опыта и на формулирование суждения о моральности. Это может быть проверено также на истолковании некоторых вопросов биоэтики, которые для наглядности будут впоследствии вкратце упомянуты.

Прежде всего в свете «теологического» пересмотра верховенства личности по отношению к природе при одновременном признании телесного измерения как выражения особенности личностного человеческого существа, можно сосредоточить внимание на некоторых моментах, практикуемых в эмбриологии, которые кажутся весьма многообещающими, особенно благодаря их применению в клинической трансплантологии; мы, в частности, обратимся к инновационным технологиям терапевтического использования эмбриональных стволовых клеток. Широкий позитивный резонанс, вызванный открытием этого особого типа клеток, тем не менее поднимает неотложные и серьёзные этические проблемы. Подобная настороженность, в частности, возникает в связи с тем, каким образом эти клетки могут быть извлечены из эмбриона, а именно: последний искусственным путём создаётся в лаборатории для того, чтобы затем извлечь из него стволовые клетки посредством целого ряда вмешательств, которые неизбежно повлекут за собой смерть самого эмбриона.

В этом деликатном случае два вопроса встают перед совестью человека — как верующего, так и неверующего — если подразумевается, что совесть последнего как минимум открыта для перспективы трансцендентного направления. Прежде всего, первая проблема относится к тому факту, что извлечение клеток из внутренней массы человеческого эмбриона неизбеж-

но повлечёт за собой его разрушение, что в результате делает такое вмешательство крайне аморальным как в исключительно научном плане, так и в плане вероучения (доктринальном). Определение учения Церкви, впрочем, всего лишь делает вывод из очевидного строго научного факта, что начало жизни совпадает с актом формирования биологической единицы, которая определяется слиянием двух гамет — мужской и женской; которая обладает полной программой роста и всей информацией, необходимой для развития и прохождения всех его этапов, присущих человеческому существу и являющихся неотъемлемой частью его естественной истории до самой смерти. Со своей стороны, суждение вероучения признаёт за человеческим эмбрионом даже ещё до его имплантации в естественное месторасположение этический статус, восходящий к достоинству и ценности, присущим человеческой личности как индивидуальному бытию, которые проявляются и не утрачиваются на всём протяжении его существования.

Второй аспект, исходя именно из искусственного способа получения таких эмбрионов, затрагивает основополагающий вопрос о значении происхождения человека и способов, в соответствии с которыми происходит событие рождения, бытия рождённому, а в связи с этим — о ценности человеческой личности, онтологически определённой — извечно (*ab aeterno*) и навсегда (*in perpetuum*) — её взаимоотношением с Богом. То, что было и остаётся, несмотря даже на прогресс прикладной генетики, неприкосновенным — а именно жизнь — поскольку ни один человек сам по себе не произвёл себя как живое существо, а всегда является результатом дара, который происходит от кого-то другого, с кем он связан отношениями рождения, представляет собой нечто решительно новое, ставшее возможным из-за вмешательства в происхождение человека, как в знакомом случае экстракорпорального оплодотворения. Таким образом, между тем, как рождение перестаёт быть единым процессом, который проистекает из межличностных отношений между мужчиной и женщиной до момента родов, само значение, присущее человеческому существу, отделяется от тела, которое становится предметом науки и техники и с этих пор лишается

тех личностных полномочий, которые являются неотъемлемыми от силы рождения (*vis generandi*) в различии мужчина-женщина как определяющего элемента, в антропологии, данной в Откровении, бытия человека, созданного «по образу и подобию» Божьему (Быт 1, 27).

Ещё до приобретения религиозной и теологической коннотаций категории дара, бескорыстности, присущие человеческому рождению, могли быть приняты при помощи простого философско-рационального и научного изыскания в качестве элемента, производного от происхождения и неприкосновенности жизни, в том смысле, что её зарождение не может быть изменено. В искусственных вмешательствах с целью оплодотворения, напротив, вышеназванные категории сводятся на нет из-за признания человеческой природы лишь в рамках её самой, когда телесность более не имеет голоса и уже не связана с особенностью личностного бытия, или в своём первоначальном отношении (*relatio originis*).

Аналогичным образом такое молчание, не вызывающее более в памяти чего-то «превосходящего» и «потустороннего», наложенное на телесное измерение, может быть признано даже между тем, как одна из особых способностей или функций телесной человеческой природы возвышается до степени всеобъемлющего истолкования человеческой личности. К подобного рода примерам относятся драматичные случаи серьёзного врождённого порока, который диагностируется у плода или новорожденных анэнцефалов, у которых отсутствует наиболее «благородная» часть головного мозга, который считается местом, в котором находятся самые характерные человеческие функции, в то время, когда, как правило, присутствует мозговой ствол, отвечающий за наиболее важные функции вегетативной жизни.

Оставляя другим анализировать проблемы, связанные с такой тяжёлой патологией, здесь мы сосредоточимся на онтологическом статусе анэнцефала. Этот статус не может быть сведён и исчерпан лишь критериями функциональности и эффективности, даже такими, которые присущи лишь человеческому существу, каковыми являются мыслительные способности, со-

ставляющие основу автономности и самосознания, на что, например, ссылаются при утилитаристской постановке вопроса. Даже в этих случаях моральное суждение на основании самой биологической очевидности не может не признать ни с чем несравнимую ценность каждой человеческой жизни, пусть даже обременённой серьёзной недостаточностью головного мозга, а вследствие этого и человеческого индивидуума в прямом смысле слова, плода человеческого рождения непосредственно от зачатия с присущей ему собственной телеологической направленностью, которая будет определять его развитие до естественной смерти. При таких очевидных вещах вера признаёт также в этих граничных случаях, и именно в них, неоценимую и нерушимую ценность человеческой твари, поскольку от самого своего появления она находится и сохраняется в непрерывных и определяющих личностных отношениях с Богом.

С этой точки зрения, наконец, тот самый критерий, согласно которому ценность жизни человеческой твари не зависит от его актуальных либо потенциальных качеств или же от большего или меньшего соответствия *стандарту* «качества» человека с различными отклонениями, может быть применим в не менее драматичных случаях пациентов, страдающих от особенно тяжёлых патологий, таких как, например, болезнь Альцгеймера, которая полностью (*in toto*) сводит к нулю мыслительные способности, или, в тех безнадёжных случаях, когда люди оказываются в устойчивом вегетативном состоянии (*Persistent Vegetative State*). Даже в таких случаях, хоть это, к сожалению, встречается даже в уже утвердившемся этосе, которому с разных сторон пытаются дать юридическо-правовое обоснование, принять неспособность обрабатывать информацию, неспособность действовать осознанно и/или обладая самосознанием... в качестве критериев для того, чтобы не признавать за такими людьми достоинства, присущего человеческой жизни, отказывая или откладывая в этом случае даже гидратацию (*l'idratazione*) и питание, которые, наоборот, являются формами поддержания жизни, является подходом не только неприемлемым с гуманной точки зрения но также в высшей степени опасным из-за евгенических последствий, которые легко себе представить, отчего подобные

решения являются чреватými. Как явствует из вышеприведённых примеров, наиболее актуальная задача, стоящая перед биоэтикой, может быть, таким образом, определена как преодоление функционалистского подхода, состоящего в большем или меньшем наличии некоторых «функций», на основании которых определяется степень большей или меньшей приемлемости собственно «человеческой» жизни — единственно «достойной» того, чтобы быть прожитой, — либо на основании других критериев, всецело условных или же произвольных. Нужно же, напротив, обратиться к научному взгляду в полном смысле этого термина, то есть к открытому и готовому принять смысловой горизонт так, как это, между прочим, было недвусмысленно отмечено Бенедиктом XVI в его третьей энциклике в следующей формулировке:

Ключевое сражение в культурной борьбе между абсолютизацией техники и моральной ответственностью человека развивается сегодня в области биоэтики, где радикально поставлена под угрозу сама возможность целостного человеческого развития. В этой важной сфере, требующей самого деликатного обращения, с исключительной остротой встаёт перед нами фундаментальный вопрос: сам ли человек себя сотворил или он зависит от Бога? Научные открытия в этой области и возможности технического вмешательства продвинулись, по-видимому, так далеко, что необходимо сделать выбор между двумя типами рациональности: между разумом, открытым трансцендентному, и разумом, замкнутым в границах имманентного.

В частности речь идёт о признании призвания личности, извечно вписанном во всякое *человеческое* (*humanum*), блистающего в свете веры всякий раз и повсюду, где биомедицинские науки признают человеческую жизнь, определяя её в соответствии с достоинством, совпадающим с онтолого-личностной содержательностью, присущей каждому человеку и происходящей от Бога. Сходным образом с поворотом, выработанным Соборами первых веков существования Церкви, который заключался в переходе от природы к личности для обоснования Тайны Иисуса Христа, принимая вклад веры в качестве критерия и меры антропологии, открывается полный и окончательный доступ к

правде человеческого (*humanum*); также и для учёных и для всех тех, кто занят поисками правды, таким образом могла бы открыться научно обоснованная возможность в охране и поддержании жизни на любой стадии и в любом виде и состоянии, которые только могут появиться и представиться, вновь обрести «великое „да“ признанию неотъемлемых достоинства и ценности каждого единственного и неповторимого человеческого существа, призванного к существованию» .

Заключение

Картина, которую мы намеревались обрисовать, дала возможность обнаружить то, каким образом современная концепция науки сделала из разума (*ratio*) высшую и последнюю инстанцию в видении бытия, познания и деятельности человека, что сопровождается преимуществом количественного фактора перед качественным. Это повлекло за собой последовательный отход от метафизических перспектив, равно как и от всякого опосредования, не являющегося присущим природе и самому разуму, и противоположное этому возвеличение разума (*ratio*), стремящегося выдернуть из реальности тайну, которой он был хранителем, вместо того, чтобы с изумлением её созерцать, окончательно разорвавшего узы, связывавшие теологию и физику, веру (*fides*) и разум (*ratio*), в соответствии с правильным герменевтическим кругом взаимосоответствия и взаимного обогащения.

В этой перспективе настойчивое и навязчивое наступление прикладных биотехнологий даже если, с одной стороны, и является венцом усилий научного поиска, то с другой ставит ряд непростых вопросов, на которые техника не может в итоге дать ответа. Во всяком случае, тот факт, что в человеке неизменно присутствует неустанный и неудержимый поиск правды и смысла, свидетельствует о том, что даже в состоянии своей полной погружённости в природу, он, тем не менее, не находится всецело в её власти; действительно, он возвышается над ней, превосходя её, поскольку человек, как свидетельствует Откровение, является воплощённым духом и определённо является «личностью», будучи включённым и являясь частью той

Истины, которая его бесконечно превосходит и несоизмеримо превышает.

Вопросы смысла, особенно настойчиво звучащие в области биоэтики, таким образом призваны вновь открыть то, что горизонт, внутри которого осуществляется специфическая деятельность рефлексивного разума, шире очерченного в качестве возможного для технического воздействия и научного понимания; такие вопросы действительно предполагают использование разума (*ratio*) неискажённого и не закрытого в самом себе, а открытого и готового принять трансцендентную Истину. В этом смысле Откровение наделяет человеческий разум широким горизонтом и возвышает его, образуя «искуплённую» рациональность, то есть способную позитивно поместить разум (*ratio*) во множественность его действий и стремящуюся достичь источника Истины.

Итак, в этом смысле ответ на знаковый вопрос, заданный римским прокуратором Понтием Пилатом: «Что есть истина?» (Ин 18, 38), не может быть найден в естественном порядке вещей (*factum*), поскольку она первая предвосхищена как дар в соответствии с «теологическим» порядком, в котором извечно и навсегда берёт начало личностная истина человеческого (*humanum*), в образах которого, на любой стадии и в любом состоянии, сияет несомненный отблеск — пока ещё слабый — самой реальности Бога, поскольку человеческая жизнь «есть явление Бога, знамение Его присутствия, след Его славы».

Таким образом, вклад, который вера (*fides*) вверяет разуму (*ratio*), является предварительным условием и смысловым горизонтом, теологически и онтологически обоснованным, поскольку тварное человеческое (*humanum*) от своего истока до естественного иссякания может быть признано и возлюблено в соответствии с присущим ему личностным отпечатком.

В этом направлении предполагает двигаться Папский Совет по делам работников сферы здравоохранения, и прежде всего в диалоге, который, мы надеемся, станет плодотворным, с теми, кто в качестве хранителей жизни и, во вторую очередь, здоровья, являются непосредственными собеседниками медицинского искусства (*ars medica*). Вклад, предложенный этим

ведомством Святого Престола, имеет намерение вписаться в горизонт научного знания, выработанного разумом (*ratio*), открытым и готовым принять нечто «превосходящее» и «потустороннее», приоткрытое не только с помощью философии, но и веры (*fides*), теологии, в правильном герменевтическом кругу, который не может не вопрошать каждого человека, а особым образом учёных и служителей медицинского искусства (*ars medica*), основанного на уважении к достоинству личности и, следовательно, способного и сегодня утвердиться в присущей ему роли способствовать гуманности.

Перевод М. Гракова.

МИРОВОЗЗРЕНИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ-БИОЭКОЛОГОВ

Н.М. Яцковская, ст. преп. кафедры анатомии и физиологии;
А.С. Кисова, студентка 1-ого курса биологического факультета
УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

«Человечество нуждается в соединении биологии и гуманитарного знания, из которого предстоит выковать науку выживания и с ее помощью установить систему приоритетов».

В.Р. Поттер.

Биоэтика (от греч. *bios* — жизнь и *ethos* — нрав, обычай) — междисциплинарное научное направление, находящееся на стыке философии, этики, биологии, экологии, медицины и других наук. Термин «биоэтика» был впервые использован в 1970 американским медиком Ван Ренсселером Поттером, который под биоэтикой понимал область исследований, призванную соединить биологические науки с этикой во имя решения в длительной перспективе задачи выживания человека как биологического вида при обеспечении достойного качества его жизни.

Биоэтика возникла как ответная реакция на новые проблемы относительно жизни, здоровья и смерти, на возрастающий

интерес людей по поводу их прав, включительно и право на их собственное телесное и духовное бытие, на позицию общества относительно живой природы, угрожающей опасности жизни на земле в результате обострения глобальных проблем.

Биоэтика не просто новое название старых проблем. Она представляет собой синтез многих медико-биологических и философско-гуманистических наук, имеющие цель познание и защита жизни (живого) с позиций традиционной этики. Сегодня как никогда актуальна проблема основных принципов и нравственных ценностей относительно не только жизни, смерти, здоровья человека, но и существования животных и растений. В. Поттер утверждает, что нормы и ценности биоэтики не могут быть отделены от других наук и аргументирует как необходимость специализации этики (как например, этика природы, этика пожилых людей, этика городской жизни и т.д.). Следовательно, стало неизбежной возникновение новой этики, более широкой, предметом которой стало бы выживание человека посредством защиты биосферы.

В целом биоэтика в настоящее время существует и функционирует скорее в качестве непрестанно расширяющегося и усложняющегося поля проблем, имеющих как когнитивное и техническое, так и этическое и ценностное содержание, а потому, как правило, не имеющих простых и однозначных решений, чем в качестве научной дисциплины со строгим и общепринятым концептуальным аппаратом. Существует множество версий биоэтики, принципиально отличающихся друг от друга по самым существенным моментам. В этом смысле биоэтика сходна с целым рядом других современных областей знания, для которых интерес к строгому теоретическому обоснованию и оформлению массива вырабатываемых и используемых в их рамках знаний не является первостепенным.

Учитывая специфичность проблем биомедицинской этики зачастую, требуется учитывать не только медицинские и юридические, но и духовные аспекты жизни человека, связанные с умиранием, рождением, правом пациента на совершение религиозных обрядов в стационаре.

В связи с этим **целью** нашего исследования было изучение

отношения студентов 1 курса биологического факультета специальности «Биоэкология» к морально-этическим аспектам проблем биомедицинской этики.

Объект исследования: моральное сознание учащихся в области биомедицинской этики.

Методы исследования: для изучения отношения студентов 1 курса биологического факультета специальности «Биоэкология» к морально-этическим аспектам проблем биомедицинской этики использовался метод анкетирования.

Результаты и обсуждение:

В качестве респондентов выступили студенты, обучающиеся на биологическом факультете по специальности «Биоэкология».

Анализ ответов на мировоззренческие вопросы показывает, что большинство студентов не безразличны к религии. Лишь, 20,3 % считают себя атеистами. При этом, доля считающих себя православными составляет 73,7 %, ответивших «Бог един» — 2 %, остальные конфессии около — 4 %.

К вопросу: «Какое место занимает религия в вашей жизни?», было предложено 4 варианта ответов: главное, значительное, незначительное, никакого. Интересно отметить, что большая часть опрошенных студентов утверждает, что религия занимает определенное место в их жизни — 45,3 %, второй по численности является группа, в которой религия занимает незначительное место — 39,5 % . Ответы, в которых религия занимает «главное» и «никакое» места соответственно составили 5,8 % и 9,4 % опрошенных студентов. Ответы студентов на вопрос о необходимости сохранения традиционных религиозных ценностей в РБ также дают возможность предположить наличие интереса молодежи к традициям своей страны. Так положительные ответы на вопрос дали 69,5 % опрошенных студентов, отрицательные — 7,1 %, затруднились ответить — 23,4 %.

В связи со специфичностью проблем биомедицинской этики зачастую, требуется учитывать не только медицинские и юридические, но и духовные аспекты жизни человека, связанные с умиранием, рождением, правом пациента на совершение религиозных обрядов в стационаре. На основании этого студен-

там был предложен вопрос: «Допускаете ли Вы преподавание ряда тем (смерть, жизнь как ценность) духовным лицом (священником?)». Большая часть опрошенных студентов ответили утвердительно — 65,1 %. Отрицательные ответы дали — 23,7 % опрошенных студентов, затруднились ответить 19,3 %. Следует также отметить, что многие студенты, считающие себя атеистами, одобряют возможность преподавания священником ряда тем по биомедицинской этике.

С целью оценки отношения студентов к анкетированию в заключение анкеты им был задан вопрос: «Согласились ли бы Вы еще участвовать в опросе?». Большинство респондентов — 80,7 % согласилась участвовать в аналогичных опросах в дальнейшем. Это обстоятельство свидетельствует об определенном интересе студентов к проведенному анкетированию и о наличии предпосылок к проведению опросов в дальнейшем.

Литература

1. Ляуш Л. Б. Роль мировоззренческих ценностей в формировании личности среднего медработника: Дипломная работа. ММА им И. М. Сеченова — Москва. — 2000
2. Хрусталева Ю.М. От этики до биоэтики. — Ростов н/Дону: Феникс, 2010. — С. 446.

КУЛЬТУРА РЕЧИ ВРАЧА — ОТВЕТСТВЕННЫЙ АСПЕКТ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ

*Г.Г. Бурак, к.м.н., доцент; Т.И. Ким, ассистент;
Г.Г. Кобец, ст. преподаватель; В.В. Ольшаникова, к.м.н., доцент;
И.А. Чиркина, к.м.н., доцент; Н.Г. Харкевич, д.м.н., профессор
УО «Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

С очень давних времен (Гиппократ, 460–377 г.г. до н.э; Гален, 131–200 г.г.) правомочным было мнение: если после разговора врача с больным последнему не стало легче, то первому следует подумать о смене профессии (ремесла). Подобное суждение радикально, однако не бессмысленно. Человек, посвятивший

себя служению медицине, исцелению больного, облегчению его страданий и сохранению здоровья обязан уяснить и осмыслить особенности врачевания: их великое предназначение и большую ответственность.

В практической медицине успешная деятельность работников базируется (преимущественно!) на межличностных отношениях особого рода- доверии и совести: на доверии пациента, который страдает и нуждается в помощи, и на совести врача, который может помочь нуждающемуся и приходит ему на помощь, чтобы позаботиться о пациенте и излечить его.

Доверие пациента к врачу формируется с учетом мнений других больных, лечившихся у врача (субъективное мнение) и, главное, на основе собственных впечатлений от первого(!) и последующих посещений врача (объективное мнение).

Важным (возможно определяющим) фактором формирования чувства доверия к врачу со стороны пациента является речь первого. Можно утверждать, что диалог врача с пациентом (т.н. анамнез) должен быть доверительным, равноправным, заинтересованным, взаимно уважительным.

Нередко пациенты с недоверием, порой пренебрежением, относятся к мнению врача относительно их здоровья и предлагаемых врачом методов лечения. Основанием для такого заключения во многом является речь врача. Последнее почти болезненно, иногда с чувством недоумения и осуждения, воспринимается пациентами с высоким общеобразовательным и интеллектуальным уровнями образования и самообразования. Даже несведущему в медицине пациенту порой понятно, что профессионализм врача, к которому он обратился за помощью, не вызывает уважения и оставляет желать лучшего.

Во всех случаях многообразная по специфике, характеру и сложности врачебная деятельность начинается со знакомства с обратившимся за помощью. Именно на этом этапе обследования пациента очень важно завоевать его доверие, в чем немалая роль принадлежит культуре речи врача, которая как в бытовом, так и профессиональном смысле должна быть грамотной.

Культура речи врача, по нашему мнению, базируется:

а) на профессиональном уровне владения языком медицины

и умении пользоваться им (по возможности!) при общении с пациентами и их ближайшем окружении;

б) на высоком уровне интеллектуального развития (по возможности многогранного развития);

в) на владении основами психолого-нравственного понимания особенностей человеческой личности.

Таким образом, речь врача является начальной и принципиально важной составляющей врачебного профессионализма. Медицинские работники обязаны использовать рациональные убеждения, чтобы направлять пациентов к взаимоприемлемому результату.

THE INFLUENCE OF CHRONIC STRESS ON THE BRAIN - MORPHOLOGICAL EXAMINATIONS OF HIPPOCAMPUS, THE KEY BRAIN REGION INVOLVED IN THE MEMORY, COGNITION AND STRESS RESPONSE IN EXPERIMENTAL MODEL OF DEPRESSION

*Joanna Sekita-Krzak¹, Iwona Żebrowska-Łupina², Tomasz Łupina³,
Leszek Czajkowski², Alicja Kostencka⁴, Beata Cichacz-Kwiatkowska¹*

¹ Department of Histology and Embryology

with the Lab of Experimental Cytology, Medical University

² Department of Clinical Pharmacology, Medical University,

³ Department of Pulmonology, Oncology and Allergology,
Medical University, Lublin (Poland);

⁴ Institute of Physical Culture, Kazimierz Wielki University
Bydgoszcz (Poland)

Abstract

Background. Chronic stress exposure deteriorates memory and increases the risk of psychiatric disorders, including depression.

Objectives. Morphological studies in experimental model of depression-histological assessment of the chronic unpredictable stress procedure (CUS) influence on the hippocampus.

Material and methods. We evaluated stress influence on the brain using the chronic unpredictable stress procedure (CUS) for 8 weeks in rats (experimental model of depression), based on

morphological studies of hippocampal formation.

Results. Stress-induced alterations were observed in both, the hippocampus and dentate gyrus. Nerve cell changes included neuron shrinkage and dendritic remodeling. The most vulnerable to chronic stress hippocampal cells were CA3 and CA4 pyramidal neurons. In dentate gyrus chronic stress led to granule neuron shrinkage and slight exacerbation of apoptosis in the polygonal cell layer. CUS led to statistically significant changes in quantitative characteristics of the CA3 and CA4 neuron size and nuclei diameter.

Conclusions. Chronic stress induces degeneration of hippocampal neurons. Similarity of histological changes obtained in 8-week long CUS procedure applied in our research to morphological changes described in depressed patients confirms the usefulness of the applied stress procedure as the experimental model of depression, regarding etiopathology, symptomatology as well as pathomorphological changes in the brain.

Key words: stress, depression, hippocampus, chronic unpredictable stress procedure (CUS).

References

1. Yu S, Holsboer F, Almeida OFX. Neuronal actions of glucocorticoids: focus on depression. *J Steroid Biochem & Mol Biol* 2008; 108: 300–309.
2. Reagan LP, Grillo CA, Piroli GG. The As and DS of stress: metabolic, morphological and behavioral consequences. *Eur J Pharmacol* 2008; 585: 64–75.
3. Ossowska G, Danilczuk Z, Klenk-Majewska B, Czajkowski L, Żebrowska-Łupina I. Antidepressants in chronic unpredictable mild stress (CUMS)-induced deficit of fighting behavior. *Pol J Pharmacol* 2004; 56: 305–311.
4. Frodl T, Meisenzahl EM, Zetzsche T et al. Hippocampal changes in patients with a first episode of major depression. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1112–1118.
5. Katz RJ, Roth KA, Carroll BJ. Acute and chronic stress effects on open field activity in the rat: implications for a model of depression. *Neurosci Biobehav Rev*, 1981; 5: 247–251.
6. Risch N, Herrell R, Lehner T, Liang KY, Eaves L, Hoh J, Griem A, Kovacs M, Ott J, Merikangas KR. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA*, 2009; 301: 2462–2471.
7. Lucassen PJ, Pruessner J, Sousa N, Almeida O, Van Dam AM, Rajkowska G,

Swaab D, Czeh B: Neuropathology of stress. *Acta Neuropathologica Pathology and Mechanisms of Neurological Disease*, 2014.

8. Ayarapetyanz MG, Yakovlev AA, Levshina IP et al. Studies of mechanisms involved in neuronal cell death induced by chronic stress in rats. *Neurochemical J* 2002; 1: 86–92.

9. Dwivedi Y, Rizavi HS, Conley RR, Robert RC, Tamminga CA, Pandey GN. Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 804–815.

10. Cieřlik K, Sowa-Kucma M, Ossowska G, Legutko B, Wolak M, Opoka W, Nowak G. Chronic unpredictable stress-induced reduction in the hippocampal brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene expression is antagonized by zinc treatment. *Pharmacol. Rep.* 2011; 63: 537–543.

11. Majewska B. Biaćko MAP-2 i jego rola w wielu przejawach plastycznoci i stanach patologicznych w ořrodkowym ukladzie nerwowym. *Postępy Biochemii* 1995; 41: 175–182.

12. Harrisom PJ. The neuropathology of primary mood disorders. *Brain.* 2002; 125: 1428–1449.

Czeh B, Lucassen PJ: What causes the hippocampal volume decrease in depression? Are neurogenesis, glial changes and apoptosis implicated? *Eur Arch Psychiatry & Clin Neurosci* 2007.

STRESS-RELATED DISORDERS — ETIOPATHOGENETICAL AND CLINICAL RELATION OF STRESS AND DEPRESSION

Joanna Sekita-Krzak¹, Alicja Kostencka², Beata Cichacz-Kwiatkowska¹

¹ Department of Histology and Embryology
with the Lab of Experimental Cytology, Medical University
Lublin (Poland);

² Institute of Physical Culture, Kazimierz Wielki University
Bydgoszcz (Poland)

The aim of this presentation is to demonstrate etiopathogenetical and clinical relation of stress and depression.

Stress is a general reaction of the organism to the influence of harmful agents called stressors. Stress is a common experience in everyday life and the ability to cope with it is the basic requirement for an organism to survive. However, long-term exposure to stress stimuli can have numerous pathological consequences (1). It has been proved that stress factors increase a risk of the occurrence

of the following: cardiovascular system diseases (hypertension, atherosclerosis), metabolic diseases (dyslipidemia), brain stroke, endocrine diseases, diseases of digestive system, cancer, that is the diseases which are main reasons of human mortality all over the world. It is also known that stress significantly decreases the immunity of organism. The consequence of stress are also various mental disorders, including depression (2,3). Depression belongs to the most common mental disorders occurring in contemporary world. Epidemiological examinations show that over 10% of population suffer from it and a number of people affected is still increasing. The WHO expects that mental disease, including stress-related disorders, will be the second leading cause of disabilities by 2020 (1). Depression is a destructive disease endangering a patient's life (a risk of suicide by patients suffering from depression is about 25%). A predisposition for depressive disorders is the result of interaction of genetic and environmental factors (especially stress evoked by extremely dramatic events in human life). A relation between depression and stressful life events has been fully proved and confirmed by numerous examinations (4,5,6). Stressful life events can be defined as situations which cause remarkable changes in the life of a person and require adjustment to new conditions. It is assumed that depression etiology is connected with specific types of negative life events, first of all with losses. The event playing an important role in the depression development is a loss of a beloved person. Especially a loss of mother in the early childhood is connected with a vulnerability to the stress factors and result of negative events in life (7). Apart from mental injuries, depression episodes can be caused by biological stressors e.g. somatic diseases such as cardiovascular diseases and diseases of endocrine glands and cancer. Stressful events in most people cause stress reaction which leads only to short-term and weak disorder of functioning. Only in people in whom psycho-biologically conditioned predisposition occurs, the development of the full syndrome of symptoms of depression takes place. The explanation how stress contributes to the development of depression requires the examination of mechanisms engaged in the process of adaptation to stress, and the consideration of the

manner in which the initially protective mechanisms may lead to adverse reactions with the consequent health deterioration. Main adaptive reactions of an organism to stress factors are transmitted by a complicated system reacting in stress, including the limbic system-hypothalamus-pituitary gland-adrenal gland (LPPN) and the sympatho-adrenal system (SAS) (1). Dysregulation of this system evoked by strain, viewed as recurring or chronic stress factors, contributes to the development of depressive disorders.

References

1. Lucassen PJ, Pruessner J, Sousa N, Almeida O, Van Dam AM, Rajkowska G, Swaab D, Czéh B: Neuropathology of stress. *Acta Neuropathologica Pathology and Mechanisms of Neurological Disease*, 2014.
2. Yu S, Holsboer F, Almeida OFX. Neuronal actions of glucocorticoids: focus on depression. *J Steroid Biochem & Mol Biol* 2008, 108, 300–309.
3. Reagan LP, Grillo CA, Piroli GG. The As and DS of stress: metabolic, morphological and behavioral consequences. *Eur J Pharmacol* 2008, 585, 64–75.
4. Checkley S.: Neuroendocrine mechanisms and the precipitation of depression by life events. *Br. J. Psychiatry*, 1992, 160, 7–17.
5. Landowski J.: Zaburzenia depresyjne a mechanizm stresu. *Psychiatria w praktyce Ogólnolekarskiej* 2002, 2 (1), 9–13.
6. Dudek D: Stres i depresja-próba integracji podejścia biologicznego i psychospołecznego. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2, 1–7, 2002.
7. Bifulco A.T., Brown G.W., Harris T.O.: Childhood loss of parent, loss of adequate parental care and adult depression A replication. *Journal of affective Disorders* 1987, 12, 115–128.

МОТИВАЦИОННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ВЫБОРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

В.А. Киреенко

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

Проблема выбора профессии и вуза является одной из самых важных для каждого человека. Данный выбор — одно из самых ответственных и сложных решений, принимаемых в жизни. Многие социологические исследования констатируют, что приблизительно 30–40% молодежи в нашей стране, в силу оп-

ределенных причин, делают этот выбор несознательно, избирая профессию, которая не соответствует их интересам, потребностям, склонностям, внутренним убеждениям. Основными причинами такой ошибки являются отсутствие полного представления о профессии, недостаточная довузовская профориентация, отсутствие осознанной мотивации. Последняя причина может иметь трагические последствия, такие как неверный выбор вуза, неэффективность и низкая продуктивность последующего процесса обучения и профессионального становления.

Под мотивационными детерминантами мы понимаем совокупность побуждений, вызывающих определяющую активность индивида, т.е. система факторов, детерминирующих поведение индивида. Принимая во внимание всю значимость мотивации, необходимо, чтобы в момент выбора будущей профессии у человека была не поверхностная, а максимально осознанная, осмысленная мотивация.

При определении мотивационных детерминантов необходимо учитывать все возможные факторы, влияющие на мотивационную сферу человека. Основываясь на данных, полученных в ходе воспитательных бесед со студентами младших курсов медицинского вуза, можно выделить следующие факторы, которые повлияли на их выбор будущей профессии: семья, интерес к определенным школьным предметам, в частности к химии и биологии. Также называли интерес к данному виду труда, советы родных, знакомых, друзей-медиков, желание продолжать семейные традиции, средства массовой информации, художественные произведения, фильмы о врачах.

Однако часто предъявляемые молодежью мотивы этого выбора недостаточно обоснованы либо поверхностны. Наличие влияния вышеперечисленных факторов не гарантирует студентам, выбравшим медицину, успешность усвоения учебной программы, качественную работу по специальности, высокий профессионализм. Хотя те, чья мотивация была обусловлена заинтересованностью профессией, высокой степенью интереса к учебе, будут успешнее тех, кто поступил по совету родственников. Развитие интересов и склонностей, самостоятельная работа по углубленному ознакомлению с сущностью медицинской

профессии имеют важное значение для осознанной мотивации.

Таким образом, качество профессиональной подготовки медицинского специалиста в большой степени определяется уровнем активности самой личности, его интеллектом, компетенцией, профессиональной ориентацией, мотивацией будущей профессиональной деятельности. Мотивация выбора профессии, её динамика и устойчивость направляет и регулирует стратегии поведения, определяет степень личностного участия, уровень субъективной заинтересованности личности, являясь необходимым фундаментом профессионального обучения.

Литература

1. Айсмонтас, Б.Б. Общая психология: Схемы/ Б.Б. Айсмонтас. — М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004.— С. 288.
2. Розум, С.И. Психология социализации и социальной адаптации человека / С.И. Розум. — С-Пб.: Речь, 2007. — С. 365.

II. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

РЕЛИГИОЗНЫЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

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

Вопросы трансплантологии как социокультурной проблемы обсуждает медицинское сообщество, осмысливают философы, представители Церкви. Высокотехнологичная трансплантация органов и тканей, безусловно, имеет определенные ограничения, как медицинского, так и этико-социального, религиозного характера. Среди них проблемы процедуры забора органов от живых доноров, этические проблемы пересадки органов от трупа, распределение органов и/или тканей между реципиентами, коммерциализация трансплантологии, научное установление критериев биологической смерти и ряд других.

Наиболее распространено в настоящее время изъятие органов и/или тканей у мертвого человека. Среди проблем этого вида донорства наряду с констатацией смерти человека, отмечают добровольное волеизъявление о пожертвовании собственных органов после смерти для трансплантации, допустимость использования тела человека в качестве источника органов и тканей для трансплантации с позиций религии. Девиз современной трансплантологии: «Уходя из этой жизни, не забирай с собой органы. Они нужны нам здесь». Но при жизни люди не часто оставляют распоряжения об использовании своих органов для трансплантации после своей смерти. И связано это в том числе и с субъективными причинами социально-этического, религиозного, морально-психологического характера.

Часть западных христианских богословов выступают сторон-

никами трансплантации и позитивно оценивают факт изъятия и переноса органа умершего в тело живого человека. Римско-католическая церковь считает, что донорство в трансплантологии — это акт милосердия и нравственный долг. Католическая Хартия работников здравоохранения оценивает трансплантологию как «служение жизни», в котором происходит «приношение части себя, своей крови и плоти, дабы продолжали жизнь и другие» [1, с.11]. Представители католической конфессии допускают пересадку органов и переливание крови в том случае, если нет альтернативных средств лечения для сохранения жизни пациента. При этом донорство допускается только на добровольной основе.

Литература

1. Передовые технологии и биоэтика: сб. тезисов VIII конференции Международного общества клинической биоэтики. — Москва, 7–8 сентября 2011г.; Advanced Technologies and Bioethics: Collection of Abstracts / International Society for Clinical Bioethics (ISCB). VIII Conference. Russia, Moscow, September 7–8, 2011. М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2011. — С. 44

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ И ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ

Н.М. Медвецкая, канд. мед.наук. доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. В мировую медицинскую практику трансплантация внедрилась в 50-е годы прошлого века. В нашей стране начало трансплантологии заложила пересадка почки, выполненная академиком Николаем Савченко в 1970 году на базе 4-й ГКБ города Минска.

Поскольку при многих смертельных заболеваниях трансплантация остается единственным средством спасения человеческой жизни, в Республике Беларусь создан научный центр трансплантации органов и тканей. Начала развиваться трансплантация почки и достигла 40-50 операций в год. Следующим этапом стало развитие трансплантации костного мозга. В 1993

году на базе 9-ой клинической больницы г. Минска открылось отделение по трансплантации костного мозга, где успешно выполнялись эти высокотехнологичные операции. В 2007 году на базе 9-ой клинической больницы г. Минска была создана бригада квалифицированных врачей, организовано их обучение за рубежом для осуществления самой сложной операций — пересадки печени.

Для ряда пациентов с терминальными заболеваниями печени, почки, с сахарным диабетом трансплантация является единственным шансом для дальнейшей жизни в нормальных условиях. Сейчас идет подготовка к трансплантации кишки, а также к пересадке комплекса органов. На сегодняшний день на счету белорусских трансплантологов уже свыше полусотни пересадок печени, более 25 пересадок сердца, успешно проведенная операция по трансплантации поджелудочной железы и более тысячи пересадок почки.

Второй год Беларусь занимает первое место среди стран СНГ по количеству органных трансплантаций. Трансплантационная активность в стране за прошлый год составила 25,5 операций на один миллион населения. Это более чем в два с половиной раза выше, чем, к примеру, в России, и в целых 12 — чем в Украине.

Таким образом, Беларусь держит хороший европейский уровень.

Литература

1. <http://news.tut.by/health/291128.html>.

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

А.М. Мясоедов, Н.Г. Харкевич

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

Современная трансплантология (теория и практика пересадки органов и тканей) позволяет оказать действенную помощь многим больным, которые прежде были бы обречены на неиз-

бежную смерть или тяжелую инвалидность. Трансплантология ставит медиков перед сложнейшей в моральном отношении ситуацией. С одной стороны, они должны делать все возможное для спасения жизни пациента, с другой — чем раньше начнутся манипуляции по забору из его тела органов и тканей, тем большая вероятность того, что их пересадка будет успешной. Как бы то ни было, для разрешения коллизии между необходимостью бороться за жизнь умирающего и необходимостью скорее получить органы для пересадки приняты специальные меры. Согласно Закону Республики Беларусь «**О трансплантации органов и тканей человека**» (ст. 10) изъятие у трупа органов и тканей для трансплантации возможно только в случае необратимых потерь функции головного мозга (смерти мозга), зафиксированных консилиумом врачей.

Успех трансплантологии, по нашему мнению, возможен только в условиях подготовленного общественного мнения, признающего безусловность гуманистических ценностей относительно всех вопросов практики трансплантации органов. Основными гуманистическими ценностями в трансплантологии должны стать принципы *добровольности, альтруизма, независимости.*

Одна из серьезных мировых проблем в трансплантологии — нехватка доноров. В связи с этим большое значение необходимо уделять *созданию положительного имиджа донорства среди населения.* Основные проблемы, возникающие при пересадке от живого донора, связаны с тем, в какой мере и каким образом может быть гарантировано подлинно *добровольное согласие донора.*

Особое место в трансплантологии занимает понятие «*анатомические дары*». Подчеркивая дарственность, т.е. безвозмездность анатомических даров, мы выступаем за отсутствие какой-либо оплаты донорам, что должно исключить экономические преступления в данной сфере (к сожалению, еще можно встретить информацию в СМИ о так называемых «черных» рынках).

Необходимо отметить, что католическая и православная церковь положительно относятся к пересадке человеческих органов, поскольку главной целью в данном случае является желание помочь больному человеку. Можно согласиться с

представителями духовенства о недопустимости фетальной терапии, в основе которой лежат изъятие и использование тканей и органов человеческих зародышей, абортированных на разных стадиях развития, для попыток лечения различных заболеваний и “омоложения” организма.

Особые дискуссии сегодня вызывают две юридические модели забора органов от трупных доноров: «презумпция согласия» (неиспрошенное согласие) и «испрошенное (информированное) согласие». В Республике Беларусь сегодня принята модель «презумпция согласия», предполагающая, что забор и использование органов из трупа осуществляется, в случае, если *умерший при жизни не высказывал возражений против этого, или, если возражения не высказывают его родственники*. Отсутствие выраженного отказа трактуется как согласие, т.е. практически каждый человек автоматически превращается в донора после смерти.

Таким образом, при многих смертельных заболеваниях пересадка остается единственным средством спасения человеческой жизни. Донорство органов должно соответствовать трем принципам: *добровольности, бескорыстия, осознанности*.

О ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И АНАТОМИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Н.Г. Харкевич, Г.Г. Бурак, О.М. Васильев, А.И. Мясоедов
УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Мы, врачи — хирурги, не возражаем против безвозмездного донорства, безвозмездной трансплантации органов и тканей. Но это необходимо осуществлять в рамках существующего законодательства. Сама идея отдать свой орган (парный, почка, яичко, яичник), чтобы ближнему моему была сохранена жизнь, является благородной целью, близкой по своему духу к Православному Писанию.

Больным, которые обречены на неизбежную смерть или

тяжелую инвалидность человек принял осознанное решение отдать свой парный орган (почку), то такое решение надо приветствовать. В этом случае Православная Церковь будет молиться за здоровье донора и реципиента.

В нашем ВУЗе работал наш учитель немецкого языка Генрих Карлович Мертенс. Он отдал свою почку родному сыну, будучи в преклонном возрасте. Дожил Генрих Карлович до 93-летнего возраста в полном здравии.

Донорство — это идея жертвенной любви и милосердия к близкому родственнику, пострадавшему, христианину. По Святому писанию тело человека является храмом Святого Духа (1 Кор 6:19). Тело каждого христианина имеет перспективу на воскресение. Поэтому к умершим и их органам необходимо относиться бережно, как к живым. Если взять какой-либо орган или часть тела от умершего без согласия его или родственников, то это воспринимается как надругательство. Другой важный аспект: если донор вел распутный образ жизни, грешил, и, несмотря на его грехопадение, врачи трансплантировали его орган православному верующему христианину, то на наш православный взгляд, врачи совершили осквернение реципиента. Продажа органов и анатомических материалов является аморальной. Необходимо почтительное отношение к телу покойного.

Теперь человек рассматривается как механизм, в котором можно заменить любую вышедшую из строя деталь. Пересажено десятки тысяч почек, сотни сердец, и других органов. В клиниках по трансплантации органов и тканей пациенты ждут очереди для получения ожидаемого органа, так как создан дефицит донорских органов. Еще до сих пор существует трансплантационная эйфория. Ученые готовятся пересадить человеческую голову. Первая трансплантация пройдет уже через пару лет, утверждает итальянский нейрохирург Серджио Канаверо. Он уверен, что операции по пересадке человеческих голов скоро станут самым обычным делом. Однако, исходя из религиозной нравственности, все разумное имеет свои пределы, беспредельны только глупость и безумие.

Усиливается этико-правовая напряженность вокруг трансплантации. В Библии святое благовествование от Иоанна напи-

сано «Нет больше той любви, как если кто положит свою душу за друзей своих (Ин 15:13).

Теперь уже практически не существует споров по поводу переливания крови больному, созданы пункты заготовки донорской крови. Донорская кровь спасла много жизней больных. Почему же находятся противники пересадки человеческих органов от доноров и трупов, которые дали свое согласие на это?

У трансплантологии имеются огромные возможности. Разрешенные православно-этические проблемы трансплантации органов могут принести нуждающимся больным счастье здорового существования и продления жизни, а донорам — служить символом любви, взаимной заботы и спасения жизни родным и близким людям.

К ВОПРОСУ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ, ЕЁ КОМПОНЕНТОВ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ КРОВОПОТЕРЬ

В.Ю. Земко, студентка Витебского медуниверситета,
УЗ «Витебская областная клиническая больница»,
Ю.Ю. Земко, врач Минского городского клинического
онкологического диспансера

В стационарных медицинских организациях ежегодно возрастает число пациентов пожилого возраста с наличием у них полипатий с хроническими анемиями, что требует восполнения кровопотерь и её компонентов. В УЗ «Витебская областная клиническая больница», Минском городском клиническом онкодиспансере имеет место тенденция к увеличению количества гемотрансфузий, компонентов крови (свежезамороженной плазмы, альбумина, криопреципитата и др.). Рост гемотрансфузий обусловлен увеличением количества пациентов, которые нуждаются в выполнении эффективных высокотехнологичных реконструктивных оперативных вмешательств, что способствует продолжительности и качеству жизни.

Наряду с этим в больнице, диспансере активно проводятся

аутогемореинфузии на аппаратах CELL SAVER CATS «Fresenius». Однако дорогие реактивы к аппаратам несколько сдерживают данное направление деятельности. Необходимо налаживать производство аппаратов для аутогемореинфузии в Республике Беларусь в связи с ежегодно увеличивающейся потребностью в высокотехнологичных реконструктивных вмешательствах и сохраняющимся риском заражения пациентов инфекционными заболеваниями при гемотрансфузиях. Требуется решения вопроса о заготовке и хранении донорской крови от близких родственников и самих пациентов, которым планируется выполнение плановых вмешательств, у которых высока вероятность большой кровопотери.

Есть вопросы отказа от показанной гемотрансфузии у пациентов по религиозным соображениям, что также требует решения, один из которых использование кровезаменителей, факторов свертывания крови, препаратов эритропоэтинового ряда, и разработка таких средств в Республике Беларусь.

Необходимо совершенствовать законодательную базу в Республике Беларусь по этому направлению медицины, улучшать взаимодействие с религиозными, общественными и другими организациями.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ, КАК ВИД ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Доктор медицины, профессор *Эдуард Матевосян*,
Мюнхенский технический университет, ТУМ, Бавария (Германия)

Трансплантология, как вид оказания высокотехнологичной медицинской помощи, относится к одной из самых динамично развивающихся областей клинической медицины и является одним из наиболее востребованных видов медицинской помощи, позволяющий сохранить жизнь и существенно повысить её качество у пациентов с терминальной органной недостаточностью.

Технология лечения трансплантацией сложилась не сразу и необходимость того или иного её компонента будет понятной,

если рассмотреть динамику развития трансплантологии. Для развития клинической трансплантологии, несомненно, важными являются прежде всего наличие регламентирующей юридической базы (правовое регулирование), и решение организационных задач, обеспечиваемых специальной медицинской службой. С клинической точки зрения решающими элементами стали приоритетные достижения трансплантационной иммунологии, в первую очередь внедрение программы комплексной селекции пар *"Donor/Recipient"*, развитие молекулярно-генетического метода типирования антигенов (*HLA-matching*), позволившие значительно повысить степень биологической совместимости органов (*graft matching*), а также алгоритма подбора гиперсенсibilизированным реципиентам гистосовместимого донора на основе мониторинга уровня предшествующих антител (*Anti-HLA antibody*).

Приведенные выше сведения дают общее представление об инфраструктуре трансплантологии в странах Евросоюза (*Eurotransplant*), в частности в Федеративной Республике Германии (ФРГ) и не являются исчерпывающими. В реферате имплементированы этапы развития клинической трансплантации органов и перспективы её развития, а также особенности правового регулирования и решение социально-организационных проблем.

ТЯЖЕЛЫЕ ТРАВМЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ НА СОРЕВНОВАНИЯХ, ПО ДАННЫМ ВИТЕБСКОГО ОБЛАСТНОГО ДИСПАНСЕРА СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

М.Н. Нурбаева, канд.мед.наук, доцент

УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»,

И.Н. Деркач, главный врач

УЗ «Витебский областной диспансер спортивной медицины»,

г. Витебск (Беларусь)

Тяжелые травмы, полученные на соревнованиях за последние 5 лет, анализировались по данным Витебского областного диспансера спортивной медицины представленным в таблице.

Таблица. Анализ тяжелых травм

Вид спорта	Возраст	Диагноз
2010 год		
Футбол	26 л	Перелом костей в левом голеностопном суставе со смещением
Велоспорт	14 л	Перелом правой ключицы
Армрестлинг	19 л	Закрытый оскольчатый перелом левой плечевой кости в н/3 со смещением под углом
2011 год		
Греко-римская борьба	13 л	Перелом со смещением 2-х костей предплечья. Ушиб ребер справа
Греко-римская борьба	13 л	Перелом левой ключицы со смещением
Греко-римская борьба	13 л	Перелом лучевой кости левой руки со смещением
Плавание	13 л	Перелом лучевой кости левой руки
2012 год		
Греко-римская борьба	14 л	Перелом костей запястья правой кисти
Прыжки на акробатической дорожке	19 л	Вывих правого плечевого сустава
Прыжки на акробатической дорожке	17 л	Закрытый перелом костей левого предплечья в типичном месте со смещением
Футбол	13 л	Перелом правой большеберцовой кости
Футбол	13 л	Перелом левой ключицы со смещением
Вольная борьба	13 л	Оскольчатый перелом обеих костей левого предплечья

2013 год		
Вольная борьба	15 л	Перелом правой лучевой кости
Армрестлинг	18 л	Закрытый перелом левой плечевой кости
Спортивная акробатика	17 л	Закрытый перелом IV пальца правой кисти
Велоспорт	17 л	Перелом ключицы
2014 год		
Прыжки на батуте	12 л	Перелом шейки правой лучевой кости с углом стояния отломков
Дзю-до	11 л	Перелом костей в левом локтевом суставе

Анализируя приведенные в таблице данные, выяснилось, что за последние 5 лет было 19 тяжелых травм. Из них 18 случаев (94,7%) переломы и 1 (5,3%) вывих плечевого сустава. Из переломов 12 приходится на верхнюю конечность (по 1 случаю — перелом костей IV пальца правой кисти, костей запястья, костей в левом локтевом суставе; 4 — лучевой кости; 3 — костей предплечья; 2 — лучевой кости) и 4 случая перелома ключицы. Только в двух случаях были переломы нижней конечности (1 — голеностопного сустава; 1 — большеберцовой кости).

Наибольшее количество травм (4) связано с греко-римской борьбой, 3 с футболом и по 2 с прыжками на акробатической дорожке, вольной борьбой, армрестлингом, велоспортом. По 1 с плаванием, спортивной акробатикой, прыжками на батуте, дзюдо.

15 (79%) от общего количества травм составили спортсмены до 18 лет, считающиеся детьми. Это связано с тем, что на соревнованиях спортсмен сконцентрирован, он старается приложить максимум усилий, здесь важен результат любыми путями, такой подход может привести к травматизму, а у детей повышенная нагрузка на соревнованиях еще и наслаивается на период ин-

тенсивного роста и риск возникновения травм из-за перегрузок на соревнованиях существенно возрастает.

Выводы:

Тяжелые травмы, полученные на соревнованиях, носят единственный характер.

Мы не обнаружили связи между видом спорта и характером травм.

Наиболее часто тяжелые травмы на соревнованиях наблюдались в возрасте до 18 лет.

Травмы на соревнованиях не приводят к опасным для жизни повреждениям. После проведенного лечения и реабилитации спортсмены могут вернуться к занятиям спортом.

III. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ КАК РАЗРУШИТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

И.И. Ефременко, канд. биол.наук.,
доцент кафедры анатомии и физиологии,
В.А. Клюев, преподаватель кафедры анатомии и физиологии
ВГУ имени П.М. Машерова
г. Витебск (Беларусь)

Серьезной проблемой современности являются вредные привычки, которые наносят ущерб здоровью. Значимым звеном здорового образа жизни является искоренение вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики). Эти разрушители здоровья являются причиной многих заболеваний, резко сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье.

Курение неоднократно характеризовалось как «один из факторов, представляющих наибольшую опасность для здоровья в настоящее время», а также как одна из основных причин случаев смерти, которые можно было бы предотвратить. Данные, полученные исследователями, свидетельствуют о том, что чем раньше человек начинает курить, тем больше вероятность развития у него таких опасных для жизни заболеваний, как хронический бронхит, эмфизема легких, сердечно-сосудистые заболевания и рак легкого.

В качестве цели исследования мы определили: выявить причины вредных привычек у студентов ВГУ имени П.М. Машерова. Исследование осуществлялось на трех факультетах (факультет социальной педагогики и психологии; педагогический, факультет физической культуры и спорта) и охватывало студентов I-III заочной формы обучения.

Материал и методы: социологический опрос, статистическая обработка материала.

Результаты и их обсуждение. Исследование проходило в форме анкетирования. Работа включала следующие этапы: отбор диагностических средств и испытуемых; подготовка стимульного материала; мотивация испытуемых; обработка и оформление результатов.

Анкета включала 30 вопросов. Контролируемыми параметрами являлись пол, возраст, наличие хронических заболеваний, отношение к курению, алкоголю, наркотикам и др. Анализ ответов респондентов показал (таблица 1): не курят – 52,5+5,0% юношей и 81,7+2,1% девушек. Курят 1-5 лет – 20,2+4,0% юношей и 6,3+1,3% девушек, нерегулярно курят 7,1+2,6% и 9,0+1,6% соответственно.

Из числа курящих юношей выкуривают менее полпачки 30,4+6,8%, девушек – 80,3+5,1%, одну пачку – 34,8+7,0% и 1,6+1,6% соответственно. Основная масса юношей начала курить после 15 лет – 73,9+6,5%, девушек – 58,7+6,2%. Одинаковое количество юношей начало курить в возрасте до 15 лет и после 20 лет – 13,0+5,0%. 12,7+4,2% девушек начали курить в возрасте до 15 лет, 28,6+6,0% - после 20 лет. Стаж курения у некоторых достиг уже более пяти лет.

Таблица 1. Курение среди респондентов

	Всего			
	Юноши		Девушки	
	абс.	p+m (%)	абс.	p+m (%)
Не курю	52	52,5+5,0	273	81,7+2,1
Курю менее 1 года	2	2,0+1,4	2	0,6+0,4
Курю 1 – 5 лет	20	20,2+4,0	21	6,3+1,3
Курю 6 – 10 лет	16	16,2+3,7	6	1,8+0,7
Курю более 10 лет	2	2,0+1,4	2	0,6+0,4
Курю нерегулярно	7	7,1+2,6	30	9,0+1,6
Всего	99	100	334	100

Не менее опасна алкоголизация молодежи, нарастающая весьма высокими темпами. Причин для этого явления вполне

достаточно: это неумение занять себя в свободное время, отсутствие клубов по интересам, частые праздники, поиск путей самоутверждения в обществе и подражание взрослым.

Эпизодически употребляют спиртные напитки 42,3+4,7% юношей, 41,7+2,7% девушек. Один раз в месяц – 19,8+3,8% и 10,9+1,7% соответственно, не употребляют 20,7+3,8% и 38,6+2,7% соответственно. Впервые попробовали спиртные напитки в возрасте после 15 лет 74,4+4,8% юношей и 69,2+2,9% девушек, до 10 лет – 3,7+2,1% и 2+0,9% соответственно.

Проблему преодоления алкоголизации общества в целом и молодежи в частности, необходимо ставить на одно из первых мест в масштабе государства.

Из числа опрошенных не употребляют наркотические средства 98,0+1,4% юношей и 98,2+0,7% девушек. Изредка – 2,0+1,4% и 1,2+0,6% соответственно. В числе регулярно принимающих наркотики юношей не оказалось, девушек – 0,6+0,4%.

Основной причиной вредных привычек студенты считают стрессы, вызванные перегруженностью учебных программ (таблица 2).

Таблица 2. Причины вредных привычек

	Всего			
	Юноши		Девушки	
	абс.	р+п (%)	абс.	р+п (%)
Стрессы, вызванные перегруженностью учебных программ	52	52,0+5,0	134	49,4+3,0
Неустроенность быта и досуга	11	11,0+3,1	27	10,0+1,8
Отсутствие нормальных механизмов релаксации	22	22,0+4,1	47	17,3+2,3
Интерес	11	11,0+3,1	47	17,3+2,3
Семейные традиции	4	4,0+2,0	16	5,9+1,4
Всего	100	100	271	100

Заключение. Таким образом, анализ ответов респондентов показал: не курят – 52,5+5,0% юношей и 81,7+2,1% девушек. Курят 1-5 лет – 20,2+4,0% юношей и 6,3+1,3% девушек, нерегулярно курят 7,1+2,6% и 9,0+1,6% соответственно. Юноши курят более часто, что является статистически достоверным. Эпизодически употребляют спиртные напитки 42,3+4,7% юношей, 41,7+2,7% девушек. Один раз в месяц – 19,8+3,8% и 10,9+1,7% соответственно, не употребляют 20,7+3,8% и 38,6+2,7% соответственно. Юноши более часто употребляют алкоголь, что статистически достоверно. Основной причиной вредных привычек студенты считают стрессы, вызванные перегруженностью учебных программ.

Литература

1. Анисимов, Л.Н. Профилактика пьянства, алкоголизма и наркомании / Л.Н.Анисимов // Юридическая литература. – М., 1998. – С. 176.
2. Максимова, Т.М. Состояние здоровья и ценностные ориентации современной молодёжи / Т.М. Максимова // Здравоохранение РБ – 2002. – №2. – С. 40 – 43.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЙСОВОЙ И НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У УЧАЩИХСЯ

А.Н. Дударев, И.Н. Дударева, Е.И. Дударева
ВГУ имени П.М. Машерова, г. Витебск (Беларусь)
Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет

Спайс — одна из разновидностей синтетических курительных смесей, которую распространяют в виде травы с нанесенными химическими веществами. Изначально поставщиками было заявлено, что это обычная смесь из натуральных трав, некоторые из которых действительно вызывали психоактивное действие на мозг человека. Несмотря на то, что первые сведения о продаже «курительных смесей» появились в компьютерной сети «Интернет» в 2004 году, только в декабре 2008 года одновременно и независимо одна от другой, немецкая фармацевтическая

компания «THC Pharma» и австрийская «AGES PharmMed» сообщили об обнаружении веществ синтетического происхождения (каннабиноид JWH-018 и другие), которые по своим свойствам и влиянию на мозг человека напоминали действие марихуаны. В настоящее время известно более 500 синтетических аналогов алкалоида марихуаны, имеющих различное психотропное действие и разный индекс зависимости [1].

Употребление спайса приводит к мгновенному развитию зависимости. При одно- или двукратном употреблении развивается психологическая зависимость, а через 2-3 месяца — физическая. В частности [2], известно, что при их приеме повышается частота сердечных сокращений и артериальное давление, что значительно повышает риск развития инфарктов и инсультов, была выявлена связь между острым заболеванием почек и приемом синтетических каннабиноидов. Самое страшное — это разрыв с реальностью. Человек видит галлюцинации, не понимает, где он и что делает. Потому, что спайс оказывает психоделическое воздействие, может вызывать психозы, похожие на проявления шизофрении. В странах СНГ уже было зафиксировано более 50 случаев, когда молодые люди, сбрасывались с крыш и выпрыгивали из окон своих домов, в результате чего умирали.

В нашей стране количество потребителей спайса все время растет, курительные смеси раньше составляли 8% на рынке всех наркотических веществ, сейчас же — почти 69%. В 2013-2014 году практически каждую неделю в Беларуси появлялся новый наркотик. По разным оценкам, в Беларуси насчитывается более 50 тысяч потребителей этого зелья. По данным министерства здравоохранения в 2014 году с передозировкой спайсами был госпитализирован 1071 человек, 26 из них так и не удалось спасти. В 2013 году таких обращений было 700, причем зафиксировано 6 летальных исходов. В США, Германии, Швеции запрещают не варианты наркотиков их сотни, а основное вещество, которых около 20. Таким образом, у дилеров нет возможности торговать наркотиками безнаказанно.

В Беларуси приняли чрезвычайные меры по противодействию распространения спайса. Ужесточается уголовная от-

ветственность за преступления в сфере незаконного оборота наркотиков, а также усиливаются меры административной ответственности за правонарушения, связанные с потреблением наркотиков. Это предусмотрено Декретом «О неотложных мерах по противодействию незаконному обороту наркотиков», который Президент Беларуси Александр Лукашенко подписал 28 декабря 2014 года.

В нем закрепляются положения, позволяющие оперативно запрещать оборот на территории Беларуси новых психоактивных веществ (курительных смесей, «спайсов») и привлекать к ответственности их распространителей. Предусматривается уточнение понятия аналогов наркотиков, позволяющее относить к ним более широкий спектр химических веществ. Максимально упрощается процедура отнесения новых психоактивных веществ к наркотикам и введения тем самым запрета на их незаконный оборот в Беларуси. В связи с угрозой широкого распространения наркотиков с использованием сети Интернет закрепляется механизм оперативного ограничения доступа пользователей интернет-услуг к Интернет-ресурсам, содержащим материалы, направленные на незаконный оборот наркотиков. С 1 марта 2015 года создается Единая система учета лиц, потребляющих наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги.

Вводится уголовная ответственность за действия, связанные со сбытом наркотиков, повлекшие по неосторожности смерть человека в результате потребления им наркотиков (влечет лишение свободы на срок от 12 до 25 лет); незаконное перемещение наркотиков через государственную границу Беларуси при отсутствии признаков контрабанды (влечет лишение свободы на срок до 12 лет); повторное в течение года после наложения административного взыскания за такое же нарушение потребление в общественном месте наркотиков, либо появление в общественном месте в состоянии наркотического опьянения, либо нахождение на рабочем месте в рабочее время в состоянии наркотического опьянения (влечет максимальное наказание в виде ограничения свободы сроком на 2 года). Снижается возраст наступления уголовной ответственности за действия, связанные со сбытом наркотиков, с 16 до 14 лет.

Цель исследования — изучение представлений учащихся о никотиновой и спайсовой зависимости.

Материал и методы. Был проведен естественно-педагогический эксперимент, позволяющий своевременно определить проблемные зоны в организации деятельности по формированию навыков здорового образа жизни в 12 средних школах Витебской области. Исследование проходило в форме анкетирования, в котором принимало участие двести пятьдесят учащихся старшего школьного возраста (14-17 лет). Работа включала следующие этапы: отбор диагностических средств и испытуемых; подготовка стимульного материала; мотивация испытуемых; обработка и оформление результатов.

Анкета включала 42 вопроса. Контролируемыми параметрами являлись пол, возраст, систематичность занятия физкультурой, наличие хронических заболеваний, отношение к курению, алкоголю и др. Проанализируем ответы учащихся о спайсовой и никотиновой зависимости.

Результаты и их обсуждение. Среди респондентов во всех возрастных и социальных группах преобладали лица женского пола, что соответствует общей демографической ситуации в Витебской области и целом Республике Беларусь.

Вопросы, направленные на выявление количества курящих, а также предпосылок к данной привычке, показали, что процент курящих старшеклассников в данных учреждениях образования держится на уровне 27—32%. Причем более 10 сигарет в день выкуривает, только 6% юношей и 2% опрошенных девушек. Курительные смеси употребляли около 10% опрошенных.

Обратимся теперь к вопросу о возрасте начала курения. Юноши начинают курить раньше: 4,7% — с 10 лет; 9,5% — с 11—13 лет; 9,5% — с 14—16 и 18,8% — после 16. Для девушек показатели следующие: 0% — с 10 лет, 2% — с 11—13 лет, 10,3% — с 14—16 и большинство — 13,7% — после 16. На вопрос о своем отношении к пассивному курению респонденты ответили следующим образом: вредно 68%, не вредно 18% и 14% затрудняются ответить на данный вопрос.

Причинами курения и спайсов могут служить различные факторы. Опрошенным на выбор предлагались 6 различных

причин: от нечего делать; чтобы казаться более взрослым и независимым; снять стресс; потому что все так делают; испытываю физиологическую и психологическую зависимость от табака; не знаю.

Основной причиной курения смесей большинство респондентов считают «снять стресс» — 39,5%, причем как юношей, так и девушек. На втором месте варианты «испытываю физиологическую и психологическую зависимость» 27,7%, «не знаю»: 10,25% и 22,55% от нечего делать соответственно.

Для отказа от курения разработано множество вспомогательных средств, как медикаментозных, так и психологических. Однако наиболее важной составляющей в деле отказа от курения, как и от любых других вредных привычек, является желание самого человека. Среди опрошенных 16% собираются бросить курить, 10% сделают попытку и только 6% не собираются отказываться от данного пагубного пристрастия.

В ноябре 2014 года телеканал БЕЛМУЗТВ и Президентский спортивный клуб вместе с известными спортсменами нашей страны инициировали акцию «Я против спайса», к которой присоединились все, кто выбирает жизнь без наркотиков. В интернете вы найдете огромное количество флешмоб-роликов. Каждый участник акции делает 10 отжиманий, произносит слоган «Спорт может дать больше, чем наркотики» и передает инициативу трем другим людям. В эстафете здорового образа жизни приняли участие не только спортсмены, но и журналисты, артисты, а также известные персоны и люди совершенно разных профессий, которые готовы объединиться, чтобы остановить распространение этого страшного явления — спайса.

Чтобы оградить детей и родителей от этого наркотика, в последнее время в учреждениях образования сотрудниками кафедры анатомии и физиологии ВГУ имени П.М. Машерова проводятся беседы, на которых рассказывают о вреде и последствиях употребления курительных смесей. Родителям тоже необходимо быть бдительнее и внимательно следить за поведением ребёнка.

Заключение. Таким образом, более эффективным способом борьбы с курительными смесями респонденты считают усиле-

ние наказаний за их распространение, особенно среди несовершеннолетних и запрет не вариантов наркотика, а основного действующего вещества. Чем старше становятся учащиеся, тем больше предпосылок для возникновения вредных привычек. Существует необходимость продолжать профилактическую работу, особенно среди старшеклассников. Анализ вопросов о никотиновой зависимости показал, что из всех респондентов 67% не курят, 2% — изредка, 23% — до 10 сигарет в день, 8% — более 10 сигарет в день.

Литература

1. Изотов Б.Н., Савчук С.А., Григорьев А.М. и др. Синтетические каннабиноиды в растительных смесях «Spice». Идентификация метаболитов JWH-018 как маркеров его употребления в биологических жидкостях крыс и человека // Наркология. — 2011. — №2. — С. 73-84
2. Derungs A., Schwaninger A.E., Mansella G., Bingisser R., Kraemer T., Liechti M.E. Symptoms, toxicities, and analytical results for a patient after smoking herbs containing the novel synthetic cannabinoid MAM-2201 // Forensic Toxicology — 2013. — Vol. 31, № 1– P. 164–171

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ У МОЛОДЕЖИ

Н.М. Медвецкая, канд. мед. наук. доцент
УО «Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Выявлению и профилактике применения различных наркотических средств уделяется значительное и грамотное отношение, в то время как широкое распространение и доступность других психотропных препаратов и в нашей республике остается без должного внимания.

Как известно, сведения о несовершеннолетних, употребляющих спиртные напитки, наркотические средства, психотропные либо иные одурманивающие вещества (психоактивные вещества), собираются работниками учреждений образования по месту учебы, организациями здравоохранения при проведении обследования и лечения несовершеннолетних комиссиями по делам несовершеннолетних.

С целью выявления наличия представлений о применения различных наркотических средств молодежью ранее было проведено анонимное анкетирование школьников районного центра Витебской области. В задачи исследований входили вопросы осознания молодежи нанесения вреда их здоровью и жизни применение данных средств.

Анонимное исследование и опросы школьников и учителей выявили наличие сведений о случайных находках на территории школы порошка «насвай» (*вид некурительного табачного изделия*), что объяснимо нечетким представлением школьников о самом средстве и его воздействии на организм. Тем не менее, по мнению специалистов-наркологов, «насвай» является психоактивным препаратом: во-первых, способен вызывать никотиновую зависимость; во-вторых, различные осложнения в виде воспалительных, язвенных и раковых заболеваний ротовой полости и желудочно-кишечного тракта; в-третьих, общие психические нарушения, свойственные всем видам зависимости от химических веществ, а именно от стимулирующих наркотиков, подобных амфетамину или эфедрину; в-четвертых, хотя сам по себе «чистый» или «настоящий» «насвай» нельзя назвать наркотиком, его компонентом, в зависимости от потребностей наркорынка, может быть любой из известных наркотиков (конопля, амфетамины, опиаты и др.). Идет планомерная проработка рынка потребления, так сказать, тихий маркетинг, готовящий почву для дальнейшего продвижения более сильнодействующих психоактивных средств.

После проведенных воспитательных мероприятий (проведение построений учащихся и разъяснение вреда и последствий применения препарата) не отмечено (общественные места пользования и территория школы) наличие средства.

В дальнейшем проведено *анонимное анкетирование* студенческой молодежи с целью выявления их отношения к наркомании. Характерно, что возраст студентов был в среднем 20 лет, и они систематически занимались физической культурой и спортом.

Анкета включала 8 вопросов, включающих ответ о наличие знакомых, употребляющих наркотические средства или самим

анкетированным, а также его познания и отношение к этой теме.

Результаты исследований выявили наличие знакомых в 50% случаев; 80% респондентам предлагали «попробовать» наркотики, причем чаще всего в «учебном заведении» и «на дискотеке». Причина употребления «из любопытства» и «за компанию» составила 80%. Представляет интерес, что студенты — выпускники имеют знания о вреде, строении наркотических средств, которые они получили «в школе, по телевизору и в прессе».

Причем, все они считают, что все-таки проводится «недостаточная пропаганда против употребления наркотических средств» среди молодежи. Поскольку данные респонденты являются студентами выпускных курсов и проходят производственную практику в средних учебных заведениях, им предоставляется возможность и необходимость проводить профилактические беседы с молодежью.

ТАБАКОКУРЕНИЕ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ И МОЛОДЕЖИ — АКТУАЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

А.С. Метелица, канд. пед. наук, доцент кафедры управления
и технологий образования, ГУДОВ «ВОИРО»

М.В. Папко, педагог-психолог
г. Витебск (Беларусь)

Табакокурение — важнейшая социальная психолого-педагогическая проблема, которая деформирует нравственное, психологическое и физическое здоровье общества.

Особое внимание привлекает к себе вопрос табачной зависимости среди молодежи, т.к. молодые люди с высшим и средним образованием составляют основной костяк трудоспособного населения страны, который формирует ценностные ориентации и передает их последующим поколениям. Следовательно, максимально эффективной является профилактическая работа именно с данной категорией населения.

Границы группы называемой молодежи размыты и подвижны

ны, но обычно к молодежи относят население в возрасте между 14 и 30 годами.

Поздняя юность (период 18–25 лет) — время интеллектуальной, физической и нравственной зрелости. Ведущей деятельностью являются профессиональное обучение, труд, любовь. Особенности личности в данный период является: становление, развитие интеллектуальных возможностей; сложившиеся ценности, мировоззрение; решительность; творчество; оптимизм; самостоятельность; прямолинейность; неустойчивая самооценка; склонность к самоанализу; активное развитие нравственных и эстетических чувств; отрицательное отношение к мнению старших; неприятие лицемерия, грубости.

Возможно наличие кризиса идентичности личности в данный период.

Этапы кризиса идентичности следующие:

— «размытая идентичность» (нет четких убеждений, не выбрана профессия);

— «досрочная идентификация» (подчиняется чужому мнению, авторитету, выбору родителей);

— «этап моратория» (выбор своего варианта развития из множества возможных);

— «достигнутая идентичность» (цели выбраны, переход к практической самореализации).

В результате неудачного прохождения кризиса может сформироваться неадекватная идентичность, которая характеризуется:

— избеганием тесных межличностных отношений;

— неспособностью строить жизненные планы, страхом взросления;

— неумением мобилизовать свои ресурсы для какой-то главной деятельности;

— отказом от самоопределения, выбором отрицательных образцов для поддержания.

В случае положительного разрешения кризиса формируются:

— принятие ответственных решений, выбор профессии и овладение ею, выбор стиля жизни и своего места в ней;

— выбор спутника жизни, создание семьи, активность в сексуальной сфере;

— профессиональное мышление, самоутверждение в профессиональной и социальной сферах, борьба за «место под солнцем»;

— овладение набором социальных ролей взрослого человека, начало «экономической активности».

Курение — один из признаков социализации молодежи в группе сверстников, свидетельствуют данные о мотивах приобщения к курению. Как подтверждают исследования, проведенные в 2014 году в ГУО «Октябрьская средняя школа Витебского района» 82 % курящих учащихся 5-11 классов ответили, что причиной начала курения был «интерес попробовать». Установлено, что 77 % курящих из числа опрошенных учащихся начали курить в возрасте 13-14 лет.

Пусковым механизмом для начала курения может послужить: угроза социального отвержения в своей группе (социальное давление) и юношеский конформизм как одна из естественных особенностей возраста. Однако этот процесс происходит незаметно для самого молодого человека, и уже на этапе вузовского обучения в качестве причин курения называются «желание снять эмоциональное напряжение», «средство общения», «невозможность обходиться без сигареты», т.е. налицо признаки исподволь сформировавшейся зависимости.

Эффективным для работы с учащимися и молодежью являются тренинги ответственного поведения, практические занятия, направленные на поддержание адекватной самооценки, формирование позитивного Я-образа, участие в волонтерской деятельности по профилактике табакокурения, мероприятия, направленные на поддержание установок здорового образа жизни.

Значимым международным документом, содержащим информацию о важнейших пунктах государственной стратегии эффективной борьбы с табакокурением, является Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. Проект конвенции был принят на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2003 г. Курение таба-

ка было расценено как глобальная угроза для населения всего мира. Основная цель конвенции состоит в защите нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий потребления табака для различных аспектов жизни и здоровья людей. При этом учитываются социальные, экологические и экономические последствия, включая воздействие табачного дыма на окружающих.

2 июня 2004 г. Президентом Республики Беларусь был подписан Указ № 266 «О подписании Республикой Беларусь Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака». 14 июня 2005 г. Президентом Республики Беларусь был утвержден Закон Республики Беларусь «О ратификации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака».

В ответ на предпринимаемые активные меры по противодействию курению на государственном и региональном уровнях распространенность табакокурения в Республике Беларусь несколько снизилась в последние годы.

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КУРЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

И.И. Ефременко, канд. биол.наук.,
доцент кафедры анатомии и физиологии ВГУ имени П.М. Машерова
г. Витебск (Беларусь)

Установлено, что среди подростков 12–17 лет очень многие хотя бы раз пробовали курить и достаточно большое число (по некоторым данным до 42%) являются постоянными курильщиками. О том, что курение достаточно прочно вписалось в жизнь подростков, свидетельствуют и данные, полученные с помощью методики «Ассоциации». Слова «курение» и «курить» вызывают у подростков ассоциации с друзьями, дискотеккой, тусовкой, компанией, подъездом, школьной переменной, рыбалкой и т. д.

Современные подростки достаточно хорошо осведомлены об отрицательном влиянии табака на здоровье. Некоторые из них утверждают, что наблюдают негативные последствия курения на своих знакомых курильщиках. Наиболее значимыми

последствиями отрицательного влияния курения на здоровье считаются следующие:

— ограничение физических возможностей (трудно заниматься спортом, танцами);

— появление зависимости от табака (наиболее сильный негативный момент курения для молодежи заключается в том, что они объясняют свою невозможность отказаться от курения отсутствием воли);

— проявление внешней непривлекательности (желтый цвет кожи, зубов и ногтей). Этот момент очень актуален для подростков, так как они придают большое значение внешнему виду (это связано с развитием процесса социализации подростков и появлением межполового интереса);

— материальные затраты (трата денег).

Однако, несмотря на множество негативных сторон курения, оно, по мнению молодежи, имеет всего три, но очень веских положительных момента:

— снятие напряжения (курение — хороший способ расслабиться, отвлечься от проблем; подобный стереотип складывается вследствие психологических защит: подросткам, совершающим порицаемые обществом действия, необходимо оправдаться как перед собой, так и перед окружающими);

— возможность повысить собственный авторитет (в подростковой и молодежной среде курение воспринимается как признак взрослости; по их мнению, курящим легче найти себе компанию, чем некурящим);

— сплочение группы (подростки считают, что курение сплачивает компанию; легче завязывается разговор; во время курения легче познакомиться с другими ребятами).

В качестве цели исследования мы определили: изучить мотивы начала курения у подростков. Исследование осуществлялось в ГУО «СШ №12» и охватывало учащихся 6–11 классов.

Материал и методы: социологический опрос, статистическая обработка материала.

Результаты и их обсуждение. Исследование проходило в форме анкетирования. Работа включала следующие этапы: отбор диагностических средств и испытуемых; подготовка

стимульного материала; мотивация испытуемых; обработка и оформление результатов.

Анкета включала 25 вопросов. Контролируемыми параметрами являлись пол, возраст, отношение к курению, мотивация и причины курения др.

Вопросы, направленные на выявление мотивов начала курения, а также предпосылок к данной привычке, показали, что основным мотивом начала курения является желание приобрести друзей, стать «своим» в компании сверстников или старших ребят (35% юношей и 22% — девушек) (таблица 1). Сигарета для подростков является своего рода паролем, благодаря которому подросток может попасть на желаемую территорию и быть уверенным, что его примут. Куря, подросток показывает членам референтной группы, что он такой же, как они.

Таблица. **Мотивы начала курения подростков (в %)**

Вид мотива курения	Курящие		некурящие	
	юноши	девушки	юноши	девушки
Слабость воли	9	10	10	5
Личные проблемы	9	14	3	12
Подражание, мода, курение родителей	23	30	22	30
Любознательство	20	15	22	5
Желание приобрести друзей, выделиться и влияние сверстников, их авторитета	35	22	20	22
Доказать свою взрослость и независимость	4	8	23	27

Близким мотивом считается влияние сверстников. Это влияние огромно. Наиболее активным и инициативным подросткам просто необходимо, чтобы за ними последовали товарищи, и

ради этого они идут на все. Справиться с давлением сверстников порой бывает очень трудно, особенно в случае открытого вызова: «Почему бы тебе не попробовать закурить? Боишься, что застукают?» Или, может быть, даже: «Да у тебя не хватит смелости!» Или еще хуже, в форме угрозы: «Кури, или...». Отказ несет в себе риск исключения из общей толпы. Иногда давление сверстников носит скрытый характер, и его трудно распознать сразу: например, восхищение старшим и популярным подростком, который курит.

Кроме того, курение «дает ребятам» шанс достаточно легко доказать себе и окружающим свою взрослость и независимость. Курение — неодобряемое, а иногда и запрещенное занятие, поэтому, нарушив запреты и идя наперекор мнению взрослых, подросток испытывает удовлетворение от собственной смелости, чувствует себя самостоятельным, способным не обращать внимания на мнение взрослых. Довольно сильным фактором начала курения является курение самих родителей. Если один или оба родителя курят, то возрастает вероятность того, что подросток последует их примеру (23% и 30% соответственно).

И немаловажное значение для начала курения имеет естественное любопытство подростков (20% и 15%). Дискуссии по вопросу курения сами по себе уже могут вызвать естественное любопытство подростка. Некоторые ребята пробуют закурить, чтобы просто узнать, с чем связан весь этот шум.

Высказывания взрослых относительно причин курения подростков (методика «Мое письмо курящему подростку») значительно отличаются от суждений подростков. Взрослые отмечают, что подростки начинают курить из-за желания стать взрослыми, под влиянием сверстников, моды. Здесь и личные проблемы, желание выделиться, стремление все попробовать, слабость воли.

Представляет интерес также мотив отказа от курения (прекращения курения или неначинания). В качестве одного из мотивов выступает страх ухудшения или ухудшение здоровья. Данный мотив актуален для учащихся 12-17 лет. В основе данного мотива лежит активная пропаганда против курения. Подростков сильнее «пугают» те проявления негативного влияния

курения на организм, которые можно увидеть. Кроме пропаганды против курения, в формировании данного мотива играют роль и личные впечатления подростков, которые они получают, наблюдая за изменениями собственного самочувствия (курящие подростки) и самочувствия знакомых. Подростки отмечали, что чувствуют сами или замечают у друзей появление головокружения, тошноты, постоянного кашля, ослабление физических возможностей. Другим мотивом отказа от курения являются деньги. Подростки бросают или не начинают курить по причине недостатка денег. Чтобы достать денег на сигареты, им приходится обманывать родителей, экономить или зарабатывать самим. При этом они считают, что заработанные деньги лучше тратить на что-то другое, а не на сигареты. Данный мотив актуален для учащихся 12–17 лет.

Не менее важным мотивом отказа от курения считается страх перед родителями. Этот мотив актуален в основном для подростков 12–14 лет, а также для учащихся 15–17 лет с небольшими задержками социально-психологического развития (немного инфантильных) или воспитывающихся в семьях с очень строгими родителями. Эти учащиеся боятся быть наказанными или не хотят расстраивать родителей.

Еще один важный мотив отказа от курения — желание не быть как все. Данный мотив актуален для учащихся 15–17 лет. Юноши и девушки считают, что не курить сознательно, демонстрируя, таким образом, собственное мнение, могут только сильные люди. Для них подобный поступок является достойным уважением. Старшеклассники считают, что сильный человек может доказать себе и окружающим, что он не хуже других благодаря своим умениям, поступкам, а не курением. Кроме того, в массово курящей молодежной среде отказ от курения становится достаточно сильным поступком, способом выражения собственного «Я». Бросив курить, молодой человек доказывает своим друзьям, что он больше не зависит от мнения окружающих, а поступает, руководствуясь собственным мнением.

Заключение. Таким образом, проблема курения в подростковой среде стоит достаточно остро. Исследования показывают, что современные подростки достаточно хорошо осведомлены

об отрицательном влиянии курения на здоровье (ограничение физических возможностей, появление зависимости, проявление внешней непривлекательности, трата денег). В то же время они устойчиво видят положительные моменты курения: снятие напряжения, повышение авторитета среди сверстников, сплочение группы. Основным мотивом начала курения подростки считают:

- желание приобрести друзей
- влияние сверстников
- чувство взрослости и независимости
- курение родителей
- любопытство

Подростки достаточно убедительно указывают мотивы отказа от курения: ухудшение здоровья, отсутствие денег и нежелание их тратить на курение, страх перед родителями, желание не быть как все. Объяснения причин курения подростков значительно не отличаются по содержанию в высказываниях взрослых и самих подростков. В некоторых случаях подростки лучше разбираются, чем взрослые, в причинах их собственного курения.

Литература

1. Карпов А.М., Шакирзянов Г.З. Самозащита от курения: Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии курения. — Казань, 2001.
2. Хриптович В.А., Валитов М.А. Мотивационные аспекты курения // Л.С. Выготский и современная культурно-историческая психология: Материалы международной научной конференции / Редколлегия Д.Г. Лин, Я.Л. Коломинский и др. — Гомель, 2001. — С.91–93.

ALCOHOLISM

M. Don Claudio Umesh, 6th course
Vitebsk State Medical University
(Sri Lanka)

Alcoholism is a chronic disease. It can be identified when the signs of physical addiction to alcohol is present. And also can be checked, when a person continues drinking alcohol, due to various problems with physical health, mental health, and social health, family, and job responsibilities.

There is no known cause of alcoholism. But some research suggests that particular genes may rise the risk of alcoholism. Mostly, the cause is connected with mental health. Depression, bipolar disorder, anxiety disorders, stressful lifestyle are some causes which are related to mental health. If a man take 15 or more drinks a week, if a woman take 12 or more drinks a week, and if anyone take five or more drinks per day within a week, he/she has a chance of developing alcoholism. One drink is defined as a 12-ounce bottle of beer, a 5-ounce glass of wine, or a 1 1/2-ounce shot of liquor.

• People who have alcoholism usually have these kind of symptoms:

- Want to drink, even though he/she has no any problem.
- Become rude when drinking.
- Become angry when he/she is asked to stop drinking.
- Unable to stop or reduce alcohol intake.
- Always complain about weakness.
- Need to use alcohol where ever he/she goes and whatever he/she does.
- Refuse to eat.
- Do not care about others.
- Try to hide alcohol use.
- Shake in the morning or after periods when they have not a drink.
- No mood to study/work.
- Neglecting responsibilities at home, work, or school.

- Drinking as a way to relax or to reduce stress.

Blood alcohol level test, complete blood count, liver function tests, magnesium blood test, urine test are some of the test that should be done to find the individual's health. Completely stopping alcohol is a difficult solution for many people with alcoholism. But some people may reduce slowly, the amount they drink . But even for that, they need time to do it. This is called «drinking in moderation». If this solution is not successful, then have to think about «Completely stopping alcohol». The main aim of the treatment is to help him/her to realize the harmful effects of alcohol use and their complications.

Alcohol recovery programs help people to stop drinking completely. For example: counseling. Through counseling, health care providers talk about alcoholism and its harmful effects to the life and to others. And also they help people how to control their thoughts and behavior.

Medications are sometimes given to prevent people from drinking again.

- Acamprosate is a drug which reduce relapse rates in those who are alcohol dependent.

- Disulfiram gives very unpleasant side effects if anyone drinks even a small amount of alcohol, after taking this drug.

- Naltrexone decreases alcohol cravings.

These drugs are contra indicated for pregnant women. These drugs are used with long-term treatment with counseling.

Bleeding in the digestive tract, Brain cell damage, Liver Cancer, Liver Cirrhosis, Dementia and memory loss, Depression and suicide, Heart failure, Hypertension, Sleeping problems (insomnia) are some complications of alcoholism.

Alcoholism is very dangerous not only to the family or society, but also it destroys the valuable lives. People should understand the harmful effects of alcoholism. If your addicted to alcohol, try to stop it completely. Don't let alcohol to kill your valuable life.

THINK TWICE BEFORE YOU DRINK !

ТЕНДЕНЦИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ЮНОШАМИ ИЗ СРЕДЫ ТУРКМЕНСКОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

М.Н. Нурбаева, канд. мед. наук, доцент
УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»,
Л.Я. Ермолова, врач, Областная клиническая больница
Я.С. Сипайло, учитель, Государственная гимназия №4
Витебск (Беларусь)
У.М. Сапаев, студент III курса ФЛФ
Дашогузская область (Туркменистан)

Целью нашей работы было выяснить, как относятся к алкоголю юноши-студенты из Туркменистана. Проведено анонимное анкетирование 66 студентов обучающихся в университете имени П.М. Машерова в возрасте от 20 до 25 лет.

54,5% студентов знают, что алкоголь вреден: 36,4% считают, что вредно только употребление большого количества алкоголя, а 9,1% — считают, что алкоголь не вреден для здоровья.

Юноши предпочитают следующие алкогольные напитки: пиво — 22,7%, вино — 22,7%, водка — 18,3%, ликеры и шампанское — 13,6% и только 22,7% не любят спиртного.

Мы попытались выяснить при каких обстоятельствах респонденты впервые попробовали алкоголь. 13,6% ответили, что с родителями дома во время праздничных застолий, 27,3% — в компании взрослых знакомых, а 27,3% — в компании сверстников, чтобы не отставать от других, 18,2% — ответили, что «просто было скучно» и 13,6% — никогда не пробовали спиртного.

После первого употребления алкоголя 22,7% студентов почувствовали приподнятое настроение, у 4,5% самочувствие ухудшилось, у 22,7% появилось головокружение и головная боль, у 4,5% — тошнота и рвота, а 45,6% никаких изменений не ощутили.

Анализируя анкеты, мы выяснили, что 4,5% респондентов употребляли спиртные напитки 2-3 раза в неделю; 4,5% — один раз в неделю; 63,6% — один раз в месяц и реже; 27,4% студентов, не употребляющих алкоголь.

Каковы мотивы у молодых людей к употреблению спиртных напитков?

4,5% юношей пьют, чтобы подражать взрослым на праздники и в дни рождения, 18,3% для устранения нерешительности и стеснительности, 7,0% — с целью хорошего общения в компании, 40,9% — пьют, чтобы улучшить настроение, 4,5% — пьют, чтобы получить удовольствие, а 31,8% — употребляют алкоголь вообще без особой причины.

Выясняя, в каком возрасте респонденты впервые попробовали алкоголь, оказалось: 13,7% — от 7 до 10 лет, 4,5% — с 10 до 12 лет, 45,5% — с 12 до 15 лет, 13,6% — с 17-18 лет, 13,6% — никогда не пробовали и 9,1% — не ответили на вопрос.

Прием алкоголя сопровождается следующими признаками похмелья: у 18,2% утром бывает общее недомогание и головная боль, у 81,8% — никаких ощущений не было.

Для предупреждения похмелья 36,4% — не пьют много, 9,1% — пьют разбавленные напитки, 22,7% — закусывают большим количеством мясных продуктов, 18,2% — используют лекарственные препараты и 13,6% не ответили на данный вопрос.

От утреннего похмелья 13,6% юношей избавляются от него длительным сном, 4,6% — «выгоняют» алкоголь большим количеством соков и рассолов, 4,6% — выпивают пива или немного водки, 63,6% — не опохмеляются и 13,6 не употребляют алкоголь.

Нам было интересно выяснить, как относятся к алкоголю родители наших студентов, и выяснилось, что 31,8% — 1 раз в месяц и реже; 68,2% — не употребляют алкоголь. Когда мы сравнили эти данные с теми, которые отражают кратность употребления алкоголя студентами, то в отличие от студентов родители не употребляют алкоголь чаще 1 раза в неделю и 1 раз в неделю, 1 раз в месяц и реже родителей на 31,8% меньше употребляющих алкоголь, чем студентов. Кроме того, родителей, не употребляющих спиртные напитки на 40,8% больше чем студентов.

Респонденты должны были внести предложения о мерах, необходимых для уменьшения употребления алкоголя в обществе. 45,5% — предложили уменьшить продажу алкоголя; 22,7% —

повысить цену на спиртное; 9,1% решили, что следует оставить все как есть; 22,7% не знают, что можно предпринять.

Выводы

1. Среди респондентов есть юноши-студенты, употребляющие алкоголь. Поэтому необходимо проводить работу со студентами по формированию здорового образа жизни.

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

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И СПОРТ — ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В.В. Яновская, преподаватель кафедры анатомии и физиологии
УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»

Е.Ю. Беляцкая, студент биологического факультета
УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

На всех этапах общественного развития одной из первостепенных и не до конца решенных является проблема воспитания здорового подрастающего поколения и подготовка его к полноценной самостоятельной жизни. В решения этой проблемы значение имеет тезис о том, что социальное воспитание и обучение здоровью должны быть направлены на формирование системы ценностей и здорового образа жизни в целях активной и продолжительной жизнедеятельности. Данную проблему можно отнести не только к подросткам, но и ко всему населению.

Сложившиеся новая социальная и экономическая ситуации, стресс, увеличение интенсивности образовательного и рабочего процессов приводят к снижению активности, переутомлению и как результат заболеваниям.

Низкий уровень ценности здорового образа жизни является следствием отсутствия понимания у людей необходимости ук-

репления своего здоровья и заинтересованности в регулярных занятиях физической культурой и спортом. Увеличение употребления среди населения алкогольных напитков, наркотических и токсических веществ, курение, интернет-зависимость в последние годы стали серьезными социальными проблемами. Это вызвало обеспокоенность всех слоев общества. По образному выражению митрополита Смоленского и Вяземского, «в борьбе с социальными болбзнями нельзя решить проблему только изгнав «беса», так как его место займет другой «бес». В создавшейся ситуации социального развития страны необходимо подумать о том, какую альтернативу можно предложить самим образованием» [2].

В настоящее время проблема формирования у населения сознания, направленного на сохранение, укрепление и восстановление здоровья связано с отсутствием системы обучения здоровью, а именно нежелание и даже незнание применения медицинских и биологических знаний в отношении своего здоровья.

Здоровый образ жизни включает множество элементов. Это и правильное питание, отказ от вредных привычек, прогулки, закаливание, способность справиться со стрессом, забота об окружающей среде, использование медицинской помощи, позитивное отношение к жизни, но основой основ является физическое воспитание и спорт.

В последнее время роль физической культуры как фактора совершенствования человека и общества стала возрастать. Ее основу составляют систематические занятия физическими упражнениями, которые укрепляют здоровье, развивают физические способности, усиливают профилактику неблагоприятных возрастных изменений, выступают как важнейшее средство воспитания. Даже разработаны методики, где лечение пациента зависит от его моральной настроенности на выздоровление без лекарств, которые заменяются на активную позицию и физические упражнения [1].

Для здорового образа жизни обязательно нужно заниматься физкультурой и спортом, ведь недаром существует старинная поговорка: «В здоровом теле здоровый дух». Спорт повышает

уровень «гормона счастья» и является лучшим способом избавления от депрессии, а также улучшает здоровье и внешний вид человека. Казалось бы, это и так все знают, но не выполняют.

Таким образом, формирование здорового образа жизни — это системный сложный процесс, охватывающий множество компонентов образа жизни современного общества, где неотъемлемой частью является физическое воспитание и спорт, позволяющие до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье.

Литература

1. Бубновский, С.М. Сто лет активной жизни, или секреты здорового долголетия/С.М. Бубновский. — М.: Эксмо, 2014. — С. 192.

2. Митин, Е.А. Физическая культура и спорт — основа здорового образа жизни: *Universum: Вестник Герценовского университета*. — № 10. — 2009. — С. 20–22.

БЁРДИНГ – ХОББИ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Г.А. Захарова, доцент кафедры анатомии и физиологии
УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Всё, что способствует выполнению нами профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья условиях, объединяет здоровый образ жизни. Его составляющими являются отказ от вредных привычек, оптимальный режим труда и отдыха, рациональное питание, закаливание, личная гигиена и положительные эмоции. Замечательно, если и хобби человека вписывается в систему здорового образа жизни.

Наблюдения за птицами как хобби доступны для всех, поскольку необходимый минимум специального снаряжения – всего лишь бинокль и полевой определитель птиц. Найти, рассмотреть, определить вид птицы — это почти охота, но без выстрелов и крови. Особая удача — увидеть новый для себя вид. И такой момент истины может повторяться сотни и тысячи раз.

Птицы, как объекты для наблюдения очень интересны и эс-

тетичны. Внешний вид, голос, поведение и повадки птиц бесконечно разнообразны, а постоянная активность птиц делает наблюдения за ними еще более динамичными и интересными. Кроме того, птицы более доступны для наблюдения, чем животные любых других систематических групп. Даже в жилых кварталах города в мае-июне легко можно встретить несколько видов птиц, в садах и парках — уже десятки видов.

Бёрдинг (от англ. *bird* — птица) или массовые наблюдения за птицами, являясь видом активного отдыха, многогранен и демократичен. Каждый может выбрать для себя по вкусу, по силам и по средствам — дальние экспедиции или прогулки в ближайший парк или в лес, изготовление и развешивание кормушек, домиков для птиц и наблюдение пернатых визитеров. А многие увлекаются фотографией или видеосъёмкой, зарисовывают птиц, записывают их голоса, принимают участие в учётах и мониторинге птиц, помогая учёным в научных исследованиях и природоохранных проектах.

Бёрдинг является и одним из путей гармоничного интеллектуального и физического развития детей, приобщения их к здоровому образу жизни. Популярность бёрдинга в развитых странах однозначно свидетельствует об этом. И общество, и школа, и родители заинтересованы в этом. Непосредственные наблюдения живой природы, взаимосвязи животных и растений в естественных условиях, вызывают у детей значительный эмоциональный отклик и способствуют развитию экологического мышления.

Бёрдинг как семейное хобби предполагает совместные прогулки на свежем воздухе, во время которых дети учатся общению, взаимодействию с природой. Все участники таких выходов в природу расширяют кругозор и приобретают новые знания. В результате растёт взаимопонимание в семье и доверие к родителям.

В наблюдении птиц нередко присутствуют элементы спорта и состязательности. Собственно, для большинства наблюдателей погоня за новыми видами и есть суть этого хобби, своеобразное коллекционирование фактов регистрации вида и сопутствующих впечатлений. Каждый новый вид записывается в личный

дневник орнитолога-любителя. Количество видов в нем — это рейтинг спортивного орнитолога. Ареной состязания может быть как отдельный регион, так и страна или даже континенты.

Массовая орнитология — это огромный круг приятного общения. Бёрдеры разных стран объединены в сотни тысяч организаций, клубов (в Беларуси это общественная организация «Ахова птушак Бацькаўшчыны»). Бёрдингу и птицам посвящены более 23 тысяч интернет-сайтов, из них 2 — в Беларуси (www.ptushki.org и www.BirdWatch.by). Участие в любых объединениях орнитологов (школьном кружке, клубе, внешкольных кружках и т.д.) на позитивном фоне развивает навыки общения, в том числе в разновозрастном коллективе, даёт новые возможности для самореализации личности и ведения здорового образа жизни.

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

«КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ИЛИ «СМЕРТИ»: ВЫБОР ЗА ТОБОЙ

Andrei Ahaпau, mgr teologii, doktorant
w Instytucie Teologii Fundamentalnej Katolickiego Uniwersytetu
Lubelskiego Jana Pawła II (KUL), muzykolog, lektor w «Pro Life»
Lublin (Poland)

Сокращение

В современном мире чаще всего мы слышим о таком явлении, как «культура жизни и смерти». Мы являемся свидетелями данного явления и одновременно его участниками. С начала своего существования у человека есть свободная воля, или право выбора, высказывания «за» или «против». Уже в 1 книге Библии, книге Бытия, начинается диалог человека со злом (Быт 3). Вопрос, который змея, как представитель зла, направила на человека, имеет характер проверки, возбуждения в ней сомнения: правда ли это. «Подлинно ли сказал Бог: не ешьте ни от какого дерева в раю?» (Быт 3, 1) Войдя в отношения со злом, человек дает начало «культуре смерти». Само это понятие разрабатывалось в течение многих веков и людей. Говорим о так называемых основателях, или пропагандистах культуры смерти: библейский Каин, Ницше, Маркс, Фрейд, Гитлер, Сталин и др.

Проявлением «культуры смерти» является депрессия, аборты, эвтаназия, наркомания, сексуальные отклонения, самоубийства, терроризм, торговля людьми, образ жизни, ведущий к смерти и др.

А что на это ответит другая сторона, или «культура жизни»? Есть ли у нее альтернатива? Ответ мы можем найти в докумен-

тах Церкви, а также в документах, говорящих о «защите жизни». Святой Папа Иоанн Павел II в своем учении подчеркивал, что защита и поощрение жизни является основной задачей и обязанностью каждого человека. Бенедикт XVI будет говорить о первенстве правды как критерии культуры, о совести, которая служит обновлением человека и культуры. Жизнь — это дар от Бога, которая является святой.»Оплодотворение в пробирке, исследования на эмбрионах, возможность клонирования и гибридизации человека, рождаются и распространяются в данной культуре, полной отсутствия энтузиазма, которая считает, что открыла все секреты, потому что уже дошла до корней жизни» (*Caritas in Veritate*). Благосостояние общества, подавляющее для души, которое разработано в материальном плане, оно само по себе не ориентировано на подлинное развитие. Папа Римский Иоанн Павел II и Бенедикт XVI говорили о чувствительности совести. Человеческая совесть - святилище, где Бог встречается с человеком. И что совесть является местом, где человек решает, делает выбор — «за» или «против».

В этой статье я оговорю концепцию культуры, генезис «культуры смерти», как она развивалась в истории у выбранных исторических деятелей. Представлю некоторые проявления этой культуры такие, как аборты, эвтаназия и др. Понятие «культура жизни», что она может предложить современному человеку.

Буду руководствоваться документами Католической Церкви: энцикликами Папы Иоанна Павла II, Бенедикта XVI; научными статьями о проблеме абортов и эвтаназии, материалами организации «Pro Life», документами «Конгрегации Науки и Веры Римо-католической Церкви» и другими.

«DZIECKO TO SKARB, A NIE GARB» — ŻYCIE, KTÓRE NIE UMIERA

Katarzyna Urszula Borowska

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Teologia Fundamentalna, I rok — studia doktoranckie
Lublin (Poland)

Przedmiotem referatu o powyższym tytule będzie zwrócenie uwagi na problem dzisiejszego świata związany z mordowaniem niewinnych i bezbronnych istot ludzkich w łonach ich matek. Głównym celem będzie natomiast ukazanie dwóch ofiar tego zabójstwa zwanego aborcją — dziecka i matki a także przedstawienie skutków, które po dokonaniu tego czynu następują. Wystąpienie to oprze się więc przede wszystkim na ukazaniu bezdyskusyjnego człowieczeństwa dziecka nienarodzonego oraz jego godności i naturalnego prawa do życia, które dziś często zostaje mu brutalnie odbierane a także na przedstawieniu różnego rodzaju konsekwencji wynikających z aborcji, a przejawiających się w różnych sferach życia kobiety: psychicznych, fizycznych, rodzinnych, duchowych i moralnych.

Poruszając tę tematykę nie sposób nie odnieść się do bogatego nauczania Kościoła katolickiego, które niestrudzenie broni godności życia ludzkiego od poczęcia do naturalnej śmierci, szczególnie zwracając uwagę na nauczania papieża Jana Pawła II oraz papieża Franciszka. W tym kontekście pragnęłabym ukazać również piękno powołania do życia każdego człowieka oraz piękno i wartość rodziny i macierzyństwa, które niekoniecznie musi być niechcianym i ciężkim bagażem — zgodnie z hasłem przewodnim referatu.

Na koniec zaś, z racji szeroko rozwiniętej w dzisiejszym świecie problematyki aborcji, trzeba byłoby pochylić się nad możliwością i sposobami uzdrowienia ze stanu, w który wprowadziła kobietę decyzja o jej dokonaniu. Mimo, że skutki tej decyzji są poważne i często ogarniające wszystkie sfery życia człowieka to jednak możliwa jest terapia oraz wyzwolenie z towarzyszących lęków i zranień. Warto również wprowadzić pojęcie prewencji odnośnie

do tego zjawiska, a co za tym idzie wskazać możliwości zaradzenia temu bestialskiemu ludobójstwu dzisiejszych czasów.

Literatura

1. «Aborcja: przyczyny, następstwa, terapia», red. nauk. Bogdan Chazan, Wydawnictwo Wektory, Wrocław 2009.

2. D. Crawford, «Po aborcji: uzdrowienie psychiczne i duchowe według metody AFTER», Wydawnictwo WAM, Kraków 2004.

3. C. Curty, „Egzorcysta o aborcji”, Wydawnictwo AA, Kraków 2011.

4. D. Kornas-Biela, „Wokół początku życia ludzkiego”, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2002.

5. W. Maestri, „Nie trać nadziei: problemy kobiet po aborcji”, Wydawnictwo Księża Marianów, Warszawa 2002.

6. «Małżeństwo i rodzina wobec aborcji», red. M. Stepulak, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010.

7. J. Toulat, «Sztuczne poronienie: wyzwolenie czy zbrodnia?», Paryż 1978.

8. «W obronie poczętego», red. merytoryczny H. Krenczkowski, Wydawnictwo Diecezjalne Pelplin, Pelplin 1991.

V. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

ЭТИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК

В.В. Кугач, канд. фарм. наук, декан фармацевтического факультета
С.Г. Троица, аспирант кафедры организации и экономики фармации
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

В Законе Республики Беларусь «О лекарственных средствах» указано, что доступность лекарственных средств (ЛС) является одним из важнейших условий оказания своевременной, качественной и эффективной фармацевтической помощи [1]. Особенно этот вопрос актуален для пожилых людей, поскольку данная категория населения составляет многочисленную группу посетителей аптек.

В обеспечении доступности ЛС, изделий медицинского назначения (ИМН), медицинской техники (МТ) и товаров аптечного ассортимента большое значение играет соблюдение принципов мерчандайзинга. Такие факторы, как месторасположение аптеки, наличие входа, оборудованного пандусом с перилами для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, уютный торговый зал, грамотно оформленные витрины обеспечивают удобство и физическую доступность лекарственных средств, медицинских изделий для пожилых покупателей. Как проявление заботы пожилые люди будут воспринимать и возможность получения дополнительных услуг в аптеке (например, измерение артериального давления). Приветливый и квалифи-

цированный персонал обеспечивает установление доверительных, уважительных отношений и психологического комфорта. Это очень важно, поскольку при высоком качестве обслуживания пожилой посетитель аптеки станет её постоянным клиентом, а также будет советовать своим родственникам, друзьям и знакомым.

Ассортимент аптечных организаций должен быть представлен достаточным количеством качественных, эффективных и безопасных медицинских изделий, лекарственных средств, в т.ч. включенных в перечень основных ЛС и перечень ЛС белорусского (российского) производства, обязательных для наличия в аптеках всех форм собственности (ассортиментная доступность). На ассортимент оказывает большое влияние месторасположение аптеки (например, спальный район с преимущественно пожилым населением). С психологической точки зрения грамотная ассортиментная политика также способствует формированию покупательской лояльности и приверженности пожилого клиента к конкретной аптеке.

Государство на законодательном уровне постоянно совершенствует систему реализации лекарственных средств [2]. Пожилой пациент имеет право получить от работника аптеки грамотную консультацию по применению ЛС, ИМН, МТ, товаров аптечного ассортимента: показания, противопоказания, режим дозирования и способ применения, побочные реакции, лекарственная совместимость, правила хранения и т.д. Однако следует учитывать возрастные особенности зрения, слуха, памяти, внимания и говорить медленно, чётко, не используя сложных медицинских терминов. В связи с психологическими характеристиками пожилых людей (ранимость, обидчивость и др.) вопросы этики и деонтологии приобретают особое значение при обслуживании данной категории посетителей аптек. Для того чтобы грамотно и своевременно отвечать на многочисленные вопросы пациентов, в том числе пожилых, Министерство здравоохранения Республики Беларусь предоставляет возможность гражданам обратиться к специалистам Министерства в письменном виде либо посредством электронного сообщения [2].

Министерством Здравоохранения Республики Беларусь раз-

работан список ЛС, которые могут реализовываться без рецепта врача [3]. Остальные лекарственные средства подлежат рецептурному отпуску. Это особенно важно для пациентов старшей возрастной категории, так как лечение многих заболеваний в пожилом возрасте требует постоянного врачебного контроля.

Доступность фармацевтических товаров и услуг зависит и от экономических факторов (экономическая доступность): покупательская способность населения, ценовая политика аптечной организации, государственные закупки лекарственных средств и т.д. Пожилые пациенты крайне чувствительны к ценам на лекарственные средства, поскольку относятся к категории населения с малой покупательской способностью. Уважая своих пожилых клиентов, многие аптечные организации при предъявлении пенсионного удостоверения реализуют ЛС, ИМН, МТ, товары аптечного ассортимента со скидкой. Кроме этого, в Законе «О лекарственных средствах» указано, что в Республике Беларусь предусмотрено льготное (в т.ч. бесплатное) обеспечение ЛС, перевязочными материалами отдельных категорий граждан [1]. Разработана система оказания государственной адресной социальной помощи для пожилых людей.

Заключение.

Доступность лекарственных средств является одним из основополагающих принципов политики Республики Беларусь в сфере их обращения. Этико-психологические аспекты обеспечения доступности ЛС, ИМН, МТ, товаров аптечного ассортимента для пожилых посетителей заключаются в том, что, получая своевременную, качественную, эффективную фармацевтическую помощь, пациент ощущает внимательное и чуткое отношение к нему со стороны аптечных работников и государства, желание и возможность помочь в лечении заболеваний.

Литература

1. О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»: Закон Республики Беларусь, 16 июня 2014 г., № 164-3 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. — 2008. — 2/2162.
2. О работе с обращениями граждан. Министерство Здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — 2015. — Режим доступа. <http://>

minzdrav.gov.by/ru/static/internet-reception/obrasheniya_grajdan. — Дата доступа: 14.01.2015.

3. Об установлении перечня лекарственных средств, реализуемых без рецепта врача: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 5 июня 2012 г., № 55 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. — 2012. — № 67. — 8/25959.

ЭТИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Г.А. Хуткина, канд. фармацевт. наук, доцент, научный руководитель
Н.И. Михайлова, магистрант
УО «Витебский государственный медицинский университет»
Кафедра организации и экономики фармации с курсом ФПК и ПК
г. Витебск (Беларусь)

В условиях конкурентной среды фармацевтического рынка, дефицита кадров возрастает актуальность вопроса о соблюдении этических норм кадровой политики, процессов подбора и расстановки кадров в аптечных организациях.

В отличие от установленных законодательством требований, которые обязаны выполнять в своей профессиональной деятельности фармацевтические работники, этические нормы и правила не регламентированы на государственном уровне, регулирование их соблюдения происходит через выражение общественного мнения, разработку и принятие этического кодекса фармацевта и провизора [1, 2].

Процесс кадрового обеспечения организации начинается с подбора и отбора кадров, их последующей расстановки. С самых первых этапов необходимо следовать правилам этики. Недопустимым является предвзятое отношение к претендентам на рабочее место. Проводя отбор кадров, руководитель (HR-менеджер) должен грамотно и полно оценивать способности сотрудников, что позволит рационально распределить новых специалистов по вакантным местам. При отборе сотрудников могут использоваться различные формы анкет, целью которых является получение наиболее полной информации о будущих

специалистах. Однако при составлении таких анкет важно соблюдать допустимые границы, обеспечивающие разграничение профессиональной и личной жизни сотрудников.

Этика кадрового обеспечения является составной частью профессиональной этики, субъектом которой выступают взаимоотношения между руководителем аптечной организации и его подчиненными, внутри коллектива аптечной организации. Следование установленным в обществе нормам общения помогает сформировать благоприятный моральный климат в организации, положительно влияет на мотивацию персонала, удовлетворенность сотрудников их трудовой деятельностью, улучшает имидж работодателя на рынке труда и помогает удержать специалистов в организации.

Начало трудовой деятельности в новой аптеке сопряжено с рядом трудностей: необходимо научиться быстро ориентироваться в ассортименте лекарственных средств, местах их хранения, освоить новое кассовое оборудование (специальную компьютерную систему). Поэтому поддержка начинающих сотрудников более опытными коллегами является их моральным долгом, способствует снижению длительности периода адаптации к новой трудовой деятельности и повышает производительность труда, уверенность в себе новых специалистов. В данном аспекте функцией заведующего аптекой является оказание необходимой поддержки начинающим рецептарам, назначение наставников за молодыми специалистами, поощрение оказания взаимопомощи в коллективе.

Важным этическим компонентом регулирования кадрового обеспечения аптечной организации является авторитет руководителя. Стиль руководства (лидерства) напрямую влияет на удержание специалистов в организации. Демократичное, внимательное отношение к подчиненным, вежливость и корректность в общении, формирование доверительной атмосферы в коллективе, соответствие поступков и внутренних убеждений повышают желание работника продолжать профессиональную деятельность в такой организации.

Таким образом, этические аспекты кадрового обеспечения аптечной организации охватывают многие этапы кадровой по-

литики, начиная с подбора кадров и заканчивая стилем управления руководителя в организации. Следование нормам этики обеспечит повышение эффективности трудовой деятельности и будет способствовать привлечению в аптечную организацию новых квалифицированных сотрудников.

Литература

1. Антонова, Г.А. Этика общения и управления персоналом организации: Учебное пособие. — Москва: Агентство печати «Наука», 2000. — С. 204.
2. Этический кодекс фармацевта // Pharmprofi — карьера, маркетинг, обучение в фармацевтике [Электронный ресурс]. — 2015. — Режим доступа: <http://pharmprofi.ru/>. — Дата доступа: 15.01.2015 г.

VI. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

СОДЕЙСТВИЕ КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА

Т.Л. Петрище, А.А. Кирилюк, Л.С. Вальченко
УО «Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Важным этапом в истории АРТ является появление комбинированных антиретровирусных ЛС. Папа Иоанн Павел II, а позднее Папа Бенедикт XVI и их личные представители на различных международных конференциях выступали за то, чтобы такие ЛС стали доступны для всех ЛЖВ. В 2004 г. Папа Иоанн Павел II учредил фонд «Добрый самаритянин» для поддержки самых нуждающихся больных, особенно людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) и больных СПИДом. Помощь оказывается за счет пожертвований. Фонд был передан в ведение Папского Совета по пастырской деятельности в области здравоохранения. За первый год работы фонда существенная финансовая помощь в приобретении ЛС была оказана местным церквям Америки, Азии, Африки и Европы.

Инициативы Святейшего Престола, направленные на борьбу с пандемией ВИЧ/СПИД, действуют более чем в 100 странах мира. В этом секторе работает несколько международных конгрегаций и ассоциаций: винсентианцы, «Каритас Интернационалис», община святого Эгидия, камиллинцы, братья-госпитальеры святого Иоанна Господня, иезуиты, сестры матери Терезы, Клиника Святейшего Престола «VampinoGesù» и Федерация католических фармацевтов и др. Важной составляющей их деятельности

является помощь в обеспечении доступа к АРТ и другим ЛС, необходимым для лечения оппортунистических инфекций.

Существенную деятельность в оказании помощи ЛЖВ проводит Конфедерация «Каритас Интернационалис» (Caritas Internationalis (CI)). Она была основана в XIX в. с целью более широкой практической реализации социальной доктрины Католической Церкви. Важным направлением стала помощь больным. К борьбе с ВИЧ/СПИД Конфедерация подключилась фактически с самого начала пандемии. В 1987 г. более 150 организаций-членов отметили в Рабочем Плане Конфедерации, что ВИЧ/СПИДом является приоритетным направлением деятельности организации. CI были разработаны и претворены в жизнь программы по ВИЧ/СПИД. Реализации этих программ содействует партнерство CI с широким спектром католических, других религиозных и неправительственных организаций, а также с государственными и межгосударственными структурами. Важными направлениями деятельности CI является содействие солидарной поддержке программ борьбы с ВИЧ и СПИДом в развивающихся странах. Эти программы спонсируются CI и другими структурами католической церкви. Осуществляется поддержка на глобальном, национальном и местном уровнях принятия более совершенных законов, гарантирующих ЛЖВ неограниченный доступ к медицинской помощи, включая АРТ, поддержке и информации. В настоящее время «Каритас Интернационалис» работает более чем в 140 странах мира.

Список использованных источников

1. Позиция Каритас Интернационалис по ВИЧ/СПИДУ // Христианский межконфессиональный консультативный комитет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.xmkk.org/2014/02/473>. – Дата доступа: 09. 01.2015.
2. Христианский католический портал, который предоставляет возможности для общения, объединения, просвещения и молитвы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.katolik.ru. – Дата доступа : 09. 01.2015.
3. Caritas [Electronic resource]. – Mode of access: www.caritas.org. – Date of access: 10.01.2015.

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО КАК ФАКТОР РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПА К ИННОВАЦИОННЫМ АНТИРЕТРОВИРУСНЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ

В.В. Кугач, Т.Л. Петрище, А.А. Кирилюк
УО «Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Одним из основных приоритетов международного сотрудничества в здравоохранении является коллективная ответственность и глобальная солидарность в сдерживании пандемии ВИЧ/СПИД. Важнейшим фактором уменьшения распространенности ВИЧ/СПИД, увеличения продолжительности и качества жизни людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), является расширения доступа ВИЧ-инфицированных пациентов к современной антиретровирусной терапии (АРТ).

Наиболее существенную роль в консолидации усилий для борьбы с ВИЧ/СПИД играет Организация Объединенных Наций (ООН) и ее структуры, прежде всего — Всемирная Организация Здравоохранения. В 2000 г. принято 8 Целей развития тысячелетия ООН, которые к 2010 г. предполагали обеспечить общедоступное лечение ВИЧ/СПИД всем нуждающимся, а к 2015 г. остановить распространение эпидемии. Благодаря международному сотрудничеству достигнуты определенные успехи в этом направлении. В частности, снижена средняя стоимость курса АРТ со 160\$ в 2004 г. до 84\$ в 2013 г., что повысило ее экономическую доступность.

В 1994 г. основана Объединённая программа Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС). Она проводит широкомасштабную борьбу с ВИЧ/СПИД и ее последствиями. Одним из направлений ее деятельности является повышение доступности АРТ для ЛЖВ, в том числе за счет привлечения международных инвестиций в страны с низким и средним уровнем дохода. В 2001 г. на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН принята «Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД». В числе важных факторов сдерживания эпидемии

названы доступность ЛС, снижение стоимости антиретровирусных ЛС и обеспечение максимально высокого стандарта лечения ВИЧ/СПИД. Через 10 лет на заседании Генеральной Ассамблеи ООН по СПИДу приняты новые обязательства и 10 целей в глобальной борьбе со СПИДом. Главной целью новой стратегии обозначено достижение всеобщего доступа к ВИЧ-профилактике, лечению, уходу и поддержке пациентов к 2015 г., а лозунгом ЮНЭЙДС на 2011-2015 гг. — «Ноль новых ВИЧ-инфекций. Ноль дискриминации. Ноль смертей из-за СПИДа». Программа получила название «Лечение-15».

Существуют также другие международные правительственные и общественные организации, деятельность которых направлена на повышение доступности АРТ в различных странах мира: Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству; Международный Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ); Всемирный Банк; Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; Всемирная кампания против СПИДа и др.

Следует выделить организации, которые работают в Африке, поскольку этот континент имеет наиболее высокие показатели в мире по заболеваемости ВИЧ/СПИД. В 2002 г. создана межправительственная организация, объединяющая 54 страны Африки — Африканский союз (АС). В 2012 г. АС принял проект «Дорожная карта совместной ответственности и глобальной солидарности в борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией в Африке». Мониторинг реализации ее основных направлений осуществляет организация «СПИД-дозор Африки». Важную роль в сдерживании ВИЧ/СПИД в Африке и на других континентах выполняет католическая церковь, которая помогает ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в 116 странах. Одним из направлений этой помощи является обеспечение ЛЖВ необходимыми антиретровирусными ЛС.

Таким образом, международные инициативы, направленные на обеспечение более широкого доступа ВИЧ-инфицированных пациентов к инновационной АРТ, доказали свою эффективность в сдерживании пандемии ВИЧ/СПИД.

Литература

1. Кугач, В.В. Международные и национальные инициативы обеспечения доступности антиретровирусной терапии / В.В. Кугач, Т.Л. Петрище, А.А. Кирилук // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики [Электронный ресурс]. — 2014. — № 2. — Режим доступа: <http://www.healthproblem.ru/magazines?text=57>. — Дата доступа: 31.10.2014.

2. Христианский католический портал [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.katolik.ru. — Дата доступа: 09. 01.2015.

BREAKTHROUGHS BRING US A STEP CLOSER TO AIDS CURE

*M. Don Claudio Umesh, 6th course
Vitebsk State Medical University
(Sri Lanka)*

AIDS is Acquired Immune deficiency Syndrome which is caused by Human Immunodeficiency Virus (HIV). It is one of the major problems in the world. Once a person has the virus, it stays inside the body for life. It weakens the immune system of the body. Therefore AIDS patients can ultimately lead to death. It is widely known that it's difficult to cure AIDS. But recent processes in biomedical engineering show that scientists are closer to find a cure for HIV and AIDS.

If anyone was HIV positive, it was considered a death sentence at the beginning of the epidemic in the 1980s. But new pharmaceutical technologies came out with various treatment options to cure HIV and AIDS.

Despite these advances in treatment, AIDS remains at epidemic levels as the number of people living with HIV and AIDS continues to grow globally. Therefore the global health authorities wanted to eradicate the disease.

Basically AIDS patients can be treated with antiviral medications. This is one of the most important steps in the fight to cure HIV/AIDS which remains one of the most important solutions for the medical community. Sometimes the dosage is increased to get a good result. In some cases it gives good results, but some cases don't come out with good results.

However, recent developments in biomedical engineering have made various cures possible. Researchers from the Temple University School of Medicine have shown a system which is based on a bacterial defense mechanism of the HIV-1 virus. HIV-1 is more common of the two major subgroups of HIV. The high degree of genetic variability of the HIV virus makes stopping the virus a difficult endeavor.

HIV-1 cannot be cleared by the body's immune system. But removal of the virus is required in order to cure the disease. Without removing the virus, it's not possible to cure the disease.

HIV-1 imprints its own DNA into the patient's DNA which makes it impossible to remove the virus using antiviral medications. But researchers from Temple have found a way to snip the viral DNA out, which is a new opportunity for eradicating AIDS.

They designed a strand of ribonucleic acid (RNA) that can pair with the viral DNA to prevent it from combining further with human DNA. The genetically engineered RNA strand hunts down the virus and removes it from human cells. This method evolved from ideas about ridding human cells of bacterial infection. This research has been focused on the neuro-pathogenesis of viral infections too.

Their main aim is to use this method as a treatment to every infected cell in the body. According to this method, it's possible to cure AIDS by eradicating every single copy of HIV-1 from the patient.

This is the way to cure HIV/AIDS. It is not an easy task. There may be twists and turns. But if these efforts are succeeded, it will be very helpful to solve one of the major global problems.

VII. 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/ μ 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 cavitory pulmonary disease. Patients with a CD4 count of less than 200/ μ L 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 cavitory 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

aminotransferase (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-Guérin (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 функцио-

нальных 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 состояние дыхательной системы определялось у 203 женщин и 358 мужчин в возрасте от 18 до 70 лет.

Результаты исследования. ЖЕЛ (*максимальное количество воздуха, которое может быть забрано в легкие после максимального выдоха*) у обследуемых составила $3,04 \pm 0,05$ 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 % ($83,25 \pm 1,04$ %) 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 $P_{O_{2}}$ (максимальный объем воздуха, который человек дополнительно может выдохнуть с уровня спокойного выдоха), 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 (минутный объём дыхания) у мужчин и женщин увеличен по сравнению с нормальными значениями. Однако анализ значений МОД в зависимости от пола показал, что у мужчин данный показатель ста-

статистически достоверно выше нормы, чем у женщин. У женщин, проживающих в сельской местности, МОД составил $192,9 \pm 5,75$ % (превысил показатель нормы $183,98$ % на 9 %), а у мужчин — $221,12 \pm 6,05$ % (превысил показатель нормы $176,74$ % на $44,4$ %).

Выявлено, что ЧД (*частота дыхания*) у женщин увеличивается на 9 % и составляет $19,49 \pm 0,35$ 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 $1,53 \pm 0,05$ л, а у мужчин $1,76 \pm 0,05$ л. Показатели резервного объема выдоха у женщин ($0,49 \pm 0,03$ л) и мужчин ($0,93 \pm 0,04$ 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. — С. 107.
2. Ковалёва, М. Н. Нормальная анатомия и физиология человека / М.Н. Ковалёва. — М.: Наука, 2010. — С. 416.
3. Стручков, П. В. Введение в функциональную диагностику внешнего дыхания / П.В. Стручков, Р.С. Виницкая, И.А. Люкевич. — М.: Наука, 1996. — С. 428.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

М.А. Щербакова, старший преподаватель
кафедры анатомии и физиологии
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

М.И. Бутько, студентка V курса биологического факультета
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Здоровье населения формируется под воздействием сложного комплекса биологических, гигиенических, социальных и экономических факторов, которые чрезвычайно сложно переплетаются между собой, воздействуя на организм [1].

Определение функционального состояния дыхательной системы является важным при оказании пульмонологической помощи и разработки технологической схемы для лечения и реабилитации населения с болезнями органов дыхания.

Современные функциональные методы необходимы для оценки отдельных синдромов нарушения функции внешнего дыхания (ФВД). Они позволяют определять такие характеристики респираторной функции, как бронхиальная проводимость, эластические свойства, диффузионная способность и респираторная мышечная функция [2].

В настоящее время основные рабочие специальности занимают женщины трудоспособного возраста, поэтому актуальным и своевременным является изучение влияния неблагоприятных экологических факторов окружающей среды сельской местности на функциональное состояние дыхательной системы, именно у женщин. Для изучения функционального состояния дыхательной системы использован отечественный автоматизированный многофункциональный спирометр «МАС-1» (Республика Беларусь) [3].

Исследование функции внешнего дыхания является важным как для определения типа нарушений функции внешнего дыха-

ния, постановки диагноза так и для мониторингирования проходимости дыхательных путей.

Цель. Изучить функциональное состояние дыхательной системы у женщин, проживающих в сельской местности.

Материал и методы исследования. Описательный, сравнительно-сопоставительный, статистический, спирометрия, пневмотахометрия.

Исследование проводилось среди женщин, проживающих в сельской местности (на примере г.п. Сватки). В экспериментальной группе проводили спирометрические исследования, включающие в себя изучения функции внешнего дыхания. Функциональное состояние дыхательной системы исследовалось с помощью спирометра «МАС-1», определялись 15 объемов и емкостей: ЖЕЛ, $PO_{ВД}$, $PO_{ВВД}$, ДО, МОД, ЧД, ФВД, ФЖЕЛ, ОФВ₁, ИТ, ОФВ₁/ФЖЕЛ, $ПОС_{ВВД}$, $МОС_{25}$, $МОС_{50}$, $МОС_{75}$, $СОС_{25-75}$.

Результаты исследования. Достоверная тенденция к уменьшению показателей объёмных и скоростных была зафиксирована уже у женщин младше 30 лет, проживающих в сельском населенном пункте г.п. Сватки. Снижаются PO выдоха в 1,44 раза ($0,79 \pm 0,08$ л), индекс Тиффно на 5,6 % ($83,76 \pm 1,91$ %), $ПОС_{ВВД}$ на 9,6 % ($74,03 \pm 3,38$ %), $МОС_{25}$ на 11 % ($70,03 \pm 3,52$ %), $МОС_{50}$ на 0,08 % ($76,42 \pm 4,94$ %). Средние показатели $ПОС_{ВВД}$, $МОС_{25}$ и $МОС_{50}$ у респондентов основной группы соответствуют первой степени дыхательной недостаточности.

У женщин основной группы 30-39 лет выявлено, что ЧД выше на 4,7 % ($18 \pm 1,3$ 1/мин) по сравнению с нормой (17,2 1/мин). Резервный объём выдоха в 1,1 раза ниже у женщин 30-39 лет ($0,86 \pm 0,12$ л) по сравнению с нормой (0,93 л). Снижение скоростных показателей форсированного выдоха: $МОС_{25}$ на 11 % ($80,93 \pm 9,92$ %), $МОС_{75}$ на 19 % ($53,47 \pm 6,87$ %) и $СОС_{25-75}$ 0,53 % ($75,87 \pm 11,02$ %). Средние показатели бронхиальной проходимости мелких бронхов позволяют говорить о наличии у респондентов данной группы первой степени дыхательной недостаточности. У респондентов данной возрастной группы уменьшается ДО ($127,38 \pm 10,18$ %) по сравнению с нормой (135,94 %) на 8,6 %. Зарегистрированные нами уменьшение ДО и увеличение ЧД

у женщин 30-39 лет свидетельствует о протекании рестриктивных процессов в лёгких. Этот тип дыхания является более экономичным по трате энергии. Так же на более лёгкие изменения вентиляционной способности лёгких у женщин 30-39 лет указывают снижение таких показателей ФВД как ЖЕЛ на 0,69 % (96,56±5,45 %), ОФВ1/ФЖЕЛ на 1,29 % (76,87±3,31 %) и индекса Тиффно на 12 % (77±3,69 %).

В группе женщин 40–49 лет снижается РО вдоха в 1,03 раза у лиц основной группы (1,84±0,2 л) по сравнению с нормой (1,9 л). Установлено увеличение ЧД на 4,4 % у лиц основной группы (18,8±1,15 1/мин). Величина МОД была выше на 19,6 % у женщин основной группы (200,75±21,03 %) по сравнению с нормой (181,12 %). У женщин 40–49 лет выявляются снижения ЖЕЛ на 11,8 % (85,42±6,9 %), ФЖЕЛ на 1,33 % (91±7,12 %), ОФВ1 на 7,3 % (79±6,35 %), ОФВ1/ФЖЕЛ на 3,4 % (74,78±2,87 %), ПОС_{выд} на 6,8 % (76,78±5,83 %), МОС₂₅ на 11,7 % (69,26±7,02 %), МОС₅₀ на 14,4 % (62,13±7,09 %), МОС₇₅ на 26,8 % (45,74±4,73 %) и СОС₂₅₋₇₅ на 14,7 % (61,74±6,5 %). Средние значения уровня проходимости средних бронхов указывают на дыхательную недостаточность у респондентов первой степени.

У женщин основной группы 50-59 лет наблюдается снижение ЖЕЛ на 20 % (77,53±2,6 %), ФЖЕЛ на 12 % (80,45±2,98 %), ОФВ1 на 18 % (68,71±3,36 %), ОФВ1/ФЖЕЛ на 8 % (70,55±1,73 %), индекса Тиффно на 20 % (69,67±2,18 %), ПОС_{выд} на 20 % (63,26±3,84 %), МОС₂₅ на 23 % (58,09±4,18 %), МОС₅₀ на 27 % (49,3±3,78 %), МОС₇₅ на 29 % (43,99±3,61 %) и СОС₂₅₋₇₅ на 24 % (52,83±3,98 %). Средние значения ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ПОС_{выд}, МОС₂₅ и СОС₂₅₋₇₅ соответствуют первой степени дыхательной недостаточности. При этом величины бронхиальной проходимости на уровне крупных и средних бронхов указывают на первую степень дыхательной недостаточности у респондентов основной группы в возрасте 50–59 лет.

Более значительные отклонения были диагностированы у респондентов старше 60 лет. Достоверно снижаются ЖЕЛ на 25,3 % (71,94±2,76 %), ФЖЕЛ на 16,2 % (76,18±2,92 %), ОФВ1 на 18,6 % (67,69±3,31 %), ОФВ1/ФЖЕЛ на 7,3 % (70,9±1,9 %), ПОС_{выд} на 31,1 % (52,55±3,42 %), МОС₂₅ на 27,8 % (53,19±3,84 %), МОС₅₀

на 22,6 % ($53,89 \pm 4,35$ %), $МОС_{75}$ на 22,6 % ($49,92 \pm 3,25$ %) и $СОС_{25-75}$ на 19,5 % ($56,94 \pm 4,14$ %). Показатели максимальной объемной скорости при выдохе 50 и 75 % ФЖЕЛ и $СОС_{25-75}$ свидетельствуют о наличии дыхательной недостаточности первой степени.

Вывод. Анализ состояния ФВД у женщин позволил выявить особенности функционального состояния у населения сельской местности (ЖЕЛ снизился на 15 %; ФЖЕЛ снизился на 0,4 %; $СОС_{25-75}$ на 13 % по сравнению с нормой). Показатели ФВД у женщин проживающих в сельской местности плавно снижаются с возрастом, при этом более значительные отклонения были диагностированы у респондентов старше 60 лет.

Литература

1. Щербакова, М.А. Оценка влияния загрязнения атмосферного воздуха на заболеваемость населения болезнями органов дыхания в системе социально-гигиенического мониторинга: методические рекомендации / М.А. Щербакова. — Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2013. — С. 40.
2. Щербакова, М.А. Антропогенное загрязнение атмосферного воздуха в районах промышленного центра, отличающихся по степени экологической нагрузки (на примере, г. Витебска) / М.А. Щербакова // Эпизоотология, иммунобиология, фармакология и санитария. — 2007, №1. — С. 67–72.
3. Пукаев, Р.Д. Постановка проблемы экологических болезней. Подходы к этиопатогенезу, систематике и диагностике экологических болезней химической природы / Р.Д. Пукаев // Медицина труда и промышленная экология. — 1996. — №11. — С. 21–28.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

В.В. ТЕРЕНТЬЕВ, заместитель председателя Витебского облисполкома

Епископ Витебский Олег БУТКЕВИЧ

Ю.Н. ДЕРКАЧ, начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома

М.Р. ДАНИЛЕНКО, заведующий отделом по делам религий и национальностей Витебского облисполкома

А.Т. ЩАСТНЫЙ, д-р мед. наук, профессор, ректор УО «Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета»

А.В. ЕГОРОВ, канд. юр. наук, ректор УО «Витебского государственного университета им. П.М. Машерова»

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»

Священник Адам КВЯТКОВСКИЙ SDS, контакты со СМИ

Я.С. СИПАЙЛО, переводчик, педагог УО «Гимназия № 4 г. Витебска»

Б.С. СИПАЙЛО, фотограф

Б.С. СИПАЙЛО, контакты со СМИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОГРАММА XI Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире»	5
---	---

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

<i>О. Августо Кенди МІ.</i> Достоинство человеческой личности в Инструкции Dignitas personae в её отношении к некоторым вопросам биоэтики	11
<i>Н.М. Яцковская, А.С. Кисова.</i> Мироззрение и биоэтические представления студентов-биоэкологов	24
<i>Г.Г. Бурак, Т.И. Ким, Г.Г. Кобец, В.В. Ольшаникова, И.А. Чиркина, Н.Г. Харкевич.</i> Культура речи врача-ответственный аспект врачебной этики	27
<i>Joanna Sekita-Krzak, Iwona Zebrowska-Lupina, Tomasz Lupina, Leszek Czajkowski, Alicja Kostencka, Beata Cichacz-Kwiatkowska.</i> The influence of chronic stress on the brain - morphological examinations of hippocampus, the key brain region involved in the memory, cognition and stress response in experimental model of depression	29
<i>Joanna Sekita-Krzak, Alicja Kostencka, Beata Cichacz-Kwiatkowska.</i> Stress-related disorders – etiopathogenetical and clinical relation of stress and depression	31
<i>В.А. Киреенко.</i> Мотивационные детерминанты выбора медицинской профессии	33

II. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

<i>Л.В. Лукина.</i> Религиозный и социальный аспект трансплантологии.....	36
<i>Н.М. Медвецкая.</i> Трансплантация и человеческая жизнь.....	37
<i>А.М. Мясоедов, Н.Г. Харкевич.</i> Морально-этические проблемы трансплантации.....	38
<i>Н.Г. Харкевич, Г.Г. Бурак, О.М. Васильев, А.И. Мясоедов.</i> О трансплантации органов и анатомических материалов	40
<i>В.Ю. Земко, Ю.Ю. Земко.</i> К вопросу переливания крови, её компонентов и дополнительных путей решения проблемы кровопотерь	42

<i>Э. Матевосян.</i> Трансплантология, как вид оказания высокотехнологичной медицинской помощи	43
<i>М.Н. Нурбаева, И.Н. Деркач.</i> Тяжелые травмы, полученные на соревнованиях, по данным витебского областного диспансера спортивной медицины	44

III. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

<i>И.И. Ефременко, В.А. Ключев.</i> Вредные привычки как разрушители здоровья	48
<i>А.Н. Дударев, И.Н. Дударева, Е.И. Дударева.</i> Проблемы профилактики спайсовой и никотиновой зависимости у учащихся	51
<i>Н.М. Медвецкая.</i> Профилактика наркомании у молодежи	56
<i>А.С. Метелица, М.В. Папко.</i> Табакокурение среди учащихся и молодежи — актуальная социальная проблема	58
<i>И.И. Ефременко.</i> Мотивационные аспекты курения подростков.....	61
<i>М. Don Claudio Umesh.</i> Alcoholism	67
<i>М.Н. Нурбаева, У.М. Сапаев, Л.Я. Ермолова, Я.С. Сипайло.</i> Тенденции потребления алкоголя юношами из среды туркменской студенческой молодежи	69
<i>В.В. Яновская, Е.Ю. Беляцкая.</i> Физическое воспитание и спорт — основа здорового образа жизни.....	71
<i>Г.А. Захарова.</i> Бёрдинг — хобби и здоровый образ жизни	73

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

<i>Andrej Aharau.</i> „Культура жизни” или „смерти”: выбор за Тобой	76
<i>Katarzyna Urszula Borowska.</i> „Dziecko to skarb, a nie garb” — życie, ktore nie umiera	78

V. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

<i>В.В. Кугач, С.Г. Троица.</i> Этико-психологические аспекты обеспечения доступности лекарственных средств для пожилых посетителей аптек.....	80
--	----

<i>Г.А. Хуткина, Н.И. Михайлова. Этические составляющие кадрового обеспечения аптечных организаций</i>	83
--	----

VI. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

<i>Т.Л. Петрище, А.А. Кирилук, Л.С. Вальченко.</i> Содействие католической церкви повышению доступности антиретровирусной терапии в различных странах мира	86
<i>В.В. Кугач, Т.Л. Петрище, А.А. Кирилук.</i> Международное сотрудничество как фактор расширения доступа к инновационным антиретровирусным лекарственным средствам	88
<i>М. Don Claudio Umesh. Breakthroughs bring us a step closer to AIDS cure</i>	90

VII. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

<i>Richie Charles Anderson. Prevention and treatment of tuberculosis</i>	92
<i>М.А. Щербакова, М.И. Бутько. Функциональное состояние дыхательной системы у населения сельской местности на основе эколого-эпидемиологического анализа</i>	109
<i>М.А. Щербакова, М.И. Бутько. Функциональное состояние дыхательной системы у женщин, проживающих в сельской местности</i>	112
ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ	116

Научное издание

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

XI Международная
медицинская конференция
(Витебск, 21–22 мая 2015 г.)

Тезисы докладов

Ответственная за выпуск И. Ламако
Технический редактор О. Глеков
Компьютерная верстка Э. Полиневской

Подписано к печати 04.05.2015.

Формат 84x108 $\frac{1}{32}$. Бумага офсетная. Гарнитура OfficinaSansC.

Усл. печ. л. 7,14. Уч.-изд. л. 6,45.

Тираж 150 экз. Зак. № 186.

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.

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

БЕЛАРУСИ



ИТАЛИИ



ФРАНЦИИ



ВАТИКАНА



ПОЛЬШИ



ШРИ-ЛАНКИ



ГЕРМАНИИ



ТУРКМЕНИСТАНА



НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
- СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ
- 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

ISBN 978-985-7074-33-4



9 789857 074334

