

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



XII МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**9–10 июня
2016 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

XII Международная
медицинская конференция
(Витебск, 9–10 июня 2016 г.)

Тезисы докладов



Минск
«ПРО ХРИСТО»
2016

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

П78

Проблемы врачебной этики в современном мире :
П78 XII Междунар. мед. конф. (Витебск, 9–10 июня 2016 г.) : тезисы докладов. — Минск : ПРО ХРИСТО, 2016. — 208 с.

ISBN 978-985-7074-48-8.

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 978-985-7074-48-8

© Витебская епархия Римско-католической Церкви в РБ, 2016

© Витебский государственный медицинский университет, 2016

© Оформление. УП «Издательство «Про Христо», 2016

Дорогие братья и сёстры во Христе!

9–10 июня 2016 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.

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

В конференции принимают участие медики, священнослужители, дипломаты из Беларуси, Ватикана, Германии, Нигерии, Польши, России, Украины, Франции, Шри-Ланки.

Официальные языки конференции:

белорусский, русский, английский.

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
- Современные вопросы онкологии

Регистрация участников конференции состоится 9 июня 2016 г. в Витебском облисполкоме с 11:00 до 11:30 (г. Витебск, ул. Гоголя, 6).

Конференция будет проходить:

9 июня 2016 г. 12:00–14:00

 15:00–17:00

10 июня 2016 г. 10:00–13:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ — 9 июня в Витебском облисполкоме (1 этаж, конференц-зал)

Регламент устного выступления — до 30 минут.

Выступление в обсуждении доклада — до 3 минут.

ПРОГРАММА

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

Регистрация участников состоится 09.06.2016 г. в Витебском облисполкоме (ул. Гоголя, 6) с 11:00 до 11:30.

1-й день — 9 июня 2016 г.

Пленарное заседание (конференц-зал Витебского облисполкома, г. Витебск, ул. Гоголя, 6, 1-й этаж).

12:00

Открытие конференции, приветствие участников

— председатель Витебского областного Совета депутатов Владимир Терентьев;

— 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

Начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома, д-р мед. наук, профессор Юрий Деркач (Беларусь)

«Перспективы развития онкологической помощи в Витебской области»

13:00

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

«Гепатоцеллюлярная карцинома и современные аспекты трансплантации печени»

14:00–15:00

Перерыв

15:00

Главный менеджер фармацевтического отдела клиники «А. Джемелли», доктор медицины Гаспаре Гульельми (Италия)

15:30

Доцент кафедры истории нового и новейшего времени БГУ, кандидат исторических наук Денис Ларионов (Беларусь)

«Католическая церковь, цивилизация любви, культура жизни»

16:00

Заведующая общей хирургии клиники «А. Джемелли», доктор медицины Эрида Нуре (Италия)

16:30

Докторант Люблинского католического университета Амброзий Ярослав Окрой OFM (Польша)

«Отказ от постоянной терапии в свете отдельных документов учения Церкви»

17:00–17:30

Дискуссия.

Заключительное слово — епископ Витебский Олег Буткевич.

В программе возможны изменения

2-й день — 10 июня 2016 г.

10:00 – 13:00

Секционное заседание (конференц-зал Витебского облисполкома — ул. Гоголя, 6).

Регламент выступления 10 минут.

Доклады:

1. Доктор библейской теологии, настоятель прихода Св. Владислава в Витебске кс. Адам Дынак (Беларусь)

«Бог — пациент — христианин: учение Библии на основе избранных фрагментов»

2. Доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общей практики — семейной медицины и внутренних болезней Харьковского национального медицинского университета, профессор Людмила Пасиешвили (Украина)

«Биоэтические подходы в проведении научных исследований в клинике внутренних болезней»

3. Кандидат исторических наук, зав. кафедрой философии и политологии УО «Витебской «Знак Почета» государственной академии ветеринарной медицины», доцент Лариса Лукина (Беларусь)

«Глобальная этика как междисциплинарное научное знание»

4. Аспирант Люблинского католического университета Катажина Уршуля Боровска (Польша)

«Ценность человеческого страдания»

5. Магистр теологии, докторант Люблинского католического университета, сестра Дарья Голубкова ОУ

«Теологическое измерение искусственной прокреации»

6. Доктор мед. наук, профессор кафедры топографической анатомии УО «Витебский государственный медицинский университет» Николай Харкевич (Беларусь)

«Воспитание студенческой молодёжи в православных традициях»

7. Магистр теологии, докторант Люблинского католического университета, Андрей Агапов (Польша)

«Духовные причины бесплодия. Избранные аспекты»

8. Докторант Люблинского католического университета Агнешка Рената Езёрска (Польша)

«Контрацепция — выражение ответственности или угроза для жизни, здоровья, настоящей любви. Оценка и пастырские постулаты»

Заключительное слово — епископ витебский Олег Буткевич

Дискуссия.

В программе возможны изменения

Тезисы докладов
XII Международной
медицинской конференции

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

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ГЛОБАЛЬНАЯ БИОЭТИКА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ НАУЧНОЕ ЗНАНИЕ

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

Изменение мировоззрения, психологии людей способствовало становлению процессов глобальной биоэтики, характеризующейся общемировой тенденцией развития междисциплинарного научного знания. Исследователи выделяют три варианта синтеза знаний в науке: внутридисциплинарный синтез, проходящий в рамках одной дисциплины, междисциплинарный синтез в пределах ряда дисциплин, входящих в единый комплекс наук и полидисциплинарный синтез, объединяющий знания многих областей, существенно различных по своей предметной характеристике. Уже в рамках классического естествознания постепенно утверждается идея принципиального единства всех явлений природы, а, следовательно, и отражающих их научных дисциплин. Это связано с научно-техническими достижениями человечества и их последствиями, как для человека, так и природы, с гуманизацией отношений в обществе. Границы, проведенные между научными дисциплинами, становятся все более условными, фундаментальные науки глубоко проникают друг в друга, приводя к интеграции научного знания.

Биоэтика (термин был введен в 1969 году американским онкологом и биохимиком В.Р. Поттером для обозначения этических проблем, связанных с потенциальной опасностью для выживания человечества в современном мире), как наука, соединяющая знания и размышления, став мостом между биоло-

гией и этикой», становится глобальной биоэтикой (В.Р. Поттер), и одновременно основой современной гуманологии (Г.Л. Тульчинский). Философская направленность биоэтики раскрывается в оценке результаты развития новых технологий и идей в медицине и биологии в целом. Сторонники постчеловеческих, постгуманитарных исследований рассматривают трансформации человека и человеческого в процессе создания искусственных форм жизни и разума в гуманологии — науке о технизации человека и гуманизации техники. Человек постепенно передвигаясь в активно-эволюционную, искусственно-техническую фазу развития включается в определенные поэтапные формы фокуса экологического внимания и заботы, становясь частью созданной им техносферы, подчиняющей и растворяющей в себе и определенные возрастные группы и отдельных индивидов.

Долгосрочное выживание человечества как вида в нормальной и устойчивой цивилизации предполагает развитие и поддержку системы этических норм. Такой системой и является глобальная биоэтика, основанная на интуиции и логике, подкрепленных эмпирическими знаниями всех отраслей науки, но особенно биологии. «Смотря на общество глазами биолога, — пишет Л.А. Тихомиров, — мы должны назвать общество кооперацией нервных центров... А что такое нервный центр, с точки зрения биологии? Это клеточка, или агрегат клеточек, специализированных не на движении, не на уподоблении, не на каком-либо частном чувстве восприятия, а на функциях представления и регуляции, то есть на способностях сознания ощущения и воли» [3]. Исходя из данной предпосылки, Л.А. Тихомиров делает следующий вывод: «Таким образом, законы кооперации, возможной для животных и человека — при возникновении среди них общественности — суть законы кооперации чувств, представлений и желаний, кооперации того, что составляет наш психологический мир. Законы общественности, а стало быть, и гражданственности и политики развиваются из психологического источника» [3].

Ван Ренсселер Поттер (1911–2001гг.) в своей программной книге «Global Bioethics» (1988г.) представляет глобальную био-

этику как всеохватывающую и всеобъемлющую этику, носящую универсальный характер, с гуманными установлениями смирения, ответственности и мудрости, соблюдая автономию индивида, свободу воли и выбора, информированного согласия. Глобальная биоэтика, соединив философию и медицину, превратившись в практическую философию, нацеливает на приемлемое выживание человечества, причем не только биологическое выживание, но и социальную стабильность, устойчивое развитие общества, сохранение и развитие здоровой экосистемы. Ведущая идея приемлемого выживания усматривается в том, что она охватывает не только всех живущих людей, но и будущие поколения (так называемых «виртуальных людей»), все другие живые организмы, природу, окружающую среду. Следовательно, специфическое содержание и цель глобальной биоэтики в реальной жизни включает заботу об обретении человеком всей полноты своего «Я», обо всех живых организмах, о правах и интересах будущих людей и окружающей среде в целом.

Осуществляя реальные непрерывные интересы, глобальная биоэтика актуализируется на междисциплинарной основе, объединяя социальную биоэтику, этику биомедицинскую, этику экологическую, взаимодействуя с гуманологией, предполагает существование нравственности как готовности субъекта к модификации, обретает общую проблематику, новые методологические подходы и механизмы решения.

Литература

1. Глобальная биоэтика в социальном измерении: словарь-справочник / под ред. Т.В. Мишаткиной. — Минск : Инст-т радиологии, 2015. — 196 с.
2. Состояние преподавания биоэтики в системе медицинского образования в государствах-участниках СНГ: аналитический обзор. — СПб.: Изд-во НИИЭМ им. Пастера, 2010. — 80 с.
3. Тихомиров Л.А. Монархическая государственность. — СПб., 1992. — С. 11.

КОНЦЕПЦИЯ АВТОНОМИИ ЧЕЛОВЕКА В БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ И ПЕРСОНАЛИЗМ Ф.М. ДОСТОЕВСКОГО: АВ ІМО РЕСТОРЕ

А.А. Заздравнов, д.м.н., профессор

Кафедра общей практики — семейной медицины и внутренних болезней, Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Прогресс медицинских наук сформировал проблемы морального характера, создал условия для возникновения правовых и этических коллизий, и явился фундаментом возникновения биомедицинской этики (БМЭ). БМЭ сегодня — это постоянно расширяющееся универсальное, мировоззренческое и духовно-этическое пространство. Отличительная черта глобальной БМЭ — индивидуально-личностная направленность, проявляющаяся в авторизации морального поведения, в механизмах правильного выбора из множества стратегий, полифонии оттенков и звучаний осознания жизнедеятельности.

В истории человечества философия и литература всегда дополняли друг друга. Сложно ответить, чего больше — художественного или собственно философского в индийских ведах, Книге песен Конфуция, трудах Ницше и Сартра. Философская проблематика насыщает и произведения Ф.М. Достоевского. Его творческое наследие можно комментировать бесконечно, сумма анализов идей писателя многократно превышает им написанное. Между тем, основной идеей романов классика является золотое правило этики Конфуция: «Не делай человеку того, что не желаешь себе». Достоевский так определяет особенности своего творчества: «При полном реализме найти человека в человеке...».

Персонализм — теистическое направление в философии, признающее личность первичной творческой реальностью и высшей духовной ценностью, а весь мир — проявлением творческой активности верховной личности — Бога. Достоевский, развивая идеи персонализма, утверждает, что в человеке самое значимое — этическая сторона и персональный выбор. Чело-

век должен обладать свободной волей. Персонализм Достоевского является этическим, относящимся к сущности человека, а не к его психологии.

Одной из фундаментальных в БМЭ является концепция автономии человека, его законом защищенное право самостоятельно принимать решения, касающиеся здоровья и жизни. И для Достоевского личность свободна, то есть она одарена свободной волей. Герой Достоевского воспринимается как автор собственной полновесной идеологемы, а не только как объект художественного видения писателя. У него есть сознание свободы, что проявляется в раскаянии, в желании пострадать после совершенного греха. Личность свободна, и, следовательно, — ответственна. Это камень краеугольный всего мирозерцания Достоевского. Проблема свободной воли, свободы человеческого выбора исключительно остро ставится писателем в «Преступлении и наказании». В знаменитом монологе Раскольникова звучит ставший девизом вопрос: «...Тварь ли я дрожащая или право имею?». К чему же приходит в своих моральных терзаниях Раскольников? Ответ и прост, и сложен одновременно. Человек дороже любой идеи и общественной формации. Данный гуманистический императив является коррелятом и эквивалентом медицинского принципа Гиппократа «не навреди», одного из основополагающих принципов БМЭ.

Сегодня в медицине сложился определенный деонтологический стереотип, согласно которому врачи рассматривают пациентов как объект благодеяния, как людей, ограниченных в возможностях понять, в чем они нуждаются. Более того, иногда врач решает, а что же хочет пациент? В данном контексте вспоминаем вопрос Алексея Карамазова к Ивану: «Брат, позволь еще спросить: неужели имеет право всякий человек решать, смотря на остальных людей: кто из них достоин жить и кто более не достоин?». Подобное положение отражает реалии медицинской помощи — специфической услуги, о качестве которой обычный потребитель не может понять ничего или почти ничего. В модели же гуманистической медицины больной человек не может быть лишь объектом сочувствия, скоплением физических и психических недостатков. Несмотря на болезнь, пациент остается

уникальной личностью со всеми свойственными ей правами. «... широк человек, слишком даже широк» — говорит Дмитрий Карамазов Алеше. Право на выбор — имманентная ценность индивида, и медицина не есть исключение. Поэтому, диалог между врачом и больным не только обязателен, но и неминуем. Какие же параллели этому мы можем обнаружить у классика? Он применяет незаметный для читателя, но совершенно новаторский литературный прием, почти не использовавшийся до него и позабытый сегодня. Его реализм основывается не на познании (объектном), а на «проникновении». Утвердить чужое «я» не как отвлеченный объект, а как другой субъект — таков принцип писателя. Утвердить чужое «я», как «ты еси» — это и есть задача, разрешаемая его героями.

Существует и обратная сторона свободы выбора. ИС защищает не только больного, но и врача. Появилась новая категория больных — «пациентов — рекетиров», которые, используя юридические лазейки с одной стороны и проблемы в оказании медицинской помощи с другой, занимаются вымогательством компенсаций за моральный ущерб с медицинских работников. Здравоохранение нередко воспринимается как отрасль сферы обслуживания. Нередки необоснованные вызовы «скорой» на дом, вымогательство сложных видов обследования при отсутствии показаний для этого. И все же врач должен оставаться гуманистом, а здоровье, как и болезнь, должны подлежать гуманитарной оценке, и рассматриваться не только в финансовом, но и в социальном аспектах.

В завершении приведу вольный пересказ (с добавлением ремарок автора — З.А.А.) фрагмента речи В.С. Соловьева «Памяти Достоевского», произнесенной 1 февраля 1882 года. Ф.М. Достоевский говорил, что красота спасет мир. Безусловно, тезис спорный, возможно даже более, чем спорный. Но как бы там ни было, мир не должен быть спасен насильно. Идеал Достоевского требует не только единения всех людей и всех дел человеческих, но главное — человеческого их единения. Дело не в единстве, а в свободном согласии на единство.

BÓG — PACJENT — CHRZEŚCIJANIN

Adam Dynak, ksiądz, doktor teologii biblijnej
Duszpasterz w parafii Świętego Władysława w Witebsku
Witebsk (Białoruś)

Nauczanie Biblii na podstawie wybranych fragmentów: 2 Krl 15; Mk 2, 1–12; Dz 3, 1–10.

Choroby, które nękają człowieka stanowią problem dla ludzkości od bardzo dawna. Problem ten jest tak stary, jak historia pojawienia się istoty ludzkiej na ziemi. Oczywiście, w tej dziedzinie ważna rola, bardzo często najważniejsza, przypada medycynie, która zmagą się z cierpieniem człowieka z coraz większymi rezultatami. Wiadomo jednak, że sama technika leczenia to jeszcze daleko nie wszystko. Widać to szczególnie wtedy, kiedy w obliczu niektórych schorzeń sztuka lekarska — póki co — rozkłada ręce w poczuciu bezsilności. Wtedy cały ciężar krzyża choroby spada na pacjenta i jego bliskich. Wtedy mogą pojawić się trudne pytania i pretensje, których rozwiązania należy poszukiwać poza ścianami szpitali i klinik. Wtedy najwięcej pomocy może zaoferować prosta, ale prawdziwa mądrość życiowa, filozofia, wreszcie religia. W przypadku tej ostatniej chodzi o osobistą, szczerą i głęboko przeżywaną wiarę, czyli więź z Bogiem. Nie posiada większego znaczenia tradycja, w której praktykuje się wiarę. W chwili doświadczenia cierpienia i związanej z nim bezradności, osoba wierząca będzie przeżywała swoje trudne doświadczenie według takiej tradycji i w takiej konfesji, w jakiej wyrosła, została wychowana i która jest jej najbliższa. Cały czas mamy jednak na myśli religię chrześcijańską.

Jeśli chodzi o chrześcijaństwo, jego źródłem pochodzenia jest słowo objawione zapisane w Piśmie Świętym, które jednocześnie stanowi główną normę postępowania dla wyznawców tej religii. Można spotkać się z twierdzeniem, że Biblia zawiera w sobie odpowiedź na wszystkie pytania i problemy historii. Bez uprawiania zbędnej apologetyki, należy jedynie stwierdzić, że dla ludzi wierzących Księga ta przedstawia drogowskaz na drodze życia, będąc przede wszystkim miejscem spotkania się z przemawiającym

Bogiem. Wśród nieobjętego spectrum tematów poruszanych w Piśmie Świętym, kwestia choroby i cierpienia człowieka zajmuje bardzo ważne miejsce. Dotyczy to zarówno Starego, jak i Nowego Testamentu. Podobnie jak każde wydarzenie zapisane w Biblii nie jest jedynie suchym zanotowaniem takich czy innych informacji, ale posiada swoje przesłanie, uniwersalną naukę, aktualną dla każdej epoki, przy właściwym odczytaniu i zrozumieniu danego fragmentu tekstu, tak również opisy biblijne związane z chorobą i cierpiącym człowiekiem zawierają w sobie podskórną tkankę teologicznego bogactwa, godnego solidnej medytacji i zamyślenia się.

W Piśmie Świętym możemy znaleźć bardzo wiele fragmentów związanych z chorobą i uzdrowieniem, a także natchnionych wypowiedzi na ten temat. Z tej wielości zostały wybrane teksty — wydaje się — bardzo reprezentatywne, na podstawie których, można by dokonać próby zgłębienia tezy postawionej w tytule wykładu: wzajemna korelacja pomiędzy osobą chorą, znajdującym się w pobliżu człowiekiem mogącym okazać pomoc z pobudek wyznawanej wiary i Osobą Boga, z którym, o ile relacja przeżywającego cierpienie może być różna, o tyle więź drugiego ogniwa w przytoczonej relacji, jest żywa i autentyczna.

Zostały zaproponowane trzy teksty, które kolejno reprezentują Stare Przymierze, działalność Jezusa Chrystusa opisaną w Ewangeliach i czasy apostołowskiego Kościoła. Pierwszy fragment pochodzi z 2 Księgi Królewskiej (2 Krl 15). Jest to rozdział o cudownym uzdrowieniu Syryjczyka Naamana przez proroka Elizeusza. Na szczególną uwagę zasługują w tym fragmencie takie elementy jak: choroba trądu w starożytności, środowisko, w którym przychodzi żyć cierpiącemu na nieuleczalną chorobę, kwestie religijne, w tym stosunek do religii obcego narodu, konsekwencje wynikające z doświadczonego uzdrowienia. Wymienione zagadnienia będą przedmiotem szerszej analizy w trakcie wykładu. Drugim fragmentem, który zostanie poddany głębszej analizie, jest relacja ewangeliczna o uzdrowieniu sparaliżowanego człowieka (Mk 2, 1–12). Fragment ten bardzo widocznie akcentuje rolę środowiska otaczającego nieuleczalnie chorego, akcentuje ich wiarę i determinację w chęci pomocy

cierpiącemu człowiekowi. Wreszcie trzeci tekst pochodzi z Dziejów Apostolskich i opowiada o cudownym uzdrowieniu kaleki od urodzenia, dokonanego przez apostołów Piotra i Jana (Dz 3, 1-10). W tym przypadku spróbujemy dostrzec pozycję osoby zniewolonej od zawsze swoją chorobą i określić rolę wspólnoty Kościoła w obliczu cierpienia człowieka. Oczywiście, jak zostało już wspomniane, tekstów odnośnie interesującego nas zagadnienia jest o wiele więcej w Piśmie Świętym i skupiając się na analizie wybranych fragmentów, spróbujemy również odwoływać się do innych wypowiedzi słowa natchnionego. Celem spotkania się ze słowem Bożym i zamyślenia się nad jego przesłaniem w naszym wykładzie, będzie szukanie potrzebnych wskazówek i uczynienie właściwych wniosków jako propozycji dla budowania konstruktywnych relacji: pacjent — opieka nad nim, w duchu przeżywanej i praktykowanej chrześcijańskiej wiary.

WARTOŚĆ LUDZKIEGO CIERPIENIA

Katarzyna Urszula Borowska

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

*„Albowiem ilekroć niedomagam,
tylkoć jestem mocny” (2 Kor 12, 10).*

Tajemnica cierpienia napawa lękiem i niepewnością. Przybierając różne formy, prędzej czy później, dotyka każdego człowieka — jest ono bowiem nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Czasem człowiek staje się jego uczestnikiem, a czasami tylko widzem. Nie mniej jednak na pewno spotyka się z problemem cierpienia i jest przekonany o tym, że jest to wielka tajemnica, której nikt nie jest w stanie wytłumaczyć. Żyjemy w świecie, w którym poszukuje się wiedzy wszelkimi sposobami. Wiedza o nas samych, o przyrodzie, o otaczającym nas świecie i mechanizmach jego działania, o nowych technologiach, o polityce, itp. dominuje nasze myślenie i

postępowanie. Nie dopuszcza się dziś założenia, że nie ma na coś odpowiedzi — za wszelką cenę poszukuje się więc ich w oparciu o wiedzę naukową. Powstają nowe teorie, nowe metody, nowe wynalazki, nowe traktaty naukowe... I zaskakujące jest to, iż w momencie największych osiągnięć techniki i nauki stajemy wciąż przed problemem pochodzącym już z czasów starożytnych — dlaczego ludzie cierpią? skąd cierpienie? jak sobie z nim poradzić? Jest to zaiste tajemnica...

Z problemem tym zmierzają się nierzadko lekarze, którzy pełnią posługę miłości na rzecz dobra drugiego człowieka. Nie gdzie indziej tylko właśnie w szpitalach cierpienie przyjmuje najpotężniejszą postać. Szpitale nazwać można domami cierpienia. Z każdej szpitalnej sali wydobywa się jęk ludzi pogrążonych w boleściach. Motywy cierpienia często są różne — wachlarz ich koloru wychodzi z jednego wspólnego mianownika, którym jest cierpienie, a rozchodzi się w różnych kierunkach, wyznaczonych przez rodzaj dolegliwości: od fizycznych, przez psychiczne i egzystencjalne, po duchowe.

Zastanawiając się nad tajemnicą cierpienia można by zadać sobie pytanie: dlaczego cierpienie istnieje? Lecz bez odniesienia do Istoty Najwyższej pytanie to zostaje bez odpowiedzi. Tak jak człowiek doświadcza radości, tak samo doświadcza cierpienia — jest to jedno z przebogatych doświadczeń towarzyszących życiu człowieka. Bardziej pożądanymi zawsze będą doświadczenia pozytywne, ale to właśnie te, które wymagają od nas pracy nad sobą i wysiłku, kształtują nasz charakter i nasze człowieczeństwo. Bóg zła i cierpienia nie uczynił, ale dopuszcza je na człowieka, by przypomniął on sobie o swoim Stwórcy i podjął walkę o hart ducha. Cierpienie bowiem, o ile jest dobrze przeżywane, ma charakter ubogacający, kształtujący sumienie i zwracający człowieka ku Bogu. Dlatego właśnie św. Paweł Apostoł może powiedzieć, że „ilekroć niedomaga, tylekroć jest mocny” — zna bowiem budującą wartość cierpienia.

Cierpienie samo w sobie zawsze jest jednak czymś złym — zawsze jest bólem i trudem, jakkolwiek nie byłoby przeżywane. Można powiedzieć, że jest ono śmiercią — przynosi bowiem

człowiekowi powolne umieranie obecne na każdej płaszczyźnie ludzkiej egzystencji. Najgorszym jednak co może spotkać człowieka jest nie samo cierpienie, a osamotnienie w cierpieniu. Cierpienie bowiem przeżywane wspólnie z drugą osobą staje się jakby połową cierpienia. Dlatego też pochylając się nad tajemnicą cierpienia trzeba zwrócić uwagę na potrzebę obecności. Najpewniejszą obecnością jest zawsze Pan Bóg, który nigdy człowieka nie opuszcza — w najgorszych chwilach nosi go na swoich rękach, mimo, iż człowiek nie zawsze jest w stanie tego namacalnie doświadczyć. Drugą ważną obecnością jest drugi człowiek. Poczucie wsparcia doświadczanego od innego człowieka pomaga w przeżywaniu cierpienia. Jest bowiem umocnieniem pokazującym lub przypominającym wartość i sens życia osoby chorej.

Referat ten będzie składał się z trzech części: biblijnej, teologicznej i medyczno-etycznej. W pierwszej części zostanie przedstawiona biblijna interpretacja pochodzenia zjawiska cierpienia, a także przywołanie kilku fragmentów opisujących ludzkie zmagania i sposoby radzenia sobie z tym problemem. W drugiej części zostanie ukazana teologiczna refleksja dotycząca rozumienia i sensu cierpienia. W rozważaniach tych szczególnym punktem odniesienia stanie się List Apostolski Ojca Świętego Jana Pawła II „*Salvifici Doloris*” dotyczący spojrzenia na chrześcijański sens ludzkiego cierpienia. W trzeciej natomiast części nastąpi próba ukazania istotnej roli pomocy bliskich oraz służby medycznej w przyjmowaniu i przeżywaniu cierpienia ich podopiecznych.

Literatura

1. Jan Paweł II, *List apostolski „Salvifici Doloris” o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej, Wrocław 2001.

2. Curley M. P., *Zobacz siebie oczami Boga. 52 rozważania nad wartością człowieka*, Wydawnictwo Paulistki, Warszawa 2013.

3. Dąbrowski E., *Listy do Koryntian. Wstęp — przekład z oryginału — komentarz*, Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 1965.

4. Red. Deselaers M., *Dialog u progu Auschwitz. Tom 2. Perspektywy teologii po Auschwitz*, Wydawnictwo UNUM, Kraków-Oświęcim-Lublin 2010.

5. Jankowski A., *Horyzonty kosmiczne odkupienia w teologii biblijnej*, RBL R. 19: 1966 nr 1 s. 33-34.

6. Gieniusz A., *Cierpienia obecnego czasu „nie stanowią zagrożenia dla” (ouk aksia pros) chwały, która ma się w nas objawić [Rz 8, 18-30]*, CT T. 69: 1999 nr 3 s. 27-47.

7. Gieniusz A., *Trójjedyny wobec cierpień obecnego czasu wg Rz 8, 18-30*, RBL R. 52:1999 nr 3 s. 201-220.

8. Boyd F. M., *List do Rzymian. Cz. 1.*, Warszawa 1964.

9. Komasa M., *Znaczenie metafory skoloops te sarki (2 Kor 12, 7)*, RBL R. 11:1958 nr 3 s. 211-230.

10. Poczta Ojca Malachiasza, *Oto dany mi jest kolec aby mnie policzkował [2 Kor 12,7]*, TPow R. 16: 1962 nr 23 s. 8.

11. Słowa Boże. *Prymat miłości bliźniego. Quomodo cecidisti lucyfer!*, RBL R. 1: 1948 nr 3 s. 193-196.

БИБЛИНО-ПАТРИСТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ КОНЦЕПЦИИ ДОСТОИНСТВА ЧЕЛОВЕКА

Елена Григорьева

Люблинский католический университет им. Иоанна Павла II,
Институт Истории Церкви и Патрологии
Люблин (Польша)

1. Дефиниция: Что такое достоинство? Нормативный характер достоинства человека

Понятие «достоинство человека» говорит об исключительном положении человека в тварном мире; оно неразрывно связано с понятием «личность». Достоинство — это черта бытийно-личностной структуры человека, закорененная в том, что человеческая личность существует только и исключительно как цель любого действия и никогда как средство.

Достоинством одарены все люди без исключения, независимо от возраста, пола, уровня жизни или образования. Достоинство нельзя ни приобрести, ни утратить. Это конститутивная черта, которой характеризуется само существование человека.

О достоинстве можно говорить в двух аспектах — натуральном и сверхъестественном. Первый анализирует позицию человека в мире, в котором он является личностью, т.е. его разум, свободу и совесть, т.е. те элементы, от которых зависит, что несмотря на нахождение человека в материальном мире, он пре-

вышает его. Сверхъестественные аргументы относятся к учению Церкви, показывающей человека в перспективе Божьего сыновства, сотворенного по образу и подобию Бога и призванного к участию в божественной жизни, в чем и заключено достоинство и цель сотворения человека.

2. Идея достоинства человека в Ветхом и Новом Заветах

В Святом Писании нет терминологии, непосредственно говорящей о достоинстве человека. Первым текстом, в котором затронута эта тематика, является описание сотворения человека (Быт 1, 26–27), содержащим такие черты достоинства человека как, напр., равенство мужчины и женщины, их сотворение как одного для другого, господство над остальным миром.

В других текстах Св. Писания говорится о величии человека (Пс 8), цели его сотворения (Прем). Достоинство человека служит основанием его прав и обязанностей (Исх 20, 9–17; 21,2; Лев 19, 9.33).

В Евангелиях тема достоинства человека соотнесена с воплощением Иисуса Христа, который воспринял именно человеческую природу, соединив ее с божественной и тем самым придав ей эсхатологическое измерение. Достоинство человека обуславливает реализацию в его жизни закона любви, т.е. безусловной акцептации другого человека, даже если он является его врагом (Мф 5, 44), и закона свободы, освобождая его от ненависти и мести (ККЦ 1972).

3. Достоинство человека у Отцов Церкви

Понятие человеческого достоинства Отцы Церкви базировали, главным образом, на идее сотворения человека по образу и подобию Божию, а также на спасительном деянии Иисуса Христа (Иоанн Златоуст, Амвросий Медиоланский). В христианской апологетике показаны обязанности, которые продиктованы тем, что человек носит в себе достоинство чада Божьего, а именно: высоконравственная жизнь, доброта, смиренность, мужество, старание избегать греховных поступков, господство над страстями, любовь к ближним. Иларий Пиктавийский отделил досто-

инство, присущее человеку, от чувства собственного достоинства, осознают которое не все.

Христианская концепция достоинства человека стала одним из оснований юридического примата неприкосновенного достоинства человеческой личности и надлежащего ей уважения.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОЭТИКИ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Т.М. Пасиешвили, к.м.н., ассистент кафедры общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней,

Н.М. Железнякова, д.м.н., доцент кафедры внутренней медицины №1
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

В современном мире, в условиях стремительного развития биомедицинских технологий и наук, таких как, генная инженерия, генная терапия, трансплантология, репродуктология, весомое значение приобретают морально-этические аспекты жизнедеятельности и биобезопасности человека и общества, что и стало предпосылками для появления такой науки, как биоэтика. В современной медицине область этических вопросов обозначается различными терминами: «врачебная этика», «биомедицинская этика», «биоэтика», «медицинская этика», «медицинская деонтология», но основным моральным принципом, который вкладывается в эти понятия является принцип уважения прав и достоинств человека, интересы которого всегда должны быть выше интересов науки и общества.

Биомедицинские проблемы постоянно встречаются в практике врача, что требует от него не только медицинской, а и этически-правовой подготовки, поэтому внедрение в учебный процесс подготовки будущих врачей основ биоэтики и биобезопасности является обоснованным и целесообразным, так как способствует формированию этического и морального сознания. При преподавание основ биоэтики на практических занятиях с будущими врачами разбираются основные понятия, задания и цели

биоэтики, нормы и законы современного мира, рассматриваются такие виды взаимодействий, как «врач-пациент» и «врач-родственник пациента» с учетом основных принципов и правил биоэтики: «не навреди», «делай благо», принцип уважения автономии личности, принцип справедливости. Особое место в программе обучения студентов-медиков выделяется медицинской тайне, как подтверждению принципа уважения к пациенту, его человеческому достоинству, праву на конфиденциальность. Ведь разглашение профессиональных тайн, что в современном мире, к сожалению, не такая и редкость, может нанести ущерб благополучию пациента, как моральный, так и материальный. Поэтому уже со студенческих лет будущие медицинские работники должны приучить себя к особой моральной дисциплине в обращении с профессиональной информацией.

Также одним из заданий, которые ставятся перед преподавателем является формирование у студента биоэтического мышления и биоэтических представлений касательно рационального назначения лекарственных препаратов и лечебных мероприятий. Ведь если лечение включает в себя болезненные или неприятные процедуры, причиняет физические страдания, и вред объективно неизбежен, необходимо, чтобы, ожидаемое в результате медицинского вмешательства благо, превышало причиняемый ущерб. Основная стратегия развития биоэтического мышления у студентов это активное и свободное обсуждение дискуссионных вопросов, таких как, эвтаназия, суррогатное материнство, аборт, трансплантология, использование стволовых клеток, клонирование, проведение экспериментов над людьми и животными.

Овладение базовыми знаниями и понятиями врачебной этики должно быть неотъемлемым составляющим образовательной программы в высших медицинских учебных учреждениях с целью формирования биоэтического сознания и осмысления основной задачи биоэтики — сохранения жизни на Земле и здоровья человечества.

БИОЭТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

К.П. Лазаренко, ассистент кафедры гигиены и экологии №2
Харьковский национальный медицинский университет
Харьков (Украина)

Забота о детях всегда являлась приоритетным направлением как в социуме, так и в медицине. Все дети и подростки, должны полноценно развиваться, расти здоровыми и счастливыми, стать достойными гражданами — это задача номер один для всех государств без исключения.

Не зря во всех странах принято незыблемое правило: спасать в первую очередь женщин и детей, а ВОЗ оценивает социально-экономическое развитие страны с точки зрения успехов детского здравоохранения.

В Украине идет углубленная и регулярная диспансеризация подростков. Особое внимание уделено вакцино-профилактике, доступности для детей и подростков качественных лекарственных препаратов, ранней диагностике туберкулёза, онкологических и иных социально значимых заболеваний. В краткосрочной перспективе планируется заметно улучшить доступность и качество медицинской помощи матерям и детям, значительно повысить квалификацию сотрудников детских медицинских учреждений.

В связи с этим особую значимость приобретает вопрос ювенияльной биоэтики и её активного применения в педиатрии.

Этот раздел медицинской науки активно развиваются с древних времён и по сегодняшний день. Термин «ювенияльная биоэтика» обозначает весь комплекс этических проблем, решаемых в акушерско-гинекологической службе, неонатологии и педиатрии. Она охватывает весь цикл материнства и детства: момент планирования беременности, её вынашивание, роды и взросление ребёнка вплоть до 17 лет.

В структуре заболеваемости детей особое место принадлежит нарушениям опорно-двигательного аппарата, в том числе искривлением позвоночника. Распространенность сколиоти-

ческой болезни составляет в разных возрастных группах среди детей и подростков до 35% .

Дети — инвалиды которые с момента своего рождения или в более отдаленный период времени оказались в трудной жизненной ситуации и социализация которых значительно затруднена (к ним относятся дети-инвалиды из специализированных интернатов, дети из домов малютки и детских домов, беспризорные дети и т.д.), представляют сложную социально-медицинскую проблему, решение которой связано в том числе с особыми подходами биоэтического сопровождения, включая такой важный элемент лечебного процесса, как информированное согласие на выполнение высокотехнологичной и часто опасной медицинской процедуры.

Дети с прогрессирующими формами сколиоза — это реальные инвалиды, пополняющие социально неустроенную категорию населения. Все это сказывается на динамике развития умственных и познавательных способностей детей, очень редко выражается в процессе обучения таких больных детей в условиях обычных общеобразовательных школ. Повышенная утомляемость, психологическая перегрузка от быстрой сменяемости учебных ситуаций и другие факторы социально-психологического характера ведут к тому, что у таких детей падает мотивация обучения, возникает чувство неуверенности в себе, что переходит в дальнейшем в замкнутость.

При данном заболевании происходят не только глубокие физические изменения в позвоночнике и внутренних органах ребенка, требующих соответствующей коррекции, но и серьезные нарушения в развитии психозмоциональной сферы, связанные с социально — психологической дезадаптацией личности.

Как и все другие дети, ребенок с ограниченными возможностями обеспечивает процесс развития через освоение социального опыта, социализацию, включение в жизнь общества. Однако путь, который он должен пройти для этого, значительно отличается от общепринятого: физические и психологические недостатки меняют, отягощают процесс развития, причем каждое нарушение по-своему меняет развитие растущего человека.

С потерей прежних идеалов у детей с дефектами развития теряется вера в возможность собственными силами справиться с недомоганиями своего здоровья и в перспективе гарантированного трудоустройства. В результате растет напряженность в общении их с окружающими людьми и друг с другом.

В связи с этим особую значимость приобретает вопрос ювeнильной биоэтики и ее активного применения при сопровождении детей-инвалидов, в частности, детей с патологией опорно-двигательного аппарата.

С учетом высокого познавательного уровня детей, особенностей их психосоциального развития, пережитого личного опыта необходимо осознавать повышенную степень трагизма в их ощущениях и стараться избегать невольной психологической травмы ребенка, который может случиться (и, как правило, носит затяжной характер) после не самой продуманной в деталях беседы врача или преподавателя с ним (в присутствии или без родителей) по поводу объявления неблагоприятного диагноза, неудовлетворительных оценок и т.д.

Важность биоэтического сопровождения медицинской помощи детям объясняется тем, что дети — это будущее нации и забота об их благополучии равносильна заботе о процветании государства, его культурных, социальных, научных и экономических достижениях.

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ПРОВЕДЕНИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Л.М. Пасиешвили, д.м.н., профессор, зав. каф. общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Одним из направлений деятельности любой клинической кафедры в ВУЗе является проведение научных исследований, направленных на совершенствование методов диагностики и

лечения определенного контингента лиц. Такое исследование, планируемое чаще всего на три года работы, определяет научные изыскания кафедрального коллектива, его возможности с учетом курируемых отделений (общесоматическое, кардиологическое, эндокринологическое и другие), а также интерес исследователей к выдвигаемой проблеме. Кроме того, обычно такая направленность научной работы позволяет молодым научным сотрудникам (магистрам, аспирантам, клиническим ординаторам) участвовать в исследовании, разрабатывая отдельные направления в предложенной тематике.

В основе любой проводимой научной работы лежит объект исследования — нозологическая форма или сочетанное течение заболеваний (что в настоящий момент бывает гораздо чаще), определяющая контингент исследуемых больных. Рассматривая больного в контексте его прав как индивидуума, проведение исследования должно проводиться только с его согласия, подтвержденного письменным соглашением. При этом любая научная работа с участием больных подразумевает соблюдение биоэтических норм. С этой целью в нашей Университетской клинике при Харьковском национальном медицинском университете создана комиссия по биоэтике, которая на этапе планирования работы оговаривает ряд необходимых условий его проведения. Особенностью созданной комиссии является не только участие ведущих специалистов клиники различных медицинских направлений, но и введение в ее состав духовного лица (в нашем случае - представителя православной церкви), что позволяет соблюсти не только врачебные, но и этические моменты. Кроме того, клирик Харьковской епархии Евгений до обращения к церкви на протяжении многих лет работал врачом-реаниматологом в клинической больнице, что, несомненно, помогает в такой работе.

Разработанные положения информированного согласия, которые предоставляются больным, участвующим в исследовании, оговаривают все возможные манипуляции и исследования. Однако, не всегда беседа с исследователем заканчивается положительным решением. В последнее время довольно часто с подачи средств массовой информации рассматриваются экс-

ключивные порой недоказанные, но «ужасающие примеры» случаев врачебных ошибок. Причем театральная подача этих случаев с душераздирающими примерами и комментариями вызывает негативное отношение населения к врачам вообще, а при нахождении на лечении амбулаторно или в стационаре блокирует многие попытки медицинского персонала к проведению лечебных манипуляций. Причем в большинстве случаев пациентами между собой обсуждаются какие-то примеры из опыта знакомых и соседей, а также «сарафанное радио», которые вызывают отрицательный отклик больных. Причем, что в этих примерах главное, так это то, что никто лично этого не видел, но все, участвующие в обсуждении, горячо обсуждают.

Такая «помощь» журналистов, соседей и знакомых довольно часто блокирует проведение полноценного лечения. В таком случае длительная, иногда часовая беседа, в которой никогда не используются приказные или очень настоятельные методы работы, позволяют изменить мнение больного.

Мы пытаемся разъяснить пациенту, почему необходим данный объем исследований, с чем связано назначение дополнительных мероприятий в каждом конкретном случае, объясняем механизм действия препаратов, причем без утайки говорим о возможных побочных явлениях. И в таких ситуациях нам довольно часто помогают пациенты, которые участвуют в данных исследованиях. На личном примере они объясняют коллеге по несчастью о тех положительных моментах, которые обусловили их участие в исследовании.

Довольно часто положительным аргументом участия в такой работе является возможность в последующем общаться с исследователем, как на уровне телефонного звонка, так и личной беседы. Причем уровень сотрудника университета, его научное звание, доступность в беседе довольно часто бывают определяющими.

Как уже было сказано, мы никогда не настаиваем на участии больного в исследовании, мы только предлагаем такую возможность, оговаривая положительные стороны работы. Несогласие больного никогда не сказывается на его дальнейшем пребывании в стационаре или лечении на амбулаторном этапе, на отно-

шении к нему. Т.е. соблюдение принципов биоэтики позволяет не только «обезопасить» себя от возможных негативных моментов, но и войти в более доверительный контакт с больным, что позволит обеспечить эффективность проводимой терапии.

СУЩНОСТЬ И СОДЕРЖАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ ПО ОЦЕНКЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Н.Г. Харкевич, д.м.н., профессор;
Г.Г. Бурак, к.м.н., доцент;
И.А. Чиркина, к.м.н., доцент;
И.В. Самсонова, к.м.н., доцент;
В.В. Ольшанникова, к.м.н., доцент;
Г.Г. Кобец, ст. преподаватель;
Т.И. Ким, ассистент

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

Актуальность. Нам представляется, что врачебная этика в современных условиях — важный, обязательный и ответственный раздел медицинской науки и врачебной деятельности: многоликий по своему содержанию, по благородству и взаимосвязи решаемых задач, включающих вопросы должного отношения врача к родственникам больного, к своим учителям, взаимоотношений между врачами.

Содержание врачебной этики в современных условиях включает в себя высокий профессионализм медицинских работников, культуру речи врачей и среднего медицинского персонала, организацию медицинской помощи на всех уровнях практического здравоохранения, ответственность медицинских работников за выполнение своих действий в соответствии с Конституцией Республики Беларусь и положениями законодательства о здравоохранении, особенностями профессии врача [1, 2, 3].

Мы убеждены, что деликатные и принципиально важные особенности врачевания, обозначаемые в совокупности термином «врачебная этика» не имеют однозначно взвешенного и

общепринятого научно-практического понимания.

Цель исследования. Выяснить мнение преподавателей и студентов медицинского университета об основополагающих нормах медицинской этики и на основе полученных результатов оценить их место в формировании врачебной этики и деонтологии у обучающихся и обучающихся медицине с последующим использованием в учебно-методическом процессе и практической деятельности медицинских работников всех уровней образования.

Материал и методы. Материалом исследования явились результаты анкетирования респондентов: преподавателей кафедр медико-биологического профиля — 58 человек, студентов 4–6 курсов медицинского университета — 67 человек.

Все респонденты индивидуально отвечали на вопросы стандартной анкеты, в которой составляющие медицинской этики были обозначены по алфавиту — бескорыстие, вежливое отношение, доброжелательность, заботливость, коммуникабельность, профессиональная компетентность, сострадание, требовательность к себе, чувство долга, эрудированность и интеллигентность.

После ознакомления с приведенными характеристиками, респонденты оценили их цифрами от 1 до 10 в соответствии с пониманием ими значимости норм, определяющих благородство отношений врача и пациента. Цифровые данные суммировались и обрабатывались статистически.

Результаты и обсуждение. Средние цифровые данные, отражающие мнение респондентов о человеческих достоинствах, определяющих содержание врачебной этики, представлены в таблице.

№ п/ п	Респонденты		Преподаватели университета	Студенты университета (4-6 курсы)
	Нормы врачебной этики			
1	Бескорыстие		2,89	6,56
2	Вежливость		5,75	5,2
3	Доброжелательность		5,75	5,72

4	Заботливость	6,53	4,92
5	Коммуникабельность	4,12	6,02
6	Профессиональная компетентность	9,27	3,74
7	Сострадание	4,5	6,54
8	Требовательность к себе	5,65	5,32
9	Чувство долга	5,27	6,35
10	Эрудированность и интеллигентность	5,37	4,78

Анализ результатов исследования позволяет сделать (по меньшей мере!) два принципиальных вывода:

1. Преподаватели медицинского университета однозначно считают, что взаимоотношения медицинских работников всех уровней и пациентов определяются (прежде всего, и в наибольшей степени) профессиональной компетентностью высшего и среднего медицинского персонала в сочетании с их эрудицией и интеллигентностью.

2. Студенты университета отдают предпочтение гуманным качествам медицинских работников — бескорыстие, вежливость, доброжелательность, сострадание, считая профессионализм врачей чем-то «второстепенным» в биоэтике.

Мы думаем, что последнее обстоятельство связано с недостаточным пониманием студентами самой сущности врачебной этики и деонтологии — главной задачей которых является не убаюкивание пациентов, а избавление их от страданий. Успех в лечении пациентов и оздоровлении населения может совершенствоваться двумя путями: а) повышением профессионализма медицинских работников на всех этапах обучения врачеванию и б) на формировании в них гуманных качеств, для чего должны разрабатываться новые подходы и концепции, новая методология, основанная на нынешней социальной ситуации.

Для успешного решения этих задач необходима аргументированная мотивация овладения содержанием и нормами врачебной этики. В целом врачебная этика предполагает доброжелательное и участливое отношение к больному с максимальной

отдачей своих умений и знаний, основанных на высоком профессионализме в постоянном самосовершенствовании.

Литература

1. Капица С.П., Юдин Б.Г. Медицина XXI века: этические проблемы//Знание. Понимание. Умение.— 2005. — №3. — С. 75–79.
2. Король К.М. Проблемы медицинской этики за рубежом//Медицина.— 1998. — №2. — С. 14–15.
3. Мишаткина Т.В. Этика: учебное пособие.— Минск: Новое издание, 2008. — 584 с.

ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ — ОБУЧЕНИЕ БЕЗ РИСКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА И МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Е.М. Есипова

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

Подготовка квалифицированного специалиста невозможна без контакта и общения с реальными пациентами, но все чаще безопасность пациента и его благополучие представляют фундаментальную этическую проблему. В 2009 году Всемирным альянсом за безопасность пациентов при поддержке ВОЗ было опубликовано Руководство по обеспечению безопасности пациентов для медицинских учреждений образования. В нем отмечается, что медицинские учреждения образования должны создать безопасную и надежную образовательную среду для обучения клиническим умениям. Одним из способов достижения этой задачи является симуляционное образование. Обучение клиническим умениям с использованием манекенов, тренажеров, симуляторов и стандартизированных пациентов под наблюдением преподавателя предоставляет возможность обучаемым делать ошибки в безопасной среде и исправлять их, без необходимости объяснения случившегося пациенту или безутешному родственнику. Сегодня уже доказано, что симуляционное обучение, дополняющее клиническое обучение, поз-

воляет обучающемуся достичь более высокого уровня клинической компетентности. Хотя симуляционное обучение во всем мире уже давно и прочно претендует на роль образовательных стандартов практической медицины, в нашей стране оно получило свое развитие сравнительно недавно. Основной причиной повышенной востребованности симуляционного обучения является необходимость качественного оказания медицинской помощи, позволяющее обеспечивать безопасность пациентов.

Симуляционные технологии (имитация профессиональной деятельности):

- позволяют решать этические проблемы;

- создают условия для выработки и поддержания навыков профессиональных действий в редких ситуациях, необходимых каждому специалисту (например, сердечно-легочная реанимация), а профессиональное действие может быть неоднократно повторено для выработки умения;

- способствуют достижению компетентности и безопасности, в условиях максимально приближенным к реальным, но безопасным для пациентов;

- сокращают количество и последствия медицинских ошибок, которые могут быть определены, обсуждены и исправлены, что увеличивает безопасность пациентов.

В основе симуляционной технологии лежит имитационный тренинг по отработке практических навыков и умений. Система обучения построена на методе получения знаний от простого к сложному — начиная от простых манипуляций, заканчивая отработкой действий в имитированных клинических ситуациях. Осознание того, что надо быть всегда готовым к редко встречающимся в их профессиональной каждодневной практике ситуациям, нацеливает учащегося на регулярные тренинги и ответственное отношение к выполняемым манипуляциям.

Сценарный подход к обучению в симуляционной технологии связан с реализацией проблемной методики обучения и направлен на построение в рамках урока ситуации коллективной деятельности. Дидактический сценарий строится вокруг создания на занятии ситуации предполагающей усвоение и закрепление учебного материала с помощью метода моделирования

различных критических ситуаций с использованием элементов импровизации, актерского перевоплощения и вхождения в образ, а также театрализации. Сценарный подход может предусматривать различные варианты развития ситуации. В ситуации может варьироваться уровень сложности заданий, степень самостоятельности их выполнения, глубина освоения темы.

Применение методики «стандартизированный/симулированный пациент» формирует у обучающихся клиническое мышление, и дает возможность отработать психологические основы взаимодействия «пациент-медработник». Суть метода заключается в том, что в роли пациента выступает специально обученный актер (учащийся), способный в большой степени достоверности инсценировать тот или иной клинический признак критической ситуации. Преимущества использования сценарного подхода в обучении — это простота освоения учебной задачи преподавателем, в связи с концентрацией в сценарии теоретических и практических знаний по учебной задаче.

Симуляционное обучение, сценарный подход к обучению позволяют многократно и точно воссоздавать типичные или нестандартные клинические ситуации, что дает возможность адаптировать критическую ситуацию под каждого обучающегося.

В условиях симуляционного обучения деятельность обучаемых должна быть направлена не только на освоение отдельных навыков, но и на работу в команде, выработку этических форм профессионального поведения и навыков общения с пациентом. Для многих это возможность преодолеть профессиональный страх при виде пациента в критической ситуации, для других проявить свой лидерский потенциал. Многократное повторение алгоритмов оказания помощи, отработка практических навыков — «обучение до результата», взгляд на свои действия со стороны, способность к самоанализу, усиление мотивации к обучению — вот всего лишь небольшой перечень положительных моментов от проведенных занятий.

Таким образом, симуляционное обучение позволяет:

— создать клиническую ситуацию максимально приближенную к реальной практике без риска для пациента и многократ-

но самостоятельно отработать мануальные навыки с правом на ошибку, недопустимую в жизни;

— отработать алгоритмы действий каждого обучающегося и группы в целом;

— выбрать тактику оказания неотложной помощи в различных неотложных ситуациях в соответствии с существующими стандартами.

Симуляционное обучение действительно способно исправить многие недостатки в практической подготовке медицинского персонала, но оно недешевое и имеет еще один недостаток — недолгосрочный эффект, если навыки периодически не закрепляются.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА: ОЦЕНКА ПРАВОМЕРНОСТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

М.Ф. Яблонский, профессор кафедры судебной медицины;

С.Ю. Девярых, к.псих.н., доцент,

А.А. Буйнов, ст. преподаватель,

А.Г. Денисенко, к.м.н., доцент;

О.А. Федчук, ст. преподаватель

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

Введение. Одним из основных понятий медицинской этики, деонтологии и медицинского права является врачебная тайна.

Право на защиту от незаконного вмешательства в личную жизнь каждого гражданина в Республике Беларусь гарантировано Конституцией (ст. 28). Право о профессиональной (врачебной) тайне закреплено законами Республики Беларусь «О здравоохранении», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и другими нормативными актами.

Сохранность врачебной тайны гарантируется законодательно и обеспечивается путем установления определенных запре-

тов и юридической ответственности за ее разглашение.

Требования норм законной передачи информации третьим лицам о состоянии здоровья пациента изложены в ст. 46 Закона о здравоохранении Республики Беларусь.

Уголовным Кодексом (УК) Беларуси установлена ответственность за разглашение врачебной тайны (ст. 178) и незаконное соби́рание либо распространение информации о частной жизни граждан (ст. 179).

Цель исследования. Определение содержания врачебной тайны и правомерности передачи сведений третьим лицам о состоянии здоровья пациента.

Материалы и методы. Анализ положений национального законодательства и правовой литературы, относящихся к вопросам правовой охраны сведений, составляющих врачебную тайну.

Результаты и обсуждение. Врачебную тайну составляет информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания, результатах диагностических исследований и лечения, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках связанных с медицинским вмешательством, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при его обследовании, лечении, а в случае смерти — результаты патологоанатомического вскрытия. Это сведения, полученные медицинскими, фармацевтическими или иными работниками в процессе исполнения ими профессиональных или служебных функций.

При оказании психиатрической помощи к врачебной тайне относится информация о факте обращения пациента за оказанием психиатрической помощи и состоянии его психического здоровья, сведения о наличии психического заболевания, диагнозе, иные сведения, в т.ч. личного характера, полученные при оказании пациенту психиатрической помощи. Уголовным Кодексом предусмотрен и такой квалифицирующий признак как разглашение врачебной тайны, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ-инфекции или заболевания СПИД. В Республике Беларусь решение вопроса о врачебной тайне регулируется специальным правовым режимом. Информация,

составляющая врачебную тайну, третьим лицам не допускается без согласия пациента или лиц указанных в Законе о здравоохранении (родители, опекуны, попечители, супруг, близкие родственники пациента). В тоже время законодательство допускает предоставление информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя, по запросу в письменной форме:

— Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, главных управлений, управлений (отделов) здравоохранения областных и исполнительных комитетов и Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета в целях организации оказания медицинской помощи пациенту, осуществления в пределах их компетенции контроля за правильностью ее оказания или при угрозе распространения инфекционных заболеваний, а также при осуществлении государственного санитарного надзора;

— организаций здравоохранения в целях организации оказания медицинской помощи пациенту или при угрозе распространения инфекционных заболеваний;

— органов уголовного преследования и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

— органов внутренних дел о явке (неявке) лица, обязанного возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении, в государственную организацию здравоохранения для прохождения медицинского осмотра, а также о прохождении (непрохождении) этим лицом медицинского осмотра;

— органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность, в связи с осуществлением такой деятельности;

— при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, для сообщения в правоохранительные органы;

— в иных случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Беларусь.

Ст.177 УК предусмотрена уголовная ответственность за умышленное разглашение тайны усыновления против воли усыновителя или усыновленного.

Обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками распространяется также на лиц, которым в установленном Законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну. Эти лица наравне с медицинскими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба за разглашение врачебной тайны несут гражданско-правовую, дисциплинарную, административную или уголовную ответственность.

Выводы: Возникновение института врачебной тайны обусловлено необходимостью предоставления морально-этических и правовых гарантий пациенту по сохранению конфиденциальности сведений, полученных в результате оказания медицинской помощи.

Врачебная тайна относится к информации с ограниченным доступом. Необходимость её правовой защиты определяется составом и объемом сведений, включаемых в данное понятие. Сохранность врачебной тайны гарантируется законодательно и обеспечивается путём установления определенных запретов и юридической ответственности за её разглашение.

Литература

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004г.)
2. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» Принят 18.06.1993, в ред. от 10 июля 2012 г. № 426-3/ Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Минск, 2005. — Режим доступа: pravo.by. — дата доступа 29.05.2014.
3. Комментарий к Уголовному кодексу Республики Беларусь / Под ред. А.В. Баркова. — Мн.: Тесей, 2003. — 1200 с.
4. Уголовный кодекс Республики Беларусь, 9 июля 1999 г. № 275-3, в ред. от 12.07.2013 /Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Минск, 2005. — Режим доступа: pravo.by. — дата доступа 29.05.2014.

ГУМАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Н.Г. Харкевич, д.м.н., профессор,
А.М. Мясоедов, председатель профкома студентов
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

В начале XXI века стало очевидно, что бурное развитие научно-технического прогресса, сопровождаемого идеологией антропоцентризма, отрицательно сказалось на состоянии окружающей среды. Сегодня стало очевидным, что жить в гармонии с природой и уважать любое проявление жизни на Земле — необходимые ценностные ориентиры для выживания и нормального существования человечества. Отрадно, что Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2030 года, как основная идеология и стратегия, определяющая в ближайшем будущем цели, этапы и направления перехода Республики Беларусь к постиндустриальному обществу и инновационному развитию страны учитывает в качестве основополагающих ценностей и приоритетов *всестороннее развитие личности, повышение стандартов жизни человека и обеспечение благоприятной окружающей среды* [1].

Сегодня стало очевидным, что развитие науки, с одной стороны, и устойчивая тенденция к гуманизации отношений в социуме, с другой, свидетельствуют о том, что глобальными ориентирами для человечества в XXI веке должны стать такие нравственные доминанты как ответственность, этический рационализм, добро, отношение ко всему живому как к самому себе и т.п. Воспитать эти приоритеты и транслировать их можно через систему образования, которое предполагает не только усвоение определенных знаний, умений и навыков, но главное — выработку у специалистов глубокой убежденности в необходимости неукоснительного соблюдения морально-нравственных норм, правил и принципов, определяющих их деятельность.

Важнейшая задача медицинского образования в XXI веке — создание у студентов системы ценностных ориентиров и руководство ими в будущей профессиональной и обыденной деятельности. Выработать данную целостную систему координат можно на основе ценностей глобальной биоэтики, которая способствует формированию личности нового типа, обладающей особым мышлением, этической рефлексией над всеми явлениями и процессами. Данная личность в своей деятельности руководствуется системой ценностных ориентиров, базирующихся на сострадании, милосердии, порядочности, уважительном отношении ко всем формам жизни на Земле.

В г. Минске 16-18 декабря 2015 г. на базе МГЭУ имени А.Д. Сахарова БГУ при поддержке Министерства здравоохранения, Министерства образования Республики Беларусь, финансовой поддержке ЮНЕСКО и консультативной поддержке Национальной комиссии по делам ЮНЕСКО Республики Беларусь прошла Республиканская научно-практическая конференция с международным участием *«Глобальная биоэтика в социальном измерении: образование и просвещение молодежи»*. Одна из секций данной конференции была посвящена проблеме гуманизации в обращении с животными и называлась *«Гуманное образование: биоэтика на защите прав животных»*. Почему человек забирает право на жизнь у животных? Уничтожая живое, мы разрушаем экологическое биоразнообразие. Защитой прав животных сегодня занимается новая наука — глобальная биоэтика [2], которая исходит из принципа уважения жизни каждого живого, сохранения биоразнообразия, экологической справедливости.

В начале XXI века животные стали иметь больше прав на жизнь и автономию (т.е. невмешание в их жизнь человека) [3]. Так, например, в Германии с 2002 года права животных защищаются Конституцией, в Индии дельфины и киты обрели статус личностей с их собственными правами. С 2004 года в Европе запретили тестировать косметику на животных, а с 2013 года продавать такую косметику. С 2009 года обезьяны в Испании перестали быть не только подопытными, но и получили права, приравненные к человеку. Во многих европейских странах запретили использовать труд диких животных в цирке, пос-

кольку признали, что — это жестоко. В мире уже существуют общественные организации, например, «Врачи против экспериментов на животных» (Германия), «Vita» (Россия), InterNiche (международный центр по замене животных альтернативными источниками), которые все активнее выступают за права животных и за отмену опытов на животных.

Сегодня для Республики Беларусь актуальным является принятие комплексного закона защищающего права животных.

Подопытные животные в медицине служат, с одной стороны, благому делу: учат будущих врачей хирургическим навыкам, на них апробируют лекарственные средства, косметику. Но можно ли при этом обойтись без мучений и минимизировать гибель живых существ? В последние годы все чаще многие специалисты заявляют, что с развитием науки и информационных технологий около 75% опытов на животных можно заменить альтернативными методами. Необходимо создать учебно-виртуальный практикум, активно использовать обучающие видеофильмы, муляжи, манекены, компьютерные программы (например, позволяющие даже делать виртуальные операции). Главная проблема вузов — это закупить данные альтернативные технологии.

На сегодняшний момент около 10 вузов Республики Беларусь перешли на альтернативные гуманные методы обучения: УО «БГМУ», УО «ГрГУ имени Я. Купалы», УО «ГрГМУ», УО «Гродненский аграрный университет», УО «Полесский государственный университет, УО «МГЭУ имени А.Д. Сахарова БГУ» и УО «БГУ» [3].

На данном этапе в УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинском университете» пока все еще массово используют, например, кроликов для отработки хирургических навыков. Необходимо все же следовать мировой тенденции соблюдения прав животных, внедрить где это возможно альтернативные методы и минимизировать участие животных в экспериментах. У студентов в процессе обучения должны сформироваться уважение и забота ко всему живому, своим пациентам, как клинический навык.

Литература

1. Экономический бюллетень НИЭИ Министерства экономики Республики Беларусь. — 2015. — № 4 (214). — С. 6 // [http: economy.gov.by/ru/macroесопоту/](http://economy.gov.by/ru/macroесопоту/). Дата доступа: 11.01.2016 г.
2. Глобальная биоэтика в социальном измерении: словарь-справочник / под ред. Т.В. Мишаткиной. — Минск : Институт радиологии, 2015. — С. 6.
3. В. Артеага. Гуманизм для подопытного кролика // Рэспубліка. — 2016. — № 3 (6401), 12 студзеня 2016. — С. 13.

ПИТАНИЕ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

М.А. Щербакова, к.б.н., ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии,

В.О. Рябицкая, студентка факультета социальной педагогики и психологии

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

Актуальность. Проблема питания связана с тем, что многие нарушения пищевого поведения и качественно — количественный состав пищи оказывают неблагоприятное воздействие на организм человека, увеличивая риск развития большинства социально-значимых заболеваний. С неправильным питанием связывают не менее 50% случаев сердечно-сосудистых заболеваний, около 40% случаев рака лёгких, ободочной и прямой кишки, почек, предстательной железы, мочевого пузыря у мужчин и около 60% случаев рака молочной железы, матки, почек, кишечника у женщин. Кроме того, результатом неправильного питания является ожирение и высокий риск развития на этом фоне сахарного диабета 2 типа. По данным статистики, сахарный диабет встречается у 35% — 50% лиц с повышенной массой тела [1].

Здоровое питание требует поступления с пищей необходимого количества энергии, а также достаточного потребления незаменимых пищевых веществ, в число которых входят витамины, микроэлементы, незаменимые аминокислоты и незаменимые жирные кислоты. Потребности человека в различных

пищевых веществах связаны с его энергетическими потребностями, возрастом, полом, ростом и весом. На потребность в пищевых веществах влияют также такие факторы образа жизни, как уровень физической активности, стресс, курение, потребление алкоголя. Ни один пищевой продукт в отдельности не содержит всех пищевых веществ в оптимальных количествах и правильных соотношениях. Поэтому сбалансированное питание возможно только при употреблении разнообразных пищевых продуктов. К сожалению, жизнь современного человека все больше отдаляет его от природы, создавая определенные, часто серьезные, проблемы в области питания и здоровья. Питание современного человека, как, в общем, и всё в нашей жизни, претерпело существенные эволюционные изменения. Изменился темп жизни. На нормальный приём пищи зачастую просто не хватает времени. И в результате, пищевой рацион строится из сплошных перекусов и перехватов, набегу или в перерывах между срочными делами. Появляются новые технологии и новые продукты питания.

Именно поэтому научный подход к питанию и внедрение принципов здорового питания на практике являются необходимым для обеспечения высокого уровня качества жизни человека. Рассматриваемая нами проблема является актуальной и практически значимой, нашедшей свое отражение в работах многих исследователей (А.В. Баран, М.М. Безруких, В.И. Белов, М.М. Дубенецкая) [1].

Цель. Изучить питание как социальный фактор, влияющий на здоровье.

Материалы и методы исследования. Теоретические (анализ психологической, медицинской литературы в аспекте изучаемой темы, анализ и обобщение опыта, моделирование, сравнительный метод); эмпирические (включенное наблюдение, анкетирование, беседы), констатирующий эксперимент. Анкетирование проводилось среди населения города Витебска.

Результаты исследования. Результаты исследования показали сформированность у респондентов основных показателей по здоровому образу жизни: здоровье - это состояние полного, физического, душевного и социального благополучия и способ-

ность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям внешней и окружающей среды и естественному процессу сохранения, а также отсутствие болезней и физических дефектов. Признаками здоровья являются: специфическая (иммунная) и неспецифическая устойчивость к действию повреждающих факторов; показатели роста и развития; функциональное состояние и резервные возможности организма; отсутствие и уровень какого-либо заболевания или дефекта развития; уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок.

Более 50% анкетированных отметили, что социальные факторы оказывают значимое влияние на состояние здоровья, которое имеет прямую зависимость. Это значит, что социальные факторы через образ жизни, состояние окружающей среды, состояние здравоохранения в целом формируют индивидуальное, общественное и групповое здоровье.

Социальные факторы зависят от социально-экономической структуры общества, уровня культуры, образования, обычаев, традиций, производственных отношений между коллегами на работе, социальных внутрисемейных установок. Большинство из этих факторов входит в общее понятие «здоровый образ жизни». Его влияние на развитие и здоровье человека составляет свыше 50% среди всех факторов. Нужно отметить факт, что опрошенные убеждены в том, что питание человека в основном регулируется социальными предпосылками. Принципы рационального питания также находят понимание у большей части опрошенных. Участники анкетирования осведомлены о роли рационального и полноценного питания и его влиянии на здоровье. Многие респонденты используют эти знания при организации своего рациона.

Результаты исследования показали, что опрошенные убеждены в том, что питание человека в основном регулируется социальными предпосылками. Принципы рационального питания также находят понимание у большей части опрошенных, так как участники анкетирования были осведомлены о его роли и влиянии на здоровье человека. Многие респонденты используют принципы рационального питания при организации своего суточного рациона.

Все анкетированные абсолютно убеждены в том, что полноценное питание должно быть максимально экологичным, избавленным от сторонних примесей, а также загрязняющих веществ.

Заключение. Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что питание является основным социальным фактором, влияющим на здоровье человека наравне с биологическими факторами.

Литература

1. Патент, Р.Л., Питание и здо ровье / Р.Л. Патент, М.М. Дубенецкая. — Минск.: Дикта, 2007.

ПИЩЕВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: СУЩНОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА

А.С. Метелица, к.п.н., доцент кафедры управления
и технологий образования

ГУДОВ «Витебский областной институт развития образования»

Ф.И. Шкирандо, корреспондент газеты «Мы і час»
ВГУ имени П.М. Машерова
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. К пищевой зависимости или пищевой аддикции (нарушениям пищевого поведения) относятся следующие психические расстройства: ожирение (чрезмерное употребление пищи, не сопровождаемое компенсирующими действиями); нервная анорексия (стремление к максимальной худобе и потере веса); нервная булимия (чрезмерное употребление пищи с последующим вызыванием рвоты или использованием слабительных средств).

Основная причина возникновения ожирения как пищевой зависимости, которой страдают женщины в возрасте 45–60 лет, — стремление получить положительные эмоции. Нервная анорексия и булимия чаще всего наблюдается у девушек в возрасте от 14 до 19 лет (свыше 90% всех случаев). Объясняется это тем, что в юношеском возрасте происходит становление самосозна-

ния и устойчивого образа «Я», а это является неотъемлемой частью образа собственного тела. В основе нарушений пищевого поведения находится формирование негативного отношения к собственному телу, которое может основываться на субъективных оценках окружающих людей, сравнении себя с образами, предъявляемыми журналами и телевидением. Исследованиями (Р. Бернс, И.С. Кон и др.) доказано, что существует тесная связь между «Я-концепцией» и восприятием собственного тела. Как отмечает Р. Бернс, положительная оценка своего внешнего облика в сознании человека, а также в суждениях окружающих может существенно повлиять на позитивность его «Я-концепции» в целом. Таким образом, если в сознании формируется отрицательная оценка своей внешности, это будет оказывать влияние на целостность «Я-концепции».

Материалы и методы исследования. При объяснении причин проявления нервной анорексии и булимии исследователи применяют комплексный подход и стремятся многосторонне рассмотреть возможные факторы риска. Лидирующими среди них являются социокультурные условия (социальное и семейное давление); психологические проблемы личности (когнитивные расстройства, угнетенное состояние). Немаловажную роль играют и биологические факторы.

Большинство исследователей гендерные особенности анорексии и булимии связывают с разным подходом к снижению веса у мужчин и женщин. Мужчины при попытке сбросить вес предпочитают увеличить физические нагрузки, женщины более склонны прибегать к ограничениям в еде. Следовательно, основными причинами нервной анорексии являются негативная оценка своей внешности, чаще не имеющая под собой объективных оснований (искаженное восприятие собственного тела), ложная интерпретация окружающими изменений внешности человека.

Ученые выделяют два типа нервной анорексии: ограничительный и очистительный. Первый тип характеризуется строгим соблюдением определенной диеты, при которой ограничивается потребление продуктов питания. Сначала люди отказываются от сладостей, мучного и жирного, затем исключают из

рациона многие другие продукты, необходимые для нормального функционирования организма. Нервная анорексия второго типа характеризуется потерей массы тела за счет искусственно вызываемой рвоты после приема пищи или применения слабительных средств.

При постановке диагноза нервной анорексии учитываются следующие характеристики: отказ поддерживать массу тела на минимальном для своего возраста и роста уровне; выраженный страх перед увеличением массы или объема тела; нарушения в восприятии собственной фигуры и массы тела; преувеличенное влияние этих внешних характеристик на самооценку или отрицание того факта, что нынешний вес ненормально мал; наличие у женщин аменореи.

Другим видом нарушений пищевого поведения в юношеском возрасте является нервная булимия, которая представляет собой расстройство, связанное с частыми приступами переедания, за которыми следует искусственно вызванная рвота или другие экстремальные компенсирующие действия.

Материалы и методы исследования. Выделяют следующие диагностические критерии нервной булимии: постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище даже в условиях ощущения сытости; попытки противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи с помощью таких приемов, как вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами, постоянные периоды голодания, использование препаратов, подавляющих аппетит; навязчивый страх ожирения.

Для булимии и анорексии существуют следующие общие признаки: озабоченность контролем веса своего тела; искажение образа собственного тела; изменение ценности питания в иерархии ценностей. У женщин, страдающих анорексией, возникают психологические проблемы в результате депрессии, снижения самооценки, нарушения сна. В социальной жизни женщины становятся замкнутыми, болезненно реагируют на замечания о своей худобе, ограничивают социальные контакты или, наоборот, расширяют их.

Проблема нарушения питания имеет большое значение и вызывает необходимость организации комплекса профилак-

тических мер, которые способствуют личностному развитию, осознанию жизненных ценностей, установок на здоровый образ жизни. Профилактика нарушений пищевого поведения осуществляется в следующих направлениях: диагностическом, консультативном, тренинговом и информационно-просветительском.

В рамках диагностического направления могут быть использованы методики, направленные на выявление склонности к пищевой зависимости, например, методики «Диагностика склонности к различным зависимостям» Г.В. Лозовой, «Склонность к зависимому поведению» (В.Д. Менделевич), «Склонность к отклоняющемуся поведению» (А.Н. Орел), «Предрасположенность к зависимому поведению» (В.Ю. Завьялова). Наряду с диагностикой склонности к зависимости необходима диагностика особенностей личности, которые могут оказывать влияние на развитие пищевой зависимости. Для диагностики уровня самооценки личности могут быть применены методика Дембо-Рубинштейн, а также методика исследования самооценки личности С.А. Будасси. Для выявления ценностных ориентаций - методика М. Рокича. С целью исследования особенностей образа «Я» можно использовать проективные методики (например, «Автопортрет»).

Консультативное направление заключается в индивидуальном консультировании лиц, столкнувшихся с проблемами, связанными с пищевым поведением. Консультирование включает в себя анализ причин возникновения проблемы, выявление потенциала личности для решения этой проблемы.

Выводы. Основные задачи проведения тренинговых занятий в рамках профилактики возникновения пищевой аддикции: формирование позитивного отношения к себе; обучение навыкам уверенного поведения; осознание жизненных ценностей и идеалов; обучение навыкам совладания со стрессовыми ситуациями; безоценочное принятие себя; развитие навыков эффективного межличностного взаимодействия; формирование установок на здоровый образ жизни; реализация моделей здоровьесберегающего поведения.

Информационно-просветительское направление включает

в себя организацию различных бесед, круглых столов, семинаров, дебатов, дискуссий с участием специалистов различного профиля — психологов, психотерапевтов, валеологов и др. В рамках этого направления может быть организован видеосалон с демонстрацией фильмов и видеороликов, посвященных профилактике формирования пищевой аддикции.

ЗАВИСИМОСТЬ ЧЕЛОВЕКА ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Е. А. Кунцевич, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии
УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»

И.В. Кунцевич, учащийся ГУО гимназия № 1
г. Витебск (Беларусь)

С развитием компьютерных технологий растет как число людей, активно использующих компьютер в рабочих целях, так и чрезмерно увлекающихся компьютерными играми и использованием интернета, так называемых компьютерных аддиктов (под термином аддикт мы будем понимать зависимых пользователей). Как и всему новаторскому, влиянию новых технологий в большей степени подвержено молодое поколение (10-30 лет).

В западных странах существует официальный термин «патологическое использование компьютера». В настоящее время этот термин («патологическое использование компьютера») употребляется для той категории лиц, которая патологически использует компьютер в целом, включая виды использования, не относящиеся к социальным. Хотя существование психологической зависимости от компьютерных игр и использования интернета все еще вызывает сомнения, как у специалистов, так и самих людей, увлекающихся современными компьютерными технологиями.

Главным образом, зависимость от современных компьютерных технологий выражается в двух основных формах: интернет-зависимость (интернет-аддикция); чрезмерная увлеченность компьютерными играми.

У этих двух форм есть как общие черты, так и отличия.

Общие чертами компьютерной зависимости является характерный ряд психологических и физических симптомов, тесно связанных между собой. Психологические симптомы: хорошее самочувствие или эйфория за компьютером; невозможность остановиться; увеличение количества времени, проводимого за компьютером; пренебрежение семьей и друзьями; ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером; ложь работодателям или членам семьи о своей деятельности; проблемы с работой или учебой.

Физические симптомы: синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц); сухость в глазах; головные боли по типу мигрени; боли в спине; нерегулярное питание, пропуск приемов пищи; пренебрежение личной гигиеной; расстройства сна, изменение режима сна.

Патологическое использование компьютера, возможно, не так опасно в своем влиянии на человека, как, например, алкоголизм или наркомания (химические зависимости). Однако очевидно, что компьютерная аддикция все же негативно влияет на личность человека.

Благодаря общению в Интернете люди, склонные к созданию зависимостей, компенсируют свои потребности в общении и чувстве защищенности. Чрезмерное влечение к общению в интернет крайне негативно влияет на личность пациента и его социальное общение.

За рубежом существует несколько он-лайн центров поддержки интернет-аддиктов. В российском интернете на сегодняшний день есть Служба Анонимной Помощи пользователям Интернет, предлагающая психологическую поддержку он-лайн с помощью ICQ - сетевой аналог «телефона доверия» и «Виртуальная психологическая служба». Как бы не были хороши виртуальные службы психологической помощи, все же большинство специалистов рекомендуют очную индивидуальную и/или групповую психотерапии, с акцентом на работе с образами, эмоциями, т.к. аддикты, как правило, испытывают значительные затруднения на эмоциональном плане. Учитывая определенные

трудности в осуществлении межличностных взаимодействий и социальной адаптации у лиц, страдающих интернет-зависимостью, в лечении предпочтительнее использовать именно групповые варианты психотерапии.

Таким образом, можно сделать вывод, что интернет-зависимость является одним из способов аддиктивной реализации, характерной для лиц, имеющих определенный преморбидный фон (т.е. личностные особенности, способствующие формированию собственно аддиктивной личности, либо аддиктивной реализации с помощью Интернет у уже сформировавшегося аддикта). Вряд ли стоит ожидать широкого распространения интернет-зависимости, о котором нас предупреждали СМИ, учитывая данные об этиологии и эпидемиологии данного расстройства, однако такие пациенты уже существуют «здесь и сейчас» и с течением времени меньше их не станет.

II. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

М.Ф. Яблонский, д-р мед. наук, профессор;

А.Г. Денисенко, к.м.н., доцент;

А.А. Буйнов, ст. преподаватель;

А.М. Тетюев, к.м.н., доцент, кафедра судебной медицины
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность исследования. Анализ заболеваний злокачественными новообразованиями различных групп населения и смертности от них позволяют органам здравоохранения разрабатывать и совершенствовать программы противораковой борьбы.

В докладе секретариата ВОЗ «Профилактика рака и борьба с ним» от 07 апреля 2005г. констатировано, что ежегодно во всем мире регистрируется более 10 млн. новых случаев заболеваний раком и более 6 млн. случаев смерти. В Республике Беларусь ежегодно выявляется 100 новых случаев онкологических заболеваний и регистрируется 52 случая смерти [1].

Опухоль без каких-либо клинических проявлений обычно развивается в течение достаточно длительного времени [3, 5]. Скорость роста раковой конкретной опухоли индивидуальна [3].

Многие авторы пишут, что рак, выявленный на ранних стадиях развития, может полностью излечиваться [1, 2, 4, 5]. Соблюдение правил индивидуальной профилактики в каждом конкретном случае имеет важное значение для предупреждения возможности развития злокачественных новообразований. Чем раньше больной обратится за помощью, тем больше гарантий на излечение [4].

Заболевание злокачественными опухолями на сегодняшний день являются одной из наиболее серьезных социальных проблем общества [3,4]. Снижение ее масштабов будет способствовать обеспечению демографической безопасности страны. Отсюда понятна важность всестороннего изучения данного вопроса.

Хорошо налаженный учет злокачественных новообразований является фундаментом, на котором строится весь комплекс мероприятий противораковой борьбы [4].

Цель. Провести анализ по судебно-медицинским материалам заболеваемости злокачественными новообразованиями, впервые выявленными при судебно-медицинском вскрытии трупов людей. Целесообразность анализа таких данных заключается в том, что результаты их могли бы дополнять материалы органов здравоохранения, которые служат показателями для планирования мер профилактики этих заболеваний.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ архивных материалов исследований трупов в Управлении Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по Витебской области. Проанализировано 10986 случаев смерти. Из них у 82 (0,75%) трупов было установлено наличие злокачественных новообразований. При этом в 60 (73,2%) случаях злокачественные новообразования являлись непосредственной причиной смерти субъектов и в 22 (26,8%) — они выставлены сопутствующими заболеваниями при других причинах смерти.

Сведения о 82 трупах с обнаруженными у них злокачественными опухолями были сверены в базе данных, содержащей информацию о зарегистрированных больных с раковой патологией, организационно-методического кабинета Витебского областного клинического онкологического диспансера. Установлено, что при жизни все эти больные за медицинской помощью по поводу онкологических заболеваний не обращались, на диспансерном учете не состояли.

Причина смерти и характер обнаруженного экспертами новообразования во всех случаях определялись по данным макро- и микроскопического исследования трупа и его органов.

Результаты анализируемых материалов свидетельствует, что еще нередко злокачественные новообразования выявляются только при вскрытии трупов, что выявленное злокачественное заболевание часто выпадает из поля зрения органов здравоохранения. Это может отразиться на реальной оценке ситуации в уровне заболеваемости злокачественными опухолями и качестве планируемых мер их профилактики, диагностики и лечения.

Выводы. Заболевания злокачественными новообразованиями являются одной из важнейших социально-медицинских проблем на сегодняшний день. Для организации противораковой борьбы имеет большое значение всесторонний анализ особенностей распространения раковых заболеваний и изучение роли факторов, влияющих на их возникновение, а так же предложение мер их профилактики.

Существенную помощь в изучении указанной проблемы и выработке эффективных мер профилактики раковых заболеваний может оказать изучение секционного судебно-медицинского материала, когда обнаруживаются злокачественные новообразования, которые при жизни не были диагностированы и никем не учитывались.

Считать основной задачей врачей-клиницистов ранее выявление и своевременное лечение больного с начальными формами заболевания злокачественными новообразованиями.

Литература

1. Антоненкова, Н.Н. Онкология: Учеб. Пособие / Н.Н. Антоненкова [и др] //, под ред. И.В. Залуцкого. — Минск: Выш. шк., 2007 — 703 с.
2. Угляниц, К.Н. Общая онкология / К.Н. Угляниц, Н.Г. Луд, Н.К. Угляниц // — Гродно: ГрГМУ, 2007. — 815 с.
3. Залуцкий, И.В. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси /И.В. Залуцкий // . — Минск: Зорны Верасень, 2006. — 207 с.
4. Поляков, С.М. Злокачественные новообразования в Беларуси 1997-2006 / С.М. Поляков, Л.Ф. Левин, Н.Г. Шебеко //, под ред. А. Граковича, И.В. Залуцкого — Минск БЕЛЦМТ, 2007. — 198 с.
5. Шевченко, И.Т. Злокачественные опухоли и предшествующие им заболевания /И.Т. Шевченко // . — Киев: «Здоров`я», 1973. — 468 с.

СИНДРОМ ТИТЦЕ — ВАРИАНТ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

А.И. Липец, к.м.н., доцент;
УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов
медицинский университет»
Л.Я. Ермолова, врач
УЗ «Витебская областная клиническая больница»
г.Витебск (Беларусь)

В начале дифференциально-диагностического процесса при суставном синдроме должно быть исключено наиболее опасное заболевание — опухолевой процесс. Последний при злокачественных новообразованиях может быть условно разделен на 3 группы:

- 1) непосредственно обусловленный опухолями;
- 2) артриты при метастазировании злокачественного новообразования;
- 3) паранеопластические симптомы;

В случае развития на расстоянии от первичного очага патологии последняя группа представляет особый практический интерес для настоящего исследования. Основное отличие варианта — стойкость признаков воспаления, низкая податливость противовоспалительной терапии, отсутствие параллелизма между клиническими и лабораторными данными. Характер суставного синдрома разнообразен и нередко практически неотличим от настоящего, например, ревматоидного артрита. Нередко паранеопластический суставной синдром опережает другие симптомы. Более 40 лет назад, в начале врачебной деятельности одним из авторов диагностирован синдром Tietze (8), а затем (через 4 месяца) у того же больного (42 лет) рак кардиального отдела желудка. Похожий по динамике случай синдрома Tietze проявился у женщины (34 лет) и предшествовал (через 1,5 месяца) выявлению рака матки. Данные обстоятельства и последующие многолетние наблюдения привлекли дополнительное внимание к синдрому Tietze.

Синдром описан впервые немецким хирургом А. Tietze в 1921 году и в дальнейшем описывается как достаточно редкое заболевание неизвестной этиологии с болезненной припухлостью грудинно-реберных (часто и грудинно-ключичных) сочленений.

За время многолетней практики (более 45 лет одного из нас) наблюдались 19 больных с синдромом Титце и 7 больных с костохондритом. Больные с синдромом Титце в возрасте от 17 до 58 лет, с костохондритом от 18 до 31 года. Женщины и мужчины составляли 12 и 7, 2 и 5 больных соответственно.

Часть больных обратилась с жалобами на симптомы патологии самостоятельно, часть, особенно в последние годы, на консультации для уточнения диагноза. Синдром Титце устанавливается на основании известных симптомов, клинических и рентгенографических данных, в последние 10-14 лет и данных компьютерной томографии (СТ). Из лабораторных показателей у 5 отмечался умеренный лейкоцитоз, у 7 ускоренная СОЭ.

Анализ симптоматики позволяет в основном, согласиться с мнением А.К. Дзерановой с соавт. (10), что рентгенографические изменения появляются только через 2-3 месяца и более, а СТ обеспечивает информацию уже на ранних стадиях синдрома Титце, в частности, выявляет изменения структуры хрящей и их размеров. Патологические изменения в хрящевой ткани отмечались у 14 больных с Титце и, у всех 7 больных костохондритом.

Ранее упомянутые 2 случая онкопатологии, выявленных у больных с синдромом Титце, обусловили необходимость тщательного анализа каждой новой ситуации. В осмыслении таковых, по крайней мере, как для установления диагноза, так и для ретроспективной оценки, принимали во внимание рекомендации AFP_h, таблицы 1 и 2 (5).

Дополнительные обследования и наблюдения за больными, стимулированные двумя вышеупомянутыми случаями с выявленной онкопатологией, позволили диагностировать в различные сроки от 1,5 месяцев до 11 месяцев, у 8 больных рак. У женщин — у 1 больной выявлен рак мочевого пузыря, у 2-х — рак

толстого кишечника, еще у одной — рак шейки матки (всего 5 из 12). У мужчин в одном случае рак простаты, еще в одном — рак мочевого пузыря, и в одном — толстого кишечника (всего 4 из 7). У одного больного с костохондритом диагностирован рак бронхов. Сроки выявления онкопатологии составили от 25 дней до 2,5 месяцев. Верификация новообразований проходила по общепринятым протоколам.

Table 1
Tietze Syndrome and Costochondritis

FEATURE	TIETZE SYNDROME	COSTOCHONDRITIS
Prevalence	Rare	More common
Age	Younger than 40 years	Older than 40 years
Number of sites affected	One (in 70 percent of patients)	More than one (in 90 percent of patients)
Costochondral junctions most commonly affected	Second and third	Second to fifth
Local swelling	Present	Absent

Adapted with permission from Fam AG. Approach to musculoskeletal chest wall pain. *Prim Care*. 1988;15(4):773.

Нами проанализированы ряд материалов по синдрому Титце, что не в полной мере позволяет согласиться с Gijbbers E, Knaap SF (3), что диагноз синдрома Титце — диагноз исключения. Jurik A. et al (4) со своими наблюдениями проанализировали 106 случаев, нам удалось познакомиться со 183 случаями, что вполне достаточно по количеству.

Сложней оказался поиск синдрома Титце и костохондрита в литературе как паранеопластического синдрома. В ряде обзоров, включая посвященные паранеопластическим синдромам в ревматологии, нет упоминаний по данному поводу (Abu-Shakra M, et al (1), Vito Racanelli et al (6)). Одно из исключений публикации Yanagi T, et al (9), O.F. Sendur (7), с описанием полихондрита в сочетании со злокачественной лимфомой.

Достаточно впечатляющая и убедительная презентация синдрома Титце, представляющая его как паранеопластический синдром, описана в работе A.Fieravanti et al (2).

Table 2
Differential Diagnosis and Treatment of Chest Wall Conditions

CONDITION	DIAGNOSTIC CONSIDERATIONS	TREATMENT PRINCIPLES
Arthritis of sternoclavicular, sternomanubrial, or shoulder joints	Tenderness to palpation of specific joints of the sternum; evidence of joint sclerosis can be seen on radiography	Analgesics, intra-articular corticosteroid injections, physiotherapy ^{16,17}
Costochondritis	Tenderness to palpation of costochondral junctions; reproduces patient's pain; usually multiple sites on same side of chest ²	Simple analgesics; heat or ice; rarely, local anesthetic injections or steroid injections ^{16,17}
Destruction of costal cartilage by infections or neoplasm	Bacterial or fungal infections or metastatic neoplasms to costal cartilages; infections seen postsurgery or in intravenous drug users; chest computed tomography imaging useful to show alteration or destruction of cartilage and extension of masses to chest wall; gallium scanning may be helpful in patients with infection	Antibiotics or antifungal drugs; surgical resection of affected costal cartilage; treatment of neoplasm based on tissue type ^{7,8}
Fibromyalgia	Symmetric tender points at second costochondral junctions, along with characteristic tender points in the neck, back hip, and extremities, and widespread pain ^{2,16}	Graded exercise is beneficial; cyclobenzaprine (Flexeril), antidepressants, and pregabalin (Lyrica) may be beneficial ¹⁸

Herpes zoster of thorax	Clusters of vesicles on red bases that follow one or two dermatomes and do not cross the midline; usually preceded by a prodrome of pain; postherpetic neuralgia is common ¹⁹	Oral antiviral agents (e.g., acyclovir [Zovirax], famciclovir [Famvir], valacyclovir [Valtrex]); analgesics as needed for pain; may require narcotics or topical lidocaine patches (Lidoderm) to control pain ¹⁹
Painful xiphoid syndrome	Tenderness at sternoxiphoid joint or over xiphoid process with palpation ²⁰	Usually self-limited unless associated with congenital deformity of xiphoid; analgesics; rarely, corticosteroid injections ²⁰
Slipping rib syndrome	Tenderness and hypermobility of anterior ends of lower costal cartilages causing pain at lower anterior chest wall or upper abdomen; diagnosis by “hooking maneuver”: curving fingers under costal margin and gently pulling anteriorly—a “click” and movement is felt that reproduces patient’s pain ^{2,12}	Rest, physiotherapy, intercostal nerve blocks; or, if chronic and severe: surgical removal of hypermobile cartilage segment ¹²
Tietze syndrome	A single tender and swollen, but nonsupportive costochondral junction; usually in costochondral junction of ribs two or three ^{1,2}	Simple analgesics; usually self-limiting; rarely corticosteroid injections ^{2,16}

Traumatic muscle pain and overuse myalgia	History of trauma to chest or recent new onset of strenuous exercise to upper body (e.g., rowing); may be bilateral and affecting multiple costochondral areas; muscle groups may also be tender to palpation ²	Simple analgesics; refrain from doing or reduce intensity of strenuous activities that provoke pain ^{2,16}
---	--	---

Information from references 1, 2, 7, 8, 12, and 16 through 20.

Copyright © 2009 by the American Academy of Family Physicians.

This content is owned by the AAFP. A person viewing it online may make one printout of the material and may use that printout only for his or her personal, non-commercial reference. This material may not otherwise be downloaded, copied, printed, stored, transmitted or reproduced in any medium, whether now known or later invented, except as authorized in writing by the AAFP. Contact afpserv@aafp.org for copyright questions and/or permission requests.

Паранеопластический синдром, в целом, встречается примерно у 15% больных со злокачественными новообразованиями. Мы видим задачу в привлечении внимания к синдрому Титце как одному из возможных вариантов ранней презентации злокачественных опухолей.

Практическое значение проблемы трудно переоценить, несмотря на окончательную неясность патогенеза синдрома Титце, как паранеопластического. Целесообразность дальнейшего изучения играет важную роль в онкологии, ревматологии и смежных дисциплинах, а ценность изучения в ревматологии не нуждается в комментариях.

Время и новые наблюдения, а, возможно, ретроспективный анализ, позволят уточнить отдельные звенья патогенеза. Вероятно, что имеют место прямые следствия токсинов или (и) опосредованные реакции гиперчувствительности, либо воздействие опухолевых антигенов. Опухолевые антигены, возможно освобождаются, включая нуклеиновые кислоты, ассоциированные белки из апоптотических клеток опухоли. Также нельзя исключить роль антител к широкому спектру тканевых антигенов в том числе аутоантител, ядерных белков к двуцепочечной ДНК.

Может идти речь о прямых следствиях токсинов и т.д. Так или иначе привлечение внимания к возможной роли синдрома Титце как паранеопластического синдрома, может способствовать совершенствованию диагностического и лечебного процесса.

Литература

1. Abu-Shakra M, Paraneoplastic Pheumatologic Syndromes, Ann Rheum Dis. 2001 May.
2. Fioravanti A., et al; Malignant Lymphoma Presenting as Tietze's Syndrome, Arthritis & Rheumatism, June 15, 2002.
3. Gijssbers E, Knaap SF. Clinical presentation and chiropractic treatment of Tietze syndrome: A 34-year-old female with left-sided chest pain. J Chiropr Med., 2014.
4. Jurik A., et al; Clinical Tietze's Syndrome, Scand.J.Rheumatol, 1988.
5. Anne M. Proulx, DO, and Teresa W. ZRYD, MD, MSPH, Am Fam Physician. 2009, Sep 15.
6. Vito Racanelli et al; Rheumatic disorders as paraneoplastic syndromes. Elsevier available online 22.02.2008.
7. Sendur O.F., Paraneoplastic Rheumatic Disorders. DOI:10.5606/tjr. 2012.002.
8. A.Tietze. Ubereineeigenartige Haufung von Fallen mit Dystrophie der Rippenknorpel. Berliner klinische Wochenschrift, 1921; 58: 829-831.
9. Yanagi T., et al; Relapsing polychondritis and malignant lymphoma: is polychondritis paraneoplastic? Arch Dermatol 2007.
10. Дзеранова Л.К. и соавт. Синдром Титце (случаи из практики). Медицинская информационно-консультационная система, 01.07.2001.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Е.А. Кунцевич, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии;
С.И. Кашина, студентка биологического факультета
УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

В результате чернобыльской катастрофы радиоактивному загрязнению подверглись значительные территории. Наиболее важным с точки зрения отдаленных медицинских последствий является облучение щитовидной железы жителей загрязненных территорий инкорпорированным йодом 131, попавшим в

организм ингаляционным и пероральным путями. Эта проблема особенно актуальна для жителей загрязненных регионов, которые были детьми и подростками в момент облучения, так как риск заболевания (также и доза) существенно зависит от возраста при облучении.

Изучение заболеваемости за период 1987–2012 гг. показало, что всего за 25 летний период (1986–2010 гг.) по республике было зарегистрировано 1293 случая рака щитовидной железы у детей, что составило в структуре онкологической заболеваемости детского населения 14,8%. Среди заболевших преобладали девочки — 839 человек, мальчиков было 454 человек, соотношение м\д составило — 0,54.

Уровень заболеваемости раком щитовидной железы на 100 000 детского населения составил за 25 летний период по республике 2,53, при этом самый высокий уровень отмечен в 1991-1997 гг., когда показатель заболеваемости превышал 2,5 на 100 000 детей, а по Гомельской области в 1994 году составил 10,5 на 100 000 или 105 на миллион детей.

Уровень заболеваемости раком щитовидной железы за период 1989–2006 гг. в Гомельской и Брестской областях с высокой степенью достоверности был выше, чем в остальных областях и в среднем по республике. Уровень заболеваемости в г. Минске за весь период достоверно выше, чем в Могилевской и Витебской областях.

Установлено, что в 1995–2000гг. уровень заболеваемости раком щитовидной железы у детей превысил ожидаемый, а в 2001–2006 гг. составил всего 20%от ожидаемого.

Начиная с 2001года во всех регионах РБ, за исключением Витебской области регистрировалось достоверное снижение уровня заболеваемости раком щитовидной железы. Уровни заболеваемости в Витебской области на протяжении всего периода (1986-2010 гг.) оставались практически на одном уровне и были самыми низкими в республике. В 2001–2010 гг. самый высокий уровень заболеваемости раком щитовидной железы регистрировался в г. Минске, показатель заболеваемости достоверно выше, чем в Витебской области. За период 2001–

2010 гг., достоверных отличий в уровне заболеваемости по другим областям не отмечен.

По данным из таблицы 1 хорошо видно, что Гомельская и Брестская области имеют самые высокие средние показатели заболеваемости, даже выше, чем средний показатель по Беларуси и по Европе. А самый низкий уровень заболеваемости прослеживается по Витебской области.

**Заболеваемость раком щитовидной железы
у детей Беларуси по областям (случаи на 100 000 детей)
(1987г-2012г)**

Табличные данные взяты в ГУ«РНПЦ ДОГиИ»

Брестская обл.	2,27
Витебская обл.	0,29
Гомельская обл.	4,46
Гродненская обл.	0,86
Минская обл.	0,95
Могилевская обл.	0,80
Минск	1,13
Беларусь	1,62
Европа	0,34

На состояние здоровья населения оказывает влияние комплекс факторов радиационной и нерадиационной природы, обуславливающий изменение основных тенденций заболеваемости. К радиационным относятся внешнее и внутреннее облучение: дозообразующие радионуклиды йода, цезия, стронция, трансурановых элементов. К нерадиационным: социальные; экономические; стресс; восприятие риска.

В результате чернобыльской катастрофы радиойод (прежде всего йод-131) был одним из главных источников облучения населения, который воздействовал прежде всего на щитовидную железу. Самыми облученными жителями Беларуси оказались дети и подростки.

Облучение щитовидной железы продолжается и после йодного периода, хотя и в гораздо меньших дозах за счет внешнего

и внутреннего воздействия радиоактивного цезия. За послеаварийный период коллективная доза облучения щитовидной железы за счет радиоцезия у жителей республики составила более 21 тыс. чел.

В результате воздействия радионуклидов йода на раннем этапе аварии и недостаточной эффективности мероприятий по защите щитовидной железы с 1990 г. в Беларуси начал регистрироваться рост заболеваемости раком щитовидной железы, особенно среди детей. По сравнению с доаварийным периодом количество случаев рака щитовидной железы после чернобыльской аварии возросло среди детей и взрослых в зависимости от возрастных групп. Наибольшее число случаев рака щитовидной железы выявляется среди жителей Гомельской и Брестской областей.

Таким образом, проведенный нами эколого-эпидемиологический анализ заболеваемости раком щитовидной железы населения наиболее радиоактивно загрязненных в результате чернобыльской катастрофы свидетельствует о радиационной обусловленности роста выявленных заболеваний для детей и подростков. Вместе с тем, остается еще нерешенным ряд важных вопросов, связанных с оценкой доз облучения и уровня их неопределенности, определением дозовой зависимости в индукции раков щитовидной железы, влиянием факторов, модифицирующих радиационные эффекты (йодная эндемия, генетическая предрасположенность).

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Е.А. Кунцевич, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии;
А. Булыно, студентка 44-й группы биологического факультета;
С.И. Кашина, студентка 61-й группы биологического факультета
УО «Витебский государственный университет имени П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Несмотря на наличие ряда государственных программ, направленных на улучшение здоровья населения Беларуси, поло-

жение со здоровьем в стране пока нельзя назвать благополучным.

По данным выборочного обследования, только 32% в возрасте 16 лет и старше оценивают свое здоровье как хорошее, 62% — как удовлетворительное, и 6% обследуемых считают, что у них плохое здоровье.

По данным государственной статистики, уровень заболеваемости в Беларуси увеличивается. Более 50% зарегистрированных случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом относятся к болезням органов дыхания. На втором месте (10%) — травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Далее следуют болезни кожи и костно-мышечной системы. Увеличивается частота врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений, которые являются основной причиной смерти у детей до года.

Рост заболеваемости и не слишком благоприятные показатели смертности ставят задачу наращивания профилактики заболеваемости, ведущей к утрате здоровья, а то и к смерти.

Особое внимание уделяется профилактике инфекционных заболеваний, с успехами которой связаны самые большие достижения в снижении смертности. Об ее огромной эффективности говорит сравнение коэффициентов заболеваемости инфекционными болезнями сейчас и в допрививочный период и сейчас вакцинация остается наиболее эффективным и экономически выгодным средством защиты против инфекций. В связи с распространением различных типов гриппа все большую популярность приобретает прививка от гриппа. По данным ВОЗ, вакцины обеспечивают 70-90-процентную защиту против клинических проявлений болезни у здоровых людей.

В Республике Беларусь особое внимание уделяется иммунизации против сезонного гриппа для защиты групп населения высокого риска заражения, в частности детей.

В настоящее время иммунизация вакциной БЦЖ против туберкулеза в Беларуси обязательна и проводится бесплатно.

В 2008-2009 годах первичная заболеваемость туберкулезом была ниже, чем в конце 1990-х или в середине 2000-х годов, но все же оставалась высокой, выше, чем в 1995 году. Заболеваемость

мость активным туберкулезом нарастает с возрастом, особенно после 45 лет, и значительно выше у мужчин, чем у женщин.

Еще одно важное направление профилактической работы — профилактика онкологической заболеваемости.

В Беларуси отмечается значительный рост числа больных с впервые установленным диагнозом «злокачественное новообразование» и общего числа стоящих на учете больных с этим диагнозом. По-видимому, это связано с неблагоприятной экологической обстановкой в стране, в частности, в результате аварии на ЧАЭС.

Высокую дозу облучения получили 20 млн. человек, десятки тысяч погибли от лучевой болезни, нанесен материальный ущерб 4,8 млн. человек, перемена места жительства коснулась 200 тыс. человек, заражена территория на 130 тыс. м. Часть территории вовсе оказалась непригодной для жилья и возделывания почвы. По истечении 20 лет некоторые земли начали осваивать, но полностью избавиться от последствий аварии на ЧАЭС еще не удалось. Существуют различные оценки влияния на здоровье неблагоприятной экологической ситуации, в частности, последствий Чернобыльской катастрофы.

Так, согласно докладу Якова Кенигсберга, построенному на данных 20-летнего исследования «у более 5000 жителей Беларуси, России, Украины, которые в 1986 году были детьми и подростками и были облучены радиоактивным йодом в ранний период аварии вследствие потребления загрязненного молока, выявлены заболевания щитовидной железы. Надежных свидетельств каких-либо других последствий для здоровья населения, которые можно отнести за счет облучения, не получено».

В Беларуси ведется работа по профилактике онкологических заболеваний, в частности, рака молочной железы у женщин.

По словам руководителя онкомамологии РНПЦ онкологии и медицинской радиологии, около 70% опухолей груди обнаруживают сами женщины.

Организация акций по профилактике рака позволяет привлечь внимание к собственному здоровью, чтобы иметь возможность обнаружить новообразования на ранней стадии.

В рамках проведения регулярных акций в Беларуси каждая женщина может получить консультацию врача-маммолога в любом онкологическом учреждении страны.

В связи с ростом больных меланомой и раком кожи в столице организовано проведение специальных акций по профилактике рака кожи и меланомы.

Основная цель мероприятия — выявить пациентов, которые еще не догадываются о своей болезни, и просветить население о мерах профилактики заболеваний рака кожи.

Литература

1. Шевченко С.В. Гендерный акцент в результатах обследования положения инвалидов в Республике Беларусь / Доклад на науч. — Практ. конференции «Белорусская статистика: вчера, сегодня, завтра», секция 2. — 24 сентября 2010.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009. — С. 26.

К ВОПРОСУ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ВЕДЕНИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В.Ю. Земко, студентка

УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов
медицинский университет»

Ю.Ю. Земко, врач

УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»
г. Минск (Беларусь)

Актуальность. В Республике Беларусь увеличивается средняя продолжительность жизни и составила по данным ВОЗ 70,2 года в 2015 году. Наряду с этим возрастает количество граждан, преимущественно женщин в пожилом возрасте, со значительным количеством накопленных хронических заболеваний. В первую очередь это болезни органов дыхания. Правильный подбор и назначение с момента заболевания рациональной антибактериальной терапии, особенно на амбулаторном этапе, способствует быстрому купированию воспалительных заболе-

ваний. Исключает нуждаемость в госпитализации. Вместе с тем растет антибиотикорезистентность, причины которых многообразны, в том числе и нерациональное назначение антибактериальных препаратов, попадание их в продукты питания, что потребляет человек из-за использования в растениеводстве и животноводстве.

Цель: предложить оптимальные варианты при назначении антибактериальной терапии при амбулаторном лечении пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями легких (ХОБЛ, хронический бронхит, абсцедирующая пневмония, другие нагноительные заболевания легких и др.).

Материалы и методы: проанализировано 100 медицинских карт амбулаторных пациентов (форма 025/у) с ХОБЛ, хронических бронхит, абсцедирующей пневмонией, которые были диагностированы в стационарных учреждениях города Витебска и города Минска за последние 3 года, было изучено 100 выписок из медицинских карт стационарных пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями легких, по поводу которых они были обследованы и получали лечение согласно протоколам Минздрава Республики Беларусь. Анализировались пациенты нетрудоспособного возраста мужского пола 61–75 лет, перенесшие онкологические заболевания, без прогрессирования заболевания и рецидивов.

Результаты исследования. Установлено, что ежегодно в течение последних трех лет пациенты получали амбулаторное лечение 2–4 раза по поводу острых с переходом в хронические заболевания легких, в том числе 67% дважды, 21% трижды и 12% четырежды. Преимущественно заболеваемость воспалительными заболеваниями легких имела место в возрасте 61–65 лет (21%), 66–70 лет – 52%, 71–75 – 27%. Причем с возрастом прогрессивно возрастало число хронических заболеваний (болезни системы органов кровообращения, болезни органов пищеварения, неврологические заболевания, болезни костно-мышечной системы). Обратило внимание, что только у 17% выписок из медицинских карт стационарных пациентов имело место указание на забор биологических сред (мокроты), на

чувствительность к антибиотикам и ее результаты. В амбулаторных условиях в 100% случаев, забор материала (мокроты) при назначении антибактериальной терапии, не производился. Антибактериальная терапия производилась эмпирически.

Выводы и предложения.

1. Пациентам с воспалительными заболеваниями легких в 100% случаев необходим забор биологического материала по соответствующим технологиям и единым методикам до назначения антибактериальной терапии с определением чувствительности к тому или иному возбудителю.

2. При выписке из стационара пациентов, перенесших воспалительные заболевания, врач стационарного медицинского учреждения обязан указывать в выписке наряду с общепринятыми обследованиями вид возбудителя с указанием спектра антибиотикочувствительности. Это позволит врачам амбулаторно-поликлинических учреждений у пациентов, в первую очередь, с хроническими заболеваниями легких (ХОБЛ, хронический бронхит, нагноительные заболевания, пневмонии и др.) назначать более адекватную антибактериальную терапию, сократить сроки лечения.

3. Рациональная антибактериальная терапия основанная на учёте антибиотика чувствительности будет способствовать более экономному использованию бюджетных средств и средств потребителя.

**НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕОСНАЩЕНИЯ
СОВРЕМЕННОЙ ЛЕЧЕБНОЙ
И ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРОЙ
МИНСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА,
ПОВОЛИВШИЕ УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ**

Ю.Ю. Земко, врач

УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»
г. Минск (Беларусь)

Актуальность. Согласно последним статистическим данным, в России в течение последних 10 лет отмечается рост заболеваемости раком в 1,5 раза, увеличивается заболеваемость онкологическими заболеваниями в Республике Беларусь. Такие тенденции отмечаются в большинстве других стран мира. В определенной мере это связано с постарением населения, накоплением у них хронических заболеваний. Одновременно с ростом заболеваемости также увеличивается смертность от рака, несмотря на активное внедрение новых лекарственных препаратов, комбинированных методов лечения и др. Особое внимание уделяется внедрению новых эффективных методов обезболивания, разработке и оснащению реанимационного отделения высокотехнологичной наркозной и дыхательной аппаратурой, аппаратами для гемодиализа, ультрафильтрации и др.

Цель. Оценить работу по переоснащению отделений современной высокоэффективной лечебной аппаратурой и ее результативность при лечении онкологических заболеваний.

Материалы и методы. Проанализированы отчетные данные ряда лечебных отделений, в частности анестезиолого-реанимационного отделения, операционного блока Минского городского клинического онкологического диспансера за 2014-2015 гг.

Результаты. В диспансере в последние годы выполняется более 7500 высокотехнологичных и сложных хирургических вмешательств. Это операции на желудке, кишечнике, легких, органах средостения, почках, надпочечниках, мочевом пузыре, женских и мужских половых органах, молочной железе, щито-

видной железе, мягких тканях, лимфатической системе и других локализациях опухолей. Производятся пластические и реконструктивные операции по восстановлению утраченных функций. Около 4000 пациентов получают химиотерапевтическое и более 3000 лучевое лечение с использованием дистанционной и внутрисполостной гамматерапии, брахитерапии, короткофокусной рентгенотерапии и лечение радионуклидами. Широко используется методики СВЧ-гипертермии, лазерной и электродеструкции опухолей. Оснащенное современной дыхательной и наркозной аппаратурой отделение реанимации активно способствует благоприятным исходам у самой сложной категории больных, благодаря чему улучшается качество их жизни. Клинико-диагностическая, цитологическая и морфологическая лаборатории обеспечивают потребности клиники в экстренной и плановой лабораторной диагностике.

Анестезиолого-реанимационное отделение развернуто на 15 коек, оснащено современной наркозно-дыхательной аппаратурой Parhael и Julian с мониторами стандартного и высокого класса фирмы DRAGER., системой мониторинга за пациентами. АПО оказывает анестезиологическое пособие на 12 операционных столах, проводя в год более 7000 анестезий, из которых эндотрахеальный наркоз составляет до 80%. Широко применяются комбинированные анестезии: эндотрахеальный наркоз и, в качестве компонента анальгезии, один из видов регионарной анестезии (спинальная, эпидуральная). В течение года в отделении реанимации получает лечение около 1800 больных, перенесших сложные оперативные вмешательства на органах брюшной и грудной полости, щитовидной железе, органах мочеполовой системы, женских и мужских половых органах. В отделении работают высококвалифицированные специалисты, постоянно повышающие свой профессиональный уровень, в том числе проходя стажировку в зарубежных клиниках.

Важно отметить, что произошло переоснащение и модернизация лечебного оборудования, в том числе широко используются в лечении электрохирургический генератор, аргоно-плазменный коагулятор, ультразвуковой диссектор, механические сшивающие аппараты, современный шовный материал, которые

дают возможность не только более качественно выполнять хирургические вмешательства, но и значительно сократить время операции. В последние годы особое внимание уделяется современным малоинвазивным технологиям – эндоскопическим оперативным вмешательствам при опухолях грудной и брюшной полости, органов малого таза. Для уточнения локализации опухолевого процесса в операционной имеется возможность проведения рентгенологического и УЗИ-исследования и др.

Выводы. Минский городской клинический онкологический диспансер в результате проведенной работы по переоснащению современной лечебной и диагностической аппаратурой, в первую очередь с акцентом на анестезиолого-реанимационное отделение и операционный блок, является в настоящее время современным высокоспециализированным онкологическим учреждением Республики Беларусь. В диспансере осуществляется диагностика, хирургическое, комбинированное и комплексное лечение больных с опухолями различных локализаций, а также их диспансерное наблюдение и реабилитацию. Все это позволяет улучшить качество и продолжительность жизни больных с онкологическими заболеваниями, преимущественно жителей г. Минска, а также иностранных граждан.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯ

В.Ю. Земко, студентка
УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Онкологические заболевания в мире занимают второе место в структуре смертности после сердечно-сосудистых заболеваний. По прогнозам ВОЗ, заболеваемость и смерт-

ность будут неуклонно повышаться, в определенной мере это связано с постарением населения и другими вопросами. Вместе с тем растет число пациентов, перенесших онкологические заболевания (пролеченных хирургически и комбинированным лечением, у которых в связи с иммунодефицитом тяжело протекают неспецифические заболевания легких. Дифференциальная диагностика и лечение таких пациентов является сложной задачей, требующей нередко мультидисциплинарных подходов, участия многих специалистов.

Цель: провести ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов УЗ «ВОКБ» с острыми воспалительными процессами органов дыхания (пневмония, обострение ХОБЛ и др.), которые в анамнезе имели онкологические заболевания. Под острым воспалительным процессом понималось любое острое инфекционное заболевание (пневмония, обострение ХОБЛ, бронхит,), сопровождающееся симптомами интоксикации, повышением температуры тела или наличием воспаления, подтвержденного лабораторно-инструментальными данными.

Материалы методы. Проанализировано 100 медицинских карт, в том числе 50 медицинских карт пациентов пульмонологического отделения, из них 5 пациентов лечившихся некоторое время в РАО, 50 медицинских карт торакального отделения, находившихся на обследовании и лечении в УЗ «ВОКБ» в 2013-2015 гг. При анализе медицинских карт оценивались демографические, антропометрические, анамнестические, клинические, инструментальные данные больных. Особое внимание было уделено микробиологическому исследованию биологического материала (преимущественно своевременному забору мокроты до начала лечения, выделению возбудителя и чувствительности к антибиотикам). Анализировалась резистентность к антибактериальной терапии, возможность определения причин.

Результаты. В ходе исследования установлено, что анализ мокроты в медицинских картах пульмонологического отделения был получен в 46% (23 пациента), в торакальном отделении в 40% (20 пациентов), несмотря на то что назначения на забор мокроты проведен в 86% (43 пациента) и 62% (31 пациент) соответственно. Причины не выделения мокроты пациентами

обусловлены отсутствием продуктивного кашля и не принятием мер врачами к использованию других методов ее получения без экономических затрат. Сравнительный анализ между пациентами пульмонологического и торакального отделений показал, что существенных различий у больных ХОБЛ и пневмониями нет. В 25% (25 пациентов) случаев в мокроте были выделены дрожжевые грибы *Candida spp*, в 65% (65 пациентов) — сапрофитная микрофлора в концентрации $1 \cdot 10^3$ м. тел в 1 мл материала (диагностически не значимая), 10% (10 пациентов) *Pseudomonas aeruginosa*, 10% (10 пациентов) — ассоциации *Pseudomonas aeruginosa* в сочетании *Acinetobacter spp*. Обратило на себя внимание, что в 50% (50 пациентов) случаев у больных с пневмониями и в 45% (45 пациентов) случаев с ХОБЛ отмечена антибиотикорезистентность. Среди штаммов *Pseudomonas aeruginosa* установлена чувствительность к колистину – 100% амикацину – 16,6%. 46,2% штаммов *Acinetobacter spp*. были чувствительны к ампициллину в сочетании с сульбактамом, в 92,3% к цефоперазону в сочетании с сульбактамом. В некоторых случаях в пульмонологическом и торакальном отделениях анализ мокроты на чувствительность к антибиотикам проводился не в первый день пребывания в стационаре. У пациентов с неактивным раком (онкозаболевания в анамнезе) средние сроки пребывания в стационаре составили по ХОБЛ $14 \pm 0,5$ дней по пневмониям 17 ± 1 дней. Все пациенты с первого дня получали эмпирическую антибактериальную терапию (комбинации антибиотиков: преимущественно цефалоспорины в сочетании с фторхинолонами). После получения результатов антибиотикочувствительности на 3-4 день производилась в необходимых случаях смена антибиотиков.

Выводы. Результаты показывают высокую устойчивость к антибиотикам у проанализированных пациентов, что требует проведения микробиологического анализа с учетом антибиотикочувствительности. Антибактериальная терапия не в 100% случаев проводилась с учетом антибиотикочувствительности. Не использовались недорогие методы по забору материала на получение мокроты. К сведению можно получать мокроту

после ингаляции 3-5% гипертонического раствора NaCl. (При помощи «солевой индукции» реально получить мокроту в 76-100% случаев, в том числе даже у здоровых лиц). Возможно использование назофарингеального лаважа и трахеобронхального лаважа с использованием бронхоскопии. Недорогие методы позволят более рационально и экономно использовать бюджетные средства, в частности дорогостоящие антибиотики (в структуре затрат на лекарственные препараты антибиотики занимают ведущее место в больнице). Обратило внимание, что у больных с перенесенным в анамнезе раком, ХОБЛ и пневмония протекают с более длительными сроками лечения в стационаре, чем у пациентов, не имеющих таких заболеваний. Целесообразно работу продолжить охватив анализом значительно большее число пациентов.

ПРОПАГАНДА МОЛОДЕЖИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИИ

Н.М. Медвецкая, к.м.н., доцент

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

Актуальность. Как известно из научно — популярной литературы одной из характеристик здорового образа жизни является отсутствие вредных привычек, к которым относятся наркомания, токсикомания, алкоголизм и курение. Несмотря на то, что курение отмечено на последнем месте, в перечне причин вызывающих или способствующих развитие некоторых онкологических заболеваний данному пристрастию принадлежит первенство.

Курение — одна из вреднейших привычек. По статистическим данным разных стран 40% взрослого населения нашей планеты являются курильщиками. Табакокурение оказывает негативное влияние на организм человека [1].

Исследованиями доказано, в чем вред курения. В дыме табака содержится более 30 ядовитых веществ: никотин, углекис-

лый газ, окись углерода, синильная кислота, аммиак, смолистые вещества, органические кислоты и др.

К сожалению, разъяснение тех пагубных последствий для здоровья, которые несет в себе курение (заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, высокий риск онкологических заболеваний, сокращение общей продолжительности жизни на 10–15 лет у курильщиков по сравнению с некурящими), проходит мимо сознания подростков.

А общепринятая антитабачная пропаганда по типу «Минздрав предупреждает» оказывается малоэффективной, а в ряде случаев и вовсе неэффективной.

По статистическим данным быстрыми темпами растет количество больных раком предстательной железы, но и вновь выявленные случаи рака легкого составляют ежегодно около 4,5 тысячи, причем и у молодых. А традиционно в Беларуси на первом месте по количеству больных — рак легких. Несмотря на то, что отмечено снижение заболеваемости раком легкого, однако по смертности эта патология — на первом месте.

Как ни пугающе представлена данная статистика, нами постоянно наблюдается факт курения табачных изделий молодежи и, в частности, студентами университета.

С целью выявления причин и частоты курильщиков на факультетах были проведены исследования.

Материал и методы исследований. Проведено анонимное анкетирование студентов на факультете физической культуры и спорта (ФК и С) и факультете социальной работы (СП и П).

1 группа — студенты ФК и С в количестве 70 человек, среди них юноши (55) и девушки (15) активно занимающиеся спортом и имеющие высокие спортивные разряды.

2 группа — студенты СП и П в количестве 70 человек, не занимающиеся спортом и имеющие ограничения в физических нагрузках.

Результаты исследований. В 1 группе регулярно курят 7 юношей и 1 девушка, у них нет высоких разрядов, среди юношей есть и студенты из Туркменистана. В личных беседах студенты отмечают появление одышки при значительных физических на-

грузках и наличие желание уменьшить потребление сигарет и полностью прекратить.

Во 2 группе курят регулярно также 7 человек, но причем 5 девочек и 2 юноши. Тревогу вызывает факт их коллективного курения во время перерывов и наличия «пассивного» курения при этом.

Бытующее представление о том, что курение позволяет похудеть (что не соответствует действительности) иной раз является причиной того, что за сигарету берутся девушки с избыточным весом, и весомый вклад в то, что подростки начинают курить, вносит реклама табачных изделий и сам процесс общения друг с другом.

В личных беседах студентки факультета социальной работы не выразили уверенности в желании искоренить вредную привычку, что требует более пристального внимания и мер профилактики онкологической патологии.

В тоже время, значительное внимание уделяется преподавателями подробному изложению научных данных возможного развития заболеваний легких и вредного влияния на половые функции вплоть до бесплодия на дисциплинах «Основы медицинских знаний», «Основы патологии», «Гигиена», причем в значительном объеме и на всех факультетах университета[2].

Выводы. На кураторских часах и в перерывах проводятся и индивидуальные беседы воспитательного характера, но, как отразили результаты исследований, они проходят без должного эффекта.

Литература

1. Бахрах И.И. Основы валеологии. — Смоленск, 1998. — 124 с.
2. Бурак И.И. Курс лекций по гигиене для студентов лечебно-профилактического факультета. — Витебск, 1999. — С. 55.

III. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

ЭТИКА ДОНОРСТВА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ

Jacques Suaudeau

«Логика духовного служения, благоугодного Богу (см. Рим 12, 1), требует, чтобы восхваление *Евангелия жизни* совершалось прежде всего в *повседневной жизни* и выражалось любовью к ближнему и самопожертвованием (...) Кроме общеизвестных фактов существует еще повседневный героизм, в который входят малые или большие проявления бескорыстия, укрепляющие подлинную культуру жизни. Среди них особого признания заслуживает донорство органов, происходящее в согласии с требованиями этики ради спасения здоровья или даже жизни больных, иногда лишенных всякой надежды.» (*Evangelium vitae*, 86)

Это слова из энциклики Папы Иоанна Павла II «*Evangelium vitae*». Очень значимо то, как Иоанн Павел II размышляет о донорстве органов для трансплантации (...) в тексте, не относящемся исключительно к трансплантации органов, но рассматривает повседневную жизнь христиан. Для Иоанна Павла II, выразившего мысль всей католической церкви, донорство — лучший пример жеста милосердия, сделанного из истинной и добровольной любви, которая превышает справедливости, характеристика гуманности в её лучшем проявлении. Действительно, со времён Папы Пия XII, с первой пересадки роговицы, до нынешнего дня с Папой Бенедиктом XVI, католическая церковь непрерывно и прямо заявляла, что донорство и трансплантация органов не только допустима, но и входит в число вдохновляющих человеческих деяний, достойных похвалы, требующих уважения, восхищения и даже подражания тех пор, пока этическая основа трансплантации органов не извращена деструктивными

тенденциями индивидуализма, утилитаризма, и меркантильности.

Конечная декларация по теме донорства органов для трансплантации, выполненная на самом высоком уровне власти в Католической Церкви, происходит от Папы Римского Бенедикта XVI. В ноябре 2008 года в Риме Его Святейшество лично обратился к участникам конгресса «Подарок жизни, анализ проблем донорства», организованного Папской академией по защите жизни совместно с Федерацией католических ассоциаций врачей. В этом обращении Папа Бенедикт XVI подчеркнул три пункта, которые отражают ключевые элементы учения Католической Церкви об отдаче органов для трансплантации, и которые помогут нам войти в обоснование католической этики в этом вопросе:

1. Трансплантация органов является большой победой для медицинской науки, которая восстановила радость жизни для многих.

2. Пожертвование органов является особой формой дара, который сочетает в себе самоотдачу, сострадание и солидарность, и происходит от лучшего в человеческой природе. Как таковое, оно выполняет глубокие сокровенные устремления человеческой души.

3. Благо трансплантации органов не является абсолютным и зависит от уважения к достоинству и жизни человека, который дает орган(ы). Это выражается в двух принципах:

- во-первых, человеческий организм не может рассматриваться как простой объект, из которого может быть удалена какая-либо запасная часть по желанию, в случае согласия донора органов на операцию;

- во-вторых, уважение к жизни и здоровью донора должны всегда преобладать над другими, интересами в акте трансплантации.

Трансплантация органов является большой победой для медицинской науки, которая восстановила радость жизни для многих.

Рассмотрим теперь последовательно каждый из этих трех

пунктов, которые мы только что подчеркнули в обращении Папы Римского Бенедикта XVI к участникам римского конгресса 2008 года, посвященного донорству.

Первое, что поразило читателя в речи — то, в каком позитивном ключе Папа Бенедикт XVI рассматривает трансплантацию органов. Тем не менее, это положительное отношение не стало новинкой в традиции Церкви. Вопреки тому, что иногда говорят, католическая церковь питает живой интерес к научным разработкам и достижениям, особенно в области медицины, где прогресс способствует, или, по крайней мере, должен непосредственно способствовать общему благу и благополучию человечества в целом. Что касается трансплантации органов, Папа Римский Иоанн Павел II в 1991 году официально от имени всей Церкви оказал поддержку этой инициативе. В обращении к первому международному конгрессу общества обмена органами, Святой Отец квалифицировал трансплантацию органов как «великолепную разработку» и заявил:

«Среди многих достижений современной медицины, достижения в области иммунологии и хирургического технологии сделали возможным терапевтическое использование трансплантации органов и тканей. Это, безусловно, причина для удовлетворения, что многие больные люди, которые до недавнего времени могли рассчитывать только на смерть или, в лучшем случае, болезненное и ограниченное существование, теперь могут поправиться более или менее полно путем замены больного органа на пожертвованный здоровый. Мы должны радоваться, что медицина на службе жизни нашла в трансплантации органов новый путь служения человеческой семье именно путём сохранения фундаментального блага человека».

В августе 2000 года в своем обращении к XVIII международному конгрессу общества трансплантологов, Иоанн Павел II вновь выразил свою положительную оценку трансплантации органов:

«Трансплантация — большой шаг вперед в службе науки человеку вообще, а не только тем немногим людям, сегодня обязанным своей жизнью трансплантации органов. Все больше и больше методика пересадки оказывается действенным средс-

твом достижения основной цели медицины — службы человеческой жизни».

В своем выступлении 2008 года, Папа Бенедикт XVI не только принял, как свои собственные эти положительные утверждения Папы Римского Иоанна Павла II о трансплантологии органов, но и развил их дальше, говоря:

«Медицинская история показывает большой прогресс, которого возможно было достигнуть, чтобы обеспечить каждому человеку, который страдает, более достойную жизнь. Трансплантация тканей и органов представляет собой большую победу для медицинской науки и, конечно, знак надежды для многих больных, которые находятся в серьезных, иногда экстремальных клинических ситуациях. Если мы расширим наш взгляд на весь мир легко выявить многочисленные и сложные случаи, в которых, благодаря технике трансплантации органов, многие люди переживали весьма критические фазы и были возвращены к радости жизни».

Здесь мы рассмотрели только слова и высказывания нескольких римских пап. Но само собой разумеется, что этот позитивный взгляд на трансплантацию органов высших пастырей Католической Церкви можно найти в целом ряде деклараций конференций епископов, отдельно взятых епископов, пастырей, ответственных за здравоохранение, в Католической Церкви по всему миру. Есть три причины, по которым католическая церковь является сторонником научно-технического развития, особенно в области медицины и медицинской помощи:

- видение человека как «со-творца» с правом доминировать над природой на благо человечества;
- привязанность католической церкви общему благу и человеческой солидарности;
- значение, которое католическая церковь придаёт человеческой жизни и здоровью.

Во-первых, Католическая церковь считает позитивным развитие человека и прогресс в науках и технологии, до тех пор, пока этот прогресс не угрожает жизни человека, человеческим ценностям, и человеческому достоинству. Ещё в Библии сказано, что человек был создан как свободный и наделённый ра-

зумом для того, чтобы выступать в качестве "управляющего" созданием, используя, в частности, свой интеллект и навыки, чтобы улучшить условия своей жизни на земле. Второй Ватиканский Собор в третьей главе своего документа «*Gaudium et Spes*» заявил, что деятельность человека в мире, квалифицированная как «огромные усилия, чтобы улучшить свои условия жизни», прославляет Бога, создателя человека, и соответствуют плану Бога для человека.

Во-вторых, в силу ее видения человека как существа в социального, которое находит свою реализацию в обществе людей, Католическая церковь уделяет пристальное внимание общему благу и человеческой солидарности. Католическая церковь придаёт большое значение всем достижениям в области медицины и медицинской помощи, потому что эти достижения оказывают прямое положительное влияние на здоровье всего человечества, являются пользой для общего блага, и должны внести свой вклад в укрепление человеческой солидарности. Это то, что Папа Римский Иоанн II в виду, когда он приветствовал трансплантологию «как новый способ служения человеческой семье» (обращение 20 июня 1991г.)

В-третьих: Католическая церковь уделяет большое внимание человеческой жизни и здоровью. Некоторые из противников католической церкви на протяжении веков обвиняли церковь в презрении к земным благам из-за своей веры в вечную жизнь. Эти люди забывали, что Церковь всегда боролась против тех гностиков или манихеев всех времен и названий, которые презирали тело человека, потому что они считали его «тюрьмой», из которой душа человека стремится быть освобожденной. Для Церкви же тело — божественный дар, который имеет большое значение и должен быть сохранен в настолько хорошем здоровье, насколько это возможно, при помощи всех разумных и соразмерных средств.

По всем вышеперечисленным причинам, развитие трансплантации органов считается католической церковью очень важным достижением, которое сделало уже много хорошего для человечества, помогая людям выжить и возвратиться «к радости жизни» как сказал Папа Бенедикт XVI.

Донорство как альтруистическое самопожертвование

Второй момент, который подчеркнул Папа Римский Бенедикт XVI в 2008 обращении к Римскому конгрессу по донорству органов — то большое значение, которое придает Католическая церковь донорству как таковому, как истинному свидетельству альтруистической самоотдачи.

Папа Римский Иоанн Павел II, в его обращении в июне 1991 года к первому международному конгрессу общества обмена органами, отлично определил природу этого донорства, и почему католическая церковь уделяет ему большое внимание. Он сказал: «...Это решение предложить, без вознаграждения, часть своего собственного тела для здоровья и благополучия другого человека. В этом смысле, лечебное действие трансплантации делает возможным акт самоотдачи донора, искренний дар самости, который выражает наш образующее призвание к любви и единению. Любовь, единение, солидарность... составляют контекст трансплантации органов».

Как подчеркнул Иоанна Павла II, в решении пожертвовать свои органы, мы видим все компоненты самопожертвования: это жертвование действительно достигнуто без получения чего-либо взамен, и это делается только для благополучия других лиц. Это безусловная любовь, приобщение к страданиям другого человека и истинное осуществление солидарности. Этическая ценность этого акта огромна.

Бенедикт XVI в своем обращении к Римскому Конгрессу в 2008 году завершил это представление донорства следующим образом: «Донорство, — сказал Святой Отец, — это своеобразная форма свидетельства милосердия. В наше время, часто отмеченное различными формами эгоизма, все более актуально понимать, что логика свободной отдачи является жизненно важной для правильного понимания жизни. В самом деле, ответственность любви и милосердия существует, что обязывает человека сделать из собственной жизни подарок для других, если он действительно хочет полностью реализовать себя». Таким образом, для настоящего папы, добровольная самоотдача при донорстве органов является особенно важной, потому что это свидетельство милосердия в доминирующей либеральной

индивидуалистической, утилитарной культуре, которая более склонна к эгоизму, чем к солидарности, и, следовательно, является бесчеловечной. Для католической церкви, следующей учению Иисуса Христа, и обогащенной практикой действенного милосердия во всем мире, на протяжении веков, правильной концепцией жизни является жизнь служения, бескорыстной самоотдачи. Молодые мужчины и женщины, которые отправляются с гуманитарными миссиями сегодня, во всем мире, не будут отрицать, что отдача себя, собственного времени, своих самых драгоценных лет молодости, действительно помогает самореализации. Это не имеет никакого рационального объяснения, и, даже если школа Фрейда подозревает об истинных мотивах, которые могут принести радость этой безвозмездной самоотдачи, факт что она исполняет внутреннее, мистическое, если вы хотите, стремление человеческой души. Несмотря на весь заряд скептицизма, цинизма и гедонизма, что влияет на нашу западную культуру, настоящий герой остается сегодня, как это было вчера или две тысячи лет назад, тем, кто забывает себя и требования естественного эгоизма, ради высшей цели.

Давая представление об антропологической ценности богатой, щедрой и полноценной жизни человека, в отличие от скучной жизни, где доминируют эгоизм и мелочность, Бенедикт XVI видит донорство как «ответственность любви и милосердия» — почти моральным долгом — не только в ограниченном контексте личного решения, но в более широком контексте, быть свидетелем по отношению к другим: свидетелем высших ценностей, свидетелем того, что значит истинное человеческое решение, свидетелем исполнения человеческой души через самоотдачу. У Церкви было и есть до сих пор греческое слово: «*marturion*», тот, кто свидетельствует о высших ценностях, которые формируют его/ее жизнь и наполняют его/ее душу.

Такая интерпретация донорства в антропологической точке зрения долга и самореализации, не может не спровоцировать отрицание и скептические усмешки у тех, кто не верит в безвозмездный дар, и представляют человеческие отношения только в рамках обмена. Они считают мечтателями тех, кто защищает донорство как свободный, альтруистический дар. Они могут даже

обвинить их в нынешней нехватке органов для трансплантации, из-за постановки слишком высоких моральных требований для пожертвования органов. Но они забывают, что человеческая душа способна на такой подарок. Они забывают, что альтруизм, «гуманизм», имеет большую привлекательность для молодых, выросших в унылом мире эгоистичного материального изобилия и духовных пустынь.

Нравственные требования для донорства: уважение к человеческому телу, уважение человеческого достоинства, уважение человеческой жизни

Похвала, данная Католической церковью трансплантации органов и донорству, однако, условна. Это зависит, от того, остается ли трансплантация органов верной своим этическим принципам самоотдачи и солидарности, или она развратилась изнутри искушением коммерциализации и утратой уважением к человеческому телу, человеческому достоинству и человеческой жизни. Из обращения Святейшего Отца Бенедикта XVI к Римскому конгрессу по донорству 2008 года мы можем выделить три основных принципа, которые должны соблюдаться в области трансплантации органов, с тем чтобы избежать её морального подрыва:

- тело никогда не может рассматриваться как простой объект;
- уважение к достоинству человека должно быть первоочередным;
- в процессе донорства человеческая жизнь и здоровье человека не должны подвергаться серьезной опасности, некоторые риски могут быть приняты только по морально достоверной и пропорциональной причине.

Необходимое уважение достоинства человека в области трансплантации органов проявляется через информированное согласие, и это понятие теперь хорошо интегрировано. Более проблематичны два других пункта, выделенные Святым Отцом, и относящиеся к коммерциализации органов и обоснованию концепции смерти мозга.

1. Тело никогда не может рассматриваться как простой объект

Антропология, которой руководствуется католическая церковь в ее судебных решениях в области биоэтики на основе ее видения человека как неразделимого единства души и тела. Человек — воплощённый дух и одушевлённое тело. Это означает, что тело не просто объект, который можно потрогать, взвесить и которое может разрушиться. Это также и прежде всего, неотъемлемая часть субъекта, то есть человека.

Речь идет о том, что любое вмешательство на организм человека имеет человеческое значения и несёт человеческую ответственность.

Из этого убеждения Церкви о человеческом теле, вышли два принципа:

— человек управляющий своим телом, а не его владелец. Он не имеет права причинять вред своему телу, или нуждается в пропорциональной причине для этого;

— тело не может рассматриваться в качестве объекта.

Человеческому телу не может быть нанесён вред без весомой для того причины.

— человеческое тело не принадлежит никому, в том смысле как объект. Поэтому человек не может принимать решения о своём теле, как если бы он/она был владельцем своего тела. Принимая своё тело как дар от Бога, человек управляет, но не владеет им, и должен действовать так, чтобы сохранить этот дар живым и здоровым. В частности, человек не имеет права калечить своё тело, за исключением, если это увечье необходимо, чтобы спасти тело. Эта концепция сформулирована в «принципе совокупности». Тем не менее, человек может дать часть своего тела из альтруистических соображений (например, одну почку, если она требуется для члена его семьи) — так как благо, принесенное отдачей и вред, ею причинённый пропорциональны.

Это выразил следующим образом Папа Римский Иоанн Павел II в своем выступлении на первом международном конгрессе общества обмена органами, в июне 1991 года: «Человек может пожертвовать только то, чего он может лишиться без серьезной опасности или вреда своей жизни и личной иден-

тичности, и по справедливой и пропорциональной причине». Именно это правило пропорциональной причины, которому должно следовать в области трансплантации органов от живых доноров».

Тело не может рассматриваться как простой биологический объект.

Если тело является неотъемлемой частью человеческой личности, как говорит Церковь, и все те, кто отрицает ошибочность дуалистической концепции человеческого бытия, то он не может рассматриваться как простой биологический материал, на который владелец (человек) будет иметь все права, как в древности хозяин на раба. Все действия, наносящие вред организму или подвергающие риску здоровье тела следует рассматривать как действия человеческой личности, наносящей вред самой себе. Это делает совершенно незаконной продажу части тела в коммерческих целях. Такая продажа превратит акт дарения в акт грабежа тела.

Иоанн Павел II представил же суждение в своей речи в августе 2000 года: «Любая процедура, которая имеет тенденцию к коммерциализации человеческих органов или рассматривает их как предметы обмена или торговли, должна рассматриваться как морально неприемлемая, потому что использование тело в качестве «объекта» нарушает достоинство человеческой личности».

2. Уважение к человеческой жизни при донорстве органов у мёртвых

Если донорство живого человека ставит на кон уважение к целостности тела, то донорство мёртвого затрагивает более глубокие проблемы, так как это затрагивает саму человеческую жизнь. Нет этической проблемы, когда органы забирают из уже мертвого донора, с сердцем, необратимо остановившимся. Но это условие не соответствует необходимости перенести только органы хорошего качества, которые не были повреждены ишемией из-за слишком долгого времени. Сложна ситуация, в которой удаление органов производится у пациента, который все еще жив, с бьющимся сердцем, но тяжело ранен или болен,

и спасти его невозможно. Были предложены различные протоколы действий в случае удаления органов у такого больного в зависимости от клинического состояния пациента, если семья дала ее согласие на процедуру.

Папа Римский Иоанн Павел II и его преемник Бенедикт XVI в своих обращениях, в которых рассматривался вопрос о взятии органов у трупа, высказали глобальное, если не полное суждение по этическим вопросам изъятия органов в этих условиях.

Жизненно важные органы могут быть удалены только после смерти.

Первый принцип, который установили Папа Римский Иоанн Павел II и Папа Бенедикт XVI: смерть донора должна предшествовать изъятию органов.

Эта твердая декларация является поддержкой для «Правил мёртвых доноров», которое в настоящее время почитается всеми в области донорства органов для трансплантации, но, по мнению некоторых, имеет чрезмерно ограничительный характер, учитывая нынешний дефицит органов, и тенденцию оканчивать жизни некоторых пациентов, находящихся в вегетативном состоянии.

Неврологические критерии смерти могут быть применены, если существует явная уверенность всей разрушения мозга.

При следовании принципу правила мертвого донора, злоупотреблением, которое может быть совершено в случае донорства трупа и сделать трансплантацию органов незаконной, является пренебрежение человеческой жизнью, когда органы изымаются из тела, которое до сих пор живо. Поэтому органы не могут быть удалены из пациента, пока не была констатирована биологическая смерть, согласно критериям остановки сердца или согласно неврологического понимания смерти, так называемой «смерти мозга». Это последнее понятие, однако, до сих пор не принято единодушно в медицинской сфере.

Иоанн Павел II, а позднее Бенедикт XVI подчеркивали, что жизненно важные органы могут быть удалены из мертвого донора только тогда, когда проверены биологические признаки смерти.

Заявление Папы Римского Иоанна Павла II о понятии «смерти мозга» было недвусмысленным, с прогрессирующим обсуждением концепции в три шага.

Первый шаг — предварительное заявление о необходимости утвердить с уверенностью факт смерти прежде извлечения органов у человека, тяжело раненного, или находящегося в глубокой коме, которая кажется необратимой.

Вторым шагом является вопрос: «когда может человек с полной уверенностью считаться мертвым»? На этот вопрос Папа ответил, что «смерть человека — событие, которое никакая научная техника или эмпирический метод не может определить прямо». Поэтому критерии, используемые современной медициной для установления смерти, являются не критериями для определения «точного момента смерти человека», а «научно безопасным средством идентификации биологических признаков того, что человек действительно умер».

Третьим этапом является введение “неврологических критериев” для установления смерти, то есть «полного и необратимого прекращения всей мозговой деятельности в головном мозге, мозжечке и стволе мозга,» установленной «четко определенными параметрами, принятыми в международном научном сообществе». Обсуждать законность этого критерия не в компетенции Церкви.

Папа Бенедикт XVI не отступил от этой позиции Иоанна Павла II по неврологическим критериям смерти. Он только заменил этот критерий в контексте научного прогресса, поощряя дальнейшие исследования в этом направлении для поиска «Решений, которые дадут полную уверенность».

В итоге, согласно Иоанну Павлу II и Бенедикту XVI, мы можем сказать, что католическая церковь принимает критерии смерти мозга, когда они применяются строго, и нет сомнений в разрушении мозга в целом. Тем не менее, в случае сомнения, Церковь советует применять принцип предосторожности, то есть не удалять органы от потенциального донора, и поддерживать жизнь при помощи механической вентиляции.

Пожертвование органов после остановки сердца

Ни Папа Римский Иоанн Павел II, ни Папа Бенедикт XVI не рассматривали случаи донорства после остановки сердца. Тем не менее, был подход, которому в целом следовали в шестидесятых годах и раньше, до разработки концепции смерти мозга; а некоторые предложили вернуться к этому подходу в свете дискуссий о приемлемости концепции смерти мозга. Но этот подход является проблематичным с точки зрения этики получения органов. При таком подходе будущий донор действительно все еще жив, поддерживаемый средствами жизнеобеспечения. Положение пациента, однако, не оправдывает продление этой поддержки, потому что нет никакой надежды на выздоровление для пациента, и продление жизненно важной поддержки будет чрезмерным и бесполезным лечением. В этом случае, семьи соглашаются прекратить поддержку жизни и позволить пациенту умереть спокойно. В это время семья может принять предложение о донорстве органов.

Заключение

Католическая церковь приветствовала трансплантацию органов вначале, в качестве перспективного развития медицины, хорошего само по себе, потому что это спасает жизнь и возвращает радость жизни. Но прежде всего церковь высоко оценивает акт человека, который позволяет осуществить трансплантацию, то есть дарит свои органы ради здоровья или жизни других людей. Что Церковь считает особенно важным в донорства — человеческую солидарность, которую оно предполагает. Как Иоанн Павел II сказал, в своём обращении в 1991 году на конгрессе по обмену органов: «Быть готовым пожертвовать орган сегодня является проявлением щедрой солидарности, все более красноречивой в обществе, которое становится все более утилитарным и менее чувствительным к бескорыстной отдаче».

Подводя итоги:

— Церковь требует твердо, что органы были удалены только после смерти дарителя, в случае посмертного донорства. Это означает, что органы не должны быть удалены у лиц в вегета-

тивном состоянии, или в рамках соглашения с лицом, совершающим суицид.

— Церковь проявляет большое внимание к телу человека и считает, что никто не имеет право продавать один из своих органов. На самом деле, коммерциализация донорства наверное бы, очень негативно повлияла на программы трансплантации, потому что это было бы устранило из них высокое значения альтруизма и самопожертвования, которые все еще мотивируют большинство доноров.

— Церковь не осуждает практику живого донорства, но считает, что она должна быть самоограничена путем применения принципа пропорциональности, даже ради великодушных целей.

— Хорошо зная фактический дефицит органов, Церковь считает, что решение этой нехватки не в коммерциализации или увеличении живого донорства, но в более активных информационных кампаниях, направленных на увеличение числа потенциальных доноров органов.

Бенедикт XVI сказал, что это происходит через «формирование и распространение истинной культуры солидарности, открытой для всех без исключения». На всех уровнях должны быть приложены усилия, чтобы устранить предрассудки, страх и недоверие в отношении трансплантации органов. В частности, Папа Бенедикт XVI предписывает:

— делать совесть людей более чувствителен к вопросу, который непосредственно касается жизни многих людей;

— отказаться от предрассудков и недоразумений, а также повысить доверие людей в отношении тех, кто осуществляет трансплантации, при помощи информационных кампаний, повысить прозрачность, избавиться от всех элементов, провоцирующих подозрение;

— бороться против безразличия и страха, и заменить их уверенностью и гарантиями;

— прославлять дар жизни и чтить тех, кто отдал часть себя ради других. Следует приложить больше усилий, чтобы развивать дух благодарности к дающим жизни. Они настоящие герои нашего времени.

Иоанн Павел II в 1991 году добавил одно слово в отношении всех тех, кто работает в области трансплантации органов. Его слова и будут заключением: «Гораздо следует добавить, и подумать о врачах и их помощниках, которые делают возможным этот поразительный вид солидарности. Пересадка органов и даже просто переливание крови не похожи на другие операции. Они не должны быть отделены от акта самоотдачи донора, от любви, что дает жизнь. Врачи всегда должны осознавать особенное благородство своей работы. Сложность операции, необходимость действовать быстро, потребность в полной концентрации на задаче не должны заставить врачей упустить из виду тайну любви, участвующую в том, что он делает».

THE ETHICS OF ORGAN DONATION FROM THE POINT OF VIEW OF THE CATHOLIC CHURCH

Jacques Suaudeau

«The gospel of life is to be celebrated above all in daily living, which should be filled with self-giving love for others...Over and above such outstanding moments, there is an everyday heroism, made up of gestures of sharing, big or small, which build an authentic culture of life. A particular praiseworthy example of such gestures is the donation of organs, performed in an acceptable manner, with a view to offering a chance of health and even of life itself to the sick who sometimes have no other hope» (*Evangelium vitae*, n 86)

This sentence is from the encyclical *Evangelium Vitae* of Pope John Paul II. It is all the more significative of the way John Paul II was thinking about organ donation for transplantation that it comes in a very natural way, although not prepared, in a text which does not deal otherwise with organ's transplantation but considers only the daily life of Christians. For John Paul II, expressing the thought of the whole catholic Church, organ donation was the best example of these gestures of charity, that is of true, free love that

goes beyond what justice requires, characteristic of humanity at its best, in its ordinary ways of behaving. Indeed, since the time of Pius XII, with the first transplants of cornea, up to today, with Pope Benedict XVI, the Catholic Church has continuously and explicitly stated that organ transplantation is not only licit, but enter in these inspiring human acts, worthy of praise, that require respect, admiration, and even imitation, as long as the ethical basis of organ transplantation is not subverted by the destructive tendencies of individualism, utilitarianism, and commercialism.

On this topic of organ donation for transplantation, the ultimate declaration, made at the highest level of authority in the Catholic Church, comes from Pope Benedict XVI. In november 2008, in Rome, the Holy Father addressed himself to the participants to the congress «*A gift for Life, Considerations on organ donation*» organized by the Pontifical Academy for Life in association with the Federation of the catholic associations of medical doctors. In this address, Pope Benedict stressed three points that constitute the key elements of the teaching of the Catholic Church on the gift of organs for transplantation, and which will help us to enter into the rationale of catholic ethics in that matter:

1) Organ transplantation is a great victory for medical science, which has restored the joy of life to many.

2) Organ donation is a particular form of gift, which combines self-giving, compassion and solidarity, and comes from the best of human nature. As such, it fulfills the deep innermost longings of human soul.

3) The good of organ transplantation is not absolute and depends on the respect for the dignity and for the life of the person who gives the organ(s). This is expressed into two principles:

- First, the human body cannot be considered as a mere object, from which spare pieces could be removed at will, as long as the donator of organs consent to the operation.

- Second, the respect for the life and for the health of the donator must always prevail over other, legitimate, interests within the act of transplantation.

I - ORGAN TRANSPLANTATION IS A GREAT VICTORY FOR MEDICAL SCIENCE, A GREAT PROGRESS FOR HUMANITY

Let us consider now, successively, each of these three points that we have just underlined in the address of Pope Benedict XVI to the 2008 roman congress on organ donation.

The first point that struck the reader in that speech is the very positive way with which Pope Benedict considers organ transplantation. However, this favorable attitude does not come as a novelty in the tradition of the Church. Contrary to what is sometimes said, the Catholic Church has a keen interest in scientific developments and achievements, especially in the field of medicine where these progresses contribute or at least should contribute directly to the common good, to the well being of humanity as a whole. Regarding organ transplantation, Pope John Paul II went out of his way, in 1991, to manifest officially, in the name of the whole Church, his strong support for this initiative. In an address to the first international congress of the *society for organ sharing*, the Holy Father qualified then organ transplantation as «a splendid development» and declared:

«Among the many developments of modern medicine, advances in the fields of immunology and of surgical technology have made possible the therapeutic use of organ and tissue transplants. It is surely a reason for satisfaction that many sick people, who until recently could only expect death or at best a painful and restricted existence, can now recover more or less fully through the replacement of a diseased organ with a healthy donated one. We should rejoice that medicine, in its service to life, has found in organ transplantation a new way of serving the human family, precisely by safeguarding the fundamental good of the person».

In august 2000, in an address to the 18th international congress of the transplantation society, John Paul II expressed again that way his positive appreciation of organ transplantation:

«Transplants are a great step forward in science's service of man, and not a few people today owe their lives to an organ transplant. Increasingly, the technique of transplants has proven to be a valid

means of attaining the primary goal of medicine - the service of human life».

In his 2008 address, Pope Benedict XVI not only took as his own these positive statements of Pope John Paul II on organ transplantation but even develop them further, saying:

«Medical history shows the great progress that has been possible to accomplish to ensure to each person who suffers an ever more worthy life. Tissue and organ transplants represent a great victory for medical science and are certainly a sign of hope for many patients who are experiencing grave and sometimes extreme clinical situations. If we broaden our gaze to the entire world it is easy to identify the many and complex cases in which, thanks to the technique of the transplantation of organs, many people have survived very critical phases and have been restored to the joy of life».

Here we consider only the speeches and talks of some Popes. But it goes without saying that this positive look on organ transplantation of the highest Pastors of the Catholic Church can be found in a large number of declarations of Episcopal Conferences, individual bishops, or pastors responsible for health care, in the Catholic Church, all over the world. There are three reasons that make the Catholic Church a great supporter of scientific and technological development, especially in the field of medicine and medical care:

— the vision of man as a «co-creator», with a mandate to dominate on nature for the good of humanity;

— the attachment of the Catholic Church to common good and human solidarity.

— the value that the Catholic Church attributes to human life and health.

First, the Catholic Church considers positively human developments and progresses in sciences and technology, as long as these progresses do not threaten human life, human values, and human dignity. It comes from the Bible¹ that man has been

¹ Genesis 1:28, Genesis 9:7.

created as free and intelligent in order to act as a «steward» of creation, using in particular his intelligence and skills to improve the conditions of his life on earth. The Second Vatican Council in the third chapter of its document «*Gaudium et Spes*» has declared that the activity of man in the world, qualified as «a tremendous effort to ameliorate his conditions of life», give glory to God, man's creator, and correspond to the plan of God for man².

Second point: Because of her vision of man as a being in relation, who find his fulfillment in the community of human persons, the Catholic Church has a keen attention to common good and human solidarity. Therefore the Catholic Church values greatly all progresses accomplished in the field of medicine and medical care, because these progresses have a direct positive impact on the health of the whole humanity, benefit to common good, and should contribute to strengthen human solidarity. This is what Pope John II meant when he celebrated organ transplantation «*as a new way of serving human family*» (address of June 20 1991).

Third point: The Catholic Church has a great consideration for human life and human health. Some of the adversaries of the Catholic Church, along the centuries, have accused the Church to despise earthly goods because of her faith into eternal life. These persons forget that the Church has always fought against those, gnostics or manicheans of all times and of all names, who despised the human body because they considered it as an unfortunate «jail», from which the human soul aspires to be liberated as a free spirit. For the Church the body is a divine gift which has a great value and has to be maintained in as good a health as possible, by all reasonable and proportionate means.

For all these reasons, the development of organ transplantation is considered therefore by all in the Catholic Church as a very important human progress, who has done already a lot of good to humanity, helping people to survive and restoring them «to the joy of life» as Pope Benedict XVI said in a very sensitive way.

² Ecumenical Council Vatican II, Pastoral Constitution on the Church in the world of this time, «*Gaudium et Spes*», 34:1.

II - ORGAN DONATION AS AN ALTRUISTIC SELF-GIVING

The second point which we found stressed in the 2008 address of Pope Benedict XVI to the Roman Congress on Organ Donation is the great value attached by the Catholic Church to organ donation in itself, as a true testimony to altruistic self-giving.

Pope John Paul II, in his address of June 1991 to the first international congress of the society for organ sharing, perfectly defined the nature of this organ donation, and why the Catholic Church has a great regard to it. He said:

«..It is a decision to offer, without reward, a part of one's own body for the health and well-being of another person. In this sense, the medical action of transplantation makes possible the donor's act of self-giving, that sincere gift of self which expresses our constitutive calling to love and communion. Love, communion, solidarity ..constitute the legitimate context of organ transplantation».

As underlined by John Paul II, in the decision to donate one's organs, taken in anticipation by a potentially future dead donor, or accomplished by a living donor for the sake of a parent or of a friend, or reached by a family in the name of the loved one that she grieved, we find all the components of the self-giving act: this donation is indeed accomplished without seeking anything in return, and it is only done for the well being of unknown other persons. This is unconditional love, communion to the suffering of one another person, and true exercise of solidarity. The ethical value of this act is immense, and its honor humanity in the person of the organ's donor.

Benedict XVI in his address to the Roman Congress of 2008 has completed in the following way this presentation of organ donation :

«Organ donation, said the Holy Father, is a peculiar form of witness to charity. In a period of ours, often marked by various forms of selfishness, it is ever more urgent to understand how the logic of free giving is vital to a correct conception of life. Indeed, a responsibility of love and charity exist that commits one to

make of their own life a gift to others, if one truly wishes to fulfil oneself».

Thus, for the present Pope, the free self-giving of organ donation is particularly important because it is a witness to charity in a dominating liberal, individualistic, utilitarian culture which is more inclined toward selfishness than toward solidarity, and which is therefore dehumanizing. For the Catholic Church, following the teaching of Jesus Christ, and enriched by the practice of active charity all over the worlds, along centuries, a correct conception of life is that of a life of service, of free giving. The young men and women who go on humanitarian missions today, throughout the world, will not deny that a free gift of oneself, of ones own time, of one's most precious years of youth is truly fulfilling. This is has no rational explanation, and, even if the school of Freud is suspicious about the true motives that may enter into the joy of this free self-giving, the fact is that it fulfills the inner, mysterious if you want, longing of human soul. Despite all the charge of skepticism, cynicism, and hedonism that weights on our occidental culture, a true hero remains today, as it was yesterday or two thousand years ago, one who forget himself and the claims of natural selfishness, for the sake of a higher cause.

Given this consideration on the anthropological value of a rich, generous and fulfilling human life, as opposed to the dull character of a boring life dominated by selfishness and pettiness, Benedict XVI sees organ donation as a «responsibility of love and charity» — almost a moral duty — not only in the restricted context of a personal decision to take with few or no witness at all, but in the larger context of a witness toward others: witness of higher values, witness of what is a true human decision, witness of the fulfillment of the human soul through self-giving. The Church had — and still has, a greek word for it: «marturion», the one who gives testimony to the higher values that shape his/her life and fulfill his/her soul.

This interpretation of organ donation within the anthropological perspective of duty and self-fulfillment, cannot but provoke denial and skeptic derision in those who do not believe to a free gift, and conceive human relations only within the frame of an exchange.

They consider a day dreamer the one who defends organ donation as a free, altruistic gift. They may even accuse him of being the cause of the present shortage of organs for transplantation by putting too high the moral requisite for the donation of organs. But they forget that human soul has a longing for such a free gift, and had the capacity for it. They forget that altruism, called «humanitarianism», has a great appeal for the young risen in the dull world of selfish material abundance and spiritual deserts.

III - THE MORAL REQUISITE OF ORGAN DONATION: RESPECT FOR THE BODY, RESPECT FOR HUMAN'S DIGNITY, RESPECT FOR HUMAN LIFE

The praise given by the Catholic Church to organ transplantation and organ donation is however conditional. It depends if organ transplantation remains faithful to its ethic principles of self-giving gift and solidarity, or if it is subverted from within by the temptation of commercialization and by the loosening of the respect due to human body, human dignity and human life. From the address of the Holy Father Benedict XVI to the 2008 roman congress of organ donation, we can isolate three basic principles that have to be respected in the field of organ transplantation in order to avoid its moral subversion :

- the body can never be considered as a mere object³.
- It is necessary to put respect for the dignity of the person in the first place.
- In the process of the gift, human life and human health should not be placed in serious danger, and some risks could be taken on them only for a morally valid and proportional reason.

The necessary respect for human's dignity in the field of organ transplantation passes through the respect of informed consent, and this notion is well integrated today. More problematic are the two other points stressed by the Holy Father and which deal

³ Benedict XVI, Encyclical Letter *Deus Caritas Est*, n°5.

ultimately with the commercialization of organs and with the validity of the concept of brain death.

A - THE BODY CANNOT BE CONSIDERED AS A MERE OBJECT

The anthropology that guides the Catholic Church in her judgments in the field of bioethics is based on her vision of the human being as a nondissociable unity of body and soul. Man is an incarnated spirit, and a spiritualized body⁴. This implies that the body is not simply an object which can be touched, weighted, and can corrupt. It is also, and before all, a coessential part of the subject, that is to say of the person, who reveals herself through it :

«By virtue of its substantial union with a spiritual soul, the human body cannot be considered as a mere complex of tissues, organs and functions, nor can it be evaluated in the same way as the body of animals; rather it is a constitutive part of the person who manifest and expresses himself through it» (Instruction *Donum Vitae* n.3)⁵.

From this, it comes clear that any intervention on the human body has a human signification and brings a human responsibility:

«An intervention on the human body affects not only the tissues, the organs and their functions but also involves the person himself on different levels. It involves, therefore, perhaps in an implicit but nonetheless real way, a moral significance and responsibility» (*Donum Vitae* n.3).

The Instruction quotes at this point of view Pope John Paul II when he said:

«In the body and through the body, one touches the human person in his concrete reality» (J.P.II, Discourse to those taking

⁴ «As an incarnate spirit, that is a soul which expresses itself in a body, and a body informed by an immortal spirit, man is called to love in his unified totality», Apostolic Exhortation *Familiaris Consortio*, November 22, 1981, n°11.

⁵ Congregation for the Doctrine of Faith, Instruction on respect for human life in its origin and on the dignity of procreation. Replies to certain questions of the day, February 22 1987.

part in the 35th General Assembly of the World Medical Association, 29 October 1983).

From this high consideration of the Church to human body, come out two principles:

— man is the steward of his body, not his owner. He has no right to harm his body and need a proportionate reason for doing so;

— the body cannot be treated as an object.

1) The human body cannot be harmed without a proportionate reason

- the human body does not belong to anyone in the sense that an object does. Therefore the individual cannot decide of his/her body as if he/her was the owner of his/her body. Receiving his/her body as a gift from God, man is only the «steward» of this body, with a delegated dominion over this body, and he/her must act to preserve that body alive and healthy. In particular, man has no right to mutilate his/her body, except if this mutilation is necessary to preserve the body. This concept is formulated in the «principle of totality»⁶. One can sacrifice a part of the body for the sake of the whole person⁷. But it is not justified to destroy one part of the body in order to save one another part, or for the benefit of this other part (as example castration for the sake of peace in mind). However, a person can give part of his/her body for altruistic means — as example one kidney if it is requested for one member of his family — as long as there is a proportionality between the good that will come out of that gift (the well being of a parent) and the harm that may come from that gift (complications from surgical

⁶ A. Jonsen, *From mutilation to donation: the evolution of catholic moral theology regarding organ transplantation*, Catholic Social Concern Lecture Series, University of San Francisco, March 29, 2005.

⁷ M. Nolan, *The Positive Doctrine of Pope Pius XII on the Principle of Totality*, *Augustinianum*, 3, 1963, pp. 28-44; 290-324; 4, 1964, pp. 537-559. J. Gaffney, *The over-extended Principle of Totality and some Underlying Issues*, *The Journal of Religious Ethics*, vol. IV, 1976, pp. 259-267.

removal of the kidney, risk of loss of the remaining kidney through infection or tumor). This is expressed in the following way by Pope John Paul II in his address to the first international congress of the society for organ sharing, in June 1991:

«A person can only donate that of which he can deprive himself without serious danger or harm to his own life or personal identity, and for a just and proportionate reason».

It is this rule of the proportionate reason that has to be followed in the field of organ transplantation from living donors. One can consider that there is a proportionate reason for one individual to give a kidney to a brother or to a dear old friend, but that there is no proportionate reason to give the same kidney to an unknown, anonymous recipient.

2) The body cannot be treated as a mere biological entity

If the body is an integral part of the human person, as says the Church and all those who denounce the fallacy of the dualistic conception of human being, then it cannot be treated as a mere biological material on which the owner (the person) would have all rights, as a master would treat his slave in the antiquity. All action harming the body or putting at stake the health of the body has to be considered as an action harming the human person herself. This makes totally illicit the sale of parts of the body, for commercial purpose. Such a sale would transform an act of donation into an act of plundering of the body.

This point is well stressed by Pope John Paul II in his address of June 1991:

«In effect, the human body is always a personal body, the body of a person. The body cannot be treated as a merely physical or biological entity, nor can its organs and tissues ever be used as items for sale or exchange. Such a reductive materialism conception would lead to a merely instrumental use of the body, and therefore of the person. In such a perspective, organ transplantation and the grafting of tissue would no longer correspond to an act of donation but would amount to the dispossession or plundering of the body».

John Paul II presented the same judgment in his speech to the transplant society in August 2000». Any procedure which tends to commercialized human organs or to consider them as items of exchanged or trade must be considered morally unacceptable, because to use the body as an «object» is to violate the dignity of the human person».

In his address to the 2008 Roman Congress on organ donation, Pope Benedict XVI has restated that way this condemnation of the commercialization or organ procurement :

«The body can never be considered a mere object (cf *Deus Caritas Est* n.5), otherwise the logic of the market would gain the upper hand... The possibility of organ sales, as well as the adoption of discriminatory and utilitarian criteria, would greatly clash with the underlying meaning of the gift that would place it out of consideration, qualifying it a morally illicit act».

B - THE RESPECT FOR HUMAN LIFE IN CADAVER ORGAN DONATION

If living organ donation put at stake the respect for the integrity of the body, cadaver organ donation goes deeper into problems, because it is human life itself that is at stake in the operation. There is no ethical problems when organs are harvested from an already dead donor, with a heart irreversibly arrested. But this condition would not be consistent with the need to transplant only organs of good quality that have not been damaged by too long an ischemic time. The situation in which the proposal of removing organs from a given patient is made is therefore that of a patient who is still alive, with a beating heart, but is gravely wounded or sick, with no hope of resuscitating him to a state of normal human life. Different protocols have been proposed to proceed in such case toward the removal of organs from this patient, in function of the clinical status of the patient, if the family has given her informed consent to the process:

- removal of organs on a living patient whose interests would not be harmed by the operation, because of his/her particular

situation: this has been proposed for person in persistent vegetative state, suicidal or anencephalic patients.

- non-heart-beating organ donation
- removal of organs on a patient declared brain dead.

The Pope John Paul II and his successor Benedict XVI, in their addresses to different meetings in which the question of cadaver organ procurement was considered, have given a global, if not complete judgement on the ethical liceity of the removal of organs in these conditions. In fact, they have addressed two situations:

- that of the person still fully alive
- that of the patient considered dead on neurological criterion.

1) Vital organs can be removed only after death

The first principle that Pope John Paul II and Pope Benedict XVI firmly recall is that of the death of the donor has to be asserted prior the removal of organs:

«Vital organs which occur singly in the body can be removed only after death» (John Paul II, 29 August 2000, n.4).

«individual vital organs cannot be extracted except *ex cadavere*» (Benedict XVI, 7 Novemembr 2008).

This firm declaration comes as a support for the «Dead donor rule» which is currently honored by all in the field of organ donation for transplantation, but is considered by some as excessively restrictive, given the present shortage of organs, and the tendency to put an end to the life of some patients in the vegetative state.

2) The neurological criterion of death can be applied if there is a clear certitude of whole brain destruction

Following this principle of the dead donor rule, the abuse that can be committed in the case of cadaver organ donation, and makes organ transplantation illicit, is the disrespect for human life, whenever organs are harvested on a body which is still alive. Therefore organs cannot be removed from a patient except when biological death has been constated, following the criterion of

heart arrest (non-heart.beating organ donation), or following the neurological concept of death, the so called «brain death». This last concept, however, is still not the object of an unanimous consensus in the medical field. The opponents of the notion of brain death argue that this is precisely the case when patients are declared brain dead and subsequently submitted to organ removal after having been removed from the respirator which helped them to survive. There would be, they say, a fallacy in the notion of brain death, because patients who are declared brain dead have more often than not all the appearances of life as long as they are kept assisted with mechanical ventilation. The persistence of a systemic circulation in these conditions give them indeed a warm, colored skin, which makes difficult to believe them dead⁸. The opponents of the notion of brain death have therefore repeatedly asked the Holy Fathers, first John Paul II, then Benedict XVI, to denounce as a crime against human life the removal of organs in patients declared brain dead. This would make licit only the harvest of organs from a living donor or the harvest of organs on patients declared dead because of an irreversible arrest of the heart, a restriction which would greatly compromise the transplant of life sustaining organs.

John Paul II, and more recently Benedict XVI, while strongly stressing that vital organs can be removed from a dead donor only when the biological signs of death have been verified, have not given satisfaction to the opponents of brain death, and John Paul II has even publicly and officially endorsed the concept of brain death in his famous address of August 2000 to the 18th international congress of the transplantation society, in Rome, a position that Pope Benedict has followed in his 2008 address to the Congress on organ donation, also in Rome.

Pope John Paul II declaration on brain death has been both careful and unambiguous, with a three steps progression in the discussion of the concept.

The first step is a preliminary declaration on the need to ascertain

⁸ P. Verspieren, *Prelever des organes humains*, Etudes, November 1992, pp. 459-470.

with certitude the fact of death, before harvesting organs from a person badly injured or in a profound state of coma which seems irreversible. John Paul II says:

«vital organs which occur singly in the body can be removed only after death, that is from the body of someone who is certainly dead».

the second step is a question: «when can a person be considered dead with complete certainty?». To this question the Pope answer that «the death of the person is an event which no scientific technique or empirical method can identify directly». Therefore the criteria used by medicine today for ascertaining death are not criteria for determining the «exact moment of a person's death» but «scientifically secure means of identifying the biological signs that a person has indeed died».

the third step is to introduce the «neurological criterion» for ascertaining death, that is the «complete and irreversible cessation of all brain activity, in the cerebrum, cerebellum and brain stem», attested by «clearly determined parameters commonly held by the international scientific community». It is not of the competence of the Church to discuss the validity of this criterion. Already Pope Pius XII has said that «it is for the doctor to give a clear and precise definition of «death» and of «the moment of death» of a patient who lapses into a state of unconsciousness»⁹. «The Church», continues John Paul II, «limit her judgement to a moral evaluation of the use of the neurological criterion. Her question is: does this criterion of death, held by the scientific community, enters in conflict with the Christian understanding of the unity of the person?». The answer of Pope John Paul II is a «no»: the neurological criterion does not contradict christian anthropology of the unity body-spirit which makes the human person. The Pope says:

«Here it can be said that the criterion adopted in more recent times for ascertaining the fact of death, namely the complete and irreversible cessation of all brain activity, if rigorously applied,

⁹ Pope Pius XII, Address of 24 November 1957, in AAS 49 (1957), 1031.

does not seem to conflict with the essential elements of a sound anthropology».

From this, John Paul goes to a positive statement: these criteria of death, presented by the scientific community, can be used for arriving to the necessary degree of assurance needed to declare morally right the removal of organs from the person declared dead that way:

«Therefore, continues John Paul II, a health-worker professionally responsible for ascertaining death can use these criteria in each individual case as the basis for arriving at the degree of assurance in ethical judgement which moral teaching describe as moral certainty».

Pope Benedict XVI has not retreated from this strong acceptance by John Paul II of the neurological criterion of death. He has only replaced this criterion within the context of scientific progress, encouraging further research in that direction for

«solutions that give certainty to all». Meanwhile, Benedict XVI agree with the criterion that has been reached by the scientific community, while asking a great degree of prudence in declaring as certain a situation of death recognized using that criterion. The Pope says:

«In an area such as this, in fact, there cannot be the slightest suspicion of arbitration and where certainty has not been attained the principle of precaution must prevail».

In clear, Benedict XVI says that the medical community is entitled to use the brain death criterion for declaring a person dead, but that there should be no room for uncertainty about it in the practical application of the criterion to a determine unconscious person. In case of doubt, medical doctors must abstain to declare a person brain dead, and have to go further in their investigation to objective the no brain blood flow phenomenon, or else have to treat the patient as a living person in deep coma.

In summary, following John Paul II and Benedict XVI, we can say that the Catholic church accept the brain death criteria when rigorously applied, and when there is no doubt about the destruction of the whole brain. However, in case of doubt, the Church would advise to apply the principle of precaution, that is

to say not to remove organs from the potential donor, and to keep him alive with mechanical ventilation.

3) Organ donation after cardiac death

Neither Pope John Paul II nor Pope Benedict XVI have considered the case of organ donation after cardiac death. However, this was the approach that was generally followed in the sixties or earlier, before the elaboration of the notion of brain death, and some have proposed¹⁰ to return to that approach in the light of the discussions on the validity of the concept of brain death. But this approach of the so called non-heart-beating organ donation is problematic from the point of view of the ethics of organ procurement. In this approach, the future donor is indeed still alive, maintained alive by life-sustaining means. The situation of the patient, however, do not justify the prolongation of this support, because there is no more hope of recovery for the patient, and prolonging vital support will be an operation of overzealous treatment, useless. In this case, the family agree to discontinue the life support and to let the patient die peacefully. The proposal of removing organs intervene at this time, and the family can accept it. One passes from end-of-life care to organ donation. The life sustaining measures would be withdrawn in intensive care unit or already in the operating room. The patient would be declared dead after a time of around five minutes from the onset of asystole but some are reducing it to two minutes. The organs would then be removed. There has been no official declaration from authorities in the Catholic church about the ethics of this process, but it is clear that it cannot be accepted because it supposes the removal of life-sustaining means, which the Church considered as euthanasia even in the conditions of end of life. Moreover, the process implies also that the family give her consent to an unethical process, and nobody has a right to decide the withdrawal of life sustaining means in the name of a patient.

¹⁰ R.Steinbrook, *Organ Donation after Cardiac Death*, The New England journal of Medicine, 19 July 2007, pp.209-213.

CONCLUSION

The Catholic church has hailed organ transplantation, from the beginning, as a promising medical development, good in itself because it saves life and restores the joy of life. But the Church has above all praised the human act that permits transplantation, that is the gift of one's organs for the sake of the health or life of other human beings. What the Church finds particularly significant in organ donation is the human solidarity that it supposes. As John Paul II said it in his address of 1991 to the congress on organ sharing, «to be willing to donate an organ, today, is a manifestation of generous solidarity, all the more eloquent in a society which has become increasingly utilitarian and less sensitive to unselfish giving».

This positive outlook of the Church toward organ transplantation has not changed with the passing of years. However, the Catholic Church, in the person of her spiritual and hierarchical leaders has been brought to give her ethical point of view on some contested practices that have developed or promise to develop in the field of organ transplantation. Pope Benedict XVI has made the point on these practices one year ago, in a remarkable, very sensitive address. To sum up :

- the Church requires firmly that organs be removed only after the death of the donor, in the case of cadaveric organ donation. This implies that organs should not be removed from persons in vegetative state, or within an agreement with a person making a suicide.

- the Church has a great consideration for the body and considers that nobody has the right to sell one of his/her organs. In fact, the commercialization of the organ donation would probably have a very negative impact on the programmes of transplantation because it would remove from these programs the high values of altruism and self-giving that still motivate most of the organ donors.

- The Church do not condemn the practice of living organ donation, but considers that it should be autolimited by the application of the principle of proportionality, even when done for very generous purposes.

- Well aware of the actual shortage of organs, the Church considers that the solution to this shortage is not in commercialization or increased living organ donation, but in more active campaigns of information aiming at increasing the number of potential organ donors. As Pope Benedict XVI said it, this passes through the «formation and the spreading of a true culture of solidarity open to all and excluding no one». Efforts have to be done at all levels to remove prejudices, fear and mistrust regarding organ transplantation. In particular, Pope Benedict XVI indicates:

- make the conscience of people more sensitive to an issue that touches directly the life of many people

- reject prejudices and misunderstandings, and increase the trust of people regarding the actors of transplantation, through campaigns of information, increase transparencies, removal of all elements provoking suspicion

- fight against indifference and fear and substitute them with certainty and guarantees

- celebrate the gift of life and honor those who have given part of themselves for the sake of others. There should be more efforts to develop a spirit of thanks and praise toward the givers of life. These are the true heroes of our time.

John Paul II, in 1991, had added one word at the intention of all those who work in the field of organ transplantation. He said, and this will be our conclusion:

«Much more should be added, including a meditation on the doctors and their assistants who make possible this striking form of solidarity. A transplant, and even a simple blood perfusion, is not like other operations. It must not be separated from the donor's act of self-giving, from the love that gives life. The physicians should always be conscious of the particular nobility of their work. The difficulty of the operation, the need to act swiftly, the need for complete concentration on the task should not make the physician lose sight of the mystery of love involved in what he is doing».

ПЕРЕСАДКА КОСТНОГО МОЗГА И СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Антонино Баньято, профессор,
консультант Папского совета по здравоохранению Ватикана,
член совета по здравоохранению Римской Епархии,
Директор гематологической клиники Сандро Пертини
Рим (Ватикан)

Что такое костный мозг?

Единственный орган, предназначенный для синтеза кровяных клеток.

Местонахождение у взрослых:

- Внутри трубчатых костей
- В полости губчатой ткани

Благодаря постоянному производству гематопоэтических стволовых клеток, которые могут делиться, обеспечивает необходимым количеством красных и белых клеток крови, а также тромбоцитов.

Наиболее распространенные заболевания, которые могут поражать костный мозг:

- апластическая анемия
- лейкемии
- Неходжкинскиелимфомы
- генетические заболевания крови и иммунной системы.

Виды терапии:

- химиотерапия,
- радиотерапия,
- пересадка костного мозга,
- пересадка стволовых клеток.

Пересадка костного мозга или стволовых клеток – это не первичная терапия, но решение о ее использовании может приниматься, когда заболевание развивается, несмотря на ранее проведенную радио- или химиотерапию и сопровождается распространением *устойчивых опухолевых клонов*.

Операция по пересадке костного мозга или стволовых клеток может проводиться пациентам, которые:

- хорошо себя чувствуют, несмотря на поразившую их болезнь
- которым не помогла менее опасная терапия, чем пересадка
- у которых больше шансов на проведение успешной операции

Возможные виды пересадки:

— Аутотрансплантация: когда реципиент трансплантата является его донором для самого себя. Пересадочный материал берется перед химио- и/или радиотерапией с последующим возвращением.

— Аллотрансплантация — когда материал для пересадки берется у другого подходящего донора.

В обоих случаях материал для пересадки может быть:

- Может быть взят непосредственно из костного мозга путем тонкоигольной аспирационной биопсии на уровне подвздошного гребня.

- Для пересадки костного мозга традиционным методом необходимо на час поместить пациента под общий наркоз, во время которого, произвести забор примерно 1000 куб. см костного мозга путем фильтрации циркулирующей крови.

(После необходимой фармакологической стимуляции производства стволовых клеток на протяжении предыдущих пяти дней). Примерно четырехчасовой операции по забору стволовых клеток для нетрадиционного метода.

Метод мобилизации (оживления/стимуляции/активации) стволовых клеток и методы их забора варьируются в зависимости от вида заболевания.

(Материал для пересадки обычно криоконсервируют для избежания заражения и/или порчи.)

В любом случае материал для трансплантации необходимо облучить для избежания отторжения, вызванного активностью Т-лимфоцитов (перелитых/пересаженных).

Пациент подвергается максимально интенсивному кондиционированию, для достижения:

- полного разрушения костного мозга пациента для того, чтобы освободить место для имплантируемого материала.

- разрушения всех раковых клеток
- ограничения реакции иммунной системы для снижения риска отторжения имплантируемого материала.

Начинает использоваться метод кондиционирования меньшей интенсивности для пациентов в лучшем состоянии.

Пересадка костного мозга или стволовых клеток должна производиться по прошествии одного или двух дней после кондиционирования.

Трансплантируемый материал вводится пациенту через подключичную вену.

Благодаря механизмам распознавания имеющимся в специальных (отдельных) клетках, введенные в кровь клетки имеют возможность найти их место для приживания к костной ткани.

Во время проведения этой терапии было замечено, что стволовые клетки собранные в периферической крови после ввода приживаются быстрее, чем клетки пересаженного костного мозга, — за 7-8 дней, при том, как клетки костного мозга — за 15-30 дней. Также при пересадке стволовых клеток наблюдается уменьшение инфекционной и геморрагической токсичности из-за цитопении, спровоцированной подготовительным кондиционированием. Недостатком этого метода является частое хроническое отторжение введенных клеток.

Также было замечено, что аллогенный (инородный) имплантат является потенциально действенным, особенно если он был взят до того, как у пациента была обнаружена устойчивость к химиотерапии.

Достоинства аутологичной пересадки:

- небольшое время ожидания операции
- отсутствие риска, связанного с несовместимостью
- возможность проведения людям в возрасте до 70 лет включительно
- меньший процент летальных исходов

Недостатки аутологичной пересадки:

- слабая эффективность если заболевание не находится в стадии ремиссии

- поздние (отложенные) осложнения

Достоинства аллогенной пересадки:

- пересаживаемый материал взят у здорового человека

Недостатки аллогенной пересадки:

- долгое время ожидания операции (только в 30% случаев у больных есть совместимые брат или сестра)

- возможность отторжения имплантата

- проведение операции возможно в возрасте до 60 лет

В послеоперационной фазе, которая в любом случае длится несколько месяцев и больной в обязательном порядке госпитализирован, организм пациента находится в очень уязвимом состоянии. Этот период очень важен, потому что приживление пересаженного материала происходит за 10- 30 дней, и только потом новый костный мозг начинает вырабатывать активные клетки крови.

Во время этой фазы пациенту назначаются следующие процедуры:

- переливания (крови)

- антибиотикотерапия

- иммуносупрессивная терапия

- в некоторых случаях используются последовательные вливания донорских лимфоцитов для того, чтобы воздействовать на остаточные проявления перенесенной болезни, которые сохранились после пересадки

Возможные риски, связанные с пересадкой:

1. ОТТОРЖЕНИЕ (GVHD (РТПХ)) если материал от донора (15-25% если донор родственник (родственник)

45% если донор неродственный)

Причины:

— организм пациента не принимает пересаживаемый материал

— пересаживаемый материал не принимает организм пациента

Виды отторжения (классификация по времени):

— Острое отторжение

Происходит в течении 3 месяцев после операции может проявиться высокой температурой, кожной сыпью, диареей, судорогами а также печеночной недостаточностью.

— Хроническое отторжение

Проявляется в течении долгого времени и длится годами, проявляется в виде склеродермии, зуда, миозита, сухостью глаз, алопеции.

2. Различные ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ПАТОЛОГИИ

(Наиболее часто встречаются при интенсивном передоперационном кондиционировании, присутствии гепатита перед пересадкой, в случае последующей пересадки.)

Зарегистрированы следующие проявления:

— гепатомегалия

— желтуха

— асцит

3. Различные ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, независимо от вида происхождения пересаженного материала:

— Грибковые поражения: аспергиллез и кандидоз

— Цитомегаловирусная пневмония. Профилактику этой патологии нужно проводить в обязательном порядке, до возможного проявления ее признаков. Это связано с высоким риском смерти при заболевании этой болезнью.

— различные вирусные и бактериологические инфекции, которые могут появиться в условиях иммунодефицита.

Следующие шаги (для облегчения проведения этих операций, в случае необходимости):

- Создание банка, в котором бы содержались стволовые клетки всех людей, собранные из пуповины в момент рождения. К сожалению, количества этих клеток хватит для лечения только пациента ребенка, но не взрослого человека.

- Картирование HLA (Humanleukocyteantigen — Человеческие лейкоцитарные антигены) всех людей для того, чтобы облегчить поиск совместимых неродственных доноров для пациентов с острой необходимостью проведения терапии.

HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND MODERN ASPECTS OF LIVER TRANSPLANTATION

PD dr. Edouard Matevossian
TUM, Bavaria, Germany

ABSTRACT:

Most primary liver cancers begin in hepatocytes. This type of cancer is called hepatocellular carcinoma or malignant hepatoma. Liver cancer cells can spread by breaking away from the original tumor. They mainly spread by entering blood vessels, but liver cancer cells can also be found in lymph nodes. The more risk factors a patient has, the greater the chance that liver cancer will develop.

If liver cancer is diagnosed, the doctor needs to learn the extent (stage) of the disease to help determine the optimal treatment. Staging is an attempt to find out whether the cancer has spread, and if so, to what parts of the body. Treatment options for liver cancer are surgery (including a liver transplant), ablation, embolization, targeted therapy, radiation therapy, and chemotherapy. A combination of these treatments may be used.

Surgery is an option for patients with an early stage of liver cancer. The surgeon may remove the whole liver or only the part that has cancer. If the whole liver is removed, it's replaced with healthy liver tissue from a donor. A liver transplant is an option if the tumors are small, the disease has not spread outside the liver, and suitable donated liver tissue can be found. Donated liver tissue comes from a deceased patient or a live donor. If the donor is living, the tissue is part of a liver, rather than a whole liver.

IV. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ОТНОШЕНИЕ СТАРШЕКЛАССНИКОВ ГИМНАЗИИ №34 Г. ОРЛА К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ

Ю.В. Алферова, директор
муниципальной бюджетной гимназии № 34;

Т.П. Карноушенко, врач муниципальной бюджетной гимназии № 34;
г. Орел (Россия);

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

Оценка отношения молодежи к алкоголизму является актуальной и находится под постоянным контролем педагогов и воспитателей гимназии № 34 г. Орла. Алкоголизация общества высока и очень важно, воспитать у молодых людей такое отношение к алкоголю, которое позволило бы им осознанно принять жизнь в трезвости.

В процессе такого воспитания большая роль отводится как школе, так и семье.

Целью нашего исследования было изучение отношения к употреблению алкоголя учащихся старших классов муниципальной гимназии № 34 г. Орла.

Было проведено анонимное анкетирование учащихся 10-х и 11-х классов (22 юноши и 15 девушек).

Все учащие считают, что алкоголь вреден для здоровья, однако 12% считают, что вредно употребление только больших количеств алкоголя, а 6%, что вредно употребление только некачественных напитков.

Никогда не пробовали алкоголя 20% юношей и 50% девушек. Не употребляют алкоголь 95% девушек и более 50% юношей.

Среди юношей, которые пробовали алкоголь, 75% впервые попробовали его в возрасте 12–15 лет и только 1 юноша в возрасте до 7 лет.

50% юношей и 25% девушек впервые попробовали алкоголь дома с родителями во время праздничных застолий.

У 12% юношей и у 75% девушек родители вообще не употребляют алкоголь, остальные употребляют алкоголь 1 раз в месяц по праздникам и реже и только у 1 юноши родители употребляют алкоголь 1 раз в неделю.

На вопрос, что они считают важным для уменьшения употребления алкоголя, 65% старшеклассников ответили, что следует уменьшить продажу алкоголя, 40% предложили увеличить цену на спиртное, 3% затруднились ответить, и 1 ответ был, что ничего не надо менять.

Анализ полученных данных позволяет утверждать, что процент учащихся старших классов гимназии № 34, которые не употребляют алкоголь, достаточно высокий, но, тем не менее, 50% девушек и 75% юношей уже пробовали алкоголь. Первая встреча детей с алкоголем происходит в кругу семьи во время праздничных застолий, и что только 30% родителей не употребляют алкоголь.

Выводы.

1. Следует продолжить разъяснительную работу среди школьников.

2. Усилить работу с родителями по предупреждению употребления алкоголя детьми дома.

3. Следует обратить внимание на обеспечение качественного досуга для молодых людей, развитие их интересов и создания доступных возможностей для занятий спортом, творчеством, искусством.

4. Показывать положительные примеры среди сверстников.

5. Оградить детей от СМИ, которые создают впечатление, что употребление алкоголя является нормой и неотъемлемой частью жизни состоятельных людей, формируя представление именно о такой жизни.

6. «Не вводи во искушение».

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА У УЧАЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

А.Н. Дударев, ст. преподаватель

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

И.Н. Дударева, преподаватель кафедры аналитической химии

УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов
медицинский университет»;

Е.И. Дударева, студентка V курса ФСП

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

Достойным существование человека на земле помогает сделать духовное и физическое здоровье. Здоровый образ жизни молодого поколения является залогом здоровья нации в целом. Вот почему так необходима образовательная и воспитательная деятельность учебных заведений и их педагогического коллектива по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

В Республике Беларусь численность лиц 16-20 лет за период с 2011 по 2015 годы значительно сократилась, их доля в 2014 году составила 5,8% от общей численности населения. В этом возрасте наблюдаются самые высокие темпы роста заболеваемости почти по всем классам болезней, причем преимущественно по тем, которые формируют хронические заболевания. Уровень общей заболеваемости лиц 16-20 лет в 1,4 раза выше того же показателя у взрослых [1].

В целом, как отмечает Р.И. Купчинов, здоровье подрастающего поколения характеризуется следующими особенностями: увеличение хронической заболеваемости, нарастание уровня инвалидности, нарушение становления репродуктивной системы, отклонения в психическом здоровья, увеличение числа дезадаптированных детей, снижение показателя физического развития [2, с.57].

Цель работы. изучить возможности социально-педагогической работы по профилактике алкоголизма и наркомании среди учащихся средних специальных учреждений.

Материал и методы. Был проведен естественно-педагогический эксперимент, позволяющий своевременно определить

проблемные зоны в организации деятельности по формированию навыков здорового образа жизни в ГУО «Полоцкий государственный медицинский колледж имени Героя Советского Союза З.М. Тусноловой-Марченко». Исследование проводилось в форме анкетирования, в котором принимало участие сто пятьдесят учащихся в возрасте от 18 до 22 лет (6,6% юношей, 93,4% девушек). Работа включала следующие этапы: отбор диагностических средств и испытуемых; подготовка стимульного материала; мотивация испытуемых; обработка и оформление результатов.

Анкета включала 40 вопросов. Контролируемыми параметрами являлись пол, возраст, систематичность занятия физкультурой, наличие хронических заболеваний, отношение к курению, алкоголю и др. Проанализируем ответы учащихся об употреблении алкоголя.

Результаты и их обсуждение. Среди респондентов во всех возрастных и социальных группах преобладали лица женского пола.

Алкогольная зависимость не распространена среди молодых людей колледжа. Однако сам по себе факт употребления какого-либо спиртного (чаще всего пива) имеет место в 58% случаев. При этом половая принадлежность учащихся практически не влияет на ответ.

Опрос показал, что с возрастом процент респондентов, употребляющих алкогольные напитки, увеличивается. Если респонденты в 18 лет употребляют спиртное в 55% случаев, то после 19 лет – в 81%.

Однако более важным вопросом является не сам факт употребления алкоголя, а его частота. Преобладающим является вариант ответа «все зависит от ситуации», его выбрали 64,6% опрошенных. Наименее популярным оказался вариант «2–3 раза в неделю» (менее 5%), выбрали варианты «один раз в месяц» 10% и «не употребляю вообще» 19%. Показатель варианта «не употребляю вообще» тем выше, чем младше респонденты.

Возраст, в котором человек впервые пробует спиртное, также влияет на возможное развитие алкогольной зависимости. Здесь первое место занимает вариант «в 14–16 лет». Этот вари-

ант выбрали 48% опрошенных, причем обоих полов. Не на много отстают варианты «после 16 лет» – 36% респондентов. Вариант с 11 до 13 лет выбрали 11% респондентов. До 10 лет впервые попробовали алкоголь 5% опрошенных.

На вопрос: «Считаете ли Вы, что должно быть ограничено время продажи алкогольных напитков?» Девушки оказались более категоричны. Среди них положительный ответ дали 45% опрошенных, среди юношей – 27%, общая же статистика такова: да – 38%, нет – 40%, не знаю – 22%.

Второй вопрос состоял в том, должны ли быть усилены меры административной и материальной ответственности за распитие спиртных напитков в общественных местах. Снова женщины отвечали положительно чаще, чем мужчины: 55% против 36%. Общая статистика такова: да – 49%, нет – 38%, не знаю – 13%.

Нами разработана программа, призванная действовать в рамках колледжа, и направленная на обучение сознательному отказу от употребления наркотических, алкогольных и иных веществ, формирование ценностного отношения к себе и к собственному здоровью, формирование уверенности в себе.

Заключение. В результате проведенных мероприятий процент учащихся, не употребляющих алкоголь, изменился с 19% до 23%. Уже при частичной реализации программы профилактики, можно видеть, что количество учащихся, мотивированных на здоровый образ жизни повысилось.

Литература

1. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.minzdrav.by. Время доступа: 22.05.2014.
2. Купчинов, Р.И. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи / Р.И. Купчинов. — Минск: ИВЦ Минфина, 2004. — 210 с.

ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ДЕВУШКАМИ-СТУДЕНТАМИ

М.Н. Нурбаева, к. м. н, доцент,
А.А. Осина, студентка I курса факультета социальной педагогики
и психологии
УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

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

Науке известно, что мужской и женский организм реагирует на алкоголь по-разному и у женщин пристрастие к алкоголю формируется быстрее, протекает более тяжело и наносит непоправимый ущерб потомству, семье и обществу.

Целью нашей работы было выяснить, как относятся к алкоголю девушки-студентки. Проведено анонимное анкетирование 243 студенток обучающихся в университете имени П.М. Машерова. Возраст анкетироваемых составил: 17 лет – 10,0%, 18 лет – 15,4%, 19 – 19,2%, 20 лет – 23,7%, 21 год – 21,7%, 22 года – 7,9%, 23 года – 2,1%.

56,7% студенток окончили школу в городе, 22,9% — в районных центрах, 20,4% — в селе. 60,2% из них знают, что алкоголь вреден, 27,6% считают, что вредно только употребление большого количества алкоголя и 8,3% — полагают, что вреден только некачественный алкоголь, а 3,9% — считают, что алкоголь не вреден для здоровья.

Девушки предпочитают следующие алкогольные напитки: пиво — 13,0%, вино — 27,6%, водка — 4,6%, ликеры и шампанское – 29,0%, 25,8% не любят спиртного. Однако на вопрос

«Употребляете ли вы указанные спиртные напитки?» Мы получили следующие ответы: пиво — 56,7%, вино — 73,3%, водка — 37,9%.

Мы попытались выяснить при каких обстоятельствах респонденты впервые попробовали алкоголь. 67,5% ответили, что с родителями дома во время праздничных застолий, 3,3% — в компании взрослых знакомых, 19,8% — в компании сверстников, чтобы не отставать от других, 4,1% — просто, когда было скучно и только 5,3% — никогда не пробовали.

После первого употребления алкоголя 40,2% студенток почувствовали приподнятое настроение, у 8,6% самочувствие ухудшилось, у 13,1% появилось головокружение и головная боль, у 4,5% — тошнота и рвота, а 33,6% никаких изменений не ощутили.

Анализируя анкеты, мы выяснили, что 2,5% респондентов употребляли спиртные напитки 2-3 раза в неделю; 17,8% — 1 раз в неделю, 67,7% — один раз в месяц и реже, 12,0% — вообще не употребляют алкоголь.

Каковы мотивы у молодых людей к употреблению спиртных напитков?

7,1% девушек пьют, чтобы подражать взрослым на праздники и в дни рождения, 4,8% для устранения нерешительности и стеснительности, 26,2% с целью хорошего общения в компании, 26,2% пьют, чтобы улучшить настроение, 17,1% чтобы получить удовольствие. Последняя группа представляет собой людей — зависимых от алкоголя, но самая критическая группа — это те, которые употребляют алкоголь вообще без особой причины — 18,6%.

Мы попытались выяснить, в каком возрасте респонденты впервые попробовали алкоголь. Оказалось, до 7 лет — 4,1%, с 7 до 10 лет — 9,0% , с 10 до 12 лет — 11,9%, с 12 до 15 лет — 65,9%, после 15 лет — 4,1%, и только 5% никогда не пробовали.

Прием алкоголя сопровождается следующими признаками похмелья: у 40,7% утром бывает общее недомогание и головная боль, у 4,2% — тошнота и рвота, у 7,2% — дрожь в руках и ногах, у 47,9% — таких ощущений не бывает.

Для предупреждения похмелья 44,9% — не пьют много, 13,9% — пьют разбавленные напитки, 33,9% — закусывают большим количеством мясных продуктов, 7,9% — используют лекарственные препараты.

От утреннего похмелья 23,5% девушек избавляются длительным сном, 12,4% — «выгоняют» алкоголь большим количеством соков и рассолов, 2,6% — выпивают пива или немного водки, 61,5% — не опохмеляются.

Нам было интересно выяснить, как относятся к алкоголю родители наших респондентов, и выяснилось, что 4,5% — пьют чаще 1 раза в неделю; 5,4% — 1 раз в неделю; 70,7% — 1 раз в месяц и реже; 19,4% — не употребляют алкоголя. Когда мы сравнили эти данные с теми, которые отражают кратность употребления алкоголя студентками, то оказалось, что 2-3 раза в неделю родители пьют на 2,0% больше детей; 1 раз в неделю — на 12,4% студентки пьют чаще родителей; 1 раз в месяц студенток на 3,0% меньше употребляющих алкоголь, чем родителей. Не употребляющих спиртные напитки родителей на 7,4% больше, чем студенток.

Респонденты должны были внести предложения о мерах, необходимых для уменьшения употребления алкоголя в обществе. 38,6% — предложили уменьшить продажу алкоголя, 21,7% — повысить цену на спиртное, 16,1% решили, что следует оставить все как есть, 23,6% не знают, что можно предпринять.

Выводы.

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

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

3. Необходимо проводить профилактическую работу в семьях направленную на недопустимость приобщения к употреблению алкоголя детей, беременных женщин и кормящих матерей.

НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ

В.А. Ключев, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии;
Т.М. Солдатенко, студент VI курса БФ
УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова»,
г. Витебск (Беларусь)

В организме человека содержится весь спектр химических элементов, присутствующих в окружающей среде. Некоторые из них, возможно, проходят через организм «транзитом», не принимая участия в процессах жизнедеятельности, но большая часть химических элементов участвует в реализации метаболических процессов и физиологических функций. Спектр биологического действия микроэлементов широк и определяется многообразием их взаимодействий с ферментами, гормонами, нейромедиаторами, витаминами, пептидами и другими биологически активными веществами.

Среди микроэлементов, необходимых для нормального развития, одно из ведущих мест принадлежит цинку. Физиологическая роль цинка в организме многообразна и заключается, прежде всего, в том, что он входит в состав многих ферментов. К настоящему времени выявлено более ста цинксодержащих протеинов, большинство из которых — металлоферменты. Цинк является составной частью некоторых дегидрогеназ, ДНК- и РНК-полимераз, пептидаз, фосфатаз, циклической фосфолиэстеразы, что свидетельствует о его участии в обмене белков, нуклеиновых кислот, углеводов, жиров, витаминов, гормонов.

Цинк необходим для всех фаз клеточного деления, стабилизирует проницаемость наружных клеточных и внутриклеточных мембран, действует как катализатор на свободно протекающие радикальные реакции, участвует в процессах мембранного транспорта, вступает в конкурентные взаимодействия с кальцием. Крайне важна роль цинка в росте и развитии костей, функционирования мужских половых желез, щитовидной железы и гипофиза.

Незаменимость цинка для течения основных процессов жизнедеятельности ярко проявляется при возникновении его дефицита: нарушается рост, снижается масса тела, возникает патология роста волос и ногтей, нарушается развития мужских половых желез. Дефицит цинка ведет к глубоким нарушениям в иммунной системе: развивается атрофия тимико-лимфатического аппарата, снижается функция макрофагов и Т-лимфоцитов, возникает угнетение клеточного иммунитета, уменьшается уровень иммуноглобулинов.

В наблюдениях за людьми и в экспериментах на многих видах животных, установлено, что недостаток цинка во время беременности может привести к широкому спектру врожденных дефектов строения и уродств у потомства, даже способствовать уменьшению массы мозга у плода. Тяжелые врожденные уродства центральной нервной системы и скелета наблюдали у потомства матерей, страдающих заболеванием, обусловленным дефицитом цинка.

При этом у беременных женщин наблюдается повышение частоты преждевременных родов, слабость родовой деятельности, послеродовые кровотечения.

Одной из причин дефицита цинка у таких женщин и у их плодов может быть алкоголизм, предшествующий беременности (или тем более — продолжающийся во время нее). Многие проявления алкогольного синдрома плода обусловлены именно дефицитом цинка.

На состояние организма беременных женщин при употреблении алкоголя и дефицита цинка, может влиять и содержание данного микроэлемента в подземных водах.

Цель работы. Оценка обеспеченности цинком подземных вод Республики Беларусь.

Материал и методы. Материалы по содержанию вышеуказанных микроэлементов были предоставлены Белорусской гидрогеологической экспедицией. При изучении микроэлементов в воде использовались лабораторные методы — колориметрические методы определения цинка. При анализе содержания микроэлементов в подземной воде использовались нормативы принятые Министерством здравоохранения Республики Бела-

реть в 1999 г. Нормативы включают в себя предельно допустимые концентрации (ПДК). ПДК для цинка составляет 5,0 мг/дм³.

Результаты и их обсуждение. На большей части территории Беларуси отмечается низкий уровень содержания цинка в питьевой воде. Показатель низкой обеспеченности питьевой воды данным микроэлементом характерен для следующих областей: Гомельская - 0,0678 ($\pm 0,0241$) мг/дм³, Витебская - 0,0117 ($\pm 0,0020$) мг/дм³, г. Минск - 0,0104 ($\pm 0,0016$) мг/дм³, Могилевская - 0,0054 ($\pm 0,0004$) мг/дм³ и Минская - 0,0009 ($\pm 0,0023$) мг/дм³.

В Гродненской области - 0,7016 ($\pm 0,5342$) мг/дм³, обнаружен более высокий показатель содержания цинка в питьевой воде (таблица 1).

Таблица 1. Содержание цинка в питьевой воде Республики Беларусь

Область	Содержание, мг/дм ³
Гродненская	0,7016 ($\pm 0,5342$)
Гомельская	0,0678 ($\pm 0,0241$)
Витебская	0,0117 ($\pm 0,0020$)
г. Минск	0,0104 ($\pm 0,0016$)
Могилевская	0,0054 ($\pm 0,0004$)
Минская	0,0009 ($\pm 0,0023$)

Заключение. Оценка содержания цинка в подземных водах областей Республики Беларусь поможет установить связь нарушений обмена данного микроэлемента в организме беременных женщин при употреблении алкоголя, с низким уровнем содержания цинка в питьевой воде.

Литература

1. Авцын, А. П. Микроэлементозы человека / А.П. Авцын. — М.: Медицина, 1991. — 496 с.
2. Насолодин В.В. Биологическая роль цинка и проявления недостаточности его в организме // *Вопр. питания.* — 1986, № 5. — С. 6-10.

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

*И.И. Ефременко, к.б.н., доцент,
зав.кафедрой анатомии и физиологии,
УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»,
г. Витебск (Беларусь)*

Несмотря на принимаемые усилия в борьбе с наркоманией и токсикоманией, на сегодняшний день она остается серьезной проблемой общества, трагедией каждого наркозависимого, его семьи и друзей.

Целью нашей работы явилось изучение отношения к наркотическим и токсическим веществам в студенческой среде.

На протяжении ряда лет мы исследуем причины распространения вредных привычек и наркомании среди студенческой молодежи. С этой целью проводится анонимное анкетирование. В данном исследовании приняли участие студенты третьего курса дневного (62 человека) и заочного (68 человек) отделений факультета физической культуры и спорта Витебского государственного университета.

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

На вопрос: «Кто формирует Ваше личное отношение к токсическим и наркотическим веществам?», большинство респон-

дентов ответили: средства массовой информации (65%), семья (24%), собственные убеждения (11%). Основными причинами в молодежной среде, которые удерживают от употребления наркотиков, являются: занятия спортом, желание быть здоровыми и иметь здоровых детей.

Выводы.

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

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

EFFECTS AND PREVENTION OF DRUG AND ALCOHOL ADDICTION

Tochukwu Ezike
Lagos (Nigeria)

UNDERSTANDING DRUG ABUSE AND ADDICTION

Many people do not understand why or how other people become addicted to drugs. It is often mistakenly assumed that drug abusers lack moral principles or willpower and that they could stop using drugs simply by choosing to change their behavior. In reality, drug addiction is a complex disease, and quitting takes more than good intentions or a strong will. In fact, because drugs change the brain in ways that foster compulsive drug abuse, quitting is difficult, even for those who are ready to do so. Through scientific advances, we know more about how drugs work in the brain than ever, and we also know that drug addiction can be successfully treated to help people stop abusing drugs and lead productive lives. Drug abuse and addiction have negative consequences for individuals and for society. Estimates of the total overall costs

of substance abuse in the United States, including productivity and health- and crime-related costs, exceed \$600 billion annually. This includes approximately \$193 billion for illicit drugs,¹ \$193 billion for tobacco,² and \$235 billion for alcohol.³ As staggering as these numbers are, they do not fully describe the breadth of destructive public health and safety implications of drug abuse and addiction, such as family disintegration, loss of employment, failure in school, domestic violence, and child abuse.

What Is Drug Addiction?

Addiction is a chronic, often relapsing brain disease that causes compulsive drug seeking and use, despite harmful consequences to the addicted individual and to those around him or her. Although the initial decision to take drugs is voluntary for most people, the brain changes that occur over time challenge an addicted person's self-control and hamper his or her ability to resist intense impulses to take drugs. Fortunately, treatments are available to help people counter addiction's powerful disruptive effects. Research shows that combining addiction treatment medications with behavioral therapy is the best way to ensure success for most patients. Treatment approaches that are tailored to each patient's drug abuse patterns and any co-occurring medical, psychiatric, and social problems can lead to sustained recovery and a life without drug abuse. Similar to other chronic, relapsing diseases, such as diabetes, asthma, or heart disease, drug addiction can be managed successfully. And as with other chronic diseases, it is not uncommon for a person to relapse and begin abusing drugs again. Relapse, however, does not signal treatment failure—rather, it indicates that treatment should be reinstated or adjusted or that an alternative treatment is needed to help the individual regain control and recover.

Why Do Some People Become Addicted While Others Do Not?

No single factor can predict whether a person will become addicted to drugs. Risk for addiction is influenced by a combination of factors that include individual biology, social environment, and age or stage of development. The more risk factors an individual has, the greater the chance that taking drugs can lead to addiction. For example:

- **Biology.** The genes that people are born with—in combination with environmental influences—account for about half of their addiction vulnerability. Additionally, gender, ethnicity, and the presence of other mental disorders may influence risk for drug abuse and addiction.

- **Environment.** A person's environment includes many different influences, from family and friends to socioeconomic status and quality of life in general. Factors such as peer pressure, physical and sexual abuse, stress, and quality of parenting can greatly influence the occurrence of drug abuse and the escalation to addiction in a person's life.

- **Development.** Genetic and environmental factors interact with critical developmental stages in a person's life to affect addiction vulnerability. Although taking drugs at any age can lead to addiction, the earlier that drug use begins, the more likely it will progress to more serious abuse, which poses a special challenge to adolescents. Because areas in their brains that govern decision making, judgment, and self-control are still developing, adolescents may be especially prone to risk-taking behaviors, including trying drugs of abuse.

HEALTH RISKS ASSOCIATED WITH ALCOHOL AND DRUGS

There are obvious risks associated with alcohol and drug abuse, but there are a number of less obvious risks as well: Physical and mental dependence Memory loss Violent behavior, aggressive acts, and angry feelings Headaches Nausea and/or vomiting Muscle weakness A drug tolerance Liver, lung, and kidney problems Brain damage Hallucinations, tremors, and convulsions Hyperactivity or Sluggish behavior Poor academic performance Unwanted sexual activity (i.e. date rape) Sexually transmitted diseases, including HIV/AIDS Unwanted pregnancy Impact on future career prospects Adverse effects from withdrawal. Alcohol and other drug use may also lead to other health problems such as respiratory depression, cancer, Fetal Alcohol Syndrome, elevated blood pressure, and, in some case, death. If combined with other depressants of the central nervous system, even low doses of alcohol can have dangerous effects.

Key facts

- Worldwide, 3.3 million deaths every year result from harmful use of alcohol, this represent 5.9 % of all deaths.
- The harmful use of alcohol is a causal factor in more than 200 disease and injury conditions.
- Overall 5.1 % of the global burden of disease and injury is attributable to alcohol, as measured in disability- adjusted life years (DALYs).³
- Alcohol consumption causes death and disability relatively early in life. In the age group 20–39 years approximately 25 % of the total deaths are alcohol-attributable.
- There is a causal relationship between harmful use of alcohol and a range of mental and behavioural disorders, other no communicable conditions as well as injuries.
- The latest causal relationships have been established between harmful drinking and incidence of infectious diseases such as tuberculosis as well as the course of HIV/AIDS.

Beyond health consequences, the harmful use of alcohol brings significant social and economic losses to individuals and society at large

Treatment of drug and alcohol abuse

Successful treatment has several steps:

- detoxification (the process by which the body rids itself of a drug)
- behavioral counseling
- medication (for opioid, tobacco, or alcohol addiction)
- evaluation and treatment for co-occurring mental health issues such as depression and anxiety
- long-term follow-up to prevent relapse

How are medications used in drug addiction treatment?

Medications can be used to manage withdrawal symptoms, prevent relapse, and treat co-occurring conditions.

Withdrawal. Medications help suppress withdrawal symptoms during detoxification. Detoxification is not in itself “treatment,” but only the first step in the process. Patients who do not receive any further treatment after detoxification usually resume their drug

use. One study of treatment facilities found that medications were used in almost 80 percent of detoxifications (SAMHSA, 2014).

Relapse prevention. Patients can use medications to help re-establish normal brain function and decrease cravings. Medications are available for treatment of opioid (heroin, prescription pain relievers), tobacco (nicotine), and alcohol addiction. Scientists are developing other medications to treat stimulant (cocaine, methamphetamine) and cannabis (marijuana) addiction. People who use more than one drug, which is very common, need treatment for all of the substances they use.

Co-occurring conditions: Other medications are available to treat possible mental health conditions, such as depression or anxiety, that may be contributing to the person's addiction.

Principles of Effective Treatment

Based on scientific research since the mid-1970s, the following key principles should form the basis of any effective treatment program:

- Addiction is a complex but treatable disease that affects brain function and behavior.
- No single treatment is right for everyone.
- People need to have quick access to treatment.
- Effective treatment addresses all of the patient's needs, not just his or her drug use.
- Staying in treatment long enough is critical.
- Counseling and other behavioral therapies are the most commonly used forms of treatment.
- Medications are often an important part of treatment, especially when combined with behavioral therapies.
- Treatment plans must be reviewed often and modified to fit the patient's changing needs.
- Treatment should address other possible mental disorders.
- Medically assisted detoxification is only the first stage of treatment.
- Treatment doesn't need to be voluntary to be effective.

- Drug use during treatment must be monitored continuously.
- Treatment programs should test patients for HIV/AIDS, hepatitis B and C, tuberculosis, and other infectious diseases as well as teach them about steps they can take to reduce their risk of these illnesses.

РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ УЧАЩИХСЯ

А.С. Метелица, к.п.н.,
доцент кафедры управления и технологий образования
ГУДОВ «Витебский областной институт развития образования»;

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

По данным анкетирования, проводимого среди родителей учащихся средних школ, 50% с интересом знакомятся с материалами по вопросам, связанным с наркотиками, которые встречаются им в прессе или в телепередачах. При этом каждый пятый опрошенный указывает, что это проблема их тревожит, так как наркомания может коснуться любой семьи. Треть родителей верят, что их ребенок устоит против опасного соблазна и не попробует предложенный ему наркотик. Все опрошенные признают большую важность и необходимость профилактики наркомании. В то же время большинство родителей считают, что в борьбе с распространением наркомании самое главное — борьба с нелегальным оборотом наркотиков, подавление наркоторговли. Среди причин развития у подростков наркомании родители указывают в первую очередь на их безделье и незанятость (60%), на втором месте — случайные события, «стечение обстоятельств» (40%). Около 10% респондентов считают, что наркоманом можно сделать человека насильно, 26% родителей указывают на значимую роль семейного воспитания как фактора профилактики наркотической зависимости. По мнению большинства родителей, школа должна активно участ-

зовать в профилактике наркомании, обязана просвещать учеников относительно последствий злоупотребления наркотиками, обеспечивать занятость детей во внеурочное время, выявлять учащих, причастных к употреблению наркотиков или торговле ими. Таким образом, родители признают необходимость проведения массовой антинаркотической профилактики, но понимают ее в значительной мере как просвещение учащихся, которое проводит школа. Свою роль родители видят в усилении контроля за поведением детей. При этом, чем старше ученик, тем беспокойнее чувствуют себя родители в профилактике наркомании. В беседе с подростками, установлено, что монологи родителей они считают уместными только в детский период, для более старших самым важным является заинтересованное участие взрослых, проявление ими симпатии и диалог между родителями и детьми на равных. Важную роль играет наличие эмоционального контакта ребенка и родителей. Если ребенок воспитывается в обстановке явного или скрытого эмоционального отвержения, это создает у него ощущение собственной вины, обделенности, формирует негативное отношение к окружающему миру. Отсутствие доверительных отношений во многом осложняет процесс социализации, если человек в детстве не научился доверять, ему трудно создать близкие отношения с людьми. Он рискует попасть в заколдованный круг изолированности. Семья часто самоустраняется от решения надвигающихся проблем взросления детей, пассивно делегируя свои воспитательные функции государству и его институтам — школе, здравоохранению, милиции.

Исследования показывают, что наркотики находят место, как в проблемных, так и в «благополучных» семьях, привлекают к себе детей властных и мягких родителей, а иногда затрагивают одного из детей.

Многие родители думают, что они сразу обнаружат, если их ребенок начнет употреблять наркотики. Однако может пройти год и более, прежде чем родители узнают не только об употреблении наркотиков, но и о существовании зависимости от них. В практике выделяются следующие сигналы предупреждения для родителей: внезапные перемены в личности ребенка; интро-

вертность сменяется экстровертностью; изменение отношений с другими членами семьи; отказ от участия в семейных делах; наличие истории злоупотребления ПАВ в семье; правонарушения; проблемы в школе; прогулы и ухудшение успеваемости; нечестность; уход из дома по ночам; изменение аппетита, потеря сна, грубость, не владение собой, необычное упрямство, наличие близких знакомых, употребляющих наркотики, обнаружение каких-либо порошков, таблеток или упаковок для них в комнате, одежде ребенка.

Кроме последнего сигнала, все перечисленные наблюдаются при зависимости поведения ребенка, связанного с азартными компьютерными играми.

Наличие сигналов свидетельствует, что нужно срочно применять меры, необходимо поговорить с ребенком. Надо объяснить, что вы волнуетесь за него, что у вас возникли подозрения, жить с которыми очень больно, попросить его сделать анализ на наличие наркотиков. Ребенок может отпираться, что чаще всего и бывает, но нужно проявить твердость в организации тестирования, обоснованного нежеланием потерять ребенка и любовью к нему. Если ребенок ни в чем не виноват, при правильном подходе, он получит урок, как действовать, если сам столкнется с такой проблемой, будучи родителем. Он поймет, что меры, принятые родителями — вынужденные в ситуации эпидемии наркомании, они не связаны с недоверием, а обусловлены тревогой за него. Если подозрения подтвердились, нужно собирать совет семьи с привлечением значимых для ребенка родственников, друзей и обсудить проблему, выражая свои чувства и не обвиняя ребенка. Позиция всех членов семьи и друзей должна быть однозначной — родители не допустят, чтобы ребенок погубил себя, так как его любят и приложат все силы помочь ему.

Педагог-психолог по роду своих обязанностей консультирует родителей и учителей, которые обращаются за помощью, когда применяемые ими стратегии с ребенком оказываются неэффективными.

Родители чаще не имеют навыков оказания первой медицинской помощи, не обладают информацией о службах помощи. Иногда родители не замечают явных симптомов формирующей-

ся или уже сформированной зависимости. Из проводимых исследований известно, что только 13-17% родителей наркопотребителей догадались об этом по поведению их детей, 12-13% выявили это случайно, обнаружив шприцы или таблетки.

Просвещение родителей в профилактике наркозависимости — острая необходимость, вооружая их определенными знаниями, можно помочь им не игнорировать проблему и предотвратить употребление детьми наркотических веществ.

Литература

1. Лисецкий, К.С. Психология и профилактика наркологической зависимости / К.С.Лисецкий, Е.В.Литягина. — М.: Бахрах, 2008. — 224с.
2. Максимчук, В.П. Профилактика наркомании среди молодежи: анализ ситуации, практические подходы / В.П.Максимчук; вступ. Ст. Д.В.Костенко // Адукацыя і выхаванне. — 2006. — С.48–55.
3. Москаленко, В.Д. Зависимость: семейная болезнь / В.Д.Москаленко.— М.: ПЕР СЭ, 2002.
4. Плоткин, Ф.Б. Профилактика наркомании в Республике Беларусь: состояние, проблемы, перспективы / Ф.Б. Плоткин / Здравоохранение. — 2008. — №9. — С.14–18.

ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЕЙ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЕЖИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ И ПРОВЕДЕНИИ ТВОРЧЕСКИХ ПРОЕКТОВ

В.И. Никонова

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

Когда-то великий И. Гете сказал: «Человечество могло бы достигнуть невероятных успехов, если бы оно было трезвым». В современном мире все мы живем в условиях экономического кризиса, который явился результатом предшествующего ему мирового духовно-нравственного. Вследствие этого наблюдается не только межнациональная рознь, терроризм, а также рост зависимостей от алкоголя и наркотиков. По данным опроса

Академии последипломного образования 2012 года среди учащейся молодежи Беларуси курили сигареты 53% опрошенных, употребляли слабоалкогольные напитки 70,6%, крепкие алкогольные напитки — 47%, курили марихуану, курительные смеси — 5,9%, пробовали тяжелые наркотики — 1%. Но эти цифры естественно занижены, т.к. подростки склонны скрывать правду, компрометирующую их. За четыре последних года в республике Беларусь число острых отравлений наркотиками выросло более чем в 4 раза. От одних спайсов за первое полугодие 2015 года пострадало молодежи на 16,5% больше, чем за аналогичный период 2014 года.

Обратите внимание, наше общество может потерять самых талантливых и перспективных, т.е., будущий интеллектуальный потенциал нации. Современная эпоха нанотехнологий, глобализации также требует огромного психоэмоционального напряжения молодежи, а это способствует возникновению различных видов зависимостей. Особенно часты они в её творческой среде.

Поэтому, один из вариантов — увлечь молодежь не только творческим процессом, но при этом осуществлять ненавязчиво профилактику зависимостей. Тенденция современного образования, основанная на личностно ориентированной модели, в которой творческие методы обучения медсестер, фельдшеров и других средних медицинских работников играют ведущую роль, способствует этому.

Целью творческих проектов в образовательном процессе является формирование здорового образа жизни и предупреждение зависимостей. В своей педагогической деятельности в начале каждого учебного года мною определялась актуальная тема проекта и выбиралась группа учащихся, предпочитающих творческое обучение традиционному. При проведении творческих проектов всегда учитываются основные факторы развития творческих способностей учащихся: характер обучения, интеллектуальные возможности, атмосфера творчества, сотрудничество, добровольность в выборе вида деятельности. Далее создается проблемная ситуация в выбранной группе, которая мотивирует учащихся на стремление к поиску нового, прогрес-

сивного, отсутствующего в учебнике материала; нахождение выхода из проблемы, а она в свою очередь порождает другие, побуждая к новой творческой деятельности учащихся. При соблюдении этих условий в процессе работы у молодежи развивается интуиция, самокритичность и творческая мыслительная активность, а также жизненная потребность в ней; формируется чувство нового, способствует поиску оригинальных нестандартных решений и потребность в здоровом образе жизни и его пропаганде. Мною осуществлены с учащимися колледжа ряд творческих проектов: «Семь встреч по профилактике опасных зависимостей», «Моя семья и вредные привычки», «Принцип домино» на тему «Ваш взгляд на вредные привычки», профилактическая акция под девизом «Каждому ребенку — свою семью», «Малахов+» на тему «Жизнь без табака...», «Сказки о вредных привычках», профилактическая акция под девизом «Нет наркотикам!», «Сказка о наркотиках» (по одноименному произведению к.м.н., доцента Б.Б. Ладика), «Проблемы эпохи» на тему «Жизнь — это дар, шанс...» и т.д.

Накопление актуального, нужного для проектов материала осуществлялось с помощью различных источников (клиника, средства массовой информации, литература и т.д.). К концу проекта любой из его участников, независимо от исходного уровня знаний, профессионально владеет изучаемым материалом. В процессе совместной партнерской деятельности создается сценарий, распределяются роли, готовится программа. Участники проекта выступали с программами в колледже, на которых информировали сверстников по проблемам зависимостей. В программах принимали участие: наркологи, психологи, инфекционисты, психиатры, настоятель Николо-Георгиевского храма.

За 2011–2013 годы было обследовано 222 человека (64 участника проектов; 72 — выпускника колледжа, не принимающих участия в проекте, 86 — присутствующих на программах) с помощью разработанных мною анкет. Полученные данные обработаны с помощью статистико-аналитического метода. Согласно результатам опроса:

Отношение к курению до обучения в колледже		По окончании проекта бросили курить и никто не начал курить
Участники проекта	48,4%	80,0%
Выпускники колледжа	40,3%	41,0%

Эпизодически употребляли алкоголь до обучения в колледже		По окончании проекта перестали употреблять
Участники проекта	93,8%	19,0%
Выпускники колледжа	83,3%	9,0%

Пробовали другие психоактивные вещества до обучения в колледже		По окончании проекта перестали употреблять
Участники проекта	10,9%	100,0%
Выпускники колледжа	9,3%	12,0% эпизодически пробуют

Подвержены интернет-зависимости до обучения в колледже		По окончании проекта
Участники проекта	5,0%	Цифры не изменились
Выпускники колледжа	4,0%	Цифры не изменились

По данным анкетирования присутствующих на проектах мероприятие понравилось — 100%, заставило задуматься — 95%. Огромное эмоциональное влияние на слушателей произвело присутствие и выступление настоятеля Николо-Георгиевского храма.

В заключении хочется отметить, что у творческой молодежи, задействованной в проектах, зависимость от психоактивных веществ снижается. При подготовке и проведении мероприятий учащиеся формируют у себя навыки здорового образа жизни и

зарождают стремление к нему у пассивных участников проекта. Любой из проведенных творческих проектов не оставляет равнодушными пассивных участников-зрителей. В процессе работы формируются высокие духовно-этические качества, которые необходимы медработникам для профилактики зависимостей от алкоголя и наркотиков.

Литература

Журнал «Медсестра» №4, 2007г. / Формирование творческих способностей студентов как важный аспект обучения в медицинском колледже. Статья Л.И. Каспрук.

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

КАТЕХИЗИС КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ О СЕКСУАЛЬНОСТИ КАК ЦЕННОСТИ

С.Ю. Девярых, к.псих.н., доцент
УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Христианская религия предполагает глубоко личностную регуляцию поведения человека через обещание этического воздаяния, а в оценке людей и их поступков она прибегает к устойчивым критериям — понятию о должном. В христианстве человек из автомата, слепо повинующегося року, судьбе обретает право морального выбора, через определение своего отношения к Богу. В христианской концепции человека пол и сексуальность занимают одно из центральных позиций. Ветхозаветный текст так говорит о творении человека: «И сотворил Бог человека по образу Своему, по образу Божию сотворил его; мужчину и женщину сотворил их. И благословил их Бог, и сказал им: плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю» (Быт 1: 27, 28).

Здесь, как нам думается, библейский Автор утверждает переход к такому типу семьи, к новым принципам ее организации, когда на первый план выходят взаимоотношения супругов между собой, а не кровные связи, в язычестве. Этот тезис усиливается следующим текстом из второй главы Бытия: «Поэтому оставит человек отца своего и мать свою, и прилепится к жене своей; и будут [два] одна плоть» (Быт 2: 24). В свою очередь, Новый Завет, уравнивая мужчину и женщину перед лицом Бога,

тем самым сделал ее полноправным членом богочеловеческой общины — Церкви. В этой связи становится совершенно понятным тот интерес, который христианские мыслители с самого основания Церкви уделяли проблемам брака, семьи и сексуальности.

М. Джеймс [3] в рамках христианской традиции выделяет три основные точки зрения на брак. Первая из них говорит о том, что брак — это дар Божий, а его цель — деторождение, при этом создание большой семьи (принцип репродуктивной сексуальности) — священная обязанность супругов. Вторая точка зрения сводилась к тому, что брак — это необходимое зло, что лучше не вступать в брак, а к нему следует прибегать, чтобы не сгорать от любовной страсти. И, наконец, третья точка зрения сводилась к тому, чтобы полностью уклоняться от брака в пользу девственности и целомудрия.

Полагаем [2], что три этих взгляда на брак представлены уже в раннехристианской нравственно-богословской мысли. Так, к сторонникам первой из них можно отнести И. Златоуста, к последователям второй — Августина Аврелия, а третьей — Иеронима. Однако при всех различиях этих мнений на проблему брака и сексуальности Христианская Церковь во все времена последовательно отстаивала ценность брака, репродуктивной сексуальности и добрачного целомудрия.

Совершенно понятно, что в условиях непрекращающихся попыток разрушить традиционный миропорядок, в центре которого семья, родительство, солидарность, которые предприняла сексуальная революция, Католическая Церковь не могла промолчать о действительной ценности человеческой сексуальности. И, поэтому, опыт ее осмысления в контексте реалий конца XX в. был осуществлен в новом «Катехизисе Католической Церкви».

Катехизис признает, что «сексуальность влияет на все аспекты человеческой личности, в единстве ее души и тела. В особенности она касается эмоциональности, способности любви и продолжения жизни...» [4, § 2332]. При этом сексуальность только тогда становится человеческой сексуальностью, когда она целомудренна. Именно «целомудрие означает полную

целостность сексуальности в человеческой личности и, таким образом, внутреннее единство человека в его телесном и духовном бытии» [там же, § 2337].

Нарушение целомудрия — блуд, который «грубо нарушает достоинство личности и сексуальности человека, естественно предназначенной для супружеского блага, а также для рождения и воспитания детей [там же, § 2353].

Катехизис устанавливает связь между Таинствами христианского призвания человека Крещения и Брака, отмечая, что «в браке телесная интимность супругов становится знаком и залогом духовного общения» [там же, § 2360]. Поэтому супружеский акт признается Церковью актом христианского служения, что однозначно предполагает его направленность на деторождение [там же, § 2370]. В этом контексте становится понятным, что нерепродуктивная сексуальность, отказ от естественного продолжения супружеского акта в беременности женщины, рождении ею ребенка и дальнейшем воспитании в семейном союзе мужчины и женщины, рассматривается как искажение человеческой природы, пренебрежении обычаями церкви и нарушении Божественных заповедей.

Смысл педагогики человеческой сексуальности Катехизис видит в воспитании целомудрия, которое «означает интеграцию сексуальности в личности». Оно предполагает приобретение умения владеть собой [там же, § 2395].

Таким образом, сексуальность — это личная ценность, поскольку является даром, позволяющим человеку явить свое отношение к другому человеку, сексуальность — это социальная ценность, поскольку позволяет человеку участвовать в созидании социального мира и поддерживать его преемственность.

Литература

1. Библия. Книги священного Писания Ветхого и Нового Завета. — Брюссель: Жизнь с Богом, 1989. — 2535 с.
2. Девярых С.Ю. Социокультурные основания сексуальности: монография. — Смоленск: Изд-во СмолГУ, 2009. — 164 с.
3. Джеймс М. Брак и любовь. — М.: Прогресс, 1985. — 192 с.
4. Катехизис Католической Церкви. — М.: Рудомино, 1996. — 758 с.

КАТОЛИЧЕСКАЯ ЦЕРКОВЬ, ЦИВИЛИЗАЦИЯ ЛЮБВИ, КУЛЬТУРА ЖИЗНИ

*Д. Г. Ларионов, к. и. н., доцент кафедры истории нового и новейшего времени, исторический факультет
Белорусский государственный университет
Минск (Беларусь)*

В настоящее время идеалы прогресса, гуманизма, просвещения, рационализма, прав человека — то есть, те идеалы, которые на протяжении многих поколений по умолчанию считались правильными и хорошими — привели, по сути, к перерождению этих идеалов в их противоположность. То, что изначально постулировалось, как основа для построения справедливого общества, привело к пародии на изначальный идеал и к созданию антиутопии, в которой живёт значительная часть некогда христианского мира.

Эта антиутопия весьма отличается от беспросветного тоталитарного общества, предсказанного Дж. Оруэллом. Она скорее соответствует вечному веселью дивного нового мира О. Хаксли — мира, в котором утвердились максимально широко понимаемые идеи либеральных ценностей, ничем не ограниченных прав человека. Мир, в котором потребление и погоня за все новыми удовольствиями, наслаждениями, не ограничиваемыми никакими легальными или моральными рамками, стали смыслом и стилем жизни. В этом мире нет любви, нет семей, нет детей, как плода любви между супругами. Здесь любые извращения являются нормой, зато сама идея семьи представляется извращением. И, разумеется, гонениям подвергаются «ретрограды» и «мракобесы», которые стремятся вернуть человеческим отношениям душевность.

В нашей реальности явно реализуется этот сценарий. Ширится легализация противоестественных форм сексуальных отношений, которые преподносятся как разновидность нормы и навязываются обществу, начиная с детского возраста. Легализуются или декриминализируются различные виды наркотиков и их употребление. Расширяется практика абортот и эвтаназии.

Сторонники же традиционных ценностей подвергаются гонениям. На них налагаются штрафы, их увольняют с работы, подвергают порицанию в СМИ и общественному ostrакизму. И чаще всего среди сторонников традиционных семейных, моральных и по-настоящему общечеловеческих ценностей оказываются христиане, католики.

Причем современное общество зачастую даже не пытается понять логику верующих людей. Между тем, позиция Католической Церкви вполне обоснована и последовательна. К примеру, Кодекс канонического права дает очень конкретное определение брака: «Брачный союз, посредством которого мужчина и женщина устанавливают между собою общность всей жизни, по самой природе своей направлен ко благу супругов, а также к порождению и воспитанию потомства. Этот союз, заключаемый между крещёными, был возведён Христом Господом в достоинство таинства. Поэтому между крещёными не может состояться такой действительный брачный договор, который тем самым не был бы таинством. Существенными свойствами брака являются его единство и нерасторжимость, которые в христианском браке обретают особую крепость благодаря таинству» [1, с. 406]. По этой причине невозможно принятие Церковью однополых «браков». Как справедливо отмечал один из влиятельных католических апологетов, о. Оскар Люкефар: «Дав браку другое определение, мы не изменим его природу. Назвав однополые отношения браком, мы не сделаем их богоизбранным сообществом, которое способно дать миру детей. Однако, дав браку такое определение, которое позволит включить в него и подобные отношения, мы еще больше обесценим брак и отделим человечество от естественного закона и от Бога, этот закон установившего» [6, р. 104]. По этой же причине невозможны и разводы, и контрацепция. Более того, семьям отведена еще одна важная роль — именно они являются основой цивилизации любви, к построению которой призывал Иоанн Павел II [3; 5].

Следует отметить, что позиция Церкви по вопросам контрацепции, абортов, эвтаназии также основывается на Священном Писании и Предании и не может быть изменена. Даже много-

численные преобразования, произошедшие после II Ватиканского Собора, практически не затронули католическое учение о морали. Одним из концептуальных документов, проясняющих позицию Церкви по вопросу жизни, является энциклика Павла VI «*Humanae Vitae*», в которой безоговорочно отвергаются аборт, стерилизация и контрацепция, как «противозаконные методы контроля над рождаемостью» [7]. Впоследствии эти идеи в энциклике «*Evangelium Vitae*» вновь подчеркнул Иоанн Павел II, безоговорочно осудив «заговор против жизни» и «культуру смерти» [4].

По сути, это один из немногих аспектов вероучительной и практической жизни, в котором совпадают позиции официального Ватикана и традиционалистов. Однако здесь церковное учение встречает оппозицию со стороны либерального модернистского крыла (например, организация «Католики за выбор»), призывающего к легализации разводов, абортов, гомосексуального сожительства, женского священства, отмены целибата и т.д. Из-за наличия этого крыла, весьма активного и агрессивного, приходится констатировать, что традиционное учение Церкви является неизменным, но находится под перманентной угрозой и подвергается нападкам со стороны либерального общественного мнения и внутренней оппозиции.

Иоанн Павел II в последней из написанных им книг кратко, но емко определил суть неограниченного либерализма современного мира: «Специфичное понимание свободы, которое сегодня активно распространяется в общественной мысли, уводит внимание человека от этической ответственности» [2, с. 42].

В свое время Католическая Церковь заложила основы нашей цивилизации, а сегодня она остается одним из последних оплотов, защищающего ее от самоуничтожения и дающего надежду на претворение ее через культуру жизни в цивилизацию любви.

Литература

1. Кодекс канонического права. — М.: «Институт философии, теологии и истории св. Фомы», 2007. — 624 с.
2. Ян Павел II. Памяць і самасьведомасьць: Размовы на пераломе тысячагоддзяў / Ян Павел II. — Мінск: Про Хрысто. — 2006. — 184 с. — С. 42.

3. John Paul II. Apostolic Exhortation FamiliarisConsortio // The Holy See [Electronic resource]. — 1981. — Mode of access: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/apost_exhortations/documents/hf_jp-ii_exh_19811122_familiaris-consortio.html.

4. John Paul II. Evangelium Vitae // The Holy See [Electronic resource]. — 1995. — Mode of access: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html.

5. John Paul II. Letter to Families Gratissimam Sane // The Holy See [Electronic resource]. — 1994. — Mode of access: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/letters/1994/documents/hf_jp-ii_let_02021994_families.html.

6. Lukefahr, CM, O. WeLive. ToKnow, Love, andServeGod. — Liguori: LiguoriPublications, 2010. — 161 p.

7. Paul VI. EncyclicalLetterHumanaeVitae // The Holy See [Electronic resource]. — 1968. — Mode of access: http://w2.vatican.va/content/paul-vi/en/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АБОРТОВ

М.А. Щербакова, к.б.н., ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии;

А.А. Стаховская, студентка факультета социальной педагогики и психологии

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

Актуальность. Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин, в подавляющем большинстве случаев ведущего к бесплодию. Исходя из данных ГУ «РНПЦ» «Мать и дитя», у большинства пациенток страдающих от бесплодия в анамнезе имеется искусственное прерывание беременности. Статистические данные по Республике Беларусь подтверждают тенденцию к увеличению количества аборт, что подчеркивает актуальность данной темы [1].

Цель. Оценить медико-социальные последствия абортов.

Материал и методы исследования. Анкетирование и наблюдение проводилось в ГУ «РНПЦ» «Мать и дитя» (Республика Беларусь, г. Минск).

Результаты исследования. Отношение к аборту всегда было противоречивым, мнения людей разделялись на «за» и «против». Медицинские работники, субъективно относятся к данному вопросу, информируют пациенток о проблемах, с которыми им предстоит столкнуться после подобной процедуры, однако женщины идя на подобный шаг, зачастую не задумываются о последствиях, либо откровенно игнорируют предупреждения, ссылаясь на свои права.

Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям — при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласии женщины — независимо от срока беременности. Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку. Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения.

Поскольку искусственное прерывание беременности противоречит естественной природе человека, на каком бы сроке и каким бы специалистом аборт ни проводился, его последствий в широком аспекте этого слова, не избежать. И речь идет не только о моральной и этической стороне вопроса, аборт неоспоримо вызывает нарушения в работе всего организма женщины, приводя к болезням преимущественно женских половых органов и оказывая влияние на здоровье и жизнь женщины в целом.

Независимо от того, осознает ли женщина тот факт, что лишает жизни своего, не рожденного ребенка, или нет, после аборта ей придется столкнуться с рядом психических нарушений таких как страх, чувство вины, бессонница, кошмары, раздражительность, неврозы, депрессия, мысли о самоубийстве.

Наиболее опасны аборт при первой беременности. По статистике, 73 из 100 бесплодных женщин искусственно прервали свою первую беременность. Наиболее частыми причинами бес-

плодия являются травмы после хирургического вмешательства, и гормональные сбои.

Предметом вызывающим особую тревогу являются аборты у девушек-подростков, на долю которых в настоящее время приходится 15% всех произведенных прерываний беременности. Медицинские осложнения абортов у подростков встречаются чаще и протекают значительно тяжелее, поскольку они, прерывая первую беременность, нередко прибегают к криминальному вмешательству. Значительно чаще, чем у взрослых женщин, аборты у девушек-подростков производятся на поздних сроках по медицинским и социальным показаниям.

Актуальность этой проблемы подтверждается ее практической значимостью, которая реализуется, через жизненные случаи, при сборе анамнеза, пациентки указывают, что прибегали к операции по искусственному прерыванию беременности. Возраст, в котором была сделана данная операция, колеблется от 17 до 22 лет, беременность первая, реже вторая.

Зачастую женщинам, прошедшим длительные курсы лечения от бесплодия приходится прибегать к помощи специалистов в области ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение).

Проводя беседы с женщинами отчаявшимися родить ребенка, часто проскальзывают однотипные фразы: «Молодая была, глупая!», «Забеременела, а куда рожать, учиться надо!» Повзрослев, отучившись, и выйдя замуж такие женщины, идут обследоваться и получают диагноз — бесплодие.

Таким образом, мы можем увидеть истоки проблемы — это ранняя половая жизнь и недостаток информации.

Существуют мероприятия по профилактике абортов, способствующие, в том числе, снижению их количества: воспитательный процесс в условиях семейных ценностей и «благородных» принципов; обширность информации о предупредительных мерах от нежелательной беременности; оказание поддержки в добровольном решении к родам; просвещение о препаратах контрацепции и их выборе. Эффективность работы по профилактике абортов обеспечивается организацией службы и внедрением специальных национальных программ.

Вывод. В заключение следует отметить, что профилактика абортов и их осложнений — важная медико-социальная проблема, решить которую возможно только совместными усилиями государственных органов, медицинских и социальных служб, общественных организаций и самого населения.

Хотелось бы еще раз отметить, что аборт крайне вреден для организма женщины и в подавляющем большинстве случаев ведет к бесплодию, и ряду психических нарушений. Борьбу с абортами нужно вести, путем санитарно-просветительной работы, внедрения проектов в учреждения образования (вреде абортов) и что наиболее важно - по линии нравственного воспитания.

Литература

1. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты). — М., «Триада-Х», 200. — 160 с.

МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И МОРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АБОРТОВ

Е.А. Харитоновна, к.пед.н., доцент кафедры коррекционной работы;
А.С. Метелица, к.пед.н., доцент кафедры управления
и технологий образования
ГУДОВ «Витебский областной институт развития образования»
г. Витебск (Беларусь)

Репродуктивный потенциал — это уровень физического и психического состояния отдельного человека (комплексный индивидуальный показатель, отражающий единство биологического и социального состояния индивидуума), который в оптимальном случае позволяет воспроизводить здоровое потомство и обеспечивать баланс репродуктивного здоровья [2].

Охрана репродуктивного здоровья населения, создание условий для рождения здоровых детей имеют важное социальное значение, и для современного этапа развития общества, и для будущего страны. Здоровье ребёнка находится в прямой

зависимости от состояния здоровья матери, её физической и нравственной готовности к рождению ребёнка. Поэтому защита материнства и детства стала одной из основных задач государственной политики, важной составляющей здравоохранения, имеющей особое значение в формировании здоровья нации.

Государственная политика играет важную роль в улучшении ситуации в области репродуктивного здоровья. Республика Беларусь наравне с Францией, Финляндией, Люксембургом входит в топ-50 стран мира по ведению беременности, организации родов квалифицированным медицинским персоналом. Проект государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016–2020 годы» включает подпрограмму «Семья и детство».

Результатом работы по практической реализации государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья является снижение числа аборт у женщин всех возрастных групп.

Внутрисемейный контроль рождаемости стал массовой практикой. Поскольку репродуктивный период женщины продолжителен, а желаемое число детей невелико, значительное время женщинам приходится уклоняться от нежелательной беременности или прибегать к аборту. Сознательно контролируемая рождаемость — неоспоримый факт [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, искусственным прерыванием заканчивается каждая пятая беременность — а это более 40 миллионов нерождённых детей ежегодно.

Искусственное прерывание беременности человечество практикует несколько тысячелетий. До XX века фактически во всех странах мира аборт не только считался грехом, но и наказывался законом. В XX веке искусственное прерывание беременности было впервые узаконено в Советском Союзе. В ноябре 1920 года вышел первый документ, разрешающий аборт по желанию женщины (декрет «Об искусственном прерывании беременности»). Официально широким массам была представлена цель легализации абортов.

В современной Западной Европе число абортов низкое, но там они разрешены. Сегодня список государств, где запрещены

аборты при любых обстоятельствах, не так уж велик. К ним относится большая часть стран Африки, Часть Южной и Латинской Америки.

В Беларуси, по данным Минздрава, в 2014 году был зарегистрирован 24.821 аборт против 26.863 в 2013 году, т.е. это показатель на уменьшение.

Для многих людей проблема аборта представляет собой в первую очередь моральную проблему, связанную с вопросами о начале человеческой жизни, правах плода, праве женщины на самоопределение и о том, имеют ли другие люди право принимать решения, касающиеся её тела. Полемика вокруг проблемы аборта во многих странах ведётся на уровне государственной политики: противники аборт борются за принятие, сохранение и расширение ограничений или запретов на аборт, а сторонники права на аборт — за отмену или смягчение таких законов.

Движение против аборт имеет тесные связи с различными религиозными организациями, которые работают в сотрудничестве с православной церковью. Просветительская работа является главным приоритетом в их деятельности.

Представители религиозных христианских конфессий предложили в обязательном порядке направлять всех женщин, желающих прервать беременность, на собеседование в специализированный центр, а также исключить социальные показания как основания для проведения аборт.

Белорусская церковь совместно с Министерством здравоохранения реализовывала проект «Право на жизнь». От каждой ведущей религиозной христианской конфессии в Беларуси были подготовлены специалисты-консультанты. В медицинских учреждениях проводился полугодовой эксперимент по преабортному консультированию. Задачей волонтеров являлось осуществить одно из основополагающих прав — право на информацию. Результаты оказались положительными: женщины оставляли своим детям возможность жить.

Таким образом, основная задача государства и исполнительной власти сегодня — всю мощь средств массовой информации направить на решение проблемы аборт. Аборт должен быть

крайней мерой. Необходимо сделать так, чтобы нежеланной беременности не наступало. Следует пересмотреть социальные показания для медицинского аборта, их надо сократить до минимума. Действия медицинских работников и церкви должны быть направлены на то, чтобы уменьшить количество абортов.

Литература

1. Денисов, Б. Внутрисемейное регулирование рождаемости в Белоруссии, России и Украине в постсоветский период / Б. Денисов, В. Сакевич // Экономический журнал Высшей школы экономики. — 2011. — Т. 15. - № 4. — С. 543-564.

2. Сурмач, М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки / М.Ю. Сурмач // Медицинские новости. — 2007. — №3. — С. 40—45.

ТЭАЛАГІЧНА-МАРАЛЬНАЕ ВЫМЯРЭННЕ ШТУЧНАЙ ПРАКРЭАЦЫІ

*с. Дар'я Галубкова ОУ, магістр тэалогіі;
дактарантка Інстытута маральнай тэалогіі
Люблінскага каталіцкага ўніверсітэта Яна Паўла ІІ
Люблін (Польшча)*

Зацікаўленасць лекараў і навукоўцаў праблемай штучнага пераказу чалавечага жыцця можна пачала праяўляцца ўжо ў канцы XVIII ст. У сучасным свеце, у часы імклівага развіцця медыцыны, тэхнічных і біялагічных навук, метады штучнага апладнення шырока выкарыстоўваюцца ў якасці сродку для перадолення бясплоддзя, альбо для набыцця чалавечых эмбрыёнаў як біялагічнага матэрыялу, патрэбнага для правядзення даследванняў ці прадукцыі пэўных рэчываў.

Штучная пракрэацыя, безумоўна, з'яўляецца адной з галоўных праблемаў маральнай тэалогіі, дысцыпліны, прысвечанай навуковай рэфлексіі над хрысціянскай маральнасцю, над чалавечым дзеяннем. У дадзеным дакладзе парушаецца пытанне, як трэба ацэньваць істоту штучнага пераказу жыцця, яго метады і вынікаючыя фактары з пункту гледжання маральна-этычных норм каталіцкага веравучэння.

Першы пункт адлюстроўвае погляд Каталіцкага Касцёла на штучную пракрэацыю ў гістарычнай перспектыве. Самыя раннія афіцыйныя выказванні і публікацыі Настаўніцтва Касцёла і паасобных тэолагаў на гэты конт пачалі з'яўляцца ўжо у XIX ст. Праблематыку штучнага абнасьвання і апладнення, а пазней і кланавання, парушалі ў сваіх шматлікіх дакументах Пантыфікі і рымскія дыкастэрыі. Касцёл, працягваючы місію Хрыста, адчувае абавязак абвясціць праўду Евангелля, якія застаюцца нязменнымі, нягледзячы на змены ў грамадстве і навуковы прагрэс. Тое, што магчыма з пункту гледжання тэхнікі, не заўсёды можа быць дапушчана маральна.

Наступныя пункты дакладу з'яўляюцца ацэньваннем штучнай пракрэацыі з перспектывы маральнага прадмету. Гэта азначае разгляд праблемы на некалькіх абшарах: антрапалагічным (сувязь паміж сужанскім каханнем і пераказам жыцця); маральным абшары адноснаў «бацькі — дзіця»; абшары выкарастаных метадаў; абшары пагрозы для новага чалавечага жыцця і жыцця маці; абшары пагрозы для грамадскага жыцця. Далей прыводзіцца маральная ацэнка з пункту гледжання годнасці асобы дзіцяці.

Важным пунктам даклада ёсць чарговае вымярэнне праблемы: акалічнасці, звязаныя з выкарыстаннем тэхнік штучнага апладнення, і яго «пабочныя» вынікі — празмерная лічба эмбрыёнаў, замаражванне эмбрыёнаў, эмбрыёны з дэфектамі, эксперыменты і маніпуляцыя над чалавечымі зародкамі. Напрыканцы часткова будуць парушаныя пытанні, звязаныя з кланаваннем чалавека.

Стаўленне Касцёла да праблематыкі штучнай пракрэацыі грунтуецца не толькі на веры ў Бога і Ягоным Слове, аб'яўленым у Святым Пісанні. Адвечны маральны закон, запісаны ў сэрцы кожнага чалавека, персаналістычная этыка, а таксама небяспека для жыцця і здароўя чалавека — усё гэта пацвярджае негатыўную маральную ацэнку штучнага пераказу жыцця, адначасова даючы маральнай тэалогіі шырокую базу рацыянальнай аргументацыі яе навучання.

Literatura

1. Jan Paweł II. Encyklika Veritatis Splendor. Watykan 1993.
2. Jan Paweł II. Encyklika Evangelium vitae. Watykan 1995.
3. Jan Paweł II. Adhortacja Familiaris consortio. Watykan 1981.
4. W trosce o życie. Kongregacja Nauki Wiary. Instrukcja Dignitas personae. Watykan 2008.
5. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Red. K. Szczygiel. Tarnów 1998; Stolica Apostolska (R.R. Martino).
6. Wystąpienie w nowojorskiej siedzibie ONZ w sprawie całkowitego zakazu klonowania człowieka (23.09.2002) L'Osservatore Romano 23:2002 12(248), s. 49-50.
7. Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania moralnego. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005.
8. Olejnik S. Etyka lekarska. Katowice 1995; Wróbel J. Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych. Kraków 1999.

DUCHOWE PRZYCZYNY NIEPŁODNOŚCI. WYBRANE ZAGADNIENIA (Духовные причины бесплодия. Избранные аспекты)

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

*„Zaufaj Jahwe całym sercem swoim,
a nie polegaj na własnym rozumie.
Wyznawaj Go na wszystkich drogach swoich,
a On wyrówna twoje ścieżki”
Prz 3,5–6
„Oto dzieci są darem Pana”
Ps 127, 3*

Przykłady niepłodności spotykamy już w czasach biblijnych, w osobach Sary (Rdz 16–18,21), Elżbiety (Łk 1) i inne. Płodność była i jest wielkim błogosławieństwem dla człowieka. Nawet pierwsze przykazanie które Bóg dał człowiekowi brzmi: „Bądźcie płodni i rozmnażajcie się, abyście zaludnili ziemię..” (Rdz 1, 28).

W dzisiejszym świecie problem niepłodności doświadcza wielu kobiet i mężczyzn. Pary, które zmagają się z tym problemem zwykle są gruntownie przebadane, skonsultowały się z różnymi specjalistami. Fizycznie zdrowi, nie mogą się doczekać upragnionego dziecka. Dlaczego tak się dzieje? Niepłodność jest problemem złożonym, dotyczy wielu sfer naszego życia. Jego leczenie nie może polegać wyłącznie na wstrzyknięciu w odpowiednim czasie, odpowiedniego hormonu. Żyjemy w czasach, w których szybkie tempo życia, pęd ku karierze, wyciska z nas ostatnie soki. Wyczerpani fizycznie i psychicznie, uznaliśmy ten stan za normę. Nieustannie zestresowani i przemęczeni pokonujemy kolejne szczeble zawodowej kariery. Praca przynosi nam wiele korzyści: eleganckie mieszkanie, dobry samochód, wakacje spędzone w egzotycznych krajach. Dopiero kiedy zaczyna nam czegoś brakować, decydujemy się na dziecko. Sądzimy, że zajście w ciążę i urodzenie dziecka nie wymaga specjalnych przygotowań.

Pierwsza wątpliwość pojawia się, kiedy mimo usilnych starań, nie dochodzi do zapłodnienia lub nie jesteśmy w stanie donosić ciąży do szczęśliwego finału. Kolejne nieudane próby zapłodnienia i poronienia - tak wyglądają zmagania tysięcy rodzin. Odwiedzamy więc specjalistów, poddajemy się wszelkim możliwym badaniom. Wyniki tych badań bardzo często są dobre - lekarze stwierdzają, że jesteśmy zdrowi i z medycznego punktu widzenia trudno wytłumaczyć nasze kłopoty z płodnością. Wtedy pojawiają się pierwsze pytania i wątpliwości: dlaczego nie mogę zajść w ciążę? Czy mam jeszcze szansę urodzić dziecko? Większość par, może doczekać się upragnionego potomstwa. Trzeba jednak zmienić sposób myślenia. Czysto medyczne podejście do zagadnienia płodności jest bardzo zawężone. Polega na sprawdzeniu parametrów fizycznych i jeśli te są w normie, tradycyjna medycyna nie ma nam zbyt wiele do zaoferowania. Nasze życie rozgrywa się na trzech poziomach - cielesnym, psychicznym i duchowym. Kobieta powinna być postrzegana jako zintegrowana całość, a nie jako zbiór organów. Każda z kobiet jest jedyną i niepowtarzalną istotą. Posiada odrębną budowę fizyczną i odrębny układ psychiczny. Dlatego szukając rozwiązania problemu bezpłodności,

należy uwzględnić stan duchowy danej osoby, typ psychofizyczny, środowisko, związki z innymi ludźmi, zawód, zainteresowania, dietę.

W swoim referacie omówię najważniejsze przyczyny niepłodności w świetle Biblii i nauczania Kościoła Katolickiego.

Literatura

1. Ruhi-Lopez, C. Santamaria Niepłodność. *Duchowy i praktyczny poradnik dla małżeństw*, Poznań 2015.
2. Paweł VI, *Humanae Vitae*. Encyklika o zadaniach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego. AAS 60 (1968).
3. Biblia Tysiąclecia, wydanie V, Poznań 2005.
4. Sobór Watykański II, Konstytucje, Dekrety, Deklaracje, Poznań 2006.
5. С. Гондецкий, *Введение в синоптические Евангелия*, Москва 2004.
6. X. Leon Dufour, *Słownik Teologii Biblijnej*, Poznań, 1990.
7. J. Katoło, *Contra In vitro*, Warszawa 2010, s. 145-186.
8. Z. Kiernikowski, *Dwoje jednym ciałem w Chrystusie*, Warszawa, 2015.
9. Kokoszka, *Moralność życia małżeńskiego*, Tarnów, 2005.
10. K. Kralka (red), *Małżeństwo poddane Chrystusowi*, Ząbki, 2015.
11. R. Rubinkiewicz (red), *Wstęp do Nowego Testamentu*, Poznań, 1996.
12. L. Stachowiak (red), *Wstęp do Starego Testamentu*, Poznań, 1990.
13. S. Warzeszak, *Bioetyka. W obronie życia człowieka*, Kraków 2011, s.137-164, 265-276.

ANTYKONCEPCJA — WYRAZ ODPOWIEDZIALNOŚCI CZY ZAGROŻENIE DLA ŻYCIA, ZDROWIA, PRAWDZIWEJ MIŁOŚCI. OCENA I POSTULATY PASTORALNE

Agnieszka Renata Jeziorska
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Teologia Praktyczna, rok I, studia stacjonarne doktoranckie
Lublin (Poland)

Współczesna medycyna zna wiele różnych rodzajów antykoncepcji. Świadczy to wzrastającej desperacji człowieka. Poszukuje on bowiem coraz bezpieczniejszych środków, by zapewnić sobie swobodę w przeżywaniu swojej seksualności.

Otwarcie na życie w tej sytuacji wydaje się być czymś niedopuszczalnym, zagrożeniem, którego należy strzec się za wszelką cenę. W prezentacji tematu pragnę ukazać problem jakim, we współczesnym świecie, jest antykoncepcja. Należy zastanowić się nad przyczynami jej stosowania, rodzajami oraz skutkami, które często próbuje się maskować. Jej najpoważniejszym przejawem jest kształtowanie się w społeczności tak zwanej mentalności antykoncepcyjnej. Przedmiotem mojego referatu będzie również próba zestawienia procentowej skuteczności tychże metod ze skutecznością metod naturalnego rozpoznawania płodności, a także wyraźne ukazanie różnicy między środkami antykoncepcyjnymi i poronnymi, które w społecznym przekazie się zaciera.

Literatura

1. Paweł VI. Encyklika *Humanae vitae* o zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego. 25.07.1968.
2. Jan Paweł II. Encyklika *Evangelium vitae* o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. 25.03.1995.
3. Jan Paweł II. Adhortacja apostolska *Familiaris consortio* o zadaniach rodziny w świecie współczesnym. 22.11.1981.
4. Bajda J. *Moralna ocena antykoncepcji a przerywanie ciąży*. Gdańsk: Human Life International – Europa 1996.
5. Dudziak U. *Życie, rodzina, wychowanie*. Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretańek 2009.
6. Dudziak U., Deluga A. *Naturalne planowanie rodziny: wybrane zagadnienia*. Szczecinek: Fundacja „Nasza przyszłość” 2006.
7. Ehmann R. *Problemy planowania rodziny: antykoncepcja i jej skutki*. Gdańsk: Human Life International – Europa 1994.
8. Fijałkowski W. *Miłość, prokreacja, odpowiedzialność*. Warszawa: Wiedza Powszechna 1987.
9. Katolo A. J. *Bezdroża antykoncepcji*. Lublin: Wyd. Gaudium 2001.
10. Kowalewska E. *Wybierz życie*. Częstochowa: Edycja św. Pawła 2004.
11. Majdański K. *O cywilizację miłości i życia*. Warszawa: Krajowy Ośrodek Duszpasterstwa Rodzin 1992.
12. Pęczak A. *Naturalne planowanie rodziny dla opornych*. Warszawa: Wyd. AND 1995.
13. Pokrywka M. *Antropologiczne podstawy moralności małżeństwa i rodziny*. Lublin: Wyd. KUL 2010.
14. Pulikowski J. *Chrześcijańskie spojrzenie na płciowość: wybrane zagadnienia*. Wrocław: Oficyna Współczesna 1994.

15. Pulikowski J. *Warto żyć zgodnie z naturą, czyli o płciowości, płodności, rodzicielstwie i metodach naturalnego planowania poczęć, głównie - ale nie tylko - z myślą o narzeczonych przygotowujących się do małżeństwa*. Poznań: Inicjatywa Wydawnicza „Jerozolima” 2015.
16. Speroff L. *Antykoncepcja*. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna 2007.
17. Suaudeau J. *Między antykoncepcją a aborcją: granica cieńsza niż myślisz*. Warszawa: Wydawnictwo Sióstr Loretanek 2010.
18. Szymańska M. *Bioetyka początków życia*. Białystok: Agencja Wydawnicza „KOM” 2004.
19. Terlikowski T. *Jak rozmawiać o antykoncepcji*. Kraków: Wyd. Homo Dei 2014.
20. Terlikowski T. *Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej*. Warszawa: Fronda 2010.
21. Wieczorek W. *Naturalne planowanie rodziny*. Lublin: Wyd. Gaudium 2008.

REZYGNACJA Z UPORCZYWEJ TERAPII W ŚWIETLE WYBRANYCH DOKUMENTÓW MAGISTERIUM KOŚCIOŁA

Ambroży Jarosław Okroy OFM, kapłan Zakonu Braci Mniejszych,
doktorant teologii fundamentalnej
Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego
Lublin (Poland)

Perspektywa biblijna jednoznacznie przedstawia prawdę o ludzkiej egzystencji: *Nikt zaś z nas nie żyje dla siebie i nikt nie umiera dla siebie: jeżeli bowiem żyjemy, żyjemy dla Pana; jeżeli zaś umieramy, umieramy dla Pana. I w życiu więc i w śmierci należymy do Pana* (Rz 14, 7–8). Człowiek stworzony na obraz i podobieństwo Stwórcy posiada prawo do godnego umierania. Może je realizować w praktyce rezygnacji z uporczywej terapii zgodnej z Ewangelią Chrystusa i wykładnią Nauczycielskiego Urzędu Kościoła. Odwołując się do wybranych tekstów *Magisterium Ecclesiae* literatury pomocniczej rozważać będą zaproponowany temat w czterech etapach: podanie definicji *uporczywej terapii*, ukazanie jej etycznych wytycznych, przedstawienie stanowiska Kościoła w tej kwestii oraz wykazanie różnic pomiędzy uporczywą terapią a eutanazją.

W pierwszej części referatu podejmę problem zdefiniowania *uporczywej terapii*. Współczesne podręczniki etyki medycznej oraz dokumenty prawne nierzadko operują terminem *terapia daremna (futile therapy)*. Coraz powszechniej stosuje się określenie *bierna eutanazja*. W nauczaniu Kościoła uporczywa terapia zastępowana jest synonimicznymi pojęciami typu: *uporczywość terapeutyczna* czy *terapia nadzwyczajna*. Nominalne różnice nie zacierają jednak jej zasadniczej treści. Pod terminem *uporczywa terapia* rozumie się zwykle sytuację, w której to śmierć wydaje się być nieuchronna, a agresywne stosowanie metod medycznych bardziej przedłuża agonię niż życie pacjenta, zadając mu przy tym nadmierne cierpienie i naruszając jego niezbywalną godność.

Rezygnacja z uporczywej terapii znajduje swe etyczne uzasadnienie jedynie w realizacji wymaganych zasad. Po pierwsze, umierającemu zapewniona zostaje naturalna i godna śmierć. Po wtóre, cel rezygnacji z uporczywej terapii nie osadza się na eugenicznej praktyce skrócenia życia chorego, lecz na nieprzedłużaniu umierania i opóźniania nieuchronnej śmierci. Rezygnacja z daremnej terapii może polegać na odmowie jej wszczęcia bądź zaprzestaniu podjętych już środków medycznych o charakterze obiektywnym i zdeterminowanym aktualnym stanem rozwoju medycyny oraz poziomem ekonomicznym kraju. Przy stosowaniu uporczywej terapii należy bezwzględnie uwzględnić uwarunkowania osobowościowe chorego, a także jego odporność na cierpienie. Pacjent podejmuje autonomiczną decyzję o zaprzestaniu terapii nadzwyczajnej, po wcześniejszym zapoznaniu się ze stanem swego zdrowia i zbliżającej się śmierci. Lekarz podejmuje decyzję o rezygnacji z daremnej terapii po osiągnięciu przez pacjenta stanu krytycznego. Nawadnianie i odżywianie wpisują się w ramy podstawowego działania pielęgnacyjnego.

W trzeciej części prelekcji zaprezentowane zostanie stanowisko *Magisterium Ecclesiae* w odniesieniu do rezygnacji z uporczywej terapii. Poparte jest ono szerokim wachlarzem dokumentów. W refleksji nad podjętą problematyką oprę się m.in. na dwóch przemówieniach Piusa XII, prekursora bioetycznego nauczania Kościoła, na przesłaniu encykliki Pawła VI *Humanae vitae*, wybranych tekstach nauczania Jana Pawła II i jednym przemówieniu

Benedykta XVI. Pomocne będą także niektóre dokumenty wydane przez Kongregację Nauki Wiary, Papieskie Rady, Papieską Akademię Nauk oraz Katechizm Kościoła Katolickiego. Na ich fundamencie można sformułować pozytywną konkluzję: Kościół Rzymskokatolicki aprobuje rezygnację z uporczywej terapii. Stanowisko to wychodzi z aksjomatu godności ludzkiej egzystencji i procesu umierania. Jego ogólna charakterystyka może zostać zawarta w następującym stwierdzeniu: praktyka rezygnacji z daremnej terapii znajduje swoje uzasadnienie w momencie, gdy obowiązkowa aplikacja medycznych środków proporcjonalnych nie osiągnie pożądaných rezultatów leczenia, a nieproporcjonalne środki terapii jedynie będą pogłębiać ból i cierpienie umierania.

Zagadnienie kończące ten referat traktować będzie o zdecydowanych różnicach dzielących eutanazję od rezygnacji z uporczywej terapii. W tzw. „dobrej śmierci” nie akceptuje się naturalnego kresu życia ludzkiego, lecz przez określone działania (lub ich brak) zadaje się przyspieszoną śmierć umierającemu. Praktykę tę należy bezwzględnie zaliczyć do nieetycznych zabiegów medycznych. Sprzeciwia się ona bowiem prawu człowieka do życia i łamie hipokratejską zasadę etyki lekarskiej. Natomiast rezygnacja z nadzwyczajnej terapii afirmuje godność osoby ludzkiej, nieodwołany fakt śmierci każdego człowieka i rezygnuje z prób sztucznego, nieracjonalnego przedłużania życia, przeradzających się w rozwlekłą i bolesną agonię. Czyni to z powinności wynikającej z miłości do bliźniego i prawdy o tym, że ziemską egzystencją, choć piękną i wyjątkową, to jednak jest czasowa i zależna od Pana.

Dokumenty Kościoła:

1. Benedykt XVI, *Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”*. Żaden człowiek nie powinien umierać w samotności, Rzym 2008.
2. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, Rzym 1995.
3. Jan Paweł II, List apostolski *Dolentium hominum*, Rzym 1985.
4. Jan Paweł II, List apostolski *Salvifici doloris*, Rzym 1984.
5. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Międzynarodowego Kongresu Lekarzy Katolickich. Człowiek chory zawsze zachowuje swą godność*, w: *L'Osservatore Romano* 25:2004.
6. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 2002.

7. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji lura et bona*, Rzym 1980.
8. Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja Donum Vitae*, Rzym 1987.
9. Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania*. Rzym 2007.
10. Papieska Akademia Nauk, *Deklaracja o sztucznym przedłużaniu życia i dokładnym ustaleniu momentu śmierci*, Rzym 1985.
11. Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*, Rzym 1981.
12. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Rzym 1995.
13. Paweł VI, *Encyklika Humanae Vitae*, Rzym 1968.
14. Pius XII, *Przemówienie do uczestników IX Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Anestezjologów*, AAS 49:1957.
15. Pius XII, *Przemówienie na temat «reanimacji»*, AAS 49:1957.

Literatura pomocnicza

16. Bołoz W., *Etyczne warunki rezygnacji z uporczywej terapii*, w: *Studia Ecologiae et Bioethicae UKSW*, 11 (2013) 3, Warszawa 2013.
17. *Debata: „Czym jest uporczywa terapia?”* (22.01–01.02.2009 r.) zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Bioetyczne (wybrane materiały archiwalne).
18. *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*, W. Sinkiewicz, M. Krajnik, R. Grabowski (red.), Bydgoszcz 2013.
19. *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*. *Wytyczne dla lekarzy*, T. Dangel (red.), Warszawa 2011.

ТЕНДЕНЦИИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В ЕВРОПЕ В КОНТЕКСТЕ ТРАДИЦИОННЫХ ЦЕННОСТЕЙ БЕЛОРУССКОГО НАРОДА

М.Ф. Яблонский, профессор кафедры судебной медицины;
С.Ю. Девятых, к.псих.н., доцент,
А.А. Буйнов, ст. преподаватель
УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Сегодня Европа сталкивается с множеством проблем в сфере сексуального и репродуктивного здоровья молодежи. Можно упомянуть, в частности, растущую распространенность ВИЧ-инфекции и других ИППП, незапланированные беременности среди подростков, сексуальное насилие. Учитывая, что одним

из доказавших свою эффективность путей улучшения ситуации является введение систем сексуального образования школьников, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения совместно с Германским Федеральным Центром образования в области здоровья разработали и опубликовали рекомендуемые «Стандарты сексуального образования в Европе». Они содержат подробные инструкции, как нужно обеспечить детей и молодежь информацией о сексуальности.

Главная особенность предложенной программы сексуального образования — это ее трактовка сексуальности как части человеческой жизни, вносящей весомый вклад в повышение ее качества. С этим, конечно, трудно поспорить, но эта целостность исходит из самоценности сексуальности, вне контекста человеческих отношений, в которых она реализуется. При этом происходит подмена ценности интимной близости, ценностью сексуального удовольствия.

Еще одной особенностью этих «Стандартов» является то, что изучение их инструкций может способствовать ускорению сексуализации детства.

Развитие способности к полноценным человеческим отношениям, в том числе, сексуальным, — длительный процесс, который стартует в раннем детстве, наиболее ярко выражен в подростковом и юношеском возрасте, однако не заканчивается во взрослости, но продолжается всю человеческую жизнь [1]. «Стандарты» же, вместо того чтобы сначала научить влюбляться, дружить, строить отношения, подталкивают детей и подростков к мысли о том, что отношения между мужчиной и женщиной основаны только на сексе. Секса нет — нет любви. Именно такой постулат транслирует анализируемый документ.

Не вызывает сомнения, что педагоги, следующие этим инструкциям, только подтолкнув своих воспитанников к промискуитетным отношениям.

Завершается документ призывом информировать подростка о своей сексуальности и правах. Важно отметить, что отдельным пунктом выделено право на аборт.

Красной нитью в «Стандартах» проводится идея о том, что если возникает сексуальное желание, нужно его обязательно

реализовать, что разрушает традиционные представления нашего народа о социальной ответственности и коллективизме.

Для белорусов традиционны такие ценности, как брак, создание семьи, материнство и отцовство, связь поколений, однако европейский документ призывает воспитывать отрицательное отношение к материнству, отцовству, поскольку упоминание беременности в нем употребляется только в сочетании со словом «нежелательная», как одной из самых больших опасностей и угроз для человека.

В целом «Европейские стандарты сексуального образования» игнорируют такие традиционные для нашего народа понятия, как семья, супружество, родительство, а ведь именно на них базируется наша культура, они составляют ядро нашего национального менталитета.

По нашему мнению, данное «пособие» может больше навредить детям и подросткам, что в итоге скажется на распущенности целого поколения. Тем более, если это делать в столь раннем возрасте, когда у ребенка еще не до конца сформированы ценности и понимание, что хорошо, а что плохо. Преподавать детям секс вместо добра и любви - это замена второго первым. У взрослого человека, ориентированного таким образом с самого детства, не будет сформирован моральный стержень личности; саморегуляция его поведения в сфере отношений полов будет построена только на чувстве страха перед наказанием или болезнью.

Все, к чему призывает педагогов исследуемый документ – формирование ориентаций на удовлетворение личных потребностей, вместо высокой любви до самопожертвования, ради объекта своей любви, будь то Родина, любимый человек или дело, которому посвятил всего себя для пользы общества.

Литература

1. Девярых С.Ю. Сексуальность и социализация: вопросы формирования матримониальных ориентаций личности: монография / С.Ю. Девярых. — Смоленск: Изд-во СмолГУ, 2010. — 225 с.
2. Стандарты сексуального образования в Европе: Документ для лиц, определяющих политику, руководителей и специалистов в области образования и здравоохранения / Европейское региональное бюро ВОЗ и ФЦПСЗ. — Кёльн: ФЦПСЗ, 2010. — 71 с.

VI. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

ЭТИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

М.А. Щербакова, к.б.н., ст. преподаватель кафедры
анатомии и физиологии;

А.А. Стаховская, студентка факультета
социальной педагогики и психологии

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

Актуальность. Число ВИЧ инфицированных в Республике Беларусь с каждым годом увеличивается. Однако благодаря современной медицине, это не приговор, многие молодые люди, носители ВИЧ создают семьи и решают завести детей, исходя из этого, данная тема весьма актуальна в наши дни.

Цель. Изучить течение беременности у ВИЧ инфицированной пары.

Материал и методы исследования. Анкетирование и наблюдение проводилось в ГУ «РНПЦ» «Мать и дитя» (Республика Беларусь, г. Минск).

Результаты исследования. С точки зрения концепции прав человека, крайне важно гарантировать, что женщины и мужчины с ВИЧ должны иметь возможность решать: иметь, или не иметь детей. Это значит, что они должны контролировать свои репродуктивные решения и иметь возможность реализовать эти решения добровольным и наиболее безопасным образом.

В последние годы ВИЧ получила очень широкое распространение. Но, несмотря на то, что лечению ВИЧ инфекция до сих пор поддается только частично, продолжительность жизни больного человека достаточно велика — до 15–20 лет. И поэтому нет ничего удивительного, что у многих ВИЧ инфицирован-

ных женщин появляется желание родить ребенка, особенно в том случае, если у них до сих пор нет детей.

Многие осуждают подобное желание ВИЧ инфицированных женщин, и несомненно есть те кто поддерживают. Однако факт остается фактом, не зависимо от того, как к нему относятся окружающие — рождение ребенка является выбором женщины, которая хочет оставить после себя след. И этот ее выбор — ее право, ведь только женщина может взять на себя ответственность за жизнь и здоровье своего ребенка. Однако многих ВИЧ инфицированных женщин это не останавливает — ВИЧ и беременность идут рука об руку не так уж и редко, как может показаться на первый взгляд. А в некоторых случаях женщина решается родить от ВИЧ инфицированного мужчины.

Будущая мама не должна забывать о том, что беременность при наличии ВИЧ инфекции радикально отличается от всех остальных. Рождение здорового ребенка вполне реально, однако для этого будущей маме придется приложить немало усилий. Но на что только не пойдет мать ради здоровья своего ребенка?

Забота о здоровье ребенка должна начинаться с самого начала — с зачатия. Правильное зачатие позволяет в значительной степени снизить риск инфицирования малыша. Тот факт, что ребенок может быть инфицирован ВИЧ во время беременности, родов или вскармливания грудью, известно всем. Но мало кто знает, что невозможно инфицирование ребенка от отца, у которого имеется ВИЧ инфекция, так как вирус не проникает в сперматозоиды. И яйцеклетка, и сперматозоиды абсолютно стерильны — они не содержат в себе ничего, кроме питательных веществ, необходимых для развития зародыша, а также генетической информации родителей.

Для того чтобы избежать осложнений, современная медицина предлагает несколько методов альтернативного зачатия для пар, где один или оба партнера ВИЧ инфицированы. В том случае, если ВИЧ инфицирована в семейной паре женщина, наиболее оптимальным и безопасным вариантом является искусственное осеменение (не путать с искусственным оплодотворением).

Если же в такой семейной паре инфицирован мужчина, врачи предлагают несколько вариантов. Наименее часто используется половой контакт, который не защищен презервативом. Для этого пара при помощи врачей должна тщательно спланировать время овуляции — когда яйцеклетка вышла из яичника и готова к оплодотворению. День должен быть установлен точно для того, чтобы максимально повысить шансы на оплодотворение, так как каждый повторный незащищенный половой акт в разы повышает риск инфицирования женщины.

Второй способ зачатия в данной ситуации — это очищение семенной жидкости и прямое введение женщине. Подобный способ оплодотворения на сегодняшний день является одним из наиболее безопасных для женщины и будущего ребенка, поэтому врачи рекомендуют парам, в которых муж ВИЧ инфицирован, именно данный способ зачатия.

Также нельзя обойти вниманием и такой щепетильный вопрос, как способы и вероятность инфицирования ребенка. В том случае, если беременная женщина не предпринимает никаких мер профилактики, вероятность того, что ребенок будет инфицирован, составляет примерно 40–50%. Существует несколько способов передачи ВИЧ от матери к ребенку — во время беременности, родов и даже во время грудного вскармливания.

В некоторых случаях возможно заражение во время беременности. Происходит это следующим образом из кровотока матери вирус через плаценту может проникнуть к плоду. В норме плацента должна защищать кроху от различных содержащихся в крови матери возбудителей инфекции, в том числе и от ВИЧ. Но в том случае, если по каким — либо причинам плацента оказывается поврежденной, либо вовлеченной в воспалительный процесс, ее защитная функция в значительной мере снижается, и ВИЧ может проникнуть из организма матери в организм плода.

Существует так же риск заражения во время родов, оно может произойти двумя способами. Во-первых, ребенок во время прохождения родовых путей может получить вирус. Либо же ребенок может во время прохождения родов заглатывать влагалищный секрет и кровь инфицированной матери. А через

слизистую оболочку желудка и кишечника ВИЧ может попасть в кровь ребенка.

Грудное вскармливание, в данном случае противопоказано. Ребенок может заразиться как непосредственно через грудное молоко, так и через кровь в том случае, если у мамы появляются трещины на сосках. Поэтому врачи предлагают сразу же после рождения перевести ребенка на искусственное вскармливание. Это гораздо безопаснее, чем вскармливание грудью в данном случае.

Вывод. В настоящее время ВИЧ не является приговором. Благодаря медицине, рождение здорового ребенка стало возможным.

ОТНОШЕНИЕ К СПИДУ У ДЕВУШЕК-СТУДентОК

М.Н. Нурбаева, к.м.н., доцент

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

Б.С. Сипайло, студ. I курса биотехнологического факультета

УО «Витебская ордена «Знак Почета»

государственная академия ветеринарной медицины»

г. Витебск (Беларусь)

СПИД, как окрестили его журналисты, «чума XX века», охватил практически все страны мира, в том числе и Беларусь. Наиболее пораженной частью населения является молодежь в возрасте от 15 до 29 лет. Учитывая все вышеуказанное, мы поставили перед собой цель изучить осведомленность студенческой молодежи о различных аспектах данной проблемы и мерах профилактики СПИДа.

Для этого нами было проведено анонимное анкетирование 240 студенток обучающихся в университете имени П.М. Машерова. В процентном соотношении возраст анкетированных составил: 17 лет — 10,0%, 18 лет — 15,4%, 19 — 19,2%, 20 лет — 23,7%, 21 год — 21,7%, 22 года — 7,9%, 23 года — 2,1%. Из них 56,7% студенток окончили школу в городе, 22,9% — в районных центрах, 20,4% — в селе.

Практически все они (95,8%) считают, что СПИД представляет серьезную опасность для человечества и только 2,9% — нет. Опасным для себя считают СПИД — 49,2%, 45,0% — нет.

Из основных путей передачи ВИЧ были названы: половой — 83,7%, кровь — 58,3%, нестерильные шприцы — 15,4%, от матери к ребенку — 27,9%, переливание крови — 6,7% и др. Не знают ответа 12,5% анкетированных.

По мнению девушек, ВИЧ не передается: через дружеские поцелуи — 15,4%, рукопожатия — 19,6%, слюну — 16,7%, воздушно-капельным путем — 48,8%, посуду — 3,7%, контактно-бытовым путем — 15,0%, одежду — 4,2% и др. 11,7% не знают ответа.

На вопрос «Как определить, заражен ВИЧ-инфекцией человек или нет? Когда и где?» были получены следующие ответы: анализ крови — 37,1%, в больнице — 7,9%, в поликлинике — 6,7%, сдать тест на ВИЧ в специальных пунктах — 8,7% остальные студенты приводили самые разнообразные варианты: сдать анализы в диспансерах (инфекционном или венерологическом) и просто анализы и т.д.; 27,1% вообще не знают ответа.

54,2% из опрошенных полагают, что если результат на ВИЧ положительный, это не значит, что они больны СПИДом, 37,5% считают, что больны, 8,3% — не смогли ответить.

44,6% девушек считают, что ВИЧ-инфекцию можно вылечить на ранних стадиях заболевания, 46,2% — нет, 9,2% — не знают ответа.

26,2% анкетированных уверены, что имеет смысл изолировать ВИЧ-инфицированных, мотивируя свою позицию тем, что это предотвратит распространение вируса, чтобы не заражали; некоторые считают, что больные могут умышленно заражать. 66,7% — нет, аргументируя тем, что они не опасны, что СПИД не передается воздушно-капельным, контактным и бытовым путем.

На вопрос «Может ли ВИЧ-инфицированный, но еще не больной СПИДом человек заражать других?» 78,7% ответили «да», и лишь 12,1% — «нет», остальные не осведомлены.

42,9% студенток называют СПИД «болезнью поведения», т.к. считают, что чаще всего ВИЧ-инфицированные — это люди с

беспорядочными половыми связями, гомосексуалисты, проститутки, наркоманы. 41,7% — нет, т.к. можно заразиться случайно и 15,4% — не выбрали свою позицию.

51,7% считают, что больные СПИДом не должны лечиться в обычных больницах, где находятся другие больные, 43,3% с этим не согласны.

65,4% считают, что дети ВИЧ-инфицированные не должны обучаться в специальных школах, отдельно от других детей, однако 29,2% противоположного мнения.

89,2% студенток считают, что среди юношей добрые половые связи являются типичным и распространенным явлением, 7,9% — нет. Соответственно, среди девушек 87,1% считают добрые половые связи типичным и распространенным явлением, 9,2% — нет.

Опыт половой жизни имели 71,7% опрошенных; в возрасте 15 лет — 5,8%, 16 лет — 16,9%, 17 лет — 23,8%, 18 лет — 32,6%, 19 лет — 9,3%, 20 лет — 4,7%, 21 год — 1,7, «не скажу» — 5,2%, и только 28,3% не имели такого опыта.

80,4% знают, что презерватив не защищает на 100% от заражения СПИДом. Однако, на вопрос «Считаете ли Вы, что юноше не помешает получить первый опыт половой жизни до вступления в брак?» 58,7% ответили «да», 31,7% — «нет». Соответственно на такой же вопрос в отношении девушек 40,0% ответили «да», 50,0% — «нет».

Анализируя приведенные данные, можно сделать вывод, что студенты осведомлены об опасности СПИДа, но почти половина не соотносит эту опасность с собой.

Опрошенные имеют правильное представление о путях заражения, но не вполне представляют, как, где и когда можно определить зараженность ВИЧ-инфекцией. Настораживает тот факт, что многие не считают, что человек, у которого результат на ВИЧ положительный, болен СПИДом и верят, что ВИЧ-инфекцию можно вылечить на ранних стадиях заболевания.

Большинство студенток (78,7%) знают, что ВИЧ-инфицированный, но еще не больной СПИДом человек может заражать других, и указывают основным путем заражения половой. Но только 42,9% называют СПИД «болезнью поведения». Возмож-

но, с этим связана позиция достаточно большого количества респондентов, считающих, что ВИЧ-инфицированные должны быть изолированы, лечиться в отдельных больницах, а дети обучаться в специальных школах.

Несмотря на то, что почти 100% опрошенных знают, что презерватив не защищает на 100% от заражения СПИДом, многие уже вступили в добрачные половые отношения и считают это явление распространенным среди молодежи. Бытует мнение, что юношам и девушкам не мешает получить определенный опыт половой жизни до вступления в брак.

Выводы

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

2. Усилить нравственное воспитание, направленное на коррекцию сексуального поведения.

3. Особое внимание следует уделять духовному воспитанию молодежи в свете уважения семейных ценностей и традиций, ответственных отношений между полами, неприемлемости рискованного поведения, в том числе употребления наркотиков.

4. Вести разъяснительную работу по формированию гуманного отношения к больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным для предупреждения их дискриминации.

PROBLEM OF HIV/AIDS

Charles Chris Harris
Vitebsk State Medical University
Batticaloa (Sri Lanka)

HIV AIDS has taken the lives of over 39 million people worldwide, despite our efforts to prevent, treat and better understand it. But with 35 million people currently infected, what exactly is it and are we close to a cure?

To contract HIV, the virus must enter the blood stream, and it is often transmitted from infected bodily fluids, like blood, semen, vaginal fluids or breast milk. Once inside the blood stream, HIV

targets a variety of cells, but most specifically, the T-helper cells. These are a type of White Blood Cell that play an essential role in our immune system and fighting infections. The outer envelope of HIV is covered in glycoproteins, which mutate frequently ultimately tricking the Tcell receptors to not recognize the virus.

Once attached to specific proteins on the T cell, the virus begins to fuse the membranes together and eventually enters the cell. Here it releases two viral RNA strands and three essential replication enzymes. Because HIV is a retro virus the RNA is transcribed into DNA. This DNA is then integrated into the host cell's genome. This makes the T-cells treat the virus like their own and in turn causes them to make more copies of the virus. The viruses then leave the host cell and mature, ultimately seeking more T-cells. The virus is particularly difficult to treat because its mutation rate is so high. Overall, the replication process creates 10 billion new virions each day.

During the initial stages of replication called the "Latency period", a person may not show any major symptoms for up to 8 years. If not treated, the HIV eventually kills off the specific T-cells it infects. When these cells fall below 200 cells per cubic millimeter (mm^3) of blood, it becomes Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). After progressing this far the immune system becomes suppressed and is much more susceptible to cancers and other opportunistic infection such as pneumonia. Therefore, it implies that a person does not die by AIDS; they actually die from an illness the body could not fend off.

Nowadays there is medicine that helps fight these opportunistic infections, like Daraprim, which was recently in the news when Martin Shkreli of Turing Pharmaceuticals decided to raise the price from \$13.50 to \$750 per pill. There are also anti-retroviral drugs that slow the virus down by blocking certain enzymes which are required for the virus to multiply. Similarly those without HIV but at high risk of contracting it may take Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). This works similar to anti-retroviral drugs by blocking the enzyme reverse transcriptase. Thankfully there is hope for a cure. A small population of people is immune to the virus because of a mutation linked to the T-cells. In one case an HIV positive

subject received a bone marrow transplant meaning they were given new stem cells that generate different T-cells and within 20 months, there was no evidence of the virus in their bloodstream. Though this is very individualized medicine, it certainly opens up the possibilities of generating HIV resistant cells. Combine this with other therapies and preventative measures like clean needle programs, and safe blood transfusions and HIV AIDS may one day be a thing of the past.

VII. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ С ВЫЯВЛЕННЫМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ВЕНТИЛЯЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ

М.А. Щербакова, к.б.н., ст. преподаватель кафедры
анатомии и физиологии

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

Актуальность. В системе взаимоотношений человека с окружающей средой все более актуальной становится оценка здоровья населения. Состояние здоровья человека зависит от многочисленных факторов, среди них – природные условия, тип хозяйственной деятельности, образ жизни, уровень культуры и санитарно-гигиенических навыков, медицинское обслуживание, наличие природных предпосылок, болезней, вредных веществ техногенного происхождения и другие [1, 2, 3, 4, 5].

Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) является основным методом диагностики бронхолёгочных заболеваний, оно включает в себя спирографию и пневмотахографию [1, 2, 3, 4, 5].

Спирография – представляет собой запись изменений объёма вдыхаемого и выдыхаемого воздуха во времени. Пневмотахография — представляет собой запись скорости потока воздуха во времени при спокойном и сформированном дыхании. В биологических и медицинских исследованиях широко используют оценку пневмотахограммы форсированного выдоха – кривую «поток-объём» [1, 2, 3, 4, 5].

Современные спирометры определяют спирометрические и пневмотахометрические показатели, поэтому исследования

чаще представляет собой объединение двух методик под термином «спирометрия» [1, 2, 3, 4, 5].

При спирометрии получают показатели, характеризующие вентиляцию лёгких: статические, оцениваемые при спокойном дыхании и динамические, при дыхательных маневрах [3].

Цель. Изучить функции внешнего дыхания у населения сельской местности с выявленными обструктивными вентиляционными нарушениями дыхания.

Материал и методы исследования. Спирометрия, пневмотахометрия, статистический, описательный, сравнительно-сопоставительный [2, 3, 4, 5].

Исследование проводилось среди респондентов, проживающих в г.п. Сватки. Функциональное состояние дыхательной системы определялось у 203 женщин и 358 мужчин в возрасте от 18 до 70 лет. В экспериментальной группе проводили спирометрические исследования, включающие в себя изучения функции внешнего дыхания. Для изучения функционального состояния дыхательной системы использован спирометр «МАС-1» (Республика Беларусь) [5].

Результаты исследования. 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 [4, 5].

Функциональные пробы дают возможность выявлять ранние формы дыхательной недостаточности, многие из которых являются обратимыми. Определение характера ранних функциональных нарушений позволяет подобрать наиболее рациональные терапевтические мероприятия для их устранения [5].

У обследованных с диагностированными обструктивными нарушениями снижаются резервный объем выдоха (Р_{овд}) в 1,7 раза (0,87±0,06 л), жизненная емкость легких (ЖЕЛ) на 13,6 % (83,64±2,08 %), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) на 6,2 % (86,12±2,09 %), объем форсированного выдоха за первую секунду маневра ФЖЕЛ (ОФВ₁) на 30,8 %

(55,5±1,88 %), отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ на 24,9 % (53,28±1,34 %) и индекса Тиффно (ОФВ₁/ЖЕЛ) на 28,1 % (52,6±1,36 %). В этой группе установлено снижение скоростных показателей форсированного выдоха: ПОС_{выд} (пиковая объемная скорость выдоха при выполнении пробы ФЖЕЛ) на 39,8 % (43,79±1,79 %), МОС₂₅ (максимальная объемная скорость при выдохе 25% ФЖЕЛ) на 48,3 % (32,75±1,55 %), МОС₅₀ (максимальная объемная скорость при выдохе 50% ФЖЕЛ) на 47,9 % (28,59±1,38 %), МОС₇₅ (максимальная объемная скорость при выдохе 75% ФЖЕЛ) на 42,6 % (29,86±1,61 %) и СОС₂₅₋₇₅ (объемная скорость форсированного выдоха) на 46,1 % (30,32±1,32 %). Показатели МОС_{25,50,75} и СОС₂₅₋₇₅ указывают на недостаточность второй степени.

Вывод. В результате проведенных исследований мы экспериментально рассмотрели влияние на функциональное состояние дыхательной системы населения экологических факторов, действующих в сельском населенном пункте. У сельского населения показатели характеризуются состоянием бронхиальной проходимости, у обследованных с диагностированными обструктивными нарушениями указывают на недостаточность второй степени.

Литература

1. Зиневич, А.Н. Приборные методы исследования органов дыхания / А.Н. Зиневич. – Л. : ЛенГИДУВ, 1991 – 18с.
2. 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. – 40 с.
3. Щербакова, М.А. Влияние антропогенных факторов окружающей среды на дыхательную систему человека / М.А. Щербакова // Здоровье: теория и практика: сб. науч. ст. / Вит. гос. ун-т: под ред. И.М. Прищепа. – Витебск, 2004. –88-97 с.
4. Щербакова, М.А. Патологическая изменчивость респираторной системы человека в современных условиях / М.А. Щербакова // Экологическая антропология : Ежегодник / Белорус. гос. пед. ун-т, Белорус. Комитет «Дети Чернобыля»; под. ред. Т.В. Белоокой. – Минск, 2003. – С. 94-96.
5. Щербакова, М.А. Реакции дыхательной системы на воздействие аэро-поллютантов у городского населения и рабочих коврового производства: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.02.08 / М.А. Щербакова ; МГЭУ им. А.Д. Сахарова. – Минск, 2015. – 24 с.

VIII. ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ И УСПЕХА

ЗДОРОВЬЕ В ШКАЛЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ

И.И. Ефременко, к.б.н., доцент, зав.кафедрой анатомии
и физиологии;

Н.Д. Ефременко, студентка IV курса биологического факультета
УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Существуют многочисленные факторы риска, влияющие на здоровье студентов и их хорошее самочувствие. Большинство факторов определяются отношением молодежи к своему образу жизни, здоровью и к счастью.

Современный студент существенно отличается от своих предков. Снижение функциональных резервов органов, систем, организма в целом, нарушение саморегуляции и репродукции, рождение ослабленного потомства и многое другое — вот характерные черты отличия [1]. В итоге изменяется и характер патологии населения, отсюда и актуальность данной работы.

Цель данного исследования изучить отношение студенческой молодёжи к сохранению здоровья.

С целью оценки знаний студентов о здоровом образе жизни, проведено анкетирование 200 студентов педагогического факультета Витебского государственного университета. Средний возраст отвечавших на вопросы анкеты колебался от 17 до 19 лет. Поставленные в анкете вопросы давали возможность студентам выразить свое отношение к занятиям физкультурой и спортом, своему здоровью и вредным привычкам, если они имелись; указать с какого возраста они практикуются.

У 7% студентов, вынужденных работать, изменился характер жизнедеятельности не в лучшую сторону. Только 4% студентов отмечают отклонения в состоянии здоровья, а по данным ме-

дицинского обследования 8% студентов освобождены от практических занятий физической культурой, и в то же время направление кафедры — «никто не освобождается от физических нагрузок», 70% студентов живут в общежитиях, либо добираются до места учёбы из отдалённых районов.

Анализ опроса студентов свидетельствует о неупорядоченной и хаотичной организации жизнедеятельности студентов. Значимость ведения здорового образа жизни принимают 100% студентов, в то же время 60% не смогли полностью назвать все факторы риска для здоровья. 80% студентов не смогли чётко ответить, что и как нужно делать, живя в данном регионе с определённой экологией, имея напряжённый график жизнедеятельности, чтобы иметь нормальное психологическое состояние, обеспечивающее полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций.

Потребность в поддержании здоровья занимает ведущее место в иерархии жизненных ценностей студентов [1]. Однако между этой потребностью и усилиями, направленными на его формирование и сохранение, существует явное несоответствие, причиной которого является недостаточная валеологическая грамотность. Имеющиеся знания не обладают необходимым функциональным характером для использования в повседневной жизнедеятельности, что в некоторой мере объясняется постановкой физического воспитания в вузе, недостаточной реализацией его гуманитарного содержания.

Из вредных привычек студенты указали на курение — 73,5% и употребление алкоголя -75,6%. Применение наркотиков отрицали все 100 % опрошенных. На конфликты с окружающими указали 29,1%, на перегруженность учебно-профессиональными и домашними обязанностями — 7,9%. 33% студентов прибегают к врачебной помощи, 22,3% — к лекарственным средствам. Ни один не прибегает в случае психического утомления к специалистам по психотерапии. 10% респондентов более-мнее имеют представление о восстановлении физическом и психическом. Ни один не использует в регулировании психического состояния аутогенную тренировку. Не используются также упражнения, тренирующие внимание, самоконтроль.

Ценностный подход требует учитывать мотивационно — личностное отношение индивида к здоровью, которое может выражаться не только в форме определённого практического поведения, но в виде психологического контроля, мнений, суждений.

Как указывает практика, большинство студентов ценность здоровья осознают только тогда, когда оно находится под серьёзной угрозой или почти утрачено.

Безусловно, противоречие между достижением материального благополучия и необходимостью быть здоровым разрешимо на пути совершенствования объективных условий жизнедеятельности людей. Но не менее важны собственные установки и стереотипы по реальному отношению к своему здоровью как к непреходящей ценности [2].

Таким образом, анализ мотивационных направлений сохранения здоровья учащейся молодёжью позволил выделить важные аспекты, главными из которых студенты считают условия жизни, вредные привычки и только у 3% — физическая активность, физическое воспитание.

Литература

1. Красноперова Н.А. Информационное обеспечение ориентирования студента на здоровый образ жизни в процессе профессионального становления / Н.А. Красноперова. // Валеология. — 2008. — №1.
2. Казначеев В.П., Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. — Л.: Медицина, 2006.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

И.И. Ефременко, к.б.н., доцент, зав.кафедрой анатомии
и физиологии;

А.А. Герасимова, студентка VI курса ФСПиП
УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Здоровье нации является основной ценностью каждого государства, обеспечивающей его безопасность, экономическую и политическую стабильность. Состояние здоровья населения, а особенно его молодого поколения вызывает обоснованную тревогу. По данным медицинских исследований уже в дошкольном возрасте возникают множественные нарушения функционального и психического состояния, 17 % детей имеют хронические заболевания, пограничные психические расстройства.

По данным физиологов около 20% детей, проходящих в школу, имеют нарушения психического здоровья пограничного характера, а к концу 1 класса число таких детей превышает 60%. За годы обучения в школе в пять раз возрастает число детей с нарушениями зрения и осанки, в четыре раза количество нарушений психического развития.

Подростковый возраст (11–12 — 15–16 лет) связан с половым созреванием, определяемыми эндокринными изменениями в организме. Под действием половых гормонов происходит усиление уровня обмена веществ, что интенсифицирует рост, развитие, быстрыми темпами увеличивается длина костей, растет мышечная масса, появляются вторичные половые признаки. Время начала и скорость отмеченных изменений неодинакова у мальчиков и девочек. Кроме того, разные физиологические системы у одного и того же подростка развиваются не одновременно, поэтому, например, может быть снижено кровоснабжение головного мозга, что приводит к усилению процессов торможения, быстрой утомляемости, перепадам настроения, эмоциональной нестабильности, расстройствам сна.

У части подростков в начальный период полового созревания

ния также возникают проблемы с запоминанием больших объемов информации. В этот период идет становление половой идентичности, сексуальной роли. Это очень важное обстоятельство, т.к. половое созревание — это стержень, вокруг которого структурируется самосознание подростка. Подросток начинает осознавать себя не ребенком, а в большей степени взрослым, как бы примеряет на себя взрослые роли, которые ему не дают сыграть. Поэтому подростку часто кажется, что его не понимают, что приводит к психологическим и социальным конфликтам, выходом из которых для подростка может стать поиск среды, в которой «понимают».

В отсутствие интересного дела для подростка такой средой часто становится одновозрастная группа, в которой могут быть нежелательные и опасные проявления (употребление спиртного, наркотиков, курение). Дорожа новой социальной средой, как бы утверждая себя в роли взрослого, в силу склонности к подражанию, подростки могут создать криминогенные социально опасные группы.

В настоящее время эта неблагоприятная тенденция подросткового возраста наблюдается все чаще: алкоголизм, наркомания, венерические болезни значительно «помолодели» (некоторые дети имеют опыт общения с психоактивными веществами уже с 6-8 лет) и приняли угрожающие масштабы. Неуклонно растет и подростковая преступность.

Во второй фазе подросткового периода (у девочек 13-15 лет, у мальчиков 15-16 лет) возможны нарушения психического баланса, и у подростков могут проявляться значительная обидчивость, неадекватные реакции на замечания, наблюдаются резкие перепады настроения, проявления негативизма и вспыльчивости. Бурные анатомо-физиологические перестройки организма повышают интерес к собственной внешности, и подростки могут обостренно переживать различные отклонения, изменения своей внешности. Серьезной проблемой этого периода является катастрофическое ухудшение здоровья подростков.

Состояние репродуктивного здоровья девочек и девушек школьного возраста является следствием реализации факторов

риска условий жизни, профессиональной деятельности и состояния здоровья их матерей — с одной стороны, а с другой стороны — факторов риска в условиях воспитания и содержания девочек дошкольного возраста.

В этот сложный для школьников период роль старших — родителей, педагогов — может быть очень велика, если они помогут подростку найти интересное дело, которое позволит ему реализовать себя, свои представления о собственных возможностях, проявить себя в новом «взрослом» качестве. Интересное самостоятельное дело, адекватное психофизиологическим возможностям подростка, развивает личность, помогает ей увидеть свою жизненную перспективу, соотнести ее с принятыми в обществе идеалами.

Интересное дело для подростка — наиболее естественный способ разрешения одного из важнейших противоречий возраста: между высоким уровнем психического развития и недостатком возможностей его использования. Таким образом, интересное дело позволяет подростку самоутвердиться.

Интерес, который проявляют взрослые к занятиям подростка, необходимая помощь в решении каких-то задач создают условия, при которых подросток с пониманием относится к советам старших. Это очень важно для того, чтобы помочь повзрослевшим детям понять, что с ними происходит. Это необходимо, чтобы с интересующими их вопросами подростки обращались в первую очередь к родителям, педагогам, а не искали ответа «на стороне» в нежелательной среде.

Очевидно, что родители и педагоги не могут изменить процесс биологического развития, превратить его из сложного и не всегда ровного в спокойный и плавный. Они могут только предотвратить некоторые его крайности, создать наиболее благоприятные условия для развития ребенка. И самое главное, в непринужденной, ненавязчивой форме скорректировать несколько деформированное отношение школьников к своему здоровью и здоровью окружающих и запрограммировать положительную мотивацию на здоровье и здоровый образ жизни.

Таким образом, состояние здоровья подростков в последнее десятилетие характеризуется: неуклонным ростом хронических

болезней; увеличением уровня психических расстройств; значительными отклонениями в формировании репродуктивного здоровья; ростом болезней, передаваемых половым путем; учащением девиантных форм поведения, подростковой преступностью, проституцией, бродяжничеством, социальным одиночеством, юным материнством; увеличением алкоголизации, наркотизации, токсической зависимости.

Разрешение этих проблем требует:

1. Оптимизации и ускорения процессов реформирования медицинского обслуживания подростков.

2. Межведомственного подхода (сотрудничество врачей, педагогов, медицинских психологов, социальных работников и др.).

3. Создания устойчивой системы управления здоровьем подростков, основанной на управлении факторами риска и использовании принципов гигиенического обучения и воспитания.

4. Привлечения образовательных и спортивно-оздоровительных учреждений к формированию здорового, социально эффективного жизненного стиля подростков.

5. Создания многоуровневой системы просвещения подростков в области здоровья.

Литература

1. Баранов, А. А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях / А. А. Баранов и др. — М, 2006. — 520 с.

2. Куликов, Л. В. Психогигиена личности: Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики : учебное пособие / Л. В. Куликов. — СПб. : Питер, 2004. — 464 с.

3. Шпангенберг, С. Воздействие факторов учебной среды на состояние здоровья учеников / С. Шпангенберг, Б. Боева // Гигиена и санитария. — 2003. — №5.

ВЫБОР ПРОФЕССИИ С УЧЁТОМ СВОЙСТВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ — ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ И УСПЕХА

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

Для многих занятий и профессиональной деятельности учёт свойств нервной системы имеет огромное значение. Для одних профессий необходимым условием формирования профессиональной пригодности является наличие сильной нервной системы, а для других — слабой. Учёт свойств нервной системы необходим, как для профотбора, так и для нахождения наиболее подходящего рабочего поста или выработки оптимального индивидуального стиля деятельности, который позволяет наилучшим образом использовать одни природные данные и компенсировать другие. Это позволит избежать хронического стресса и связанного с ним ухудшения здоровья человека, вынужденного осуществлять деятельность, не соответствующую силе его нервных процессов: возбуждению, торможению и подвижности.

Возбуждение — основная функция нервной системы, направленная на реализацию того или иного способа активации организма. Наименьшая сила раздражения, достаточная для того, чтобы вызвать минимальное возбуждение, называется порогом раздражения. Торможение — нервный процесс, приводящий к угнетению или предупреждению возбуждения. В центральной нервной системе выделяют центральное (первичное) торможение, являющееся результатом активации специальных тормозных нейронов и торможение вторичное, которое осуществляется в тех самых нейронах, в которых происходит возбуждение. Подвижность нервной системы понимается как лёгкость переделки сигнального значения раздражителей (положительного на отрицательный и наоборот). Жизненными проявлениями подвижности нервной системы является лёгкость включения в работу после перерыва или в начале деятельности (вработываемость), лёгкость перехода от одного способа выполнения

деятельности к другому (это касается как двигательной, так и интеллектуальной деятельности), лёгкость в установлении контактов с разными людьми. Противоположными проявлениями характеризуется инертность нервной системы [1].

В зависимости от сочетания силы, подвижности и уравновешенности процессов возбуждения и торможения различают четыре основных типа нервной системы.

Слабый тип. Представители этого типа не могут выдерживать сильные и длительные раздражители, но при этом на слабые раздражители они дают соответствующую реакцию. Человек этого типа склонен к постоянному переживанию различных событий, мало реагирует на внешние факторы. Свои переживания он не может сдерживать усилием воли, он повышенно впечатлителен и легко эмоционально раним.

Сильный неуравновешенный тип. Процессы возбуждения и торможения сильны, но неуравновешены: преобладают процессы возбуждения над процессами торможения или наоборот. Быстрый, страстный, порывистый, однако совершенно неуравновешенный, с резко меняющимся настроением с эмоциональными вспышками человек. Увлекаясь, он быстро растрчивает свои силы и истощается, склонен к срывам.

Сильный уравновешенный подвижный тип. Процессы возбуждения и торможения сильны и уравновешены, но их высокая подвижность (быстрая сменяемость друг другом) ведут к относительной неустойчивости нервных связей. Человек характеризуется частой сменой настроения, впечатлений, быстрой реакцией на все события, происходящие вокруг него, довольно легко примиряется со своими неудачами и неприятностями. Он очень продуктивен в работе, когда ему интересно, приходя в сильное возбуждение от этого, если работа не интересна, он относится к ней безразлично, ему становится скучно.

Сильный уравновешенный инертный тип. Сильные и уравновешенные нервные процессы отличаются малой подвижностью. Человек медлителен, невозмутим, имеет устойчивые стремления и настроение, внешне скуп на проявление эмоций и чувств. Он проявляет упорство и настойчивость в работе, оставаясь спо-

койным и уравновешенным. В работе он производителен, компенсируя свою медлительность прилежанием.

Тип нервной деятельности, придавая индивидуальность поведению человека, не определяет ни его поступков, ни его убеждений, ни моральных устоев. Хорошее воспитание, контроль и самоконтроль даёт возможность проявиться человеку со слабым типом нервной системы как впечатлительному с глубокими переживаниями и эмоциями человеку; человеку с сильным инертным типом как выдержанному, без скоропалительных решений; человеку с сильным, уравновешенным и подвижным типом, как высоко отзывчивому для любой работы человеку; а человеку с сильным, неуравновешенным и подвижным типом, как страстному, неистовому и активному в работе человеку. Отрицательные свойства типа нервной системы могут проявиться у первого замкнутостью и застенчивостью; у второго — безразличием к людям, эмоциональной скупостью; у третьего — поверхностностью, разбросанностью, непостоянством [2].

Исследуя связь свойств нервной системы и профессиональных предпочтений учащихся 11 «А» класса ГУО «Средняя школа №27 г. Витебска», мы установили, что самый широкий спектр будущих профессий характерен для лиц с сильным, подвижным и неуравновешенным (в сторону возбуждения или торможения) типом нервной системы. Причём, лидирующим направлением является «человек — человек», то есть, профессии, связанные с взаимодействием с людьми. Для учащихся с сильным, подвижным и уравновешенным и с сильным, инертным типами нервной системы характерен выбор профессии по направлениям: «человек — человек», «человек — природа», «человек — знак» и «человек — художественный образ». Учащиеся со слабым типом нервной системы выбирают профессии из направлений «человек — природа» и «человек — художественный образ», которые часто не требуют тесного взаимодействия с коллективом сотрудников или другими людьми, а позволяют проявить талант именно в индивидуальной деятельности.

Выбор профессии — процесс сложный и длительный, требующий учёта психофизиологических особенностей. Знание этих

особенностей и требований, предъявляемых к людям тех или иных профессий, позволит сделать верный профессиональный выбор, стать успешным и оставаться здоровым. Неверный выбор — наоборот, через хроническое напряжение и стресс приведёт к общей неудовлетворённости и болезням.

Литература

1. Павлова, Л.П. Системный подход к психофизиологическому исследованию мозга человека /Л. П. Павлова, А. Ф. Романенко. — Л., 1988.

2. Стрелец, В.Б. Информационные процессы мозга и психическая деятельность /В. Б. Стрелец, И.А. Корсаков. — М., 1984.

ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

И.И. Ефременко, к.б.н., доцент, зав.кафедрой кафедры анатомии и физиологии;

В.Ю. Качан, студентка VI курса биологического факультета УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова» г. Витебск (Беларусь)

Существуют многочисленные факторы риска, влияющие на здоровье студентов и их хорошее самочувствие. Большинство факторов определяются отношением молодежи к своему образу жизни, здоровью и к счастью. Изменить это отношение нелегко, но возможно. Круг факторов риска в областях здоровья психической и медицинской сферы следующий.

Недостаток движения. Избыточный или недостаточный вес. Курение, алкоголь, потребление в больших количествах кофе и чая, злоупотребление наркотиками, лекарствами.

Жалобы на опорно-двигательную систему (спина, суставы). Повышенное кровяное давление. Переутомление. Нерегулярное проведение медицинских осмотров.

Генетическая предрасположенность к заболеваниям (наследственные факторы риска). Вредное влияние загрязненной окружающей среды, вредные вещества, излучение.

Стресс (негативный), напряжение. Депрессия, агрессивность, страх, комплекс неполноценности, угнетенное состояние, неохота, недовольство. Отсутствие интереса, невежество, предубеждение. Перенагрузка в учебе. Недостаток силы воли, настойчивости, мнимый недостаток времени.

Круг факторов риска в социальном аспекте:

1. Недостаток общения, отсутствие круга друзей, изоляция, ослабление старых связей.
2. Давление группы, ожидания, конкуренция.
3. Плохая охрана здоровья.
4. Отсутствие поддержки со стороны окружающих.

Круг факторов риска в экологическом аспекте: проживание в обстановке, где происходит загрязнение окружающей среды, разрушается экологическое равновесие.

Большинство специалистов выделяют группу основных факторов риска, независящих от молодого человека: наследственность (генетический риск), составляет 18–20 %, состояние окружающей среды, ее загрязнение — примерно 12–15 %.

Остальные факторы составляют в здоровье 65–70 % и зависят от образа жизни студенческой молодежи:

1. Малоподвижный образ жизни (гипокинезия, гиподинамия);
2. Нерациональное питание;
3. Вредные привычки: потребление алкоголя наркотиков, лекарств (самолечение) и курение;
4. Режим жизни, в первую очередь соотношение учебы и отдыха;
5. Психозэмоциональные перегрузки (стрессы, отрицательные эмоции).

ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ И ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ

Н.М. Медвецкая, к.м.н., доцент

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

Т.М. Базыленко, ст. преподаватель

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

Актуальность исследования. Учебные занятия по физической культуре со студентами, отнесенными по состоянию здоровья к специальному учебному отделению, должны рассматриваться как основная часть единой системы физического воспитания.

Специальное учебное отделение формируется из числа студентов, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, имеющих патологические отклонения в состоянии здоровья. Комплектование учебных групп специального отделения осуществляется с учетом пола, характера заболеваний студентов, уровня их физического и функционального состояния.

Цель исследования. Выявить избирательность средств (подбор и дозирование упражнений) с учетом показаний и противопоказаний при различных заболеваниях студентов.

Материал и методы. Группы студентов университета в количестве 60 человек представлены девушками и юношами (50 и 10 соответственно и укомплектованы по следующим нозологическим нормам (группам заболевания):

- группа «А» — студенты с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нарушениями функции нервной и эндокринной систем, лор-органов, органов зрения;
- группа «Б» — студенты с заболеваниями органов брюшной полости (дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистит, хронический гастрит, язвенная болезнь в стадии ремиссии, колит и др.) и малого таза (дисфункция яичников, гинекологические воспалительные заболевания и др.), нарушениями жирового, водно-солевого обменов и заболеваниями почек;

- группа «В» — студенты, имеющие нарушения опорно-двигательного аппарата и снижение двигательной функции [1].

Проведен анализ заболеваний студентов 1 курса фармакологического факультета ВГМУ.

Результаты исследования и их обсуждение. После прохождения углубленного медицинского осмотра сотрудниками университета в «основную медицинскую группу по физическому воспитанию направлены только 80 студентов, в подготовительную — 45, специальную — 30.

Занятия лечебной гимнастикой на базе поликлиник и Витебского диспансера спортивной медицины рекомендованы 13 человекам и 3 — полностью освобождены от физических нагрузок.

Настораживает и разнообразие тяжелой хронической патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нарушений функции нервной и эндокринной систем, лор-органов, органов зрения, заболеваний опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта, причем в 80 % случаев у студентов отмечено 2 и более диагнозов.

При проведении учебных необходимо учитывать показания и противопоказания к применению физических упражнений в специальных медицинских группах. Так, при физических нагрузках студентам в группе А (в количестве 30) были показаны общеразвивающие упражнения на воздухе, ходьба и бег в медленном и среднем темпах, ходьба на лыжах, плавание в сочетании с дыхательными упражнениями с учетом реакции пульса и артериального давления.

По мере повышения тренированности включали пробегание небольших отрезков с ускорениями, упражнений с предметами, в парах. В занятиях широко используется перемена положения тела, сочетание упражнений для туловища с упражнениями для конечностей, поднятие конечностей в положении лежа на спине для стимуляции венозного оттока крови, упражнения для плечевого пояса с целью нормализации кровотока в сосудах головного мозга. Широко использовали дыхательные упражнения, способствующие увеличению подвижности ребер и диафрагмы.

Студентам, имеющим миопию средней и высокой степени (7 человек) рекомендовали упражнения циклического, преимущественно аэробного характера), игры в настольный теннис, бадминтон.

Из занятий физическим воспитанием студентов, имеющих близорукость, исключены упражнения на бревне типа прыжков и соскоков, прыжки через снаряды, кувырки и стойки вниз головой, упражнения на гимнастической стенке на высоте более двух метров, прыжки через скакалку, прыжки и подскоки с опорой на две ноги одновременно, а также упражнений, при выполнении которых возможны падений и резкие сотрясения тела.

Для студентов, имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта (группа Б) проводились общеразвивающие и общеукрепляющие упражнения с постепенно усложняющейся и повышающейся физической нагрузкой в различных исходных положениях (лежа на спине, боку, стоя на четвереньках.). Полезны дозированная ходьба, бег в медленном и среднем темпах, спортивные и подвижные игры средней интенсивности, плавание в теплой воде. Студенты, имеющие заболеваний мочеполовой системы (пиелонефриты и нефроптозы) выполняли нагрузки умеренной интенсивности и различной направленности, предпочтительно циклического характера.

Группа В (заболевания опорно-двигательного аппарата) в основном представлена деформацией позвоночника (сколиоз, гиперкифоз, гиперлордоз). Для коррекции использовались специальные упражнения, направленные на укрепление различных мышечных групп, увеличение подвижности поврежденных суставов, исправление осанки. Лучшие исходные положения те, при которых максимально разгружается позвоночник; лежа на спине, животе, стоя на четвереньках.

Проведена оценка уровня физической подготовленности студентов специального учебного отделения, имеющих противопоказания к выполнению контрольных нормативов [2].

Нами исследована их общая выносливость, которая оценивается количеством пробегаемых метров за 6 минут (можно по самочувствию чередовать бег с ходьбой).

Выводы. Проведенные исследования выявили, что общая

выносливость исследуемых студентов находится на сравнительно невысоком уровне, несмотря на правильное проведение учебных занятий.

Рекомендовано повысить физические нагрузки со строгим учетом их влияния на организм и здоровье.

Литература

1. Аухадеев, Э.И., Галеев С.С., Сафин М-Р. Уроки физического воспитания в специальной и подготовительной медицинских группах: метод. пособие. — М.: Высш. шк 1986 — 72 с.

2. Физическая культура: типовая учебная программа для высших учебных заведений. — Минск, 2008. — С. 23–26.

ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ В ТРАДИЦИИ ПРАВОСЛАВИЯ

Н.Г. Харкевич, д.м.н., профессор;

Г.Г. Бурак, к.м.н., доцент;

И.И. Стоякова, ст. преподаватель;

А.М. Мясоедов, председатель профкома студентов
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Нравственное и духовное воспитание начинается с детства в семье. Генератором духовности всегда являлась, является и будет являться семья. Сколько бы ни прошло лет, и не только лет, а столетийё мы и после нас с детства впервые услышали святые понятия «Бог», «Родители», «Родина», которые сопровождают нас всю жизнь, от рождения до смерти.

Православные священнослужители, имеющие более тысячелетний опыт пастырской службы, помогают православным родителям привить своим детям нравственность, любовь, доброту, милосердие, мир. Религия сама по себе является хранителем и распространителем очень важных высокодуховных истин.

Семья формирует у детей чувство совестливости, нравственности, общественной морали, любви. Нет для родителей никакого извинения, если они не заботятся о воспитании своих детей в этом плане.

Нам, педагогам нужно обратить серьёзное внимание не только на профессиональное обучение студенческой молодёжи, но и оказывать позитивное влияние и заботу на их семейные и родительские взаимоотношения. В этих заботах мы сами становимся лучше, осознавая свою высокую ответственность перед Богом и обществом.

Не должно быть у нас малолетних беспризорников и молодых бездельников, которые идут прямым путём к наркомании, СПИДу, алкоголизму, бандитизму, проституции и другим антиобщественным проявлениям, которые угрожают как обществу, так и государственности. В этой связи весьма важна наша личная позиция педагогов.

Цель нашей публикации — акцентировать и привлечь внимание преподавателей высшей школы на духовно-нравственном воспитании студентов в традиции Православия.

Методы. Учебно-исследовательский, аналитический.

Результаты. Существует огромное наследие богословской литературы о православии. Проанализировав много издательских трудов, посвящённых нравственному и патриотическому воспитанию молодёжи в традиции православия, мы увидели, что доминирующим компонентом в них служит законопослушание, и развитие гуманистических начал, которые являются краеугольным камнем православного вероучения.

Из глубины веков на наш православный народ проливается негасимый свет христианской любви, веры и духовной мудрости подвижников православия. Однако, никогда ещё в истории не было такого продолжительного натиска на православие и христианство, которое было начато в 1918 году. Мы делаем с трудом осторожные шаги к возврату из забвения христианской морали православия, нравственных норм жизни.

Богатый материал для воспитательной работы в этом плане изложен в сборниках докладов V (пярых) Свято-Евфросиниевских чтений (Минск, 1998). Содержание материала направлено на привлечение к духовным основам. Духовный рост побуждает в нас любовь к Богу и ближнему, стремление к совершенству и святости. На образе и жизнедеятельности преподобной Евфросиньи Полоцкой показана благоговейная жизнь её, красота Пра-

вославия и духовная сила. Она является заступницей и молитвенницей, миротворицей и просветительницей Белой Руси [5].

В нашем г. Витебске имеется библиотека имени Евфросиньи Полоцкой, в которой насчитывается очень богатая духовно-нравственная литература. Однако, об этой библиотеке мало христиан знает и единичные читатели ею пользуются. Это произошло потому, что за 70 лет расцерковления православных христиан наступили изменения в психологии людей.

Преподаватели нашего медицинского университета видят свой долг не только в том, чтобы дать прекрасное медицинское образование студентам, но и в том, чтобы научить любить Бога, своих родителей, друг друга, свою семью, больных, Отечество и быть всегда примером для подражания. Однако, в реальной жизни всё труднее быть православным христианином. Это проявляется в первую очередь в отношениях между людьми. В XXI веке человек человеку становится не друг, товарищ и брат, а покупатель, продавец, предприниматель, коммерсант, миллионер с вежливостью делового стиля, за которой скрывается ложь, обман, грубость, эгоистические интересы. Это новая эпоха продолжающегося расцерковления, отход от православного христианства. Братство и дружба в наш век становятся редкостью, к сожалению.

В настоящее время духовно-православный кризис общества в целом отразился и на тех, кто исцеляет. Из сознания врача вымывается такое понятие как **совесть**. Будущие врачи ещё на студенческой скамье выбирают специальность не по зову сердца, не из научного интереса, а руководствуются соображением, где больше платят.

Положительный вклад в развитие моральных традиций врачевания внесло православное христианство. В рамках христианского вероисповедания родилась этическая и духовная культура врача [1, 6].

Сотрудничество врачей и церкви может приобщить студентов к православной вере и моральным ценностям христианства, таким как совесть, сострадание, любовь к ближнему, больным. Всеё кто исцеляет, должны иметь чистые души и помыслы, понимать свою высокую ответственность, быть чутким к тем, кто нуждается в помощи, уметь творить благо [3].

Первой задачей педагога в медицинском вузе является пробудить в студентах чувство доброты и отвращения от лжи, любовь к больному и ближнему. Эта деятельность не предусмотрена государственными образовательными стандартами. Однако, в нашем университете формирование духовно-нравственных компетенций студента начинается с первого курса. Мы рекомендуем студентам учиться на примере жизни замечательных людей, хирурга архиепископа Войно-Ясенецкого, который прошёл с чистой совестью через мучения сталинских застенков и не сломился, а стал выдающимся хирургом и учёным. Своим служением в церкви архиепископ Войно-Ясенецкий помогал людям спасти душу, а за операционным столом как хирург врачевал тела иногда безнадежных больных [2]. Митрополит Москвы и всея Руси Кирилл говорил: «Господь предусмотрел наличие в душевной организации человека особого чувствительного инструмента, именуемого совестью. Если мы живём по совести, если прислушиваемся к её голосу, то исполняем православный закон [4].

Заключение.

Было бы правильным, если бы в стандартных образовательных программах врача стояла задача приобретения духовно-нравственных компетенций и православия. А пока этого нет, необходимо постоянно поддерживать взаимоуважение и сотрудничество между педагогами и студентами в плане возрождения интереса к религии и православию.

Главное — не забывать о воспитании личности будущего врача в традициях православия на каждом практическом занятии, лекции, зачёте, экзамене, научном студенческом обществе и просто при любой встрече со студенческой аудиторией.

Литература

1. Зорин К.В. Хочешь ли быть здоров? Православие и врачевание.— М.— 2000. — 188 с.
2. Иванов А. формула здоровья — в разумной умеренности во всём. Мед. Газета № 24 от 03.04.2009.— С. 7.
3. Любимова Л. Согреть ладонью ладонь. Мед. Газета.— № 86 от 14.11.2014. — С.11.
4. Митрополит Смоленский и Калининградский Кирилл. Слово пастыря.-

2-е изд.-М.,: Издательский совет Русской Православной Церкви,— 2005.— 424 с.

5. Сборник докладов V Свято-Евфросиниевских педагогических чтений (3—5 ноября 1998 г., Минск).

6. Силуянова И.В. современная медицина и православие.— М.— 1998.— 105 с.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ В ДЕТСКОМ ВОДНОМ ПУТЕШЕСТВИИ ПО РАВНИННЫМ РЕКАМ И ОЗЕРАМ

Д.В. Ампилогов, методист, педагог дополнительного образования
БУ Орловской области ДО «Центр детского (юношеского)
технического творчества, туризма и экскурсий»
г. Орел (Россия)

Водный туризм — один из наиболее массовых технических видов спортивного туризма в средней полосе России. И очень серьезное внимание необходимо уделять подготовке участников похода.

Целью нашей статьи является определение правил подготовки походной группы.

1. Для начинающих туристов-водников очень важна информация о поведении группы на реках со слабым падением воды. Именно на таких реках большинство путешественников любят проводить свои выходные дни и начинают приобретать свой походный опыт.

а) При выборе маршрута следует учитывать наличие:

— устойчивой сотовой связи на протяжении всего маршрута;

— всепогодных подъездных автомобильных путей в достаточной близости от маршрута;

— медицинских учреждений (больниц, поликлиник, травмпунктов, фельдшерских пунктов), до которых можно добраться любым видом транспорта.

б) Каждый участник похода должен иметь личное снаряжение:

— спасательный жилет по размеру и уметь его правильно застегивать;

— каску — она защищает голову туриста от ударов о ветки растений и других случайных травм;

— на каркасных байдарках обязательно использование надежно прикрепленных к такелажу ёмкостей непотопляемости, которые придают перевернувшейся байдарке положительную плавучесть;

— на средствах сплава обязательно должен быть леер (обвязка). За нее держится оказавшийся в воде человек, прикрепляется конец буксируемой байдарки, к обвязке крепится спасательный конец;

— спасательный конец — элемент группового спасательного снаряжения, предназначенный для метания при спасении судна или находящегося в воде человека.

в) Перед началом движения группы по воде определяется походный строй группы. Впереди идёт экипаж с руководителем или заместителем руководителя группы. Этот экипаж должен знать маршрут на дневной переход, место перекуса, место стоянки и иметь картографический материал, свисток, желательно: рацию в герметичной непотопляемой упаковке. Замыкает походный строй экипаж заместителя руководителя группы (руководителя группы). У этого экипажа обязательно должен быть свисток, желательно, рация, и именно замыкающий экипаж транспортирует групповой ремонтный комплект. Остальные суда не должны находиться позади замыкающего экипажа

Групповое снаряжение должно быть рассредоточено по судам равномерно.

2. Движение по широким рекам осуществляется согласно установленному походному строю плотной группой.

При приближении судна, создающего волну, необходимо заблаговременно развернуть байдарку носом к волне

3. Всё, что касается движения по широкой реке, относится и к движению по озёрам и водохранилищам, но возникают дополнительные опасности и трудности:

Перед выходом в озеро руководитель должен определиться с направлением движения и ориентирами для выхода из озера с помощью карты и компаса. При необходимости следует встать

на стоянку до выхода в озеро или даже подождать лучших погодных условий.

При приближении грозы необходимо как можно скорее покинуть водоем, независимо от состояния берегов!

Кроме того, на озере могут встречаться неожиданные препятствия, в виде топляков, затонувших предметов.

Чтобы защитить от повреждения баллон, при сборе байдарки места соединения такелажа рекомендуется замотать липкой лентой или изолентой.

4. Для обеспечения безопасности при прохождении маршрута по узким рекам нужна строгая дисциплина походной группы. Необходим обязательный контроль первым экипажем прохождения препятствий следующим, а при возможности, оказание помощи ему. Помогать может не только экипаж, идущий впереди, но и идущий сзади. Через каждые 30-40 минут движения группа должна собираться вместе с целью проверки снаряжения, состояния здоровья участников.

Двигаться следует по той протоке, куда уходит основной слив воды. Можно отправить по одной из проток разведывательный экипаж с условием, что через 10 минут они выйдут на берег и установят связь (по рации, голосом, сотовую) с основной группой

5. Стоянку для ночевки необходимо начинать готовить с 16.00 (весной и осенью).

6. Очень удобно, особенно в детском (юношеском) походе, использовать группу поддержки: автотранспорт и несколько человек, обеспечивающих перевозку снаряжения, приготовление ужина, завтрака, оказание необходимой помощи.

Выполнение выше описанных правил надо отрабатывать с самого начала обучения группы! Необходимо довести их исполнение до автоматизма, и тогда ваши походы станут гарантированно безопасны, а количество занимающихся водным туризмом будет неуклонно увеличиваться.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

В.В. ТЕРЕНТЬЕВ, председатель Витебского областного Совета депутатов

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

І. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

<i>Л.В. Лукина.</i> Глобальная биоэтика как междисциплинарное научное знание.....	11
<i>А.А. Заздравнов.</i> Концепция автономии человека в биомедицинской этике и персонализм Ф.М. Достоевского: Ab imo pectore	14
<i>Adam Dynak.</i> Bóg — pacjent — chrześcijanin	17
<i>Katarzyna Urszula Borowska.</i> Wartość ludzkiego cierpienia	19
<i>Елена Григорьева.</i> Библиино-патристические основания концепции достоинства человека	22
<i>Т.М. Пасиешвили, Н.М. Железнякова.</i> Особенности преподавания биоэтики в высших учебных медицинских учреждениях	24
<i>К.П. Лазаренко.</i> Биоэтическое сопровождение детей с патологией опорно-двигательного аппарата	26
<i>Л.М. Пасиешвили.</i> Биоэтические подходы в проведении научных исследований в клинике внутренних болезней	28
<i>Н.Г. Харкевич, Г.Г. Бурак, И.А. Чиркина, И.В. Самсонова, В.В. Ольшанникова, Г.Г. Кобец, Т.И. Ким.</i> Сущность и содержание врачебной этики по оценке преподавателей и студентов медицинского университета	31
<i>Е. М. Есипова.</i> Этический аспект симуляционных технологий — обучение без риска для пациента и медицинского работника	34
<i>М.Ф. Яблонский, С.Ю. Девярых, А.А. Буйнов, А.Г. Денисенко, О.А. Федчук.</i> Врачебная тайна: оценка правомерности передачи информации третьим лицам о состоянии здоровья пациента	37
<i>Н.Г. Харкевич, А.М. Мясоедов.</i> Гуманизация медицинского образования	41
<i>М.А. Щербакова, В.О. Рябицкая.</i> Питание как социальный фактор, влияющий на здоровье человека	44

<i>А.С. Метелица, Ф.И. Шкирандо.</i> Пищевая зависимость: сущность и профилактика	47
<i>Е.А. Кунцевич, И.В. Кунцевич.</i> Зависимость человека от компьютерных технологий	51

II. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

<i>М.Ф. Яблонский, А.Г. Денисенко, А.А. Буйнов, А.М. Тетюев.</i> Значение раннего выявления и начала лечения злокачественных новообразований	54
<i>А.И. Липец, Л.Я. Ермолова.</i> Синдром Титце — вариант паранеопластического синдрома?	57
<i>Е.А. Кунцевич, С.И. Кашина.</i> Заболеваемость раком щитовидной железы у детей и подростков	63
<i>Е.А. Кунцевич, А. Булыно, С. И. Кашина.</i> Социально-значимые заболевания	66
<i>В.Ю. Земко, Ю.Ю. Земко.</i> К вопросу антибиотикорезистентности при ведении амбулаторных пациентов с онкологическими заболеваниями	69
<i>Ю.Ю. Земко.</i> Некоторые результаты переоснащения современной лечебной и диагностической аппаратурой минского городского клинического онкологического диспансера, позволившие улучшить качество жизни пациентов	72
<i>В.Ю. Земко.</i> Актуальные вопросы диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний органов дыхания у пациентов, перенесших онкозаболевания	74
<i>Н.М. Медвецкая.</i> Пропаганда молодежи здорового образа жизни для профилактики онкологии	77

III. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

<i>Jacques Suaudeau.</i> Этика донорства с точки зрения Католической Церкви.....	80
<i>Jacques Suaudeau.</i> The ethics of organ donation from the point of view of the Catholic Church.....	94
<i>Антонино Баньято.</i> Пересадка костного мозга и стволовых клеток	113
<i>Edouard Matevossian.</i> Hepatocellular carcinoma and modern aspects of liver transplantation	118

IV. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

<i>Ю.В. Алферова, Т.П. Карноушенко, М.Н. Нурбаева.</i> Отношение старшеклассников гимназии №34 г. Орла к употреблению алкоголя	119
<i>А.Н. Дударев, И.Н. Дударева, Е.И. Дударева.</i> Проблемы профилактики алкоголизма у учащихся медицинского колледжа	121
<i>М.Н. Нурбаева, А.А. Осина.</i> Тенденции потребления алкоголя девушками-студентами	124
<i>В.А. Клюев, Т.М. Солдатенко.</i> Нарушения обмена микроэлементов в организме беременных женщин при употреблении алкоголя	127
<i>И.И. Ефременко.</i> Профилактика наркомании и токсикомании в молодежной среде	130
<i>Tochukwu Ezike.</i> Effects and prevention of drug and alcohol addiction	131
<i>А.С. Метелица, М.В. Папко.</i> Роль семьи в профилактике наркозависимости учащихся	136
<i>В.И. Никонова.</i> Профилактика алкогольной и наркотической зависимостей путем использования творческого потенциала молодежи при подготовке и проведении творческих проектов	139

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

<i>С.Ю. Девярых.</i> Катехизис Католической Церкви о сексуальности как ценности	144
<i>Д.Г. Ларионов.</i> Католическая церковь, цивилизация любви, культура жизни	147
<i>М.А. Щербакова, А.А. Стаховская.</i> Медико-социальные последствия абортотв	150
<i>Е.А. Харитоновна, А.С. Метелица.</i> Медицинские, социальные и моральные аспекты абортотв	153
<i>Сястра Дар'я Галубкова ОУ.</i> Тэалагічна-маральнае вымярэнне штучнай пракрэацыі	156

<i>Andrei Aharau.</i> Duchowe przyczyny niepłodności. Wybrane zagadnienia	158
<i>Agnieszka Renata Jeziorska.</i> Antykoncepcja — wyraz odpowiedzialności czy zagrożenie dla życia, zdrowia, prawdziwej miłości. Ocena i postulatory pastoralne	160
<i>Ambroży Jarosław Okroy OFM.</i> Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle wybranych dokumentów Magisterium Kościoła.....	162
<i>М.Ф. Яблонский, С.Ю. Девярых, А.А. Буйнов.</i> Тенденции семейного воспитания в Европе в контексте традиционных ценностей белорусского народа	165

VI. НАУКА И ДУХОВНОСТЬ ПРОТИВ ВИЧ (СПИД)

<i>М.А. Щербакова, А.А. Стаховская.</i> Этические и биологические аспекты беременности у ВИЧ-инфицированных женщин	168
<i>М.Н. Нурбаева, Б.С. Сипайло.</i> Отношение к СПИДу у девушек-студенток	171
<i>Charles Chris Harris.</i> Problem of HIV/AIDS	174

VII. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

<i>М.А. Щербакова, М.И. Бутько.</i> Характеристика функции внешнего дыхания у населения сельской местности с выявленными обструктивными вентиляционными нарушениями дыхания.....	177
---	-----

VIII. ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ И УСПЕХА

<i>И.И. Ефременко, Н.Д. Ефременко.</i> Здоровье в шкале ценностных ориентаций студентов.....	180
<i>И.И. Ефременко, А.А. Герасимова.</i> Психофизиологические особенности и состояние здоровья подростков.....	183
<i>Г.А. Захарова.</i> Выбор профессии с учётом свойств нервной системы — залог здоровья и успеха	187
<i>И.И. Ефременко, В.Ю. Качан.</i> Факторы риска для здоровой жизнедеятельности студенческой молодежи	190
<i>Н.М. Медвецкая, Т.М. Базыленко.</i> Здоровье студентов и физическая культура в специальных медицинских группах	192

<i>Н.Г. Харкевич, Г.Г. Бурак, И.И. Стоякова, А.М. Мясоедов.</i> Воспитание студенческой молодёжи в традиции православия	195
<i>Д.В. Ампилогов.</i> Обеспечение в детском водном путешествии по равнинным рекам и озерам	199
ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ	202

Научное издание

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

XII Международная
медицинская конференция
(Витебск, 9–10 июня 2016 г.)

Тезисы докладов

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

Подписано к печати 18.05.2016.

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

Усл. печ. л. 10,92. Уч.-изд. л. 11,35.

Тираж 145 экз. Зак. № 155.

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

БЕЛАРУСИ



ГЕРМАНИИ



ПОЛЬШИ



РОССИИ



ВАТИКАНА



УКРАИНЫ



ФРАНЦИИ



НИГЕРИИ



ИТАЛИИ



ШРИ-ЛАНКИ



НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
- СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ
- 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
- ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ И УСПЕХА

ISBN 978-985-7074-48-8



9 789857 074488