

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



XIII Международная медицинская конференция

Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**8–9 июня
2017 г.**

г. Витебск,
База отдыха «Крупенино»
конференц-зал

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

XIII Международная
медицинская конференция
(Витебск, 8–9 июня 2017 г.)

Тезисы докладов



Минск
«ПРО ХРИСТО»
2017

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

П78

П78

Проблемы врачебной этики в современном мире : XIII Междуна-
родн. мед. конф. (Витебск, 8–9 июня 2017 г.) : тезисы до-
кладов. — Минск : ПРО ХРИСТО, 2017. — 160 с.

ISBN 978-985-7074-65-5.

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 978-985-7074-65-5

© Витебская епархия Римско-католической Церкви в РБ, 2017
© Витебский государственный медицинский университет, 2017
© Оформление. УП «Издательство «Про Христо», 2017

Дорогие братья и сёстры во Христе!

8–9 июня 2017 г. Витебская епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским облисполкомом, Витебским государственным ордена Дружбы народов медицинским университетом и Витебским государственным университетом им. П.М. Машерова проводит XIII Международную медицинскую конференцию «Проблемы врачебной этики в современном мире» и приглашает принять в ней участие врачей-христиан, независимо от конфессиональной принадлежности, представителей духовенства, учёных, всех людей доброй воли, интересующихся данной проблематикой.

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

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

Официальные языки конференции:

белорусский, русский, английский.

Направления работы конференции:

- Биоэтика в современной медицине
- Современные вопросы педиатрии
- Современные вопросы онкологии
- Современные вопросы трансплантологии
- «Культура жизни» против «культуры смерти»
- Профилактика и лечение туберкулёза и тяжёлых пневмоний
- Формирование здорового образа жизни
- Образ жизни и болезни
- Профилактика алкоголизма и наркомании в современных условиях

Регистрация участников конференции состоится 8 июня 2017 г. с 11:00 до 11:30 (г. Витебск, база отдыха «Крупенино», конференц-зал).

Конференция будет проходить:

8 июня 2017 г. 12:00–14:00

15:00–17:00

9 июня 2017 г. 10:00–13:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ — 8 июня (база отдыха «Крупенино», конференц-зал)

Регламент устного выступления — до 30 минут.

Выступление в обсуждении доклада — до 3 минут.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

- В. В. ТЕРЕНТЬЕВ, заместитель председателя Витебского облисполкома
- Епископ Витебский Олег БУТКЕВИЧ
- Ю. Н. ДЕРКАЧ, начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома
- М. Р. ДАНИЛЕНКО, заведующий отделом по делам религий и национальностей Витебского облисполкома
- А. Т. ЩАСТНЫЙ, д-р мед. наук, профессор, ректор УО «Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета»
- А. В. ЕГОРОВ, канд. юр. наук, ректор УО «Витебского государственного университета им. П. М. Машерова»
- Священник Виктор МИСЕВИЧ, 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 Клеменс Верт SJ, контакты со СМИ, оргвопросы
- Я. С. СИПАЙЛО, переводчик, педагог УО «Гимназия № 4 г. Витебска»
- И. В. ЮНИС, зам. главного врача УЗ «Витебская областная клиническая детская больница»

ПРОГРАММА

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

Регистрация участников состоится 08.06.2017 г. (база отдыха «Крупенино», конференц-зал) с 11:00 до 11:30.

1-й день — 8 июня 2017 г.

Пленарное заседание.

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;
- заведующий отделом по делам религий и национальностей Витебского облисполкома Михаил Даниленко.

Доклады:

12:30

Начальник управления здравоохранения Витебского облисполкома, д-р мед. наук, профессор Юрий Деркач (Беларусь)
«Перспективы развития педиатрической помощи Витебской области»

13:00

Член-корреспондент папской академии наук профессор монсеньор Жак Судо (Франция)
«“Идеальный ребёнок” предлагаемый сегодня, с развитием пренатальной диагностики»

PROGRAM

XIII International medical conference «PROBLEMS OF MEDICAL ETHICS NOWADAYS»

Registration of participants: June 8, 2017 (Krupenino, Conference Hall) from 11:00 to 11:30.

1st day — June 8, 2017

Plenary meeting.

12:00

Opening of the conference, greeting of participants

- the head of Vitebsk district deputy council Vladimir Terent'ev;
- the head of health care department of district of Vitebsk, Dr. Med. Pr. Yuri Derkach;
- Most Reverend Aleh Butkevich, Bishop of Vitebsk (Roman-Catholic Church);
- the head of the office for religion and nationalities in Vitebsk district Mikhail Danilenko.

Presentations:

12:30

The head of health care department of district of Vitebsk, Dr. Med. Pr. Yuri Derkach (Belarus)

«Perspectives of development of pediatric assistance in Vitebsk district»

13:00

Member of the Pontifical Academy Msgr. Jacques Suaudeau (France)

«„Perfect baby” advocated today, with the development of prenatal genetic diagnosis»

13:30

Доктор мед. наук, профессор кафедры терапии № 2 ФПК и ПК Александр Окорочков, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет (Беларусь)

«Проблемы остеопороза у детей»

14:00–15:00

Перерыв

15:00

Профессор Риккардо Марана, директор гинекологии университетской клиники «Агостино Джемелли», директор Международного научного института Павла VI Католического университета Святого Сердца в Риме (Италия)

«Медицина фертильности и женское репродуктивное здоровье»

15:30

Доктор мед. наук, профессор кафедры топографической анатомии с курсом судебной медицины Михаил Яблонский, Е. В. Цибульская, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет (Беларусь)

«Аборт – исключительное право женщины или глобальная проблема общества?»

16:00

Доктор Наталья Кухтинова, Новосибирский государственный медицинский университет (Россия)

«Этика и деонтология проведения клинических исследований в педиатрии»

16:30

Магистр, докторант Ирина Агапова, институт педагогики Люблинского католического университета (Польша)

«Роль семьи в формировании здорового образа жизни ребёнка»

13:30

Dr. Med. Pr. Alexandr Okorokov, Vitebsk State Medical University (Belarus)

«Problems of children's osteoporosis»

14:00–15:00

Coffee break

15:00

Pr. Riccardo Marana, director of the Gynaecology of the University Policlinic of A. Gemelli, director of the Paul VI International Scientific Institute of the Sacred Heart Catholic University in Rome (Italy)

«Medicine of fertility and female reproductive health»

15:30

Dr. Med. Pr. Michail Yablonsky, E.V. Tsibulskaya, Department of topographic anatomy with the course of forensic medicine, Vitebsk State Medical University (Belarus)

«Abortion: an exclusive right of a woman or a global problem of society?»

16:00

Dr. Natalya Kukhtinova, Novosibirsk State Medical University (Russia)

«Ethics and deontology of pediatric clinical research»

16:30

Master, doctoral candidate Irina Agapova, Pedagogical Institute of Lublin Catholic University (Poland)

«The role of a family in formation of a healthy lifestyle of a child»

17:00–17:30

Дискуссия.

Заключительное слово — викарный епископ Минско-Могилёвской архиепархии Александр Яшевский SDB.

В программе возможны изменения

2-й день — 9 июня 2017 г.

10:00 – 13:00

Секционное заседание (база отдыха «Крупенино», конференц-зал).

Регламент выступления 10 минут.

Доклады:

1. Священник Виталий Сапего ОР, приход святой Барбары в г. Витебске

«Проблемы врачебной этики в контексте “Хартии работников здравоохранения 2017”»

2. Кандидат биологических наук, доцент кафедры анатомии и физиологии Марина Щербакова Витебский государственный университет им. П. М. Машерова (Беларусь)

«Биоэтическое сопровождение детей с диагнозом ДЦП»

3. Кандидат ист. наук, зав. кафедрой философии и политологии, доцент Лариса Лукина, Витебская «Знак почёта» государственная академия ветеринарной медицины (Беларусь)

«Биоэтическое измерение болезни»

4. Магистр теологии, докторант Института Фундаментальной теологии Андрей Агапов, Люблинский католический университет им. Яна Павла II (Польша)

«Онтолого-аксеологическая концепция личности и её достоинства в учении Йозефа Ратцингера (Бенедикта XVI)»

17:00–17:30

Discussion.

Conclusion — Auxiliary Bishop of Minsk-Mogilev Archdiocese Alexander Yasheuski SDB.

Program is subject to change

2nd day — June 9, 2017

10:00 – 13:00

Sectional meeting (Krupenino, Conference Hall).

10 minute presentations.

Presentations:

1. Fr. Vitali Sapego OP, St. Barbara parish in Vitebsk
«Problems of medical ethics in the context of “The decree for health care workers 2017”»

2. Candidate of science Marina Shcherbakova, assistant professor at Department of Anatomy and Physiology, P.M. Masherov State University in Vitebsk (Belarus)

«Bioethical assistance of children with cerebral spastic infantile paralysis»

3. Candidate of history science, assistant professor Larisa Lukina, the head of philosophy and political science department of Vitebsk State Academy of veterinary medicine (Belarus)

«Bioethical dimension of sickness»

4. Master, doctoral candidate of theology Andrej Agapov, Lublin Catholic University of St. John Paul II (Poland)

«Ontological-axiological conception of a person and his/her dignity in works of Joseph Ratzinger (Benedict XVI)»

5. Доктор мед. наук, профессор Юрий Абаев, главный редактор журнала «Здравоохранение», Белорусский государственный медицинский университет (Беларусь)

«Прогресс медицины и кризис врачевания»

6. Доктор Чарльз Крис Харрис, Баттикалоа (Шри-Ланка)

«Туберкулёз: лечение и профилактика»

7. Доктор Шиланке де Альмейда (Шри-Ланка)

«Лечение и профилактика туберкулёза»

8. Магистр теологии, докторант института моральной теологии сестра Дарья Голубкова ОУ, Люблинский католический университет им. Яна Павла II (Польша)

«Развіццё этычнай рэфлексіі ў галіне медычных навук. Біяэтыка як навука»

9. Магистр теологии, докторант института моральной теологии Елена Григорьева, Люблинский католический университет им. Яна Павла II (Польша)

«Может ли философия облегчить страдания? Советы друзьям св. Григория Богослова»

Заключительное слово — викарный епископ Пинской епархии Казимир Великоселец ОР.

Дискуссия.

В программе возможны изменения

5. Dr. Pr. Jury Abayev, chief-editor of magazine “Health Care”, Belarusian State Medical University (Belarus)
«Progress of medicine and crisis of health care»

6. Dr. Charles Cris Harris, Batticaloa (Shri-Lanka)
«Tuberculosis: treatment and prevention»

7. Dr. Shilanke de Almeida (Shri-Lanka)
«Treatment and Prophylaxis for TB Disease»

8. Master, doctoral candidate in theology Sr. Darya Golubkova OV, Lublin Catholic University of St. John Paul II (Poland)
«The development of ethical reflection in the branch of medical science. Bioethics as a science»

9. Master, doctoral candidate of theology Elena Grigor'eva, Lublin Catholic University of St. John Paul II (Poland)
«Can philosophy relieve suffering? Recommendations of St. Gregory to his friends»

Conclusion — Auxiliary Bishop of Pinsk Diocese Kazimir Velikoselets OP.

Discussion.

Program is subject to change

Тезисы докладов
XIII Международной
медицинской конференции

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

I. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

ПРОГРЕСС МЕДИЦИНЫ И КРИЗИС ВРАЧЕВАНИЯ

*Ю. К. Абаев, профессор, д-р мед. наук,
главный редактор журнала «Здравоохранение»
г. Минск (Беларусь)*

Использование достижений медико-биологических наук и современных методов исследования позволило максимально нивелировать субъективизм врачебных суждений. Расспрос пациента, изучение истории заболевания стали казаться малоинформативными, требующими много времени и просто бесполезными. Укореняется мнение — современные технические методы диагностики вполне могут заменить общение с больным.

Современная диагностическая аппаратура позволяет распознать многие болезни с такой точностью и надёжностью, о которой раньше можно было только мечтать. Появилась уверенность — медицина скоро полностью превратится в науку, и результаты лечения не будут зависеть от искусства врачевания. Достаточно будет задать пациенту несколько вопросов, присоединить к нему датчики, взять кровь для исследования, ввести полученные данные в компьютер и он выдаст точный диагноз, а принтер распечатает подробные лечебные рекомендации. Однако болезнь нельзя рассматривать в отрыве от её носителя, она всегда несёт отпечаток его личности. Вот почему необходимо учитывать психологические особенности каждого пациента.

Ещё одно следствие прогресса медицины — узкая специализация. В рамках единой некогда медицины теперь существуют сотни врачебных специальностей. Широту кругозора и глубину понимания личности пациента подменил свойственный технократическому мышлению и ограниченный пределами его квалификации анализ узкого специалиста не готового проследить междисциплинарные связи и логично объяснить все многооб-

разие симптоматики заболевания пациента. Узкая специализация и широкое использование технических методов исследования заслоняют личность пациента, его эмоциональную жизнь, практически освобождая врача от необходимости наблюдать и анализировать клиническую картину заболевания, ограничивают роль мышления и уменьшают чувство ответственности. «Серийность» мышления и действий у постели больного приводит к медицинскому догматизму и, как следствие, к диагностическим и терапевтическим ошибкам. Ценой, которую платит современная медицина за более совершенную техническую оснащённость, является атрофия клинического мастерства, инфляция авторитета врача, на место которого встаёт компьютер.

В недалёком прошлом отношения между врачом и пациентом носили характер «человек–человек». Сейчас давнюю традицию, объединявшую врача и больного заменил новый тип отношений. Широкое использование инструментальных методов диагностики и лечения привело к тому, что между врачом и пациентом непроницаемой стеной встаёт медицинская техника. Вместо классических отношений «врач–пациент» утверждаются новые — «врач–прибор–пациент», и в этом усматривается ослабление столь важных в клинической медицине личностных контактов — процесс её дегуманизации. За болезнью исчезает человек, он представляется лишь дополнением к ней, не союзником в борьбе с недугом, а безликим существом, которое надо обследовать и лечить, но говорить с ним не о чем.

Личность врача всегда была центральной фигурой и главным «лекарством» в медицине. Ничто не заменит беседу врача и пациента, которые в процессе лечения должны составить нерасторжимое психологическое единство. Степень этой общности нередко определяет успех лечения. Разрешение противоречий между ростом технической оснащённости медицины и клиническими методами обследования надо искать не в «возврате к Гиппократу», а в совершенствовании индивидуального общения с больным. Нельзя надеяться, что только после инструментального исследования «все прояснится». Успех диагностики в значительной степени определяется качеством клинического обследования, а не только количеством использованных лабораторно-инструментальных методов. Пренебрегая анамнезом

и непосредственным исследованием пациента, врач разрушает фундамент, на котором строится лечение — веру больного в правильность врачебных действий. Нарушен неписанный, соблюдаемый веками закон гуманного общения врача и пациента. Доктор уравнивается с медицинским оборудованием, призванным обеспечить выполнение услуги, потребителем которой является пациент. Морально-этические отношения заменяются медико-экономическими стандартами (протоколами), которые регулируют оказание медицинской помощи. Медицинская профессия все больше удаляется от врачевания, которое начинается с необходимости слушать пациента и подменяется безликой совокупностью симптомов, а то и просто набором лабораторно-инструментальных данных.

Несмотря на прогресс медицины, в XXI век здравоохранение вошло с большим грузом нерешённых проблем, главная среди них — утрата гуманистического содержания. К медикам стали относиться с подозрением, порой даже с враждебностью. Причина не только в том, что появились платные медицинские услуги и затраты на лечение увеличиваются, главное — медицина теряет духовную основу. Взгляд на человека как на биологический организм без учёта духовной составляющей стал преобладающим. Врач больше не занимается личностью пациента, а только «ремонтирует отдельные неправильно работающие части» его организма. Из субъекта пациент превратился в объект, из цели — в средство для решения проблем клинической медицины, которые если и затрагивают интересы пациента, то лишь с точки зрения отрицательного воздействия на него. Наблюдается феномен «отчуждённости» — медицина, цель которой сохранять здоровье и лечить человека на самом деле отдаляется от него. Сближение если и происходит, то не медицины и пациента, а медицины и болезни, что находит своё выражение в том, что врач лечит болезнь, а не пациента. Медицина «разделила» человека на органы, сделав их объектом своего исследования, а заодно и лечения, «потеряв» при этом самого человека. Так врачевание из искусства превратилось в ремесло, а доктор из мастера — в технолога.

Возникает вопрос, медицина — наука естественная или гуманитарная? Если объект медицины — человек, как единое

целое, почему это естественная наука? Ведь страдание тела — это и страдание души. Естественнонаучная установка сужает взгляд на пациента, оставляя за его пределами такую важную сферу человеческого бытия, как духовность. При этом лечение сводится лишь к нормализации различных параметров организма медикаментозными и хирургическими методами и не зависит от личности врача. В контексте естественнонаучного подхода человек предстаёт лишённым духовно-телесной сущности и это не просто лишает стимула развитие нравственной составляющей медицины. Взаимосвязь духовного и телесного не разрывается и в патологических процессах, что всегда было элементом обыденного опыта, подчёркивалось большинством религиозных учений и сегодня признается академической медициной (психосоматические болезни). «Плачет» мозг, а «слезы» — в сердце, желудке, кишечнике» (Р. А. Лурия).

Ситуация может коренным образом измениться, если подойти к медицине как к дисциплине гуманитарной. Тогда объектом становится человек не только как организм, но и как личность. Смена объекта требует изменения методологии медицины. В отличие от врача-естественника, нацеленного на овладение практиками инженерного типа, врач-гуманитарий ориентируется на ситуацию, где нет двух пациентов, у которых болезнь протекала бы одинаково. Гуманитарная установка подчёркивает мощную терапевтическую роль деонтологического фактора — зависимость результатов лечения от духовной культуры врача, его мотивов и практики общения с пациентом.

Фундаментальная медицина, ориентируясь на позитивизм и прагматизм, совершенствуя органокалистический подход к патологии и замыкаясь в рамках естественнонаучных дисциплин, все больше заходит в методологический тупик. Необходима теория медицины, объектом которой является человек как личность, а лечение представляет собой уникальную ситуацию. Построение такой теории возможно на основе сближения фундаментальных естественнонаучных дисциплин и философской антропологии, а связующим звеном между ними может быть психология.

НРАВСТВЕННОСТЬ И ЭТИКА В ОЦЕНКЕ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

*Г. Г. Бурак, Т. И. Ким, В. В. Ольшанникова, И. В. Самсонова,
О. Н. Федорчук, Н. Г. Харкевич*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов
медицинский университет»

УЗ «Витебская областная клиническая больница»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. «Человек дороже любой идеи и общественной формации» (Ф. М. Достоевский). Данный гуманистический императив является коррелятом и эквивалентом медицинского принципа Гиппократа «не навреди», одного из основополагающих принципов биомедицинской этики. В современных условиях (условиях прогресса медицинских наук и успехов практического здравоохранения) биомедицинская этика представляется как постоянно расширяющаяся универсальная мировоззренческая и духовно-нравственная категория человеческих взаимоотношений — профессиональных, должностных, социальных, личностных. Благодородство и практическая значимость категорий деонтологии и врачебной этики общепризнано и определяется, прежде всего, отношениями между медицинскими работниками и пациентами. Стержневыми в сложной гамме отношений «врач — пациент» являются личностные достоинства врачей: профессиональные, человеческие (нравственные и этические), культурологические. Фундаментальной в биомедицинской этике является концепция автономии врача, его законом защищённое право самостоятельно принимать решения, касающиеся здоровья пациентов и, одновременно, большая ответственность за реализацию и исход принятых решений.

Цель исследования.

1. Выяснить мнение врачей и пациентов об основополагающих нормах человеческих достоинств и на основе полученных результатов оценить их место и роль в формировании врачебной этики и деонтологии;

2. Определить значение полученных результатов в учеб-

но-методическом процессе медицинских учебных заведений и практической деятельности медицинских работников.

Материал и методы. Материалом исследования явились результаты анкетирования респондентов: врачей Витебской областной клинической больницы и больницы скорой медицинской помощи — 55 человек, пациентов поликлиник г. Витебска — 71 человек. Респонденты индивидуально отвечали на вопросы анкеты, в которой по алфавиту были обозначены характеристики (см. таблицу). В соответствии с индивидуальным пониманием значимости характеристик респонденты оценивали их цифрами от 1 до 10. Цифровые данные анализировались, суммировались и обрабатывались статистически.

Результаты и обсуждение. Средние цифровые данные, отражающие мнение респондентов о характеристиках врачебной этики, представлены в таблице 1.

	Респонденты Нормы врачебной этики	Врачи практикующие		Пациенты	
		число	%	число	%
1	Бескорыстие	23	35,38	12	16,9
2	Вежливость	9	13,85	8	11,27
3	Доброжелательность	2	3,08	5	7,04
4	Заботливость	4	6,15	5	7,04
5	Коммуникабельность	7	10,77	9	12,68
6	Профессиональная компетентность	4	6,15	4	5,63
7	Сострадание	3	4,62	10	14,08
8	Требовательность к себе	4	6,15	7	9,86
9	Чувство долга	5	7,69	6	8,45
10	Эрудированность интеллигентность	4	6,15	5	7,04
	Всего	65		71	

Таблица 1.

Анализ результатов исследования позволяет заключить, что:

1. Пациенты желают видеть во враче не столько профессио-

нала, сколько человека, который бескорыстно и с чувством сострадания готов уделить им достаточно времени и в вежливой форме решить проблемы с погрешностями их здоровья.

2. У практикующих врачей чётко прослеживается тенденция участливого отношения к пациентам. Они понимают гуманность профессии и высоко оценивают значение её норм в отношениях с пациентами, отдавая предпочтение бескорыстию, вежливости, коммуникабельности (60% из 100%).

3. Обе группы респондентов предпочитают в своих оценках гуманные качества медицинских работников.

4. Настораживает (не совсем объяснимое) малозначимое отношение респондентов обеих групп к профессиональной компетентности, считая её вместе с эрудированностью и интеллигентностью «второсортными» нормами в медицинской этике.

Мы думаем, что совершенствование медицинской этики предполагает разработку новых подходов и концепций, новой методологии с целью аргументированной мотивации овладения содержанием врачебной этики, совокупностью конкретных норм и принципов медицинской морали применительно к определённой врачебной специализации.

К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКЕ И ДЕОНТОЛОГИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО СУДЕБНОГО ЭКСПЕРТА

А. Г. Денисенко, канд. мед. наук, доцент

А. А. Буйнов, ст. преподаватель

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

Актуальность. Специфика судебно-медицинской деятельности, направленная на решение вопросов, возникающих при осуществлении правосудия, накладывает повышенную ответственность на государственных медицинских судебных экспертов Государственного комитета судебных экспертиз Республики

Беларусь. Для эксперта, соблюдающего гуманистические традиции отечественной медицины и психологии, фундаментальные принципы защиты прав и свобод человека и гражданина, особую актуальность приобретают требования к личной ответственности и моральным принципам — независимости, уважению чести и достоинства личности, конфиденциальности и профессиональной компетентности.

Цель. Определение специфических особенностей деонтологии, присущих судебной медицине с учётом действующих в настоящее время ведомственных документов Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь.

Материалы и методы. Изучены Инструкции ГКСЭ Республики Беларусь о порядке производства экспертиз трупов, живых лиц и по материалам дела. Использовались описательный и аналитический методы.

Результаты и обсуждение. Этические нормы для государственных медицинских судебных экспертов включают в себя как общие этические требования, так и особые требования, обусловленные спецификой их деятельности и профессиональными обязательствами, предусмотренными законодательством Республики Беларусь. Эксперт не должен раскрывать третьей стороне информацию, полученную в ходе проведения экспертиз, исключая случаи, предусмотренные законом. Ему необходимо избегать конфликтных ситуаций, которые могут нанести ущерб его личному авторитету или деловой репутации. В разговорах с родными и близкими государственному медицинскому судебному эксперту необходимо избегать их дополнительного психологического травмирования. При экспертизе живых лиц эксперт должен избегать вопросов, касающихся личной жизни, и высказываний, которые могут привести к ятрогении.

Государственным медицинским судебным экспертам чаще, чем врачам других специальностей, приходится сталкиваться с эгоизмом, цинизмом, жестокостью, но это не должно вызывать у них предвзятого отношения к человеку, совершившему преступление. Мотивы преступления бывают различны, и степень вины преступника и потерпевшего устанавливается судом. Государственный медицинский судебный эксперт обязан помочь су-

дебно-следственным органам установить истину по конкретному уголовному делу на основании объективных данных. Предвзятое отношение может привести к экспертной и судебной ошибке, что противоречит этике медицинского судебного эксперта.

Выводы. Вопросы деонтологии и этики в судебной медицине имеют определённую специфичность. Это накладывает на государственных медицинских судебных экспертов не только высокую профессиональную, но и моральную ответственность. Профессионализм медицинских судебных экспертов должен сочетаться с высокими моральными качествами, гуманизмом, соблюдением принципов и норм общечеловеческой морали, которые составляют предмет традиционной профессиональной этики.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НЕОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*О. А. Федчук, ст. преподаватель,
М. Ф. Яблонский, д-р мед. наук, профессор,
А. А. Буйнов, ст. преподаватель,
Н. Н. Семёнова, преподаватель*

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

Актуальность. Признавая значение полной и всесторонней реализации законных интересов граждан в сфере здравоохранения, законодатель включил право на охрану здоровья в систему конституционных прав и свобод человека, а также установил меры ответственности за препятствование в использовании гражданином предоставленных государством возможностей получения медицинской помощи.

Целью исследования является изучение этико-правовых особенностей не оказания медицинской помощи, а также оснований привлечения медицинских работников к ответственности за вышеуказанные действия.

Результаты исследования. Обращаясь за медицинской помощью, пациент доверяет медицинским работникам свои жизнь и здоровье и рассчитывает на то, что имеющиеся у них профессиональные знания и навыки, а также применяемые средства современной медицины помогут преодолеть болезнь и ускорят выздоровление. К одной из основных профессиональных обязанностей врача относится оказание медицинской помощи. Лица, получившие высшее медицинское образование, при вручении им диплома принимают клятву врача, текст которой содержит обещание в любое время помогать каждому пациенту независимо от его социального происхождения, вероисповедания и национальности. Неоказание помощи больному относится к числу преступлений против жизни и здоровья человека, ответственность за которое предусмотрена статьёй 161 УК Республики Беларусь. Помощь, от оказания которой отказывается виновный, заключается в действиях, необходимых в конкретных условиях для спасения жизни, излечения, облегчения страданий больного. Для привлечения к уголовной ответственности за неоказание помощи больному требуется одновременное наличие обязанности и возможности оказать такую помощь. Преступность деяния исключается, если медицинская помощь не была оказана по уважительным причинам, к числу которых можно отнести обстоятельства непреодолимой силы. Если специальность, знания медицинского работника не позволяют ему лично оказать помощь больному, он обязан тщательно осмотреть его и после этого принять срочные меры для вызова врача другой специальности или транспортировки больного в лечебное учреждение. Не оправдывает бездействие соответствующего лица отказ от оказания первой медицинской помощи в связи с окончанием рабочего времени, нахождением вне рабочего места, пребыванием в отпуске и т. п.

Выводы. Государство, гарантируя человеку доступность медицинской помощи, налагает на медицинских работников обязанность её оказания, в том числе за пределами рабочего времени и места работы. Отказ без уважительных причин от выполнения своей основной профессиональной обязанности осуждается не только нормами права, но и нормами морали.

Моральная ответственность врача выражается в соотношении реального поведения с эталоном, задаваемым требованиями профессиональной этики и деонтологии. В случае нарушений профессионального долга может последовать наказание в виде моральных, дисциплинарных или правовых санкций.

Литература

1. Фоменко, А. Г. Медицинские ошибки: правовые, этические и организационно-методические аспекты проблемы / А. Г. Фоменко. — Медицинские новости. — 2011. — №10. — С. 20-26.

2. Яблонский, М. Ф. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дела и при нарушениях в профессиональной деятельности медицинских работников: учеб.-метод. пособие / М. Ф. Яблонский, А. М. Тетюев, А. Г. Денисенко, А. А. Буйнов, О. А. Федчук. — Витебск: ВГМУ, 2014. — 47 с.

РАЗВІЦЦЁ ЭТЫЧНАЙ РЭФЛЕКСІІ Ў ГАЛІНЕ МЕДЫЧНЫХ НАВУК. БІЯЭТЫКА ЯК НАВУКА

*Сястра мгр ліц. Дар'я Галубкова ОУ, дактарантка ІІІ курса
Інстытут маральнай тэалогіі факультэта тэалогіі
Люблінскага Каталіцкага Універсітэта Яна Паўла ІІ
г. Люблін (Польшча)*

Біяэтыка з'яўляецца сістэматычным вывучэннем учынкаў чалавека ў сферы навук, звязаных з чалавечым жыццём і аховай здароўя, якое адбываецца ў святле маральных прынцыпаў і каштоўнасцяў. Яна мае міждысцыплінарны характар: будучы з аднаго боку галіной этыкі, уласцівыя для сябе спасылкі знаходзіць між іншым у біялогіі, медыцыне, антрапалогіі, праве і сацыялогіі. Развіццё гэтай навукі, пачынаючы з 70-х гадоў мінулага стагоддзя, непасрэдна звязана з развіццём біямедыцыны і біятэхналогіі.

Біяэтыка не ўзнікла раптоўна — у храналагічным вымярэнні яна з'яўляецца працягам дзвюх папярэдніх навук: этыкі лекара і медычнай этыкі.

Этыка лекара займаецца маральнымі аспектамі адносінаў паміж лекарам і пацыентам, а таксама паміж прадстаўнікамі

службы аховы здароўя. Можна адрозніць дзве сферы этыкі лекара: нарматыўную, якая распрацоўвае і абгрунтоўвае нормы паводзінаў лекара, і практычную, або дэанталогію. Дэанталогія лекара сістэматызуе і распаўсюджвае маральныя абавязкі і асабовыя мадэлі лекара, што вынікаюць з агульных прынцыпаў. У яе аснове ляжаць два галоўныя этычныя прынцыпы: *Primum non nocere* і *Salus aegroti suprema lex*.

З цягам часу класічнага кодэкса этыкі лекара аказалася недастаткова, каб цалкам ахапіць маральныя аспекты аховы чалавечага жыцця. Разам з развіццём мікрабіялогіі, фармакалогіі, эксперыментальных даследванняў, медычных структур, стварэннем навукова-даследчых груп узнікае медычная этыка. Суб'ектам маральнай адказнасці цяпер з'яўляецца не толькі лекар, але і сам пацыент, які прымае актыўны ўдзел у тэрапеўтычным працэсе. Маральная адказнасць ляжыць таксама на ўсіх тых, хто надае кшталт службе аховы здароўя, на цэлых групах людзей (ад даследчыкаў да кіраўнікоў, якія размяркоўваюць сродкі на медычныя мэты).

Адкрыццё функцыянальнай і структуральнай мадэлі ДНК і ферментаў рэстрыкцыі, а затым і паўстанне геннай інжынерыі, было паваротным момантам у развіцці медыцыны. Прадметам яе зацікаўленасці цяпер з'яўляецца не толькі здароўе і хвароба, але само жыццё ў спецыфічных вымярэннях: яго паўстанне, развіццё, магчымасці маніпулявання ім, працэсы старэння і смерці; яна звяртае ўвагу на якасць жыцця і спосабы яго паляпшэння. Такім чынам, медыцына ператварылася ў біямедыцыну, а этычная рэфлексія ў яе галіне эвалюцыянавала ў біяэтыку.

PROBLEMI DELL'ETICA MEDICA NEL MODO DI OGGI

Gaspare Guglielmi
Rome (Italy)

Centro Unità Farmaci Antiblastici e Nutrizione Parenterale
Il Centro UFA si occupa di:

Allattamento centralizzato, su prescrizione medica, di multiterapie antiblastiche personalizzate.

Manipolazione di farmaci che necessitano di una preparazione in sicurezza (es. antivirali, anticorpi monoclonali).

Controlli qualità e valutazione della stabilità chimico fisica e microbiologica.

I medicinali biologici e biotecnologici sono farmaci il cui principio attivo è rappresentato da una sostanza prodotta o estratta da un sistema biologico, oppure derivata da una sorgente biologica attraverso procedimenti di biotecnologia, comprendenti le tecnologie di DNA ricombinante, l'espressione di geni codificanti proteine biologicamente attive nei procarioti o negli eucarioti, metodi a base di ibridomi e di anticorpi monoclonali.

Biosimilari: Una medicina biosimilare è un farmaco simile al medicinale biotecnologico che è già in commercio e a cui è già scaduto il brevetto che può durare fino a 25 anni (in media 20). Il principio attivo del 'biosimilare' è simile ma non uguale alla molecola di riferimento. Ciò significa che un farmaco generico biosimilare non è l'esatta copia del biotech originale, ma solo 'simile'. Infatti per sintetizzare un farmaco biotech, per la complessità del sistema cellula che ne è alla base, ogni minima variazione rispetto a un protocollo già validato, in una qualsiasi delle sue fasi potrebbe modificare il prodotto finale.

omissis.....La prima riflessione che vorrei condividere con voi è questa: noi assistiamo oggi ad una situazione paradossale, che riguarda la professione medica. Da una parte constatiamo – e ringraziamo Dio – i progressi della medicina, grazie al lavoro di scienziati che, con passione e senza risparmio, si dedicano alla ricerca delle nuove cure. Dall'altra, però, riscontriamo anche il pericolo che il medico smarrisca la propria identità di servitore della vita. Il disorientamento culturale ha intaccato anche quello che sembrava un ambito inattaccabile: il vostro, la medicina! Pur essendo per loro natura al servizio della vita, le professioni sanitarie sono indotte a volte a non rispettare la vita stessa. Invece, come ci ricorda l'Enciclica Caritas in veritate, «l'apertura alla vita è al centro del vero sviluppo». Non c'è vero sviluppo senza questa apertura alla vita. “Se si perde la sensibilità personale e sociale verso l'accoglienza di una nuova vita, anche altre forme

di accoglienza utili alla vita sociale si inaridiscono. L'accoglienza della vita temprava le energie morali e rende capaci di aiuto reciproco» (n. 28). La situazione paradossale si vede nel fatto che, mentre si attribuiscono alla persona nuovi diritti, a volte anche presunti diritti, non sempre si tutela la vita come valore primario e diritto primordiale di ogni uomo. Il fine ultimo dell'agire medico rimane sempre la difesa e la promozione della vita... ..omissis

Discorso di Papa Francesco (Sala Clementina Venerdì, 20 settembre 2013)

Omissis.....“La salute, soprattutto quella di base, è di fatto negata – negata! – in diverse parti del mondo e in molte regioni dell’Africa. Non è un diritto per tutti, ma piuttosto è ancora un privilegio per pochi, quelli che possono permettersela. L’accessibilità ai servizi sanitari, alle cure e ai farmaci rimane ancora un miraggio. I più poveri non riescono a pagare e sono esclusi dai servizi ospedalieri, anche dai più essenziali e primari.”.....omissis

Omissis..... “La salute, infatti, non è un bene di consumo, ma un diritto universale per cui l’accesso ai servizi sanitari non può essere un privilegio.” Omissis.....

Discorso di Papa Francesco ai Medici con l’Africa Cuamm (7 maggio 2016)

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕДИАТРИИ

Н. В. Кухтинова

Новосибирский государственный медицинский университет
г. Новосибирск (Россия)

Актуальность обсуждения этики и деонтологии проведения клинических исследований в педиатрии определяется появлением большого количества новых фармакологических субстанций, методов диагностики различных заболеваний, что требует и их тщательного поэтапного изучения для обоснования возможности последующего применения. Кроме того, клинические

исследования имеют непрерывно возрастающее практическое значение как фундаментальная основа доказательной медицины. Их результаты дают объективные доказательства эффективности и безопасности терапевтических вмешательств, на основании которых разрабатываются клинические и практические руководства, международные или национальные рекомендации по терапии различных заболеваний. Поэтому дети могут рассматриваться в качестве потенциальных участников клинического исследования, только если его проведение необходимо для укрепления их здоровья или профилактики инфекционных заболеваний в детском возрасте, либо если целью является получение данных о наилучшей дозировке лекарственного препарата для лечения детей. Максимальный уровень доказательности данных может быть получен в ходе международных рандомизированных контролируемых исследований, когда влияние фактора помех сводится к минимуму. Таким образом, современный прогресс в развитии педиатрической отрасли медицины не возможен без проведения исследований именно в данной возрастной группе.

Организация исследований с участием детей включает ряд особенностей, из которых прежде всего следует выделить методологические, юридические и этические.

1. Методологические сложности исследований, характерных для детского возраста, включают меньший размер популяции для многих хронических заболеваний. Это определяет трудности в получении статистически достоверных данных об эффективности терапии. Большая гетерогенность детской популяции в совокупности с субъективностью диагностики некоторых патологических состояний в раннем детстве может создавать сложности в определении критериев включения пациентов. Существует целый ряд заболеваний специфичных только для детского возраста и не встречающихся у взрослых. Процессы биотрансформации лекарственных препаратов у детей в разных возрастных периодах могут существенно отличаться от процессов у взрослых. Юридически закреплена необходимость создания для последующего использования только детских лекарственных форм.

2. Юридические особенности — проведение исследований на детях должно строго основываться на действующей правовой базе. В настоящее время в России законодательной основой для проведения клинических исследований с участием детей являются: Хельсинкская декларация (2001 г.); Конституция РФ; Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 (с изменениями); Национальный стандарт РФ ГОСТР 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика» и Федеральный Закон от 12.04.2010 г. № 61 «Об обращении лекарственных средств» в действующей последней редакции от 03.07.2016 NN 305-ФЗ, 350-ФЗ, начало действия редакции с 01.01.2017 г.

3. Этические проблемы клинических исследований в педиатрии требуют отдельного обсуждения. В биомедицинской этике очень многие положения перешли в правовые рамки, стали закрепляться законодательно, то есть перешли в раздел юридических аспектов. Так, формально, заключение об этической обоснованности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения (Статья 39 Федерального закона от 22.12.2014 N 429-ФЗ) возложено на совет по этике, основными целями работы которого являются защита прав и интересов вовлечённых в исследование испытуемых, как на стадии планирования, так и на стадии его проведения. Вроде бы врач-исследователь должен ограничиться только соблюдением предписанной инструкции. Но не возникает сомнений, что мораль и законность не тождественны. Поэтому дальнейшая практическая реализация этических принципов полностью возлагается на врача-педиатра.

Первый этический принцип — принцип уважения к личности. У участников исследований должно быть достаточно информации, на основании которой они могут принять решение — участвовать или не участвовать в исследовании. Этика эксперимента на детях должна подразумевать, что дети, равно как и женщины в период беременности и грудного вскармливания, военнослужащие, лица с психическими заболеваниями, признанные недееспособными, относятся к группе «особо

уязвимых контингентов». Участие в качестве пациентов детей допускается с согласия в письменной форме их родителей, усыновителей без учёта мнения ребёнка. В этом случае принципиально рассмотрение второго этического принцип — принципа полезности и благодеяния, подразумевающего рассмотрение выгоды, не только для конкретного ребёнка, но и для всего общества в целом. Ещё в 1834 году в труде «Деонтология или наука о морали» один из основоположников утилитаризма Иеремия Бентам сформулировал положение, что целью моральной жизни является «наибольшее счастье наибольшего числа людей». Если дизайн исследования хорошо обдуман, то, по крайней мере, у половины пациентов в рандомизированном контролируемом исследовании может быть получен хороший эффект, а в группе плацебо не будет ухудшения (как если исследование не проводилось бы вовсе). Практический опыт доказывает, что в условиях клинического исследования положительный эффект часто достигается и в группе контроля, поскольку ребёнок находится под тщательным наблюдением высококвалифицированных специалистов. К принципу благодеяния можно отнести доступ к новейшим методам диагностики, современным высокоэффективным, часто дорогостоящим лекарствам, а также моральное удовлетворение от участия в исследовании, цель которого состоит в совершенствовании лекарств и методов лечения. Даже в случае, если конкретные дети, принимавшие участие в исследовании, не получили пользу лично для себя, результаты исследования, выраженные в новых, более эффективных лекарствах и методах лечения могут быть решающими в спасении жизней других детей.

Литература:

1. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ под общей редакцией член-корр. РАМН, проф. Ю. Б. Белоусова. Россия, Москва, апрель 2005 г. 156 с.
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 (с изменениями).
3. Национальный стандарт РФ ГОСТР 52379-2005 «Надлежащая клиническая практика».
4. Федеральный Закон от 12.04.2010 г. № 61 «Об обращении лекарственных средств».

5. Т. А. Шамов. О взаимоотношении этики, деонтологии, биомедицинской этики и медицинского права/Верхневолжский медицинский журнал 2012. — Т. 10, Вып. 3. — с.3-7.

6. Холопик-Савич А. В. Медицинская этика и деонтология / Actualscience 2016, Том 2, No 11 с. 69-70.

ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК ПУТЬ К ГУМАНИТАРИЗАЦИИ И ФЕНОМЕН КЛИНИЧЕСКОЙ ПОДАТЛИВОСТИ

А. И. Липец, канд. мед. наук, доцент
УО «Витебский государственный ордена Дружбы Народов
медицинский университет»

Л. Я. Ермолова, врач
УЗ «Витебская областная клиническая больница»
г. Витебск (Беларусь)

С первой встречи с больным, с умения расспросить его, найти психологический контакт проходит испытание профессионального мастерства врача, предполагающее такие интегративные показатели, как речь, наблюдательность, активное восприятие, ассоциативное мышление с умением проведения анализа и синтеза информации, полученной из множества источников. Происходящие изменения в школьном образовании, повышение веса гуманитарных дисциплин в нем, по крайней мере, для профессионально ориентированных старшеклассников, надеемся, сыграют свою роль. Однако опыт работы в настоящее время показывает настоятельную необходимость попытки повышения духовной и общей эстетической культуры будущего врача в рамках вузовского образования.

Для искусства функция познания истины играет подчиненную роль, а главным является формирование эмоционально-интеллектуального, нравственно-эстетического отношения к человеку, что само по себе чрезвычайно важно во врачевании. Вместе с тем на катарсис вполне правомерно можно рассчитывать как на средство и научного познания. В художественном образе познавательная сторона неотделима от восприятия,

что позволяет обоснованно привлекать музыку, литературу, изобразительное искусство к учебно-воспитательному процессу. Однако сила воздействия искусства на процесс становления будущего врача может быть использована более активно и целенаправленно.

Опыт преподавания, опросы респондентов, в том числе после окончания университета, позволяет считать необходимым освещение таких тем, как «Музыка. Символы. Аускультация», «Жизнь и смерть в музыке» (тема сопереживания смерти в VI симфонии П. И. Чайковского, «Реквием» В. А. Моцарта, «Гибель богов» Р. Вагнера и др.). «Тема болезни в станковой живописи», «Стресс и модернистская живопись», «Отражение болезни в литературе» и др. В целом, названные темы могут преподаваться в рамках факультативного цикла «Врачевание в зеркале литературы и искусства», с наибольшей эффективностью — на последнем, шестом году обучения. Полноценность занятий может быть обеспечена при совместном их проведении с художником, музыкантом, искусствоведам, духовником, эстетиком. Элементы цикла могут быть использованы в ходе практических занятий по конкретным медицинским дисциплинам в старших курсах. Их раскрытие целесообразно вести, используя как традиционные, так и нетрадиционные методы обучения: при составлении ситуационных задач различного уровня (Образ какого заболевания запечатлен на данной картине, в данном произведении?), при разработке регламента деловых игр (Ваша тактика при выявлении больного, изображенного на данном полотне, описанного данным автором?), в бинарных лекциях и др. Необходимо обращать внимание и объяснять возможности музыки и других видов искусства в программе лечения психогенных и соматических страданий. Реальная интеграция эстетического в современную технологию обучения терапии апробирована на каждом из этапов системы активных методов обучения, структура которой описана ранее (А. И. Липец и соавт., 1994, 1995).

Таким образом, проблема гуманитаризации высшей медицинской школы, декларированная в последние годы, может и должна эффективно решаться, в частности через эстетиче-

ское воспитание и восприятие студента. Путем взаимопроникновения медицинского и эстетического происходит осознание будущим врачом известного ему с первого курса афоризма «Лечить не болезнь, а больного», формируется стремление к повышению собственной общей культуры, а значит, и врачебной компетентности.

Существует особый вид взаимопонимания между больным и врачом в отношении необходимости проведения превентивных и лечебных мероприятий, условно называемого податливостью. В податливости различают различные формы. Наиболее часто используют соблюдение больным медикаментозных назначений. Но податливость включает и соблюдение диетических рекомендаций, ограничение влияния вредных факторов, изменение образа жизни.

Наряду с податливостью больных следует также больше внимания уделять податливости врача. Так, показано, что около половины домашних врачей, которые после скринирующего исследования были письменно информированы о патологических изменениях у наблюдаемых ими больных, не сделали выводов о необходимости проведения диагностических и лечебных мероприятий.

На наш взгляд целесообразен корреляционный и регрессионный анализ отдельных показателей податливости, как у врача, так и у больного и, соответственно, эстетических показателей уровня врача.

БИОЭТИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ БОЛЕЗНИ

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

Биоэтика, вырабатывая основы, которые фиксируют моральные принципы, методы их разрешения, осмысливает и болезнь. Болезни, являясь естественной частью жизни, связаны с пости-

жением деятельности, смысла жизни, позиционируют физическое состояние, нравственно-этическое поведение человека. Такая позиция позволяет и в болезни, дополняющей стремления к полноценному, здоровому образу жизни, и в здоровье актуализировать биоэтическое измерение, содержание.

В настоящее время с высокой долей очевидности ведут речь о том, что восстановление здоровья, излечение предполагает исключительную, особую духовную силу, волевой акт непосредственно пациента. В активизации этих напряжений значительна роль помощи, сотрудничества врача, который в числе прочего укрепляет дух и волю, вселяет надежду, веру в благоприятный исход болезни. Понятие «болезнь» рассматривается учёными, врачами и, как «жизнь при ненормальных условиях», и как «нарушение функций, вследствие которого возникает угроза жизни» и как «состояние, обусловленное нарушениями структуры и функций организма и его реакциями на эти нарушения». На человеческий организм оказывают влияние многие воздействия, приводящие к физическим, психическим, моральным, духовным и, нередко, мировоззренческим изменениям. Замечено, что слабея физически, человек оказывается мнительным и подозрительным в отношении всего его окружающего, становится уязвимо эгоистичным, что, нередко, приводит и к проблемам межличностного общения. История человечества выработала и предложила определённые продуктивные предупредительные способы и меры заболевания: физические упражнения, культуру аутотренинга, всевозможные формы самосохранения, саморазвития, самоуправления.

Философы и врачи-мыслители причины значительного числа заболеваний ещё с древности подразделяли на категории. Первые из приводимого порядка связывали с многоаспектными приобретёнными личными свойствами. Среди их разнообразия выделяли неаккуратность, невниманье, бескультурье. Следующая категория усматривала причины заболеваний как результат последствия психических раздраженностей, дискомфорта, душевной дезорганизации. И заключают контингент причин заболеваний объективно воздействующая гамма факторов среды обитания человека. Это неблагоприятные погодно-природные,

неблагополучные остросоциальные условия жизни, драматично складывающиеся обстоятельства, ситуации. Учитывая палитру причин, предлагались меры профилактики, предпринималось сообразное лечение.

Заметное пространство в жизнедеятельности человека отведено его духовному состоянию, духовной энергии. Так, Зилов В. Г. (результаты его научно-исследовательской деятельности нашли применение в практике здравоохранения) отмечает, что XXI век показал возникновение в академической медицине представления о необходимости расширения понятия гомеостаза, включив в него не только константы физико-химических показателей («гомеостазис-вещств»), но и постоянство уровня энергетических процессов, протекающих в человеческом организме и отдельных его частях: «гомеостаза энергий».

Болезнь как проявление, продолжение жизни человека представляет состояние, свидетельствующее не только о нарушениях, осложнениях в естественном функционировании организма, но и о мортификации творческого стимула в жизнедеятельности личности, удостоверяя диссонанс, отражающийся в энергетической взаимосвязи организма с природным и социальным окружением. Большинство изменений веществ в организме сопровождаются множеством различных механических, термических, химических, электрических проявлений. Человек как существо природное и одновременно социальное постоянно испытывает необходимость в энергетическом обмене весьма высокой интенсивности.

Биоэтика, как область междисциплинарных исследований, сталкивается с достаточно обширной областью, современными мировоззренческими, наряду с устоявшимися, ментальными проблемами, предполагающими многосторонний научно-теоретический и философско-этический анализ. Это эскалация глобального экологического кризиса, расширение ряда заболеваний, которые представляют серьёзность в связи с их особо тревожным негативным влиянием, воздействием на жизнестойкость человеческого организма. Биологи, генетики, медики, понимая, учитывая, что вмешательства в конструкции человеческого организма осложнены непредсказуемыми,

сложнопрогнозируемыми рисками, проявляют осмотрительную прагматичность. Возникшие и разнопереплетённые теоретико-философские формы этико-биологического разрешения животрепещущих биомедицинских проблем, нацелены на устранение причин возникновения и сложностей различных заболеваний.

Таким образом, принципиально новые цели и задачи биоэтики, аккумулировавшей профессиональную медицинскую этику, этику пациентов, учитывают, отстаивают и защищают круг интересов находящегося в состоянии болезни каждого человека, определяя допустимость действий с позиции морально-нравственных оснований.

Литература

1. Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии : материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием. — Витебск: ВГМУ, 2016. — 289 С.

2. Зилов В. Г., Судаков К. В., Эпштейн О. И. Элементы информационной биологии и медицины. — М.: МГУЛ, 2001. — 256 С.

НРАВСТВЕННАЯ КУЛЬТУРА КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА

А. М. Мясоедов, Н. Г. Харкевич

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

В Республике Беларусь молодёжи отводится важное место, поскольку она является стратегическим ресурсом развития страны. В процессе образования и воспитания в медицинском вузе приоритет отводится формированию как высокоразвитой духовно-нравственной, гражданско-патриотической культуры, так и профессионализму будущего врача.

Специфика медицинской деятельности, определяющая систему и иерархию ценностей, входящих в медицинскую культуру врача, ставит на первое место общечеловеческие ценности,

предполагающие наличие чётко выраженной духовно-ценностной составляющей врача.

В плане формирования и воспитания у молодёжи общечеловеческих ценностей, по нашему мнению, важная роль принадлежит институту семьи, христианской церкви и системе этического образования и воспитания.

Сегодня во время преобладания в мире идеалов западно-европейской культуры и американских ценностей (культ прагматизма, нивелирования духовных ценностей, аморализма, распущенности и свободы) христианская религия является квинтэссенцией и транслятором важнейших высокодуховных истин, таких как нравственность, любовь, доброта, красота, милосердие, мир, которых в нашей жизни весьма не хватает для гармоничного существования. Христианство — культуuroобразующая религия, которая оказала огромное влияние на культуру, образ жизни и менталитет белорусов. Прекрасные черты характера, такие как сострадание, жертвенность, открытость, щедрость, стремление к правде, терпение сформировались у наших предков благодаря христианским ценностям благочестия и бескорыстного служения Богу, Людям, Отечеству, Семье. Успеха в нравственном воспитании легче добиться, когда ребёнок воспитывался в семье, живущей по законам 10 заповедей, где царит любовь, искренность, доверие и т.п. Тогда ребёнок понимает, что такое добро, милосердие, какое счастье любить и быть любимым, иметь верных друзей, как приятно быть порядочным человеком. В связи с этим в вузе необходимо проводить встречи христианских пастырей с молодёжью с целью обсуждения современного состояния и проблем нравственной культуры, а также вернуть в программу социально-гуманитарной подготовки медицинских работников курс «Религиоведение. Культурология», «Этика», «Эстетика», формирующим развиту высокую нравственную личность.

Важную этическую составляющую в профессиональном медицинском образовании и клинической работе поможет сформировать биомедицинская этика. В медицине развитая духовно-ценностная составляющая должна включать: осознанные ценности Жизни, Здоровья, отношение к Смерти, определяющие

выбор линии поведения врача в его профессиональной деятельности, свод высших моральных ценностей, таких как Добро и Зло, Страдание и Сострадание, Долг и Совесть, Честь и Достоинство, Свобода и Ответственность, которые сегодня востребованы лечебной практикой в качестве руководства к действию. Однако, большинство проблем, связанных с особенностями их проявления в медицине, носят «открытый» характер.

Профессорско-преподавательский состав кафедр ВГМУ, отдел по воспитательной работе с молодёжью, общественные организации регулярно проводит мероприятия, включающие в себя «круглые столы», беседы о правилах поведения, здоровом образе жизни, встречи с учёными, общественными и религиозными деятелями, направленные на всестороннее развитие духовно-нравственной культуры студентов-медиков.

ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ В КУРАЦИИ ТЯЖЕЛЫХ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Л. М. Пасиешвили, д-р мед. наук, профессор
Кафедра общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

В последние годы как на амбулаторном этапе приёма врачей первичного звена, так и в стационаре отмечается рост соматической патологии с тяжёлым течением патологического процесса. Несколько моментов определяет такой негативный «прогресс». Во-первых, увеличивается количество пациентов старших возрастных групп, когда сочетание двух и более заболеваний является «закономерным» и определяет состояние больного. Во-вторых, изменение экономических условий в стране, где не последнюю роль играет военная обстановка, повышение прожиточного минимума при неадекватности пенсионного обеспечения, приводит к обнищанию населения, что не позволяет своевременно обращаться к врачам и приобретать лекарственные

препараты. В-третьих, довольно высокая стоимость медикаментов вынуждает пациентов проводить взаимозаменяемость их, которая далеко не всегда соответствует назначенному лечению. Кроме того, в последнее время неоднократно поднимался вопрос о подделке медикаментов, что, конечно же, пагубно сказывается на терапии. И если сам возраст больных является тем предиктором, который обеспечивает коморбидность, то и перечисленные факторы «добавляют» к её течению.

Одним из этапов подготовки врачей-интернов терапевтического профиля и семейных врачей является соматический стационар, работа в котором позволяет лучше оценить состояние больного, провести дифференциальную диагностику с учётом современного оснащения клиники, отметить эффективность терапии и осуществлять динамическое наблюдение. И, если мононозологии у лиц молодого возраста (пневмонии, бронхиты, циститы и др.) позволяют проводить лечебные мероприятия на амбулаторном этапе, то лечение декомпенсации сердечнососудистых, пульмонологических, эндокринных и других нозологий осуществляется только в условиях стационара, что даёт возможность предупредить или приостановить прогрессирование заболевания.

Лечение таких тяжёлых больных в соматических стационарах всегда настраивает медицинский персонал отделения на слаженную постоянно контролируемую работу не только лечащим врачом и заведующим отделением, но и дежурным персоналом. Курация таких больных врачами-интернами не всегда простая задача. В силу тяжести пациента, особенно при расстройствах со стороны ЦНС, выраженной декомпенсации основного заболевания курация таких больных студентами практически невозможна. И всё же задача преподавателя состоит в том, что бы молодые врачи имели возможность общения с таким больным. В таком случае, следуя законам биоэтики, мы, прежде всего, обращаемся к таким пациентам с вопросом о возможности беседы с ними. Обращение преподавателя к такому больному осуществляется в мягкой доброжелательной форме с объяснением предпосылок такой беседы. Мы, прежде всего, говорим о том, что растущая смена врачей, не обременяя больного назойливы-

ми и в тот момент не принципиальными вопросами, расспросит больного о формировании заболевания, его течении, используемой терапии и факторах, приведших к его обострению или прогрессированию. Если же по какой-то причине больному тяжело разговаривать, мы договариваемся о том, что преподаватель расскажет о заболевании у постели больного и только необходимое уточнение какого-либо симптома позволит обратиться к больному. Обычно пациенты благосклонно относятся к таким беседам и не возражают против присутствия интернов у их постели, объясняя это тем, что необходимо готовить молодую смену, и они согласны принять интернов для беседы. В таких беседах у постели тяжёлого больного преподаватель старается не заострять отдельные вопросы, особенно, если это касается перспектив течения заболевания, его лечения и прогноза. При этом мы всегда напоминаем интернам, что существует врачебная тайна и увиденное ими в клинике не может быть темой обсуждения в другой среде, тем более с соседями, в транспорте или сослуживцами больного.

Объективный осмотр таких больных не всегда в полной мере позволяет оценить состояние ряда органов и систем. Так, в случае, если наблюдается декомпенсации сердечнососудистой системы и больной занимает вынужденное положение (сидит), то мы не можем оценить состояние печени, селезёнки или других органов. В таком случае, после того, как мы покидаем палату больного, пожелав ему выздоровления и поблагодарив за возможность общения с ним, мы разбираем увиденное и оцениваем результаты дополнительных методов исследования, имеющих место в истории болезни.

Довольно часто бывают ситуации, когда у постели такого больного находятся близкие родственники. Тогда некоторые вопросы, которые нам не удалось задать пациенту или требующие уточнения, мы задаём им.

Такие курации тяжёлых больных заставляют не только развивать свои навыки специалистов, но и учат общению с такими больными: соблюдать этические и биоэтические моменты, оценивать тяжесть состояния по занимаемому положению, жалобам больных при порой неполной объективной симптоматике.

Работа с такими больными помогает интернам контролировать своё поведение у постели тяжёлого больного, подбирать слова при беседе с пациентом, не акцентируя внимание на тяжести состояния, а говоря о возможном улучшении самочувствия при проводимой терапии.

В последние годы этические подходы при курации больных приходится соблюдать при избыточной массе тела или ожирении пациентов. Особенно болезненно на эти вопросы отвечают женщины, масса тела которых превышает стокилограммовый барьер. Это связано с тем, что лишь небольшое количество их связывают набор массы с родами; в большинстве же случаев разговор идёт о переедании (однако это признают не все). При этом мы оговариваем, что не во всех случаях нужно делать упор на эти вопросы и навязывать рекомендации. Из уст молодёжи с нормальной массой тела эти пожелания могут звучать несколько оскорбительно, что негативно воспринимается больными.

С мужской половиной пациентов такие вопросы решаются проще: они с удовольствием рассказывают о «пивных нагрузках», прекращении курения, переедании и других моментах, которые, по их мнению, способствовали набору веса. В таких случаях беседы интернов воспринимаются чаще шуточно, т.к. большинство из них уверены в том, что никакие диеты их не спасут, поэтому нет смысла их соблюдать.

О соблюдении этических подходов говорится и при работе с больными с онкологическими заболеваниями. Довольно часто близкие родственники таких больных не хотят, чтобы о своей патологии знали пациенты. В таком случае мы предупреждаем врачей-интернов о том, чтобы не задавались вопросы, которые бы провоцировали и/или способствовали зарождению у пациентов мыслей о новообразованиях. Предварительно преподаватель оговаривает с лечащим врачом, в каком направлении он настраивает больного и о каком диагнозе с ним говорит. В этом же ключе работает и преподаватель-наставник группы. Все же разборы таких больных с интернами осуществляются за закрытыми дверями, где в подробной форме обсуждаются все вопросы.

Этическое воспитание врачей-интернов и рассмотрение конкретных биоэтических вопросов, на наш взгляд, в таких ситуациях наиболее приемлемо. Своим примером, а не только увещанием, педагог учит поведению с такими больными, при этом не только выступает в качестве старшего коллеги, но и показывает умение вести себя с такими пациентами, сопереживать и помогать пережить и продолжать жить с таким диагнозом. И при этом не последнюю роль играет личность педагога — учителя и коллеги, демонстрирующего свои навыки и умения.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ ВИТЕБСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ П. М. МАШЕРОВА

*М. А. Щербакова, канд. биол. наук,
доцент кафедры анатомии и физиологии*
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Основополагающими принципами Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца являются гуманность, беспристрастность, нейтральность, независимость, добровольность, единство и универсальность. Именно эти качества мы пытаемся формировать и развивать в студентах УО «Витебского государственного университета имени П. М. Машерова».

Студенты педагогического факультета и факультета социальной педагогики и психологии, под руководством председателя первичной организации Белорусского Общества Красного Креста Щербаковой М. А., принимали активное участие в республиканской кампании «Наши дети». В период с 10.12.2016 г. по 25.12.2016 г. студенты ежедневно участвовали в благотворительной акции «Новогодняя ёлка желаний — 2016». УО «Витебский государственный университет имени П. М. Машерова» курировал «Ёлку желаний» по адресу г. Витебск, Московский пр-т,

60. Организовали благотворительную акцию Витебская городская организация Белорусского Красного Креста. Ёлки украсили открытками и новогодними пожеланиями детей с просьбами Деду Морозу. Рядом установили коробку для сбора новогодних подарков и копилку для пожертвований. Студенты рассказывали посетителям гипермаркета о проводимой акции, о шансе поделиться теплом своей души с детьми, создать им праздник, увидеть в их глазах огонёк добра и веры в сказку.

Каждый, кто присоединился к акции, получил из рук студентов-волонтеров новогодний сувенир. В качестве сувенира выступали поделки, фигурки и открытки с изображением символа наступающего года и пожеланиями, созданные руками студентов всех факультетов.

После окончания акции студенты-активисты посещали, вручали подарки и участвовали в благотворительных утренниках Детского сада № 25 «Родничок» (специализированный детский сад для детей с ДЦП), УЗ «Витебский областной специализированный дом ребёнка» и «Детский дом». Отрадно отметить, что вручая загаданные детьми из витебского детского дома новогодние подарки, студенты видели радость, счастье и благодарность в глазах детей, проникающие прямо в самые глубокие уголки души. Именно поэтому, мы однозначно считаем, что подобные акции способствуют формированию и развитию гуманных качеств, таких как заботливость, бескорыстие, сострадание и милосердие.

Активное участие студентов в подобных акциях помогает воспитывать в них отзывчивость, милосердие, сострадание, заботливость, бескорыстие, доброжелательность, требовательность к себе, коммуникабельность, готовность делать мир добрее и лучше, способствует формированию педагогической и медицинской этики в современном мире.

Воспитание милосердия и отзывчивости должны быть неотъемлемыми составляющими образовательного процесса во всех высших учебных учреждениях с целью формирования морально-этических качеств.

ДЕОНТОЛОГИЯ НЕ ИМЕЕТ ГРАНИЦ

*В. Н. Шиленок, д-р мед. наук, профессор,
зав. кафедрой факультетской хирургии,
Э. Я. Зельдин, канд. мед. наук,
доцент кафедры факультетской хирургии,
А. В. Богданович, канд. мед. наук,
доцент кафедры факультетской хирургии*

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

Одной из основных форм общественного сознания является мораль. Мораль — это совокупность норм и правил поведения людей, которые определяют принципы взаимоотношения, отношения к обществу. Частью морали является деонтология. Этот термин греческого происхождения обозначает наименование науки о профессиональном поведении человека, учение о долге.

Медицинская деонтология — это учение о принципах и нормах поведения медицинского персонала в процессе его профессиональной деятельности. Общая медицинская деонтология — это правила для всех медицинских работников, независимо от их специальности. В процессе развития общества на разных этапах формировалось и регулировалось отношение к врачам со стороны властных структур и социума. Вопросы деонтологии касаются многих проблем в деятельности врача, но на первый план выступает проблема взаимоотношения медицинского персонала между собой и отношения врача с пациентом и его родственниками. Согласно международному кодексу врачебной деонтологии, принятому в 1949 г. в Женеве, выделяют два главных требования к врачу: 1) профессиональные знания; 2) доброжелательное отношение к людям.

Известный русский советский хирург, Архиепископ Крымский и Тамбовский, профессор В.Ф.Войно-Ясинецкий отмечает: «Наши врачебные задачи нередко ставят нас в необходимость причинить боль, но печально, если при этом мы черствеем и считаем себя вообще вправе причинять боль, а больных считаем обязанными терпеть её».

С другой стороны, доброжелательное отношение к себе со стороны «власть предержащих» врач, особенно хирург, ощущает далеко не всегда. В случае какой-либо неудачи, даже не зависящей от врача, он свою ошибку, чтобы её не повторили другие, не всегда спешит изложить публично, т.к. это может навлечь не только моральное, но и административное наказание.

Особенно остро эта проблема стоит в хирургии. Постоянно меняется тактика и подходы, существуют разные варианты лечения. Но только великий хирург — профессор С. П. Федоров открыто признал, что он с чистой совестью добросовестно выполнил сотни операций, которые сейчас считаются бессмысленными и даже вредными. В настоящее время многие вмешательства граничат с каннибализмом или противоречат всем религиозным и моральным устоям.

Все, особенно религиозные учения, призывают творить добро, но особенно сейчас в реальной жизни многие не следуют этим призывам.

Требования к врачам со стороны общества в целом постоянно возрастают. Этому способствует постоянное внимание в средствах массовой информации. Однако одновременно наблюдаются факты моральной и даже физической агрессивности по отношению к медицинскому персоналу при исполнении ими своих обязанностей.

Сотни лет у всех на слуху и устах как врач должен слушать, должен говорить, должен молчать, должен поступать, должен не вредить, что должен знать, должен уметь, обязан ещё более того, что перечислено. Но где чётко указано, что знания, умения, опыт врача являются его достоянием и интеллектуальной собственностью и врач имеет право не только на моральное, но и на достойное материальное обеспечение?

Традиционно врачей, учителей уважают меньше, чем жалеют. Должное отношение к этим профессиям в соответствии с их значимостью в обществе способствовало бы снятию многих их и причисляемым им грехов, снизило бы страх перед зависимостью от власти, от моды, сделало бы стремление выполнять все «должны» искренне, эффективная работа врача приобрела бы святой оттенок.

БИОЭТИКА В ЭВОЛЮЦИОНИРУЮЩЕМ СОЦИУМЕ

А. А. Заздравнов, д-р мед. наук, профессор
Кафедра общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней
Харьковский национальный медицинский университет

О. И. Заздравнова, д-р филос. наук, профессор
Кафедра философии, Харьковский национальный
аграрный университет
г. Харьков (Украина)

Биоэтика уже в период своего становления (70-е годы XX века) обнаруживает свою эвристичность на широком пространстве человеческой деятельности: от регламентации образа жизни и поведения индивида до предельно-широких философско-мировоззренческих формообразований. Именно её основные идеи вызывают перманентный процесс актуализации и активизации всех форм общественного сознания, имманентно задавая им единый вектор развития уже не в самодовольной изоляции друг от друга, а в эволюционирующем пространстве взаимосвязей и взаимозависимостей.

Структуры биоэтического синтеза строятся таким образом, чтобы охватить все сферы человеческой жизнедеятельности, включая, прежде всего, саму человеческую природу. Биоэтика «перерабатывает» всю систему внешних и внутренних связей человека и среды. Её особенности в этом и заключаются, что она исследует сущностные изменения человека не сами по себе, а в связи со средой. Вследствие этого значение биоэтического синтеза возрастает в социальных аспектах здравоохранения, способствуя расширению его поля деятельности и социальной значимости. В свою очередь, теоретическое содержание синтеза нацелено на выявление закономерностей социоприродного взаимодействия и потребностей гармонизации связей человека и природы.

Сегодня биоэтика отдаёт предпочтение категориально-понятийному аппарату медицины при описании социально-биологических проблем. Такие понятия как «социальная амнезия»,

«больное общество», «социальная болезнь», «исцеление общества» и т.д. внедрились в социологический, философский, политический лексикон. Медицина поставлена перед принципиально новой парадигмой познавательного процесса: осуществить переход от накопленного комплекса знаний о человеке, как о социобиологическом существе к знанию человека-индивида. Реализация данного процесса возможна через прямую коммуникацию, через общение, не затронутое объективным наблюдением. Индивидуализация демонстрирует целостность человеческого существа, что ускользает от традиционной науки, ориентированной на расчленение и упрощение исследуемого объекта. Пресловутая моральная нейтральность науки оборачивается пренебрежительным отношением ко всем объектам её интереса.

Современная медицина уже не отрицает, что духовное начало безусловно участвует в сопротивлении организма заболеваниям и в его выздоровлении. Человек всё чаще рассматривается как динамическое образование, обеспечение целостности которого в значительной степени лежит на медицине. Именно врач задаёт координаты нормализации физического и духовного здоровья индивида. В определённой степени врач становится связующим звеном между индивидом и его природным и социальным окружением.

Но биомедицинское знание изначально было обречено на междисциплинарный статус, что, как ни парадоксально, колеблет позицию врача. Нельзя не учитывать мнение пациента, поскольку он не безмолвный объект медицинских процедур, вписанный в патерналистскую модель, а партнёр в междисциплинарном диалоге с врачом. Не случайно, в современных психо-, фито-, физиотерапевтических, и иных врачебных практиках термин «пациент» всё чаще заменяется термином «клиент», чем подчёркивается равноправие в пространстве моральных императивов. Согласно Г. Зиммелю, «...кроме того, что мы всегда и повсюду имеем границы, мы также границей являемся» [1].

Учёт возможных негативных последствий всех форм социальной практики на человеческий организм — одна из важнейших задач биоэтики. Отсюда следует, что совокупная со-

циальная практика нуждается в разработке единого вектора преобразований, позволяющего провести их своеобразную классификацию на предмет использования или неиспользования новых технологий. Здесь возникает проблема нравственного выбора между «добром и злом». Решение этой задачи должно выноситься на суд духовности, открывающий возможность обращаться к критериям «которые люди используют для того, чтобы определить и оправдать действия, а также, чтобы оценивать людей (включая самих себя) и события» [5].

Активно-деятельностная ориентация социума при своей реализации в значительной степени способствовала выработке широкомасштабных коренных преобразований не только окружающей среды, но и самого человека, исходя из насущных потребностей текущего момента. Наружу выплёскивается чувство неудовлетворённости всем сущим, разрабатывается программа улучшения природы человека то ли в аспекте евгеники, то ли в форме моральных императивов. Изменять сущее, не считаясь с его бытийными характеристиками, — атрибутивное свойство революционного сознания.

Президентский комитет по биоэтике США обращает внимание на проблему оправданности каких-либо масштабных изменений, усматривая в них явную угрозу экологического плана. Он настаивает на скрупулёзной экспертизе относительно оправданности даже тех проектов, которые непосредственно затрагивают региональные и национальные интересы, не говоря уже об изменениях транснационального плана. Естественные (не революционные) процессы имеют то преимущество, что обеспечивают относительную стабильность и целостность и природных, и социальных структур, сохраняя в то же время коэволюционный вектор.

Категориальный аппарат биоэтики не может игнорировать категорию должного, что, несомненно, является уникальным для естествознания. В объективный процесс вводится ценностный момент, поскольку природные явления оказываются вовлечёнными в целесообразную деятельность человека. Э. Дейч отмечает: «Для того, чтобы выработать приемлемые отношения с природой, мы должны, по-видимому, прийти к осознанию

глубокого и естественного родства со всеми формами жизни...» [4]. А это означает радикальное расширение сообщества моральных существ. Проблема придания моральной ценности нечеловеческим объектам — центральная проблема биоэтики на всех этапах её развития. Отсюда и кредо А. Швейцера — благоговение перед жизнью. Для решения данной проблемы, согласно Дж. Ролзу, «мы должны каким-то образом смягчить негативные действия тех обстоятельств, которые толкают людей использовать природные блага в собственных интересах» [3].

Сиюминутные, преходящие интересы, которыми живёт современный социум, снимают проблему нравственной ответственности за природу, а потому глубинные связи человека и мира оказываются недоступными. Проблемы биоэтического характера по мере развития биотехнологического прогресса накапливаются, вступают в противоречия с меркантильными интересами социума. Однако же, нравственные ценности, несмотря на их исторические варианты, на их текучесть, позволяют выходить за рамки экономической целесообразности. «Хороша любая мера, способствующая сохранению целостности, стабильности и красоты биотического сообщества. Всё, что этому препятствует, дурно» О. Леопольд [2].

Литература

1. Зиммель Г. Избранные сочинения: В 2 т. М.: Юрист, 1996.
2. Леопольд О. Календарь песчаного графства. Пер. с англ. И. Г. Гуровой / Под ред. А. Г. Банникова — М.: Мир, 1980. — 210 с.
3. Ролз Дж. Идеи блага и приоритет права // Современный либерализм: Джон Ролз, Рональд Дворкин, Исая Берлин, Уилл Кимлика, Майкл Дж. Сэндел, Джереми Уолдрон, Чарльз Тейлор / Пер. с англ. Л. Б. Макеевой. — М.: Прогресс-Традиция: Дом интеллектуальной книги, 1998. — 248 с.
4. Deutsch E. "Vedanta and Ecology." *Indian Philosophical Annual* 7 (1970): 79–88. Madras: The Center for Advanced Study in Philosophy, 1970.
5. Schwarz S. Studying human values. In A.M. Bouvy, F. van de Vijver, M. Boski, S.P. Schmitz (Eds) *Journeys into Cross-Cultural Psychology*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1994. — P.239-254.

ВРАЧ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ КАК МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ В СТРУКТУРЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ

*Н. М. Железнякова, д-р мед. наук,
профессор кафедры внутренней медицины №1*

И. И. Зеленая, канд. мед. наук,

доцент кафедры внутренней медицины №1,

Т. М. Пасиешвили, канд. мед. наук,

ассистент кафедры общей практики —

семейной медицины и внутренних болезней,

Э. Ю. Фролова-Романюк, канд. мед. наук,

ассистент кафедры внутренней медицины №1

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Начало XXI века ознаменовалось глобальным старением населения земного шара, ростом онкологической заболеваемости, распространением СПИДа, увеличением числа больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями, результатом чего стало появление значительной группы инкурабельных больных, испытывающих значительные страдания и требующих адекватной комплексной медико-социальной помощи.

Согласно оценкам ВОЗ, ежегодно десятки миллионов людей страдают от ненадлежащего лечения. По данным Всемирного альянса паллиативной помощи, ежегодно не менее 100 млн. пациентов во всем мире нуждаются в паллиативной медицинской помощи, однако доступ к ней имеют менее восьми процентов.

Быстрый научный прогресс и модернизация медицины в последние годы провоцируют дебаты по этическим аспектам предоставления паллиативного лечения. В то время как идея паллиативной помощи приобретает все большее значение, этические дилеммы по поддержке пациентов, находящихся в конце жизненного пути, встают во главу угла.

Целью данной работы является оценка роли гастроэнтерологической составляющей в многоступенчатой структуре паллиативной помощи инкурабельным пациентам.

Составной частью паллиативной помощи является паллиативная медицина — особый вид медицинской помощи инкурабельным больным, целью которой является сохранение достоинства и качества жизни. Врач-гастроэнтеролог является одним из важнейших элементов междисциплинарной команды паллиативной помощи и партнёром пациента в процессе принятия решений. Больные с онкологической патологией желудочно-кишечного тракта и поздними стадиями заболеваний печени составляют значительную группу, неизменно требующую паллиативной помощи, как медицинской, так и социальной.

Кроме того, естественное течение большинства хронических заболеваний не гастроэнтерологического профиля характеризуется прогрессированием и, на том или ином этапе, завершается декомпенсации с неизбежным летальным исходом. Как правило, уходу из жизни при таком течении заболевания предшествует конечный период продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. При этом, спектр симптомов нередко определяется как проявлениями, связанными с основным заболеванием, так и выраженностью клинической картины сопутствующих заболеваний, побочными эффектами терапии, психологическими и социальными последствиями, связанными с наличием хронического прогрессирующего заболевания. Около восьмидесяти процентов таких пациентов, получающих паллиативную помощь, также страдают от желудочно-кишечной симптоматики. Таким образом, важность гастроэнтерологической паллиативной медицины является неоспоримой, так как, в случае неблагоприятного прогноза, она может проводиться до самой смерти у больных, как с заболеваниями органов пищеварения, так и с патологией другого профиля.

Наиболее частыми проблемами, возникающими при проведении паллиативной гастроэнтерологической помощи, являются необходимость обеспечения полноценного питания, адекватной функции желудочно-кишечного тракта и органов пищеварительной системы. Данный факт обусловлен значительной распространённостью обтурирующих или стенозирующих опухолей и нейрогенной патологией. Для решения данного вопроса существует ряд эндоскопических паллиативных методик при

заболеваниях органов пищеварения, которые являются методологически и технически обоснованными, позволяют достичь длительного хранения и восстановления функции отдельных органов, снизить количество осложнений, улучшить экономическую составляющую лечебного процесса. Однако основными преимуществами их применения является существенное повышение социальной адаптации, улучшения качества и продолжительности жизни.

Другой, не менее важной, проблемой является вопрос нутритивной поддержки инкурабельных пациентов, возникающий в результате нарушений в основных звеньях метаболизма, что приводит к неизменному несоответствию между получаемой и необходимой для жизнедеятельности энергией. При этом следует помнить, что причиной гибели значительной части инкурабельных больных гастроэнтерологического профиля является не основное заболевание, а значительная нутритивная недостаточность. При этом нутритивная поддержка инкурабельного пациента всегда является медико-этической дилеммой. С одной стороны, она позволяет улучшить функциональное состояние больного и, возможно, продлить его жизнь. Однако, с другой стороны, ассоциируется со значительными финансовыми затратами, снижением мобильности пациента, риском развития осложнений и необходимостью длительного пребывания в условиях стационара, вместо того, чтобы провести последние дни жизни в кругу семьи.

Одной из самых обсуждаемых медико-этических проблем в паллиативной медицине остаётся проблема трансплантологии. Следует отметить, что в обществе ошибочно считается, что трансплантация это проблема отдельных пациентов, в то время как ежегодно в Украине в пересадке органов нуждается около десяти тысяч больных, среди которых около двух с половиной тысяч ожидают пересадку печени.

Ещё одним мифом трансплантологии является значительное ухудшение качества жизни как донора, так и реципиента после проведения операции. Философия трансплантации от живого донора предполагает его полное социальное и физическое здоровье после донорства, и даже наоборот доноры испытывают

высокое эмоциональное и духовное удовольствие от помощи ближнему. При этом большинство реципиентов утверждает, что качество их жизни после трансплантации несравненно лучше, чем до неё, а при соблюдении необходимых условий все пациенты после пересадки органов возвращаются к нормальному укладу жизни.

Таким образом, гастроэнтерологическая паллиативная медицина является одним из важнейших элементов многогранной структуры паллиативной помощи и позволяет решить её первоочередные задачи — продлить и улучшить качество жизни incurable больного перед лицом неминуемой смерти.

Литература

1. Van Mechelen W., Aertgeerts B., De Ceulaer K., Thoonsen B., Vermandere M., Warmenhoven F, et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. *Palliative Medicine* 2013; 27(3): 197-208.

2. WHO Definition of Palliative Care. Available at: www.who.int/cancer/palliative/definition/en

II. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

ФИЗИЧЕСКАЯ И АЛЬТЕРНАТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

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

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

Актуальность. Среди обширной неврологической патологии детский церебральный паралич (ДЦП) занимает значительное место.

Несмотря на тот факт, что причины ДЦП разнообразны и являются следствием заболеваний матери или аномалии родовой деятельности, клинические проявления ДЦП протекают с нарушением моторного развития ребёнка. Двигательные нарушения в основном связаны с аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений, при этом данная патология часто сочетается и с чувствительными расстройствами, задержкой развития речи и психического развития[1]. Поражения головного мозга проявляются центральными парезами и параличами, или мозжечковыми расстройствами (атаксией), а нередко и сочетанием нарушений этих двигательных функций.

Условно представляется возможным выделить истинный ДЦП как наследственное, врождённое заболевание, связанное с недоразвитием головного мозга и не истинный ДЦП вследствие нарушений в отделах головного мозга после рождения здорового ребёнка.

Материал и методы. С целью сравнительного изучения методов и средств лечения и реабилитации больных ДЦП детей проведено исследование на базе ГУО «Витебский городской центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации», где в настоящее время 24 ребёнка (грудной, ясельный и дет-

садовый возраст) получают медицинскую и консультативную помощь от квалифицированных специалистов. Помещение центра имеет кабинет массажа, зал ЛФК и специальную игровую и сенсорную комнату. Применение различных средств и методов физической реабилитации совместно с другими видами лечения в значительной степени снижают патологические проявления болезни.

Детям, страдающим ДЦП, массаж проводит грамотный специалист с целью снизить рефлекторную возбудимость мышц, предупредить развитие контрактур, уменьшить синкинезии, стимулировать функцию паретических мышц, улучшить лимфо- и кровообращение, уменьшить трофические расстройства. Для расслабления мышц с успехом применяют точечный (тормозной) массаж. Для снижения гипертонуса мышц рекомендуют вибрацию как метод рефлекторной терапии, проводимый с помощью портативного электровибратора, предназначенного для массажа лица. Массаж лица и воротниковой зоны оказывает расслабляющее действие на мимические мышцы и способствует лечению нарушений речи, а для снижения гипертонуса мышц сочетать пассивное растяжение напряжённой мышцы с одновременным стимуляционным массажем мышц-антагонистов.

Результаты и их обсуждение. Методическое обеспечение лечебно-коррекционного процесса двигательного развития детей, страдающих ДЦП, основывается на следующих принципиальных положениях: на начальных этапах коррекционной работы с маленькими подопечными (ранний и младший дошкольный возраст), а также в случае тяжёлой степени двигательных нарушений наиболее эффективным признан индивидуальный метод взаимодействия с ребёнком. Имеются результаты значительного улучшения в развитии детей, причём особенно раннего возраста. В дальнейшем возникает необходимость общения данного ребёнка с другими детьми.

Если же говорить об общем стиле двигательных занятий с детьми раннего и дошкольного возраста, то основным здесь является игровой метод, посредством которого реализуется такое основополагающее направление, как «коррекция движения через игру». Кроме перечисленных выше основных (в зна-

чительной степени традиционных) методов, необходимо иметь в виду также целую группу относительно новых перспективных специфических методов работы с данным контингентом детей: а) метод музыкально-ритмической терапии (использование соответствующих звуковых и музыкальных режимов); б) метод цветовой терапии (оформление интерьера зала, оборудования и инвентаря в соответствующих цветовых гаммах, наиболее приемлемых в плане восприятия определённых групп детей); в) метод аналогий с животными и растительным миром (использование известных образов, типичных поз, двигательных поведенков и т. д.). В реабилитации больных с различными формами ДЦП все более прочные позиции занимают методы сенсорной коррекции, которая имеется в центре и представлена красочно оформленным стендом с терапией песком и подсветкой [2].

Вывод. Проведённое изучение методов и средств лечения и реабилитации больных ДЦП детей выявило наличие значительных возможностей в городском центре, которые широко и научно обоснованно применяются и уже дают положительные результаты и надежду детям.

Литература

1. Семенова К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом / К. А. Семенова. — М.: Закон и порядок, серия «Великая Россия. Наследие», 2007. — 616 с.
2. Современные методики физической реабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Под общ. ред. Н. А. Гросса. — М.: Советский спорт, 2005. — 235 с.

ОСТЕОПОРОЗ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А. Н. Огороков, профессор
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Остеопороз — хроническое системное метаболическое заболевание костной ткани, характеризующееся: низкой кост-

ной массой, нарушением микроархитектоники костной ткани, увеличением хрупкости костей, увеличением риска переломов костей.

В настоящее время остеопороз становится все более актуальной проблемой в педиатрической практике. По данным российских исследователей, распространённость нарушений костной минерализации среди здоровых детей составляет 2-3%, достигая 10-12% у детей с различной хронической патологией, более 22% здоровых детей находятся в зоне риска по их возникновению (1). В Санкт-Петербурге дефицит массы костной ткани у детей при использовании метода рентгеновской денситометрии выявлен у 30% детей школьного возраста (2).

Максимум переломов вследствие дефицита костной массы в детском возрасте приходится на 13-14 лет.

Развитию дефицита костной массы у детей способствуют: замедление формирования генетически детерминированной пиковой костной массы; несоответствие между темпами роста костей и уровнем обеспеченности кальцием на фоне интенсивного роста детей; формирование факторов риска остеопороза и развитие различных заболеваний, приводящих к остеопорозу (аналогично остеопорозу у взрослых).

Известны следующие **факторы риска развития остеопороза у детей** В. И. Струков (2015):

- внутриутробный период: гипоксически-ишемические поражения плода; нарушения транспорта Ca в системе мать-плацента-плод; беременность на фоне хронических заболеваний (патология почек, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта и др.) или остеопении, или остеопороза; вредные привычки матери; плохие социально-экономические условия беременной; влияние отрицательных производственных факторов;

- ранний возраст: искусственное вскармливание ребёнка; недоношенность плода; многоплодная беременность; гипотиреоз у беременной; плохое всасывание витамина D в кишечнике ребёнка (обычно у недоношенных детей); гиповитаминоз D; дефицит УФО;

- старший детский и подростковый возраст: неправильное питание (дефицит белка, молочных продуктов, Ca, витамина D);

дефицит УФ0; малая физическая активность; болезни почек, печени, желудочно-кишечного тракта, эндокринные и ревматические болезни; вредные привычки; влияние радионуклидов; промышленных токсинов; приём глюкокортикостероидов, цитостатиков, антиконвульсантов, длительное лечение алюминий-содержащими антацидами и др.

Классификация остеопороза у детей (Bianchi M.I., 2007) (3)

1. Первичный остеопороз:

- идиопатический ювенильный остеопороз;
- наследственные заболевания с вовлечением соединительной ткани (несовершенный остеогенез, синдром Элерса-Данлоса, синдром Марфана и др.).

2. Вторичный остеопороз:

- нервномышечные заболевания (церебральный паралич, мышечная дистрофия Дюшена, длительная иммобилизация);

- хронические заболевания (диффузные заболевания соединительной ткани, муковисцидоз, воспалительные заболевания кишечника, синдром мальабсорбции, целиакия, талассемия, первичный билиарный цирроз печени, нефротический синдром), лейкопения, нервная анорексия, трансплантация органов, ВИЧ-инфекция;

- эндокринные заболевания (задержка полового развития, гипогонадизм, СД 1 типа, синдром Тернера-Шерешевского, дефицит гормона роста, гипертиреоз, гиперпролактинемия, гиперкортицизм);

- наследственные болезни обмена веществ (непереносимость белка, болезни накопления гликогена, галактоземия и др.);

- ятрогенные причины (применение глюкокортикоидов, метотрексата, циклоспорина, гепарина, противосудорожных препаратов, лучевая терапия).

Идиопатический ювенильный остеопороз — это остеопороз у детей, выявленный без сопутствующей патологии или приёма препаратов, отрицательно влияющих на метаболизм костной ткани. Это определение, сделанное Dent C. E. ещё в 1965 г., сохраняется и в настоящее время. Как правило, идиопатический ювенильный остеопороз

тический ювенильный остеопороз развивается в пубертатном периоде. Диагноз идиопатического ювенильного остеопороза требует тщательной дифференциальной диагностики и исключения всех возможных заболеваний и других причин, приводящих к остеопорозу.

К развитию ювенильного идиопатического остеопороза могут предрасполагать следующие факторы: недостаточное поступление кальция и витамина D с пищей, низкая физическая активность, недостаточная инсоляция, употребление алкоголя, наркотиков, курение.

Характеристика идиопатического ювенильного остеопороза

Признаки	Характеристика проявлений
Наследственность по остеопорозу	Может быть не отягощена
Возраст дебюта остеопороза	Дети, подростки, обычно за 2-3 года до пубертата (чаще в 10-11 лет), транзиторно может проявиться у молодых людей от 12 до 18 лет при ускоренном росте
Длительность заболевания	1-5 лет
Клинические признаки	Дорсальный кифосколиоз, «куриная грудь», нарушение походки, боли в спине, бедрах, голенях, стопах, переломы позвонков, костей конечностей
Рентгенологические признаки	Диффузный остеопороз; тонкий кортикальный слой длинных трубчатых костей; клиновидные компрессионные переломы позвонков; переломы костей конечностей в дистальных метафизарных областях
Кальциевый баланс	Отрицательный, дефицит кальция, кальцитриола, кальцитонина
Прогноз	Благоприятный. Наступает спонтанная ремиссия с восстановлением нормального роста костей. Но, деформации конечностей, спины, грудной клетки необратимы

Проявления остеопороза у детей

Чаще ОП развивается в позвоночнике, проксимальном отделе бедренных, реже плечевых костей и дистальных отделах лучевых костей.

Ранние клинические симптомы ювенильного остеопороза неспецифичны: боли в спине и/или ногах, реже в руках, усиливающиеся при физической нагрузке, связанные с определённым движением или положением, чаще ноющего характера. Эти симптомы в основном не воспринимаются как проявления заболевания.

Клиническими проявлениями ОП чаще всего являются переломы. Наибольшая частота переломов, обусловленная значительным увеличением длины тела на фоне недостаточного накопления костной массы, регистрируется у детей в возрасте 5-7 и 13-14 лет.

Первым поводом для обращения к врачу в большинстве случаев становятся переломы эпиметафизов длинных костей, коротких костей стоп, а также тел позвонков, возникающие при незначительной травме, а в 20 % случаев — просто при резком движении.

При осмотре у детей и подростков с остеопенией/остеопорозом обнаруживаются сглаженность поясничного лордоза, сутулость, плоскостопие, нарушение осанки. У 70 % больных выявляется кифоз; имеется зависимость частоты этого симптома от величины дефицита МПКТ.

Рентгенологические признаки заболевания появляются при потере костной массы более 20–30 % . При этом на рентгенограммах позвоночника уже выявляются значительные структурные изменения: формирование «рыбьих позвонков», формирование грыж Шморля, выраженная клиновидная деформация. Костный возраст отстаёт от паспортного на 2,5-3,5 года.

Рентгеновская денситометрия — наиболее точный метод диагностики остеопении и остеопороза у детей, определяют минеральную плотность костной ткани (МПКТ) поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела бедренной кости, дистального отдела предплечья. При диагностике ранних стадий ОП у детей целесообразно использовать показатели денситометрии позвоночника.

Компьютерное обеспечение денситометров содержит нормативные показатели минеральной плотности костной ткани с учётом пола и возраста. Для оценки МПКТ у детей используется только Z-критерий.

В соответствие с критериями ВОЗ нормальная минеральная плотность костной ткани диагностируется при $Z > -1SD$, снижение (остеопения) при $Z < -1SD$, но $> -2,5SD$, остеопороз — при $Z < -2,5SD$.

К настоящему времени унифицированные критерии тяжести остеопороза (как и критерии эффективности его терапии) у детей не определены. В качестве возможных критериев предложены следующие: наличие и выраженность болевого синдрома; количество, частота, локализация переломов; наличие и выраженность костных деформаций; степень снижения костной массы и плотности; выраженность нарушений костного метаболизма; степень нарушения качества жизни и др. (4, 5).

Основные цели лечения остеопороза у детей

1. Обеспечение нормального роста и развития ребёнка.
2. Замедление или прекращение потери (в идеале — обеспечение прироста) костной массы и минеральной плотности костной ткани.
3. Нормализация костного метаболизма, достижение пиковой костной массы.
4. Расширение двигательной активности, повышение качества жизни.
5. Купирование болевого синдрома.
6. Предотвращение и лечение первичных и повторных переломов.

Основные направления лечения остеопороза

1. Этиологическое лечение (при вторичном остеопорозе).
2. Рациональное питание в соответствии с возрастом ребёнка, основным заболеванием, расчёт калоража с учётом массы тела, физической активности (риск развития ожирения на фоне иммобилизации при переломах), обеспечение норм потребности в Ca, витамине D, других витаминах, микроэлементах.
3. Режим физической активности и исключение курения.
4. Лечение препаратами Ca и витамина D.

5. Лечение бисфосфонатами (по строжайшим показаниям).
6. Лечение оссеин-гидроксиапатитным комплексом (остеогеноном).
7. В перспективе — инсулиноподобные факторы роста, остеопротегерин.

Литература

1. Скрипникова И. А. [и др.] // Остеопороз и остеопатии. — 2010. — № 2. — С.28-40.
2. Щеплягина Л. А., Моисеева Т. Ю. Проблемы остеопороза в педиатрии: научные и практические задачи // Рос. педиатр. журн. 2004. № 1. С. 4-11).
3. Bianchi M. L. // Bone. — 2007. — Vol. 41. — P. 486-495.
4. Shaw N. J., Bishop N. J. // Arch. Dis. Child. — 2005. — Vol. 90. — P. 494-499.
5. Ward L. M. et al. // Int. J. Clin. Rheumatol. — 2009. — Vol. 4, N 6. — P. 657-672.
6. Почкайло А. С. Современные подходы к лечению остеопороза у детей. Медицинские новости. — 2013. — № 7. стр. 42-48
7. Поворознюк В. В. и др. // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2009. — № 4. — С. 110-117.

БИОЭТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

*М. А. Щербакова, канд. биол. наук,
доцент кафедры анатомии и физиологии,*

*Е. А. Титова, студентка педагогического факультета
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Детям с диагнозом ДЦП необходимо создать специальные условия для получения образования с учётом особенностей их психофизического развития.

Задачи биоэтического сопровождения: предупреждение возникновения проблем развития ребёнка; помощь в разрешении трудностей в обучении, в профессиональной подготовке и ориентации, во взаимоотношениях с окружающими; коррекция эмоционально-волевой сферы; утверждение схем и программ сопровождения и коррекции; коллегиальное, последо-

вательное решение задач по работе с ребёнком; рассмотрение конфликтных аспектов; включение родителей в деятельность группы сопровождения; повышение компетентности смежных специалистов.

Поскольку нарушения при ДЦП многоаспектны, коррекционно-развивающая, психокоррекционная, реабилитационная работа должна осуществляться комплексно, как единая система мер, направленных на коррекцию имеющихся недостатков и на активизацию индивидуальных компенсаторных возможностей.

Одной из таких мер является психологическая коррекция. Тут нужно придавать большое значение правильно организованным играм. Процессуальные, сюжетно-ролевые, дидактические игры способствуют психическому и речевому развитию, овладению различными навыками, расширению кругозора, освоению норм социального поведения, формированию личности. Все задания для детей должны объединяться игровым сюжетом, который бы обеспечивал целостность воспринимаемого материала.

Коррекционно-развивающая работа психолога направляется на преодоление недостатков познавательных процессов, повышение общего уровня сформированности познавательной деятельности, коррекцию дисфункций. Особое значение придаётся работе над формированием пространственных представлений, развитием возможностей самоконтроля. При умственной отсталости в первую очередь стремятся усилить возможности подражания взрослому, а также работают над основными мыслительными операциями: сравнением, анализом, обобщением наглядно представленных объектов. Если отставание в психическом развитии можно квалифицировать как задержку, начинать всё равно следует с наиболее лёгких заданий, однако по возможности быстрее усложнять их, побуждая ребёнка думать и действовать самостоятельно. Психолог при проведении коррекционно-развивающих занятий обязан согласовывать их содержание с изучаемым программным материалом, а также тесно взаимодействовать с педагогом-дефектологом.

Мощным средством коррекции называют адаптивное физическое воспитание. Специально организованные занятия

по физическому воспитанию для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата способствуют: развитию двигательного аппарата, положительно влияют на личность в целом; развивают память, внимание, интерес к занятиям; чувство товарищества, взаимопомощи.

При биоэтическом сопровождении имеет место быть логопедическая работа с учётом индивидуального и дифференцированного характера, по-разному расставляются акценты, дифференцированно определяются содержание и приёмы воздействия с учётом типа коммуникативного нарушения, особенностей речевого, когнитивного, эмоционально-личностного и моторного развития детей.

Заключение. Таким образом, при правильном соблюдении основных аспектов психофизического сопровождения, можно добиться успешной социализации детей с ДЦП, повышению качества их образования, улучшению психологического и физического состояния, что способствует положительной динамике при их реабилитации.

Литература

1. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Церебральный паралич. Киев «Здоровья». — 1988. — 322 с.
2. Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. Москва: «Медицина», 1972 — 329 с.
3. Семенова К. А. Детские церебральные параличи. Москва: «Медицина», 1968 — 260 с.
4. Никитина М. Н. Детский церебральный паралич. Москва: «Медицина», 1979 — 120 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА НУТРИЕНТНОГО СОСТАВА СРЕДНЕСУТОЧНЫХ РАЦИОНОВ ДЕТЕЙ, НЕ ПОСЕЩАЮЩИХ ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

М. В. Шилина, канд. биол. наук,

доцент кафедры анатомии и физиологии

Т. Н. Лицкевич, сотрудник кафедры анатомии и физиологии

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

Питание является одним из ведущих факторов, определяющих состояние здоровья человека. Для оптимального функционирования органов и систем и нормальной жизнедеятельности организма в целом необходимо регулярное поступление пищевых веществ в достаточном количестве и в оптимальных соотношениях. Всяческие отклонения неизбежно ведут к деформации обмена веществ с самыми разнообразными последствиями. Период дошкольного возраста характеризуется высокой двигательной активностью организма, достаточно интенсивными процессами роста, обмена веществ, развития и совершенствования функций ряда органов и систем, особенно нервной. В этот период формируется пищевой стереотип, закладываются типологические особенности метаболизма взрослого человека. Неудовлетворительная организация питания является одной из основных причин низкой сопротивляемости к неблагоприятным воздействиям окружающей среды, и как следствие, увеличение числа болеющих детей.

Цель. Проанализировать состав нутриентов в среднесуточных рационах детей дошкольного возраста не посещающих детские дошкольные учреждения.

Материал и методы исследования. Изучение фактического питания детей дошкольников проводили в марте-апреле 2016 года в ГУ «Ясли-сад № 90 г. Витебска» с 12-часовым режимом пребывания детей.

Результаты исследования. Изучение фактического питания в ДДУ осуществляли на основании изучения меню-раскладок в ДДУ. Расчёт нутриентного состава и калорийности среднесуточных рационов на основании таблиц химического состава

пищевых продуктов, с учётом потерь при холодной и тепловой кулинарной обработке был предоставлен медсестрой детского сада.

Для оценки фактического питания в домашних условиях использовали анкетно-опросный метод. Изучали питание детей дома в выходные дни и в те дни, когда ребёнок находился дома (в период выздоровления после болезни)

Всего изучили 64 анкеты. Результаты полученных исследований оценивали в соответствии с нормами, принятыми в РБ и ВОЗ.

Проведённые исследования свидетельствуют, что в дошкольных учреждениях, в сравнении с натуральными нормами питания для ДДУ, имеет место дефицит потребления практически всех продуктов питания. Так, дети потребляют 52% от рекомендуемого количества мяса, около 44% рыбы, 70% яиц, 85% молока и молочных продуктов, 46% свежих фруктов и 60% овощей. Вместе с тем отмечается превышение на 13,7% потребления крупяных и макаронных изделий. В домашнем питании ежедневно около 23% дошкольников имеют в рационе мясо, у остальных колбаса и сосиски, 28,6% молоко, 30% кисломолочные продукты, 55% фрукты (яблоко, мандарины), 67% фруктовые соки (тетрапак). Многие дети (78%) потребляют кондитерские изделия ежедневно (печенье, вафли, слойки, зефир, мармелад).

Поступление жиров с пищей в ДДУ увеличивается во время домашнего ужина в дни посещения детского сада и составляет в среднем 72,8% от нижней границы физиологической нормы. Содержание углеводов в рационах дошкольников в ДДУ находится на уровне нижней границы рекомендуемой физиологической нормы. В домашних условиях потребление углеводов выше чем в ДДУ на 13,4% ($p < 0,01$). Потребление жиров и углеводов с учётом питания в ДДУ и дома находится в пределах возрастной физиологической нормы, содержание в рационах жиров растительного происхождения составляет 20,3% от общего количества жиров. Установлен избыток поступления насыщенных жирных кислот и свободных сахаров при недостаточном поступлении сложных углеводов, что является фактором риска развития у дошкольников избыточной массы тела.

РОЛЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Г. А. Захарова, канд. биол. наук,
доцент кафедры анатомии и физиологии,*

*А. А. Русакова, студентка 6-го курса биологического факультета
УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

В борьбе со многими инфекционными болезнями профилактические прививки являются основной мерой, радикально воздействующей на эпидемический процесс. До введения плановой иммунизации детей инфекционные болезни являлись ведущей причиной детской смертности, а эпидемии были частым явлением. В среднем, ежегодно около 2 миллионов детей в мире умирают от болезней, которые можно предупредить, сделав прививку.

Цель — выявить основные особенности и роль специфической иммунопрофилактики детского населения г. Бобруйска.

Материал и методы. Данные медицинской статистики о вакцинации детей в учреждении здравоохранения «Бобруйская городская поликлиника №7». Описательно-аналитический, сравнительно-сопоставительный, статистический.

Результаты. Специфическая иммунопрофилактика — система мероприятий, направленных на предупреждение, ограничение распространения и ликвидации инфекционных болезней путём проведения профилактических прививок. Поствакцинальный иммунитет — специфическая невосприимчивость к конкретному инфекционному заболеванию, появляющаяся в результате вакцинации.

Календарь профилактических прививок — документ, утверждаемый компетентными органами страны и определяющий сроки и типы вакцинаций, проводимых бесплатно и в массовом порядке. Профилактические прививки должны проводиться строго в сроки, установленные календарём профилактических прививок, совмещая указанные для каждого возраста вакцины. Национальный календарь профилактических прививок Республики Беларусь включает 9 инфекций: дифтерия, полиомиелит, столбняк, коклюш, туберкулез, корь, гепатит

В, краснуха, эпидпаротит. В Республике Беларусь регламентировано также проведение профилактических прививок по эпидемическим показаниям против 19 инфекций.

Педиатрическое отделение УЗ «Бобруйская городская поликлиника №7» включает 8 участков. На 25.12.2014 года в отделении наблюдалось 36,4% детей первого года жизни, на диспансерном учёте состояло 359 детей с хроническими заболеваниями, под наблюдением участковой службы находилось 30 детей-инвалидов.

План по проведению иммунизации детей за 2014 год выполнен, и охват профилактическими прививками соответствует нормативным показателям ВОЗ по всем видам прививок. Показатель привитости детского населения составляет 99,4%:

Прививка	К-во детей	Прив. статус		Заболееваемость	
		прив	неприв	прив	неприв
Против вируса гепатита В	1389	1366 / 98%	23		
Против туберкулёза	857	470 / 50,65%	387		
Против полиомиелита	2070	1826 / 88,4%	244		
Против коклюша	1676	1452 / 87%	224	0	2
Против дифтерии	2523	2280 / 91,7%	243		
Против кори, эпид. паратита, краснухи	911	880 / 96,5%	31		

Таблица 1. Плановая иммунизации детей за 2014 год

Заболееваемость населения острыми респираторными инфекциями и гриппом остаётся по-прежнему одной из актуальных медицинских и социальных проблем в Республике Беларусь. С 2013 г. вакцинация против гриппа входит в национальный календарь профилактических прививок. Вакцинированная

группа детей болеет в меньшей степени, а также переносит заболевание в лёгкой форме ОРВИ, без осложнений (заболеваемость вирусом гриппа нулевая):

	2012г	2013г	2014г
Всего детское население (чел)	6327	6325	6495
всего привитых детей	6256	6225	6437
всего отказов от прививки и медицинские отводы	48	77	43
всего заболеваемость детского населения (общая)	10017	9461	7607
- из них заболеваемость органов дыхательной системы	7051	6575	4800
- из них ОРВИ	6436	5525	4506
* привитые	2865	2441	1703
* не привитые	3571	3084	2803
- из них грипп	0	0	0
* привитые	0	0	0
* не привитые	0	0	0

Таблица 2. Сезонная иммунизации детей за 2012-2014 гг.

Республика Беларусь относится к государствам с высоким уровнем заболеваемости раком шейки матки. Однако прививка против папилломы человека широкого применения у населения не нашла.

Литература

1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2012 г. №106 «Об установлении Национального календаря профилактических прививок, перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям, порядка и сроков их проведения и признании утратившими силу постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 сентября 2006 г. №76 и от 8 августа 2011 г. №78».

2. Семенов, Б. Ф. Иммунопрофилактика детских инфекций: итоги и перспективы / Б. Ф. Семенов, В. К. Таточенко // Педиатрическая фармакология. — №1. — 2006. — С.41-44.

III. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

CURRENT ISSUES IN ONCOLOGY

Sripriya Sivanesan
Sri-Lanka

Cancer. No word today summons more horror. In 2012, there were 14 million cases worldwide and if trends hold, by 2030, there will be 22 million.

There are plenty of problems caused by cancer and the main one is the deaths caused by cancer causing so many socio-economic problems. There were 14.1 million new cancer cases, 8.2 million cancer deaths and 32.6 million people living with cancer (within 5 years of diagnosis) in 2012 worldwide. 57% (8 million) of new cancer cases, 65% (5.3 million) of the cancer deaths and 48% (15.6 million) of the 5-year prevalent cancer cases occurred in the less developed regions.

The overall age standardized cancer incidence rate is almost 25% higher in men than in women, with rates of 205 and 165 per 100,000, respectively. Male incidence rates vary almost five-fold across the different regions of the world, with rates ranging from 79 per 100,000 in Western Africa to 365 per 100,000 in Australia/New Zealand

In terms of mortality, there is less regional variability than for incidence, the rates being 15% higher in more developed than in less developed regions in men, and 8% higher in women. In men, the rates is highest in Central and Eastern Europe (173 per 100,000) and lowest in Western Africa (69). In contrast, the highest rates in women are in Melanesia (119) and Eastern Africa (111), and the lowest in Central America (72) and South-Central (65) Asia.

Another issue is how to care for the patients and how to treat the patients. Nowadays the science and technology has improved

in leaps and bounds , however, a growing number of challenges continue to threaten the delivery of high-quality cancer care, including trends in the oncology workforce and practice environment, as well as an erosion of research funding.

There is a growing incidence of cancer, says the American Society of Clinical Oncology(ASCO). Due to many factors, including an aging population and the precipitous rise of obesity, the incidence of cancer is expected to experience a dramatic 45% percent increase by 2030. This in turn will lead to an overwhelming demand on the healthcare system for cancer care and post-treatment services.

Another important issue is the shrinking workforce. Even though the oncology workforce is currently stable, it may soon be outpaced by the growing demand for services. One concern is that a growing proportion of medical oncologists (nearly 20%) are aged 64 years or older and nearing retirement. This trend is far outpacing the number of young oncologists entering the field. As training takes at least 10 years from the time medical training begins, these data suggest that the number of new physicians will be inadequate to replace those leaving.

Burnout has also been recognized among oncologists. Fully one-third of oncology fellows experience professional burnout and do not anticipate working as many hours as senior colleagues, which can lead to less access for patients. And in oncology practices continue to experience extreme volatility. Changes include increasing economic constraints, competition, growing administrative burden (including insurance issues), and proliferation of cost-containment programs.

Another change facing oncologists, particularly those in the community, is the continued loss of independent practices. One quarter of all community-based oncology practices report the likelihood of becoming affiliated with a hospital over the next year.

Financial instability and changing payment models are also creating havoc in the oncology community. Last year, practices cited cost, including escalating drug prices, and payer pressures as their most pressing practice concerns, particularly among the

physician-owned and hospital-based practices. The majority of practices (72%) report continuing to work in a fee-for-service payment system, and other payment models (including capitation and bundled payment) are on the rise. About a third (36%) report that they are either implementing, or considering implementing, a pathways program and 30% were considering medical home programs that emphasize care coordination.

Another issue is the persisting disparities in access to cancer care. Comprehensive cancer care, including screening, has not been experienced consistently across racial and ethnic groups. For example, as compared with white individuals, African Americans are 2.5% more likely to develop cancer and are 19.6% more likely to die from the disease.

These disparities also include rural America. About 60 million Americans are living in rural areas, but accessing high-quality cancer care can be problematic. The report notes that 10% of physicians currently practice in rural areas, but only 4.8% of new physicians are choosing to practice in nonurban areas. Only 633 medical oncologists and hematologists (5.5%) currently practice in rural sites, and nearly three-quarters of rural oncology practices (73.3%) have only one location.

IV. SOVREMENNYYE VOПРОSY TRANСПЛАНТОЛОГИИ

ASPETTI ETICI, RELIGIOSI E CULTURALI NELLA DONAZIONE E TRAPIANTO

Erida Nure MD, PhD
Rome (Italy)

DONAZIONE DI ORGANI

PERCHÉ DONARE Perché prelevando organi e tessuti da una persona deceduta è possibile salvare la vita a qualcun altro o rendere migliore l'esistenza di malati afflitti da patologie gravemente invalidanti.

Perché proprio io.

Spesso evitiamo questa domanda, ritenendo il trapianto una possibilità estranea alla nostra vita. Ognuno di noi potrebbe un giorno avere bisogno di essere curato con un trapianto. Ognuno di noi può scegliere oggi di essere donatore di organi.

COSA DONARE

Organi: cuore, reni, fegato, polmoni, pancreas e intestino.

Tessuti: pelle, ossa, tendini, cartilagine, cornee, valvole cardiache e vasi sanguigni.

QUANDO DONARE

Tutti siamo potenziali donatori, ma diventiamo tali solo nel momento in cui il nostro cervello ha perso la capacità di funzionare a causa di lesioni irreversibili provocate da emorragie, traumi cranici, aneurismi etc. E' lo stato che viene definito "morte encefalica": il cervello non è più in grado di inviare messaggi al resto del corpo per farlo funzionare.

Si può decidere a chi donare i propri organi?

No. Gli organi vengono assegnati ai pazienti in lista d'attesa in base all'urgenza e alla compatibilità clinica e immunologia del donatore.

I pazienti devono pagare per ricevere un organo?

ASSOLUTAMENTE NO! I costi del trapianto sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre è illegale comprare e vendere organi umani: la donazione è sempre gratuita e anonima.

La mia religione mi permette di donare?

LA RELIGIONE CATTOLICA

accetta i trapianti e la donazione degli organi è incoraggiata in quanto atto di carità; la donazione è citata nel catechismo come: esempio di comportamento solidale e caritatevole. Il sostegno della Chiesa alla donazione non deve sembrare „tiepido”: in realtà è un sostegno profondo e convinto che, tuttavia, privilegiando l’aspetto etico della libera donazione di sé, non assume carattere di prescrizione, ma di proposta.

La RELIGIONE PROTESTANTE

incoraggia e sostiene la donazione degli organi.

La RELIGIONE EBRAICA

sostiene che “se è possibile donare un organo per salvare una vita è obbligatorio farlo”.

La RELIGIONE ISLAMICA

approva la donazione se avviene da persone che hanno dato in anticipo il loro consenso per iscritto, a patto che gli organi non vengano conservati bensì subito trapiantati.

Le religioni BUDDISTA, INDUISTA, MORMONE, QUACCHERA E SCIENZA CRISTIANA

non prendono posizione e demandano la decisione al singolo individuo, poiché ritengono che la donazione sia un fatto del tutto personale, la cui scelta spetta esclusivamente all’individuo.

Anche i TESTIMONI DI GEOVA

ritengono che il trapianto degli organi sia una decisione che spetta al soggetto interessato e non si oppongono alla donazione.

Le religioni GRECO ORTODOSSA E AMISH

non pongono dichiarate obiezioni alla donazione e alle procedure che contribuiscono a migliorare lo stato di salute, ma la prima è contraria alla donazione dell’intero corpo per la sperimentazione o la ricerca, mentre la seconda è riluttante se il risultato è incerto.

LA RELIGIONE NON È CONTRARIA ALLA DONAZIONE DEGLI ORGANI ed al TRAPIANTO

anzi, nella maggior parte dei casi sostiene e incoraggia, sia la donazione per il suo intrinseco valore etico, sia i trapianti perché servono alla vita.

ETHICAL ISSUES IN ORGAN TRANSPLANTATION

Shivanthini Sivanesan
Sri-Lanka

Clinical organ transplantation has been recognized as one of the most gripping medical advances of the century as it provides a way of giving the gift of life to patients with terminal failure of vital organs, which requires the participation of other fellow human beings and of society by donating organs from deceased or living individuals. The increasing incidence of vital organ failure and the inadequate supply of organs, especially from cadavers, has created a wide gap between organ supply and organ demand, which has resulted in very long waiting times to receive an organ as well as an increasing number of deaths while waiting. These events have raised many ethical, moral and societal issues regarding supply, the methods of organ allocation, the use of living donors as volunteers including minors. It has also led to the practice of organ sale by entrepreneurs for financial gains in some parts the world through exploitation of the poor, for the benefit of the wealthy. The current advances in immunology and tissue engineering and the use of animal organs, xenotransplantation, while offering very promising solutions to many of these problems, also raise additional ethical and medical issues which must be considered by the medical profession as well as society. This review deals with the ethical and moral issues generated by the current advances in organ transplantation, the problem of organ supply versus organ demand and the appropriate allocation of available organs. It deals with the risks and benefits of organ donation from living donors, the appropriate and acceptable methods to increase organ donation from the deceased through the adoption of the principle of 'presumed consent', the right methods of

providing acceptable appreciation and compensation for the family of the deceased as well as volunteer and altruistic donors, and the duties and responsibilities of the medical profession and society to help fellow humans. The review also deals with the appropriate and ethically acceptable ways of utilizing the recent advances of stem cell transplantation from adult versus fetal donors, tissue engineering and the use of organs from animals or xenotransplantation. Data provided in support of the concept that clinical organ and tissue transplantation can be more beneficial and life saving if everyone involved in the process, including physicians and medical institutions, respect and consider the best interests of the patients, as well as honor the ethical, moral and religious values of society and are not tempted to seek personal fame or financial rewards. Current ethical considerations in organ transplantation Ethical issues in organ transplantation are commonly related to well known problems in health care.

Among others, they have to deal with:

1. managing scarcely available treatment due to the shortage of donor organs;
2. determining accurately the onset of death (brain death and heart death) as starting point for organ donation;
3. getting informed consent from donor, relatives of a deceased donor and from the patients – paediatric as well as adults;
4. the question whether or not donors should be rewarded for the altruistic deed of offering a donor organ;
5. in the case of research and experimental medicine, determining the acceptable balance between risk for the patient and benefit for society.

Currently, as transplant legislation is in place, brain death determination and informed consent are no longer major issues within Eurotransplant. The same can be stated for research and experimental medicine, as the pioneer era of organ transplantation has passed, and transplantation medicine has developed to a high tech routine. Within Eurotransplant, organ donation is seen as an act of altruism. There is no remuneration system. However, the continuous shortage of donor organs makes the management of scarce treatment an important issue. It is in fact the reason for existence of Eurotransplant. Related to this topic there are two ethical issues we would like to discuss. The ethics of allocating

organs for transplant poses a classical problem: any criteria defined to allocate organs efficiently, maximizing utility, can easily lead to situations perceived as grossly unjust or unfair.

Advocates of efficiency (utilitarianism) have an eye towards doing as much good as possible with a limited resource. Advocates of justice have their eye on a fixed pattern of distribution of the limited resource that they consider fair such as giving benefit to the worst off, giving organs to the sickest patients, systematically implies decreased survival rates. On the other hand, defining benefit is also controversial: social utilitarianism would focus on all the good a transplant might do including the social usefulness of the transplant recipient. Medical utilitarianism attempts to determine how much medical benefit could come from an available organ for each candidate on the waiting list, taking into account the probability of the benefit occurring. Medical benefit might include preserving life, reduction in morbidity, relief of pain and relief of suffering caused by illness.

Eurotransplant approaches this dilemma by taking into account justice (waiting time, urgency, etc.) as well as medical benefit (tissue typing, etc.) in the computerized allocation rules and by also including medical expert opinion (audit process) in prioritizing individual patients on the waiting list.

First and second generation immigrants from a different ethnic background on the waiting list have different tissue characteristics and therefore generally have to wait longer than native patients. As in many cases the awareness on the benefits of organ donation in populations of immigrants is low, relatively few donor organs are available for patients from these populations. Attempts to increase the awareness on organ donation and to increase the willingness in these populations to donate organs can help to reduce waiting time for these.

V. «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ»

ONTYCZNO-AKSJOLOGICZNA KONCEPCJA OSOBY LUDZKIEJ I JEJ GODNOŚĆ W UJĘCIU J. RATZINGERA/BENEDYKTA XVI

*Andrei Ahapau (Андрей Агапов), Mgr teologii,
doktorant w Instytucie Teologii Fundamentalnej,
organista, lektor w „Pro Life”*

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Lublin (Poland)

Godność osoby ludzkiej jest wewnętrzną, wrodzoną i naturalną cechą człowieka, niezależną od kontekstu społecznego i historycznego. Z wypowiedzi Benedykta XVI można wywnioskować, że papież koncentruje się na transcendentnym wymiarze osoby ludzkiej. Charakteryzuje się on otwartością człowieka na Boga oraz na drugiego człowieka. Ta otwartość na Boga nadaje sens ludzkiej ekzystencji. Powoduje to zaakceptowanie praw, które Stwórca implantował w serca człowieka oraz kierowanie się nimi na co dzień. W Orędziu na XL Światowy Dzień Pokoju w 2007 roku Ojciec Święty Benedykt XVI pod tytułem *Osoba ludzka sercem*, dwukrotnie podkreślił, że wielkim problemem współczesnej cywilizacji jest słabe pojęcie osoby.

Najpierw Benedykt XVI ukazuje redukcyjne wizje człowieka oparte na koncepcjach Boga pobudzających do niechęci wobec bliźnich i do uciekania się wobec nich do przemocy i na koncepcjach antropologicznych, które zawierają załączki wrogości i przemocy. Działaniom przeciw redukcyjnym wizjom człowieka, czyli przeciw ideologiom „musi przyświecać wizja osoby nieobciążonej przez uprzedzenia ideologiczne i kulturowe, bądź interesy polityczne i ekonomiczne, które budzą nienawiść i popychają do przemocy” (nr 10).

W swoim referacie omówię godność osoby ludzkiej w ujęciu Benedykta XVI.

АБОРТ — ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ПРАВО ЖЕНЩИНЫ ИЛИ ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА?

*Е. В. Цыбульская, преподаватель,
А. А. Буйнов, ст. преподаватель,
М. Ф. Яблонский, д-р мед. наук, профессор*
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность темы представленной работы определяется насущными потребностями биомедицинской этики рассмотрения абортов, как одной из самых острых проблем современного общества.

Цель: анализ медицинских, правовых и морально-этических критериев искусственного прерывания беременности.

Материалы и методы: исследование специальной литературы, анализ, синтез, систематизация полученных данных.

Результаты и обсуждение: аборт относится к числу старейших проблем медицинской этики, философии, юриспруденции и теологии. По данным Белстата, в 2014 году показатели по абортам в столице и на периферии заметно отличаются. Менее всего их делают жительницы Брестчины и Минщины — 15-16 абортов на 100 родов, больше — Гродненщины, где на 100 родов приходится 21,8 аборта. На Могилевщине и в самом Минске этот показатель достигает 26-27, в Витебской и Гомельской областях на 100 родов делается по 36 абортов [3]. Нередко женщина пытается заявить о своём праве на аборт. Если рассмотреть этот вопрос с медицинской точки зрения, то закон Республики Беларусь «О здравоохранении» предоставляет женщине право самостоятельно решать вопрос о материнстве. А также определяет три группы оснований для прерывания беременности: по желанию женщины, без обоснования причин аборт проводится в срок до 12 недель; по медицинским показаниям прерывание беременности допускается на любых сроках; по желанию женщины и при наличии социальных показаний в срок до 22 недель [2]. Научными исследованиями доказано, что с 9 по 12 неделю

беременности ребёнок реагирует на свет, тепло, шум, прикосновение. Пальчики окончательно оформились, на них растут ногти, появились ушные раковины с мочками, образовались веки, закрывающие глаза. Мышцы развиваются — плод активно двигается. Исходя из вышеперечисленного, мы можем сделать заключение, что к 12 недели беременности, плод можно считать живым человеческим существом, находящимся в утробе матери. Статья 1 Конвенции о правах ребёнка гласит: «Ребёнком является каждое живое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста...». При более детальном рассмотрении медицинских исследований внутриутробного развития плода, как живого человеческого существа — ребёнка и опираясь на нормы Конституции Республики Беларусь: «Каждый имеет право на жизнь» [1]. Что может быть хуже, чем ужасная жестокость к собственному ребёнку, который не пришёл в этот мир только потому, что вместо мамы-защитницы он встретил маму-убийцу.

Выводы. Проблема аборта всегда оставалась весомой по медицинским, юридическим и религиозным критериям. Для её решения необходим комплексный подход здравоохранения, средств массовой информации, представителей церкви, органов государственной власти и населения.

Литература

1. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.).

2. Оздоровлении: Закон Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Национальный интернет-портал Республики Беларусь. — Режим доступа: pravo.by. — Дата доступа 11.01.2017.

3. Официальный сайт Национального статистического комитета Республики Беларусь [Электронный ресурс]. — Режим доступа: belstat.gov.by. — Дата доступа 11.01.2017.

МОЖЕТ ЛИ ФИЛОСОФИЯ ОБЛЕГЧИТЬ СТРАДАНИЯ? СОВЕТЫ ДРУЗЬЯМ СВ. ГРИГОРИЯ БОГОСЛОВА

Елена Григорьева

Католический Университет им. Иоанна Павла II в Люблине,
Институт Истории Церкви и Патрологии
г. Люблин (Польша)

1. Дефиниция: Что такое страдание? Понимание страдания человека в античной философии.

Классическое определение страдания — это состояние болезни, горечи, печали, страха, тревоги. Расширяя эту дефиницию, страдание можно назвать совокупностью крайне неприятных, тягостных или мучительных ощущений человека, при которых он испытывает физический и эмоциональный дискомфорт, вызванный физической или нравственной болью, причиной которой может быть как органическая болезнь, так и невозможность реализации поставленных себе целей.

Понятие «страдание» многоаспектно. Страдание, например, можно объяснить несовершенством мира, проявляющимся в его биологическом и духовном развитии. Человек, являющийся частью этого мира, также несовершенен, это приводит его к неизбежным ошибкам, провоцирующим страдания как его собственные, так и его окружения. В философии страдание чаще всего понимается как «необходимый удел человека, поскольку он подвержен болезням, старению, смерти и как единственно возможный путь к преобразению, к совершенствованию личности».

Античная философия источник страданий человека видела, прежде всего, в том, что человек дихотомичен — его душа не является частью материального мира, в котором пребывает тело, и старается найти способ обретения, как внутренней гармонии, так и первозданного утраченного состояния.

2. Страдание в христианстве.

В христианстве понятие страдание связано с грешностью человека, у которого была возможность жить без боли, и с последствиями, вытекающими из использования им дара свободы

выбора и воли. В отличие от античной философии, в христианстве страдание приобретает персоналистическое значение: человек в страдании не предоставлен самому себе. Христианство не искореняет страдание, но придаёт ему смысл. Страдание не может быть бессмысленно, если в сотворённом мире действует Божие Провидение, а Божий Сын, претерпев крестные муки, собственной силой поддерживает верующих в Него.

3. Утешение в страдании в письмах Григория Богослова.

Св. Григорий Назианзин, один из трёх великих каппадокийских Отцов Церкви, оставил после себя богатое эпистографическое наследие. В письмах, адресованных его страдающим друзьям, он, находившийся под влиянием философии неоплатоников, старается приободрить их, подсказывая, где искать утешения. В его советах, несомненно, чувствуется влияние полученного философского образования, тем не менее, автор замечает, что античная философия сама по себе утешения не приносит. Страдальцу принесёт облегчение лишь близкий человек и христианство с его упованием на волю, мудрость и любовь Всевышнего.

VI. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА И ТЯЖЁЛЫХ ПНЕВМОНИЙ

TUBERCULOSIS. TREATMENT AND PREVENTION

*Charles Chris Harris
Batticaloa, Sri Lanka*

Tuberculosis (TB)

Active tuberculosis (TB) disease is a serious infection that usually affects the lungs. Anyone can develop active TB, but a person is more likely to develop it if they already in poor health or have a poor immune system. With treatment, most cases are cured. Without treatment, TB can be fatal. Treatment is required for at least six months.

Tuberculosis (TB) is an infection caused by a bacterium (germ) called *Mycobacterium Tuberculosis*. TB usually affects the lungs but any part of the body can be affected.

Most cases affect the lungs at first. TB bacteria are coughed or sneezed into the air by people with active TB disease. The bacteria are carried in the air in tiny water droplets. If you breathe in some TB bacteria they may then multiply in your lung. There are then three ways the infection may progress.

Most people in good health who breathe in TB bacteria do not develop active TB disease. The bacteria that you breathe in begin to multiply in the lung. This stimulates your immune system into action. The TB bacteria are killed or made inactive by the immune system (white blood cells, etc). There may be some mild symptoms for a short time, or no symptoms, and the infection is halted.

Active TB disease with symptoms occurs in about 1 in 20 people who breathe in some TB bacteria. In these people the immune system does not win the battle and halt the invading bacteria.

The TB bacteria multiply further and spread to other parts of the lung and body. Symptoms of active TB then develop about 6-8 weeks after first breathing in some bacteria. TB infection which progresses to active disease can occur in anybody who is infected with TB bacteria.

Some people develop active TB months or years after a minor TB infection had been halted. The body's immune system at first stops the bacteria from multiplying (described above). However, not all the bacteria may be killed. Some bacteria may be 'walled off' in the scar tissue of the initial minor infection. They are stopped from multiplying by the immune system. They do no harm but can remain dormant (inactive) for many years. Dormant TB bacteria may start to multiply and cause active TB if the body's immune system begins to fail later in life. A failing immune system and re-activated TB is more likely to occur if you:

- Are elderly or frail.
- Are malnourished.
- Have diabetes.
- Take steroids or immunosuppressant medication.
- Have kidney failure.
- Are alcohol dependent ('alcoholic').
- Have AIDS.

If you have been infected with TB but have no symptoms (see above), you cannot pass on the infection. If you have active TB disease, you will cough and sneeze TB bacteria into the air which can infect others.

To catch TB you normally need close contact and 'heavy exposure' from a person who has active TB. TB is commonly caught by people who live with a person who has active TB and who coughs a lot into a badly ventilated home. The spread of TB is more common in poorer areas of the world. Overcrowding, poor sanitation and poor housing increase the risk. It is thought that the most important way to prevent the spread of TB in poorer areas of the world is to provide better living conditions with good ventilation. TB is common in developing countries.

Symptoms

Cough is usually the first and most marked symptom. The

cough often starts as a dry irritating cough. It tends to continue for months and get worse. In time the cough usually becomes 'productive' and you tend to cough up a lot of sputum (phlegm) which may be bloodstained.

Other symptoms include: fever, sweats, feeling unwell, weight loss, pains in the chest, and poor appetite. You may become breathless as the infection progresses and damages the lungs. If left untreated, complications often develop such as fluid collecting between the lung and the chest wall (pleural effusion). This can make you very breathless.

The infection may spread in the bloodstream and lymphatic system to cause swollen lymph glands, and infection in other parts of the body. Various other symptoms may then occur.

Typical symptoms and changes on the chest X-ray suggest active TB. However, tests are usually done to prove the diagnosis.

Treatment

'Normal' antibiotics do not kill TB bacteria. You need to take a combination of special antibiotics for six months. Standard treatment in the UK is usually a combination of three or four antibiotics that you take for two months.

There are 10 drugs currently approved by the U.S. Food and Drug Administration (FDA) for treating TB. Of the approved drugs, the first-line anti-TB agents that form the core of treatment regimens are:

- isoniazid (INH)
- rifampin (RIF)
- ethambutol (EMB)
- pyrazinamide (PZA)

If treatment fails it is commonly due to not taking medication properly and regularly. It is vital that you follow the instructions as directed by the doctor. Even if you feel much better in a few weeks (as many people do) you must finish the full course of treatment.

The medicines used to treat TB have a good safety record. Sometimes side-effects occur. If one does, see a doctor rather than just stopping treatment. An alternative antibiotic may be an option. Read the leaflet which comes with the medicine packet for a list of possible side-effects.

Prevention

TB is both preventable and treatable. It is a tragedy that it remains one of the biggest killers world-wide. Relieving poverty, better nutrition, improved general health, and better housing are thought to be the most important ways of preventing TB. Immunisation also helps.

Household members and close regular contacts of a person with active TB may be advised to have tests. This may include a chest x-ray and a tuberculin skin test.

The BCG vaccine was introduced into the UK in 1953. Over many years it has been shown to be a safe vaccine. The vaccine contains a small number of modified TB bacteria. The vaccine stimulates the immune system to be ready to fight TB bacteria.

The BCG vaccine is thought to give more than 70% protection against TB. So, although it is a good vaccine, it does not guarantee protection against TB. Some people still develop TB even if they have had the BCG vaccine.

In summary

1. Most cases of TB are caused by a bacterium called *Mycobacterium Tuberculosis*.
2. Active tuberculosis disease is a serious infection, but can be treated.
3. Household members and close contacts of affected people need checking.
4. A six month course of special antibiotics cures the infection in most cases.
5. If you are treated, it is vital that you take antibiotics correctly for the full course.

TUBERCULOSIS

Dr. Richie Anderson (MD)
Medical officer Army Hospital
Colombo (Sri Lanka)

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

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

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

Key facts

Tuberculosis (TB) is one of the top 10 causes of death worldwide.

In 2015, 10.4 million people fell ill with TB and 1.8 million died from the disease (including 0.4 million among people with HIV). Over 95% of TB deaths occur in low- and middle-income countries.

Six countries account for 60% of the total, with India leading the count, followed by Indonesia, China, Nigeria, Pakistan and South Africa.

In 2015, an estimated 1 million children became ill with TB and 170 000 children died of TB (excluding children with HIV).

TB is a leading killer of HIV-positive people: in 2015, 35% of HIV deaths were due to TB.

Globally in 2015, an estimated 480 000 people developed multidrug-resistant TB (MDR-TB).

TB incidence has fallen by an average of 1.5% per year since 2000. This needs to accelerate to a 4–5% annual decline to reach the 2020 milestones of the «End TB Strategy».

An estimated 49 million lives were saved through TB diagnosis and treatment between 2000 and 2015. Ending the TB epidemic by 2030 is among the health targets of the newly adopted Sustainable Development Goals.

Tuberculosis (TB) is caused by bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*) that most often affect the lungs. Tuberculosis is curable and preventable.

TB is spread from person to person through the air. When people with lung TB cough, sneeze or spit, they propel the TB germs into the air. A person needs to inhale only a few of these germs to become infected.

About one-third of the world's population has latent TB, which means people have been infected by TB bacteria but are not (yet) ill with the disease and cannot transmit the disease.

People infected with TB bacteria have a 10% lifetime risk of falling ill with TB. However, persons with compromised immune systems, such as people living with HIV, malnutrition or diabetes, or people who use tobacco, have a much higher risk of falling ill.

When a person develops active TB disease, the symptoms (such as cough, fever, night sweats, or weight loss) may be mild for many months. This can lead to delays in seeking care, and results in transmission of the bacteria to others. People with active TB can infect 10–15 other people through close contact over the course of a year. Without proper treatment, 45% of HIV-negative people with TB on average and nearly all HIV-positive people with TB will die.

Who is most at risk?

Tuberculosis mostly affects adults in their most productive years. However, all age groups are at risk. Over 95% of cases and deaths are in developing countries.

People who are infected with HIV are 20 to 30 times more likely to develop active TB (see TB and HIV section below). The risk of active TB is also greater in persons suffering from other conditions that impair the immune system.

One million children (0–14 years of age) fell ill with TB, and 170 000 children (excluding children with HIV) died from the disease in 2015.

Tobacco use greatly increases the risk of TB disease and death. More than 20% of TB cases worldwide are attributable to smoking.

Global impact of TB

TB occurs in every part of the world. In 2015, the largest number of new TB cases occurred in Asia, with 61% of new cases, followed by Africa, with 26% of new cases.

In 2015, 87% of new TB cases occurred in the 30 high TB burden countries. Six countries accounted for 60% of the new TB cases: India, Indonesia, China, Nigeria, Pakistan, and South Africa. Global progress depends on advances in TB prevention and care in these countries.

Signs and symptoms of active TB include:

Coughing that lasts three or more weeks, Coughing up blood, Chest pain, or pain with breathing or coughing, Unintentional weight loss, Fatigue, Fever, Night sweats, Chills, Loss of appetite.

Causes

Tuberculosis is caused by bacteria that spread from person to person through microscopic droplets released into the air. This can happen when someone with the untreated, active form of tuberculosis coughs, speaks, sneezes, spits, laughs or sings.

Although tuberculosis is contagious, it's not easy to catch. You're much more likely to get tuberculosis from someone you live with or work with than from a stranger. Most people with active TB who've had appropriate drug treatment for at least two weeks are no longer contagious.

HIV and TB

Since the 1980s, the number of cases of tuberculosis has increased dramatically because of the spread of HIV, the virus that causes AIDS. Infection with HIV suppresses the immune system, making it difficult for the body to control TB bacteria. As a result, people with HIV are many times more likely to get TB and to progress from latent to active disease than are people who aren't HIV positive.

Drug-resistant TB

Another reason tuberculosis remains a major killer is the increase in drug-resistant strains of the bacterium. Since the first antibiotics were used to fight tuberculosis more than 60 years

ago, some TB germs have developed the ability to survive, and that ability gets passed on to their descendants.

Drug-resistant strains of tuberculosis emerge when an antibiotic fails to kill all of the bacteria it targets. The surviving bacteria become resistant to that particular drug and frequently other antibiotics as well. Some TB bacteria have developed resistance to the most commonly used treatments, such as isoniazid and rifampin.

Some strains of TB have also developed resistance to drugs less commonly used in TB treatment, such as the antibiotics known as fluoroquinolones, and injectable medications including amikacin, kanamycin and capreomycin. These medications are often used to treat infections that are resistant to the more commonly used drugs.

Risk factors

Anyone can get tuberculosis, but certain factors can increase your risk of the disease. These factors include: weakened immune system.

A healthy immune system often successfully fights TB bacteria, but your body can't mount an effective defense if your resistance is low. A number of diseases and medications can weaken your immune system, including: HIV/AIDS, Diabetes, Severe kidney disease, Certain cancers, Cancer treatment, such as chemotherapy, Drugs to prevent rejection of transplanted organs, Some drugs used to treat rheumatoid arthritis, Crohn's disease and psoriasis, Malnutrition, Very young or advanced age, Traveling or living in certain areas.

The risk of contracting tuberculosis is higher for people who live in or travel to countries that have high rates of tuberculosis and drug-resistant tuberculosis, including: Africa, Eastern Europe, Asia, Russia, Latin America, Caribbean Islands.

Poverty and substance abuse.

Lack of medical care. If you receive a low or fixed income, live in a remote area, have recently immigrated or are homeless, you may lack access to the medical care needed to diagnose and treat TB.

Substance abuse. IV drug use or alcohol abuse weakens your immune system and makes you more vulnerable to tuberculosis.

Tobacco use. Using tobacco greatly increases the risk of getting TB and dying of it.

Where you work or live.

Health care work. Regular contact with people who are ill increases your chances of exposure to TB bacteria. Wearing a mask and frequent hand-washing greatly reduce your risk.

Living or working in a residential care facility.

People who live or work in prisons, immigration centers or nursing homes are all at a higher risk of tuberculosis. That's because the risk of the disease is higher anywhere there is overcrowding and poor ventilation.

Living in a refugee camp or shelter.

Weakened by poor nutrition and ill health and living in crowded, unsanitary conditions, refugees are at especially high risk of tuberculosis infection.

Complications

Without treatment, tuberculosis can be fatal. Untreated active disease typically affects your lungs, but it can spread to other parts of your body through your bloodstream. Examples of tuberculosis complications include:

Spinal pain. Back pain and stiffness are common complications of tuberculosis.

Joint damage. Tuberculous arthritis usually affects the hips and knees.

Swelling of the membranes that cover your brain (meningitis). This can cause a lasting or intermittent headache that occurs for weeks. Mental changes also are possible.

Liver or kidney problems. Your liver and kidneys help filter waste and impurities from your bloodstream. These functions become impaired if the liver or kidneys are affected by tuberculosis.

Diagnosis

Blood tests

Blood tests may be used to confirm or rule out latent or active tuberculosis. These tests use sophisticated technology to measure your immune system's reaction to TB bacteria. QuantiFERON-TB Gold in-Tube test and T-Spot.TB test are two examples of TB blood tests.

These tests require only one office visit. A blood test may be useful if you're at high risk of TB infection but have a negative response to the skin test, or if you've recently received the BCG vaccine.

Imaging tests

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

Sputum tests

If your chest X-ray shows signs of tuberculosis, your doctor may take samples of your sputum — the mucus that comes up when you cough. The samples are tested for TB bacteria.

Sputum samples can also be used to test for drug-resistant strains of TB. This helps your doctor choose the medications that are most likely to work. These tests can take four to eight weeks to be completed.

Most common TB drugs

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

If you have drug-resistant TB, a combination of antibiotics called fluoroquinolones and injectable medications, such as amikacin, kanamycin or capreomycin, are generally used for 20 to 30 months. Some types of TB are developing resistance to these medications as well.

A number of new drugs are being looked at as add-on therapy to the current drug-resistant combination treatment, including: Bedaquiline, Linezolid.

Medication side effects

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

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

Completing treatment is essential

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

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

WHO response

WHO pursues 6 core functions in addressing TB:

Providing global leadership on matters critical to TB.

Developing evidence-based policies, strategies and standards for TB prevention, care and control, and monitoring their implementation.

Providing technical support to Member States, catalyzing change, and building sustainable capacity.

Monitoring the global TB situation, and measuring progress in TB care, control, and financing.

Shaping the TB research agenda and stimulating the production, translation and dissemination of valuable knowledge.

Facilitating and engaging in partnerships for TB action

The WHO «End TB Strategy», adopted by the World Health Assembly in May 2014, is a blueprint for countries to end the TB epidemic by driving down TB deaths, incidence and eliminating catastrophic costs. It outlines global impact targets to reduce TB deaths by 90%, to cut new cases by 80% between 2015 and 2030, and to ensure that no family is burdened with catastrophic costs due to TB.

Ending the TB epidemic by 2030 is among the health targets of the newly adopted Sustainable Development Goals. WHO has gone

one step further and set a 2035 target of 95% reduction in deaths and a 90% decline in TB incidence – similar to current levels in low TB incidence countries today.

The Strategy outlines three strategic pillars that need to be put in place to effectively end the epidemic:

Pillar 1: integrated patient-centred care and prevention

Pillar 2: bold policies and supportive systems

Pillar 3: intensified research and innovation

The success of the Strategy will depend on countries respecting the following 4 key principles as they implement the interventions outlined in each pillar: government stewardship and accountability, with monitoring and evaluation, strong coalition with civil society organizations and communities, protection and promotion of human rights, ethics and equity.

“Everyone with TB should have access to the innovative tools and services they need for rapid diagnosis, treatment and care. This is a matter of social justice, fundamental to our goal of universal health coverage. Given the prevalence of drug-resistant tuberculosis, ensuring high quality and complete care will also benefit global health security”

«Каждый человек с туберкулёзом должен иметь доступ к инновационным инструментам и услугам, необходимым для быстрой диагностики, лечения и ухода. Это вопрос социальной справедливости, имеющий основополагающее значение для нашей цели всеобщего медицинского обслуживания. Учитывая распространённость туберкулеза с лекарственной устойчивостью, обеспечение высокого качества и полного ухода также принесет пользу глобальной безопасности в области здравоохранения».

TREATMENT AND PROPHYLAXIS FOR TB DISEASE IN PRESENT

Shilanke de Almeida
Sri Lanka

It is very important that people who have TB disease are treated, finish the medicine, and take the drugs exactly as prescribed. If they stop taking the drugs too soon, they can become sick again; if they do not take the drugs correctly, the TB bacteria that are still alive may become resistant to those drugs. TB that is resistant to drugs is harder and more expensive to treat. TB disease can be treated by taking several drugs for 6 to 9 months.

There are 10 drugs currently approved by the U.S. Food and Drug Administration (FDA) for treating TB. Of the approved drugs, the first-line anti-TB agents that form the core of treatment regimens are isoniazid (INH), rifampin (RIF), ethambutol (EMB), pyrazinamide (PZA), Streptomycin

Regimens for treating TB disease have an intensive phase of 2 months (in hospital), followed by a continuation phase (After discharging) of either 4 or 7 months (total of 6 to 9 months for treatment).

In the preferred regimen intensive phase consists of daily INH, RIF, PZA, and EMB* for 40-56 doses** (8 weeks). Continuation Phase consists of daily INH and RIF for 90-126 doses** (18 weeks)

And there are two alternative regimens. In one of them in intensive phase we daily administrate INH, RIF, PZA, and EMB* for 14 doses (2 weeks), then three-times-weekly for 18 doses (6 weeks) and in continuation phase we administrate three-times-weekly INH and RIF for 54 doses (18 weeks).

In the other alternative regimen in intensive phase the patient was given three-times-weekly INH, RIF, PZA, and EMB* for 24 doses (8 weeks) and in continuation phase three-times-weekly INH and RIF for 54 doses (18 weeks).

Drug resistant strains are treated in another strategy. Drug-resistant TB is caused by TB bacteria that are resistant to at least one first-line anti-TB drug. Multidrug-resistant TB (MDR TB) is

resistant to more than one anti-TB drug and at least isoniazid (INH) and rifampin (RIF).

Extensively drug-resistant TB (XDR TB) is a rare type of MDR TB that is resistant to isoniazid and rifampin, plus any fluoroquinolone and at least one of three injectable second-line drugs (i.e., amikacin, kanamycin, or capreomycin).

Treating and curing drug-resistant TB is complicated. Inappropriate management can have life-threatening results. Drug-resistant TB should be managed by or in close consultation with an expert in the disease.

Prophylaxis.

Good hygiene and healthy diet, keeping away the healthy and immunosuppressed individuals from the infected ones are the basic methods of prophylaxis anybody can do. But the most important one is vaccination at the proper time for newborn babies and medical personals. BCG, or bacille Calmette-Guerin, is a vaccine for tuberculosis (TB) disease.

Currently, five main strains account for more than 90% of the vaccines in use worldwide with each strain possessing different characteristics. The agreed terminology for the strains include the Pasteur 1173 P2, the Danish 1331, the Glaxo 1077 (derived from the Danish strain), the Tokyo 172-1, the Russian BCG-I, and the Moreau RDJ strains (NIBSC and WHO, 2004).

Children. BCG vaccination should only be considered for children who have a negative tuberculin skin test and who are continually exposed, and cannot be separated from, adults who are untreated or ineffectively treated for TB disease (if the child cannot be given long-term treatment for infection); or have TB caused by strains resistant to isoniazid and rifampin.

Health Care Workers. BCG vaccination of health care workers should be considered on an individual basis in settings in which a high percentage of TB patients are infected with *M. tuberculosis* strains resistant to both isoniazid and rifampin; There is ongoing transmission of such drug-resistant *M. tuberculosis* strains to health care workers and subsequent infection is likely; or Comprehensive TB infection-control precautions have been implemented, but have not been successful.

Health care workers considered for BCG vaccination should be counseled regarding the risks and benefits associated with both BCG vaccination and treatment of Latent TB Infection (LTBI).

ВЫБОР РЕЖИМОВ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ ПО МОНИТОРИНГУ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ

В. Ю. Земко

Витебская областная клиническая больница

Ю. Ю. Земко

Минский городской клинический онкологический диспансер
(Беларусь)

Актуальность. Распространённость пневмоний в Беларуси в последние годы составляет в среднем 4 на 1000 населения. Наиболее часто болеют дети до 5 лет и лица старше 75 лет. Смертность от тяжёлых пневмоний составляет 8,7 на 100 тыс. населения, летальность — 0,64 (2003 г.). Досуточная летальность в реанимационных отделениях в некоторые годы последнего десятилетия достигала 30-50%. Анализ показателя смертности свидетельствует о преобладании среди умерших лиц трудоспособного возраста. Приведённые данные подчёркивают не только медицинскую, но и социальную значимость пневмоний. Высокая распространённость заболевания, увеличение количества больных с тяжёлым течением болезни, находящихся на респираторной поддержке, расширение спектра респираторных патогенов и появление тяжёлого острого респираторного синдрома (ТОРС—SARS) — всё это делает проблему пневмоний одной из наиболее актуальных в медицине, которые требуют к себе неослабленного внимания.

Несмотря на достижения фармацевтической промышленности в разработке новых генераций антибактериальных препаратов, углубление знаний в понимании патогенеза пневмоний, внедрение новых диагностических и лечебных технологий, отмечается рост числа больных с тяжёлым течением болезни,

увеличение смертности. Общество пульмонологов России после проведённого в Москве и Санкт-Петербурге исследования, показавшего расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов у пациентов, умерших от пневмонии, пришло к выводу, что число врачебных ошибок превысило 30%. Несоблюдение рациональных рекомендаций привело к тому, что при лечении в течение 22,5 дня полное разрешение пневмонии наблюдалось лишь у 8,75% больных. Поздняя диагностика, полипрагмазия, необоснованное лечение обуславливают утяжеление течения заболевания, удлинняют сроки терапии, вызывают различные осложнения [1,2].

Пневмония тяжёлого течения — особая форма заболевания различной этиологии, проявляющаяся выраженной дыхательной недостаточностью и/или признаками тяжёлого сепсиса либо септического шока, характеризующаяся плохим прогнозом и требующая проведения интенсивной терапии. В развитии пневмонии тяжёлого течения имеют значение преморбидное состояние пациента, особенности возбудителя, условия развития заболевания, своевременность и правильность установления диагноза и назначение адекватного лечения. Наиболее тяжёлое течение с летальным исходом развивается при грамотрицательной флоре (до 50%), *P.aeruginosa* (70-80%). В связи с этим важной представляется своевременная диагностика данного заболевания с целью максимально раннего начала комплексного лечения, в первую очередь адекватной антибиотикотерапии.

Цель работы: изучить структуру возбудителей тяжёлых пневмоний и их антибиотикорезистентность в ОРИТ.

Материалы и методы: нами проведён анализ бактериологического исследования мокроты у 49 пациентов, находившихся на лечении в ОРИТ. Критерием для отбора больных служила длительность ИВЛ не менее 48 часов. У всех больных проводился забор мокроты методом эндотрахеальной аспирации или бронхоальвеолярного лаважа.

Выделено и подвергнуто бактериологическому исследованию 54 изолята грамотрицательных и грамположительных аэробных, факультативно анаэробных микроорганизмов и грибов.

Микробиологические исследования проводились на базе бактериологической лаборатории Республиканского научно-практического центра «Инфекция в хирургии». Для выделения стрептококков использовали 5% кровяной Колумбия-агар, стафилококки выделяли на высокоселективном желточно-солевом агаре с азидом натрия, для кишечной группы бактерий — среду Эндо с генциан-фиолетовым, псевдомонады выделяли на среде ЦПХ, посев на микробы группы протей производили по методу Шукевича. Резистентность бактерий к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждение. В результате исследования установлены следующие клинико-эпидемиологические особенности вентилятор-ассоциированной пневмонии и факторы риска их развития: в демографической структуре преобладают мужчины (64,1%) старшей возрастной группы (50 лет и более), а средний возраст пациентов составил ($50,4 \pm 12,0$). Возрастной диапазон у пациентов составляет от 18 до 75 лет. Длительность госпитализации составила преимущественно от 10 до 59 дней, в среднем 44,5 дня.

Нами проанализированы сроки возникновения ВАП. У пациентов ВАП развивалась в среднем на $6,0 \pm 5,25$ сутки. 52,7% составили ранние пневмонии, возникшие в течение первых 5 суток после интубации трахеи или наложения трахеостомы. При этом отмечено, что более раннему развитию пневмонии способствовали характер и тяжесть основной патологии и частота и объем оперативных вмешательств.

Нами проведён анализ этиологической структуры вентилятор-ассоциированной пневмонии. При исследовании отделяемого дыхательных путей у интубированных пациентов в 35,8% случаев выделялись ассоциации микроорганизмов. Из них ассоциации бактерий (грамотрицательных или грамотрицательных и грамположительных) — 23,1% и ассоциации бактерий с грибами — 12,8%.

Грамотрицательная флора составила 61,5% выделенных изолятов, грамположительная флора — 38,5% , грибы рода

Candida– 12,8% случаев (в ассоциации с другими возбудителями). Установлено, что в посевах мокроты *Staphylococcus aureus* выделялся в 33,3% случаев, *Acinetobacter* spp. в 33,3%, *Pseudomonas aeruginosa* в 15,4 %, *Klebsiella pneumoniae* в 7,7%, *Candida* — 12,8%, *Streptococcus* spp. 2,6%.

Среди грамположительной флоры в основном встречался *Staphylococcus aureus* (93,3%). Наиболее частыми представителями грамотрицательной флоры оказались *Acinetobacter* spp. (54,2%) и *Pseudomonas aeruginosa* (25,0%).

Грибковая флора представлена грибами рода *Candida* spp.

При анализе чувствительности к антибиотикам получены следующие результаты: *Staphylococcus aureus* был чувствителен к ванкомицину в 100% случаев, к амикацину в 38,5 % случаев. Все штаммы *Staphylococcus aureus* были метициллин-резистентны, также 100% штаммов было резистентно к офлоксацину, цiproфлoксацину, левофлoксацину, 92,3% — клиндамицину.

Среди изолятов *Pseudomonas aeruginosa* установлена чувствительность к колистину в 100% случаев, амикацину — 16,6%. К меропенему, имипенему, цефепиму, цефтазидиму, цефоперазону, цiproфлoксацину было резистентно 100% штаммов.

Изоляты *Acinetobacter* spp. были чувствительны к ампициллину в сочетании с сульбактамом в 46,2% случаев, к цефоперазону в сочетании с сульбактамом в 92,3% случаев, но в 100% случаев была выявлена резистентность к амикацину, меропенему, имипенему, левофлoксацину, цефоперазону, цефепиму, цiproфлoксацину.

Все изоляты *Klebsiella pneumoniae* были чувствительны к имипенему, в 66,7% к меропенему и амикацину, но резистентны к амоксициллину, цефотаксиму, цефтазидиму, цiproфлoксацину, цефоперазону, офлоксацину в 100% случаев.

Выводы.

1. Современной эпидемиологической особенностью вентилятор-ассоциированной пневмонии является преобладание в этиологической структуре грамотрицательной микрофлоры, представленной в более половины случаев *Acinetobacter* spp.

2. В отделении реанимации и интенсивной терапии Витебской областной клинической больницы, исходя из данных

о резистентности полученных штаммов, для лечения пневмонии, вызванной *Staphylococcus aureus*, рекомендуется использовать ванкомицин или линезолид, *Pseudomonas aeruginosa* — колистин, *Acinetobacter* spp. — цефоперазон в сочетании с сульбактамом, а *Klebsiella pneumoniae* — имипенем.

3. Стартовая антибактериальная терапия тяжёлой внегоспитальной пневмонии предполагает внутривенное введение antimicrobных препаратов, т.к. данный путь доставки обеспечивает наиболее высокую и предсказуемую биодоступность, не зависящую от полноты и скорости всасывания препаратов в ЖКТ. В дальнейшем по мониторингу возбудителей необходимо в ряде случаев коррекция антибактериальной и другой терапии. По мере клинической стабилизации возможен перевод пациента на пероральный приём antimicrobных препаратов в рамках концепции ступенчатой терапии.

Литература

1. Авдеев С. Н., Чучалин А. Г. // Рус. мед. журнал. — 2008. — Т. 9, № 5. — С. 177-178.
2. Внебольничная пневмония у взрослых: диагностика, лечение, профилактика: Практ. рекомендации МЗ РФ. — М., 2002.

VII. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Ирина Агапова (Група Аґапова), магистр, аспирантка
Факультет общественных наук, институт Педагогики
Люблинский католический университет Иоанна Павла II
г. Люблин (Польша)

Процессы, которые мы наблюдаем в социально-политической, культурной, экономической жизни общества, ведут к переоценке ценностей, новому взгляду на воспитание детей. Экологический и социальный кризис, неуверенность в завтрашнем дне, преобладание технократизма и бездуховности — все это является признаками кризиса общества. Он влияет на поведение воспитанников, проявление которого заметно в различных формах социального протеста, росте преступности, наркомании, алкоголизма среди подростков. Данные условия неблагоприятно влияют на формирование и развитие личности, вызывают тревогу состояния здоровья подрастающего поколения. В связи с этим повышается интерес к проблемам здоровья в мире не только медицинскими работниками, но и всем обществом.

Здоровье детей — результат сложного взаимодействия человека с природой и обществом. Причинами, по которым ухудшается здоровье детей, являются недостаточное внимание к двигательной активности и культуре здоровья ребёнка, медицинская и психологическая неграмотность родителей, образ жизни семей. В большинстве семей можно обнаружить так называемые факторы риска: хронические инфекционные

заболевания, несбалансированное питание, низкая физическая активность, курение и т.п. У детей и их родителей чаще всего не сформировано ценностное отношение к своему здоровью.

Современная семья является важнейшим источником для формирования личности.

В своём докладе представляю роль семьи в формировании здорового образа жизни ребёнка.

МОТИВАЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

*И. И. Ефременко, зав. кафедрой кафедры анатомии и физиологии,
канд. биол. наук, доцент*
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Формирование ЗОЖ у студенческой молодёжи, должно быть направлено на закрепление комплекса оптимальных навыков и умений, приобщение к занятиям в спортивных кружках и секциях, профилактику вредных зависимостей, разумную организацию учебного, научного, общественно-полезного труда, оздоровительного отдыха студентов [1].

С целью оценки знаний студентов-первокурсников о здоровом образе жизни, проведено анкетирование студентов биологического факультета (специальности «биология», «биоэкология»). В этом исследовании приняло участие 72 человека. Выяснилось отношение студентов к здоровому образу жизни в целом и к конкретным формам его поддержания.

Анализ данных о состоянии здоровья и уровня знаний и навыков здорового образа жизни студентов позволяет более конкретно определить цели и задачи воспитательного процесса в этом направлении.

Анализ ответов показал, что ежедневно занимаются утренней гигиенической гимнастикой по 4,6% студентов, от случая к случаю — 48,3% и не занимаются — 47,1%.

В анкете студентам был предложен вопрос — «Оцените состояние своего здоровья в целом». Так, 15,4% студентов охарактеризовали его как отличное, хорошее — 54,6 %, удовлетворительное — 27,2%, плохое — 2,8%.

Согласно полученным данным, 67,3% студентов придерживаются здорового образа жизни, 22,7% — пока нет, но собираются сделать это в ближайшее время, 9,2% ответили, что не придерживаются.

Представление студентов о ЗОЖ проявляется в следующих показателях:

- отказ от курения (83,3%);
- отказ от употребления наркотиков (81,1 %);
- отказ от употребления алкоголя (72,7%),

В то же время студенты к неблагоприятным элементам ЗОЖ относят соблюдение правил гигиены и одежды (69,1%), рационально сбалансированный режим труда, отдыха и сна (43,9%). Как видим, студенты правильно представляют здоровый образ жизни.

В приведённом нами анкетировании изучалась мотивация занятий физической культурой. Для ее выявления студентам был задан вопрос, в котором допускался выбор пяти вариантов: «Какими мотивами вы руководствуетесь, занимаясь физической культурой и спортом?». Мотивы у студентов, которые полагают, что придерживаются ЗОЖ следующие: улучшить телосложение, фигуру (74,1%); укрепление здоровья (62,9%); всесторонне физически себя развить (37,1%); повысить жизненный тонус (33,4%); закалить волю, характер (25,4%).

Выводы:

1. Двигательная активность в виде занятий физическим воспитанием и секционных занятий ещё не стала жизненно необходимой потребностью студенческой молодёжи ВУЗа, что требует усиления работы в этом направлении.

2. Студенты понимают суть ЗОЖ и основные составляющие элементы: отказ от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики), рациональное питание, сбалансированный режим труда, отдыха и сна, соблюдение правил личной гигиены.

3. У большинства студентов преобладает позитивное отношение к занятиям физической культурой и спортом как одного из основных факторов формирования здорового образа жизни.

Литература

1. Марков, В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней / В.В. Марков, 2001. — 252с

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОХРАНЕНИЮ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

*И. И. Ефременко, канд. биол. наук, доцент
УО «Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Цель здоровьесохраняющей технологии необходимо соотносить с общей целью образования, которая на протяжении многих лет периодически менялась в зависимости от социального заказа, потребностей общества, представлений о задачах системы образования. Системный подход обеспечивает целостное представление о состоянии здоровья учащейся молодёжи и наполняет конкретным содержанием здоровьесберегающую технологию и её операциональную составляющую, поможет ответить на вопрос, как и по каким направлениям следует её реализовывать, определяет основные задачи [1]. К ним следует отнести:

1. Исследование влияния традиционной структуры и формы организации учебного процесса на здоровье занимающихся; анализ психолого-физиологических возможностей учащихся и студентов в отношении предъявленных требований усвоения объёма учебной нагрузки.

2. Создание психолого-педагогических и организационно-педагогических условий, обеспечивающих психическое здоровье и комфорт молодёжи посредством гуманизации и демократизации учебно-воспитательного процесса на осно-

ве: физкультурно-спортивной активности; соответствия учебной нагрузки, объёма передаваемой информации с психофизическими возможностями её усвоения; создания интегративных дисциплин и учебно-методического их обеспечения.

3. Реализацию научной организации учебного труда, питания и отдыха.

4. Создание санитарно-гигиенических условий и соответствующей им инструментальной составляющей здоровьесберегающей технологии и др.

5. Включение учащихся и студентов в осознанную деятельность по формированию культуры здорового образа жизни личности, оснащение этого процесса учебно-методическим обеспечением.

6. Осуществление структурного преобразования в плане создания в учебном заведении иерархической системы управления и мониторинга здоровьесохраняющих технологий в образовании.

7. Формирование культуры здорового образа жизни личности учащейся молодёжи, как в учебной, так и внеучебной образовательно-воспитательной среде.

8. Создание систем переподготовки кадров, а также социальной и финансовой поддержки идеи здоровьесберегающей технологии; агитации и пропаганды; объединения усилий всех систем и подразделений учебных заведений медицины и физической культуры.

9. Обеспечение программного и учебно-методического оснащения по проблемам здоровьесберегающей системы образования и формирования культуры здорового образа молодёжи.

10. Развёртывание опытно-экспериментальной и научно-исследовательской работы по моделированию и апробации здоровьесберегающих образовательных технологий.

11. Осуществление психологического и медицинского сопровождения образования.

12. Создание информационно-компьютерного обеспечения оздоровительных систем

13. Создание оптимальных условий для функционирования физической культуры, обеспечивающей современные иннова-

ционные формы формирования физической культуры личности учащейся молодёжи.

14. Открытие в общеобразовательных учебных заведениях кафедр физической культуры и консультативно-оздоровительных центров здорового образа жизни для учащихся, родителей и учителей.

15. Введение в учебный процесс гуманитарного курса «Основы здорового образа жизни».

Таким образом, данная система представляет собой совокупность организационно-функциональных и психолого-педагогических установок, определяющих многовариантный набор и компоновку действий, форм, методов, приёмов, операций, процедур, образовательно-воспитательных средств, обеспечивающих практико-ориентированное погружение учащейся молодёжи в специально созданную среду [1]. Это система организованных форм и технологических единиц, сориентированных на конкретный педагогический результат — уровень здоровья и творческое использование ценностей культуры здорового образа жизни.

Литература

1. Журавин М. Л. Реализация системного подхода в решении проблемы сохранения и поддержания здоровья молодежи / М. Л. Журавин, Н. К. Меньшиков // Теория и практика физической культуры. — 2003. — №7. — С. 51–54
2. Баеа А. К. Формирование деятельностного компонента культуры здоровья учащейся молодёжи / А. К. Баеа. — М. — 2005. — 197 с.

К ВОПРОСУ О ДУХОВНОМ И НРАВСТВЕННОМ ВОСПИТАНИИ МОЛОДЁЖИ

Н. Г. Харкевич, Г. Г. Бураа, А. М. Мясоаа
УО «Витебский государственнй ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Молодёжь — это наше будущее. Мы не всегда задумываемся над глубоким смыслом этой фразы. Однако сегодня эта фраза

приобретает особое значение, так как современная молодёжь утратила нравственные и духовные ориентиры. За последние годы произошли изменения в структуре и содержании свободного времени молодых людей. Современная молодёжь считает, что свободное время — это личное дело каждого, и делать нужно только то, что нравится, однако, часто молодые люди, полные энергии и жизненного потенциала, направляют свою активность в деструктивное русло (наркомания, алкоголизм, криминал, отчуждение и противостояние в семье, в школе, в общем месте жительства).

Мы, старшее поколение, особенно преподаватели школ, средних и высших учебных заведений, должны вдохнуть в юные сердца идеи одухотворённости, нравственности и собранности. Для этого необходима мобилизация всех сил общества на воспитание в духе патриотизма, гражданственности, на активное участие семьи, школы, институтов и других учебных заведений в патриотическом воспитании молодёжи, на возрождение патриотизма как духовной составляющей нашего общества, привитие глубокого уважения к национальному наследию, традициям, обычаям, культуре, религии. Такая работа должна быть рассчитана на многие годы, а не только сиюминутная.

От чего же надо защищать духовный мир молодёжи? От пошлости, жестокости, аморализма, вульгаризма, безответственности, ложных убеждений, от всего того, что разъедает душу и парализует ум. Тогда эта личность проявит богатство своего духовного мира. Одних усилий школьных педагогов недостаточно, необходимо сотрудничество педагогов, родителей, общественных организаций, государства и духовенства. Любовь к детям контролируется разумом, ведь это конкретная и разумная забота о воспитании.

Решающее слово сохраняется за православной духовностью. Достижение этой цели возможно через механизмы, которые содержатся в учениях религии. У неё есть уникальные возможности консолидировать силы всех конфессий на духовное творчество. Она может включить личность в духовно насыщенные разнообразные виды деятельности на всех этапах разви-

тия личности и приобретения духовного опыта. Ведь человек свободен в выборе и проявлении своих чувств по отношению к своей земле, родителям, к тому дому, где родился и вырос.

Рассматривая духовную культуру, следует обратить особое внимание на плодотворную деятельность церкви. Возрождение веры, восстановление храмов и строительство новых, возвращение личности свободы вероисповедания являются самым существенным признаком решения современной проблемы духовной безопасности. Теперь между государством и церковью установилось полное взаимопонимание. В последние годы происходят события, имеющие международное значение для борьбы против антигуманистической продукции, как книжные ярмарки, творческие фестивали и другие.

В заключении необходимо отметить, что духовное и нравственное воспитание молодёжи является весьма важной и серьёзной задачей. Заботясь о воспитании и воспитывая, мы сами становимся лучше, сознавая свою ответственность перед Богом, Церковью и Обществом.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ

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

А. В. Готовкина, студентка

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

Актуальность. Всем известно, курение — одна из вреднейших привычек. Тем не менее, в разных странах около 40% взрослого населения являются курильщиками. Табакокурение оказывает негативное влияние на организм. Исследованиями доказано, в чем вред курения [1].

К сожалению, можно постоянно наблюдать факт курения табачных изделий молодёжью и, в частности, студентами университета.

С целью выявления причин и частоты курения на факультетах в 2015 году были проведены исследования. Анонимное анкетирование студентов на факультете физической культуры и спорта: регулярно курили 7 юношей и 1 девушка; на факультете социальной педагогики и психологии регулярно курили также 7 человек (5 девушек и 2 юноши). Тревогу вызывает факт их коллективного курения во время перерывов, а также наличие «пассивного» курения при этом. Характерно, что в 2016 году количество курильщиков не уменьшилось, а даже заметно увеличилось.

Материал и методы. В этой связи изучен исследовательский проект, проведённый в ГУО «Средняя школа № 4 г. Витебска».

В процессе прохождения учебной практики студенты факультета социальной педагогики и психологии провели анонимное анкетирование школьников старших классов (ещё подростки!).

В анкету включены 18 вопросов, в которых предлагалось дать ответ в простой форме: 1 — полностью согласен; 2 — скорее согласен; 3 — затрудняюсь ответить 4 — скорее не согласен; 5 — полностью не согласен.

Вопросы включали утверждения: курение — для неудачников, напрасная трата времени, опасно для здоровья, приятные ощущения, способствует похуданию, не курить — это круто и т.д.

Результаты исследования выявили, что отрицательное отношение к курению имеют 30%, нейтральное — 70 %, а положительное не отмечено (0%). Слишком подозрительными и неправдоподобными представляются полученные данные.

Для сравнения и оценки полученных ответов той же методикой и по тем же вопросам в анкетах проведено анонимное анкетирование студентов на факультете физической культуры и спорта и на факультете социальной педагогики и психологии.

На утверждение «Курение — это напрасная трата денег и опасно для здоровья» все студенты двух факультетов ответили утвердительно, отметили «появление жёлтых зубов» и «лучше никогда не пробовать». Но, в тоже время курение в понятии студентов, особенно факультета социальной педагогики и психологии, это «приятные ощущения, способствует похудания».

нию, успокаивает нервы, помогает скоротать ожидание и даже круто».

И, как ни странно, данные студенты проводят беседы со школьниками о здоровье и вреде никотина для организма, а сами не полностью понимают необходимость ведения здорового образа жизни.

Заключение. К сожалению, в личных беседах студентки факультета социальной работы после анализа их анкетирования по-прежнему не выразили уверенности в желании искоренить вредную привычку. 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. Весомый вклад в то, что подростки начинают курить, вносит реклама табачных изделий и сам процесс общения с курящими друзьями.

Это происходит несмотря на то, что преподавателями уделяется значительное внимание подробному изложению научных данных возможного развития заболеваний лёгких и вредного влияния курения на половые функции вплоть до бесплодия на дисциплинах «Основы медицинских знаний», «Основы патологии», «Гигиена», причём в значительном объёме и на всех факультетах университета [2].

Недостаточно проводится групповых и индивидуальных бесед воспитательного характера на кураторских часах, и, как отразили результаты исследований, они не имеют должного эффекта. Такие будущие педагоги будут являться примером для претворения здоровьесберегающих технологий в учебный процесс.

Литература

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

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У УЧАЩИХСЯ КОЛЛЕДЖА

*И. М. Прищепа, проректор по научной работе,
д-р биол. наук, профессор,*

*А. Н. Дударев, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Сохранение здоровья учащихся, снижение уровня заболеваемости, минимизация вредного воздействия факторов среды, внедрение здоровьесберегающих технологий при организации воспитания, обучения является перспективным видом деятельности преподавателей. Разработка и реализация профилактических программ — результативный и экономичный способ решения проблем по формированию здорового образа жизни. Ожидаемая высокая эффективность реализации проектов в Республике Беларусь основана на международном опыте внедрения профилактических программ и разработок, экономический эффект которых, по данным ВОЗ, достигает соотношения 1:8 вложенных средств. На сегодняшний день сохранение здоровья учащихся остаётся приоритетным направлением работы педагогического коллектива.

Цель данного исследования — изучение путём социологического опроса потребности учащихся средних специальных учреждений в здоровом образе жизни и разработка путей его формирования в молодёжной среде.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУО «Полоцкий государственный медицинский колледж имени Героя Советского Союза З. М. Тусноловой-Марченко» и Полоцкий колледж УО «ВГУ имени П. М. Машерова». Было опрошено сто пятьдесят учащихся в возрасте от 18 до 22 лет (из них: воспитывающихся в условиях неполной семьи — 59, в условиях полной семьи — 91). В нашей анкете испытуемым были предложены 40 вопросов закрытого и открытого типа; в каждом вопросе учащимся была предоставлена возможность указать свой вариант ответа.

Исследовательская работа включала следующие этапы: подготовка диагностических средств, отбор и мотивация испытуемых, проведение анкетирования, обработка результатов, внедрения программы «Профилактика табакокурения, наркотической, алкогольной и иных зависимостей», повторное анкетирование, оформление результатов исследования.

Результаты исследования. После 10 месяцев использования программы «Профилактика табакокурения, наркотической, алкогольной и иных зависимостей» было проведено повторное анкетирование с целью проверки эффективности проведённой работы с учащимися. При сопоставлении данных первичной и вторичной диагностики следует отметить следующие результаты:

Процент учащихся, не занимающихся спортом, снизился с 25% до 17%. Количество учащихся, считающие свои знания недостаточными, для составления комплекса физических упражнений, снизилось с 30,6% до 14%. Общий процент курящих респондентов с 29% снизился до 22,4%. Среди опрошенных повысился процент учащихся, которые хотят отказаться от привычки: 9% собираются бросить курить, 11% сделают попытку и только 2,4% не собираются отказываться от данного пагубного пристрастия. Процент учащихся, не употребляющих алкоголь, повысился с 17% до 24%. Результаты опроса показали, что достаточно осведомлены о средствах и способах контрацепции 92%.

В вопросе организации учёбы, работы и отдыха учащиеся повысили свои знания, с 46% до 74%, и только 26% опрошенных считают, что не сумеют правильно организовать учёбу и отдых. В вопросе организации рационального питания своё умение как недостаточное оценили 14% респондентов, но 76% умеют сами составить пищевые рационы и организовать рациональное питание.

Вывод. Таким образом, современная концепция развития образования определяет здоровый образ жизни как осознанное в своей необходимости постоянное выполнение правил укрепления и сохранения индивидуального и общественного здоровья. Результаты педагогического эксперимента продемонстри-

Результаты. Антропоэкосистема — это экосистема, в которой протекает жизнедеятельность человека. Антропоэкосистема состоит из совокупности компонентов и связывающих их процессов, происходящих в определённом пространстве в конкретное время. Выделяют 12 блоков модели антропоэкосистемы: «Общность людей», «Природа», «Население», «Хозяйство», «Социально-экономические условия», «Загрязнение окружающей среды», «Демографическое поведение», «Экологическое сознание», «Уровень здоровья населения», «Профессиональные предпочтения», «Уровень культуры», «Уровень образования».

Численность населения г. Славгорода постоянно изменялась и была непостоянна с самого зарождения города до современных дней. В период с 2008 по 2014 гг. численность населения постепенно снижалась.

Возрастная структура населения сильно влияет на общую смертность и на воспроизводство населения. Средний возраст женщин составляет 42 года, мужчин — 37 лет. Самые большие группы мужчин и женщин — это возрастные группы от 20 до 44 лет.

Данные о рождаемости (205 человек) и смертности (230 человек) в 2014 характеризуют естественную убыль населения.

Представители белорусской и русской национальности составляют 98% от общего числа жителей, среди которых присутствуют украинцы, армяне, азербайджанцы, молдаване.

Анализ заболеваемости населения в 2014 г. представлен в таблице 1.

Заболевания	Кол-во	Заболевания	Кол-во
Травмы, отравления и др. последствия воздействия внешних причин	744	Гипертиреоз	21
ИБС	1344	Сахарный диабет	343
Острый инфаркт миокарда	13	Психические расстройства	996
Острая пневмония	177	Болезни нервной системы	141

Хронический бронхит	62	Болезни глаза	438
Фиброз и цирроз печени	22	Болезни уха	495
Бронхиальная астма	97	Инфаркт мозга	62
Язвенная болезнь	502	ОРИ	972
Гастрит и дуоденит	103	Грыжи	50
Холецистит	50	ЖКБ	42
Болезнь поджелудочной железы	120	Псориаз	47
Инфекционные заболевания	223	Подагра	27
Болезни мочеполовой системы	100	МКБ	59
Новообразования	653	Болезни муж.пол. орг.	82
Анемии	15	Болезни жен.пол. орг.	192
Гипотиреоз	65	Врождённые аномалии	43

Таблица 1. Структура заболеваемости населения в 2014г.

Факторами, влияющими на здоровье населения, являются загрязнение окружающей среды и производственные условия.

Результаты анкетирования, характеризующие образ жизни населения, позволяет сделать вывод, что образ жизни большинства жителей близок к здоровому. На каждого жителя г. Славгорода приходится 25,5 кв.м. жилья. В городе действует 54 магазина, 3 предприятия бытового обслуживания.

Анализ данных анкетирования по выявлению уровня экологического сознания показал, что 97% опрошенных считают, что человек — царь природы. На вопрос, что является основной задачей экологии, правильный ответ дали 17% опрошенного населения. С тем, что основным в сохранении человека и биосферы является повышение нравственно-духовного уровня жизни, согласилось 50% опрошенного населения. 69% верят в то, что насилие над природой возвращается к человеку с болезнями.

Заключение. Полученные и систематизированные данные по формированию и структуре антропоэкосистемы г. Славгорода могут быть использованы различными отделами исполкома города и экологическими службами для планирования хозяйственной деятельности и работы с населением.

Литература

1. Прохоров, Б. Б. Аксиомы экологии человека / Б.Б. Прохоров. — М., 1985. — 478 с.
2. Цуканов, Е. А. Место информационной среды в экосистеме человек социум / Е. А. Цуканов. — Тюмень., 2006. — 321 с.
3. Шандала, М. Г. Здоровье населения как критерий антропоэкосистемы / М. Г. Шандала. — М., 1988. — 379 с.

VIII. ОБРАЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ

ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

*Е. А. Кунцевич, ст. преподаватель
кафедры анатомии и физиологии*

*И. В. Кунцевич, студент факультета математики
и информационных технологий*

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

Работа с компьютером может создавать проблемы для здоровья. Неподвижная напряжённая поза оператора, в течение длительного времени прикованного к экрану монитора, приводит к усталости и возникновению боли в позвоночнике, шее, плечевых суставах, а также развивается мышечная слабость и происходит изменение формы позвоночника. Интенсивная работа с клавиатурой вызывает болевые ощущения в локтевых суставах, предплечьях, запястьях, в кистях и пальцах рук [2]. Отечественные и зарубежные исследования показывают, что более 90% пользователей компьютером жалуются на жжение или боли в области глаз, чувство песка под веками, затуманивание зрения и т.д. По данным итальянских учёных, которые обследовали свыше 5 тысяч пользователей, были отмечены следующие симптомы: покраснение глаз — 48%, зуд — 41%, боли — 9%, потемнение в глазах — 2,5%, снижение остроты зрения — 34%, бинокулярного зрения — 49%. В результате длительной работы велик риск появления или прогрессирования уже имеющейся близорукости [3]. Нами проведено анкетирование 50 студентов 1–3 курсов. Среди опрошенных юношей 26% и 74% девушек. Исследование показало, что практически все студенты информированы об отрицательном воздействии ПЭВМ на здоровье (98%) и все пользуются компьютером постоянно. Выявлено, что продолжительность пользования персо-

нальным компьютером у 24% анкетированных составляет более 6 лет, у 30% — от 4 до 6, у 32% — от 2 до 4 лет, 14% используют компьютер менее 2 лет. Половина опрошенных обычно проводят перед компьютером 1–3 часа в день, треть — менее 1 часа, пятая часть — более 3 часов. Подавляющее большинство (86%) находятся перед монитором без перерыва более 1 часа, из них половина — более 3 часов подряд. Самое длительное пребывание перед монитором (более 5 часов) отмечают 44% студентов. Даже при длительной работе на ПК (более 1 часа) 76% не делают рекомендуемые 10–15 минутные перерывы. Большая часть анкетированных не соблюдает технику безопасности при работе с ПК: лишь 46% выключают компьютер, если не пользуются им, 92% пользуются ПК в вечернее время суток, 84% при этом не пользуются дополнительным освещением. У 20% пользователей ПК расположен на расстоянии менее 1 метра от изголовья кровати. Расстояние, с которого смотрят на монитор, у половины анкетированных составляет менее 0,5 м. Большая часть респондентов (88%) слушают музыку и играют в электронные игры на компьютере. 28% студентов, которые участвовали в анкетировании, используют портативный компьютер — ноутбук. Следует отметить, что ноутбуки обычно располагаются значительно ближе к пользователю, следовательно, источники электромагнитного излучения будут с большей вероятностью воздействовать на области жизненно важных органов человека [2]. Только за столом работают с ноутбуком лишь двое респондентов. Подавляющее большинство располагают его на коленях, при этом расстояние от центра клавиатуры до тела, и что особенно важно, до половых желёз, составляет от 10 до 40 см, что представляет серьёзную угрозу для здоровья последующих поколений [1]. Напомним, что в исследовании приняли участие юноши и девушки от 17 до 24 лет, для которых сохранение репродуктивного здоровья очень важно. Неприятные ощущения со стороны глаз при работе и после работы с ПК испытывают 66% анкетированных, 34% — чувствуют усталость, головную боль, боль в спине. 34% страдают миопией. Среди опрошенных все отметили наличие отдельных симптомов, которые ха-

рактены при воздействии электромагнитных полей на организм человека. Наибольшее распространение среди указанных симптомов составили: головная боль — у 75% респондентов, повышенная утомляемость, раздражительность, лабильность настроения — 80%, нарушение памяти и внимания, депрессивное состояние, боль и резь в глазах, бессонница — более 50%. Две трети пользователей имеют одновременно от 4 до 10 симптомов, 20% — более 10. Только 10% студентов связывают отмеченные симптомы с работой перед монитором ПК. Таким образом, можно сделать предварительные выводы, что большинство студентов информировано о негативном влиянии ПК на здоровье человека, но подавляющее число пользователей не соблюдают режим и условия безопасной работы с ПК, и значительная часть респондентов отмечают нарушения в самочувствии. Соблюдение ряда правил может уменьшить негативное воздействие компьютера на здоровье. Стремительное развитие технических средств коммуникации, наряду с несомненными видимыми преимуществами, негативно сказывается на психическом и физическом здоровье молодёжи.

Литература

1. Аврамов Ю. С., Грачев Н. Н., Шляпин А. Д. Защита человека от электромагнитных воздействий. — М.: РИЦ МГИУ, 2002. — 232 с.
2. Демирчоглян Г. Г. Компьютер и здоровье. — М.: Лукоморье, Темп МБ, Новый Центр, 1997. — 256 с.
3. Степанова М. Как обеспечить безопасное общение с компьютером // Народное образование. — 2003. — № 2. — С. 145-151. 7. Морозов А. А. Экология человека, компьютерные технологии и безопасность оператора // Вестник экологического образования в России. — 2003. — № 1. — С. 13-17.

ПРОБЛЕМА КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МОЛОДЕЖИ

А. С. Метелица

ГУДОВ «Витебский областной институт развития образования»

Ф. И. Шкирандо

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»

Актуальность. Технологическое развитие цивилизации привело к широкому использованию компьютеров в повседневной жизни. Овладение компьютерными технологиями становится необходимым условием успешного существования в современном обществе. Применение компьютеров внесло и продолжает вносить очевидные преимущества в профессиональную и учебную деятельность. Сегодня современного молодого человека невозможно представить без компьютера, ноутбука, нетбука. Посредством их молодые люди общаются, находят необходимую для них информацию, выполняют учебные задания, развлекаются, отдыхают. Вместе с положительным значением компьютеризации следует отметить негативные последствия этого процесса, влияющего на социально-психологическое здоровье человека. К ним относится явление компьютерной зависимости — патологическое пристрастие человека к работе или проведению времени за компьютером. Компьютерозависимое поведение чаще встречается среди лиц молодого возраста

Цель. Представить типы, этапы и симптомы компьютерной зависимости у молодёжи. В настоящее время психологи выделяют пять типов компьютерной зависимости: навязчивый серфинг (путешествие в сети, поиск информации по базам данных и поисковым сайтам), страсть к азартным играм, виртуальные знакомства, киберсекс (увлечение порносайтами), компьютерные игры. Зависимые от компьютера молодые люди испытывают дистресс как минимум в одной из пяти сфер: социальной, профессиональной, учебной, финансовой или физической. Проблемы всегда возникают как следствие зависимости от компьютера и пренебрежения различными аспектами жизни взамен на виртуальную реальность. В основе формирования

патологического пристрастия к компьютеру лежит нарушение психических механизмов восприятия мира и обработки информации. В большинстве случаев компьютерная или игровая интернет-зависимость возникает на фоне скрытой или явной неудовлетворённости окружающим миром и невозможности самовыражения, при страхе быть непонятым.

Выделяют следующие этапы компьютерной зависимости:

1. Этап риска развития компьютерной зависимости.
2. Этап сформированной компьютерной зависимости (эмоционально-волевые нарушения, психическая зависимость).
3. Этап тотальной компьютерной зависимости (психическая и физическая зависимость).

Учёными доказано, что компьютерная зависимость формируется намного быстрее, чем другие аддиктивные расстройства.

Основные симптомы компьютерной зависимости:

- хорошее самочувствие или эйфория за компьютером;
- нежелание отвлечься от работы или игры за компьютером;
- раздражение при вынужденном отвлечении;
- неспособность спланировать окончание сеанса работы или игры на компьютере;
- расходование больших денег на обеспечение постоянного обновления программного обеспечения (в том числе игр);
- увеличение количества времени, проводимого за компьютером;
- забывание о домашних делах, учёбе, встречах и договорённостях в ходе работы или игры на компьютере;
- пренебрежение собственным здоровьем, гигиеной и сном в пользу проведения большего количества времени за компьютером;
- приём пищи перед монитором;
- обсуждение компьютерной тематики со всеми мало-мальски сведущими в этой области людьми и др. (1,2).

Излишнее увлечение компьютером имеет отрицательные последствия, как для психического, так и для физического здоровья. Многочасовое непрерывное нахождение перед монитором может вызвать нарушение зрения, снижение иммунитета,

головные боли, усталость, бессонницу. Более того, долгое нахождение в сидячем положении оказывает сильную нагрузку на позвоночник, что вызывает частые боли в пояснице и проблемы с осанкой. Ещё одна болезнь современных пользователей — туннельный синдром. Это нарушение, проявляющееся болью в запястье и возникающее от неудобных условий работы с клавиатурой и мышью.

Выводы. Таким образом, компьютерная зависимость представляет собой значительную проблему для общества, поскольку нет никаких гарантий, что за время чрезмерной заинтересованности компьютером психика человека не будет повреждена. Студент может быть отчислен, потерять друзей, свой социальный статус и т.д. Современная действительность требует воспитания у молодёжи способности творчески и активно строить свои отношения в различных сферах действительности, быть информированным о негативных последствиях длительного взаимодействия с компьютером. Важно научиться правильно ориентироваться в новой информационной среде. Специалисты по преодолению интернет-аддикции отмечают высокую эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, тренингов в сочетании с медицинскими стратегиями.

Литература

1. Юрьева, Л.Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика / Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Ботьбот. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 196 с.
2. Л. С. Выготский и современная культурно-историческая психология: проблемы развития личности в изменчивом мире: материалы IV Междунар. науч. конф. (2010. Гомель): в 2 ч. — Гомель: ГГУ им.Ф. Скорины, 2010. — Ч. 2. — 364 с.

ОТНОШЕНИЕ К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЮ СПИДА У ДЕВУШЕК ИЗ СРЕДЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

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

А. А. Осина, студентка II курса

факультета социальной педагогики и психологии

УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»

Л. Я. Ермолова, врач

Областная клиническая больница

г. Витебск (Беларусь)

СПИД, как окрестили журналисты, «чума XX века», охватил практически все страны мира, в том числе и Беларусь. Наиболее поражённой частью населения является молодёжь в возрасте от 15 до 29 лет. Учитывая актуальность проблемы, мы поставили перед собой цель изучить отношение девушек из среды студенческой молодёжи к факторам способствующим распространению СПИДа, таким как алкоголь, гомосексуализм, проституция, добрачные половые связи и наркомания.

Для этого нами было проведено анонимное анкетирование 240 студенток, обучающихся в университете имени П. М. Машерова. Возраст анкетировуемых составил от 18 до 23 лет.

Изучая отношение наших респондентов к данным факторам риска, были выявлены следующие тенденции в употреблении алкоголя. Пиво употребляли 56,7%; вино 73,3%; крепкие спиртные напитки 37,9%, и только 5,0% не употребляли алкоголь. Настораживает тот факт, что 25,0% из них вступали в половой контакт в состоянии алкогольного опьянения.

89,2% студенток считают, что среди юношей добрачные половые связи являются типичным и распространённым явлением, соответственно, среди девушек 87,1%. Опыт половой жизни имели 71,7% опрошенных, и только 28,3% не имели такого опыта.

42,9% называют СПИД «болезнью поведения», так как часто ВИЧ-инфицированные — это наркоманы, гомосексуалисты, проститутки и люди с частыми случайными половыми связями; 41,0% с этим не согласны, т.к. можно заразиться случайно; 15,4% не выбрали свою позицию.

80,4% знают, что абсолютной защиты от заражения СПИДом нет. Однако, на вопрос: «Считаете ли Вы, что не помешает получить первый опыт половой жизни до вступления в брак?», для юношей «да» ответили 58,7%, для девушек 40,0%.

68,0% опрошенных студенток уверены, что гомосексуалисты — люди с отклонением от нормы, 30,0% — нет, остальные не определились.

По мнению опрошенных 74,6% девушек, считают, что занятие проституцией должно быть уголовно наказуемо.

При 95%-ой убеждённости респондентов, что наркомания представляет серьёзную опасность для человечества, только 36,7% считают её опасной для себя. По мнению студенток, употребление наркотиков становится всё более распространённым: среди юношей-сверстников 55,8% и среди девушек-сверстниц 36,7%.

На вопрос: «Считаете ли Вы, что в Беларуси следовало бы разрешить ограниченное под определённым контролем курение марихуаны, как это сделано в Нидерландах?», 33,4% девушек ответили утвердительно. Среди знакомых анкетированных 24,1% были или являются наркоманами; 24,3% опрошенных сталкивались с предложениями приобрести или попробовать наркотики; 13,8% пробовали принимать наркотические вещества; 91,2% респондентов уверены в том, что при любых обстоятельствах и в любой компании сумеют отказаться от настойчивых предложений попробовать наркотик, и 55,8% опрашиваемых верят, что можно стать зависимым от наркотиков даже после их однократного употребления.

Выводы:

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

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

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРУГЛОЕ МОГИЛЁВСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*М. А. Щербакова, канд. биол. наук,
доцент кафедры анатомии и физиологии*

*И. А. Роговская, студентка биологического факультета
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Качество питьевой воды влияет на состояние зубов. Дело в том, что зубная эмаль на 92% состоит из неорганических веществ — апатитов, на 2,7% — из солей кальция и на 2,3% — из солей магния. В случае если в питьевой воде этих веществ недостаточно или они в избытке, возникает дисбаланс, который способствует разрушению эмали. Вторым важным элементом, содержащимся в воде, является фтор. Необходимо употреблять в день не меньше 2 мг фтора, который наш организм усваивает, в основном, из воды до 95-97%, а из пищи около 70-80%. Однако, на всей территории Беларуси фторирование центрального водоснабжения не производится.

Цель. Изучить стоматологическое здоровье населения города Круглое Могилёвской области и влияние на него качества водопроводной воды.

Материал и методы исследования. Для изучения влияния качества и состава питьевой воды на стоматологическое здоровье взрослого населения, мы использовали экспериментальные данные анализа питьевой воды, проводимые в районном Центре гигиены и эпидемиологии города Круглое Могилёвской области. Исследовалась вода питьевая водопроводная объёмом 3 литра по СанПиН 10-124 РБ-99. Исследование воды проводилось по 14 показателям.

Экспериментальное исследование стоматологического здоровья взрослого населения проводилось на базе стоматологического отделения ГУКДСП «Круглянская ПМК-266» города Круглое Могилёвской области. Обследовалось 100 человек, из них 68 женщин и 32 мужчины.

Результаты исследования. Не смотря на то, что зубная эмаль отличается своей прочностью, она подвержена разрушениям из-за жёсткой воды. В очищенной питьевой воде содержится наибольшее количество фтора, который является «строительным материалом» для зубов. Поэтому употребление водопроводной воды, лишённой этого вещества, может привести к развитию кариеса. Но переизбыток фтора не менее опасен, он грозит таким заболеванием как флюороз. Поэтому следует внимательно выбирать питьевую воду, поскольку зубная паста зачастую отлично обогащена тем количеством фтора, которое достаточно для нашего организма. При наличии фтора в питьевой воде, нужно отказаться от использования фторсодержащей зубной пасты.

Кроме того, чистая вода зачастую обогащена и таким важнейшим микроэлементом как кальций, который крайне необходим не только зубам, но и всему организму, особенно костной системе. В воде не должно содержаться более 0,3 мг железа, иначе она становится непригодной не только для питья, но и для быта. Избыток железа, которым часто насыщена водопроводная вода, пагубно влияет на зубную эмаль. В домашних условиях, для очищения питьевой воды необходимо пользоваться специальными фильтрами. Однако фильтры часто удаляют из воды все необходимые полезные микроэлементы. Поэтому, используя фильтрованную воду, принимайте параллельно комплекс витаминов, чтобы восполнять дефицит необходимых организму веществ.

Заключение. По результатам проведённого анализа исследования проб водопроводной воды города Круглое не было выявлено фактов превышения допустимых норм по органолептическим и химическим показателям. Вредного воздействия на стоматологическое здоровье населения водопроводная вода не оказывает.

В городе Круглое, как и на всей территории Беларуси не проводят централизованное фторирование воды, этот метод имеет ряд недостатков.

Первый недостаток централизованного фторирования в неравномерном поступлении фтора с водой в разные районы города.

Второй недостаток в том, что из-за фтористых отложений трубопроводы быстро приходят в негодность. Замена трубопроводов — это большие затраты и перебои в подаче воды. В данном случае можно предложить альтернативный метод — употреблять фторированную бутилированную воду.

АНАЛИЗ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРУГЛОЕ МОГИЛЁВСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*М. А. Щербакова, канд. биол. наук,
доцент кафедры анатомии и физиологии*

*И. А. Роговская, студентка биологического факультета
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Кариес является узловой проблемой стоматологии, весьма интересной в теоретическом и исключительно важной в практическом отношении. Прогрессирующее поражение твёрдых тканей зуба, осложняющееся воспалением пульпы и околоверхушечных тканей, становится причиной болей, нередко приводит к утрате зубов и может явиться источником заболеваний опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Кариесом поражено практически все население планеты, что определяет не только его клиническое, но и социальное значение.

Цель. Оценить показатели интенсивности кариеса зубов (по индексу КПУ) у взрослого населения города Круглое Могилёвской области Республики Беларусь.

Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование проводилось на базе стоматологического отделения ГУКДСП «Круглянская ПМК-266» города Круглое Могилёвской области.

Обследовалось 100 человек, из них 68 женщин и 32 мужчины. У респондентов определялись интенсивность кариеса зубов (по индексу КПУ), показатели гигиены полости рта (по индексу ОНІ-S), состояние периодонта (по индексу КПИ).

Показатель интенсивности кариеса зубов определяется сложением числа кариозных зубов (К), пломбировочных (П) и удалённых (У) с кариесом и при его осложнениях. Интенсивность кариеса выражается целым числом. Для определения индивидуального уровня интенсивности кариеса зубов индекс КПУ делят на его возраст. При этом получают усреднённый показатель прироста интенсивности кариеса зубов у пациента на момент его обследования.

Результаты исследования. Методом клинической эпидемиологии определила гигиену полости рта (по индексу ОНI-S), состояние периодонта (по индексу КПИ) и интенсивность кариеса зубов (по индексу КПУ) в пяти возрастных группах взрослого населения (от 20 до 55 лет), обратившихся в платный стоматологический кабинет. Было установлено, что у всех пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, индекс гигиены рта превышал допустимые нормы примерно в полтора раза, постепенно повышаясь (ухудшаясь) с увеличением возраста обследованных. Средний КПУ зубов также закономерно увеличивался с возрастом от КПУ 13 в 20–24 года до КПУ 20 в возрасте 45–54 лет.

Данные о зависимости уровня заболеваемости кариесом зубов (по среднему количеству утерянных зубов) от уровня образования подтверждены также у взрослого населения 35–44 лет (это ключевая группа взрослого населения Республики Беларусь). Следует отметить, что удалённых и поражённых кариесом зубов меньше у лиц, имеющих высшее образование. Анализируя ответы пациентов, можем наблюдать, что респонденты, имеющие высшее образование обращаются в стоматологический кабинет один-два раза в год, с целью профилактического осмотра.

Уровень интенсивности кариеса зубов у пациентов оказался несколько выше, чем в эпидемиологических исследованиях, однако тенденция увеличения интенсивности кариеса с возрастом совпадает, точно также как и небольшие колебания среднего КПУ у лиц женского и мужского полов.

Заключение. Средний КПУ зубов также закономерно увеличивался с возрастом от КПУ 13 в 20–24 года до КПУ 20 в возрасте 45–54 лет.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРУГЛОЕ МОГИЛЁВСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

М. А. Щербакова, канд. биол. наук,

доцент кафедры анатомии и физиологии

И. А. Роговская, студентка биологического факультета

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

Кариес зубов в настоящее время является наиболее распространённым заболеванием человечества. Имеются многочисленные данные о том, что в экономически развитых странах поражённость им населения достигает 95-98%. К тому же заболеваемость кариесом во всем мире проявляет тенденцию к росту. По данным Всемирной организации здравоохранения, наблюдается резкое нарастание заболеваемости кариесом.

Цель. Оценить показатели гигиены полости рта у взрослого населения города Круглое Могилёвской области Республики Беларусь.

Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование проводилось на базе стоматологического отделения ГУКДСП «Круглянская ПМК-266» города Круглое Могилёвской области.

Обследовалось 100 человек, из них 68 женщин и 32 мужчины. У респондентов определялись показатели гигиены полости рта (по индексу ОНІ-S), состояние периодонта (по индексу КПИ) и интенсивность кариеса зубов (по индексу КПУ), проводилось анкетирование по авторскому опроснику.

Результаты исследования. Методом клинической эпидемиологии определила гигиену полости рта (по индексу ОНІ-S), состояние периодонта (по индексу КПИ) и интенсивность кариеса зубов (по индексу КПУ) в пяти возрастных группах взрослого населения (от 20 до 55 лет), обратившихся в платный стоматологический кабинет. Было установлено, что у всех пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, индекс гигиены рта превышал допустимые нормы примерно в полтора раза, по-

степенно повышаясь (ухудшаясь) с увеличением возраста обследованных. Средний КПУ зубов также закономерно увеличивался с возрастом от КПУ 13 в 20–24 года до КПУ 20 в возрасте 45–54 лет.

Следует отметить, что, несмотря на сравнительно небольшое количество обследованных пациентов, данные об уровне гигиены рта у обследованных амбулаторных пациентов практически совпадают с результатами эпидемиологических исследований ключевых возрастных групп населения Республики Беларусь. Уровень интенсивности кариеса зубов у пациентов оказался несколько выше, чем в эпидемиологических исследованиях, однако тенденция увеличения интенсивности кариеса с возрастом совпадает, точно также как и небольшие колебания среднего КПУ у лиц женского и мужского полов. Таким образом, клиническая эпидемиология является важным дополнением к описательным и аналитическим методам эпидемиологических исследований в стоматологии.

Заключение. С помощью методики клинической эпидемиологии определила гигиену полости рта (по индексу ОНІ-S), состояние периодонта (по индексу КПИ) и интенсивность кариеса зубов (по индексу КПУ) в пяти возрастных группах взрослого населения (от 20 до 55 лет), обратившихся в платный стоматологический кабинет. Было установлено, что у всех пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, индекс гигиены рта превышал допустимые нормы примерно в полтора раза, постепенно повышаясь (ухудшаясь) с увеличением возраста обследованных. Средний КПУ зубов также закономерно увеличивался с возрастом от КПУ 13 в 20–24 года до КПУ 20 в возрасте 45–54 лет.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА

*Г. А. Захарова, канд. биол. наук,
доцент кафедры анатомии и физиологии,*

*Е. Ю. Рылько, студентка 6-го курса биологического факультета
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Здоровый образ жизни — образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья. Здоровье людей зависит на 50-55% от образа жизни, на 20% от окружающей среды, на 18-20% от генетической предрасположенности, и лишь на 8-10% от здравоохранения. Традиционные подходы к лечению болезней (хирургического и консервативного) без учёта действия факторов образа жизни и способов их коррекции не способствуют в полной мере выздоровлению или наступлению иного благоприятного результата лечения

Цель: установить взаимосвязь развития патологии мочевыделительной системы человека с нарушением здорового образа жизни.

Материал и методы исследования. Данные анамнеза и диагностики функционирования органов мочевыделительной системы 100 пациентов «Полоцкой центральной городской поликлиники», состоящих на диспансерном учёте у врача-уролога и имеющих диагноз «мочекаменная болезнь» (МКБ). В ходе исследования использованы описательно-аналитический, сравнительно-сопоставительный и статистический метод.

Результаты. Коммунально-бытовые условия жизни больных с МКБ у большинства являются достаточно благоприятными, однако каждый пятый среди больных не имеет необходимых коммунальных удобств, что затрудняет соблюдение гигиенических норм и требований.

Среди неблагоприятных факторов образа жизни у больных МКБ на 1-м месте находится употребление алкоголя (75 человек на 100 опрошенных), на 2-м — неполноценный отдых (71), на 3-м — курение (63). Затем следуют нерациональное

питание (47), недостаточная физическая активность (43), психологическое неблагополучие (35), нарушения водного режима (23). Анализ влияния этих факторов на мужчин и женщин показал разницу: для мужчин наиболее значимы курение, употреблению алкоголя и отсутствие возможностей для отдыха, для женщин — неполноценный отдых, гиподинамия, употребление алкоголя.

Установлено, что само по себе возникновение заболевания (МКБ) не является стимулом к изменению образа жизни: 51% больных отметили весьма незначительные изменения, у 41% образ жизни не претерпел никаких изменений, и только для 8% возникновение заболевания послужило мотивацией к существенному изменению образа жизни (при этом мужчины сильнее «мотивируются» наличием заболевания для отказа от курения по сравнению с женщинами).

Медицинская информированность больных с МКБ по вопросам образа жизни является недостаточной. Только 43% знают свой тип камнеобразования, 46% не знают, какие лекарственные препараты и витамины им противопоказаны в связи с заболеванием, 41% не знают, какие лекарственные травы следует применять для лечения МКБ (хотя употребляют), только 13% точно знают показанные и противопоказанные продукты питания, 8% точно знают показанные и непоказанные минеральные воды.

Одним из важнейших аспектов медицинской активности, оказывающим существенное влияние на результат лечения, является чёткое выполнение рекомендаций врача. Подавляющее большинство больных (94%) отметили, что получали рекомендации врача по медикаментозному и оперативному лечению МКБ. Но только 31% отметили, что всегда чётко выполняют медицинские рекомендации (а среди мужчин — только каждый пятый), а 5% респондентов указали, что практически их не соблюдают. Среди причин несоблюдения назначений лидируют «забывчивость» (37%), материальные затруднения (32%), отсутствие веры в эффективность назначенного лечения (12%), а 9% не доверяют непосредственно врачу, назначившему лечение.

Целесообразно, чтобы пациенты с МКБ были проинформированы о том, какой у них *pH* мочи и какие продукты питания предпочтительно выбирать для его оптимизации. Только 16% опрошенных указали, что *pH* мочи им известен. При составлении диеты при МКБ врачом должны быть даны конкретные и понятные рекомендации по применению витаминосодержащих препаратов микроэлементов. Однако 69% опрошенных не имели их.

Рекомендации по вопросам физической активности получали от врача только 16% опрошенных. При этом все они утверждают, что эти рекомендации давались в ответ на вопрос самих больных о том, можно ли им заниматься спортом (фитнесом) и какими видами целесообразно заниматься.

Заключение. Неблагоприятные факторы образа жизни и медицинской активности продолжают действовать в период лечения и метафилактики мочекаменной болезни. Информированность больных с МКБ о необходимом для них образе жизни и роли медицинских работников в его формировании недостаточна. Целесообразно проведение комплекса медико-организационных мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, направленных на повышение медицинской активности и информированности больных с МКБ.

Литература

1. Агаларова, Л. С. Роль врача общей практики в формировании здорового образа жизни / Л. С. Агаларова. — 2006: — №4. — с. 44-47.
2. Аляев, Ю. Г. Метафилактика мочекаменной болезни / Ю. Г. Аляев, А. В. Амосов, В. С. Саенко. М., 2007. — 350с.

IX. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА МЕДЬЮ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ

*В. А. Ключев, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии
Д. А. Аврамов, студент II курса БФ
УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Медь — один из важнейших химических элементов необходимых для организма человека. Издавна данный микроэлемент использовали при лечении таких заболеваний, как менингит и малокровие. Медь относят к группе эссенциальных (жизненно важных) микроэлементов.

Вышеуказанный микроэлемент помогает синтезировать АТФ, аминокислоты, белки, а также участвует в управлении нервной деятельностью и процессами дыхания. Без участия меди отмечается нарушение обмена железа. Благодаря меди и железу синтезируется гемоглобин и образуются эритроциты.

Установлено, что при употреблении алкоголя отмечают как дефицит, так и избыток меди в организме человека. Наиболее частыми заболеваниями, возникающими при недостатке в организме данного элемента, являются:

- анемия;
- бронхиальная астма;
- ишемическая болезнь сердца;
- сахарный диабет.

Избыточное содержание меди в организме человека может привести к таким заболеваниям, как:

- цирроз печени;
- хронический гепатит;

- шизофрения,
- ревматизм.

Кроме алкоголя, на содержание меди в организме человека влияет и такой фактор, как питьевая вода.

Цель работы — анализ обеспеченности питьевой воды областей Республики Беларусь медью.

Материалы и методы. С целью выявления меди в питьевой воде использовались колориметрические методы определения данного микроэлемента. Для оценки содержания меди в питьевой воде были использованы статистические данные, предоставленные Белорусской гидрогеологической экспедицией. Предельно допустимая концентрация содержания в питьевой воде вышеуказанного элемента установлена в соответствии с СанПиН 10.124 РБ 99 и составляет 1,0 мг/дм³.

Результаты и их обсуждение. На всей территории Беларуси выявлен низкий уровень обеспеченности питьевой воды медью. Он колеблется от 0,0045(±0,0002) мг/дм³ в Могилевской области до 0,1407 (±0,1006) мг/дм³ в Минской области (таблица 1).

Область	Содержание, мг/дм ³
Минская	0,1407 (±0,1006)
Витебская	0,1139 (±0,0957)
Брестская	0,1096 (±0,0353)
Гомельская	0,0869 (±0,0190)
Гродненская	0,0588 (±0,0174)
г. Минск	0,0078 (±0,0006)
Могилёвская	0,0045(±0,0002)

Таблица 1. Обеспеченность питьевой воды областей Беларуси медью

Заключение. Оценка содержания меди в питьевой воде областей Беларуси, поможет установить связь различных заболеваний человека с низким уровнем обеспеченности питьевой воды данным микроэлементом.

НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА МАРГАНЦА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ

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

Среди химических элементов, присутствующих в окружающей среде, большое внимание уделяется микроэлементам. Биологическое действие микроэлементов определяется их взаимодействием с ферментами, гормонами и витаминами.

Одним из важнейших микроэлементов, необходимых для нормального развития и функционирования организма человека, является марганец. Марганец играет важную роль в метаболизме клетки. Данный микроэлемент необходим для нормальной секреции инсулина, регуляции уровня глюкозы в крови и обмена липидов. Особенно важен марганец во время роста организма, обеспечивая формирование нормальной структуры костей, развитие соединительной ткани, хрящей.

При дефиците данного микроэлемента в организме человека отмечаются:

- повышенная утомляемость и развитие депрессивных состояний;
- вероятность развития остеопороза;
- замедленное развитие детского организма;
- возникновение аллергических реакций.

С недостатком марганца в организме человека связаны такие заболевания, как диабет нечувствительный к инсулину и гипохолестеринемия.

Одной из основных причин дефицита вышеуказанного микроэлемента в организме человека является употребление алкоголя.

Дефицит марганца при употреблении алкоголя в сочетании с недостаточным поступлением данного микроэлемента из питьевой воды может привести к значительным последствиям для организма человека.

Цель работы — оценка содержания марганца в питьевой воде областей Республики Беларусь.

Материал и методы. Материалы по содержанию марганца в питьевой воде предоставлены Белорусской гидрогеологической экспедицией. Для определения вышеуказанного микроэлемента в воде использовались методы колориметрии. Величины содержания отдельных микроэлементов в питьевой воде Беларуси регулируются величинами предельно допустимых концентраций (ПДК). Согласно СанПиН 10.124 РБ 99 ПДК содержания марганца в питьевой воде составляет 0,1 мг/дм³.

Результаты и их обсуждение. На значительной территории Республики Беларусь уровень содержания марганца в питьевой воде колеблется незначительно по отношению к предельно допустимой концентрации, установленной для данного микроэлемента. Наименьший коэффициент содержания марганца в питьевой воде отмечен в Минской области (таблица 1).

Область	Содержание, мг/дм ³
Гомельская	0,1077 (±0,0264)
Брестская	0,1016 (±0,0394)
г. Минск	0,0826 (±0,0038)
Витебская	0,0745 (±0,0102)
Гродненская	0,0659 (±0,0130)
Могилёвская	0,0526 (±0,0009)
Минская	0,0420 (±0,0218)

Таблица 1. Содержание марганца в питьевой воде областей Беларуси

Заключение. Анализ вышеуказанных данных, поможет выявить связь нарушения обмена марганца в организме человека, с низким уровнем содержания данного микроэлемента в питьевой воде.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ

*Е. А. Кунцевич, ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии
К. Гиреева, студентка биологического факультета
УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Здоровье женщин фертильного возраста закладывается с первых дней жизни. В детстве происходит становление общесоматического здоровья, берут начало многие органические, а тем более функциональные заболевания женских половых органов, закладывается фундамент сексуального поведения, формируются репродуктивные установки. Только решив проблему здоровья молодежи, вступающей в репродуктивный возраст, можно ожидать рождения здорового поколения [1]. Репродуктивное здоровье является относительно новым аспектом в демографической политике страны, требующим пристального внимания к состоянию репродуктивной системы, как мужчин, так и женщин. Вместе с тем охрана репродуктивного здоровья женщин имеет специфические особенности. Особенно актуальным это является в период беременности и кормления ребёнка грудью, т. к. среди всех работающих женщины составляют более половины и около 50 % из них трудятся во вредных и опасных условиях. При этом большая часть из них находится в детородном возрасте (15-49 лет). Патология репродуктивной системы, обусловленная воздействием комплекса неблагоприятных факторов (социально-экономических, образа жизни и вредных привычек, профессиональных и экологических вредностей), также представляет одну из актуальнейших проблем современной репродуктивной медицины [3]. Статистика свидетельствует, что каждая 4-я девочка уже в подростковом возрасте имеет различные формы нарушений репродуктивного здоровья, а среди мальчиков только 63 % являются годными к воинской службе. При сложившейся демографической ситуации сохранение каждой беременности, каждого жизнеспособного и здорового плода и новорожденного, снижение перинатальной и младенческой смертности приобретает для общества важней-

шее значение. Среди детей (до 15 лет) и подростков, которые через несколько лет вступят в трудовой и детородный возраст, отмечается рост общей заболеваемости, хронической патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем (на 34 и 39,4 % соответственно), органов пищеварения (на 77,4 и 49,7 %), нервной системы (на 15 и 23 %), растут скелетно-мышечные нарушения, заболевания мочеполовой системы, онкологическая заболеваемость, а также врождённые аномалии и инвалидность. Влияние неумеренного употребления алкоголя на женское здоровье всегда оговаривалось врачами как чрезвычайно негативное и, в первую очередь, затрагивающее репродуктивную систему. Алкоголь разрушает не только мозг. Столь же губительно он действует на репродуктивные ткани, на зародышевые клетки и на потомство. А это значит, что он губит будущее. Влияние алкоголя на потомство идет по двум направлениям: первое — употребление алкоголя сопровождается глубокими изменениями в половой сфере, включая атрофию репродуктивных органов. Второй путь воздействия алкоголя — это прямое его действие на зародышевую клетку. Когда человек находится в алкогольном опьянении, все клетки его организма оказываются насыщенными этиловым ядом, в т. ч. и зародышевые. Повреждённые алкоголем зародышевые клетки обуславливают начало деградации. Ещё хуже, если другая (женская) клетка при слиянии окажется алкоголизированной, в зародыше тогда произойдёт как бы накопление дегенеративных свойств, что особенно тяжело отражается на развитии плода, на судьбе ребёнка. Даже небольшие дозы спиртных напитков отражаются на генетическом субстрате, что может привести к рождению дефективных потомков, если не немедленно, то в последующих поколениях. Особенно значительное влияние на потомство оказывает приём спиртного женщинами. При этом для появления дегенеративного потомства совсем не обязательно, чтобы родители были алкоголиками. И катастрофически нарастающее количество дефективных и умственно отсталых детей это подтверждает. Родившиеся от пьяных родителей умственно отсталые люди неизбежно дают такое же потомство, и происходит все нарастающее снижение интеллектуального уровня народа. Также регулярное

неумеренное потребление алкоголя провоцирует возникновение сексуальных расстройств и высокую вероятность выкидыша во время беременности. А для молодых женщин алкоголизм, помимо всего прочего, — это нарушение менструального цикла и повышенный риск нежелательной беременности. Исходя из всего вышеописанного, предотвращение и лечение алкоголизма у женщин — это одна из важнейших задач здравоохранения любой страны, которая озабочена высокой детской смертностью, заболеваемостью и старением нации. Ведь женщина, которая употребляла даже совсем небольшое количество алкоголя во время рода, подвергает своего ребёнка ничем не обоснованному риску родиться с патологией, и даже летального характера. Алкоголь и наркотики — это то, что должно навсегда исчезнуть из вашей жизни в любом случае, а в особенности перед зачатием ребёнка.

Литература

1. Амирова Н. Ж. Медико-социальная характеристика репродуктивно-го здоровья девушек-подростков: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1996. С. 10.
2. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000–2004 гг. и план мероприятий по её реализации // Планирование семьи. 2000. № 2.
3. Каткова И. П., Андрияшина Е. В., Куликова О. А. Репродуктивное здоровье и права молодёжи // Народонаселение. 1999. № 1. С. 67.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ЛАТЕНТНОЙ НАРКОМАНИИ

О. Н. Малах, М. Г. Храповицкая

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

В течение последних лет проблема немедицинского потребления наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ стала актуальной для большинства стран мира, в том числе и для Республики Беларусь. Распространение наркомании в Республике Беларусь, как и в других странах, представляет глобальную угрозу здоровью

населения, экономике страны, правопорядку и безопасности государства.

Существующая система наркологической помощи в Республике Беларусь ориентирована, прежде всего, на лечение и реабилитацию лиц, уже страдающих наркоманией. В то же время для оказания помощи потребителям наркотиков на начальном этапе необходимы профилактические программы, направленные на недопущение употребления наркотиков, реализуемые в учреждениях образования, социального обслуживания, культуры, физкультуры и спорта.

В этой связи научный интерес представляет способ оценки субъективной значимости наркотика для лиц склонных к употреблению наркотиков. Полагаем, что определение у индивида мотивов употребления нарковеществ позволит на ранней стадии установить риск его наркотизации.

С целью изучения мотивов употребления наркотиков и выявления латентной наркомании использовали автоматизированную анкету, разработанную на основе опросника МУН (автор И. В. Аксючиц [1]) с помощью пакета Microsoft Office программы MS Excel (рационализаторское предложение «Способ оценки мотивов употребления наркотиков» принято к использованию в ВГУ имени П. М. Машерова, удостоверение №20, выдано Малах О. Н., Глебовой Т. В., Храповицкой М. Г.).

Модифицированная нами анкета создана для автоматизации широкого круга работ, необходимых при проведении психологических, психофизиологических и педагогических обследований и автоматизирует, в основном, процессы создания или адаптации компьютерных вариантов анкетирования; сбора данных (в том числе и тестирования); интерпретации полученных оценок в различных формах и с учётом того, для кого эта интерпретация предназначена; хранения и поиска информации; различного рода обработка результатов. Реализованы различные функции работы с группами испытуемых, в том числе возможность оценивать группы, как целое, некоторые функции статистической обработки.

Возможность поиска и ранжирования испытуемых по различным критериям даёт возможность автоматизировать про-

цесс принятия решений, выявить людей соответствующих заданным требованиям. Автоматизируется также выдача диаграмм, сводных ведомостей, получение полной интерпретации, которая может быть оформлена в виде документа. Сохраняется подробный протокол хода анкетирования и предоставляется возможность его подробного и разностороннего анализа. При этом реализована возможность повышения эффективности и результативности воспитательной работы общеобразовательных учреждений по своевременному выявлению учащихся группы риска употребления наркотических средств и проведения с ними профилактической и коррекционной работы.

Литература

1. Аксюциц И. В. Методика изучения мотивов употребления наркотиков / И. В. Аксюциц // Психологический журнал. – 2007. — №1. — С. 52-59.

ПРОФИЛАКТИКА ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ УЧАЩИХСЯ

*А. С. Метелица, канд. пед. наук, доцент кафедры управления
и технологий образования*

ГУДОВ «Витебский областной институт развития образования»

М. В. Папко, психолог

Отдел образования, спорта и туризма Витебского райисполкома
г. Витебск (Беларусь)

Введение. Алкоголизм — заболевание, разновидность токсикомании, характеризующееся болезненным пристрастием к алкоголю, с психической и физической зависимостью от него. Негативные последствия могут выражаться психическими и физическими расстройствами, а также нарушениями социальных отношений лица, страдающего этим заболеванием.

Пьянство среди учащихся тесно связано с их отклоняющимся поведением. В основе этой связи лежит самая главная для подростков опасность алкоголизма — ослабление самоконтроля.

Следует отличать алкоголизм как заболевание от пьянства как проявление моральной распущенности, а также учитывать,

направлена ли работа по профилактике пьянства и алкоголизма на здоровых учащихся или тех, кто неустойчив в нервно-психическом отношении.

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

В первичной профилактике алкоголизма существуют следующие основные направления: проведение широкой воспитательной работы с учащимися и родителями, которая предусматривает повышение их культурного уровня и формирования антиалкогольного общественного мнения; санитарно-гигиеническое противоалкогольное воспитание и формирование трезвенных установок.

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

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

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

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

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

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

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

Задачи проводимой работы: обеспечить информацией учащихся и родителей о вредном влиянии алкоголя на организм, о социальных последствиях его употребления; оказать практическую помощь родителям в профилактике алкоголизации среди

детей; помощь учащимся приобрести навык сказать «нет»; способствовать формированию здорового образа жизни.

На подготовительном этапе проводится анкетирование учащихся по данной проблеме, объявляются конкурсы на лучшие сочинения, доклады, творческие работы, сообщения; рисунки, плакаты, эмблемы здоровья, выставки о вреде алкоголя. На втором этапе организуется деловая игра «Скажем «нет» алкоголю!». Составление коррекционной программы с учётом индивидуальных особенностей учащихся. Индивидуальный подход связан с необходимостью преодоления отрицательных качеств и проявлений, недостатков в поведении, предполагает чуткость и такт воспитателя по отношению к учащемуся, умение предвидеть последствия выбора и осуществления таких воспитательных мероприятий, которые соответствуют его особенностям.

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

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

Специалистам социально-психологических служб совместно с педагогами необходимо проводить профилактическую работу по нарушению поведения, а также патологического развития личности у данного контингента. Психолого-педагогическое воздействие имеет не только профилактическую, но и лечебно-коррекционную направленность.

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

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

ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ЮНОШАМИ ИЗ СРЕДЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

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

УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»

Я. С. Сипайло, учитель

Государственная гимназия № 4

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 молодёжной среде, самой уязвимой части общества в плане возможности формирования патологического влечения к алкоголю. Кроме того, именно в молодости закладываются основы отношения к спиртным напиткам.

Целью нашей работы было выяснить, как относятся к алкоголю юноши-студенты. Проведено анонимное анкетирование 126 студентов, обучающихся в университете имени П. М. Машерова. Возраст анкетированных составил от 17 до 23 лет.

47,7% студентов знают, что алкоголь вреден для здоровья, 31,8% считают, что вредно только употребление большого количества алкоголя, 9,1% считают, что вреден только некачественный алкоголь, а 11,4% считают, что алкоголь не вреден для здоровья.

Юноши предпочитают следующие алкогольные напитки: пиво — 19,2%, вино — 21,2%, водка — 21,2%, ликёры и шампанское — 13,4% и только 25,0% не любят спиртного.

Мы попытались выяснить при каких обстоятельствах респонденты впервые попробовали алкоголь. 47,6% ответили, что с родителями дома во время праздничных застолий, 14,3% — в компании взрослых знакомых, а 31,0% — в компании сверстников, чтобы не отставать от других, 7,1% ответили, что «просто было скучно».

После первого употребления алкоголя 46,5% студентов почувствовали приподнятое настроение, у 9,3% самочувствие

ухудшилось, у 14,0% появилось головокружение и головная боль, у 11,6% — тошнота и рвота, а 18,6% никаких изменений не ощутили.

Анализируя анкеты, мы выяснили, что 14,3% респондентов употребляют спиртные напитки 2-3 раза в неделю; 16,7% — один раз в неделю; 59,5% — один раз в месяц и реже; студентов, не употребляющих алкоголь, 9,5%.

Каковы мотивы у молодых людей к употреблению спиртных напитков?

13,0% юношей пьют, чтобы подражать взрослым на праздники и в дни рождения, 10,9% — для устранения нерешительности и стеснительности, 26,1% — с целью хорошего общения в компании, 21,8% пьют, чтобы улучшить настроение, а 13,0% пьют, чтобы получить удовольствие. Эти две последние группы представляют собой люди, зависимые от алкоголя. Самая критическая группа — те, которые употребляют алкоголь вообще без особой причины 15,2%.

Мы попытались также выяснить, в каком возрасте респонденты впервые попробовали алкоголь. Оказалось: 16,7% — до 7 лет, 23,8% — от 7 до 10 лет, 7,1% — с 10 до 12 лет, 50,0% — с 12 до 15 лет, 2,4% никогда не пробовали.

Приём алкоголя сопровождается следующими признаками похмелья: у 28,6% утром бывает общее недомогание и головная боль, у 11,9% — тошнота, рвота и боли в животе, у 7,1% — дрожь в руках и ногах, у 52,4% таких ощущений не бывает.

Для предупреждения похмелья 35,7% не пьют много, 26,2% пьют разбавленные напитки, 30,9% закусывают большим количеством мясных продуктов, 4,8% используют лекарственные препараты, 2,4% ничего не используют.

От утреннего похмелья 27,9% юношей избавляются от него длительным сном, 16,3% «выгоняют» алкоголь большим количеством соков и рассолов, 4,6% выпивают пива или немного водки, 51,2% не опохмеляются.

Нам было интересно выяснить, как относятся к алкоголю родители наших студентов, и выяснилось, что 9,5% пьют чаще 1 раза в неделю; 19,0% — 1 раз в неделю; 50,0% — 1 раз в месяц и реже; 21,4% не употребляют алкоголь. Когда мы сравнили

эти данные с теми, которые отражают кратность употребления алкоголя студентами, то оказалось, что 2-3 раза в неделю родители пьют на 4,8% меньше детей; 1 раз в неделю — на 2,3% больше детей; 1 раз в месяц родителей на 9,5% меньше употребляющих алкоголь, чем студентов. Среди родителей 11,9% больше не употребляющих спиртные напитки по сравнению с юношами-студентами.

Респонденты должны были внести предложения о мерах, необходимых для уменьшения употребления алкоголя в обществе. 34,1% предложили уменьшить продажу алкоголя; 27,3% повысить цену на спиртное; 20,4% решили, что следует оставить всё как есть; 18,2% не знают, что можно предпринять.

Выводы:

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

2. Не у всех юношей-студентов есть чёткие 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.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛИЗМОМ В НЕКОТОРЫХ РАЙОНАХ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Г. А. Захарова, канд. биол. наук,

доцент кафедры анатомии и физиологии,

*О. В. Баженова, студентка 6-го курса биологического факультета
УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)*

Проблема наркотической и алкогольной зависимости в настоящее время как никогда актуальна. Наркомания стремительно молодеет, все большее число несовершеннолетних приобретают «опыт» потребления наркотических и психотропных препаратов. Реклама и продажа алкогольных напитков на фоне

социальной, экономической и психологической напряжённости, безработицы, неорганизованности досуга и отдыха, неясности перспектив дальнейшей жизни для многих людей, объективно способствуют росту алкоголизации части населения.

Цель работы — провести анализ заболеваемости алкоголизмом в восьми районах Витебской области.

Материал и методы. В ходе исследования использованы описательно-аналитический, сравнительно-сопоставительный и статистический метод. С их помощью обработаны литературные источники, данные медстатистики и анамнеза пациентов (с шифром F10-19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ), проходивших лечение в учреждении здравоохранения «Лепельская областная психиатрическая больница» за 2009-2014 гг.

Результаты. В зону обслуживания УЗ «Лепельская областная психиатрическая больница» входят 8 районов. Количество пролеченных за исследуемый период пациентов представлено в таблице 1.

Район/ год	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Бешенковичский	78	79	78	76	87	75
Докшицкий	126	114	163	146	159	119
Лепельский	642	687	727	682	668	544
Сенненский	43	65	82	60	71	51
Толочинский	75	44	48	44	24	37
Чашникский	165	159	161	160	159	137
Ушачский	79	86	89	95	96	84
Оршанский	3	3	11	8	7	14

Таблица 1. Количество пролеченных пациентов.

Учитывая территориальную близость к УЗ «Лепельская областная психиатрическая больница», отмечаем наибольшее число пациентов из Лепельского, Чашникского и Докшицкого районов. Отдалённость некоторых районов объясняет меньшее

число пациентов вследствие их обращения за помощью в другие стационары. За исследуемый период по 5 районам (Бешенковичский, Докшицкий, Лепельский, Сенненский, Ушачский) видим пиковое повышение обращений в середине периода и снижение в 2014 г.

Количество пролеченных мужчин и женщин представлено в таблице 2.

Год/Пол	Мужчины	Женщины
2009	825	394
2010	905	358
2011	954	469
2012	842	472
2013	832	485
2014	690	433

Таблица 2. Гендерный анализ пациентов.

За исследуемый период пик мужских обращений приходится на 2011 г., женских — на 2013 г. Но, сравнивая конец и начало периода, видим снижение числа мужских и рост числа женских обращений. Таким образом, можно говорить об устойчивой тенденции к употреблению алкогольных напитков среди женского населения.

Наивысший пик алкоголизации и для мужчин, и для женщин приходится на возраст от 21 до 34 лет. У мужчин и у женщин алкоголизм протекает по-разному. Так, у мужчин с 17-20 лет алкоголизм может протекать скрыто, и наличие болезни распознается лишь к 30 годам. Очень редко симптомы зависимости к алкоголю проявляются впервые у мужчин старше 45 лет. Женский алкоголизм в целом характеризуется более поздним началом. Спонтанные ремиссии у мужчин наблюдаются в возрасте 50-60 лет, а у женщин, страдающих алкоголизмом, встречаются значительно реже.

Быстрота развития и выраженность симптомов опьянения и алкогольной зависимости у мужчин и женщин зависит как от количества и качества принятого алкоголя, так и от характера

питания человека, массы тела, общего состояния здоровья, от типа высшей нервной деятельности человека, от степени утомляемости и качества спиртных напитков.

Заключение. Форма употребления спиртного меняется в зависимости от возраста и пола. Для благоприятного развития человеческого общества необходима пропаганда здорового образа жизни и отказа от употребления алкогольных напитков с целью профилактики алкоголизации населения.

Литература

1. Каплан, Б.Дж., Сэдок, Г.И. Клиническая психиатрия: из синопсиса по психиатрии /Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1. С 153-170.
2. Кирпиченко, А.А., Психиатрия: Учеб./ А.А. Кирпиченко. — 4-е изд., перераб. и доп. — Мн.: Выш. шк., 2001. — 606с.: ил.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ	5
ПРОГРАММА XIII Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире»	6

І. БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

<i>Ю. К. Абаев.</i> ПРОГРЕСС МЕДИЦИНЫ И КРИЗИС ВРАЧЕВАНИЯ.....	17
<i>Г. Г. Бурак, Т. И. Ким, В. В. Ольшанникова, И. В. Самсонова, О. Н. Федорчук, Н. Г. Харкевич.</i> НРАВСТВЕННОСТЬ И ЭТИКА В ОЦЕНКЕ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ	21
<i>А. Г. Денисенко, А. А. Буйнов.</i> К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКЕ И ДЕОНТОЛОГИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО СУДЕБНОГО ЭКСПЕРТА	23
<i>О. А. Федчук, М. Ф. Яблонский, А. А. Буйнов, Н. Н. Семёнова.</i> ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НЕОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	25
<i>С. Дар'я Галубкова ОИ.</i> РАЗВИЦЦЁ ЭТЫЧНАЙ РЭФЛЕКСІІ У ГАЛІНЕ МЕДЫЧНЫХ НАВУК. БІЯЭТЫКА ЯК НАВУКА	27
<i>Gaspare Guglielmi.</i> PROBLEMI DELL'ETICA MEDICA NEL MODO DI OGGI	28
<i>Н. В. Кухтинова.</i> ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПЕДИАТРИИ	30
<i>А. И. Липец, Л. Я. Ермолова.</i> ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК ПУТЬ К ГУМАНИТАРИЗАЦИИ И ФЕНОМЕН КЛИНИЧЕСКОЙ ПОДАТЛИВОСТИ.....	34
<i>Л. В. Лукина.</i> БИОЭТИЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ БОЛЕЗНИ	36
<i>А. М. Мясоедов, Н. Г. Харкевич.</i> НРАВСТВЕННАЯ КУЛЬТУРА КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА	39
<i>Л. М. Пасиешвили.</i> ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ В КУРАЦИИ ТЯЖЕЛЫХ СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	41
<i>М. А. Щербакова.</i> ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ ВИТЕБСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ П. М. МАШЕРОВА	45
<i>В. Н. Шиленок, Э. Я. Зельдин, А. В. Богданович.</i> ДЕОНТОЛОГИЯ НЕ ИМЕЕТ ГРАНИЦ	47

<i>А. А. Заздравнов, О. И. Заздравнова.</i> БИОЭТИКА В ЭВОЛЮЦИОНИРУЮЩЕМ СОЦИУМЕ	49
<i>Н. М. Железнякова, И. И. Зеленая, Т. М. Пасиешвили, Э. Ю. Фролова-Романюк. ВРАЧ-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ КАК МЕДИКО-ЭТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ В СТРУКТУРЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ</i>	53

II. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

<i>Н. М. Медвецкая. ФИЗИЧЕСКАЯ И АЛЬТЕРНАТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ</i>	57
<i>А. Н. Окороков. ОСТЕОПОРОЗ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ</i>	59
<i>М. А. Щербачева, Е. А. Титова. БИОЭТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ</i>	65
<i>М. В. Шилина, Т. Н. Лицкевич. ХАРАКТЕРИСТИКА НУТРИЕНТНОГО СОСТАВА СРЕДНЕСУТОЧНЫХ РАЦИОНОВ ДЕТЕЙ, НЕ ПОСЕЩАЮЩИХ ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ.....</i>	68
<i>Г. А. Захарова, А. А. Русакова. РОЛЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ</i>	70

III. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

<i>Sripriya Sivanesan.</i> CURRENT ISSUES IN ONCOLOGY	73
--	----

IV. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

<i>Erida Nure MD. ASPETTI ETICI, RELIGIOSI E CULTURALI NELLA DONAZIONE E TRAPIANTO</i>	76
<i>Shivanthini Sivanesan. ETHICAL ISSUES IN ORGAN TRANSPLANTATION</i>	78

V. «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ «КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ»

<i>Andrei Ahapau. ONTYCZNO-AKSJOLOGICZNA KONCEPCJA OSOBY LUDZKIEJ I JEJ GODNOŚĆ W UJĘCIU J. RATZINGERA/BENEDYKTA XVI</i>	81
<i>Е. В. Цыбульская, А. А. Буйнов, М. Ф. Яблонский. АБОРТ — ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ПРАВО ЖЕНЩИНЫ ИЛИ ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА?</i>	82

<i>Е. Григорьева.</i> МОЖЕТ ЛИ ФИЛОСОФИЯ ОБЛЕГЧИТЬ СТРАДАНИЯ? СОВЕТЫ ДРУЗЬЯМ СВ. ГРИГОРИЯ БОГОСЛОВА.....	84
---	----

VI. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА И ТЯЖЁЛЫХ ПНЕВМОНИЙ

<i>Charles Chris Harris.</i> TUBERCULOSIS. TREATMENT AND PREVENTION	86
<i>Dr. Richie Anderson (MD).</i> TUBERCULOSIS.....	90
<i>Shilanke de Almeida.</i> TREATMENT AND PROPHYLAXIS FOR TB DISEASE IN PRESENT	98
<i>В. Ю. Земко, Ю. Ю. Земко.</i> ВЫБОР РЕЖИМОВ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ ПО МОНИТОРИНГУ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ	100

VII. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

<i>Ирина Агапова.</i> РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ РЕБЁНКА.....	105
<i>И. И. Ефременко.</i> МОТИВАЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....	106
<i>И. И. Ефременко.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОХРАНЕНИЮ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ	108
<i>Н. Г. Харкевич, Г. Г. Бурак, А. М. Мясоедов.</i> К ВОПРОСУ О ДУХОВНОМ И НРАВСТВЕННОМ ВОСПИТАНИИ МОЛОДЁЖИ	110
<i>Н. М. Медвецкая, А. В. Готовкина.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ	112
<i>И. М. Прищела, А. Н. Дударев.</i> ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У УЧАЩИХСЯ КОЛЛЕДЖА.....	115
<i>Г. А. Захарова, М. С. Кожемякина.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ГОРОДСКОЙ АНТРОПОЭКОСИСТЕМЫ	117

VIII. ОБРАЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ

<i>Е. А. Кунцевич, И. В. Кунцевич.</i> ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ	121
<i>А. С. Метелица, Ф. И. Шкирандо.</i> ПРОБЛЕМА КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МОЛОДЕЖИ	124

<i>М. Н. Нурбаева, А. А. Осина, Л. Я. Ермолова.</i> ОТНОШЕНИЕ К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЮ СПИДА У ДЕВУШЕК ИЗ СРЕДЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	127
<i>М. А. Щербакова, И. А. Роговская.</i> ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРУГЛОЕ МОГИЛЁВСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	129
<i>М. А. Щербакова, И. А. Роговская.</i> АНАЛИЗ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРУГЛОЕ МОГИЛЁВСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	131
<i>М. А. Щербакова, И. А. Роговская.</i> АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КРУГЛОЕ МОГИЛЁВСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	133
<i>Г. А. Захарова, Е. Ю. Рылько.</i> ОБРАЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА	135

IX. ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

<i>В. А. Клюев, Д. А. Аврамов.</i> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА МЕДЬЮ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ	138
<i>В. А. Клюев.</i> НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА МАРГАНЦА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ	140
<i>Е. А. Кунцевич, К. Гиреева.</i> ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ	142
<i>О. Н. Малах, М. Г. Храповицкая.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ЛАТЕНТНОЙ НАРКОМАНИИ	144
<i>А. С. Метелица, М. В. Папко.</i> ПРОФИЛАКТИКА ПЬЯНСТВА И АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ УЧАЩИХСЯ	146
<i>М. Н. Нурбаева, Я. С. Сипайло.</i> ТЕНДЕНЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ЮНОШАМИ ИЗ СРЕДЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	150
<i>Г. А. Захарова, О. В. Баженова.</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛИЗМОМ В НЕКОТОРЫХ РАЙОНАХ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ	152

Научное издание

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

XIII Международная
медицинская конференция
(Витебск, 8–9 июня 2017 г.)

Тезисы докладов

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

Подписано к печати 20.04.2017.

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

Усл. печ. л. 8,42. Уч.-изд. л. 7,95.

Тираж 155 экз. Зак. № 202.

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.

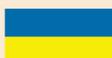
Ул. Кальварийская, 17-201а, 220004, г. Минск.

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

БЕЛАРУСИ



УКРАИНЫ



ПОЛЬШИ



ШРИ-ЛАНКИ



ВАТИКАНА



ИТАЛИИ



ФРАНЦИИ



РОССИИ



НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- БИОЭТИКА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ
- СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ
- СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ
- СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ
- «КУЛЬТУРА ЖИЗНИ» ПРОТИВ
«КУЛЬТУРЫ СМЕРТИ» — ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ
БОРЬБЫ С АБОРТАМИ И ЭВТАНАЗИЕЙ
- ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА
И ТЯЖЁЛЫХ ПНЕВМОНИЙ
- ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО
ОБРАЗА ЖИЗНИ
- ОБРАЗ ЖИЗНИ И БОЛЕЗНИ
- ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА
И НАРКОМАНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ISBN 978-985-7074-65-5



9 789857 074655