

ленной части носа. Это побудило нас к совершенствованию реконструкции СДНН на основе ОТМ. На первом этапе формируем комплекс тканей с двусторонней эпителиальной выстилкой. Кожно-подкожный лоскут выкраиваем в надбровье или нососщечной области. Выбор донорской зоны обусловлен соответствием характеристик кожи нижней трети носа, лба и медиальной части щеки [4]. Рубцы в донорской зоне маскируем линией роста волос на брови или в мелолабиальной борозде. Для создания каркаса используем хрящевой ауто- или аллотрансплантат. Мы считаем, что трансплантация хряща на первом этапе формирования ОТМ нецелесообразна — это препятствует приживлению РАДТ, манипуляции на этапе транспозиции комплекса тканей в область дефекта приводят к травме формирующейся капсулы вокруг хряща. Имплантация хряща непосредственно перед транспозицией комплекса тканей приводит к значительной травме ОТМ. Перед подшиванием РАДТ мы формируем в лоскуте тоннель между дермой и подкожным слоем. В тоннель помещаем резиновую полоску для препятствия срастанию. Это позволяет избежать проблем приживления РАДТ. После извлечения ОТМ из погружных условий резинку удаляем и на ее место вводим хрящ. Такая техника минимизирует инвазивное воздействие на сформированный ОТМ и хрящевой фрагмент при моделировании и на шовном этапе.

Выводы

Сложный комплекс тканей при устранении СДНН может быть сформирован на основе ОТМ с использованием хрящевых трансплантатов. Методика включения хрящевого трансплантата определяется особенностями заживления раны при двухэтапном вмешательстве.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Михельсон, Н. М.* Восстановительные операции челюстно-лицевой области / Н. М. Михельсон. — М.: Медгиз, 1962. — С. 208–209.
2. *Кручинский, Г. В.* Сложные трансплантаты в пластической хирургии лица / Г. В. Кручинский. — Минск: Беларусь, 1978. — С. 6–7.
3. *Hilko Weerda.* Reconstructive Facial Plastic Surgery: A Problem-Solving Manual / Hilko Weerda. — Germany: Thieme, 2001. — P. 20–41.
4. The histology of facial aesthetic subunits: Implications for common nasal reconstructive procedures / M. Rahman [et al.] // Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. — 2010. — Vol. 63, Issue 5. — P. 753–756.

УДК 614.253:616-036.88 – 616.08-039.75(476)

ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Поварова Д. В., Антонова М. А.

Научный руководитель: ассистент С. Н. Боброва

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В переводе с греческого «эвтаназия» — это «благая смерть». Впервые термин был использован в XVI в. английским философом Фрэнсисом Бэконом для обозначения «легкой», не сопряженной с мучительной болью и страданиями смерти, которая может наступить и естественным путем. В XIX в. эвтаназия стала обозначать «умерщвление» пациента из жалости [1].

Проблема эвтаназии была и по сей день остается одной из актуальных. Здесь есть

сторонники и противники. Критерий жизни и смерти — не только медицинский, но и философский вопрос. И вот, сейчас, на пороге третьего тысячелетия, данная тема горячо обсуждается многими людьми.

Исходя из действующего белорусского законодательства, «медицинским и фармацевтическим работникам запрещается осуществление эвтаназии. Лицо, которое сознательно побуждает пациента к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь». Логично предположить, что государство, защищающее право граждан на жизнь, будет стараться обеспечить им достойную жизнь, в том числе на смертном одре. Паллиативную помощь традиционно осуществляют хосписы. Открытие новых хосписов крайне актуально, поскольку система оказания паллиативной помощи в стране явно неразвита [2].

На сегодняшний день в Республике Беларусь по неофициальной оценке Министерства здравоохранения около 3000 детей страдают от неизлечимого заболевания и нуждаются в паллиативной помощи. В то же время система государственной паллиативной помощи детям находится пока лишь на стадии формирования [3].

В Республике Беларусь паллиативная помощь детям начала развиваться с 1994 г. на базе Белорусского детского хосписа (БДХ) в Минске — первого детского хосписа на постсоветском пространстве. Первые 15 лет паллиативная помощь детям оказывалась исключительно силами общественных организаций: были созданы еще детские хосписы в Витебске, Могилеве, Пинске, Слониме, Гомеле. Однако только БДХ имеет медицинскую лицензию Министерства здравоохранения Республики Беларусь на оказание первичной медико-санитарной помощи. Хосписы в других городах оказывают только социальную и психологическую помощь. Являясь негосударственной некоммерческой организацией, Белорусский детский хоспис все виды помощи пациентам оказывает бесплатно. Это значит, что находящиеся под опекой хосписа семьи бесплатно получают услуги специалистов: врачей, медсестер, сиделок, психологов, педагогов. Также семьи бесплатно получают медикаменты, продукты питания, одежду и другие необходимые вещи. Кроме этого для семей организуется оздоровительный отдых, различные социальные мероприятия [3].

Цель

Опросить граждан и оценить их знания в вопросе эвтаназии и паллиативной помощи. Призвать к сбору средств на строительство нового здания детского хосписа и благотворительности.

Материалы и методы исследования

Основным методом при проведении исследования стал опрос 60 граждан города Гомеля в возрасте от 17 до 30 лет. Респонденты определялись путем случайной выборки. Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики.

Результаты исследования

Таблица 1 — Результаты опроса граждан

Вопрос	Варианты ответа	
	да	нет
Знаете ли вы, что такое эвтаназия?	61 %	39 %
Вы за или против осуществления эвтаназии в РБ?	74 %	26 %
Слышали вы про паллиативную помощь и хосписы?	53 %	47 %
Приняли бы вы участие в сборе средств на создание белорусского детского хосписа?	89,5 %	10,5 %
Решение данной проблемы — эвтаназия или хоспис?	33 % (эвтаназия)	67% (хоспис)

Исследование показало (таблица 1), что из опрошенных граждан 39 % не знают, что такое эвтаназия. Основной процент незнających составили парни и девушки в возрасте от 17 до 22 лет. И только 53 % слышали про паллиативную помощь. Из них только 20 % знают о существовании Белорусского детского хосписа. Однако большой процент опрошенных был готов помочь в сборе средств на создание нового здания детского хосписа.

Вывод

В целом результаты показали, что каждый человек вправе иметь свою точку зрения на данную проблему. И каждый из нас отталкивается от своего мироощущения и от своего понимания сущности человека.

Идеальный вариант — это когда эвтаназия будет разрешена, когда паллиатив будет развиваться и когда люди перестанут думать о том, что «мы хотим умереть», они всегда будут уверены, что смогут прожить достойно до конца. И эвтаназия отомрет как рудимент за ненадобностью. Потому что изначально всегда здоровый человек боится смерти (это инстинкт самосохранения).

Если вы хотите внести свой вклад в поддержку Белорусского детского хосписа, то вы можете ознакомиться с возможными формами и способами перечисления средств в поддержку ОБО «Белорусский детский хоспис» на сайте www.hospice.by, в разделе сделать пожертвование.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Эвтаназия>.
2. Статьи по проектам TuT.by.
3. <http://www.hospice.by/>.

УДК 612.111.1:612.766.1:796.071

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ У СПОРТСМЕНОВ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Подолько А. В., Фокин А. С.

Научный руководитель: к.б.н., доцент Н. И. Штаненко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Адаптация организма к воздействию физических нагрузок в значительной мере связана с активацией энергетического обмена, перестройкой многих метаболических процессов в организме. В современной прикладной физиологии и спортивной медицине для объективной оценки уровня физической подготовленности спортсменов широко применяется тест PWC170, позволяющий оценить аэробную и анаэробную работоспособность, которая опосредуется изменениями биоэнергетических и метаболических процессов в организме.

Цель

Исследование влияния дозированных физических нагрузок в виде многоступенчатого теста PWC170 на показатели кислотно-основного состояния крови у спортсменов.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 16 спортсменов, кандидаты в мастера спорта, игроки футбольной команды. Средний возраст испытуемых составил 23,4 года. Для исследования влияния физических нагрузок на КСЩ крови проводили пробу с дозированными физическими нагрузками на велоэргометре (тест PWC170). Нагрузка определялась исходя из мас-