

уреаплазменная инфекция, в 2 ($6,7 \pm 4,5$ %) случаях — вирус простого герпеса, в 1 ($3,33 \pm 3,28$) случае — цитомегаловирусная инфекция. В группе сравнения инфекции, передаваемые половым путем были обнаружены у 4 ($13,3 \pm 6,2$ %) пациенток — уреаплазменная инфекция ($\chi^2 = 0,45$, $p = 0,50$). При исследовании на токсоплазмоз у женщин основной группы IgG были выявлены в 6 ($20,0 \pm 7,3$ %) случаях в группе сравнения в 2 ($6,7 \pm 4,6$ %) случаях ($\chi^2 = 1,03$, $p = 0,37$).

Выводы

1. Раннее выявление ВПР плода затруднено. Большинство из них (83,3 %) диагностируются после 12 недель РН.

2. В структуре ВПР достоверно чаще встречаются изолированные пороки развития, чем множественные пороки (70 против 30 %, $p = 0,003$). Это, может быть, связано с тем, что хромосомные нарушения приводят к более грубым аномалиям развития плода, вследствие чего прерывание беременности наступает на ранних сроках (до первого скринингового УЗИ) и остаются не диагностированными.

3. Большинство женщин (83,3 %) недостаточно осведомлены по вопросам планирования семьи и не проходят прегравидарную подготовку, основной целью которой является профилактика ВПР.

4. Женщины с ВПР плода были значимо старше, чем женщины группы сравнения (31,2 против 25,1 года, $p < 0,001$). Адекватная прегравидарная подготовка позволяет снизить риск ВПР в группе женщин старше 35 лет.

5. В большинстве случаев, среди пациенток основной группы был отмечен отягощенный акушерский анамнез (64 %), что косвенно может свидетельствовать о возможном наличии ВПР плода при предшествующих беременностях.

6. В основной группе у 21 % пациенток (против 6,7 % группы сравнения) во время настоящей беременности выявлены анamnестические антитела к токсоплазме и в 10 % случаях маркеры острой герпесвирусной инфекции, что не исключает роль данных возбудителей при развитии врожденной патологии плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черненко, Ю. В. Диагностика, профилактика и коррекция врожденных пороков развития / Ю. В. Черненко, В. Н. Нечаев // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2009. — Т. 5. — № 3. — С. 379–383.
2. Охотникова, И. М. Значение внутриутробной вирусной инфекции в органной патологии детей грудного возраста / И. М. Охотникова, В. А. Агейкин, Л. С. Лозовская // Медицинский научный и учебно-методический журнал. — 2001. — № 5. — С. 81–87.

УДК 614.253+26

ВЕРА В ЧЕЛОВЕКА: К ПРОБЛЕМЕ СЛУЖЕНИЯ ВРАЧА И СВЯЩЕННИКА

Байбурина Л. Г.

Научный руководитель:

**ст. преподаватель кафедры общественно-гуманитарных наук,
к.филол.наук Т. П. Целехович**

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Возможности медицины сегодня практически не ограничены, единственный предел, который может сдерживать ее вмешательство в жизнь (и даже смерть) человека — это духовно-нравственное состояние врача. В связи с этим рассмотрение вопроса о призвании врача, сравнении его деятельности со служением священника как врача души представляется нам актуальным.

Цель

Рассмотреть специфику служения врача и священника в контексте основных положений биомедицинской этики и христианских категорий веры и доверия.

Человек — это душевно-телесное существо, в этом медицинская наука согласна с христианской антропологией. Болезни тела и души нуждаются во врачевании. Исцеление человеческого естества, согласно христианской мысли, является исполнением Божьего замысла о человеке. Медицинская деятельность предстает установленной от Бога: если здоровье — это Божий дар, то и возможность вернуть потерянное здоровье через обращение к врачу также благословенно. Христос лечил людей, облегчал их страдания, причем нередко указывал, что причина болезни тела — греховный недуг души (пример с расслабленным). Следуя заповеди Спасителя о любви к ближнему, многие врачи сподобились канонизации в лике святых: св. Косьма и Домиан, св. Пантелеймон, св. Лука (Войно-Ясенецкий) и др. Врачебная деятельность во многих положениях пересекается с основными христианскими представлениями о человеке и мире. Во-первых, это понятия здоровья и болезни; во-вторых, принципы, которыми должны руководствоваться врачи. Согласно Всемирной Организации Здравоохранения, «здоровье — это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [1]. Итак, человек здоров когда здоровы его тело и душа; и задача медицинской деятельности — в исцелении всего человека. Согласно христианству, здоровье души неразрывно связано со здоровьем тела, а болезнь и смерть — проявление греховности и падшести человеческой природы: «Похоть... рождает грех, ...а грех рождает смерть» (Иак 1:15). Здесь очевидна необходимость взаимодействия больницы и церкви, сотрудничества священников и врачей.

Особое значение для осмысления профессиональной медицинской деятельности приобретает мотивационная основа. Любовь к ближнему должна быть ведущим фактором — в противовес коммерческому интересу. Милосердие и самоотверженность — черты профессионализма врача. «Человеколюбие — это основополагающий критерий выбора профессии» [2]. К самопожертвованию неоднократно призывает евангельская мудрость: «Нет больше любви той, чем положить душу свою за ближних своих» (Ин 15:13). И этот призыв врач воплощает в своей повседневной деятельности: постоянный контакт с больными предполагает возможность заражения, материальная база очень слаба, медицинское оборудование стареет, часто не хватает необходимых медикаментов, заработная плата не высока. В современных условиях, где царствует выгода и жажда наживы, медицинский работник напоминает «милосердного самарянина» из евангельской притчи (Лк 10:30-37), когда, вопреки «естественному» в такой ситуации жестокосердию, остается милосердным и терпеливым к больному человеку, вместе с ним преодолевая отчуждение и побеждая страх. «Врач — это человек, у которого есть сознание значимости и, я бы сказал, священности человеческого тела. Пока мы здоровы, мы думаем о себе как о существах духовных. Однако, когда это тело слабеет, когда болезнь, боль поражают наше тело, тогда мы внезапно обнаруживаем, что мое тело — это я сам», — писал Владыка Антоний Сурожский [3]. Человек приходит к врачу, движимый страхом, веря ему. И здесь необходимо установить взаимное доверие, готовность к сотрудничеству.

Многие морально-этические принципы медицины соотносимы с христианскими: завет Гиппократов — «воздерживайся от всякого вреда и несправедливости», «не навреди» — издревле указывал на необходимость отбора для врачебной практики самых достойных. Принцип Парацельса «делай добро» появился в христианскую эпоху: «в границах модели Парацельса в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента: латинское понятие «патер» — «отец», распространяемое христианством не только на священника, но и на Бога» [4]. Отношения между врачом и пациентом

сравнимы с отношением между священником и духовным чадом, человеком и Богом. В других принципах «соблюдения долга» и «уважении прав и достоинств человека» также очевидны параллели с христианством.

Заключение

В современном мире с его тенденцией к обезличиванию, обесцениванию человека, самой гуманистической профессии врача необходимо обучать в тесной связи с духовно-нравственным воспитанием, важной составляющей которой является духовно ориентированная биомедицинская этика, стержнем которой выступает вера в человека, взаимное доверие и в конечном итоге сотрудничество между пациентом, врачом и Богом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Матвеев, В. Ф.* Основы медицинской этики, психологии и деонтологии / В. Ф. Матвеев. — М.: Знание, 1989.
2. *Черкасова, А. Е.* Взаимодействие медицины и религии / А. Е. Черкасова. — М.: София, 2004.
3. Митр. Антоний Сурожский. Чудо поющей арфы: о призвании и служении священника // Встреча. — № 1(29). — 2008. — С. 12–19.
3. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. — М.: изд-во Московской Патриархии, 2000.

УДК618.177-089.888.11

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Бачище М. С.

Научный руководитель: к. м. н. Ю. А. Лызикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Бесплодие в Беларуси является одной из наиболее социально значимых проблем. Его частота составляет примерно 15–16 %, что соответствует 15 тыс. пар, официально состоящих на учете, проходящих обследование и лечение от бесплодия [1]. В настоящее время для лечения бесплодия существуют 2 большие группы методов: первая группа направлена на восстановление естественной фертильной функции человека, 2 группа это так называемые методы ВРТ — вспомогательные репродуктивные технологии. ВРТ — это метод терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляется вне организма. Ведущим направлением ВРТ является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). В проблеме бесплодного брака важен не только сам факт наступления беременности, но и рождение здорового ребенка, в связи с чем, изучение особенностей течения и исхода беременности, наступившей в результате лечения методами ВРТ, особенно актуально.

Цель

Выявить особенности течения беременности, перинатальные исходы беременности после применения ВРТ.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй родов 30 пациенток и историй новорожденных родильного отделения УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в период с 1 января до 31 декабря 2009 г. В основную группу вошли 15 пациенток программы ЭКО, в контрольную — 15 женщин со спонтанно наступившей беременностью. Статистический анализ данных проводился при помощи пакета «Statistica» 6.0 (Stat-Soft, 2001). Качественные показатели представлены в виде доли пациенток с данным признаком и стандартной ошибки доли. Сравнение качественных показателей проводили с помощью