

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

ГОМЕЛЬСКАЯ ЕПАРХИЯ БЕЛОРУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ



**«ХРИСТИАНСТВО
И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА»**

(Гомель, 7 декабря 2017 года)



**Гомель
ГомГМУ
2017**

УДК 61 + 26/28(076.1)

Сборник включает в себя широкий спектр вопросов, связанных с освещением различных отраслей медицинского знания и практики, а также психо-соматического и нравственного состояния человека с точки зрения христианской этики и вероучения Церкви.

Редакционная коллегия: *Протоиерей Вадим Лапицкий* — руководитель общества Православных студентов-медиков; *А. Л. Свентицкая* — председатель общества Православных студентов-медиков.

Рецензенты: *Стефан* — Епископ Гомельский и Жлобинский; *Т. М. Шаршакова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения.

Христианство и современная медицина: сборник материалов научно-образовательных чтений. — Элект. текст. данные (объем 1,3 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.
ISBN 978-985-506-989-9

УДК 61 + 26/28(076.1)

ISBN 978-985-506-989-9

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2017

ЗАБОТИТЬСЯ О БУДУЩЕМ, ПОМНЯ О ПРОШЛОМ

Абрамов Б. Э., Сквиря И. М.

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

*Забывчивость ведет к изгнанию,
память — вот секрет освобождения!*

Баал Шем Тов

В наши руки попала книга «Крест Гитлера». Начав читать ее, уже было трудно оторваться. Она напоминает о том, что может система сделать с человеком: бессмысленно размазать и уничтожить. Но и о силе сопротивления, о том, как не просто выжить, а суметь остаться сильными и даже счастливыми. Изучая историю Третьего Рейха, и многих других сложных вопросов, связанных, в первую очередь, с пониманием места Церкви в сегодняшнем мире, пытается найти ответы Эрвин В. Люцер — видный христианский деятель, писатель, пастор и учитель Библии. Как Гитлеру (Г) на его пути к власти, удалось привлечь миллионы сторонников среди разных слоев народа? Где была церковь Германии в те решающие для нации времена, и почему христиане не противостояли нацистскому режиму, а в большинстве молча соглашались с тем, что происходило вокруг? После прочтения этой книги, лучше понимаешь многие параллели описанным событиям, которые существуют в сегодняшнем мире. Церковь всегда колебалась между богами и двумя крестами. С одной стороны находится Господь и Спаситель Иисус Христос, казненный за грехи мира. С другой — множество мелких божков и других крестов, обещающих ложное спасение.

Христиане, живущие в государстве враждебном религии, сталкиваются с чрезвычайно трудной проблемой. Независимо от того, является ли государство коммунистическим, нацистским или атеистическим, оно всегда вступает в конфликт с религиозной свободой. Этот конфликт принимает особо тяжелые формы, когда перед людьми встает вопрос их собственного выживания. Перед миллионами людей, живущих при тоталитарных режимах, стоит вопрос: как выжить в государстве, в котором отвергается свобода вероисповедания? Известно много тяжелых рассказов о христианах, чья вера Христу стоила им работы, жилья и даже жизни. Они, безусловно, будут вознаграждены Иисусом Христом. Они не жертвовали Господу того, что ничего им самим не стоило. И сегодня достаточно искушений поклониться перед другими крестами, объединиться с другими религиями, соединить крест с евангелием преуспевания, национализмом или материализмом. Библейская интерпретация того, как Г спровоцировал самую кровавую, самую ненужную и самую разрушительную войну за всю историю человечества, и, возможно, которая непоправимо изменила саму структуру нашего мира, весьма поучительна.

По мнению автора, Г — прообраз антихриста, который тоже однажды поднимется и произведет экономические и политические чудеса. Он так же очарует миллионы и будет требовать поклонения от мира. Он сможет совершить завоевания, о которых Г не мог даже и мечтать.

Г появился в Германии в те времена, когда форма правления была демократической. Он пришел к власти демократическим путем. Однако, демократия могла быть приемлемой в хорошие времена, а диктатура работает лучше в плохие. Для Германии времена были очень плохие. Нация ожидала любого демагога, внешне обладающего талантом, необходимым для того, чтобы вывести ее из кризиса. Вот неполный список того, что он смог сделать без ограничений, присущих демократии:

- за пять лет возродил разрушенную экономику;
- стер позор поражения в Первой мировой войне, вернув Рейнскую землю и расторгнув несправедливый Версальский договор;

- обеспечил немцам занимательный досуг в рамках культурно-спортивного движения «сила через радость»;
- основал школы профессиональной подготовки для не имеющих квалификации и обеспечил занятость населения;
- обуздал преступность;
- построил автострады;
- дал немцам основание поверить, в то, что они еще могут стать великими [3].

Необузданная человеческая природа не очень привлекательна. Зло, которое держится под контролем, часто в благоприятных условиях вырывается наружу. Когда снимают ограничения, когда люди находятся в отчаянии и когда власть никому не принадлежит, человеческое сердце разоблачает себя со всей очевидностью. «Мы наивны, если полагаем, что нацистская Германия никогда не повторится. Фактически, Библия предсказывает то, что это еще случится» (Э. В. Люцер).

Центральная тема книги — это история о том, как Г разрушил церковь в Германии. Его политическая машина сделала церковь совершенно поверхностной, она потеряла свою библейскую миссию. Даже сегодня церковь в Европе (католическая и протестанская) поддерживаются и за счет налогов. Золотое правило гласит: «У кого золото, тот и правит!» Союз церкви и государства, полагает автор, всегда пагубен для миссии церкви. Либо церковь изменит свое послание в угоду политическим целям государства, либо политические правители используют церковь для своих собственных целей. В любом случае чистота церкви подвергается опасности. Это порочное единство способствовало параличу церкви при Г. Когда ей следовало осудить политиков того времени, само ее существование оказалось зависимым от благосклонности государства.

Еще Бисмарк доказывал, что поступая как слуга государства, человек не связан той же моралью, которой он должен обладать как личность. Государство не должно быть судимо в соответствии с обычным законом, так как его ответственность выходит за рамки обычных человеческих ценностей. Прусский предшественник Бисмарка Фридрих Великий хвастливо заявлял: «Спасение — это дело Бога, все остальное принадлежит мне!» Такой двойной стандарт используется и сейчас, когда политики говорят, что как частные лица они против абортов или наделения гомосексуалистов правами в обществе, однако они не думают, что их личные взгляды должны оказывать влияние на вклад во всенародное законодательство.

Германия в условиях воинствующего милитаризма и положения, когда государство стоит выше морали, ожидало диктатора, который вывел бы ее из униженного состояния. И он пришел. Диалектическая философия Гегеля прославляла государство, называя его «Богом, ходящим по земле». Личные права рассматривались помехами на пути государства как верховной власти. Ницше заявил, что Бог мертв. Он знал, что со смертью Бога чувство вины человека останется безответным, никто не сотрет кровь с наших рук. Нужен преемник. В атеистическом государстве сильный правит слабым. Он провозгласил о приходе высшей расы и сверхчеловека, который объединит Германию и, возможно, весь мир. Его предсказание, что двадцатый век будет кровопролитным, к сожалению, оказалось очень точным. Фейербах считал, что человек является Богом. Гете красноречиво доказывал, что человек должен занять место Бога как центр искусства, философии и истории. Превознося человека, он открывал дверь необузданному злу. Г, принявший присягу на верность Веймарской конституции, вскоре уничтожил ее. «Рабочие теперь имели гарантированную работу, медицинское обслуживание, оплачиваемые отпуска, и если свобода означала голод, то рабство было предпочтительнее» (Д. Састер). Человек, которого ожидали немцы, пришел. Однако, если экономика является ключом к физическому выживанию, и если тело считается более важным, чем душа, то нравственность скоро будет принесена в жертву интересам выживания. Г говорил, что в большую ложь легче поверить, чем в маленькую. Самая большая ложь, следовательно, заключается в том, что человек может быть Богом [3].

Глобализм всегда был целью оккультных религий. Борьба с нацизмом была по сути не политической, а духовной. Любой диктатор одержим потребностью держать своих под-

данных в повиновении. Церковь заключила мир с врагами, с которыми ей следовало вести войну. Призванная к предупреждению и защите, она была терпима, затем — отдавала честь, и в итоге — подчинилась. Церковь, которая была призвана Богом противостоять злу нацистского режима, предпочла принять его. Церковь заменила кротость и смирение Христа гордым знаменем христианизированного национализма. Совсем немного было тех, кто продолжал считать, что Крест сильно отличается от свастики. Христианский крест требовал крови Христа, свастика требовала крови еврейского народа.

Г преобразил общество, преобразил и церковь. В основе была ложь. Он говорил, что большая ложь всегда имеет большую степень правдоподобия, так как большим массам народа ... проще пасть жертвами большой лжи, чем маленькой. Ложь отразилась в принимаемых законах. Г отмечал, что ни у католиков, ни у протестантских конфессий нет будущего: «... Каждый будет или христианином или немцем. Вы не можете быть одновременно тем и другим». Лучшим способом победить врагов он считал их разделение. Людей убеждали прекратить посещать церковь, ибо появилась государственная альтернатива. Ряд священнослужителей, монахов, церковных лидеров по ложным обвинениям был арестован. Молитвы в школах запретили, как и религиозные издания. Рождество превратилось в языческий карнавал, а Пасха в праздник, возвещавший приход весны. Те же принципы, пишет Э. В. Люцер, происходят в современной Америке: «То, чего Г достигал при помощи своих указов, может быть достигнуто с помощью наших судов». На Нюрнбергском процессе подсудимые доказывали, что не нарушали законов и их действия совершались под защитой их собственной правовой системы. Спор был разрешен, когда главный советник США Р. Джексон настоял, чтобы за основу были взяты непреходящие ценности и стандарты, которые превосходят ценности и стандарты любого отдельно взятого общества. Он доказал существование «закона над законом», который осуждает произвольные мнения людей: «Однако я твердо убежден, что подобные законы не могут быть получены ни от природы, ни на основании опыта, но только в результате божественного откровения». Автор пишет: «Если мы в Америке будем двигаться в направлении надуманных социологических законов, то государство расширит свою власть и церковь будет вынуждена либо идти в ногу с изменениями, либо столкнуться с последствиями». Сегодня в Америке можно увидеть, как средства массовой информации могут формировать ценности культуры и способствовать установлению общества, воюющего с былыми ценностями. Ложь часто превращается в законы.

«Немецкие христиане», которых еще называли «Движением веры» поддерживали Г. На «Коричневом Соборе» (старом Прусском Генеральном Синоде), названном так, благодаря нацистской униформе, в которую были одеты делегаты, епископом Рейха утвердили Л. Мюллера, близкого друга Г. Дитрих Бонхёффер и Мартин Нимёллер — выдающиеся борцы против нацизма в Германии, встретились с группой «Молодые реформаторы», чтобы создать «Чрезвычайную лигу пасторов». Они не оказывали сопротивления нацизму как политики тогда, но настаивали на том, что он не должен вторгаться в духовную сферу. Письмо о целях Лиги собрало шесть тысяч подписей. Под руководством Д. Бонхёффера и М. Нимёллера была создана Исповедующая церковь. В мае 1934 г. она собралась и приняла Барменское исповедание. Ключевой пункт, опровергающий популярное учение о двух сферах, гласил: «Мы отвергаем ложную доктрину о том, что существуют сферы нашей жизни, в которых мы принадлежим не Иисусу Христу, а другим господам — сферы, где мы не обязаны быть оправданными и освещенными Им». Роль государства заключается в поддержании гармонии и мира, а не в исполнении призвания церкви. Никакой человеческий властелин не должен править церковью — для исполнения своей роли она должна руководствоваться Словом Божиим. «Если зло выступает в виде света, выгоды, верности и обновления, если оно сопоставляется в исторической необходимости и социальной справедливости, то это (если понимать правильно) является явным подтверждением его крайней греховности», — писал Д. Бонхёффер. Некоторые члены Исповедующей церкви продолжали выражать протест всеми возможными способами. В июне 1937 г. М. Нимёллер был арестован, приговорен к тюремному заключению, затем отправлен в концлагерь. В

конце концов оказался в Дахау, где оставался до освобождения. Удивительно, что его страдания не закончились после войны. В «Штутгартской декларации вины» 1945 г. он привел Исповедующую церковь к тому, чтобы она совместно с немецким народом признала свою вину в ужасах Второй мировой войны. Это дало возможность всемирной Церкви примириться с церковью Германии. За этот поступок М. Нимёллер был обвинен соотечественниками в измене. До конца жизни он боролся, как выразился его друг Д. Бонхёффер «за то, чтобы церковь была церковью». Умер в 1984 г., но его слова ярко звучат и сегодня: «В начале они взялись за социалистов, и я не поднимал голос, потому что не был социалистом. Затем они взялись за членов профсоюза, и я не поднимал голос, потому что не был членом профсоюза, потом они взялись за евреев, и я не поднимал свой голос, потому что не был евреем. Затем они взялись за меня, и не осталось никого, кто подал бы голос за меня». Но что же думала Германия, услышав об аресте и тюремном заключении восьмисот пасторов, не принявших нацификации своих церквей? Какой была реакция на тот факт, что тысячи пасторов поклялись в личной преданности Г? Народ был равнодушен [3].

Официальная церковь нацистской Германии разбилась о камень под названием Бог, потому что «Бог поругаем не бывает». Когда Крест был объединен со свастикой, он перестал быть «силой Божьей ко спасению». В январе 1938 г. было совершено печально известное нападение на евреев, получившее название «хрустальная ночь», церковь в основном молчала. Несмотря на сожжение 177 синагог и арест двадцати тысяч евреев в стране, где 95 % населения принадлежало к католической или протестантской церкви, лидеры предпочитали закрыть на это глаза. Католический епископ в Берлине, который повел своих прихожан в молитве за евреев, был заточен в тюрьму и впоследствии умер в концлагере. «Мы все еще чувствуем, что не совершили правосудия этой части мировой истории. Если бы только церковь увидела в преследованиях евреев страдания самого Иисуса Христа!» — восклицает Э. В. Люцер.

105-й Архиепископ Кентерберийский Джастин Уэлби недавно сказал: «Тот факт, что антисемитизм заразил тело церкви, должен вызывать у нас, христиан глубокое покаяние». В одной из статей он писал: «Все люди созданы по образу Бога. Антисемитизм подрывает и искажает эту истину. Он есть отрицание Божьего плана в отношении его Творения, а значит отрицание самого Бога. Тому чтобы делать из людей козлов отпущения или унижать их нет оправдания. Антисемитизм — это противоположность того, к чему нас призывает Писание: сотрудничеству ради всеобщего блага и процветания» [4].

Только в 1965 г. католическая церковь официально сняла свои обвинения за богоубийство с евреев. Получать знания об антисемитизме и Холокосте и бороться с этими явлениями никогда не поздно и не лишне. Антисемитизм начинается с вопроса: «Сколько можно извиняться за погромы?». Ответ дан Иисусом из Назарета: «До седмижды семи раз в день».

Как открыто заявил М. Борман, один из наиболее приближенных к Г, в 1941 г.: «Национал-социализм и христианство непримиримы». «События последних лет войны заставили всех немцев увидеть глиняные ноги их идола» (Конузй).

В апреле 1945 г. посреди руин побежденной Германии немецкий богослов и пастор Гельмут Тилике взволнованно говорил, обращаясь к своей общине в Штутгарте, о значении всего происходящего. Он по сути сказал, что народ получил то, что заслужил, так как «отверг прощения и пограл крест Господа». Церковь не заметила величайшую опасность, — приобретя весь мир, она могла «повредить своей душе». Тилике перечислил следующие ошибки:

- «Эти люди думали о себе, что творят историю, тогда как были всего лишь слепыми лошадьми, ведомыми Богом».
- Эти люди возомнили себя народом избранным, в то время, когда Божий кулак уже был поднят, чтобы сокрушительным ударом повергнуть их на землю.
- Решая дела сиюминутные, церковь пренебрегла делом вечным и, по самонадеянности своей, не усмотрела собственной вины и потребности в прощении.
- Эти люди решили, что верят в Бога, в то время как на самом деле стали жертвой дьявола и его разноцветных мыльных пузырей.

- Эти люди принялись фанатично решать экономические, социальные и политические проблемы, и в процессе их решения не заметили или просто проигнорировали тот факт, что в первую очередь мы нуждаемся в Искупителе, который закладывает глубочайшее основание нашей личной жизни.

- Мы не знали об опасностях, которые привели к нашему крушению. Мы потерпели крушение из-за того, что были слепы по отношению к самой ужасной опасности, а именно: существованию дьявола, который может водить за нос человека, поглощенного своими идеями; и что есть Бог, о Которого мы можем разбиться, так как «Он поругаем не бывает».

- Мы не учли в своих планах фактор под названием «Бог», и потому пали жертвами мании величия.

- Мы нарушили Божьи заповеди и запутались в наших собственных непредсказуемых и жестоких инстинктах;

- Мы проигнорировали основополагающее требование: «Я Господь, Бог твой. Да не будет у тебя других богов пред лицом Моим», — и, как следствие, оказались в состоянии головокружительного восторга поклонения власти, что настроило против нас весь мир.

- Мы перестали полагаться на чудо Божия водительства и вместо этого уверовали в чудесное оружие, которое так никогда и не было изобретено.

- Мы больше не знали, что Бог — на небесах, а человек — на земле, и потеряли всякое чувство соразмерности в жизни, а потому были поражены слепотой в совершенно очевидных политических и военных вопросах [3].

П. Маршал сказал: «Лучше потерпеть неудачу, чтобы в конце концов достичь цели, чем достичь цели, чтобы в конце концов потерпеть неудачу». Если бы каждый пастор был Д. Бонхёффером или М. Нимёллером, то учебник истории Германии имел бы другое содержание. Эти люди не были единственными в Третьем Рейхе. Фактически, были тысячи героев, о многих из которых мы никогда не узнаем. Это были мужественные люди, помогавшие евреям, шедшие на риск ради Евангелия и даже готовые к попытке свергнуть Г.

Мы являемся свидетелями возрастающей враждебности по отношению к христианам. Эпоха нацизма взывает своими уроками к современной церкви. Она предупреждает нас, бросает вызов и предвосхищает то, что может произойти. Прислушаемся ли мы к ее предупреждениям, примем ли ее вызов, осознаем ли возникшие в ней тонкие обманы — зависит от нас. Как сказал Сантаяна, тот, кто не уважает историю, обречен повторить ее. Э. В. Люцер сурово замечает: «...мы должны быть мудры, чтобы увидеть указатели, ведущие нашу собственную страну вниз. Возможно, по тому же пути».

Переиздание «Майн Кампф» стало хитом продаж в Германии. Продажа превзошла ожидаемые показатели в 20 раз и составила 80 тыс. экземпляров. В конце января 2017 г. планируется выпуск шестого тиража. Есть планы о переводе на другие языки. В мае 2016 г. сообщалось, что в Германии сие произведение могут включить в школьную программу [5].

С гневом, скорбью (Марк III, 5), на проявления даже малейших симптомов коричневой чумы наше государство реагирует решительно и жестко [2]. Упомянутая книга Г, отнесена к экстремистским материалам [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гладкая, Л.* Дурную траву — вон / Л. Гладкая // СБ Беларусь сегодня. — 2016. — 15 ноября. — С. 10.
2. *Дементьевский, А.* Свастике — бой / А. Дементьевский // СБ Беларусь сегодня. — 2016. — 15 ноября. — С. 14.
3. *Люцер, Э.* Крест Гитлера / Э. Люцер; пер. с англ. — Киев: ИП Эфетов, 2005. — 272 с.
4. *Мельник, О.* Борьба антисемитизмом — никогда не лишне [Электронный ресурс]. — 2016. — Режим доступа: <http://ieshua.org/borba-s-antisemitizmom-nikogda-ne-lishnie.html>. — Дата доступа 08.12.2016.
5. Переиздание «Майн Кампф» стало хитом продаж в Германии [Электронный ресурс]. — 2017. — Режим доступа: news.tut.by/world/526195.html. — Дата доступа 03.01.2017.

**НЕСКОЛЬКО БИОЭТИЧЕСКИХ ШТРИХОВ
К ПСИХИАТРИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ СОВРЕМЕННОЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ**

Абрамов Б. Э., Сквиря И. М.

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

*... весь мир лежит во зле
Первое Соборное послание святого
Апостола Иоанна Богослова (5:19)
Кто двигается вперед в науках,
но отстает в нравственности,
тот более идет назад, чем вперед
Аристотель*

В развитых странах в обязательном порядке действуют национальные биоэтические комитеты, эксперты которых рассматривают вопросы, связанные с развитием медицины, биологии, генетики. В Беларуси он появился в 2006 г. одним из первых на постсоветском пространстве. Был создан Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении, а при его поддержке при медицинских вузах, клиниках и других профильных учреждениях стали действовать более 30 локальных комитетов по биоэтике. Сегодня Национальный биоэтический Комитет РБ, к сожалению, не представлен в Комиссии по биоэтике Совета Европы. В нашей стране комитет — при Минздраве. Практика показывает, что наиболее эффективны независимые комитеты, созданные при общественных организациях, а не ведомствах [2].

Мы живем в обществе, в котором грубые психиатрические симптомы выдаются за эталоны моды и поведения, полагает И. Медведева, директор общественного института демографической безопасности РФ. Психиатрические расстройства ведут к нарушениям нравственности, а нравственные искажения обязательно приводят к психическим деформациям. Сейчас активно пропагандируется неряшливость — грязные засаленные волосы, рваные чулки, драные джинсы и т. п. В истории болезни психиатрического больного есть графа об опрятности. Если он не опрятен — это показатель тяжелого психиатрического поражения. А нынче — признак молодежной моды?

Герои многих боевиков, триллеров — сверхсильные люди, решающие свои проблемы, круша и уничтожая все и всех на своем пути. В психиатрии такой эффект называется гебоидная шизофрения, при котором сочетается юношеская патологическая жестокость с патологическим оупением сердца, патологическим бесчувствием. Чрезмерный рационализм, который сейчас называется прагматизмом, — тоже признак шизофрении. Обыватель полагает, что шизофреник иррационален. Да, но при этом бесчувственен. Именно к этому — «меньше эмоций, больше прагматизма» — нас и призывают сегодня.

Разрушение интимного стыда с точки зрения психиатрии — это не просто навязывание разного вида извращений (по ТВ, в кино, театре), но и популяризация сексопатологических отклонений. Искусственное психическое заражение народа, в особенности молодежи, выдается за сексуальное просвещение. Даже толкования о безопасном сексе подталкивают к удовлетворению сексуального интереса, принижая ценность семейно-брачных отношений, важнейшего элемента в строительстве нормальной психики. При их отсутствии неизбежны различные нарушения, весьма болезненные для психики, что ведет к деградации общества.

Craig R. Smith, главный хирург госпиталя Колумбийского университета, в обращении к выпускникам школы Портледж в 2013 г. назвал 4 основные причины, приводящих к гибели среди молодежи: управление машиной под действием алкоголя или наркотиков, езда без ремней безопасности, ожирение и татуировка (Т). Первые три не вызвали реакции, но

после четвертой зал зашумел. На что он сказал: «Не удивляйтесь, Т — это Vip-билет в смерть». Когда мы берем в руки любой документ, то для того, чтобы удостовериться в его подлинности и авторстве, ищем печать, указывающую того, кем документ заверен. Т в истории человечества играла роль печати. Она определяла к какому племени относится человек, какое место там занимает. Т определяла номер барака и личного дела узника концлагеря, принадлежность к воровскому миру (для знающего человека рассказывала всю уголовную историю владельца). Также и современная Т красноречиво повествует о греховных страстях человека. Часто он не понимает, что делает, движимый неведомой силой, решает нанести себе наколку, чтобы «украсить» себя, сделать более привлекательным. На самом деле он наносит на себя печать, указывающую, каким страстям подвержен: гордости, блуду, жажде славы, богохульству, зависти... Вслед за одной Т появляется другая, третья, все более изощренные и свидетельствующие о дальнейшем греховном падении и верному служению своим похотям и страстям. Продолжается это до тех пор, пока человек не наносит рисунки черепа и змея — изображения своего повелителя. Свершилось, печать удостоверяет, что душа человеческая отдана зверю, и он может забрать свое. Vip-билет в смерть выписан.

Летом 2016 г. социологи провели Интернет — опрос: граждан РФ, РБ, Казахстана и Украины попросили назвать слова, с которыми у них ассоциируется понятие «власть». На первом месте оказалось — «деньги», на втором — «сила» и лишь на третьем — «ответственность». Поскольку мы живем в эпоху упадка цивилизации, распада великих государств со славной историей, смещение критериев симптоматично. То, что в опросе лидером стали деньги, говорит о моральной деградации общества. Мораль в нашем обществе находится в скверном состоянии. Люди, олицетворяющие власть, не являются моральными авторитетами, зато являются авторитетами финансовыми [5].

«Современные западные мультфильмы губительны для детской психики», — такое мнение высказала на экспертно-медийном форуме «Инновационная медицина Союзного государства: перспективы развития» директор НПЦ детской психоневрологии Департамента здравоохранения г. Москвы Т. Батышева. Среди недостатков — отсутствие глубокой морали, положительного психологического смысла, обилие агрессии и пропаганда насилия. Закадровый смех указывает, в каком месте надо радоваться, а смешными считаются ситуации падения, причинения боли одним персонажем другому. Внедряется установка: жестокость — это нормально, весело, забавно. Если одного героя обидели, второй не пытается разобраться и помириться, а старается обхитрить и дать сдачи. Схемы мести и других вариантов неадекватного поведения ребенок усваивает на подсознательном уровне. Герои западной мультипликации — сильные женщины и мягкие, слабые, покладистые мужчины. Так у детей закладываются варианты искаженных моделей полового поведения. Боевики и ужастики деформируют уязвимую психику, которая только созревает. При их просмотре подсознание отмечает факт причинения боли как норму, после чего реакция на это у человека пропадает. Ученые из Мичиганского университета доказали, что насилие на экране, действует подобно никотину. Чем больше его видит человек, тем больше оно ему нравится. У любителей боевиков, агрессивных видеоигр вырабатывается привычка к акту насилия. Если спустя некоторое время подобных зрелищ человека лишают, он испытывает дискомфорт. Просмотр сцен насилия с 8 лет — надежный прогностический признак, того, что дитя будет вести себя агрессивно спустя 22 года [1].

Д. Дондурей, главный редактор журнала «Искусство кино» говорит, что заработать, привлечь рекламодателей проще всего на программах вызывающих страх. Рассказы о смерти, страданиях, жестокости, болезнях, катастрофах, семейных склоках вызывают сильнейшие эмоции. ТВ каналы перепродают их зрителям, зарабатывая деньги. Телеаудитория сегодня в большинстве не готова смотреть программы о благородстве. Таковы теперь психологические привычки людей [5].

Мы стоим на пороге серьезного преобразования мира, которое пытаются осуществить силы зла. Они стремятся уничтожить христианскую цивилизацию навсегда, чтобы люди просто перестали думать о Боге и развитии собственной души. Христианство — их глав-

ный враг и его ненавидят, потому что христиане говорят о духовных принципах и о том, что надо быть добрым и бороться со злом.

Во все времена многие ученые были и остаются религиозными. Наука и религия — просто разные методы познания окружающего мира. Наука постигает законы мироздания. Религия исследует те же процессы, но с другой стороны. Они могут соприкасаться, пересекаться, но не противоборствовать. Наука может быть одним из средств познания Бога и его творения — окружающего мира (протоиерей Г. Заридзе, 2016).

«И сейчас, если захватит безбожие власть свою, никакой пощады уже не будет нашему Отечеству — прекратит оно свое существование. А если прекратится наше существование, то прекратится жизнь глобальная. Уже назревают признаки, что без веры, без настоящего принятия и почитания Бога, жизнь не будет существовать... Если человека лишить Бога, он не будет понимать в чем смысл жизни. В чем его радость, в чем добро. Ведь добро — прежде всего в вере, в стяжании Духа Святого, в Благодати Божией (Схиархимандрит Илий, 2017). Смысл веры не в том, чтобы поселиться на небесах, а в том, чтобы поселить небеса в себе (Т. Харди).

Мы живем в новом цивилизованном периоде развития бытия человека XXI в. названного постмодерном. Это крайне многогранное и противоречивое явление, которое характеризуется кризисом во всех сферах жизни человека. С одной стороны — это рост внутренней свободы личности, снижение ее отчужденности, широкий плюрализм, с другой — кризис личностных, этических, культуральных, социальных основ. Эти явления отражаются и в психиатрии.

Постмодерн в психиатрии проявляется такими признаками:

1. Права человека. Ю. Хабермас считает, что это «реалистическая» утопия, так как они никогда не соблюдаются. В психиатрии они приняли уродливую форму и привели к снижению врачебной ответственности по отношению к пациентам, что можно выразить так: «Хочешь быть безумным, будь им». Такие процессы сопровождаются деантропологизацией человека: отсутствие новой гуманитарной идеи, раздробленность человека, который стал «техноидом» без тела и души, идентичности, самоотождествления, укорененности. Единого душевнобольного «растасшили» психоаналитики, психотерапевты, социологи.

2. Концепция деструкции. Создание нового через хаос и разрушение старого. Но разрушение совершается, а созидания нет. В психиатрии — это демонтаж организации психиатрической помощи по вертикали и по горизонтали. В науке — это распад теоретического знания, отсутствие адекватной парадигмы, договорное понимание истины и развитие атеоретических оснований в исследованиях. Происходит демонтаж клинических форм с нарушением принципов классификации. Классификация — это свернутая теория психиатрии, а не набор симптомов, синдромов и рудиментов нозологии. Отсутствие психиатрической парадигмы приводит к тому, что фундаментальным в психиатрии начинают считать различные биологические исследования, а не клинику, которая конституирует предмет психиатрии: психопатологическая феноменология.

3. Симукляр в психиатрии. Это «псевдовещь» без внутреннего содержания. В нем стираются границы между реальным и воображаемым. Он есть не истинная, пустая жизнь. Когда психиатрия стремится восстановить измененную реальность у пациентов, симукляры стоят на пути этого процесса.

4. Власть. М. Фуко показал, что психиатрия пронизана «Оком власти». Оно формирует клинику, стандарты диагностики и лечения, самого врача. Власть «спаивается» с фармацевтическими фирмами, «вымывает» доступные и проверенные психотропные средства и навязывает врачу и пациенту дорогие, часто малоэффективные препараты.

5. Традиции. В связи с неспособностью создать новую парадигму, психиатрия постмодерна обращается к традиции, но своеобразно. Она «переиначивает» старое и выдает его как новое. Заменяет классическую терминологию [4].

Выход из создавшегося положения возможен возвратом к К. Ясперсу, дополнив необходимость возврата новым прочтением и пониманием классической психиатрии на основе постнеоклассической рациональности (Ю. С. Савенко, 2015).

Психиатрия — самая человеческая и социальная из медицинских наук, поэтому в ее задачи входит не только лечение душевнобольных и защита их прав, но и защита общества от душевнобольных насильников и убийц, а также гигиены духа с развенчанием модных течений вырождения и патологического творчества, проповедующих безнравственность, извращения, порнографию, наркотики, пьянство и вседозволенность под видом «свобод» и «художественной правды жизни» [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Клещенок, А.* После мультика — в драку / А. Клещенок // Медицинский вестник. — 22 сентября 2016. — С. 22.
2. *Крючкова, А.* Трудно быть Богом / А. Крючкова // Аргументы и факты в Белоруссии. — 2016. — № 30. — С. 7.
3. *Остроглазов, В. Г.* Социальные и организационные проблемы психиатрической помощи / В. Г. Остроглазов // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психосоматической медицины: мат-лы науч.-практич. конф., посвящ. 120-летию ГКУЗ МО Психиатрическая больница №2 им. В. К. Яковенко. — Московская область, п. Мещерское. — 2013. — С. 149–160.
4. *Чайка, Ю. В.* Психиатрия позднего постмодерна / Ю. В. Чайка, А. И. Химчин // Независимый психиатр. журнал. — 2014. — № 2. — С. 25–27.
5. *Шингарева, Ю.* Сделать мир хорошим / Ю. Шингарева // Аргументы и факты в Белоруссии. — 2016. № 40. — С. 3.

УДК 61:27

ЗНАЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ В РЕЛИГИОЗНО-ПРАВСТВЕННОЙ ЖИЗНИ ХРИСТИАНИНА

Басальга А. М.

Научный руководитель: ассистент *Н. Ю. Бондаренко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Во все времена, начиная с античных, многие мыслители, а затем и ученые, уделяли большое внимание вопросу о болезнях. Авторы публикаций о здоровье и болезни уделяют немало внимания влиянию души на тело человека. Христианская антропология предлагает взглянуть на болезнь человека с позиции личной ответственности. С христианской точки зрения, сама болезнь — не зло, а лишь одно из последствий греха, результат отступления человека от Бога [1].

Цель

Изучить духовные причины болезней, а также значение болезней в религиозно-нравственной жизни христианина.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы в области духовно-нравственного состояния организма человека; анализ интернет-источников.

Результаты исследования и их обсуждение

В XX в. болезнь стала пониматься узко, обычно только как телесное страдание, а в старину доктор встречал больного вопросом: «Давно ли причащался?» — и не приступал к лечению пока больной не исповедуется и не причастится [1].

«Неужели все болезни от грехов?» — спрашивал святитель Иоанн Златоуст. Не все, но большая часть. Некоторые бывают от беспечности. Чревоугодие, пьянство и бездействие также производят болезни. Понятие чревоугодия заключается в злоупотреблении и излишестве в питании: переядение, нарушение постов, пьянство, лакомство. Однако, «немногим довольствуется человек благовоспитанный, и потому он не страдает одышкой. Здоровый сон бывает при умеренности желудка... Страдание бессонницею и холера, и резь

в животе, — подчеркивает Премудрый, — бывает у человека ненасытного» (Сир. 31). Этот грех является одной из причин ожирения, желудочно-кишечных заболеваний, обменных нарушений в суставах, болезней сердечно-сосудистой системы, алкоголизма и т. д. По данным статистики, средняя продолжительность жизни людей с ожирением снижается на 7 лет.

С чревоугодием органично связан грех прелюбодеяния. Кожно-венерические заболевания, СПИД, бесплодие, импотенция являются результатом половых извращений и сексуальной распущенности. Такие люди губят не только свое тело и душу, но также и других. Грех любоддеяния влечет за собой грех детоубийства во чреве. Его последствия — различные осложнения абортот: бесплодие, воспалительные заболевания половой системы [1, 2].

Преподобный Иоанн Лествичник писал, что «болезни посылаются для очищения согрешений, а иногда для того, чтобы смирить возношение». Известно, что и святые имели болезни, часто неизлечимые. Апостол Павел, например, пишет: «... дано мне жало в плоть... удручать меня, чтобы я не превозносился» (2 Кор. 12:7). Некоторые святые молили Бога, чтобы им была послана болезнь как испытание, дающее возможность совершения сугубого духовного подвига. Таким образом, святые отцы не считали болезнь местью за грехи, а только средством исправления грехов.

По словам святого апостола Петра, болезнь часто уводит человека от грехов: «Христос пострадал за нас плотию, то и вы вооружитесь тою же мыслью; ибо страдающий плотию перестает грешить, чтобы остальное во плоти время жить уже не по человеческим похотям, но по воле Божией» (1Пет.4:1–2). Болезнь, по мыслям святых, не позволяет зарождаться страстям: «Всякая болезнь сохраняет дух наш от гнилости и тления духовного и не попускает страстям, как червям душевным, зарождаться в нас», — пишет святой Тихон Задонский. Болезнь через молитву приближает болящего к Богу: «В болезнях прежде врачей и лекарств пользуйся молитвой», — увещевает святой Нил Синайский. Мучения больного подвигают и ближнего на сострадание и молитву [3].

«Кто переносит болезнь с терпением и благодарением, тому вменяется она вместо подвига и даже более», — утверждал святой Серафим Саровский. Болезнь имеет силу смягчать сердца и заставляет осознать свою немощь. Порой только сами тяжело болея, находясь в состоянии беспомощности и страданий, мы в полной мере начинаем ценить человеческое соучастие и заботу. Святитель Афанасий Великий, пришедши к святому Нифонту, лежащему на смертном одре, и сев возле него, спросил: «Отче! Есть ли какая польза от болезни?». Святой Нифонт отвечал: «Как золото, разжигаемое огнем, очищается от ржавчины, так и человек, терпящий болезни, очищается от своих грехов». То есть болезнь при правильном к ней отношении может принести человеку немалую пользу [1].

Никто не способен навредить человеку так, как это он делает своей греховной жизнью. Грех исказил человеческую природу и стал причиной тления и смерти.

Господь попускает людям болезни и скорби:

1. За грехи: для их искупления, для изменения порочного образа жизни, осознания этой порочности и понимания, что земная жизнь — это краткий миг, за которым стоит вечность, а какой она будет для тебя, зависит от твоей земной жизни.

2. Для воспитания нашего смирения и терпения, столь необходимых для вечной жизни.

3. Для недопущения к злым и губительным поступкам. Есть такая притча о Господе «Однажды Иисус Христос шел с учениками по дороге и увидели они безногого от рождения, просящего милостыню. Спросили ученики, почему нет ног у него? Христос ответил: «Если бы у него были ноги, огнем и мечом прошел бы он всю землю».

4. Чтобы малой неприятностью избавить нас от большей. Ибо если бы в данной ситуации мы оставались здоровы и действовали как обычно, с нами могло бы случиться какое-то большее несчастье, а так, вырывая нас болезнью из обычного хода жизни, Господь берегает от него [1, 3].

Выводы

Грех и страсти разрушают здоровье души и тела, а победа над страстями доставляет спокойствие душе и здоровье телу.

Высшая цель человека — познать Бога, приблизиться к нему, поскольку в этом заключается спасение души и тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Корытько, Е. С.* Взаимосвязь греха и болезни в медицине / Е. С. Корытько // Медицина и христианство: материалы Республ. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых; под общ. ред. С. Д. Денисова. — Минск: БГМУ, 2007. — 242 с.
2. *Авдеев, Д. А.* В помощь страждущей душе / Д. А. Авдеев. — М.: Русский Хронограф, 2000. — 266 с.
3. *Священник Филимонов Сергей.* Церковь, больница, больной / Священник Филимонов Сергей. — СПб.: об-во святителя Василия Великого, 1999. — 272 с.

УДК 616-006.6-083-039.75

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОБОЛЬНЫМ

Атаманенко И. А., Медведев М. А.

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

Введение

Как известно, онкологические заболевания занимают второе место в мире по летальности [1]. Для человека известие о злокачественном новообразовании вызывает, утрату прежних интересов, потеря активности, эмоциональный стресс и депрессию. Люди, страдающие онкологическими заболеваниями на последних стадиях, нуждаются в комплексной помощи, включающей медицинскую, социальную и психологическую поддержку. Обеспечение психологической помощи и купирование боли, поддержка и сопровождение их в тяжелый период жизни это и есть основная задача паллиативной помощи.

Цель

Освятить основные аспекты и современные методы паллиативной помощи онкобольным.

Результаты исследования и их обсуждения

Паллиативная медицина — это подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, находящихся перед лицом угрожающего жизни заболевания, путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, точной оценке и лечению боли и других проблем физического, психического, психосоциального и духовного характера [3]. Задачей паллиативной помощи является улучшение качества жизни пациентов в тяжелый для них период. В основе паллиативной помощи лежит восстановление индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Паллиативной помощью утверждается жизнь и рассматривается смерть в качестве естественного и закономерного процесса. Она создана, чтобы обеспечить больному активный образ жизни настолько долго, насколько это возможно и ненамерена продлить или сократить срок жизни больного. Паллиативную помощь образуют два больших компонента — это облегчение страданий пациента в течение всего времени болезни и предоставление медицинской помощи на протяжении последнего месяца, дня и часа жизни [4]. Паллиативная помощь базируется на следующих принципах:

1. Автономия и достоинство пациента.
2. Постоянное взаимоотношение с пациентом и его ближайшими родственниками.
3. Непрерывность оказания помощи.
4. Доброжелательное общение.
5. Оказание помощи врачами различных специальностей.
6. Поддержка членов семьи больного [4].

В Европе существует Белая книга Европейской ассоциации паллиативной помощи, регламентирующая основные положения, содержащей официальное сообщение в письменном виде, определяющей основные принципы и методы паллиативной помощи [4]. Данный вид помощи основывается на основных методах: купирование боли и симптоматическая терапия, психологическая поддержка, социальная поддержка. Эти методы находят свое применения в различных формах паллиативной помощи: хосписная помощь, по-

мощь в конце жизни, терминальная и помощь выходного дня и др. Во время оказания паллиативной помощи, врач должен всеми своими силами помочь воспрянуть пациенту, объяснив ему, что дух сопротивления или отрицания приводит к лучшему прогнозу — такая позиция способствует как более продолжительной жизни, так и повышению ее качества. Это обеспечивается благодаря правильно поставленной тактике общения с пациентом: дать семье информацию, чтобы можно было планировать будущее, не давать больше информации, чем требуется; убедиться, что предоставленная информация воспринята правильно, в соответствии с наблюдаемыми у пациента реакциями, не давать ложной надежды [6]. Готовность медицинского работника соприкоснуться с околосмертельным опытом, сталкиваться с собственным страхом смерти является решающим фактором для установления доверительных отношений с пациентом при оказании паллиативной помощи. В нашей стране основным видом паллиативной поддержки онкобольных является хосписная помощь. Хоспис — это не только медицинские, но и гуманитарные учреждения, идея этих заведений вытекает из достаточно высокого уровня цивилизованности, гуманности общественных нравов и представлений [5]. Главная идея хосписа — обеспечить достойную жизнь человеку в ситуации тяжелой болезни. Современные белорусские хосписы работают практически так же, как и обычные онкодиспансеры, но специализируются на помощи пациентам в особо сложных случаях. Хоспис осуществляет помощь как на амбулаторном, так и в стационарном этапе. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами выездной службы хосписа («хоспис на дому»). Стационарная помощь в зависимости от нужд больного и его семьи оказывается в условиях круглосуточного, дневного или ночного пребывания больных в стационаре [5].

Выводы

Паллиативная помощь — помощь, обеспечивающая оптимальный комфорт, функциональность и социальную поддержку пациентам (и членам семьи) на стадии заболевания, когда специальное, в частности противоопухолевое лечение, уже невозможно. Цель паллиативной помощи — достижение наилучшего качества жизни больных и членов их семей. Паллиативная помощь онкологическим больным решает следующие задачи: обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов; включает психологическую и духовную поддержку больного; предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь; предлагает систему оказания помощи семье больного во время его болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоров, П. И. Возможности позитивной психотерапии в жизнеобеспечении терминальных онкологических пациентов / П. И. Сидоров, М. Н. Панков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1999. — № 3. — С. 18–22.
2. <https://www.kp.ru/guide/palliativnaja-pomoshch.html>.
3. Чепурных, А. Я. История развития хосписов / А. Я. Чепурных, Е. А. Савиных // Вятский медицинский журнал. — 2010.
4. Научно-практическая конференция «Хоспис — гостеприимный дом», сборник тезисов / под общ. ред. М. И. Перовой, М. Ю. Головиной. — СПб., 2014. — 44 с.
5. Панков, М. Н. Позитивная психотерапия в паллиативной онкологии: Монография / М. Н. Панков; Поморский гос. ун-т им. М. В. Ломоносова. — Архангельск: Поморский университет, 2005. — 128 с.
6. Паллиативная медицина и реабилитация / под ред. Г. А. Новикова. — М.: Фонд «Паллиативной медицины и реабилитации больных», 2001. — № 3–4.

УДК 159.99

ХРИСТИАНСКАЯ РЕЛИГИОЗНОСТЬ В ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Березуцкий В. И.

«Днепропетровская медицинская академия»

г. Днепр, Украина

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ), который проявляется эмоциональным истощением, деперсонализацией и утратой удовлетворения от своей профессиональной деятельности, обнаруживается у 40–50 % практикующих врачей во всех странах мира и его

распространенность неуклонно растет на протяжении последних двух десятилетий. Большая ответственность за жизнь и здоровье пациента определяет постоянные нагрузки на нервную систему врача, требует высокой стабильности психики. Отсутствие такого качества или потеря его делает самого врача профессионально непригодным и сильно снижает эффективность его работы. Отсутствие эффективных решений проблемы заставило ученых искать причины СЭВ не только в условиях профессиональной деятельности врачей, но и в системе медицинского образования. Выяснилось, что первые признаки СЭВ практикующих врачей формируются у большинства из них еще в период обучения в вузе [1]. Среди факторов, оказывающих существенное влияние на стабильность психо-эмоционального состояния будущих врачей, особое значение имеет духовно-нравственное воспитание. Поскольку основополагающие духовные ценности христианской религии (любовь к ближнему, самопожертвование) полностью соответствуют сущности профессии врача, христианская вера является мощным мотиватором для освоения медицинских специальностей. В то же время профессия врача дает возможность верующему человеку максимально реализовать принципы христианства в своей ежедневной работе. Не удивительно, что многие медицинские вузы обучают своих студентов профессиональной нравственности при помощи христианской религии [2]. Все это определяет высокую актуальность систематизации многочисленных научных работ, посвященных изучению влияния христианской религиозности на развитие СЭВ у студентов медицинских вузов. Анализ таких взаимосвязей позволит определить пути первичной и вторичной профилактики не только для студентов, но и для практикующих врачей. Поиск в научных журналах, индексирующихся в наукометрических базах Scopus и WebOfScience, выявил более 105 статей по данной тематике, опубликованных в 2012–2017 гг.

Диагностируется СЭВ при наличии набора нескольких групп клинических симптомов: вегетативные расстройства — нарушение терморегуляции и нестабильность артериального давления; эмоциональные симптомы — пессимизм и цинизм в учебе и личной жизни, эмоциональный дефицит и эмоциональное истощение, немотивированная тревога и беспокойство; неспособность сосредоточиться, депрессия, чувство вины, повышенная раздражительность, обидчивость; поведенческие симптомы — безразличие к процессу и результату работы; падение интереса к интеллектуальной работе, отказ от любых форм самосовершенствования и развития; низкая социальная активность.

Частота развития СЭВ имеет три основных пика, соответствующие наиболее сложным для адаптации периодам обучения в медицинском вузе. Первый период приходится на первый курс, когда вчерашние школьники сталкиваются с большим количеством новых для них дисциплин. Одним из наиболее веских обстоятельств, определяющих раннее возникновение СЭВ у студентов медицинского вуза, является отсутствие достаточной мотивации при выборе профессии. Многочисленные исследования подтвердили, что на младших курсах медицинских вузов эмоциональное истощение в ходе освоения профессии чаще всего возникает у студентов, которые еще при поступлении не могли объяснить свой выбор профессии, а также не имели четкого представления о предстоящей профессиональной деятельности. Так же часто СЭВ развивался у студентов младших курсов, которые мотивировались косвенными по отношению к профессии обстоятельствами (высокий престиж, возможность высокого дохода). Реже всего СЭВ развивается у студентов, проявляющих интерес к самой профессии: в качестве мотивов они чаще всего указывали желание облегчать страдания больных людей. Большинство из этих студентов отмечали в качестве преимущества будущей профессии возможность практической реализации своей христианской религиозности. Поскольку выраженность интереса к будущей профессии во многом определяет и отношение к учебе, то совершенно закономерно, что у студентов с низкой мотивацией показатели академической успеваемости намного ниже, чем у мотивированных студентов. Низкие оценки сами по себе снижают интерес к учебе, а также личностную самооценку студента и, что особенно важно — его самоудовлетворение от учебы.

Немаловажным обстоятельством, связанным с мотивацией выбора и влияющим на развитие СЭВ у студентов-медиков, является степень их самоидентификации как будущих врачей или другими словами: оценка собственной принадлежности к профессии врача. Не сформировавшаяся или утраченная за время обучения в вузе профессиональная самоидентификация неизбежно ведет к деперсонализации: обучаясь несколько лет в медицинском вузе и не чувствуя своей принадлежности будущей профессии, студент ощущает себя «не на своем месте». Таким образом, изначальное отсутствие мотивации у студента довольно быстро приводит к формированию основных симптомов профессионального выгорания: эмоциональное равнодушие и отсутствие удовлетворения от основного занятия, деперсонализация. Уже на этом этапе у части студентов есть симптомы депрессии, нередко явления аддикции (алкоголь, интернет-зависимость) [3].

Исследования, изучающие влияние личностных характеристик студентов-медиков на подверженность СЭВ, показали выраженную зависимость от способности к межличностному общению. Чем более выражены коммуникативные способности студента, тем быстрее в процессе учебы он обрывает социальные связи как в среде вуза, так и за ее пределами. Коммуникативные способности помогают адаптации в любой социальной среде, способствуют налаживанию дружеских отношений с однокурсниками и доброжелательных отношений с преподавателями, что благоприятствует созданию позитивного эмоционального фона для учебы, а также во многом способствует повышению академической успеваемости. Коммуникабельные студенты принимают активное участие во внеаудиторных видах учебной подготовки: студенческое научное общество, самостоятельная работа в клинике, различные конкурсы и олимпиады по специальности. Успехи в освоении будущей профессии в свою очередь повышают самооценку студента, его мотивацию к учебе и позволяют чувствовать уверенность в своем профессиональном будущем. В свою очередь коммуникативные способности во многом зависят эмпатии (способность к сочувствию и сопереживанию). Способность к сопереживанию неразрывно связана с основополагающим качеством профессии врача — желанием оказывать помощь. Эмпатийные способности облегчают освоение профессии врача и почти гарантируют высокое удовлетворение от профессиональной деятельности. Отсутствие способности к сопереживанию фактически делает будущего врача профессионально непригодным и не позволяет получать удовлетворение от работы. Поскольку способность к сочувствию и сопереживанию является важнейшей христианской добродетелью, исповедующие христианскую религию студенты-медики обладают высокими эмпатийными способностями. Это с одной стороны определяет их склонность к выбору профессии врача, а с другой — предопределяет успешность в освоении будущей профессии [4].

Среди других личностных особенностей студентов-медиков наиболее тесно связана с выгоранием тревожность личности: как персональная (черта характера, определяющая готовность к тревожным реакциям), так и ситуационная (связанная с конкретным временным промежутком). Стойкая тревожность определяет постоянное стрессовое состояние, неминуемо приводящее к эмоциональному истощению и срыву адаптационных регуляторных механизмов как центральной, так и вегетативной нервной системы человека. Любопытно, что личностная и ситуативная тревожность студентов-медиков негативно влияет на академическую успеваемость, эмпатию и коммуникабельность, но сама от этих характеристик не зависит. Установлено, что студенты-христиане обладают не только наиболее высокой эмпатией, но и наименее подвержены тревожности. Определяется это системой христианских ценностей и высокой нравственностью. Высокая эмпатия помогает студентам в преодолении второго периода наиболее сложной адаптации к обучению в медицинском вузе, провоцирующего наибольшее число случаев СЭВ: это период «вхождения студента в клинику», предполагающий обучение основам диагностики на базовых (пропедевтических) клинических кафедрах. Во время освоения азов хирургии, терапии и педиатрии студенты впервые контактируют с пациентами в клинике и обучаются искусству завоевания доверия. Большинство пациентов не расположены к общению со студентами, поскольку вос-

принимают их как излишнее звено в лечебно-диагностическом процессе. Студенты-атеисты в ходе учебного процесса нередко забывают основное предназначение своей будущей профессии, теряют духовную основу взаимодействия со страждущими и воспринимают пациентов как модель для освоения практических навыков (вплоть до отведения им роли «подопытных кроликов»). Студент, исповедующий христианскую веру, изначально строит свои отношения с пациентами на основе сочувствия и сострадания, поэтому он испытывает наименьшие затруднения в общении с пациентами. Высоко духовное, нравственное начало профессии врача прививается студентам на многих этапах медицинского образования в вузе. Это происходит не только на клинических кафедрах, но и на таких дисциплинах как биоэтика, деонтология, медицинская психология. Как правило, в данные дисциплины акцентируют внимание будущих врачей на частных аспектах этических отношений, что позволяет студентам рассматривать получаемые знания скорее как специфические профессиональные инструменты, а не основу нравственности. Есть в программе обучения и предмет «христианская этика», призванный ознакомить студентов с системой христианских ценностей. Так или иначе, все эти дисциплины в определенной мере способствуют популяризации христианских добродетелей, основываясь на которых будущий врач уверенно строит свое профессиональное будущее [5].

Третий (последний) пик роста случаев СЭВ за период обучения в медицинском вузе приходится на выпускной курс и интернатуру. Сказывается сначала интеллектуальное и эмоциональное напряжение в период подготовки и сдачи выпускных экзаменов, а затем — трудности адаптации к работе в практическом здравоохранении. Но основным провоцирующим СЭВ фактором является глубокая неудовлетворенность от реальных условий работы и низкого материального обеспечения. Выпускник очень часто воспринимает как трагедию несоответствие между высокой мерой ответственности за жизнь и здоровье пациентов и низкой зарплатой. Отсутствие материального благополучия значительно снижает удовлетворение от профессиональной деятельности. Это период наиболее труден для профилактики и преодоления СЭВ. Результаты исследований свидетельствуют о том, что лишь сформированная к этому периоду профессиональная самоидентификация и высокая христианская нравственность позволяют снизить риск развития выгорания к минимуму.

Таким образом, христианское мировоззрение соответствует сущности профессии врача и в значительной мере способствует осознанному выбору профессии, является мощной мотивацией к учебе и позволяет получить максимальное удовлетворение как от процесса освоения специальности, так и непосредственно от выполнения своих профессиональных обязанностей. Популяризация христианских ценностей в образовательной среде медицинских вузов способствует повышению профессионализма будущих врачей и позитивно сказывается на профилактике СЭВ. Успешная профилактика СЭВ среди студентов медицинского вуза позволяет повысить эффективность образовательного процесса. Снижение частоты СЭВ среди выпускников медицинских вузов благоприятно сказывается на эффективности работы практического здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Dyrbye, L.* A narrative review on burnout experienced by medical students and residents / L. Dyrbye, T. Shanafelt // *Medical education*. — 2016. — Т. 50, № 1. — P. 132–149.
2. *de Aguiar, P. R.* What do we know about the teaching of religiosity/spirituality in medical undergraduate curricula? An integrative review / P. R. de Aguiar, S. C. Cazella, M. R. da Costa // *MedEdPublish*. — 2016. — Т. 5. — P. 56–64.
3. *Wachholtz, A.* The relationship between spirituality and burnout among medical students / A. Wachholtz, M. L. Rogoff // *Journal of contemporary medical education*. — 2013. — Т. 1, № 2. — P. 83–91.
4. *Damiano, R. F.* Empathy in Medical Students Is Moderated by Openness to Spirituality / R. F. Damiano, L. F. DiLalla, G. Lucchetti // *Teaching and learning in medicine*. — 2017. — Т. 29, № 2. — P. 188–195.
5. *Herschkopf, M.* Religion and spirituality in medical education / M. Herschkopf, N. Jafari, C. Puchalski // *Spirituality and Religion Within the Culture of Medicine: From Evidence to Practice*. — 2017. — P. 195–201.

**ПОЗИЦИЯ ЧЕЛОВЕКОЛЮБИЯ В ХРИСТИАНСТВЕ
КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОТЫ О ЕГО ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ**

Беридзе Р. М., Бордовский С. Д.

Научный руководитель: к.б.н., доцент И. В. Яблонская

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

Введение

Великая, всеобъемлющая любовь Бога к человеку, стремление предотвратить и облегчить его страдания сформировал современный религиозный взгляд на табакокурение как на действие, направленное против воли Господа [3]. Распространенность опухолевого недуга, мольбы Бога о больных родных и близких обращают взгляд Церкви к проблемам, вызывающим эти страдания.

Распространенность табакокурения, как раковая опухоль подтачивает здоровье, сокращает жизнь, ухудшает ее качество тем активнее, чем разнообразнее его формы. В частности кальянокурение, в какой-то мере экзотическая форма табакокурения, привнесенная с Востока и воспринимаемая большинством населения как невинная забава. Это не может не беспокоить ни Церковь, ни Государство.

Рак — это злокачественное заболевание, являющееся не единичной формой, а совокупностью более ста различных нозологических форм. Многообразие причин вызывающих развитие заболевания охватывают практически все эндо- и экзогенные факторы — наследственность, иммунологический и гормональный статус, характер питания и образа жизни, факторы внешней среды. Но одним из самых агрессивных является табакокурение, являющееся, по данным различных авторов, причиной смертности 17 % умерших. При этом, по данным ВОЗ, в течение последних пяти лет структура современного табакокурения резко изменилась, и число лиц, систематически курящих кальян увеличилось в восемь раз, что определяет актуальность проблемы кальянокурения как фактора влияющего на развитие рака легкого.

Курение кальяна, считавшееся менее вредным, на самом деле значительно опаснее традиционных форм табакокурения. Не случайно в странах, где кальянокурение чрезвычайно развито, власти заявляют об ограничительных мерах. Так, Турция, Кувейт, Казахстан, ОАЭ составили неполный список стран законодательно запретивших курение кальяна. В результате того, что в европейских странах число любителей кальяна быстро возрастает, власти вынуждены вносить новые законопроекты, ограничивающие курение [1].

Цель

Выявить в кальяне черты, характерные для табакокурения, и установить связь между распространенностью современных форм табакокурения и онкологической патологии, обращающих на себя внимание Церкви и Государства.

Материал и методы исследования

В ходе проводимого исследования был проведен анализ Библейских текстов, архивных данных объемов реализации различных видов табачной продукции в г. Гомеле, в период 2011–2016 гг., данных официальной статистики распространенности рака легкого, данных результатов опроса и анкетирования контрольной группы населения в возрасте 18–24 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования нами было установлено, что в основе православия лежит великая, всеобъемлющая любовь Бога к человеку, стремление предотвратить и облегчить его страдания. В целом, курение рассматривается религией как вид медленного самоубийства, является страстью, препятствующей спасению: «Все мне позволено, но не все полезно, все мне позволительно, но не должно обладать мною» [3]. Исходя из анализа данных опроса и проведенного анкетирования контрольной группы насе-

ления — позиция церкви, по отношению к табакокурению, хорошо известна. При этом, большинство опрошенных любителей кальяна не относят его ни к страстям, ни к табакокурению, и считают его способом приятного времяпрепровождения. О тяжелых последствиях кальянокурения опрошенные лица не были информированы.

В результате проведенного наблюдения за современной процедурой курения кальяна, нами установлено, что она утратила свой изначальный ритуальный характер, что совпадает с данными других, независимых исследований [2]. Как известно, имеется ряд особенностей курения кальяна по сравнению с классическими для нашей территории курением сигарет или трубки. По своей структуре кальян состоит из колбы, куда наливают жидкость, чашки для табака, шахты, через которую дым поступает из чашки в колбу, где, проходя через жидкость, фильтруется и охлаждается, и шланга, через который вдыхается дым. Согласно современным исследованиям среднее содержание никотина в одной заправке кальяна — 6,25 мг, что в 7 раз больше, чем в сигарете. Помимо никотина в организм человека поступает бензапирен — канцероген первого класса опасности. Даже в малых концентрациях он обладает свойством кумуляции, что приводит к развитию самого распространенного заболевания — рака легких. Кроме того, бензапирен обладает мутагенным действием, вызывая крайне устойчивые мутации ДНК.

По данным ВОЗ, общая смертность курящих превышает смертность некурящих на 30–40 %, причем наиболее значительная разница приходится на возраст 45–54 лет. Рак легких, приходящийся на долю курящих в 90 % всех установленных случаев, у мужчин занимает второе место, уступая только раку желудка. Первопричиной рака легких у курящих может являться наличие в табачном дегте одного из наиболее активных радиоэлементов — полония, который находится в концентрации, превышающей установленную норму в 3,5 раза. Помимо легких, онкологии подвержены также пищевод, поджелудочная железа и мочевой пузырь. Опухоли почек у курящих встречаются в 5 раз чаще, чем у некурящих. Прохождение дыма по дыхательным путям вызывает раздражение слизистых оболочек, а присутствие твердых частиц сгорания угля способствует возникновению спастического кашля. Не удивительно, что у курящих резко повышается частота заболеваний дыхательных путей — хронического бронхита и эмфиземы — болезненного расширения ткани легких. Эти болезни убивают десятки тысяч и калечат еще большее число людей.

Выводы

В основе православия лежит великая, всеобъемлющая любовь Бога к человеку, стремление предотвратить и облегчить его страдания. Современные виды табакокурения расширились за счет распространенности кальяна. Кальян, по степени негативного влияния на здоровье курильщика, значительно превосходит другие виды табакокурения и является значимым фактором риска развития рака легкого у лиц трудоспособного возраста. Значительный рост кальянокурения не может не беспокоить ни Церковь, ни Государство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ягодинский, В. Н. Уберечь от дурмана / В. Н. Ягодинский. — М.: Просвещение, 1989. — 96 с.
2. Козак, Д. Н. Обзор. Влияние процедуры курения кальяна на организм человека / Д. Н. Козак, М. А. Чайковская, В. М. Головач // Проблемы и перспективы развития современной медицины. — Гомель: ГомГМУ, 2016. — 931 с.
3. Библия Апостола Павла 1-е послание к коринфянам 1 Кор. 3: 17, 1 Кор. 6: 12.

УДК 618.39:271.2

АБОРТЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРАВОСЛАВИЯ И МЕДИЦИНЫ

Василенко Е. С.

Научный руководитель: ассистент В. В. Концевая

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Аборты были известны во все времена, даже в самых примитивных обществах, когда для этой цели применялись так называемые абортивные растения. Но любые действия по

прерыванию беременности всегда считались убийством, поскольку сознание людей не делало различие между зрелым человеком и эмбрионом. В клятве Гиппократова, которая и сегодня является клятвой всех медиков, врач, слуга жизни, исповедует перед Богом и людьми: «Я никогда не дам женщине abortивного средства». Клятва Гиппократова, в течение веков бывшая нравственным законом для врачей, отменена в России после 1917 г. и не признается до сих пор. В Беларуси в середине 1971 ее заменили на «Присягу врача Советского Союза», а позже на «Клятву врача Республики Беларусь», в которой уже ничего не сказано об абортах.

Со временем к абортам стали относиться как к явлению нравственно нейтральному, примерно как к курению. Появилось движение сторонников абортот, выступающих за полную безнаказанность этого рода убийства. Основной их аргумент — каждая женщина имеет право сама распоряжаться своим телом, и непозволительно кому бы то было вмешиваться и решать столь личный вопрос.

Православная церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех, ибо написано в Евангелии — «Не убий». Канонические правила приравнивают аборт к убийству. В основе такой оценки лежит убежденность в том, что зарождение человеческого существа является даром Божиим, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно.

Цель

Изучить морально-этическое отношение к абортот с точки зрения православной культуры и медицины.

Материал и методы исследования

Изучение научно-методической и духовно-нравственной литературы, статистических данных ежегодника Республики Беларусь за 2016 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Широкое распространение и оправдание абортот в современном обществе Православная Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации.

Уже с момента зачатия образуется живой организм, который несет в себе генетический код и весь потенциал человеческой личности. Это — существо, испытывающее чувство боли, обладающее желанием жизни, и, что самое главное для христианина — существо, наделенное бессмертной человеческой душой... «Если евангельскую заповедь нарушает один человек, то ответственность падает на него одного. Однако, если что-то противоречит заповедям Евангелия становится государственным законом, то гнев Божий приходит на весь народ — для того чтобы его воспитать», — Старец Паисий Святогорец.

Верность библейскому и святоотеческому учению о святости и бесценности человеческой жизни от самых ее истоков несовместима с признанием «свободы выбора» женщины в распоряжении судьбой плода. Церковь считает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ — не рожденных детей. Важно помнить, что грех абортот не есть грех сиюминутный, страшны его последствия, те физические, душевные и духовные страдания, которые потом переживает женщина. Для их преодоления православному человеку необходимо покаяние, и Церковь никогда не отвергает женщин, решившихся в своей жизни на такой шаг. В случаях, когда существует прямая угроза жизни матери при продолжении беременности, особенно при наличии у нее других детей, в пастырской практике рекомендуется проявлять снисхождение. Женщина, прервавшая беременность в таких обстоятельствах, не отлучается от евхаристического общения с Церковью, но это общение обуславливается исполнением ею личного покаянного молитвенного правила, которое определяется священником, принимающим исповедь.

В Православной церкви на проповедях священники часто рассказывают об оправданиях, которые женщина находит для абортот, и о тяжелых последствиях этого греха.

Одно из них — тяжелое материальное положение. Женщины задаются вопросом: «Зачем плодить нищету?». Чтобы этого не произошло необходимо жить целомудренно. Но если уж не устояли и зачался младенец — зачем же его убивать?..

Нельзя не упомянуть о «несокрушимом» аргументе — патология в развитии ребенка. Если по прогнозам врачей ребенок должен родиться больным, не следует отчаиваться и совершать непоправимую ошибку. Все в Божией руке, поэтому должно быть смирение перед Его волей. Если родится больной — то какого Бог дал, такого дал. Случайно больной ребенок не рождается, не бывает такого. Это крест, необходимый для спасения душ родителей, потому что через детей родители и спасаются. И именно через больных детей, совершая христианский подвиг, родители могут достичь больших духовных высот. Бывают также случаи, когда врачи ошибаются в своих прогнозах. Лучше всего полагаться на Божью волю и все принимать из Его руки.

Что же происходит с ребенком во время «мероприятия», именуемого «искусственным прерывание беременности»? Не рожденный малыш чувствует боль так же, как и рожденный. Уже 7-недельный плод отдергивает или отворачивает голову от болевого стимула так же, как и на всех других стадиях жизни. В 11 недель не только лицо, но и все части ручек и ножек плода становятся чувствительными к прикосновению. К 13-ти неделям реакция на боль происходит на всех уровнях нервной системы. Он начинает двигаться быстро и тревожно, стараясь спрятаться от инструмента, частота ударов его сердца увеличивается со 140 до 200. Американским врачом Бернардом Натансоном был снят фильм «Безмолвный крик», в котором описывается ход одного из видов аборта. На экране видно, как 12-недельный ребенок предчувствует угрозу смерти.

С медицинской точки зрения аборт — это искусственное прерывание беременности в сроки до 12 недель, по желанию женщины, или даже в более поздние сроки. По медицинским показаниям разрешен аборт, если возникает неразвивающаяся беременность или в случае внематочной беременности, врожденные аномалии (волчья пасть, заячья губа) и хромосомные нарушения плода (синдром Эдвардса, Патау, Дауна), патологическое состояние здоровья матери.

Часто женщины совершают аборт не только из-за медицинских показаний, а по иным причинам. Например, оказавшись в кризисной ситуации (из-за низкого экономического положения в семье, есть уже другие дети, незрелость матери и др.) или в случаях изнасилование. Но ведь ребенок не виноват! Говорят, что женщина вряд ли: может полюбить такого младенца, так как он будет напоминанием ее несчастья и ужаса. На самом деле так бывает, но не всегда. В любом случае лучше родить, чем сделать аборт, даже если женщина чувствует, что она не в состоянии воспитывать это дитя. К ее чувствам надо отнестись с пониманием. Забота и поддержка, вера, что этот ребенок станет маленьким солнышком и несказанным счастьем для нее — вот, что самое главное в тот момент. Но если женщина не может найти в себе силы полюбить и принять этого ребенка, то найдутся люди, которые захотят этого младенца усыновить.

Последствия абортов весьма серьезны. Если женщина совершает аборт в возрасте от 14 до 19 лет, то в 25 случаях из 100 она остается бесплодной, а в 96 % случаев последующие дети рождаются больными. Аборт производит более 100 видов осложнений, не связанных с гинекологическими заболеваниями. Пропорционально количеству совершенных абортов возрастает вероятность заболеваний раком женской половой системы и молочных желез, потери способности к дальнейшему деторождению. Количество мертворожденных и преждевременных родов увеличено вдвое у женщин, сделавших ранние аборты. Увеличивается и количество детей больных и с различными недостатками.

Тяжелые проблемы возникают и в семье. Психическое здоровье, особенно женщины, надламывается, нравственное сознание супругов притупляется, женщина теряет свое здоровье, она становится объектом эксплуатации со стороны мужчины и презирается, семейная гармония нарушается. Мужчины, которые одобряли аборт, часто впоследствии осознают, что это был их ребенок, человеческое существо, и осознание этого опустошает их. Вручая судьбу ребенка в руки матери, они чувствуют, что отвергли и мать, и ребенка, и испытывают вину, что не смогли защитить свое дитя от смерти. Мужчины вынуждены скрывать эти сильные эмоции, но это не означает, что они менее эмоциональны. Многих мужчины воспитывают, что свое горе нужно прятать, т. к. это показатель силы.

Как видно из таблицы 1, количество аборт в Беларуси имеет место. За последние пять лет количество искусственного прерывания беременности постепенно снижается, благодаря проводимым на государственном уровне различными мероприятиям: государственная политика охраны детства, Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг., «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг.

Таблица 1 — Искусственное прерывание беременности в период с 2010 по 2015 годы

Годы	Число аборт		
	всего, тыс.	на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	на 100 родов
2010	33,3	13,5	31
2011	32,0	13,2	29,5
2012	28,6	12,0	24,9
2013	31,2	13,3	26,6
2014	30,0	12,9	25,3
2015	29,2	12,8	24,7

Существует проблема ранней сексуальной жизни и беременности у подростков. Сейчас большинство юношей и девушек торопятся распрощаться с невинностью в возрасте 14–15 лет, поскольку данное качество считается немодным. Дети восприимчивы к чужому мнению. Возможно, человек внутри имеет желание соблюдать невинность, сохранять чистоту. Но извне обществом ему навязываются другие идеалы, идеалы отношений без обязательств. Огромное влияние на оказывает телевидение и интернет. Юноши стремятся сократить этап дружеских отношений и поскорее перейти к интимным отношениям. В обществе преобладает мнение, что идеалом женщины является «девушка с обложки» и поэтому девочки стараются подражать этому идеалу, этой внешней форме без содержания. Почти никто не старается трудиться над внутренним миром, а усилия направляют только на внешнюю оболочку, мало заботясь о внутренней красоте. Это близорукость, подмена ценностей и идеалов.

Как следствие, увеличивается количество аборт и незамужних матерей. В связи с этим встает серьезная демографическая проблема, ибо снижается показатель рождаемости, повышается процент бездетности у женщин, делающих аборт.

Выводы

Таким образом, Православная культура и медицина выдвигает ряд веских утверждений о негативности аборт, как для организма самой женщины, так и для ее духовного стана.

Священники должны объяснять людям, что закон об абортах противоречит заповедям Евангелия. Врачи — со своей стороны — должны говорить о тех опасностях, которым подвергается делающая аборт женщина.

На государственном уровне проводить ряд мероприятий об укреплении духовно-нравственных основ семьи, семейных ценностей, охране материнства, нравственно-этических ценностях.

Безусловно, тема аборт вряд ли будет исчерпана в ближайшее время. Во всем мире она всегда была и остается одной из самых дискуссионных. Здесь переплелось все: социальные сложности, медицина, политика, этика, религиозная культура. Но вопрос «Что делать?» по сей день для нашего общества в целом остается открытым. И его решение полностью лежит только на совести каждого из нас.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова, С. Вифлеемский плач. Правда об абортах / С. Аксенова. — М.: Зерна, 2002. — 45 с.
2. Захаров, А. Слово об абортах / А. Захарова. — М.: Сатисъ, 2000. — 31 с.
3. Свято-Успенская Почаевская Лавра, «Право на жизнь». — Изд-во: Почаевская Лавра, 2005. — 55 с.
4. Мелетий, митрополит Никопольский, «Аборт». — Изд-во: Благо, 2002. — 112 с.
5. Статистический ежегодник Республики Беларусь. — Минск, 2016. — С. 175.

Владыцьева Ю. А.

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

Введение

Аборт (от лат. *abortus* — выкидыш), как репродуктивные технологии, является проблемой биомедицинской этики.Abortом называют всякое (в том числе и естественное) прерывание беременности. В моральном плане проблема искусственного аборта представляет собой дилемму: имеются по-своему убедительные аргументы как «за», так и «против». В основе спора сторонников и противников аборта лежит по сути своей философская проблема природы и статуса человеческого эмбриона [1].

Для верного понимания морального аспектов этого вида медицинского вмешательства необходимо осознавать, что беременность — это, с одной стороны, нормальный физиологический процесс, происходящий с женщиной, а с другой — это процесс биологического формирования нового человека. Поэтому, даже допуская практику аборта по принципу «меньшего зла», следует иметь в виду, что он представляет собой серьезную травму (моральную и физическую) для женщины, а также является злом, прерывающим уже начавшуюся жизнь нового человека [4].

Цель

Рассмотреть морально-этические и медицинские проблемы, вызванные искусственным прерыванием беременности.

Материал и методы исследования

Сбор, анализ данных литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Дискуссии о моральном праве на прерывание беременности имеет глубокую историю. Аристотель говорил: «Если в браке зарождаются дети вопреки ожиданию, то плод может быть изгнан прежде, чем он начнет чувствовать и жить».

Цицерон же считал, что: «... женщина должна быть наказана за изгнание плода, если она крадет у республики предназначенного для нее гражданина...» [2].

Аборты бывают самопроизвольными и искусственными. Самопроизвольные выкидыши происходят извне. Искусственный аборт — медикаментозное или хирургическое вмешательство, с помощью которого производится прерывание беременности.

Вокруг столь сложной и деликатной темы в биоэтической литературе сложились две противоположные точки зрения. Аборт — это сугубо личная, интимная проблема, которая никого, кроме самой женщины, не касается, в которую никто не должен вмешиваться. Это — просто одна из медицинских операций, и как в случае каждой хирургической операции все проблемы решаются врачом и пациентом. Если коротко выразить эту точку зрения, можно сказать так: «Аборт — это медицинская проблема». Вторая точка зрения представляет собой противоположный полюс: аборт оскорбляет моральное чувство, поэтому здесь существует моральная, этическая проблема, и притом — сложнейшая. Ведь прежде, чем прийти к врачу, женщина решает моральную проблему: жизнь или смерть будущего человека, да и после того, как она обращается к врачу, этический смысл проблемы не только не исчезает, но еще более усложняется: в нее вовлекается третий человек — врач, и если он делает свое дело, то становится соучастником убийства [4].

Противники абортов считают совершенно несостоятельной концепцию жизнеспособности плода в качестве обоснования искусственного прерывания беременности. Во-первых, с их точки зрения, эмбрион имеет право на жизнь с момента зачатия. Во-вторых, они постоянно подчеркивают условный характер понятия «жизнеспособность». В-третьих,

в публикациях противников абортс приводятся документированные случаи выживания детей, родившихся с массой тела в 420, 360 г.

На основании подобных аргументов противники искусственного прерывания беременности как морального допустимого вмешательства настаивают, что аборт — это жестокое убийство невинного человеческого существа.

В современном мире существуют три основные позиции, которых придерживаются люди в отношении к искусственному аборту:

1. Либеральная позиция. Плод (и тем более эмбрион) до момента рождения является частью тела матери и правом на жизнь не обладает. Поэтому аборт морально допустим на любой стадии развития эмбриона и плода.

2. Консервативная позиция. Эмбрион (и тем более плод) с момента зачатия является человеком, обладающим в полной мере правом на жизнь. Следовательно, аборт — это форма убийства человека.

3. Умеренная позиция. Аборт морально допустим лишь на начальных стадиях развития плода.

Однозначно вопросы о недопустимости прерывания беременности решаются только религиозными конфессиями. Все основные религии мира выступают противниками аборта [2].

Широкое распространение и оправдание абортов в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации. Помимо этого, аборт представляет собой серьезную угрозу физическому и душевному здоровью матери. Церковь также неизменно почитает своим долгом выступать в защиту наиболее уязвимых и зависимых человеческих существ, коими являются нерожденные дети. Православная Церковь ни при каких обстоятельствах не может дать благословение на производство аборта. Не отвергая женщин, совершивших аборт, Церковь призывает их к покаянию и к преодолению пагубных последствий греха через молитву и несение епитимии с последующим участием в спасительных Таинствах. В случаях, когда существует прямая угроза жизни матери при продолжении беременности, особенно при наличии у нее других детей, в пастырской практике рекомендуется проявлять снисхождение. Женщина, прервавшая беременность в таких обстоятельствах, не отлучается от евхаристического общения с Церковью, но это общение обуславливается исполнением ею личного покаянного молитвенного правила, которое определяется священником, принимающим исповедь [3].

Ответственность за грех убийства нерожденного ребенка, наряду с матерью, несет и отец, в случае его согласия на производство аборта. Если аборт совершен женой без согласия мужа, это может быть основанием для расторжения брака. Грех ложится и на душу врача, производящего аборт. Ведь каждый человек, который соучаствует в ужасающем действии аборта, в ужасающей операции по убийству во чреве, как бы он ни думал сам, он участвует в деле убийства. Он участвует в убийстве и несет тяжкий грех, совершает проступок перед Господом, который заповедал: «Не убий!» Церковь призывает государство признать право медицинских работников на отказ от совершения аборта по соображениям совести. Нельзя признать нормальным положение, когда юридическая ответственность врача за смерть матери несопоставимо более высока, чем ответственность за смерть плода, что провоцирует медиков, а через них и пациентов на совершение аборта. Врач должен проявлять максимальную ответственность за постановку диагноза, могущего подтолкнуть женщину к прерыванию беременности; при этом верующий медик должен тщательно сопоставлять медицинские показания и веления христианской совести [1].

Выводы

С точки зрения религии (морали) женщина создана для рождения и воспитания детей, причем их количество определяется лишь Божьей волей. С точки зрения права, каждая женщина имеет право на предохранение от беременности, на аборт, на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона. Медицина помогает женщинам вынашивать и рожать детей, как при первой, так и при последующих беременностях, с другой стороны может помочь любой женщине подобрать метод контрацепции, имплантировать эмбрион и прерывание беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Силуянова, И. В. Этика врачевания. Современная медицина и православие / И. В. Силуянова. — М.: Изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой лавры, 2001. — 245 с.
2. Введение в биоэтику: учеб. пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.]. — М.: Прогресс-Традиция, 1998. — 384 с.
3. Коновалова, Л. В. Прикладная этика: по материалам западной литературы / Л. В. Коновалова. РАН; Ин-т философии. — М., 1998. — 216 с.
4. Аборты с духовной и медицинской точки зрения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.pms.orthodoxy.ru/abortion>.
5. Марданов, Р. А. Скажи абортам «нет» / Р. А. Марданов // Женское здоровье. — 2006. — 24 июня. — 17 с.

УДК 616.891.4:[616.253]:159.942

ВЫГОРАНИЕ. НОРМА? ОБСУДИМ

Конова О. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Общеизвестно, что человек может уставать. Усталость существует разного рода: физическая, интеллектуальная и эмоциональная. Очень важно знать, что человек устает не только от физического труда или от умственной деятельности, но также и эмоционально: от эмоциональных переживаний. Способность человека испытывать сильные чувства не безгранична: она имеет предел. Когда человек без конца находится на пределе или за пределом своих возможностей, у него может наступить эмоциональное выгорание.

У разных людей разные эмоциональные ресурсы. Один человек может пережить много эмоций, а у другого эмоциональное пресыщение наступает очень быстро, и дальше возникает стремление отгородиться от аффективно заряженной информации, чтобы сохранить хотя бы какие-то силы. Фраза из фильма «Унесенные ветром»: «Я подумаю об этом завтра» — отражает именно такую ситуацию.

Эмоциональное выгорание никем не придумано, это реалья нашей жизни, с неизбежностью наступающая самых равнодушных людей. Главная ошибка людей помогающих профессий — это нацеленность на скорый и очевидный результат, на успех, стремление немедленно «причинить человеку добро». Пациент должен непременно пойти на поправку, клиент после первой же беседы с психологом должен вылететь от него на крыльях, отстающий ученик — заблестать, а духовное чадо — просветлеть и воскреснуть. А когда этого не получается, это эмоционально обескровливает человека, вложившего в попытку помощи все свои силы. Первое, на что ему надлежит обратить внимание, — не делать ставку на немедленный результат. Знать, что просто присутствовать в жизни страждущего человека, просто пройти какую-то часть его пути с ним вместе — это уже очень много. На самом деле результат может проявиться только через годы, и нужно спокойно к этому относиться. Перестав ждать немедленного результата, мы уже немножко обезопасим себя от эмоционального выгорания.

Работать надо с удовольствием. Это тоже не в нашей культуре, и тоже звучит как-то непривычно для нас. Мы привыкли, что работать надо через силу, «пахать», «вкалывать». А в идеале человек должен работать столько, сколько может и сколько хочет. Если он хочет больше, чем может, это неправильно. И неправильно, если он делает что-то «через не хочу». Идеал — когда у человека «могу» и «хочу» совпадают.

У священника есть свои способы борьбы с угрозой эмоционального выгорания; прежде всего это исповедь. Исповедуясь, священник предлагает священнику-собрату посмотреть на него со стороны. Так же и психологу требуется супервизия. Но священнику нужен именно духовный совет. Поэтому епархиальные духовники исповедуют батюшек не совсем так, как мирян. Они должны посмотреть, что он представляет собой как пастырь, какие он делает ошибки, что ему необходимо в себе исправить. Что касается людей других помогающих профессий — исповедь и Причащение просто необходимы. Конечно, сторон-

ний взгляд священника и его добрый совет непременно окажут помощь человеку, но когда человек обращается непосредственно к Богу, к Его сверхъестественной помощи через Таинства Церкви — тогда Бог творит чудеса! Ведь Иисус Христос — истинный врач душ и телес наших. Он дает новые силы и понимание, как жить.

Проблема выгорания — это проблема не только психологическая, но и духовная. Выгорание — плод греха. И в большинстве случаев — греха гордыни. Гордыня рождает самомнение. Человек берет на себя слишком много, не думая об ответственности за результат своего труда. Он ждет успеха, награды, похвалы, а когда этого не получает, оказывается под угрозой эмоционального срыва.

Какому человеку не грозит выгорание? Смиренному. Хотя бы потому, что смиренный человек понимает ограниченность своих сил и не будет заиклен на немедленном и высоком результате. У него нет нездорового перфекционизма. Он знает, что Бог дал ему определенные возможности: столько, сколько ему Бог отпустил сделать, он и сделает, а выжимать из себя последние соки не станет. Смирение поможет ему остановиться, если он возьмет на себя больше, чем может. Настоящее смирение — не самоуничужение, о котором святые отцы говорили, что оно паче гордости.

Выгорание — это еще и проблема маловерия. Человек неверующий или маловерующий не видит в своей жизни Промысла Божия; он «должен сделать себя сам», для него очень важен результат. Человек неверующий либо представляющий себе Бога бесконечно далеким вынужден все делать сам, полагаться только на свои силы, верить только в себя. И тут, конечно, легко надорваться. Но когда человек уповает на Господа, он знает: *Все могу в укрепляющем меня Иисусе Христе* (Флп. 4, 13). Господь устраивает все в нашей жизни так мудро, что не бывает безрезультатности. Наша неудача, неуспех может быть встречей с Богом. Если и не получили мы того результата работы, на который рассчитывали, всегда есть иной результат, духовный, и он, может быть, гораздо более важен и нужен нам сейчас, чем очередное «трудовое свершение».

Про выгорание в слове Божиим притча есть. Притча о десяти девах. У тех пяти, что остались без елей, елей в лампадах выгорел. У мудрых тоже выгорел (ибо что еще делать елею в лампаде, как не выгорать?). Но у мудрых был запас, и они, подлив масла, пополнили светильники. У глупых же запаса не было. Следовательно (вонмем!): выгорание елея происходит у всех без исключения. Все рискуют потерять огонь в светильнике веры — так елей мало-помалу расходует. Но весь вопрос в том, что подливать нужно регулярно масло в светильник, и накапливать запас, и держать его при себе. Выгорание будет катастрофическим и необратимым, если не заботиться о запасе масла. Это значит: твори добро во Христе, умножай молитвы, запасайся елеем Святого Духа сегодня — во дни изобилия веры. Потом неизбежно наступят дни скудости, дни сухости и тяжких испытаний. В те дни выживут те, у кого был запас. Некто из отцов сказал: «Умножай молитвы, когда ты помнишь Господа, чтобы, когда ты забудешь Его, Он вспомнил тебя». Мы живем сегодня ради добра, сделанного вчера. И если вчера мы не сделали ничего ради Христа, то сегодня чувствуем себя оскудевшими, а завтра — выгоревшими. И кто не озаботился заранее о том, чтобы разбогатеть плодами Духа, тот будет наблюдать, как догорают последние капли его веры. Потом лампада закоптит, вспыхнет и угаснет. А человек отвернется от ворот Иерусалима и понуро пойдет в Иерихон. Так исполняется слово: имеющему дано будет, а у не имеющего забрано будет то, что он думает иметь. Приобретайте запас масла, возлюбленные, и пусть горит елей, но пусть не гаснут лампы у мудрых дев.

«Кто не тратит себя, становится пустым местом», — говорит Экзюпери. Эта пустота и ощущение бессмысленности знакомы сегодня слишком многим. Потеря смысла жизни — бич нашего времени. Но и социальное служение расцвело так обильно именно в наше время. Эти социальные явления словно пытаются что-то друг другу доказать, переспорить друг друга: волонтеров становится тем больше, чем больше мы погружаемся в комфорт, негу, погоню за успехом и эффективностью во всех их проявлениях. И как радостно, что ответ не нужно искать в заумных книгах. Он давно ждет нас в самой главной Книге: *Сберегший душу свою потеряет ее; а потерявший душу свою ради Меня сбережет ее* (Мф. 10, 39). Вот и стали в ряд мысли...

Выгорание — друг! Именно так считает врач-психотерапевт из Германии Мартин Грабе. Доктор сравнивает выгорание с лампочкой-индикатором в автомобиле. Если у автомобиля включено все, что только может быть включено, открыты все двери, работает кондицио-

нер, гремит музыка, то рано или поздно аккумулятор сядет. Но перед тем, как это случится, загорится лампочка. Синдром выгорания является, по словам ученого, этим индикатором.

Как и во всяком деле, в социальном служении необходимо чувство меры. Ему учит история из жития Пахомия Великого. Братия монастыря, основателем которого был святой Пахомий, занималась плетением рогожек. Каждый должен был выполнять суточную норму — пять штук. И вот Пахомий заметил, что один брат вдвое перевыполняет норму (с точки зрения пресловутой эффективности, по сегодняшним меркам, этот брат был успешным человеком). Тогда святой вызвал брата к себе и сказал ему, что плести нужно установленное количество рогожек, не больше. Это, несомненно, возмутило «эффективного» монаха. «Ты зарываешь Богом данные мне таланты в землю», — негодовал он. Пахомий принял волю брата, сказав ему, что если он в действительности настолько даровит, то пусть плетет столько, сколько может, но... при этом не выходит из своей келии. Поскольку история эта очень давняя, то к нам дошли два варианта окончания: в первом, более оптимистичном, монах устыдился своего тщеславия, получив урок. Во втором варианте монах ушел из монастыря. Неудивительно: успешным людям не место рядом с посредственностями. Но и не место в монастыре.

В церковной жизни, мы знаем, есть период неопитства: новоначальный готов читать в день по тридцать акафистов, ходит на все службы, постится монастырским уставом. Затем начинается спад. Так же и во взаимоотношениях между людьми: есть период влюбленности, на смену которому приходит остывание. Если люди период остывания не выдерживают, они разочаровываются и отправляются на поиски новой влюбленности — нового возгорания. В принципе, выгорание так или иначе наступает во всем. Это нормальная реакция человеческой психики на событие, затрагивающее внутренние процессы.

В выгорании ничего страшного нет. Наоборот, это одна из прекрасных особенностей человеческой психики: уметь загораться и уметь остывать, так сказать, приземляться, спускаться на землю — как птица садится, чтобы снова взлететь. Это нормальный период, во время которого есть возможность взять паузу и подумать, пересмотреть свое отношение к работе, взаимоотношения с близким человеком, другом или даже с Богом. Ведь эти отношения — живые, и для них характерны периоды духовного спада, а затем, наоборот, духовного воскрешения. Вопрос, скорее, в том, чтобы не потухнуть окончательно, чтобы не произошло полного «сгорания». О выгорании нужно просто знать, что оно есть, не закрывать на него глаза.

Поэтому когда мы видим, что рядом с нами кто-то «выгорает», давайте попробуем проявить к нему искреннее душевное участие — участие человека, который на данный момент находится в более взрослой позиции, по отношению к человеку в более слабой позиции. Просто подойти и спросить: «как дела?» — не формально, а с заинтересованностью, которая даст возможность другому взглянуть тебе в глаза и хотя бы немного открыть тебе свою душу. Очень часто именно этого бывает достаточно, чтобы тот, кто выгорает, сам нашел в себе силы пересмотреть и изменить отношение к своему делу.

ЛИТЕРАТУРА

1. http://otrok-ua.ru/sections/art/show/goret_i_ne_sgorat.html.
2. <http://www.eparhia-saratov.ru/Articles/vygoranie-problema-dukhovnaya>.

УДК 608.1:[611.018+611.018.1+611.013]

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ И ЭМБРИОЛОГИИ

*Кравцова И. Л.¹, Мальцева Н. Г.¹, Орлова И. В.¹,
Потылкина Т. В.¹, Гайдук В. С.², Артишевский А. А.²*

¹Учреждение образования

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

²Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Современное образование предполагает не только освоение определенных знаний, умений и навыков, но и выработку у специалистов глубокой убежденности в необходимости

сти неукоснительного соблюдения морально-нравственных норм, правил и принципов, определяющих их деятельность. Важнейшей задачей медицинского образования является создание у студентов системы ценностных ориентиров и руководство ими в будущей профессии. Основы профессионально-нравственного воспитания будущих врачей закладываются на первых курсах обучения.

Изучение гистологии, цитологии и эмбриологии — одного из важных звеньев морфологического комплекса — позволяет студентам приобрести знания должного уровня по макро- и микроскопическому строению органов, достаточные по объему и ориентированные, в первую очередь, на создание теоретической основы для приобретения знаний и навыков на клинических кафедрах. Преподавание на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии ведется в соответствии с классическими традициями обучения студентов в медицинских университетах и сочетает в себе три основных направления: лекционный курс, лабораторные занятия и самостоятельную работу студентов [1]. На занятиях и во время самостоятельной управляемой работы студенты знакомятся с основными достижениями биологии и медицины: получением и использованием стволовых клеток, возможностями биотехнологий, генной инженерии, клонированием живых организмов, трансплантацией тканей и органов, методами репродуктивных технологий и другими. Поэтому должное внимание уделяется биоэтике, основным принципом которой является принцип благоговения перед жизнью.

Основными этическими проблемами, обсуждаемыми в процессе изучения гистологии, цитологии и эмбриологии являются:

- подходы к определению статуса человеческого эмбриона;
- использование эмбриональных стволовых клеток;
- использование животных в эксперименте.

В данной работе мы остановимся на определении статуса человеческого эмбриона. Подходы к изучению статуса эмбриона принято рассматривать с двух принципиальных позиций: естественнонаучной медицинской и этико-философской [2]. На естественнонаучном медицинском подходе мы акцентируем внимание на занятиях. При обсуждении статуса человеческого эмбриона выделены три различных позиции мнения [2, 3].

1. «Эмбрион — это личность» с момента его образования. Поэтому имеет такой же моральный статус, как и человек. Он заслуживает уважения и является неприкосновенным. Относительно момента образования также существует несколько различных позиций. Сторонники одного подхода считают, что жизнь начинается только с момента образования важнейших систем (сердечнососудистой, дыхательной, нервной), то есть со второго месяца внутриутробного развития. Сторонники второй теории утверждают, что началом жизни можно считать появление первичной полоски и первичного узелка (15–16 сутки эмбриогенеза). Поскольку эти структуры формируют первичную ось и являются предшественниками зародышевых листков и хорды. Третья группа ученых предлагает начало человеческой жизни отсчитывать с момента имплантации в слизистую оболочку матки. Аргументируя свой подход тем, что более половины оплодотворенных клеток не имплантируются и погибают. Отсюда допустимо проведение экспериментов в предимплантационном периоде. Наконец согласно четвертой позиции уже с момента слияния мужской и женской половых клеток, то есть с оплодотворения и формирования индивидуального генома, начинается жизнь.

2. «Эмбриона — это не личность», а «вещь», скопление клеток, которые образуются при делении зиготы. Ведь зигота образовалась при слиянии мужской и женской клеток, которые не являлись личностями. И пока минимально не сформируется нервная система допустимо производить любые эксперименты и манипуляции, не неся никаких моральных обязательств.

3. «Эмбрион — это потенциальная личность» наделяет эмбрион особым моральным статусом. Этот подход предполагает определенные этические ограничения на действия по отношению к эмбриону, поскольку эмбрион уже «вещь», с которой можно делать любые манипуляции.

Решение проблемы статуса эмбриона имеет колоссальное значение для современного общества [2, 3]. Четкое определение статуса эмбриона позволило бы рационально подойти к проблеме аборта и рассмотреть спорные вопросы, связанные с новыми репро-

дуктивными технологиями, развитие которых порождает ряд практических проблем, касающихся научных исследований в этой области. Например, в случае возможных или обнаруженных аномалий может ли и должен ли эмбрион быть уничтожен, и на каком этапе его развития это допустимо? Кто является собственником «избыточных» эмбрионов, которые обычно возникают в качестве «побочного продукта» при искусственном оплодотворении *in vitro*? Можно ли использовать эти «избыточные» эмбрионы, которые могут сохраняться при низкой температуре без утраты жизнеспособности в течение длительного времени, для проведения научных исследований и экспериментов? Допустимы ли такие исследования в принципе?

Безусловно, в интересах науки исследования необходимы. Они способствуют разработке новых средств контрацепции, выявлению наследственных заболеваний плода, преодолению бесплодия, изучению механизмов спонтанно протекающих аборт, процессов созревания яйцеклетки, канцерогенеза, а также установлению закономерностей развития человека как биологического вида. Запрещение любых манипуляций — приведет к отказу помощи семьям, которые не могут иметь детей иначе, чем по методикам ЭКО и не позволит получать новые данные в эмбриологии. Вместе с тем с моральной точки зрения, должно быть полностью запрещено проведение экспериментов на плодах. Так, эмбрионы, подвергнутые тем или иным воздействиям, не должны имплантироваться в женский организм. Эмбрионы человека не должны имплантироваться в организм животного. Недопустимыми также являются продажа и приобретение эмбрионов.

Этическое решение проблемы статуса и прав эмбриона зависит от отношения общества к правам «всего живого» [4]. Защитники прав эмбриона ссылаются на святость и неприкосновенность человеческой жизни с момента зачатия. Поэтому, лишая эмбрион жизни, мы убиваем то, что может стать личностью — это «консервативная позиция». В основе запрета на использование эмбриона или его тканей в целях биомедицинских исследований лежит противопоставление гипотетической пользы для человечества и реальных прав конкретного эмбриона.

Отрицание прав эмбриона — «либеральная позиция», отказывающая плоду в самостоятельном статусе даже на самых поздних стадиях беременности («обсуждать права плода столь же бессмысленно, как обсуждать «права» аппендикса») и предоставляющая право выбора судьбы эмбриона матери или медикам.

«Умеренная позиция» — основывается на точке зрения современной биологии и эмбриологии, согласно которой человек как биологический индивидуум формируется после слияния половых клеток, и требует ответственного отношения к принятию решения.

Данные вопросы рассматриваются на лекциях, лабораторных занятиях, в рамках НИРС и УИРС, в кураторской работе. На занятиях студентов знакомят с вариантами правового решения таких вопросов в разных странах. Обсуждение в форме дискуссии способствует формированию более активного отношения будущего врача к таким проблемам.

Таким образом, обсуждение биоэтических проблем способствует формированию у студентов-медиков мировоззрения, системы общечеловеческих ценностей, нравственной культуры. Получаемые ими знания будут способствовать дальнейшему развитию профессиональной культуры, готовности соблюдать нормы врачебной этики и деонтологии, анализировать социально значимые проблемы и определять возможность участия в них. Усвоение на практике этических норм способствует формированию у студентов важнейшего гуманистического качества — уважения достоинства человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кравцова, И. Л. Оптимизация учебного процесса на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии / И. Л. Кравцова, Н. Г. Мальцева, И. В. Орлова // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицины» и 20-й научной сессии ГомГМУ. — Гомель: ГГМУ, 2011. — С. 144–147.
2. Хрусталева, Ю. М. Биоэтика / Ю. М. Хрусталева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 400 с.
3. Силуянова, И. В. Биоэтика в России: ценности и законы / И. В. Силуянова. — М.: Грантъ, 2001 — 192 с.

АБОРТ И ХРИСТИАНСТВО*Кравченко С. С., Белкина Т. М.***Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь**

Абортом называется всякое прерывание беременности. Искусственное прерывание беременности распространено в наши дни более чем когда-либо в истории и поэтому проблема общественного отношения к абортам является поводом для жарких споров.

Первыми нормами об аборте были деонтологические врачебные правила. Клятва Гиппократова категорически запрещала врачу искусственно прерывать беременность женщины. Однако Аристотель считал, что искусственный аборт допустим в демографических целях, но только до того момента, когда в зародыше сформируется «чувствительная и двигательная активность» [1, 2].

В Древнем Риме аборт широко практиковался. Поначалу в римском праве зародыш трактовался как часть тела матери, поэтому женщина не подвергалась наказанию за умертвление плода или изгнание его из утробы. Поздний эмбрион — «имеющий родиться», был наделен некоторыми гражданскими правами. Искусственный аборт квалифицировался как преступление в случае, когда он использовался в целях получения имущественных прав. При этом пострадавшими признавались родители [1, 2].

По-настоящему осознание ценности эмбриона связано с возникновением христианства. Уже в эпоху раннего христианства аборт отождествлялся с убийством человека. В христианском библейском писании говорится, что убивая нерожденных детей, женщины срывают замысел Бога о сотворении мира [1, 3].

В настоящее время все многообразие существующих позиций по проблемам аборта можно разделить на группы в зависимости от ответа на следующие вопросы:

1. Где, с какого момента в непрекращающемся процессе развития и преобразования живой материи мы можем с уверенностью утверждать — здесь и теперь начинается человек? Следовательно, с этого момента живое существо, ранее бывшее лишь фрагментом природы, частью тела матери, начинает признаваться в качестве одного из нас, в качестве члена морального сообщества, обладающего определенным набором прав и, прежде всего, правом на жизнь.
2. Есть ли исключения заповеди «Не убий!»? Если «да», то каковы они?
3. Как Православие относится к прерыванию беременности по медицинским показаниям со стороны матери и плода и медикаментозным абортам?
4. Отношение мужчины к аборту. Аборт — это мужской грех?
5. Насколько грех аборта несет на себе врач акушер-гинеколог?
6. Прощает ли церковь аборт [2]?

С точки зрения современной эмбриологии, с момента оплодотворения человеческий эмбрион — живое человеческое существо, отличное от своих родителей, которое принадлежит к роду *Homo sapiens*, обладает своим собственным уникальным кодом, динамично развивается, и которое мы вправе называть человеком на эмбриональной стадии его развития. Церковь всегда учила и продолжает учить, что плод человеческого размножения с первого момента своего существования имеет право на то безусловное уважение, которое положено человеческому существу в его телесном и духовном единстве и целостности [2, 3].

Широкое распространение и оправдание аборт в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации. В небольшом проценте случаев аборт совершается по медицинским показаниям. Есть ситуации, когда существует прямая угроза жизни женщины при продолжении беременности или развитие беременности проходит с патологией плода. В данных ситуациях врачи рекомендуют прибегнуть к аборту. В свою очередь Церковь ни при каких обстоятельствах

не может дать благословение на производство аборта. Однако в пастырской практике рекомендуется проявлять снисхождение. Женщина, прервавшая беременность в таких обстоятельствах, не отлучается от евхаристического общения с Церковью, но это общение обусловливается исполнением ею личного покаянного молитвенного правила, которое определяется священником, принимающим исповедь [3].

Заповедь «Не убий!» нарушает не только женщина, которая делает аборт, вина ложится также на мужчину, который толкнул ее на это или не отвлек. Аборт — это в равной степени и мужской грех, свидетельствующий о его безответственности. Ведь отец — это великое звание на земле, об этом должен знать и помнить каждый мужчина — и тот, который начинает свой жизненный путь, и тот, который уже пожил немало. Корни вопроса родить или не родить кроются глубоко, и в решении этого вопроса главенствующее решение должно быть за мужчиной.

Также остается открытым вопрос о том, насколько грех аборта несет на себе врач акушер-гинеколог. Современная медицина создала все условия для профилактики аборт, институты планирования семьи, где женщины могут получить консультацию по состоянию здоровья. Врач часто сталкивается со следующей проблемой — не все беременности бывают удачными, долг врача выявить на ранней стадии патологию у ребенка и предупредить об этом родителей, умалчивание факта патологии у ребенка наказуемо. Уничтожение жизнеспособного плода должно считаться детоубийством. Следовательно, врач также нарушает заповедь «Не убий!» и несет ответственность, как и родители ребенка [4]. Но если врач прерывает беременность, где плод имеет серьезную патологию и обречен на тяжелую болезнь и гибель, либо, выполняя аборт, спасает жизнь матери, организм которой из-за тяжелой болезни не выдержит беременность, то это нарушение заповеди или поступок во благо?

С медицинской точки зрения, искусственное прерывание беременности негативно влияет не только на репродуктивную функцию женщины, но и на ее психологическое здоровье. Абсолютно любой аборт является вредным для организма женщины. Наиболее отрицательно сказывается на здоровье женщины прерывание первой беременности. Когда первая беременность заканчивается аборт, то очень ранимый в этот период женский организм особенно уязвим для заболеваний. Прерывание беременности связано с риском развития осложнений — ранних и поздних. К ранним осложнениям относятся: перфорация матки, гематометра, неполный аборт, разрыв шейки матки, острая кровопотеря. К поздним последствиям аборта следует отнести нарушение менструального цикла, развитие воспалительной патологии генитального тракта, в том числе хронического эндометрита; непроходимости маточных труб, эндометриоза, что является причинами невынашивания беременности и бесплодия. Медикаментозные аборты отличаются меньшей травматичностью, а также более низким риском развития осложнений для женщины. Независимо от срока и способа совершения аборт приравнивается к убийству неповинного и незащитного человека.

У людей, принявших на себя такой тяжелый грех, существует тяжелая проблема — миллионы человек мучаются от страданий и угрызений совести о содеянном грехе. В таких случаях Церковь призывает к покаянию. Для покаяния существует исповедь, одно из семи церковных таинств.

Церковно-общественный совет по биомедицинской этике считает своим долгом заявить о неприемлемости искусственного прерывания беременности как с христианской, так и с медицинской точек зрения. Аборты являются одной из причин материнской смертности. Однако аборты опасны не только для здоровья женщины. Разрушительны нравственные и демографические последствия данной практики для общества. Борьба с абортами должна идти прежде всего по линии нравственного воспитания. Никакая свобода не дает права матери и врачу лишать священного дара жизни тех, кто не может противостоять произволу и насилию. Следует помнить, что тот, кто должен стать человеком, уже человек!

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиппократ. Избранные книги / Перевод В. Руднева. — М.: Сварог, 1994. — С. 87–88.
2. Введение в биоэтику: учеб. пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.]. — М.: Прогресс-Традиция, 1998. — 381 с.
3. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. — М., 2001. — С. 112–113.
4. Белокрицкая, Т. Е. Социально-психологические аспекты проблемы абортов / Т. Е. Белокрицкая, Н. А. Жуковская, Л. А. Василевская // Планирование семьи. — 1997. — № 3. — С. 8–10.

**СОВРЕМЕННАЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ:
ОТКРЫТЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ**

Мальцева Н. Г., Мищенко Е. О.

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

Трансплантология является одной из самых перспективных областей медицинской науки и практики: она аккумулирует новейшие достижения современной хирургии, реаниматологии, анестезиологии, иммунологии, фармакологии.

Начало развития трансплантологии можно датировать 1954 г., когда американский хирург осуществил первую успешную пересадку почки. В Советском Союзе первая успешная операция по пересадке почки от живого донора была произведена в 1965 г. Академиком Б. В. Петровским. В следующем году им же была осуществлена удачная пересадка почки от трупа.

Уровень трансплантологии в разных странах мира не одинаковый. В целом, к службе трансплантации предъявляются следующие требования: высококачественная профессиональная подготовка специалистов; проведение научных исследований; соблюдение принципов международной кооперации; формирование школы национальной трансплантологии.

«Запретительные тенденции» в БМЭ коснулись и эту отрасль медицины, которая демонстрирует как возможности клинической медицины, так и сложность порождаемых ею этических проблем. К этим проблемам относят: проблему справедливого распределения дефицитных ресурсов здравоохранения; проблему справедливости в распределении между потенциальными реципиентами дефицитных ресурсов (органов и тканей) трансплантологии; моральные проблемы процедуры забора органов от живых доноров; моральные проблемы пересадки органов от трупа; этические проблемы, связанные с торговлей человеческими органами и тканями; проблему донора (особенно при трансплантации таких непарных жизненно важных органов, как сердце, печень, поджелудочная железа и т. д.); научное установление критериев биологической смерти; моральные проблемы трансплантации фетальных органов и тканей; этические аспекты ксенотрансплантации; совершенствование правовых аспектов трансплантации и др.

Этические проблемы сегодняшней трансплантологии, с одной стороны, порождаются самим ее развитием, а с другой — препятствуют ему.

Выбор донора и реципиента. Наиболее оптимальный и высокоморальный вариант — это добровольная жертва одного из своих органов родственником больного. Но не всегда такой вариант возможен, и тогда встает вопрос о постороннем доноре. Если нужный орган близкого человека не подходит больному для пересадки и если его невозможно взять от постороннего лица, то необходимый орган может быть изъят у трупа, причем, чем раньше, тем лучше. Здесь возникает серьезное этическое противоречие. С одной стороны, реаниматологи до последней возможности пытаются спасти жизнь умирающего человека (даже безнадежного больного). С другой — чем скорее умрет один, тем больше вероятность для трансплантологов спасти другого. Поэтому разрешение этой дилеммы остается одной из самых сложных в моральном и правовом отношении.

Добровольное и сознательное согласие человека на взятие у него органов и тканей. При пересадке органа от живого донора основными считаются следующие проблемы: как и в какой степени гарантировать добровольное согласие донора (согласие по принуждению; продажа органов и тканей и т. д.). Операция трансплантации, в соответствии с принципами БМЭ, допустима лишь при наличии информированного согласия не только со стороны больного, но и донора. В то же время их согласие не отменяет личной моральной ответственности врача, ибо именно он решает на калечащую человека операцию изъятия здорового органа. Моральный выбор врача в данном случае остается внутренне противоречивым: с одной стороны, при наличии самоотверженной позиции кого-то из родных ис-

пользуется шанс спасения обреченного больного, с другой — нарушается этическая заповедь «Не навреди!». Тем более что в трансплантологии врач сталкивается не только с удвоенным *оперативным риском* (оперируются не один, а два человека), но и с гораздо большим, чем в остальных областях медицины, *этическим риском*.

В случае изъятия и пересадки органов и тканей от умершего донора долгое время оставался нерешенным вопрос относительно критериев понятия «умерший донор». В соответствии с традиционными критериями, необратимое прекращение работы сердца и легких — достаточное основание для констатации смерти, тогда какой смысл пересаживать нежизнеспособные органы? В обратном случае, нет оснований признать человека умершим. Со временем использовать органы умерших доноров стало возможным, когда был узаконен новый критерий смерти человека — смерть мозга. Именно после этого в течение нескольких дней можно искусственно поддерживать работу сердца, легких, печени.

Выделяют две юридические модели забора органов от трупных доноров: «презумпция согласия» (неиспрошенное согласие) и «презумпция несогласия» («испрошенное согласие», информированное). Первая предполагает, что забор и использование органов из трупа осуществляется, когда умерший при жизни не высказывал возражений против этого, или, если возражения не высказывают его родственники. То есть, если человек не запретил пересадку органа при жизни, то он автоматически становится донором после смерти. Вторая юридическая модель предполагает, что до своей смерти человек явно заявлял о своем согласии на изъятие органа, либо член семьи четко выражает согласие на изъятие в том случае, когда умерший не оставил подобно заявлений. В этой модели важно наличие документально подтвержденного согласия.

Проблема коммерциализации трансплантологии. Возможность продлить жизнь человека и улучшить ее качество с помощью трансплантации органов и тканей таит в себе опасность превращения донорства в коммерческую сделку, где возможны злоупотребления, подкуп, коррупция (покупка или продажа органов человека, покупка приоритетного права в списке очередников на тот или иной донорский орган). Однако запреты и преследования этих проблем не решают. Нельзя, например, опасаясь злоупотреблений, запретить обмен донорскими органами с другими странами и операции по пересадке органов гражданам других государств. Это означало бы не иметь возможности не только передавать, но и получать необходимые обреченным людям органы по международным системам сотрудничества. Так же несостоятельно предложение некоторых законодателей запретить изъятие органов у трупов без прижизненного письменного согласия умерших людей. Это привело бы к закрытию всех программ трансплантации органов и тканей, которые сегодня спасают жизнь и здоровье тысячам людей.

Проблема справедливости в распределении дефицитных ресурсов для трансплантации. Распределение дефицитных ресурсов в соответствии с социальной значимостью индивида или группы является обычным механизмом, более или менее распространенным во всех сообществах. Для реализации равноправия граждан при распределении дефицитных ресурсов здравоохранения, включая такой в высшей степени дефицитный ресурс, как органы и ткани для пересадки, обычно используется два основных критерия: критерий лотереи (отбор пациентов для трансплантации проходит по принципу совместимости пары «донор — реципиент», так называемая «Природная лотерея»); критерий очередности. Однако во многих странах мира существуют возрастные ограничения для реципиентов, а также иногда считается морально оправданным ограничивать доступность программ по пересадке органов, для тех, кто потерял здоровье из-за ненормального образа жизни — наркоманов, алкоголиков. В Беларуси при распределении органов для трансплантации специалисты-трансплантологи руководствуются тремя критериями: степень совместимости; экстренность ситуации; длительность нахождения в «листе ожидания». Все три критерия абсолютно объективны, но всегда есть сомнения, которые создают врачебный опыт и интуиция. Поэтому выбор реципиента — это всегда этический поступок для членов трансплантационной бригады.

Этические аспекты ксенотрансплантации. Ксенотрансплантация — это пересадка органов и тканей от животных к человеку. Попытки переливать кровь от животных к человеку и пересаживать органы имеют давнюю историю. Общественный интерес к ним подогревается неуклонно растущим дефицитом человеческих донорских органов и тканей. В

США ежегодно более 3 тыс. человек умирают, не дождавшись подходящего органа. Наиболее генетически близкими человеку являются приматы. Однако именно вследствие эволюционной близости человеку использование их в качестве доноров вызывает возражения защитников прав животных. Поэтому исследователи предпочитают создавать универсальных доноров органов для человека на базе некоторых пород свиней, физиологическое и анатомическое строение внутренних органов которых достаточно близко человеческому. Умерщвление свиней для этих целей не противоречит сложившимся традиционным стандартам. Более того, условия содержания и умерщвления этих животных в специализированных медицинских лабораториях значительно более гуманны, чем содержание на ферме и забой на скотобойне. Однако, пересаживая человеку органы, к примеру, свиньи, мы рискуем одновременно перенести ему такие заболевания, как бруцеллез, грипп свиней и целый ряд других инфекций. Ряд вирусов, безвредных для животных, попав в условия организма человека, могут стать источником тяжелейших заболеваний. Ксенотрансплантация ставит фундаментальную этическую проблему — является ли человек высшей моральной ценностью, во имя которой можно причинять страдание и боль, а также вызывать смерть других живых существ.

Этико-правовые проблемы в области трансплантации мозга. Несмотря на имеющийся опыт удачного осуществления подобных операций, на их проведение до сих пор наложен мораторий. Здесь к вышеперечисленным вопросам добавились еще более сложные. Во-первых, мозг для пересадки должен быть взят до истечения критического срока его жизни и начала необратимых процессов его разрушения. А это убийство, даже если у умирающего имеются другие травмы, несовместимые с жизнью. Во-вторых, учитывая, что мозг — это орган личности, как определить статус человека с пересаженным мозгом? Становится ли он (юридически и фактически) тем, кем был прежний «владелец» мозга (в семье, в бизнесе и т. д.), или он — тот, кем было и является его тело? Эти проблемы, не имеют пока однозначного ответа, но их актуальность очевидна.

Сегодня современная трансплантология обладает небывалым ранее в ее распоряжении арсеналом средств, которые могут быть использованы как во благо, так и во вред не только конкретному человеку, но и человеческому роду в целом на разных уровнях. Врач располагает средствами, с помощью которых осуществляется значительный контроль над деторождаемостью, жизнью и смертью, человеческим поведением. Действия врача способны влиять на демографию и экономику, право и мораль. И поэтому, игнорирование биоэтических проблем, не только в трансплантологии, но и в медицине в целом, утрата или отказ от моральных оснований врачевания, могут привести к обесцениванию традиционных человеческих христианских ценностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов, С. Д. Биомедицинская этика: практикум / С. Д. Денисов, Я. С. Яскевич. — Минск, 2011. — С. 166–167.
2. Орлова, И. И. Биомедицинская этика: учеб.-метод. пособие / И. И. Орлова. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — С. 19–22.
3. Биомедицинская этика: слов.-справ. / Т. В. Мишаткина [и др.]; под ред. Т. В. Мишаткиной. — Минск: БГЭУ, 2007. — С. 21–22.
4. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. сб. статей / отв. ред. и сост. Б. Г. Юдин. — М., 1998.

УДК 61:378-057.875:687.15

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ПРОБЛЕМЕ СОБЛЮДЕНИЯ ДЕЛОВОГО СТИЛЯ В ОДЕЖДЕ

Мохорева Г. А., Протасовицкая Я. В., Толкач Д. С., Чубукова Т. Н.

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

Введение

Из истории медицины известно, что внешний вид врача внушает доверие пациенту, которое необходимо для успешного лечения больного. Во времена античности и средневе-

ковья еще не существовало представлений об асептике и антисептике. Вместе с тем, методом наблюдения было установлено, что опрятный доктор в чистых одеяниях чаще добивается выздоровления пациента. Во второй половине XX столетия были сформулированы основные правила этики и деонтологии, которые регулируют не только морально-нравственные аспекты поведения медицинских работников, но и касаются внешнего облика врача [1].

В 2016 г. Минздравом был разработан проект постановления, утверждающий Нормы медицинской этики и деонтологии, в котором также были представлены нормы внешнего вида современного работника здравоохранения [2]. В УО ГомГМУ использование делового стиля в одежде принято официально в рамках Положения от 01.09 2014 г.

Вместе с тем, не все молодые врачи и студенты придерживаются делового стиля в одежде. Важное значение для молодых людей играет мода и молодежная культура, что является нормальным явлением в процессе социализации личности. Однако для пациента важен внешний вид и манера общения врача, что может отразиться на успехе лечения. По мнению д.м.н. М. М. Дятлова, студенту медицинского вуза необходимо учиться искусству врачевания и общей культуре врача [1].

Цель

Изучить отношение студентов 3 курса УО ГГМУ к проблеме соблюдения делового стиля в одежде.

Материал и методы исследования

Нами было проведено исследование на базе УО ГГМУ среди студентов 3 курса (19–21 года). Было опрошено 30 девушек и 30 парней. В опрос входили вопросы о внешнем виде врача, регламентировании формы в медицинских учреждениях. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica» 6.0'.

Результаты исследования и их обсуждение

Было опрошено 60 человек в возрасте от 19 до 21 года, являющихся студентами медицинского университета. Среди них 50 % — девушки, 50 % — юноши.

Проведенный опрос показал следующие результаты:

На вопрос «Считаете ли Вы необходимым строгое регламентирование формы в медицинских учреждениях?» ответили утвердительно 39 человек (из них 56,67 % — парни и 73,3 % — девушки). 7 (11,67 %) человек выбрали вариант «При определенных условиях» (а именно: не сильно вычурно, при больших проверках, когда приезжают важные люди, на торжественных мероприятиях, на клинических кафедрах), (рисунок 1).

На вопрос «Как Вы относитесь к врачам на каблуках?» и юноши (17 (56,67 %)), и девушки (19 (63,33 %)) ответили, что каждый сам решает, в чем ему ходить. Менее 10 % опрошенных считают, что каблуки — это неприемлемо (рисунок 2).

Считаете ли Вы необходимым строгое регламентирование формы в медицинских учреждениях?

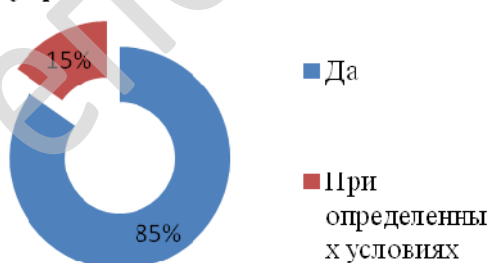


Рисунок 1 — Необходимость регламентирования формы в медицинских учреждениях

Как Вы относитесь к врачам на каблуках?

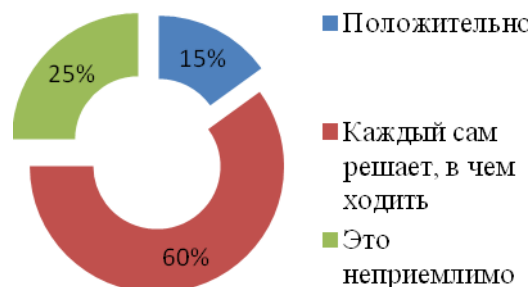


Рисунок 2 — Отношение к врачам на каблуках

На вопрос «Как Вы считаете, насколько длинным должен быть халат у медработника?» большинство (21 (70 %) девушка и 16 (53,33 %) юношей) ответили — две трети бедра. Всего 2 человека высказали мнение о том, что халат у медработника должен быть ниже колена.

Насчет врача с парфюмом отрицательно высказались 14 (46,67 %) девушек и 19 (63,33 %) парней. Положительно к этому относятся менее 10 % опрошенных.

На вопрос «Как Вы относитесь к иконам на столе, видимым нательным крестикам и другим религиозным атрибутам?» подавляющее большинство (23 (70 %) парня и 21 (76,67 %) девушка) ответили, что это не влияет на профессионализм врача (рисунок 3).

Отрицательно к медработникам в неопрятной/грязной/порванной одежде относятся 39 человек из 60 (21 (70 %) девушка и 18 (60 %) юношей) (рисунок 4).



Рисунок 3 — Отношение к иконам на столе, видимым нательным крестикам и другим религиозным атрибутам



Рисунок 4 — Отношение к медработникам в неопрятной/грязной/порванной одежде

Допускают использование медработником косметики/украшений в умеренных количествах 27 (90 %) девушек и 25 (83,33 %) парней.

Из 60 человек нейтрально относятся к яркому маникюру у медработников 18 (60 %) девушек и 19 (63,33 %) парней.

На вопрос «Как должны быть убраны волосы у медработников?» 21 (70 %) парень и 13 (43,33 %) девушек ответили, что волосы должны быть убраны. 13 (43,44 %) девушек решили, что врач сам решает, необходимо ли убирать волосы.

К пирсингу и (или) тату на видном месте 18 (60 %) юношей и 20 (66,67 %) девушек относятся нейтрально и считают, что главное, чтобы врач был умелый.

Из 60 опрошенных у 53 студентов (27 (90 %) девушек и 26 (86,67 %) парней) не возникало желания сменить высококвалифицированного врача-специалиста из-за его внешнего вида.

На вопрос о существовании нормативно-правового акта, регулирующего соблюдение делового стиля одежды в ГГМУ большинство (24 (80 %) девушек и 19 (63,33 %) юношей) ответило, что знают о его существовании, всего 17 (28,33 %) человек не подозревали об этом.

Значительное большинство опрошенных (56 человек (по 93,33 %)) тату не имеют. Студенты с татуировками (4 человека) ответили, что их тату — это определенный символ (1 девушка и 1 парень (по 3,33 %)), дань моде (1 юноша (3,33 %)), не несет никакого смысла, просто красиво (1 девушка и 1 парень (по 3,33 %)).

На вопрос «Красите ли Вы волосы в яркие и неестественные цвета?» 29 (90 %) девушек и 27 (96,67 %) парней ответили отрицательно.

Из 60 студентов 21 (70 %) девушка и 25 (83,33 %) юношей пирсинг не имеют (прокол мочки ушей мы не учитывали).

Более половины студентов ГомГМУ (65 %) одобряют строгое регламентирование формы в медицинских учреждениях. Больше 60 % опрошенных согласились с тем, что халат врача должен быть чистым, не порванным и длиной в две трети бедра. Свыше 55 % студентов считают, что на рабочем месте парфюм неприятен и волосы у врачей должны быть убраны. Допускают использование медработником косметики/украшений в умеренных количествах больше 86 % опрошенных.

Около 60 % студентов поддерживают такие положения, как самостоятельный выбор обуви медицинским работником, нейтральное отношение к яркому маникюру и пирсингу. Менее 10 % имеют тату, пирсинг, красят волосы в неестественные цвета в силу возраста.

Во время тестирования было установлено, что 17 человек из 60 (28 %) опрошенных были не осведомлены о существовании положения «О соблюдении делового стиля в одежде работников и студентов университета». Из этого можно сделать вывод, что необходимо улучшить информирование о НПА.

В ходе опроса мы выявили, что мнение большинства студентов согласуется с принципами, изложенными в проекте министерства здравоохранения РБ «Об утверждении норм медицинской этики и деонтологии».

Выводы

Проведенное исследование показало, что по мнению большинства (более 50 %) студентов 3 курса (19–21 год) халат у врача должен быть опрятным, длиной в 2/3 бедра; обувь должна быть удобной; использовать косметику, украшения, парфюм необходимо в умеренных количествах. Свыше 55 % студентов выразили нейтральное отношение к пирсингу, маникюру, татуировкам.

По мнению большинства опрошенных (более 70 %) религиозные атрибуты никак не влияют на профессионализм врача. 28,33 % студентов не осведомлены о нормативно правовом акте, регулирующем соблюдение делового стиля в ГГМУ, поэтому нужно улучшать информирование учащихся нашего университета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дятлов, М. М. Напутствие врачам и наставления желающим ими стать / М. М. Дятлов // Соответствие нравственной элите общества: учеб. пособие / М. М. Дятлов. — 2-е изд. стер. — Гомель: ГомГМУ, 2007. — С. 10–14.
2. Национальный Интернет-портал Республики Беларусь / Республиканское унитарное предприятие «Редакция газеты “Медицинский вестник”». — Минск, 2009. — Режим доступа: <http://www.medvestnik.by>. — Дата доступа: 08.09.2017.

УДК 27:316.362.4

ХРИСТИАНСКИЙ ОТВЕТ МЕТОДАМ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Нестерова О. А.

**Государственное учреждение здравоохранения
«Гомельская центральная городская поликлиника» филиал № 1
г. Гомель, Республика Беларусь**

Согласно ВОЗ, методы распознавания плодности (или методы естественного планирования семьи) используются как для откладывания зачатия, так и для успешного планирования беременности. Они основываются на наблюдении за изменениями признаков плодности, происходящих в течение менструального цикла женщины и определении плодного и неплодного периода менструального цикла. А также в воздержании от интимных отношений в плодный период, если зачатие не планируется.

Использование методов распознавания плодности супружескими парами актуально в сложившейся медико-демографической ситуации в РБ по нескольким причинам.

В РБ сохраняется тенденция увеличения частоты женского бесплодия на 30 % за период с 2000 по 2010 гг. Как сообщила заведующая отделением планирования семьи и вспомогательных репродуктивных технологий РНПЦ «Мать и дитя» Алла Камлюк, количество бесплодных пар в Республике составляет 16 %. По данным ВОЗ, увеличение количества бесплодных браков до 15 % от общего числа семейных пар рассматривают как неблагоприятную демографическую ситуацию.

Возможно, это связано с ростом первичной заболеваемости подростков на 40,8 %, так и с ростом на 24,6 % первичной заболеваемости взрослого населения в Республике Беларусь.

Кроме того уменьшилась численность контингента подростков за период с 1994 по 2011 гг. на 115347 человек или 25,4 %, а следовательно и женщин, вступающих в репродуктивный возраст. По данным начальника управления народонаселения, гендерной и семейной

политики Министерства труда и соцзащиты В. Лабкович: «Количество женщин репродуктивного возраста с 2013 г. начало интенсивно снижаться и к 2016 г. их стало на 99 тыс. меньше».

Несмотря на тенденцию к снижению, по-прежнему остается высоким уровень абортов в нашей республике. За прошлый 2016 г. в РБ на 100 родов пришлось 24,7 абортов. Интересным оказалось исследование местного общественного благотворительного объединения «Центра поддержки семьи и материнства «Матуля», сотрудники которого занимаются доабортным консультированием в женских консультациях и стационарах г. Минска. В результате опроса 360 женщин с нежелательной беременностью, 201 из них (68 %) использовала какой либо метод контрацепции и забеременела. Это говорит либо о неэффективности средств контрацепции, либо неправильном их использовании при низком уровне репродуктивной грамотности и отсутствии осознанного отношения к появлению новой жизни у женщин, решившихся на аборт.

Именно на акушеров-гинекологов возложена важная задача — сохранить здоровье немногочисленного поколения молодых женщин, вступающих в репродуктивный период. Сложившаяся ситуация диктует поиск способов диагностики, лечения и средств контрацепции не оказывающих неблагоприятного воздействия на их организм и формирующих осознанное отношение к репродуктивному здоровью и появлению новой жизни.

Использование СТМ в связи с этим весьма актуально, для тех, кто ведет здоровый образ жизни, имеет моральные возражения против других форм контрацепции или имеет медицинские противопоказания для их назначения.

Научное обоснование и эффективность методов естественного планирования семьи была доказана исследовательскими группами в Европе, при участии и поддержке Всемирной организации здравоохранения.

Исследования проводятся на базе институтов, занимающиеся исследованием методов распознавания плодности и подготовкой учителей. Это — Европейский институт семейного образования, Бирменгемский университет и Королевский колледж акушеров и гинекологов (Великобритания), Институт Исследования человеческой плодности им. Павла VI под руководством профессора Томаса Хилджерса, созданный на базе Университета Крейтона (Омаха, США), Варшавский медицинский университет и др.

Ассоциация учителей методов распознавания плодности (NFPTA) объединяет учителей метода, врачей, ученых всего мира. По рекомендации ВОЗ 1987 г. во многих странах мира созданы ассоциации учителей методов плодности в Великобритании (Лондон, Бирмингем, Кардиф), в Ирландии (Дублин, NFPTAI), в Австрии (Ассоциация проф. Ретцера), в Германии (Кельн, Дюссельдорф, Arbeitsgruppe NFP), в Италии (Metodo Sintotermico CAMEN), в Польше (NFPTAP), в Австралии (WOOMB — World Organization of the Ovulation Method, Billings), в США (Natural Family Planning Center of Washington), и др. странах.

В представленном в данной статье симптотермальном методе двойного подтверждения английской модификации используется комбинация 2-х методов распознавания плодности: овуляционного метода Билингсов и температурного метода.

Наблюдения ведутся за 3мя показателями плодности: базальной температурой тела, цервикальным секретом и шейкой матки. В данном методе начало и конец плодного периода цикла подтверждают как минимум 2 показателя плодности.

В результате исследований Allen J. Wilcox et al. было выяснено, что женщины потенциально способны к зачатию в течение не более 6–8 дней менструального цикла, так называемый **плодный (овуляторный) период или окно плодности** (рисунок 1).

Преовуляторный и постовуляторный периоды были названы **неплодными**. Вероятность зачатия в постовуляторный период составила 4 на 1000 актов супружеской близости. В своих исследованиях Tietze подтвердил, что на 3-й день повышения базальной температуры тела во 2-й фазе менструального цикла вероятность зачатия сравнима лишь со стерилизацией. Эта фаза была названа фазой абсолютной постовуляторной неплодности.

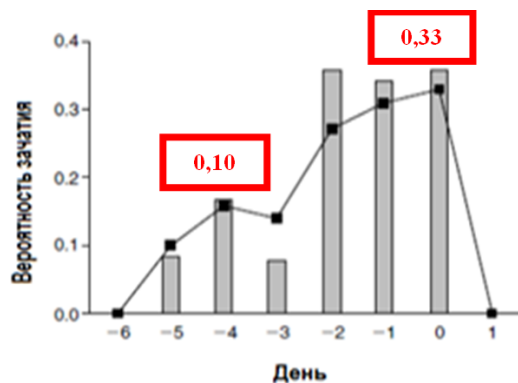


Рисунок 1 — Вероятность зачатия в околоовуляционные дни (окно плодности).

Примечание. 0-день овуляции [31]. Столбцы представляют вероятность зачатия на основе наблюдения за 129 менструальными циклами, в которых половой акт происходил в один единственный день в течение 6 дней накануне овуляции (день 0). Непрерывная линия показывает ежедневную вероятность зачатия, рассчитанную в соответствии со статистической моделью по данным всех 625 циклов.

Применение методов распознавания плодности, симптотермального метода в частности, используется для планирования так и для откладывания зачатия, во все периоды жизни женщины: во время кормления грудью, после отмены гормональных контрацептивов, в период менопаузы независимо от того регулярные у нее циклы или нет.

При планировании беременности естественные методы позволяют парам лучше реализовать потенциал плодности. Супружеские пары благодаря точному определению плодного периода, так называемого окна плодности, получают знания о наиболее благоприятном времени для вступления в интимные отношения.

По исследованиям С. Gnoth и соавт, 81 % пар желающих зачать, забеременели в течение 6 менструальных циклов, еще 11 % пар забеременели в течение 12 месяцев и 2 % пар — в течение 24 месяцев.

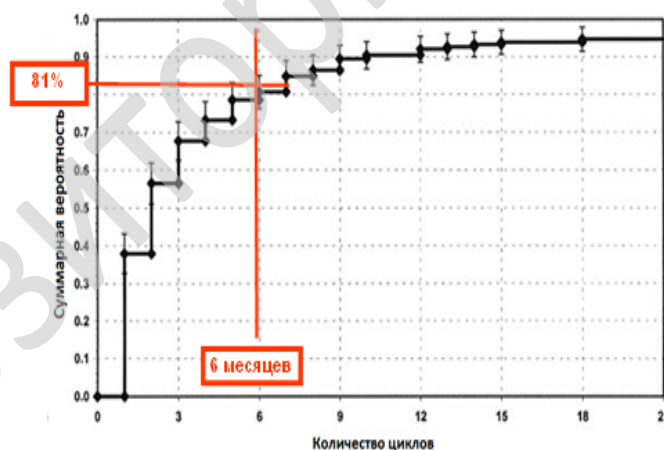


Рисунок 2 — Кумулятивное распределение вероятности зачатия во времени (число циклов с ориентированной на зачатие супружеской близостью; время до беременности). 346 пар, 1208 циклов

Так как большинство зачатий происходит через 6 месяцев целенаправленных отношений в плодный период С.Gnoth и соавт. считают, что при условии использования МРП уже по истечению этого периода можно выделить пары с пониженной плодностью.

Для откладывания зачатия ВОЗ рекомендует использовать методы распознавания плодности наравне с другими методами планирования семьи.

Эффективность использования симптотермального метода для откладывания зачатия по данным В. И. Кулакова составляет 93–98 %.

Согласно 11 европейским ЕПС-исследованиям, проведенных в 1990 гг., в том числе многоцентровым исследованием, проведенным в Германии G. Freundl et al. в Дюссельдор-

фе в 1989–1995 гг. и Frank-Hermann et al. в Гейдельберге в 2007 г. эффективность использования симптотермального метода двойного подтверждения для откладывания зачатия оказалась высокой. Индекс Перля, при использовании СТМ двойного подтверждения, составил 0,4–2,6 %, что сопоставимо с использованием комбинированных оральных контрацептивов у хорошо мотивированных пар.

Из всех методов МРП наивысшие показатели успеха в откладывании беременности были достигнуты за счет использования многопоказательных методов, в частности, симптотермального метода двойного подтверждения.

Симптотермальный метод двойного подтверждения английской модификации основан на наблюдении за тремя признаками плодности: базальной температурой тела, шеечным секретом, положением и состоянием шейки матки. Данные о наблюдаемых признаках плодности в течение менструального цикла женщина вносит в таблицу наблюдения, затем интерпретируются и делается заключение о данном цикле. В этой статье подробно не описываются правила наблюдения за каждым признаком плодности и правила интерпретации карты наблюдения. Эта задача ставится при обучении учителей метода, работающих с парой на протяжении 6 менструальных циклов.

На базе Гомельского медицинского университета проведено исследование эффективности использования МРП двойного подтверждения английской модификации. Было исследовано 42 женщины от 20 до 45 лет, использующие МРП, на протяжении не менее 6 менструальных циклов, находящихся в разных клинических ситуациях.

Результаты исследования и их обсуждение

По картам наблюдения, используя правила интерпретации, все женщины смогли определить **начало плодного периода**, зарегистрировав первые симптомы начала созревания фолликула: появление первого цервикального секрета и первых изменений шейки матки и применив расчет, основанный на продолжительности предыдущих циклов. Наблюдая за динамикой развития шеечного секрета и шейки матки смогли наблюдать симптомы предшествующие овуляции. Все женщины ретроспективно смогли определить факт состоявшейся овуляции, что подтвердили тесты на овуляцию. И смогли определить **окончание плодного периода** на 3-й день вечером после повышения базальной температуры тела, на 3-й день вечером после дня пика слизи, на 3-й день вечером после дня пика шейки матки, учитывая самый поздний признак. А, следовательно, и начало фазы абсолютной постовуляторной неплотности.

Планировали зачатие 24 (57 %) женщины. Беременность наступила у 18 (75 %) из них. На 17 день фазы повышенных температур все женщины самостоятельно установили факт беременности, что было подтверждено тестами на беременность и УЗ-исследованием.

Из всех забеременевших женщин у 11 (65 %) женщин наступила беременность и протекала или продолжает протекать благополучно. В их число вошли и 3 женщины с бесплодием, что составило 25 % от всех женщин с этим диагнозом.

У 1-й женщины с привычным невынашиванием беременность наступила на фоне приема дюфастона.

У 7 (42 %) женщин из числа забеременевших женщин произошла **потеря беременности**: 1 (14 %) внематочная беременность, 1 (14 %) — неразвивающаяся беременность, у 5 (72 %) произошел самопроизвольный выкидыш.

Падение БТТ с начавшимся кровотечением позволило заподозрить угрожающий выкидыш, что было подтверждено клинико-инструментальными методами исследования. Низко расположенные точки 2-й фазы над покрывающей линией (на 0,2–0,3°) также позволили вовремя заподозрить неблагополучие с беременностью. Это подтвердилось двукратным определением ХГЧ и позволило установить факт неблагополучного исхода беременности в раннем сроке. У одной женщины кровотечение во время беременности возникло на фоне высоких температур лютеиновой фазы на 10й неделе беременности. При УЗИ-исследовании обнаружена ретроамниальная гематома, беременность была благополучно сохранена.

У 6 (86 %) женщин с потерей беременности предыдущие циклы указывали на отсутствие благоприятных условий либо для зачатия и вынашивания (отсутствие корреляции

признаков плодности и недостаточная функция желтого тела у 1 (14 %) либо для вынашивания беременности (недостаточная функция желтого тела у 5 (72 %)). И лишь у 1 (14 %) женщины были типичные менструальные циклы.

У 26 (62 %) женщин по картам наблюдения была выявлена недостаточная функция желтого тела. Это выражалось в низко расположенных большинства точек 2-й фазы менструального цикла — на $0,2-0,3^\circ$ над покрывающей линией, и лабораторно подтвержденным низким уровнем прогестерона и (или) продолжительностью 2-й фазы менее 10 дней.

Из женщин, у которых была обнаружена недостаточная функция желтого тела, 6 (23 %) женщин были здоровы. 18 (69 %) женщин имели гинекологические заболевания, из них 8 (44 %) женщин с бесплодием. 9 (35 %) женщин с недостаточной функцией желтого тела имели отягощенный акушерский анамнез: самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, искусственные прерывания беременности. 5 (19 %) женщин с низким уровнем прогестерона во 2-й фазе кормили ребенка грудью. 2 (8 %) женщины были в возрастной группе старше 40 лет.

Выводы

Использование симптомтермального метода распознавания плодности позволяет женщине самостоятельно определять плодный период менструального цикла. А значит успешно планировать и откладывать зачатие, не имея ни побочных эффектов, ни материальных затрат.

Знания о физиологии плодности помогают женщине с нерегулярными циклами самостоятельно определить фазу цикла, в которой она находится, что позволяет избежать похода к врачу. Метод позволяет понять причину болезненных ощущений и обильных выделений, если они связаны с околоовуляторным периодом.

С помощью СТМ супружеская пара самостоятельно устанавливает факт наступившей беременности. Что позволяет откорректировать образ жизни и своевременно исключить факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на плод.

Метод позволяет диагностировать неблагоприятный исход беременности и, проведя анализ предыдущих циклов, понять причину неудачи.

Использование СТМ в качестве прегравидарной подготовки позволяет женщине объективно оценить свои возможности как для зачатия так и для вынашивания и, запланировать зачатие, дождавшись наиболее благоприятного периода.

Метод позволяет определить функцию желтого тела, что является маркером как репродуктивного здоровья, так слаженной работы нейроэндокринной системы в целом. Особенно важно для женщин планирующих зачатие, для исключения потерь беременности, связанных с прогестероновой недостаточностью. Возможно СТМ развеет эфемерность термина «недостаточность лютеиновой фазы».

При анализе карт оказалось, что повысить уровень прогестерона во 2-й фазе можно не только назначением его аналогов. На работу желтого тела влияют такие факторы, как питание, перенесенный стресс, наличие гинекологических заболеваний и эндокринных и соматических заболеваний и... осознанное наблюдение за менструальным циклом. Чем дольше женщина за собой наблюдала, тем типичнее становились ее циклы. Последний фактор оказался несколько неожиданным, но учитывая регулируемую роль коры головного мозга и подкорковых структур на гипоталамо-гипофизарную ось, вполне объяснимым. Возможно, именно блокировкой на уровне высших регулирующих структур можно объяснить зачатие у 30 % наблюдаемых женщин с бесплодием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В. И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И. Б. Манухина. — М., 2009. — 1088 с.
2. Русакевич, П. С. Системный патогенетический подход к диагностике и лечению доброкачественных (фоновых) и предраковых заболеваний шейки матки / П. С. Русакевич. — Минск: Полифакт, 2005. — 268 с.
3. Воронцова, А. В. Возможные методы диагностики овуляции / А. В. Воронцова // Гинекология. — 2008. — № 2(42).
4. Menárguez, M. Morphological characterization of different human cervical mucus types using light and scanning electron microscopy / M. Menárguez, L. M. Pastor, E. Odeblad. // Hum Reprod. — 2003. — № 18 (9). — P. 1782–1789.

5. Odeblad, E. The discovery of different types of cervical mucus and the Billings Ovulation Method / E. Odeblad // Bull. Nat. Fam. Plan. Coun. Vic. — 1994. — № 21. — P. 31–34.
6. Odeblad, E. Cervical mucus and their functions / E. Odeblad // J. Ir. Coll. Physicians Surg. — 1997. — № 26. — P. 27–32.
7. Jamie, L. Bigelow David B. Dunson Joseph B. Stanford René Ecochard Christian Gnoth Bernardo Colombo. Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse / L. Jamie // Hum Reprod. — 2004. — № 19 (4). — P. 889–892.
8. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility / C. Gnoth [et al.] // Human Reproduction. — 2003. — Vol. 18, № 9. — P. 1959–1966.
9. http://www.belta.by/ru/all_news/society/Chislennost-zhenschin-v-Belarusi-v-aktivnom-detorodnom-vozhraste-2013-goda-nachnet-sokraschatsja_i_606444.html.
10. Официальный статистический сборник Республики Беларусь за 2015 г. // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/static/numbers>. — Дата доступа: 30.04.2017.
11. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2011 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2012. — 304 с.
12. Глинская, Т. Н. Первичная заболеваемость подросткового населения Республики Беларусь: Приоритеты профилактики / Т. Н. Глинская, М. В. Щавелева, В. А. Касап. — Белорусская медицинская академия последиplomного образования, Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://niimser@belcmt.by>.
13. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behavior during the fertile time: a prospective longitudinal study / P. Frank-Hermann [et al.] // Human Reproduction. — 2007. — P. 1–10.
14. Effectiveness and acceptability of the symptothermal method of natural family planning in Germany / F. Herrmann [et al.] // Am J. Obstet Gynecol. — 1991. — № 165. — P. 2052–2054.
15. Freundl, G. Prospective European multi-center study of natural family planning (1989–1992): interim results / G. Freundl // Advances in contraception. — 1993. — № 9. — P. 269–283.
16. Fertility Awareness-Based Methods of Family Planning: a Review of Effectiveness for Avoiding Pregnancy using SORT / M. Manhart [et al.] // Osteopathic Family Physician. — 2013. — № 5. — P. 2–8.
17. Freundl, G. European multicenter study of natural family planning (1989–1995): efficacy and drop-out / G. Freundl // Advances in contraception. — 1999. — № 15. — P. 69–83. This article gives a review of other studies on pages 79, 80.
18. Odeblad, E. Investigations on the physiological basis for fertility awareness / E. Odeblad // Bulletin for the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia. — 2002. — Vol. 29, № 1. — P. 2–11. (internet, Billings Ovulation Method. www.woomb.org).

УДК 608.1:616-092.9

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НАД ЖИВОТНЫМИ

Носорова Е. И., Тимошков И. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Угольник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Эксперименты над животными берут свое начало в древней Греции на рубеже IV–III веков до нашей эры. Однако основателем вивисекции считается древнеримский врач Гален. Он первым начал практиковать вскрытие свиней и коз. На протяжении веков такие известные врачи и исследователи, как Ибн Зухр, Луи Пастер, Иван Петрович Павлов и другие проводили эксперименты на животных. Однако настоящий бум экспериментов пришелся на начало XX века. В первую очередь, это было связано с развитием фармакологии. Ежегодно увеличивалось количество новых лекарственных препаратов, многие из них поступали на рынок практически непроверенными и можно говорить о том, что «тестирование» препаратов шло на людях. В 1937 г., когда произошла трагедия с «эликсиром сульфаниламида», в США на законодательном уровне обязали фармацевтические компании тестировать новые лекарства на животных. Данная инициатива довольно быстро была подхвачена и другими странами. На сегодняшний день ежегодно для экспериментов используется от

50 до 100 млн позвоночных животных. Количество же беспозвоночных животных не контролируется.

Без экспериментов на животных сложно представить современную генетику, фармакологию, медицину, косметологию.

«Когда я приступаю к опыту, — писал И. П. Павлов, — связанному в конце с гибелью животного, я испытываю тяжелое чувство сожаления, что прерываю ликующую жизнь, что являюсь палачом живого существа. Когда я режу и разрушаю живое животное, я глушу в себе едкий упрек, что грубою невежественною рукой ломаю невыразимо художественный механизм. Но это переношу в интересах истины и пользы людям» [1].

Сложно переоценить значимость и необходимость экспериментов над животными для фармакологической промышленности. Даже после того, как тестирование новых лекарственных препаратов на животных стало обязательным, возникали случаи, когда попавшие на рынок фармакологические препараты оказывались токсичными для человека. Наиболее яркими примерами являются талидомид и изопреналиновые аэрозольные ингаляторы [2]. Однако необходимо отметить, что уже на стадии экспериментальных исследований на животных огромное количество препаратов признаётся опасными для человека и их дальнейшая разработка прекращается.

В США и странах ЕС для того, чтобы проводить экспериментальное исследование с участием животных, нужно доказать, что оно необходимо и не существует альтернативных методов получить данные. В Республике Беларусь существуют комитеты по этике, которые регламентируют проведение всех экспериментов на животных. Концепция принципов 3R гласит: replacement, reduction, refinement (замена, сокращение, усовершенствование). Согласно данной концепции необходимо заменять высокоорганизованных животных на менее организованных или проводить эксперименты *in vitro*. Следует стараться использовать минимально необходимое количество лабораторных животных. Для этого следует ответственно подходить к планированию эксперимента и публиковать информацию о проведенных исследованиях. Благодаря этому можно избежать ситуаций, когда будут проводиться исследования, ранее уже проведенные другими учеными. Обязательно нужно обеспечить стандартные условия содержания животных [3].

Нельзя обойти и такой важный раздел медицины как ксенотрансплантация. Проводятся исследования, которые возможно со временем позволят пересаживать человеку островковые клетки Лангерганса генно-модифицированной свиньи, что позволит лечить сахарный диабет 1 типа. В сентябре 2016 г. на сайте UAB (The university of Alabama at Birmingham) появилась статья, в которой говорилось, что группе исследователей во главе с Хубертом Це и Евгенией Харлампиевой удалось пересадить мышам с диабетом 1 типа островковые клетки поджелудочной железы свиньи. Чтобы организм мышей не отторгал пересаженные клетки, ученые обернули каждую из них в 5 бислоев (основу которых составляют танины) толщиной в 30 нм, благодаря чему клетки прижились и нормально функционировали [4].

В настоящее время популярен метод исследования под названием PDX (patient-derived xenograft). Jackson Laboratory, сотрудничающая с онкологическими клиниками, занимается подсадкой человеческих опухолей мышам. На сегодняшний день в их базе данных имеется более 450 уникальных моделей PDX. Фармакологические компании, разрабатывающие новые противоопухолевые лекарственные препараты, могут заказать мышей, с необходимыми им для тестирования опухолями, либо исследование может проводиться прямо на базе лаборатории. Это позволяет значительно сократить время на доклинические исследования и количество животных.

Существует ли альтернативные методы, позволяющие заменить эксперименты на животных?

В век развития высоких технологий постоянно появляются новые методы, способные сократить количество животных в экспериментах, либо полностью их заменить. Одним из таких перспективных методов является компьютерное моделирование. Идея довольно проста. Сначала проводится исследование *in vitro*, после чего эти данные экстраполируются в

отношении отдельных систем организма. Затем, на основе этой базы и с помощью аналитико-теоретических приемов и рассуждений создается компьютерная модель. Это позволяет значительно сократить количество лабораторных животных, которые понадобятся в дальнейших исследованиях. Безусловно, построение таких математических моделей трудоемкий процесс, требующий специальных и междисциплинарных знаний. Но современный уровень развития науки вполне позволяет это сделать [2]. Все большее развитие получают искусственные нейронные сети. Их преимущество заключается в том, что на основе входных данных и получаемых результатов, создается необходимая компьютерная модель, которая способна развиваться даже без дальнейшей помощи со стороны человека.

Еще одной альтернативой экспериментам на животных являются исследования на различных культурах клеток. Этот метод позволяет получить более точные данные о действии новых веществ и при этом значительно сокращает количество используемых в экспериментах животных. Существенным недостатком является тот факт, что оборудование для проведения таких исследований стоит очень дорого.

Тест HET-CAM (hen's egg test-chorioallantoic membrane) или тест на хориоаллантоической оболочке куриного яйца позволяет проверить, насколько новое вещество токсично. Для теста используют 10-дневный куриный эмбрион, на мембрану которого наносят вещество и анализируют изменения. Данный тест был призван заменить тест Драйза, который позволял определить токсичность веществ, только вместо куриных эмбрионов использовали кроликов. В разных источниках указывалось, что тест Драйза был мало информативен, но в связи с отсутствием в то время других методов исследования, его проводили [5].

Заключение

Эксперименты на животных способствовали бурному развитию медицины, фармакологии и генетики. Сегодня существует огромное количество фармакологических компаний и различных лабораторий, которым для проведения исследований необходимы животные. Поэтому необходимо контролировать исследования, проводимые компаниями и лабораториями, а также требовать соблюдения правила 3R. Важным является и поиск новых методов, которые помогут уменьшить использование животных в экспериментах

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы стандартизации лабораторных животных для медико-биологических и биотехнических исследований / Л. А. Болотских [и др.] // Биомедицина. — 2012. — № 4. — С. 101–105.
2. Венгеровский, А. И. Лекции по фармакологии / А. И. Венгеровский // Физико-математическая литература, 2007. — С. 435–436.
3. Угольник, Т. С. Соблюдение биоэтических принципов при работе с лабораторными животными / Т. С. Угольник, Е. С. Пикулина // «Гуманное образование и наука: Биоэтика на защите прав животных»: матер. науч.-практ. конф., Минск, 16–18 дек. 2015 г. / Межд. гос. экол. инс-т. имени А. Д. Сахарова БГУ. — Минск: БГУ, 2015. — С. 133–135.
4. At UAB, Lund holds the Charles H. McCauley Chair of Microbiology. — <https://www.uab.edu/news/innovation/item/7587ek-and-ht-collaboration>. — Date of access: 14.03.2017
5. Wang, L. Computer-simulated pharmacology experiments for undergraduate pharmacy students: experience from an Australian university / L. Wang // Indian Journal of Pharmacology. — 2001. — № 34. — P. 68–71.

УДК 608.1:612.6.051]:618.77-089.881.11

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Провалинский А. В., Майорова И. О., Чирков А. Е.

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

Введение

25 июля 1978 г. на свет родился первый в мире «ребенок из пробирки» — Луиза Джой Браун. Это стало не только качественным переворотом в медицине и науке, но и

точкой отправления для новых исследований в области генетики и геномной терапии, ведь открылись новые горизонты в предупреждении генетических заболеваний на ранних стадиях онтогенеза.

Экстракорпоральное оплодотворение, или ЭКО, используется для того, чтобы даже люди с диагнозом «абсолютное бесплодие» смогли иметь детей. Это вспомогательная репродуктивная технология, эффективность которой в настоящее время не вызывает сомнений: на 2013 г. в мире появилось около 5 млн детей, рожденных с помощью ЭКО, ежегодно это число возрастает. Согласно последним данным, доля многоплодных родов, являющихся риском как для матери, так и для детей и обусловленных использованием в ходе проведения ЭКО 2–3 эмбрионов, сократилась на треть, уменьшившись с 8,2 % в 2009 г. до 5,6 % в 2013 г.

Процедура ЭКО проводится в несколько этапов. Как правило, для экстракорпорального оплодотворения стараются получить несколько яйцеклеток, так как это повышает эффективность лечения бесплодия этим методом. Поскольку в норме у женщины в течение одного менструального цикла созревает одна яйцеклетка, то для получения нескольких яйцеклеток проводят так называемую процедуру «стимуляции суперовуляции». Для этого пациентке назначают инъекции гормональных препаратов. Затем с помощью пункции получают яйцеклетки, которые оплодотворяют сперматозоидом в искусственной среде. В последнее время применяют специальные питательные среды, в результате уменьшается доля недоношенных детей. Полученный таким образом эмбрион содержат в инкубаторе от 2 до 5 дней, а затем имплантируют в матку женщины. Процедура не требует анестезии.

Кроме неоспоримой пользы в помощи семьям, которые не могут иметь детей, данный метод несет и ряд проблем социального характера.

В обыденной жизни понятия родства и семьи являются базовыми, которые, как правило, сами собойразумеются. Однако когда в процесс зачатия вмешивается медицина, предлагая вспомогательные репродуктивные технологии, то имеет место пересмотр и дополнение традиционной концепции семьи, появления в подобных концепциях новых социальных ролей, таких, как «генетическая мать/отец», «обобщенная мать/отец» и др., и, как следствие, проблемы с социальной идентификацией людей, рожденных с помощью ВРТ. Перед обществом встает ряд важных этических вопросов. Кому должны быть доступны ВРТ? Является ли донор спермы отцом ребенка или просто донором генетического материала? Имеет ли какие-нибудь права на ребенка суррогатная мать? Имеет ли право на существование суррогатное материнство или же это один из способов торговли человеком?

Не меньшее значение имеют вопросы клонирования, посмертной инсеминации, редукции эмбрионов, криоконсервации эмбрионов и половых клеток. Все эти вопросы нуждаются в разработке официального репродуктивного законодательства, учитывающего последние научные достижения.

Проблема использования различных видов ВРТ

Модель, которая вызывает меньше вопросов – модель использования яйцеклетки жены и спермы мужа; жена сама вынашивает ребенка. В таком случае нет разобщения между социальным и биологическим родительством. Остается лишь вопрос о нетрадиционном и неестественном процессе зачатия ребенка, который, как правило, и является определяющим в отношении Церкви к ЭКО.

Наиболее спорным считается использование донорской спермы и суррогатного материнства.

Донором спермы может быть как знакомый, так и кандидат, выбранный из анонимизированной базы. Основной проблемой при использовании донорской спермы становится невозможность ребенка впоследствии самоидентифицировать себя. На этот счет существует две точки зрения: одна из них на первое место выдвигает генетического отца, рассмотрение его как основного, того, к которому испытывается «кровная близость». Однако случаи, подтверждающие эту концепцию, малочисленны и прослеживаются в основном у

подростков в период неудовлетворения общения с родителями. Вторая точка зрения абсолютизирует роль социального отца. Проблема идентификации отцовства прослеживается с древних времен и маркируется как общая для всех типов обществ, как обычный эпизод, который всегда мог и может случиться в жизни любой семьи. В настоящее время в клиниках подбирают донора спермы, имеющего внешнее сходство с будущим социальным отцом, что подтверждает отсутствие значимости донора, ее деперсонализация.

Кроме того, в перспективе развития этого направления прослеживается проблема увеличения в будущем числа инцестов, ведь у одного донора может быть не один ребенок, не подозревающий о своей генетической природе, что значительно скажется на генофонде нации будущего, наполнив его разнообразными мутациями.

Донорство ооцитов менее распространено. В данном случае вынашивать ребенка может и его будущая социальная мать. В данном случае семьи предпочитают искать донора яйцеклетки среди своих ближайших родственниц, что может переопределять родственные отношения и нарушать последовательность межпоколенческой цепочки (например, мать пациентки — донор яйцеклетки, сама пациентка вынашивает ребенка, и наоборот). Здесь процесс вынашивания становится определяющим в идентификации материнства, в отличие от суррогатного материнства.

Суррогатное материнство с каждым годом становится все более популярным. Согласие суррогатной матери выносить ребенка складывается из двух частей: коммерческой, ведь за такой вид услуг обычно платят достаточно большие суммы, и альтруистической, она имеет место быть, если суррогатная мать является родственницей или близкой подругой пациентов. В идентификации материнства определяющий фактор — социальное материнство.

С суррогатной матерью связь ребенка не считается значимой. В данном случае суррогатная мать является аналогом инкубатора. Проблема данного вида ВРТ — профессионализация суррогатного материнства, решение вопроса о том, имеет ли суррогатная мать право на ребенка.

Еще одним распространенным видом ВРТ, особенно в Западных странах, является использование своей спермы, донорской яйцеклетки и суррогатной матери. Он решает проблему рождения ребенка в паре гомосексуальных мужчин. Но по результатам исследований, ребенок, рожденный в такой семье, столкнется с тяжелой социализацией.

Также неоднозначным методом является использование криоконсервированного генетического материала. Это позволяет зачать ребенка от умершего(их) родителя(ей). Одно из самых неблагоприятных последствий — травмирующее действие осознания обстоятельств своего рождения.

Посмертная вспомогательная репродукция создает нестандартную концепцию родства, переходит из вопросов этики и морали в вопросы права и требует законодательных инноваций, которые не под силу даже самым гибким правовым системам.

Заключение

Неоднозначность взглядов на ВРТ как на научное открытие вовсе не обесценивает его. Столкнувшись с чем-то качественно новым, обществу, как и живому организму, нужно время для адаптации к нему и выработке адекватной реакции.

Появление ВРТ — это не только прорыв в сфере науки, но и социальный феномен. Общество сталкивается модификацией вопросов, которые до этого считало незыблемыми основами. Концепция семьи дополняется третьими временными лицами, теряющими связь с процессом рождения ребенка на одном из его этапов. Социальную готовность общества ко всем этим явлениям нельзя назвать абсолютной, в данном вопросе обязательно вмешательство государства в легитимизации ВРТ, в установлении строгого законодательства, разрешающего все спорные вопросы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Балашов, О.* Репродуктивные технологии: дар или искушение? / О. Балашов // Православие и проблемы биоэтики. Церковно-обществ. совет по биомедицинской этике. — 2001. — Вып. 1. — С. 42–60.
2. *Жабинская, А. Б.* Биоэтическое регулирование вспомогательных репродуктивных технологий: религиозно-правовой аспект / А. Б. Жабинская, Е. Е. Петровская // Экологический вестник. — 2011. — № 1. — С. 105–114.
3. *Ткач, О.* Наполовину родные? Проблематизация родства и семьи в газетных публикациях о вспомогательных репродуктивных технологиях / О. Ткач // Журнал исследований социальной политики. — 2013. — Т. 1, № 11. — С. 53.

ЭВТАНАЗИЯ: ИЛЛЮЗИЯ КОНТРОЛЯ ИЛИ ГАРАНТИЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЙ СМЕРТИ?

Провалинский А. В., Соцевич М. А.

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

Введение

Эвтаназия — практика прекращения жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания и определяется как действие, совершаемое только врачом, который намеренно завершает жизнь человека по его просьбе [1].

Виды эвтаназии

Выделяются два основных вида эвтаназии: пассивная эвтаназия (намеренное прекращение поддерживающей терапии) и активная эвтаназия (введение умирающему медицинских препаратов, которые влекут за собой быструю и безболезненную смерть). К активной эвтаназии также относится и самоубийство с врачебной помощью (предоставление больному по его просьбе препаратов, прекращающих жизнь). Помимо этого, необходимо различать *добровольную* и *недобровольную* эвтаназию. Добровольная эвтаназия осуществляется по просьбе больного или с предварительно высказанного согласия (юридически заверенного). Недобровольная эвтаназия осуществляется без согласия больного, находящегося в бессознательном состоянии. Она производится на основании решения родственников, опекунов и относящимся к ним лицам.

Морально-этический аспект эвтаназии всегда был громко обсуждаемой темой в медицинской среде. Вызывая неоднозначные эмоции, как у сторонников, так и у противников данного метода. В последние годы несколько стран Европы (Бельгия и Нидерланды в 2002, Люксембург в 2009), а также четыре штата в США (штат Орегон в 1997, штат Вашингтон в 2009, штат Вермонт в 2013, штат Калифорния в 2015) декриминализовали эвтаназию [2] и юридически закрепили право граждан на добровольный уход из жизни при помощи врача. В Бельгии в 2014 г. была узаконена эвтаназия детей. А в 2015 г. верховный суд Канады разрешил применение эвтаназии.

Понятно, что данная проблема вызывает широкий резонанс как в сугубо медицинских, так и широких общественных кругах, в том числе политических. Данную проблему могут использовать не для действительного решения вопроса о добровольном уходе из жизни тяжелобольных пациентов, но для достижения собственных корыстных целей.

Противники эвтаназии приводят доводы в пользу увеличения юридических запросов на добровольное прекращение жизни среди пациентов старческого возраста, а также пациентов с рядом заболеваний, входящих в группы риска по склонности к суицидальному поведению. Однако до сих пор не было выявлено статистически значимой взаимосвязи увеличения подобных запросов от пациентов Бельгии и Нидерландов, до и после легализации эвтаназии [3]. Другие же исследования показали, что использование эвтаназии без явного юридического запроса пациента на добровольное прекращение жизни, чаще используется врачами в странах, где данный метод вне закона [1].

В 2012 г. Институтом социальной и профилактической медицины (Берн, Швейцария), было проведено исследование характеристик и тенденций в оказании «добровольной помощи в уходе из жизни» в период с 2002 по 2012 гг., в странах с легализованной эвтаназией: Бельгии, Люксембурге, Нидерландах, Швейцарии, штатах Орегон, Вашингтон и Монтана в США [3]. По результатам исследования смертность от всех случаев смерти, вызванных при помощи эвтаназии, составляла от 0,1 до 0,2 % в штатах США и Люксембурге, и до 1,8–2,9 % в Нидерландах [4]. С течением времени доля случаев с применением эвтаназии, о которых сообщалось властям, увеличивалась в большинстве этих стран. Типичный образ пациента, по данным исследования, который умер по средством эвтаназии являлся мужчина в возрасте 60–85 лет, с наличием высшего образования и страдающий от онкологического заболевания [4].

Но в то же время пример Нидерландов, где в течение 30 лет перешли от эвтаназии неизлечимо больных пациентов, к эвтаназии пациентов с хроническими заболеваниями; От эвтаназии при физических расстройствах, до эвтаназии при психических заболеваниях; От эвтаназии с психическими заболеваниями, до эвтаназии в случае психологического стресса или душевных страданий, а теперь и к эвтаназии, когда человеку больше 70 лет и он просто «устал от жизни» [5], показывает куда может завести подобная свобода выбора.

Возможности голландской эвтаназии также перешли от осознанного выбора пациента, дающего явное согласие, к эвтаназии для пациентов, находящихся в коме или бессознательном состоянии, не могущих дать свое осознанное согласие. Отрицание эвтаназии в Нидерландах в настоящее время рассматривается как форма дискриминации в отношении людей с хроническими заболеваниями, будь то физическое или психологическое заболевание, потому что эти люди будут вынуждены «страдать» дольше, чем те, кто неизлечимо болен [5]. В Нидерландах эвтаназия перешла от крайней меры к тому, чтобы быть ранним вмешательством в жизнь человека при каком бы то ни было страдании.

Организация Объединенных Наций установила, что закон об эвтаназии в Нидерландах нарушает ее «Всеобщую декларацию прав человека» из-за риска, который он представляет для прав безопасности и целостности для жизни каждого человека. Организация Объединенных Наций также выразила озабоченность в связи с тем, что государственная система может не обнаружить и не предотвратить ситуации, при которых люди могут быть подвергнуты чрезмерному давлению на применение эвтаназии.

Заключение

Возможность выбора — основная ценность в любом обществе, но и у него могут быть границы. В современном демократическом обществе есть много законов, которые ограничивают индивидуальную свободу и выбор, для защиты всего социума и государства. К ним относятся, среди прочих, ограничение на чрезмерную скорость движения и обязанность платить налоги. Почему же тогда применяются разные стандарты свободы выбора в случае эвтаназии?

ЛИТЕРАТУРА

1. *Watson, R.* Luxembourg is to allow euthanasia / R. Watson // *BMJ*. — 2009. — Vol. 338 — P. 1248.
2. *Ezekiel, J.* Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe / J. Ezekiel // *Clinical Review & Education*. — 2016. — Vol. 316 — P. 79–90.
3. Medical end-of-life practices under the euthanasia law in Belgium / J. Bilsen [at al.] // *New Engl J Med*. — 2009. — Vol. 361 — P. 1119–1121.
4. Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States: Systematic Literature Review / N. Steck [at al.] // *Medical Care*. — 2013. — Vol. 51 — P. 938–944.
5. *Pereira, J.* Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls / J. Pereira // *Current Oncology*. — 2011. — Vol. 18 — P. 1718–1728.

УДК 159.942.5:614.253

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Протасовицкая Р. Н., Васильева Т. Е., Трофимова Ю. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Эмоции неразрывно связаны со всей деятельностью человека: с удовлетворением физиологических потребностей, учебой и работой, с общением, реализацией творческого потенциала. Они регулируют жизнедеятельность организма, задействуя при необходимости способы психологической защиты и адаптации к создавшейся ситуации. Эмоциональные колебания вызывают неблагоприятные стрессовые ситуации, действия, имеющие продолжительный срок и наносящие непоправимый вред психике человека. Нарушения эмоциональной сферы могут быть вызваны как сбоем в функционировании организма, так и вли-

янием внешних факторов, усугубляющих психическое напряжение человека. Вследствие этого возникают синдромы, способствующие дальнейшему разладу эмоциональной сферы, и в частности, синдром эмоционального выгорания. Данная проблема привлекает к себе внимание специалистов различных направлений. Существует ряд профессий, в которых человек испытывает чувство внутренней эмоциональной напряженности из-за необходимости постоянных контактов с другими людьми [1]. Распространению синдрома выгорания способствует наша эпоха — время достижений, потребления, время материализма, развлечений и получения удовольствия от жизни, не задумываясь над последствиями. Сложно утнаться за всем происходящим и не потерять при этом себя.

На самом деле причины выгорания кроются в психологических и организационных трудностях. Медицинский работник изначально находится в потоке негативной информации, так как ему приходится сталкиваться с чужой болью, и, соответственно, с негативными переживаниями, эмоциональными всплесками пациентов и их родственников. Профессиональная загруженность не дает практически времени на восстановление, как следствие отсутствие эмоциональной разрядки усиливает психоэмоциональное напряжение. Пагубно сказывается неблагоприятный психологический климат в коллективе. Известно, что психологический климат в коллективе, является важным фактором в формировании синдрома выгорания. Только благоприятный климат в коллективе, который сопровождается конструктивными взаимоотношениями с коллегами, способствует снижению выраженности параметров «эмоционального выгорания» [2].

Нам, как будущим врачам, интересно узнавать все аспекты работы современного медицинского работника: процесс работы, взаимоотношения с пациентами, взаимоотношения с коллегами в коллективе. Мы решили провести социальный опрос среди 60 медицинских работников УЗ «Кобринская ЦРБ» и санатория «Радон» Гродненской области различных специальностей. В опросе участвовали медработники в возрасте от 23 до 64 лет, а именно: врач-валеолог, врач-диетолог, медсестры, терапевты, кардиологи, эндоскопист, нарколог, врачи-интерны, врачи УЗИ-диагностики, врач-физиотерапевт, психотерапевт, акушер-гинеколог, стоматолог, неврологи (рисунок 1).

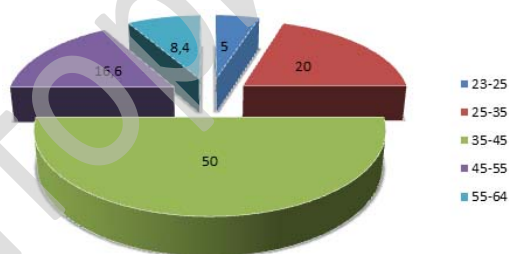


Рисунок 1 — Возраст опрошиваемых, %

Результаты несколько удивили (рисунок 2).

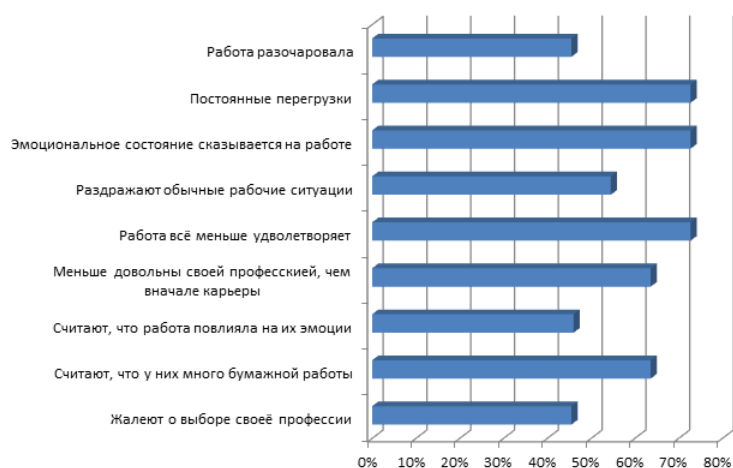


Рисунок 2 — Результаты опроса

Около половины опрошенных жалеют о своем выборе профессии. Что самое интересное, не потому, что им не нравится процесс лечения, а потому что слишком много «бумажной» работы.

А ведь действительно, в работе современного врача первоочередной задачей выступает заполнение бумаг, а не лечение пациентов. Это выбивает из колеи и приносит все меньше удовлетворения от проделанного. Около 50 % врачей согласились с тем, что работа влияет на их эмоциональное состояние. Они меньше довольны своей профессией, чем вначале карьеры. Обычные рабочие ситуации раздражают все больше и больше. Стресс, в таком его представлении, влечет за собой неуверенность в себе, своих профессиональных навыках и умениях.

Стоит обратить внимание на еще один немаловажный факт, а именно обесценивание труда медицинских работников. Как известно, профессия врача далеко не самая высокооплачиваемая, что, конечно, сказывается на самом процессе врачевания. Еще сам Гиппократ говорил: «Не лечи бесплатно, ибо тот, кто лечится бесплатно, рано или поздно перестает ценить свое здоровье, а тот, кто лечит бесплатно, рано или поздно перестает ценить результаты своего труда» [3]. Насколько бы ни была любимой профессия, очень сложно работать за копейки.

Кроме того, существует проблема взаимоотношений докторов с обществом. К врачам всё меньше относятся как к личности и все больше как к обслуживающему персоналу, обвиняя в равнодушии и безразличии в отношении пациента. Многие считают, что имеют полное право оскорблять медработников. Когда мы говорим о взаимоотношениях врачей и пациентов, то гораздо чаще подразумеваем права последних. О том, что пациенты также могут наносить вред врачам (как моральный, так и физический), раньше мало кто задумывался. Но теперь об этом стали говорить все чаще.

Бывают ситуации, когда пациент, начитавшись различных статей в интернете о своих симптомах, сам ставит себе «диагноз», а затем заявляет об врачу и отказывается верить в правильность действий медперсонала, обвиняя в некомпетентности.

Как будущие врачи, мы понимаем, что нельзя отказываться от сочувствия, но следует осознавать, что это — вне нашего внутреннего пространства. Соблюдение дистанции — залог психологического здоровья, как следствие попытка свести «эмоциональное выгорание» к минимуму. Следует руководствоваться не эмоциями и логикой, принципами рационализма и здравого смысла.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что медицинским работникам приходится «выживать» на своей работе. Но, несмотря на это, они остаются верны своей профессии, избранной по призванию и зову сердца. Они искренне радуются плодам своих трудов, вдохновляются успехами и достижениями (рисунок 3).

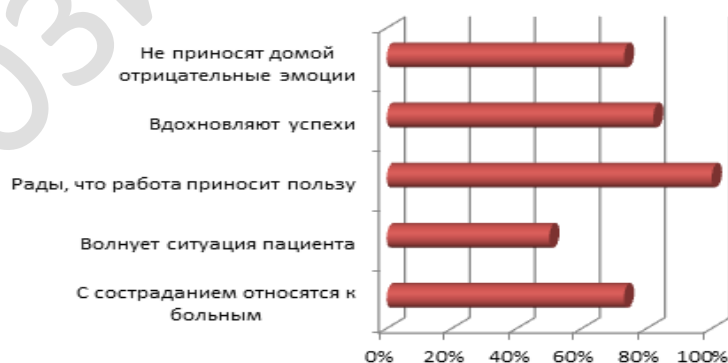


Рисунок 3 — Результаты опроса

ЛИТЕРАТУРА

1. Барабанова, М. В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания / М. В. Барабанова // Вестник Московского университета. Серия 14. «Психология». — М.: Изд-во МГУ, 1995.
2. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В. Бойко. — СПб.: Питер, 1999.
3. Афоризмы Гиппократ / Пер. П. Шюца. — СПб., 1848.

Протасовицкая Р. Н., Сафонова А. А.

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

Введение

Профессиональная деятельность медицинских работников плотно связано с напряжённой работой и факторами вызывающими стресс. Психологи с давних пор изучают стрессоустойчивость человека в различных профессиях. В исследованиях Ганс Селье было показано, что длительное воздействия стресса приводит к недовольству результатами своей рабочей деятельности. Так же при длительном стрессе снижается общее психическое устойчивость организма.

Первый кто употребил термин «психическое выгорание» был Фрейденбергер. Работая психиатром в одном из центров здоровья, он наблюдал, как его коллеги испытывают эмоциональное истощение, у них терялась работоспособность. Так же изменялась состояние здоровья, пропадала мотивация работников. После несколько месяцев исследования он наблюдал характерные симптомы: проявления безразличия к своим обязанностям и происходящему на работе, раздражительность по отношению к пациентам (коллегам), ощущения профессиональной несостоятельности, тревожные состояния, пессимистическая настроенность, депрессия, ощущение бессмысленности происходящих событий, чувство вины, а в конце резкое ухудшение качества жизни. Одним из самых выразительных факторов является частые разнообразные заболевания, связанные с психосоматикой.

Развития этого состояния способствует такие факторы как:

- рутинная, однообразная работа;
- напряженный ритм работы;
- эмоциональная нагрузка;
- взаимодействие с трудным контингентом;
- отсутствие должного вознаграждения (не только материального, но и психологического).

Приведем данные статистики

Почти 80 % врачей психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов имеют различной степени выраженности признаки синдрома выгорания; 7,8 % — резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям. По другим данным, среди психологов-консультантов и психотерапевтов признаки СЭВ различной степени выраженности выявляются в 73 % случаев; в 5 % определяется выраженная фаза истощения, которая проявляется эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями.

По данным английских исследователей, среди врачей общей практики обнаруживается высокий уровень тревоги в 41 % случаев, клинически выраженная депрессия — в 26 % случаев. Треть врачей использует медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышает средний уровень. В исследовании, проведенном в России, у 26 % терапевтов отмечен высокий уровень тревожности, а у 37 % — субклиническая депрессия. Признаки СЭВ выявляются у 61,8 % стоматологов, причем у 8,1 % — синдром в фазе «истощения».

Статистические данные в Беларуси

Лишь 16 % фельдшеров не испытывают эмоционального выгорания. Об этом — данные исследования, проведенного в нынешнем году среди 130 слушателей (из разных регионов) Барановичского государственного центра по подготовке, переподготовке и повышению ква-

лификации средних медицинских кадров. Состояние оценивают по 3 фазам: тревожное напряжение (низкая степень эмоционального выгорания), сопротивление (средняя), истощение (высокая), 22 % всех опрошенных указали, что принимают лекарственные средства для восстановления сил. Чаще эмоциональное выгорание низкой и средней степеней обуславливают психологические перегрузки, неудовлетворенность работой; фазу истощения — убеждение, будто труду человек отдает больше сил и внимания, чем получает признательности.

Из всех опрошенных фельдшеров: 53 % находятся в фазе сопротивления, 16 % находятся в фазе истощения, 15 % — в фазе тревожного состояния и 16 % не испытывают эмоционального выгорания.

Для медицинских сестер немного другая статистика: 40 % находятся в фазе сопротивления, 8 % — в фазе тревожного напряжения, 9 % — в фазе истощения, и 43 % не испытывают эмоционального выгорания.

Для синдрома эмоционального выгорания предпочтительны люди с такими чертами характера как:

- тревожность, мнительность;
- эмоциональность, отзывчивость;
- ответственность, требовательность к себе;
- самодисциплина, самоконтроль.

Проведем исследование

Прежде всего, стоит заметить, что эмоциональному выгоранию подвергаются чаще всего медицинские работники от 35 лет и с большим стажем работы в медицинской сфере. После продолжительной работы в стрессовых ситуациях и незначительной оплаты труда (не только денежной, но и эмоциональной), на этом фоне и возникает эмоциональное выгорание у медицинских работников. К таким работникам применим афоризм «Сгорел на работе».

Стрессовые ситуации у медицинских работников чаще всего возникает из-за грубости пациентов. Так же медицинские работники сопереживают своим пациентам, разделяют их страдания.

Как сказал Антон Павлович Чехов:

«Ни одна специальность не приносит порой столько моральных переживаний, как врачебная».

Исследование степени выраженности эмоционального выгорания у врачей, проведенное специалистами Гомеля, выявило факт наличия синдрома выгорания у большинства обследованных. У работников скорой медицинской помощи синдром выгорания представлен более ярко. Установлено значительное влияние на выраженность синдрома «выгорания» условий труда.

Наиболее частые причины:

1. Повышенные нагрузки. Итоги проводимых мониторингов показывают, что в некоторых регионах, например, на 4,5 должности врача-реаниматолога работают всего 1–2 человека, то есть на каждого из них приходится больше двух ставок. А ведь такие нагрузки негативно сказываются на здоровье работника. Поэтому мы должны стремиться, чтобы зарплата на одну ставку позволяла медику комфортно жить.

2. Нормирование труда. Одной из причин синдрома эмоционального выгорания является нормирование труда, которое действует на работника как бомба замедленного действия. Если нормы не позволяют человеку работать качественно, то «бомба» через какое-то время взрывается. Это приводит к апатии, профзаболеваниям или смене места работы. Сегодня четкие нормы труда имеют только диагносты.

3. Логистика рабочего места. Важное значение имеет рациональная организация рабочего места. Медсестра, проработавшая 10 лет на одном месте, с закрытыми глазами найдет, что где у нее лежит. В то время как у молодого специалиста поиск тех же принадлежностей займет гораздо больше времени и сил. Когда инструменты и расходные материалы в процедурной или операционной лежат разрозненно, медработнику приходится де-

вать много лишних телодвижений. У пациента это отнимает время, а у медика — силы. «От чрезмерной нагрузки у врачей и медсестер порой возникают срывы, которые пациенты расценивают как грубость, хамство. А ведь это всего-навсего биологическая реакция на те условия, в которых им приходится работать. Чтобы не допускать таких ситуаций, мы должны со всей серьезностью подойти к решению этой проблемы.

4. Дополнительные обязанности. Когда медработник начинает выполнять много не свойственных ему функций и не может справиться со всеми в полном объеме, у него нарастает неудовлетворенность собой. Что впоследствии ведет к выгоранию.

5. Неумение работать в коллективе.

Выводы

Предлагаю психопрофилактические и коррекционные рекомендации по оптимизации психоэмоционального состояния.

Помогают избежать эмоционального выгорания:

1) сознательная забота о здоровье, ведение ЗОЖ, занятия спортом; «В здоровом теле — здоровый дух» («Mens sana in corpore sano»);

2) поддержка адекватной самооценки и уверенности в себе, своих способностях и возможностях;

«Самый страшный суд для человека — тот, на котором его судят по законам, установленным им самим.» Автор: Андрей Коряковцев.

3) опыт успешного преодоления профессионального стресса;

«Лекарство от стресса — улыбка.» Автор: Владимир Натанович Винокур.

4) способность конструктивно меняться в напряженных условиях;

5) высокая мобильность;

6) открытость;

7) общительность;

«Не имей сто рублей, а имей сто друзей».

8) самостоятельность;

9) стремление опираться на собственные силы;

«На Бога надейся, а сам не плошай!» пословица.

10) умение формировать и поддерживать позитивные, оптимистические установки и ценности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юрьева, Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. Формирование, профилактика, коррекция / Л. Н. Юрьева. — М., 2010. — С. 34–49.

2. Бабанов, С. А. Синдром эмоционального выгорания / С. А. Бабанов // Врач скорой помощи. — 2012. — С. 59–65.

3. Марченко-Гябут, Д. А. Личностная и реактивная тревожность у врачей различных специальностей / Д. А. Марченко-Гябут. — М., 2012. — С. 79–81

4. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова. — С. 336.

5. Ссылка на статистику, приведенную в докладе.

УДК 342.761:179.7

ПРАВО ЧЕЛОВЕКА НА ЖИЗНЬ: ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ И АБОРТА

Руденя О. С.

Научный руководитель: С. В. Субботин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Ценность человеческой жизни, по отношению ко всем правовым и нравственным реалиям, возводит любую общественно-правовую проблему (например, допустимость смерт-

ной казни, абортов, клонирования человека), в том или ином аспекте затрагивающую право на жизнь, в ранг общечеловеческих, глобальных проблем современности. Достижения современной медицины в области реаниматологии изменили коренным образом отношение к смерти как одномоментному явлению, растянув его по времени соответственно разрушению отдельных частей организма. Ранее использовавшиеся критерии определения смерти человека пришли в противоречие с ее новым научным пониманием. Это способствовало и обострению восприятия одной из сложнейших проблем — эвтаназии. Явление эвтаназии — пища для размышления общественно-правового сознания населения. В связи с тем, что человеческая жизнь является главной ценностью современной цивилизации, проблема эвтаназии приобрела иной путь востребования.

Цель

Раскрыть сущность проблемы эвтаназии и аборта.

Материал и методы исследования

Аналитический метод в сочетании с научно-теоретическим подходом.

Результаты исследования и их обсуждение

Система паллиативной медицины состоит из трех частей:

- 1) лечение медикаментами;
- 2) психологическая поддержка престарелого;
- 3) уход как разновидность медицинской помощи.

Медикаментозная терапия направлена на поддержание ремиссии хронических заболеваний и лечения острых состояний. После 60 лет, как правило, чаще встречаются хронические заболевания органов кровообращения, дыхания и опорно-двигательного аппарата. В структуре острых состояний доминируют бронхопневмонии (42,9 %), легочная тромбоэмболия (21,2 %) и коронарные катастрофы (19,6 %). У 12,3 % больных сопутствует ординарная инфекция, 6,5 % церебральные эпизоды, 5,5 % внутренние кровотечения, у 20,1 % — различные новообразования, чаще гастроинтестинального и респираторного трактов [5]. Практика медицинского обслуживания свидетельствует о недопустимости оценки статуса умирающих больных по медико-биологическим критериям. В своей ежедневной работе врачи должны ограничивать проявление «терапевтического упрямства», продолжение бесполезного лечения и следует уменьшать агрессивность терапии — избегать болезненных манипуляций, введения сильнодействующих препаратов, которые могут вызвать моральное угнетение больных. Наиболее часто на такую тактику лечащих врачей толкают классические представления о назначении клинической медицины или сами больные.

Психологическую поддержку обеспечивает особо подготовленный персонал и квалифицированные специалисты разного профиля. Это психологи, психотерапевты, инструкторы лечебной физкультуры и массажа, теологи. Причем, взаимодействие должно быть активным и обоюдным. Необходимо проводить постоянную работу с самими пожилыми людьми, чтобы они не чувствовали себя выброшенными из общества. Другим немаловажным фактором создания удовлетворительного качества жизни в этих палатах является психотерапевтическая подготовка всего персонала, это, чаще всего, специальный тренинг — привлечение искусствоведов для бесед и чтения лекций по истории человечества.

Наиболее важной частью паллиативной медицины является уход за неизлечимыми больными. Для этого следует использовать младших и средних медицинских работников, психологически подготовленных для обслуживания. Очень важны личные качества — доброта, умение сочувствовать, неистощимое терпение, выдержка и тактичность.

Человеку, попавшему в трудную жизненную ситуацию на склоне лет, больному и беспомощному, обязаны оказать максимальную помощь. В этой связи недопустима возможность эвтаназии.

Самое безобидное обсуждение этого вопроса включает тормоз для поиска новых высокоэффективных средств диагностики и лечения. Поэтому в юридическом и социальном планах наилучшим решением этой проблемы будет разработка концепции паллиативной медицины.

В нашей стране эвтаназия запрещена. Проект новой редакции закона о здравоохранении, принятый депутатами во втором чтении в мае 2008 г., четко закрепляет норму о за-

прете эвтаназии в Беларуси. В статье 31 сообщается: «Эвтаназия — удовлетворение просьбы пациента о прекращении жизнедеятельности его организма и наступлении смерти посредством каких-либо действий (бездействия) с целью избавления от мучительных страданий, вызванных неизлечимым заболеванием. На территории Республики Беларусь осуществление эвтаназии, в том числе с помощью медицинских (фармацевтических) работников, запрещено.

Чтобы понять точку зрения населения насчет эвтаназии, был проведен социологический опрос среди жителей Гомеля. В качестве респондентов выступило 20 жителей из Гомеля, 10 студентов, а также 5 врачей. Респондентам предлагалось ответить на 5 вопросов:

1. Эвтаназия — гуманно ли это?
2. Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?
3. Как вы считаете, следует ли разрешить эвтаназию в Беларуси?
4. Стоит ли считать эвтаназию спасением для больного?
5. Если близкий вам человек был бы неизлечимо болен, сильно страдал и просил вас помочь ему умереть, приняли бы вы решение об эвтаназии? (таблица 1).

Таблица 1 — Результат социологического опроса по проблеме эвтаназии

Вопросы	Жители		Студенты	
	да (%)	нет (%)	да (%)	нет (%)
Эвтаназия — гуманно ли это?	30	70	42	58
Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?	90	10	70	30
Как вы считаете, следует ли разрешить эвтаназию в России?	64	36	70	30
Стоит ли считать эвтаназию спасением для больного?	40	60	70	30
Если близкий вам человек был бы неизлечимо болен, сильно страдал и просил вас помочь ему умереть, приняли бы вы решение об эвтаназии?	50	50	56	44

По итогам опроса, вышло, что 70 % респондентов признали эвтаназию не гуманным методом избавления от страданий. Но, несмотря на эти данные, 90 % жителей считают, что эвтаназия допустима, из них 64 % за то, чтобы эвтаназию разрешили в Беларуси. Но опять же 60 % не находят в эвтаназии спасение для больного. А на последний вопрос (Если близкий вам человек был бы неизлечимо болен, сильно страдал и просил вас помочь ему умереть, приняли бы вы решение об эвтаназии?) голоса распределились 50 на 50 %.

Среди студентов 42 % считают эвтаназию гуманным методом, 70 % за разрешение эвтаназии в Беларуси, те же 70 % объясняют эвтаназию как спасение для пациента. И 56 % решились бы на эвтаназию, если их близкий был бы безнадежно болен и просил об этом.

Мнение врачей тоже разошлись. Одни говорят: «Мы делаем инъекции, таким образом мы даем возможность безнадежно больному умереть собственной смертью без мучений». А другие выступают за эвтаназию, если сам пациент этого желает и его близкие, видя его страдания, тоже соглашаются.

Среди обучающихся студентов дополнительно была проведена еще одна анкета. По ее результатам 90 % понимают эвтаназию как ускорение смерти, а также придерживаются мнения, что причиной применения эвтаназии должна быть просьба больного. Притом этом, 65 % утверждают, что явление эвтаназии не совместимо с основными заповедями религии и по отношению к бессознательно больному она не допустима.

Выводы

Проблемы, связанные с эвтаназией, волнуют законодателей и общественность многих современных государств, становятся предметом обсуждения и исследования специалистов разных областей. По результатам опроса, большинство респондентов выступает за эвтаназию, хотя считает это не гуманным способом. Интересен факт: чем старше человек, тем более он склонен к процессу эвтаназии. Следует понять, что никакое право, в том числе и уголовное, не может предусмотреть все частные случаи. Решения, принимаемые медициной, не могут быть заменены правовыми. Особенно это касается человеческой жизни. Но такая проблема как эвтаназия есть и она требует решения, в том числе и правового. Ак-

тивная эвтаназия, по крайней мере в наше время, не имеет права на жизнь, так как скрывает в себе массу возможностей для неправильного применения акта эвтаназии. Например, в условиях нашего государства при бедности медицины эвтаназия может превратиться в средство умерщвления одиноких стариков, детей-инвалидов, лиц, страдающих онкологией и СПИДом, на содержание и лечение которых недостает денежных средств. Единственным способом проявления эвтаназии в нашем обществе может являться добровольная и пассивная эвтаназия. Нужно четко и недвусмысленно сформулировать законодательную норму, согласно которой больной имеет полное право знать диагноз своей болезни, ее возможные последствия, степень риска неблагоприятного исхода при отказе от лечения, степень надежды на выздоровление. Также следует не допустить физического страдания умирающего, даже путем применения тех средств, которые в иных случаях были бы противопоказаны. Только в этом случае в итоге возможна смерть, но уже по воле самого пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яровинский, М. Я. Хорошая смерть. Медицинская помощь. — М. Я. Яровинский. — М., 1996. — № 9. — С. 35–42.
2. Судо, Ж. Эвтаназия / Ж. Судо. — М., 1987.
3. Иванюшкин, В. Я. Правовые и этические аспекты эвтаназии / В. Я. Иванюшкин, Е. А. Дубова // Вестник АМН СССР. — 1984. — № 6. — С. 72–77.
4. <https://news.tut.by/society/133737.html> (11.03.12).
5. [https://medconfer.com/node/1785\(11.03.12\)](https://medconfer.com/node/1785(11.03.12)).

УДК 616-083-006

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ПАЦИЕНТАМ

Сазоненко А. Л.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Угольник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

До периода Просвещения, чтобы констатировать смерть больного, его родственники приглашали тех, кто был далек от знания физиологии человека, а врач, который не смог вылечить пациента, избегал находиться с ним, руководствуясь аксиомой Гиппократов: «... и не подобает врачу навещать мертвеца...» (Афоризмы Гиппократов). Сегодня, именно врач стал тем человеком, который констатирует смерть. Именно больница стала основным местом рождения и смерти человека. В современном мире медицина достигла таких высот, что даже в самых сложных ситуациях при помощи необходимого оборудования можно сохранить жизнь человека, даже если при этом он находится в очень тяжелом состоянии.

Паллиативное лечение (от лат. *pallium* — покрывало, покров, покрытие, маска, плащ) — это активная всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой являются: купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем (ВОЗ, 2002 г.).

Паллиативная медицинская помощь — специализированная медицинская помощь, оказываемая пациентам с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания, предусматривающая купирование боли и других симптомов, когда дальнейшее применение специальных, сложных, высокотехнологических или уникальных методов оказания медицинской помощи ограничено либо исчерпано [1].

Формы оказания паллиативной помощи: помощь на дому; стационарная помощь в специализированных (хоспис) или традиционных медицинских учреждениях; дневные стационары и поликлиники; в домах для престарелых и инвалидов; неотложная помощь; «помощь выходного дня» (respite care), предоставляющая возможность дать отдых лицам, постоянно ухаживающим за больным.

Паллиативная медицинская помощь охватывает период от момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до смерти; длительность этого периода может варьировать от нескольких дней, недель или лет (из рекомендаций Комитета Министров Совета Европы государствам — участникам по организации паллиативной помощи).

Принципы паллиативной помощи:

- обеспечивает избавление от боли и других симптомов;
- утверждает жизнь и считает умирание естественным процессом;
- не имеет намерения ни приблизить и ни отсрочить наступление смерти;
- включает в себя психологические и духовные аспекты помощи пациенту;
- предлагает систему поддержки, позволяющую пациенту жить настолько возможно активно до самой смерти;
- предлагает систему поддержки родственникам пациента во время его болезни и смерти;
- для удовлетворения всех нужд пациента и его семьи использует командный метод работы, в том числе, при необходимости, психологическое консультирование в период тяжелой утраты;
- повышает качество жизни пациента и может оказать положительное влияние на течение заболевания;
- начинается на ранних стадиях болезни в совокупности с другими методами лечения, направленными на продление жизни, такими как химиотерапия, радиотерапия, и включает исследования, необходимые для лучшего понимания и купирования неприятных клинических осложнений.

Как любое лечение, данная терапия имеет свои положительные и отрицательные стороны:

Положительные:

- облегчение симптомов, беспокоящих пациента;
- ощущение того, что было сделано все возможное;
- увеличение продолжительности жизни;
- улучшение качества жизни тяжелобольных людей.

Отрицательные: развитие побочных эффектов от приема лекарственных средств; развитие осложнений; неэффективность проводимого лечения; ощущение того, что в результате лечения пациенту стало хуже.

Говоря о паллиативном лечении нельзя не сказать о хосписах. Хоспис (от лат. *hospitium* — гостеприимство) — медико-социальное учреждение для оказания паллиативной помощи неизлечимым больным в последней стадии заболевания.

Этим термином с VI в. н. э. обозначали места отдыха паломников. Первые хосписы обычно располагались вдоль дорог, по которым шли основные маршруты христианских паломников. Это были, в определенном смысле, дома для уставших, истощенных или заболевших странников. Однако хосписы помогали также и местным жителям.

Основные положения концепции хосписов:

- хоспис оказывает помощь неизлечимым больным в последней стадии заболевания, подтвержденного медицинскими документами;
- первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются пациент и его семья. Уход за пациентами осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники пациентов и добровольные помощники, прошедшие предварительное обучение в хосписах;
- хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь пациентам;
- в хосписе может быть реализован принцип «открытости диагноза». Вопрос о сообщении больным их диагноза решается индивидуально;
- вся совокупность медико-социальной и психологической помощи пациенту должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей;

— каждому пациенту в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт (осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд);

— источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций [2].

Однако, попасть в хоспис не просто. Количество койко-мест ограничено. На помощь больным и умирающим людям выделяются средства, которых не хватает. Лекарства от этих заболеваний, как правило, оцениваются по двум параметрам: насколько они продлевают жизнь пациента и каким оказывается качество этой жизни? Для этого используется так называемый показатель QALY (Quality-adjusted life years — добавленные годы жизни с поправкой на качество). К примеру, лекарство, продлевающее жизнь на год, но ухудшающее ее качество на половину, имеет показатель QALY примерно 0,5. А препарат, который восстанавливает качество жизни с 50 % уровня до полноценного, не продлевая ее, тоже оценивается в 0,5 QALY. В связи с этим можно устанавливать ценовой порог, при превышении которого лекарство становится экономически нецелесообразным. В Британии, например, рекомендовано не превышать цену в 20–30 тыс. фунтов (30–45 тыс. долларов) за год полноценной продленной жизни, то есть, лечение препаратом с показателем 0,5 QALY не должно обходиться дороже 10–15 тысяч фунтов (15–22,5 тыс. долларов) в год.

Пожалуй, самыми удивительными оказались результаты опроса в Сингапуре. Его проводили как среди пожилых, но в целом, здоровых респондентов, так и среди пациентов на поздних стадиях неизлечимых заболеваний. Большинство участников опроса, каждой из групп, было готово заплатить до 7,5 тыс. долларов за курс лечения, продлевающего жизнь на год. Но при этом, они с готовностью отдали бы в два раза больше денег (15 тыс. долларов) на паллиативные меры — к примеру, на оплату медицинского ухода, позволяющего им умереть дома, а не в больнице [3].

При паллиативном лечении не все зависит только от врача, поддержка и помощь близких и родных людей очень важна в достижении положительных результатов. Даже Гиппократ говорил: «...не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности...» (Афоризмы Гиппократа).

Пока мы здоровы и полны сил, пока можем решать наши проблемы, общаться с людьми, мы не задумываемся о том, что рядом с нами живут люди с неизлечимыми заболеваниями. Они живут сегодня, а завтра... Завтра у них может и не быть. Если заглянуть в их глаза, то вы увидите, сколько там грусти и боли, отчаяния и надежды. Но ни у кого из них мы не увидим равнодушия.

Заключение

В жизни каждому человеку нужна эмоциональная поддержка, удовлетворение от достижения поставленной цели, радость от общения со своими родными и близкими. Особенно в этом нуждаются люди, больные неизлечимым заболеванием. Паллиативное лечение — одно из тех средств, которое предоставляет такую возможность. Оно дает надежду на продление жизни, шанс закончить начатое, сказать родным и близким о своих чувствах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.12.2008 № 225 «О некоторых вопросах организации оказания медицинской паллиативной помощи пациентам с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания, утверждении Инструкции о порядке организации деятельности хосписа и признании утратившими силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июля 2001 г. № 48 и пункта 8 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 декабря 2006 г. № 117».
2. Хосписы. Сборник материалов: литературный обзор, рекомендательные и справочные материалы. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», — 2011. — С. 4–10.
3. David Robson. Сколько стоит дополнительный год жизни? / David Robson // BBC Future (Электронный ресурс). — Режим доступа: http://ichef.bbci.co.uk/wwfeatures/wm/live/1600_640/images/live/p0/39/tp/p039tp5b.jpg. — Дата доступа: 19.03.2017.

Сироткин А. А., Беридзе Р. М., Пендрикова О. В.

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

Введение

Еще с древности в медицине шел спор о милосердии к безнадежно больному страдающему человеку: его естественной кончине или возможности прерывания жизни. Не случайно в Клятве Гиппократу, которую произносят все врачи мира, древнегреческий философ утверждал: «...никому не поднесу лекарства смертоносного, даже если о том попросят, а также не дам такого совета другому...». Этими словами он недвусмысленно выразил свою позицию в данном споре.

В современном мире человеческая жизнь признается главной ценностью. Но как быть со смертельно больными страдающими людьми? Достижения медицины в области реаниматологии изменили коренным образом отношение к смерти. Ранее использовавшиеся критерии определения смерти человека пришли в противоречие с ее новым научным пониманием. В связи с вновь возродившимся интересом к эвтаназии, вопрос о данной процедуре сейчас как никогда стоит остро.

Цель

Изучить отношения представителей современного светского общества и представителей духовенства к проблеме эвтаназии в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования

Анкетирование людей разной возрастной категории (от 18 до 60 лет), опрос и последующий анализ.

Результаты исследования их обсуждение

Эвтаназия — это процедура, направленная на прекращение физических и психических страданий больного, находящегося по медицинским показателям в угрожающем жизни состоянии. Ее осуществляют в соответствии с просьбой самого больного или его законного представителя. Выделяют две формы эвтаназии: активную и пассивную. Под активной понимают введение умирающему каких-либо лекарственных или иных средств, влекущее за собой быстрое и безболезненное наступление смерти. Пассивная эвтаназия выражается в прекращении оказания направленной на поддержание жизни медицинской помощи, что ускоряет наступление естественной смерти [2, С. 14–18].

В настоящее время эвтаназия легализована в США, Канаде, Австралии, Голландии, Бельгии и Люксембурге. В 2016 г. в Бельгии впервые была совершена детская эвтаназия [1, С. 19–21]. В статье № 31 закона РБ о здравоохранении (2435–ХП) от 18.06.1993 г. говорится, что на территории Республики Беларусь осуществление эвтаназии, в том числе с помощью медицинских работников, запрещено, а лицо, сознательно побудившее другое лицо к эвтаназии и (или) осуществившее эвтаназию, несет ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь [3, С. 24].

Анкетирование: было опрошено 200 человек в возрасте от 18 до 60 лет в г. Гомеле.

Социальные срезы: студенты Гомельского государственного медицинского университета, работники сферы образования (преподаватели университета и учителя средних школ г. Гомеля), работники здравоохранения (врачи лечебных и профилактических учреждений г. Гомеля) и представители духовенства (Гомельская епархия РПЦ).

Проведенный опрос показал следующие результаты:

На вопрос «Знали ли Вы до данного опроса, что такое эвтаназия?» положительно ответили 175 (88 %) человек, остальные 25 (12 %) не знали такого понятия.

На вопрос «Сталкивались ли Вы в своей жизни с лежачими больными, испытывающими страдания от своего существования, людьми в коме и в других терминальных состо-

ниях?» 48 (24 %) человек ответили, что они ухаживали или видели таких больных, 105 (53 %) ответили, что не видели, но могут представить таких больных. И 47 (23 %) человек не хотят об этом думать.

На вопрос о рассмотрении и принятии закона о разрешении эвтаназии в Беларуси положительно ответили 98 (49 %) человек, 45 (23 %) человек высказались против легализации эвтаназии в Республике и 57 (28 %) человек затруднились ответить.

На вопрос отношения респондента к детской эвтаназии 55 (23 %) человек высказались положительно, 95 (47 %) отрицательно и 50 (30 %) нейтрально.

На вопрос о том, чтобы родственники/опекуны могли принять решение об эвтаназии больного, положительно ответили 120 (60 %) человек, 20 (10 %) человек ответили отрицательно, 60 (30 %) человек воздержались от ответа.

Из 200 опрошенных 14 (7 %) человек применили бы эвтаназию близкому человеку, 95 (48 %) человек дали противоположный ответ и 91 (45 %) человек затруднились ответить.

Большая часть опрошенных людей (55 %) считают, что церковь должна «отпевать» умерших детей от эвтаназии, остальные ответили отрицательно. При этом 94 (47 %) человека считают, что процедура эвтаназии не должна согласовываться с церковью.

Таким образом, исходя из результатов, полученных в ходе анкетирования, можно сказать, что проблема эвтаназии вызывает противоречивое отношение у респондентов. Практически все опрошенные знают, что такое эвтаназия. Однако вопрос о рассмотрении и принятии закона об эвтаназии в Беларуси дал противоречивые результаты: мнения опрошенных разделились практически поровну. Значит, общество не готово к принятию радикальных законодательных мер. Ответы на вопрос о принятии решения родственниками или опекунами об эвтаназии больного показали наличие трудностей в принятии решения у респондентов: большая часть опрошенных дали положительный ответ, вторая часть респондентов — отрицательно или воздержалась от ответа. При этом только 7 % респондентов согласились бы на эвтаназию своим близким родственникам. Почти половина анкетированных считает, что таких пациентов не должна «отпевать» церковь после смерти, а другая половина опрошенных считает, что данная процедура не должна быть согласована с церковью.

Эвтаназия — очень тяжелая психологическая проблема для тех, кто принимает решение. В связи с тем, что данные нашей анкеты показывают только незначительное количество респондентов (24 %), которые сталкивались с уходом за тяжелобольными людьми и присутствовали при их уходе из жизни, ответы на вопросы анкеты носят скорее теоретический характер и свидетельствуют больше об убеждениях и взглядах людей, но не о практической стороне дела. Возможно, у некоторой части респондентов (у молодых студентов) в ходе жизни взгляды претерпят значительные изменения.

«Эвтаназия, все больше входящая в жизнь современного общества под видом гуманизма, является не чем иным, как очередным неправильным пониманием прав человека» — считает митрополит Волоколамский Иларион [3, С. 18]. На встрече Патриарха Кирилла и Папы Римского в подписанном заявлении оба представителя христианской веры выступили в защиту традиционной семьи, против абортов и эвтаназии.

Позиция представителей духовенства выражена однозначно: человек не в силах брать на себя функцию Бога и решать, кому и когда уходить из этой жизни. Для облегчения страдания есть много новых лекарственных средств, которые необходимо совершенствовать, а также улучшать все способы лечения, которые могут освободить человека от невыносимых болей, сохраняя в нём ясность сознания.

Все опрошенные нами священнослужители и представители духовенства Гомельщины выразили резко отрицательное отношение к легализации эвтаназии на законодательном уровне.

Вывод

Рассматривая результаты данного опроса, можно сказать, что современное общество знает о такой проблеме, как эвтаназия, и задумывается о ней. Но, столкнувшись с ней в реальной жизни, немногие готовы сделать однозначный выбор. Некоторые люди считают эвтаназию преступлением, другие — милосердием, но к консенсусу прийти в настоящее

время невозможно. И пока каждый человек в реальности не столкнется с проблемой долгого и тяжелого угасания близкого или знакомого человека, в своем сознании он не примет данную процедуру как средство, тяжелую необходимость и милосердие к страдающему, а общество не сможет принять единого решения по данной проблеме.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Акопов, В. И.* Проблема эвтаназии в современном обществе / В. И. Акопов, А. А. Бова // Сборник Докладов I междунаrod. конф. «Общество, медицина, закон». — Кисловодск, 1999. — № 1. — С. 19–21.
2. *Гусейнов, А. А.* Этическая мысль / А. А. Гусейнов // Активная и пассивная эвтаназия. — 1999. — № 1. — С. 14–18.
3. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). — Минск: Амалфея, 2005. — 48 с.

УДК [61:271.2]:[130.12+159.9]-053.81

ВЗГЛЯД НА ДУХОВНЫЕ ЦЕННОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МОЛОДЕЖИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕДИЦИНЫ И ПРАВОСЛАВИЯ

Сироткин А. А., Свенцицкая А. Л., Ярмолович Д. А.

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

Введение

Всемирная организация здравоохранения определяет понятие «здоровье», как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не отсутствие болезней или физических дефектов». В связи с тем, что в жизнь человека прочно вошло такое понятие как «стресс», особое внимание следует уделять душевному благополучию. По статистике, около 70 % населения нашей страны подвержены хроническому стрессорному воздействию и данный параметр имеет тенденцию к увеличению. Люди испытывали стресс всегда и нельзя говорить о том, что эта способность организма появилась недавно, но актуальность данной проблемы сегодня неоспорима.

Этиологией стресса может быть по сути все, что угодно, что «цепляет» человека, что его раздражает. И если при этом он и так слаб здоровьем, то он еще больше разрушает это здоровье, медленно убивая самого себя. Например, к внешним причинам можно отнести беспокойство по какому-либо поводу (смена работы, стремление успеть много и нехватка времени). К внутренним причинам стресса относят жизненные ценности и убеждения. Сюда же входит и личная самооценка человека [1].

Тема современной молодежи в Церкви сложна и многогранна. От молодежи зависит дальнейшая судьба нашего общества, от ее нравственных установок, ценностных ориентаций, которые зачастую складываются под влиянием религии.

Одной из актуальных проблем на данном этапе развития общества, особенно для молодежи, является проблема самоопределения и поиска себя в жизни, потеря ответственности. Корни любых проблем лежат в психологии, в сознании человека, и если хочется что-либо изменить в жизни, то начинать нужно, прежде всего, с изменения себя и своего отношения к миру.

Ценностью для человека является то, что представляется ему наиболее значимым или то, что он считает для себя благом, а не злом. Ценностные ориентации образуют стержень культуры; лежат в основе взаимодействия общества и личности; признаются центральным личности, высшим регулятором ее поведения.

Духовно-нравственные ценности — это мир значений, благодаря которому человек приобретает к чему-либо более высокому, важному и непреходящему, чем его собственное существование. Например, значительной ценностью является патриотизм, то есть в широком смысле — любовь к Родине, ее истории и культуре, в первую очередь — к наци-

ональной культуре. Православные духовные ценности — это наши национальные ценности, без которых воспитание молодежи будет ущербным [2]. В них никогда не изменяют и не теряют своего значения основные понятия: человеколюбие, справедливость, честь, совесть, воля, личное достоинство, вера в добро, стремление к исполнению нравственного долга перед самим собой, своей семьей и своим Отечеством.

Цель

Изучить особенности влияния стресса на душевное и физическое здоровье с точки зрения Православия.

Материал и методы исследования

Анализ и обобщение научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

В системе духовного здоровья как основы для общего здоровья человека центральное место православие отводит душевному миру — спокойному, благодатному состоянию души, ведь Христос заповедовал человеку, прежде всего, стремиться к обретению внутреннего Царствия Божьего, которое находится в душе человека. Повседневные заботы, суета, негативные эмоции нарушают целостность душевного равновесия, тем самым влияя на состояние нервной системы. Беспокойство приводит к множеству заболеваний. По словам священнослужителя Русской православной церкви XIX в. Амвросия Оптинского, «болезни по большей части происходят от тревожного состояния души».

Благодаря работам известного физиолога XX века Г. Селье было определено понятие стресса — перенапряженного, перевозбужденного душевного состояния, которое является основной причиной многих заболеваний.

Современная медицина считает, что около 80 % всех болезней так или иначе связано с расстройством психики [3]. Учеными выделена особая группа заболеваний, которые стали именоваться психосоматическими, т.к. в их происхождении одну из главных ролей играют нервные факторы. К этой группе болезней относят эссенциальную артериальную гипертензию, ишемическую болезнь сердца, психогенную одышку, нарушение функции желудочно-кишечного тракта и некоторые другие заболевания.

Кроме того, стрессовые перегрузки катастрофически влияют на работоспособность: уменьшается производительность труда, снижается способность к преодолению нагрузок, ухудшаются отношения между работниками и психологический микроклимат в коллективе. Понижение работоспособности, в свою очередь, ещё больше усугубляет стресс, и порочный круг замыкается.

Стрессам изо дня в день могут быть подвержены и женщины, и мужчины примерно в равной степени. Однако каждый организм имеет свои характерные особенности. Если вы стали замечать у себя признаки, говорящие о стрессовом напряжении организма, то в первую очередь необходимо выявить их причины. Вполне понятно, что устранить причины стресса намного легче, чем его последствия. Ведь недаром говорят, что «все болезни от нервов».

Клинические наблюдения показали, что незначительные стрессы не вредны организму, а даже полезны. Они стимулируют человека к поиску выхода из сложившегося затруднительного положения. Чтобы депрессия не перешла в более тяжелое, затянувшееся состояние, каждый из нас должен заниматься самовоспитанием, развитием силы воли.

О нарастающем влиянии стресса на организм человека говорит и церковь. Патриарх Московский и всея Руси Кирилл заявил о том, что попытки миновать очищающие душу страдания привели человечество к построению «цивилизации стресса». В своем выступлении он также отметил, что «когда силой научного знания мы исключаем одну беду, приходит другая. Мы научились лечить многие болезни, но создали цивилизацию стресса, которая обрушивается на нас множество опасных вызовов, и душа тоскует и болит подчас сильнее, чем от физической болезни» [4].

Многие люди привыкли справляться со стрессами с помощью антидепрессантов, наркотиков, алкоголя, иными словами, ведут аморальный образ жизни. И это не есть хорошо. Зачем тратить время на развитие своей силы воли, если есть более простые пути? Они не задумываются о том, что может возникнуть зависимость, с которой они уже не смогут справиться без помощи специалистов.

Однако, существует альтернативный способ решения этой проблемы, и связан он с накопленным православным опытом. Серафим Саровский, один из почитаемых русских святых в XIX в., говорил: «Всеми мерами надобно стараться, чтобы сохранить мир душевный». Поэтому, православие предлагает более простой путь исцеления души и всего организма в целом: спокойствие, беспечность, успокоение, наслаждение благодатью, мир душевный, соединение с вечностью — все это является фундаментом человеческого здоровья, оказывая оздоровительное действие на весь организм. Человек исцеляется от множества болезней, другие же — хронические, наследственные и т. п. облегчаются, уже перестают мучить, так как прежде.

Духовное образование не является исключительной прерогативой Православных школ и учебных заведений. Поэтому, говоря о Православном образовании, необходимо иметь в виду все стороны жизни молодого человека. А это, собственно, есть и обучение, и общение. Общение в непосредственном своем значении и в том смысле, что для молодого человека всякая деятельность является частью его диалога с окружающими. В воспитательном процессе обучение и общение тесно сопряжены между собой.

Сегодня многие говорят, что роль Православной Церкви в жизни общества в дальнейшем будет неуклонно снижаться, потому что современная молодежь живет идеалами, далекими не только от Церковных канонов, но даже от элементарных нравственных принципов.

Заключение

Церковный приход должен уделить особое внимание возможности организовать общение молодых людей. Общение, в котором молодежь могла бы, в первую очередь, обрести реальный опыт церковной жизни, выразить себя служении Богу, найти благочестивых друзей.

Процесс Православного образования должен охватить все стороны жизни молодежи. В том числе и такую важную для него, как свободное время — внеурочное время, выходные дни, каникулы. Молодежь должна иметь возможность организовать свой досуг в церковной общине. В Церковной общине подросток или юноша должен найти ответы на самые сокровенные и важные для него вопросы, получить опыт общежития и даже основы практических жизненно важных навыков. Вот в чем состоит духовное образование.

Для современного поколения Церковь играет разные роли. Для кого-то это путь к спасению, вера, религия, она играет огромную роль в жизни человека. Для кого-то это обычное здание, которое ничего не значит в жизни.

Православная традиция подтверждает влияние стресса на душевное и физическое состояние человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авдеев, Д. А.* Неврозы и психотерапия: православный взгляд / Д. А. Авдеев. — Ростов н/Д: Феникс, 2014. — 108с.
2. *Розина, О. В.* Образовательный портал: Слово / О. В. Розина. — [Электронный ресурс]. — 2016. — Режим доступа: <http://www.portal-slovo.ru> — Дата доступа: 8.11.2016.
3. *Мельник, Ш.* Стрессоустойчивость. Как сохранять спокойствие и эффективность в любых ситуациях / Ш. Мельник. — М., 2013. — 256 с.
4. Православие [Электронный ресурс]. — 2012. — Режим доступа: <http://www.pravoslavie.ru/news/52315>. — Дата доступа: 2.04.2014.

УДК 614:613.88-057.875

РЕПРОДУКТИВНЫЕ И СЕМЕЙНЫЕ УСТАНОВКИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Халямина И. И.¹, Куницкая С. В.¹, Игумнова Е. С.¹, Колесникова О. В.²

¹**Учреждение образования**

«Белорусский государственный медицинский университет»,

²**«Академия Министерства внутренних дел Республики Беларусь»**

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Проблемы демографической безопасности остро обозначились еще в конце XX в. Для их решения на государственном и местном уровнях были разработаны мероприятия по усилению

социально-экономической поддержки семей в связи с рождением и воспитанием детей, укреплению духовно-нравственных основ семьи. Понятие «семья» и «семейные ценности» у молодежи формируются под влиянием традиций и установок, принятых в обществе [1, 2].

Цель

Выявить репродуктивные и семейные установки студенческой молодежи.

Материал и методы исследования

В работе использовались социологический, статистический методы. Объем исследования 230 респондентов. Рассчитаны средние и относительные величины. Результаты представлены с указанием доверительных интервалов для вероятности безошибочного прогноза 95,5 %. Для оценки достоверности разности использовался коэффициент Стьюдента и Хи-квадрат. Разность величин признавалась статистически значимой при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью характеристики мнения студентов о семье и изучения репродуктивных установок студенческой молодежи проведено анкетирование 230 студентов с помощью специально разработанной анкеты. Опрошены студенты 2 курса лечебного факультета — 150 человек и 80 курсантов 2-го года обучения Академии МВД. Средний возраст респондентов составил 19 (18,9–19,2) лет.

Среди опрошенных студентов БГМУ преобладали девушки — 72,6 %, юноши составили 27,3 %, среди курсантов Академии МВД 16,2 % составили девушки, 83,8 % — юноши.

Отдельно от родителей на момент опроса проживало 54,7% респондентов из БГМУ и 46,3 % курсантов Академии МВД ($p > 0,05$). 82,7 % студентов и 86,3 % курсантов, участвовавших в опросе указали, что выросли в полной семье (мать и отец).

Репродуктивные установки и их реализация лежит в неразрывной связи с понятием «репродуктивное здоровье». Для единой трактовки понятия «репродуктивное здоровье» опрошенным студентам и курсантам было предложено определение ВОЗ «репродуктивное здоровье — это, возможность вести безопасную сексуальную жизнь, приносящую удовлетворение, иметь способность к деторождению, возможность выбора в отношении того, иметь ли детей, когда и в каком количестве».

93,3 % респондентов из БГМУ указали, что задумывались о своем репродуктивном здоровье именно в таком ключе. Среди курсантов Академии МВД задумывались о собственном репродуктивном здоровье 80 %. 77,35 % опрошенных студентов и 88,6 % курсантов указали на то, что репродуктивное здоровье является обязательным условием для существования семьи. Статистически значимых различий в ответах на указанные вопросы не выявлено ($p > 0,05$).

Официально зарегистрировать брак, готовы 88,9 % всех опрошенных. При этом 53 % респондентов из БГМУ и 65 % из академии МВД придерживаются жесткой позиции и рассматривают процедуру регистрации, как необходимое условие для существования семьи, в то время, как 28,7 % студентов медицинского вуза и 31,3 % респондентов из Академии МВД высказываются за официально зарегистрированный брак, как «желательный», т. е. при прочих условиях эта часть респондентов может рассмотреть и компромиссный вариант — не зарегистрированная семья. Значимых различий в ответах студентов и курсантов не выявлено ($p > 0,05$). Ответы юношей и девушек о необходимости регистрации брака так же значимо не различались ($p > 0,05$).

В семейной жизни у каждого человека существуют права и обязанности, закрепленные законодательно и, следовательно, охраняемые законом. Однако, 93,4 % опрошенных студентов БГМУ и 45 % курсантов Академии МВД указали, что о правах и обязанностях членов семьи по отношению друг к другу согласно Кодекса Республики Беларусь о Браке и Семье они не знают или знают в общих чертах, разность в уровне информированности статистически значима ($\chi^2 = 84,9$, $p < 0,05$). Необходимо отметить, что изучение законодательства Республики Беларусь является неотъемлемой частью подготовки будущих юристов, в то время как при подготовке будущих врачей этим вопросам уделяется внимание только с учетом их профессиональной деятельности. Таким образом, юридические основы семейных отношений студенты БГМУ, как и все остальные граждане постигают самостоятельно.

Из опрошенных студентов медицинского вуза 2,7 % студентов на момент опроса охарактеризовали свою семью как студенческую, 41,6 % рассматривают возможность создания студенческой семьи во время учебы в университете, для 55,7 % «студенческая семья» неприемлемый вариант. Курсанты Академии МВД, состоящие в браке, составили 5 % опрошенных, допускают для себя перспективу создать семью во время учебы 13,8 % курсантов, подавляющее большинство — 81,3 % опрошенных высказались против «студенческой семьи» ($\chi^2 = 21,2$, $p < 0,05$).

Респондентам был задан вопрос «Для Вас причинами создания семьи могут послужить...», предлагался следующий перечень: любовь, уважение, общий ребенок (беременность), обретение статуса семейного человека, независимость от родителей, улучшение жилищных условий, улучшение финансового положения, другие преимущества. Статистически значимые различия во мнениях относительно этого вопроса не выявлены ни по одной позиции ($p > 0,05$). В первой тройке причин (по убыванию) любовь, уважение, общий ребенок (беременность).

Продолжение рода одна из функций семьи. Респондентам был задан вопрос «какой возраст Вы считаете оптимальным для рождения первого ребенка», статистически значимых различий между группами в значениях указанного возраста не выявлено ($p > 0,05$). Опрошенные считают наиболее оптимальным рождение ребенка в возрасте 24,7 (24,4–25,1) года, т. е. указанный диапазон приходится на первые годы работы после окончания вуза и близок к среднему возрасту женщины при рождении первого ребенка в нашей республике.

На вопросы о количестве детей и оптимальной разнице в возрасте между ними не выявлено статистически значимых различий в ответах респондентов ($p > 0,05$). Желаемое число детей в семьях респондентов выглядит следующим образом: 1 ребенок — 4,8 % (11 человек); двое детей 58,3 % (133 человека), 3 ребенка и более — 27,4 % (63 человека), остальные респонденты указали на то, что иметь детей не хотели бы. Оптимальной разницей в возрасте детей, опрошенные считают 3,9 (3,68–4,16) года.

Респондентам было предложено выразить свое отношение к абортам. Нетерпимость к абортам выразили 47,5 % курсантов Академии МВД, против 10 % студентов БГМУ ($\chi^2 = 41,6$, $p < 0,05$). Вероятно, большая толерантность студентов определяется пониманием не только этической, но и медицинской составляющей, когда медицинский аборт является вынужденной, но необходимой мерой.

В 2016 г. в стране более 5 тыс. детей имели статус биологических сирот. Респондентам был задан вопрос «В какой ситуации Вы готовы стать приемными родителями». Более 50 % респондентов указали на то, что для них это ситуация, связанная с невозможностью иметь собственных детей, различия статистически не значимы ($p > 0,05$). Вариант «при наличии своих детей есть возможность подарить ребенку семью» выбрали только 2,7 % студентов, против 21,3 % курсантов ($\chi^2 = 21,72$, $p < 0,05$). По остальным вариантам различия статистически незначимы ($p > 0,05$).

В нашей культуре прослеживается тесная связь между родительскими семьями и молодыми, вновь создаваемыми. Часто старшее поколение стремится помочь разрешить ряд житейских проблем. Мнения респондентов относительно ожидаемой от родителей помощи молодой семье по ряду предложенных вариантов имеют статистически значимые различия.

На первое и второе места респонденты двух вузов поставили помощь дедушек и бабушек в воспитании детей (кружки, прогулки, присмотр за детьми после садика/школы и др.) и уход за внуком до года. Имеются значимые различия в выборе этого вида помощи, студенты медицинского вуза указывают, что уход за ребенком до года для них важен так же как помощь в воспитании детей более старшего возраста (79,3 и 76,7 %, $p > 0,05$), курсанты Академии МВД больший приоритет отдали варианту помощи в воспитании детей более старшего возраста. На третьем месте у студентов-медиков финансовая помощь, в то время как курсанты по частоте выбора поставили «советы по ведению хозяйства», финансовая помощь молодой семье в их рейтинге стоит на четвертом месте, на пятом месте располагается вариант «решение квартирного вопроса», и частота выбора этого варианта у студентов БГМУ в 2,8 раза выше; затем на шестом месте располагается «обустройство дома (мебель, бытовые прибо-

ры, посуда)» — студенты БГМУ выбирали его 2 раза чаще, на последнем месте среди возможных вариантов помощи оказалась «помощь в решении семейных конфликтов».

В целом, исходя из частоты выбранных ответов, можно сделать вывод о том, что студенты медицинского вуза имеют более высокие ожидания относительно помощи молодой семье от родителей. Курсанты Академии МВД в построении семейной жизни менее склонны к принятию помощи от родителей. Влияние пола выявлено лишь по вопросам: воспитание детей до 1 года — 80,3 % девушек и 64,8 % юношей выбрало этот вариант ($\chi^2 = 7,0$, $p < 0,05$); помощь родителей в решении конфликтов — 6,6 % девушек и 68 % юношей ($\chi^2 = 5,0$, $p < 0,05$).

Заключение

Выявленные репродуктивные установки среди студенческой молодежи указывают на необходимость продолжения мероприятий, проводимых государством в области улучшения медико-демографической ситуации.

1. Для 93,3 % респондентов из БГМУ и 80 % курсантов Академии МВД репродуктивное здоровье является важной характеристикой здоровья. 77,4 % опрошенных студентов и 88,6 % курсантов указали на то, что репродуктивное здоровье является обязательным условием для существования семьи ($p > 0,05$).

2. Официально зарегистрировать брак, готовы 88,9 % всех опрошенных респондентов. 93,4 % опрошенных студентов БГМУ и 45 % курсантов Академии МВД указали, что о правах и обязанностях членов семьи по отношению друг к другу согласно Кодексу Республики Беларусь о Браке и Семье они не знают или знают в общих чертах.

3. На создание семьи респондентов могут подтолкнуть любовь, взаимное уважение и общий ребенок. 85,7 % респондентов планируют рождение 2 и более детей, с разницей между родами около 3,9 лет. Указанный оптимальный возраст для рождения ребенка попадает на период начала самостоятельной трудовой деятельности. Стать приемными родителями более 50 % респондентов готово только при невозможности иметь собственных детей.

4. Студенты медицинского вуза в сравнении с курсантами Академии МВД имеют более высокие ожидания относительно помощи молодой семье от родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долбик-Воробей, Т. А. Репродуктивные установки студенческой молодежи / Т. А. Долбик-Воробей // Российская молодежь: проблемы и решения. — М.: Центр социального прогнозирования, 2005. — С. 414–423.

УДК 616.89:27

ВОЗМОЖНОСТИ ЦЕРКВИ В КОМПЛЕКСНОЙ СТРАТЕГИИ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ СТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИАТРИИ

Хилькевич С. О.

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

Введение

Термин «стигматизация» связан со словом «стигма», которым в Древней Греции называли клеймо на теле преступника или раба. Во времена средневековья это слово начало использоваться в обществе в переносном смысле как «метка», «позорное клеймо», а в медицине — как признак болезни. На протяжении всей истории со стороны общества к психически больным отмечалось более негативное отношение, чем к больным иными заболеваниями и, соответственно, стигматизация душевнобольных возникла одной из первых в медицине [1].

Тернистый исторический путь развития психиатрии, сформированный в обществе образ «типичных» пациентов психиатрического профиля (обладающий преимущественно негативными характеристиками) и разросшаяся мифология в области психиатрии, привели к тому, что проблема стигматизации приняла не меньшее значение, чем поиск новых диагностических, лечебных и реабилитационных форм в современной психиатрической практике.

Цель

Изучить основные причины возникновения стигматизации в области психиатрии и проанализировать возможности Церкви в комплексной стратегии по её преодолению.

Материал и методы исследования

Теоретический анализ и обобщение современных воззрений на стигматизацию в области психиатрии и возможности Церкви в комплексной стратегии по ее преодолению.

Результаты исследования и их обсуждение

Проводимые исследования относительно стигматизации в области психиатрии показывают сложные медико-биологические и социальные первопричины ее возникновения. Наряду с относительно управляемыми (общественный образ психиатрии, формируемый преимущественно средствами массовой информации; моральные установки в обществе; осведомленность относительно психических заболеваний и связанных с ними мифов и т. д.) имеют место и неуправляемые (например, наличие в психике архетипических комплексов, формирующих эволюционно-обусловленный негативный образ «иных» (Samuels, 1997) и возможно возникающего вследствие этого бессознательного неприятия в том числе и людей с психиатрической патологией).

Выражение стигмы разнообразно — различные формы дискриминирующего отношения со стороны общества (от насмешливого или дистанцированного, до откровенно негативного) к больным, членам их семей, а также к психиатрической службе и к врачам-психиатрам. Среди прочего замечено, что значительное количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от стигматизации больше, чем от самих проявлений болезни [2].

Воздействие стигмы на людей с психическими расстройствами осуществляется не только экстернальным образом (через отвержение со стороны родственников, ближайшего социального окружения и общества в целом), но и интернальным (зарождающееся в нарастающем ощущении отверженности и одиночества). Исходя из этого, можно говорить о нескольких возможных путях стигматизации (А. П. Коцюбинский и др., 2004), чаще всего сосуществующих одновременно:

а) самостигматизация (самого больного и его семьи). Под этим подразумевается «вся совокупность его (пациента) реакций на заболевание и статус психически больного» (В. С. Ястребов и др., 2009);

б) стигматизация со стороны формального и неформального микросоциального окружения;

в) стигматизация семьи больного;

г) стигматизация больного в семье;

д) стигматизация больного со стороны медицинского персонала.

Не сложно понять, к каким последствиям приводит стигматизация человека, страдающего психическим заболеванием, и его семейного окружения. Человек отгораживается от социума (зачастую это носит двухсторонний характер – как со стороны заболевшего, так и со стороны общества и (или) его семьи). Утрата активной социально-трудовой роли усугубляет самостигматизацию и тяжесть течения основного заболевания. Ведь обоснованные опасения перед усилением стигмы (наряду с явлениями анозогнозии, присущими психическим заболеваниям) заставляют человека дистанцироваться не только от общества, но и от медицинской службы в целом, приводя, в том числе, и к возникновению и хронизации какой-либо соматической патологии. Предсказуемое уклонение от посещения психиатра приводит к прекращению приема поддерживающей терапии, отсутствию активного наблюдения со стороны специалиста и возможности своевременной коррекции ухудшающегося состояния. Ухудшение психического состояния отражается прежде всего на ближайшем окружении человека — семье и соседях, тем самым усиливая негативное отношение с их стороны. Все это, а также возможные побочные эффекты от терапии и варианты ее оказания (например, вынужденные принудительные варианты госпитализаций в закрытые стационары) усиливают страх и формируют для общества в целом исключительно негативный образ

всего того, что связано с психиатрией, мешая тем самым становлению толерантного сознания по отношению к лицам с психическими расстройствами.

Одним из важных направлений в научно-исследовательской и практической деятельности, является поиск мер, направленных на дестигматизацию психически больных и психиатрии в целом. Меняются формулировки диагнозов, совершенствуется законодательство в области оказания психиатрической помощи, проводится повышение уровня общественных медицинских знаний посредством СМИ, создаются программы социальной реабилитации, разрабатываются стратегии по преодолению стигмы. К сожалению, все это не приводит к каким-либо значимым результатам [3].

На настоящем этапе, значительная роль в работе по дестигматизации отводится специалистам в области оказания психиатрической помощи, которые в свою очередь сами находятся под действием стигмы. Возможности Церкви в этом невозможно переоценить. Обладая должным авторитетом перед обществом, священнослужители имеют возможность помочь развеивать бытующие в обществе мифы, связанные с психиатрией. Внедрение в практику образовательных лекций, проводимых неравнодушными врачами-психиатрами по отдельным вопросам психиатрии, позволит священнослужителям быть в полной степени осведомленными в вопросах основ оказания психиатрической помощи и вариантах ее получения, ключевых симптомах психических расстройств и суицидальных кризисов. Все это позволит помогать формированию адекватного мнения со стороны общественности в адрес психиатрической службы и психически больных. Развенчивание околопсихиатрических мифов и культивирование терпимости позволит обществу иначе относиться к душевнобольным и возможной необходимости обращения за психиатрической помощью. Практика показывает, что ряд лиц до (или вместо) обращения за помощью к психиатру, ищет утешения и помощи в церквях — в молитвах или у священнослужителей. В данной ситуации уместны советы священнослужителей о необходимости обращения человека, страдающего душевным недугом, за помощью к врачу-психиатру либо психотерапевту, а также разъяснение пугающих мифов, связанных с психиатрией. Это позволит человеку быстрее получить квалифицированную психиатрическую помощь, и сформирует у него и его родственников положительную мотивацию на предстоящее обследование и лечение. Активная интеграция священнослужителей в реабилитационную работу с пациентами в стенах непосредственно психиатрических больниц, позволит пациентам не только совершать желаемые религиозные обряды и получать поддержку и моральную помощь, но и будет играть определенную роль в процессах социальной реабилитации и десамостигматизации.

Выводы

Борьба со стигматизацией остается одной из главных задач общественного здоровья на текущий день. Негативное влияние на качество жизни больных и их родственников неоспоримо. Стигматизация способствует изоляции и социальному исключению больных, создает серьезные препятствия самому лечению, а также проведению профилактических и реабилитационных мероприятий. На уровне Европейского союза борьба со стигматизацией и социальным исключением людей, страдающих психическими заболеваниями, является одним из пяти приоритетных направлений [4].

Решение проблемы стигматизации в психиатрии возможно лишь комплексно. Учитывая сложность и многоуровневость задачи, решающим в ее разрешении является поступательное формирование и внедрение идеологии гуманизации и просвещения, которые позволят постепенно изменить сложившиеся общественные установки относительно психиатрии и лиц, страдающих психическими расстройствами. Участие Церкви в демифологизация психиатрии и формированию терпимого и адекватного общественного мнения к пациентам психиатрического профиля и учреждениям, оказывающим соответствующую помощь, позволит сделать уже проводящуюся на сегодняшний день работу более результативной и принимаемой обществом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Fabrega, H.* Psychiatric stigma in the classical and medieval period: a review of the literature / H. Fabrega // *Comprehensive Psychiatry*. — 1990. — Vol. 31. — P. 289–306.
2. Истоки психиатрической стигматизации и ее перспективы / Н. А. Косенко [и др.] // *Кубанский научный медицинский вестник*. — 2015. — № 3(152). — С. 158–161.
3. *Трущелёв, С. А.* Стигма в психиатрии: библиометрический анализ научной проблемы / С. А. Трущелёв // *Психиатрия*. — 2009. — № 4. — С. 21–24.
4. European pact for mental health and well-being // EU High-level conference together for mental health and wellbeing. — Brussels, 2008.

УДК 617:27-726.1 ВойноЯсенецкий

ВРАЧ. ПАСТЫРЬ. СВЯТОЙ

Холунко Н. В.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Среди множества образцов служения Богу и людям мы видим величественную фигуру святителя Луки (в миру Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого; 1877–1961) — профессора хирургии и топографической анатомии, ученого с мировым именем, одного из основателей регионарной анестезии и гнойной хирургии.

10 мая (27 апреля по ст. ст.) 1877 г. в городе Керчь в семье провизора Феликса Станиславовича Войно-Ясенецкого и его жены Марии Дмитриевны родился сын Валентин, будущий известный подвижник Божий и выдающийся врач святитель Лука Крымский.

О медицине будущий «святой хирург» никогда не мечтал. Зато с детства мечтал о профессии художника. Однако во время вступительных экзаменов в Петербургскую Академию художеств юношей овладело тяжелое раздумье о том, правильный ли жизненный путь он избирает. Прочитав слова Спасителя о делателях жатвы (см.: Мф. 9: 37), он воспринял призыв служить людям Божиим. И в 1898 г. он поступает на медицинский факультет.

В университете он приводил в изумление студентов и профессоров своим принципиальным пренебрежением к карьере и личным интересам. Талантливого студента прочили в профессора анатомии, но после окончания университета Валентин объявил, что будет... земским врачом — занятие самое не престижное, тяжелое и малоперспективное. В течение многих лет Валентин Феликсович работал хирургом в госпиталях, земским врачом в самых разных частях России, переезжая из города в город вместе с женой и детьми.

Хирург Войно-Ясенецкий выполнил множество сложнейших операций, обобщил ряд хирургических случаев и опубликовал свои первые научные статьи. Столкнувшись со сложностями, возникавшими при использовании общей анестезии, и заинтересовавшись альтернативными способами обезболивания, молодой врач открыл новый метод анестезии седалищного нерва. Впоследствии выдающийся врач значительно развил и усовершенствовал один из основных методов местной анестезии — регионарную, или проводниковую, анестезию. Свои исследования он представил в виде монографии «Регионарная анестезия» и диссертации на степень доктора медицины, которую успешно защитил в 1916 г.

Занимаясь исследованием и внедрением в практику регионарной анестезии, Валентин Феликсович в это же время задумал изложить свой опыт работы в книге. Вот что вспоминает об этом сам святитель: «...в Переславле пришло мне на мысль изложить свой опыт в особой книге — «Очерки гнойной хирургии». Я составил план этой книги и написал предисловие к ней. И тогда, к моему удивлению, у меня появилась крайне странная неотвязная мысль: «Когда эта книга будет написана, на ней будет стоять имя епископа».

Семейные обстоятельства заставили семью Войно-Ясенецких переехать в Ташкент, в сухой жаркий климат. Шел трагический для всего русского народа семнадцатый год, Гражданская война была в самом разгаре, бушевала она и в Туркестане. Раненых привозили в больницу, и Войно-Ясенецкого нередко вызывали среди ночи на операции. При этом никто и никогда не видел его раздраженным или недовольным. Случалось, раненые поступали один за другим, и он всю ночь оперировал. По свидетельству медицинского персонала, в операционной Валентин Феликсович никогда не повышал голос, говорил спокойно, ровно. С таким хирургом было хорошо работать всем: и ассистентам, и медицинским сестрам. Во время работы будущий святитель всегда горячо молился Богу о помощи в совершении дела спасения человеческих жизней. В операционной всегда находилась икона, а перед ней висела лампада. У врача был благочестивый обычай: перед операцией он всегда прикладывался к иконе, затем зажигал лампаду, совершал молитву, а уже потом приступал к делу.

В 1919 г. от туберкулеза умерла жена Войно-Ясенецкого, оставив четверых детей, из которых старшему было 12 лет, а младшему — 6. Во время чтения Псалтыри ему в голову пришла мысль просить свою операционную сестру взять на себя заботы о детях. Она согласилась, а пред самим Валентином Феликсовичем открылся новый путь.

При всей своей загруженности главврача и практикующего хирурга Ташкентской городской больницы, заведующего кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии медицинского университета Валентин Феликсович проявлял себя как сознательный и активный член Церкви, болеющий душой за ее судьбу.

На одном из епархиальных съездов Валентин Феликсович выступил с продолжительной и горячей речью. Это стало одним из решающих моментов в его жизни: «Когда кончился съезд и присутствовавшие расходились, я неожиданно столкнулся в дверях с владыкой Иннокентием... Преосвященный говорил, что моя речь произвела большое впечатление, и, неожиданно остановившись, сказал мне: «Доктор, вам надо быть священником!»... У меня никогда не было и мысли о священстве, но слова Преосвященного Иннокентия принял как Божий призыв устами архиерея и, ни минуты не размышляя, ответил: «Хорошо, владыко! Буду священником, если это угодно Богу!»... В 1921 г., в разгар Гражданской войны, Войно-Ясенецкий появился в больничном коридоре... в рясе и с наперсным крестом на груди. Ассистенту, который обратился к нему по имени-отчеству, ответил спокойно, что Валентина Феликсовича больше нет, есть священник отец Валентин. «Надеть рясу в то время, когда люди боялись упоминать в анкете дедушку-священника, когда на стенах домов висели плакаты: «Поп, помещик и белый генерал — злейшие враги Советской власти», — мог либо безумец, либо человек безгранично смелый. Безумным Войно-Ясенецкий не был...» — вспоминает бывшая медсестра, работавшая с отцом Валентином.

«Мне пришлось совмещать свое священническое служение с чтением лекций на медицинском факультете. Лекции я читал в рясе с крестом на груди: в то время еще было возможно невозможное теперь. Я оставался и главным хирургом Ташкентской городской больницы, потому служил в соборе только по воскресеньям. Преосвященный Иннокентий поручил мне все дело проповеди. При этом он сказал мне словами апостола Павла: «Ваше дело не крестити, а благовестити» (ср.: 1 Кор. 1, 17), — вспоминал он.

Принятие сана произвело огромную сенсацию в Ташкенте, а сам Войно-Ясенецкий говорил о причинах, побудивших его к началу служения Церкви, так: «При виде кощунственных карнавалов и издевательств над Господом нашим Иисусом Христом мое сердце громко кричало: «Не могу молчать!». И я чувствовал, что мой долг — защищать проповедью оскорбляемого Спасителя нашего и восхвалять Его безмерное милосердие к роду человеческому».

После отъезда из города правящего архиерея народ единодушно избрал отца Валентина его преемником, и 31 мая 1923 года Войно-Ясенецкий, принявший монашеский постриг с именем апостола Луки, стал епископом.

Реакция власти на появление в Туркестане правящего архиерея, который был знаменитым хирургом, профессором и ученым, не замедлила проявиться. Сразу же стали приниматься меры по дискредитации епископа в официальной печати, содержащие ясный

призыв к властям — возбудить уголовное дело против Войно-Ясенецкого. 10 июня 1923 года епископ Лука был арестован. Вот как он сам вспоминал свой первый арест: «Я спокойно отслужил вторую воскресную всенощную. Вернувшись домой, я читал правило ко Причащению Святых Тайн. В 11 часов вечера — стук в наружную дверь, обыск и первый мой арест. Так положено было начало одиннадцати годам моих тюрем и ссылок».

Во время пребывания в тюрьме святитель закончил последнюю главу книги «Очерки гнойной хирургии», над которой он трудился более 20 лет, называемую «О гнойном воспалении среднего уха и осложнениях его». Вот что вспоминает сам святитель: «Я обратился к начальнику тюремного отделения, в котором находился, с просьбой дать мне возможность написать эту главу. Он был так любезен, что предоставил мне право писать в его кабинете по окончании его работы. Я скоро окончил первый выпуск своей книги. На заглавном листе я написал: «Епископ Лука. Профессор Войно-Ясенецкий. Очерки гнойной хирургии». Так удивительно сбылось таинственное и непонятное мне Божие предсказание об этой книге, которое я получил еще в Переяславле-Залесском несколько лет назад».

После длительного следствия мерой наказания для святителя Луки определили ссылку в город Енисейск Красноярского края. В дальнейшем Епископа Луку ссылали на Север еще дважды, всего в ссылках и тюрьмах святитель провел 11 лет. Но и там он продолжал работать по своей медицинской специальности — выполнял хирургические, гинекологические, глазные и другие операции, а также вел большой прием в амбулатории и у себя на квартире. Работая в больнице, владыка, как и раньше, благословлял больных. Вместе с местными жителями читал Евангелие, крестил их детей, совершал богослужения в церкви, много проповедовал.

Осенью 1934 г. в Медгизе вышло первое издание книги «Очерки гнойной хирургии», ставшей практическим пособием для нескольких поколений хирургов. Но не только технической стороне постановке диагнозов и оперативным методам лечения учит святитель на страницах этой книги — подлинно человеческим отношением к больному, христианским милосердием дышат подобные строки: «Приступая к операции, надо иметь в виду не только брюшную полость и тот интерес, который она может представить, а всего больного человека, который, к сожалению, так часто у врачей именуется «случаем». Человек в смертельной тоске и страхе, сердце у него трепещет не только в прямом, но и в переносном смысле...».

С началом войны с фашистской Германией владыка из ссылки пишет телеграмму на имя Калинина: «Я, епископ Лука, профессор Войно-Ясенецкий, отбываю ссылку в поселке Большая Мурта Красноярского края. Являясь специалистом по гнойной хирургии, могу оказать помощь воинам в условиях фронта или тыла, там, где будет мне доверено. Прошу ссылку мою прервать и направить в госпиталь. По окончании войны готов вернуться в ссылку. Епископ Лука». Его незамедлительно назначили главным хирургом эвакогоспиталя № 15–15 в Красноярске. Два года он с полной отдачей сам лечил офицеров и солдат.

В конце 1945 года владыку и его секретаря пригласили в облисполком, чтобы вручить им медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». За опубликованные труды «Очерки гнойной хирургии» и «Поздние резекции при инфицированных ранениях больших суставов» владыке присудили Сталинскую премию I степени с денежным вознаграждением. Его он пожертвовал сиротам и вдовам воинов, павших в Отечественной войне.

За большие заслуги перед Русской Церковью архиепископ Тамбовский и Мичуринский Лука в феврале 1945 года был награжден Патриархом Алексием (Симанским) правом ношения бриллиантового креста на клобуке. Это была высшая архиерейская награда.

В эти же годы (1945–1947) святитель пишет богословский труд «Дух, душа и тело», который считал главным трудом своей жизни (эта книга была издана только в 1992 году).

Вместе с читателем святитель Лука проходит путь от знания к вере — в отличие от того, как воспринимает мир верующий человек, идя от веры к знаниям. Для самого святителя Луки, крупного ученого и богослова, не было разрыва веры и разума, науки и религии, и Божий мир воспринимался им как целое. Отсюда и его потребность как талантливого ученого и человека, наделенного благодатью веры, дать свое целостное видение мира и человека для следующих поколений.

В связи с назначением на Симферопольскую и Крымскую кафедру 26 мая 1946 года владыка переехал в Симферополь. В Симферополе, в отличие от других городов, святителю Луке не дали возможности заниматься лечением больных и научной деятельностью, хотя он и продолжал принимать безвозмездно больных на дому. В годы управления Крымской епархией Высокопреосвященнейший Лука произнес большую часть своих проповедей. «Считаю своей главной архиерейской обязанностью везде и всюду проповедовать о Христе», — говорил он.

В 1958 году владыка Лука, врач, спасший от слепоты сотни людей, сам полностью ослеп. Несмотря на это, до конца жизни он продолжал архиерейскую службу, выступал с проповедями перед прихожанами и настолько точно исполнял все детали службы, что никто не мог догадаться о слепоте пастыря.

11 июня 1961 года, в день всех святых, в земле Российской просиявших, архиепископ Лука скончался. Прощаться с великим архиереем вышел весь город: люди заполнили крыши, балконы, сидели даже на деревьях. Огромная процессия в течение нескольких часов провожала своего пастыря, невзирая на запрет властей.

22 ноября 1995 года архиепископ Симферопольский и Крымский Лука был причислен Православной Церковью к лику местночтимых святых Крыма, в августе 2000 года канонизирован Русской православной церковью в сонме новомучеников и исповедников Российских.

Святой Лука Крымский стал легендой XX века, объединив, казалось бы, противоположные вещи: высокую образованность врача-хирурга и веру православного архиерея. Белый халат и черная ряса были с ним до конца дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лука (Войно Ясенецкий В. Ф.) Я полюбил страдание: автобиография. — М.: Белорусская православная церковь, 2013. — 125 с.
2. Лисичкин, В. Лука, врач возлюбленный / В. Лисичкин. — М.: Издательский совет РПЦ, 2009.
3. Святитель Лука Войно-Ясенецкий (Крымский) — биография, история, фотографии. <http://luka.rpcb.ru/svt-luka-vojno-yaseneckij>.
4. Святитель Лука, исповедник, архиепископ Симферопольский. — <http://pravoslavie.ru/54169.html>.

УДК 614:616-007.29(476)

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЧАСТОТУ АБОРТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И ЕЕ РЕГИОНАХ

Черевко А. Н., Куницкая С. В., Дерюгина О. А., Изумнова Е. С.

Учреждение образования

Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Аборты — проблема имеющая не только медицинское, но и огромное социальное значение. Отношение общества к этому явлению всегда было неоднозначным и зависело от государственного устройства, экономической ситуации, численности и культурного уровня населения, а также от его религиозных убеждений. Официальное разрешение государством абортов всегда приводило к снижению рождаемости. В странах, где аборты за-

прещаются, уровень рождаемости и сейчас выше, чем там, где они разрешены [1]. Еще Цицерон в связи с этим писал, что женщина должна быть наказана за изгнание плода, так как она крадет у республики предназначенного для нее гражданина. Аристотель же считал приемлемым контроль уровня рождаемости с помощью аборт.

Христианская религия однозначно отрицательно относится к абортам и приравнивает их к убийству.

В клятве, записанной Гиппократом в III веке до н. э. и формулирующей моральные нормы поведения врача, говорится: «Я... не вручу никакой женщине абортивного пессария». И в наше время врач имеет право отказаться от проведения аборт если это противоречит его морально-этическим принципам. Однако существует опасность, что запрещение легальных аборт приведет, как уже было в нашей истории, к росту числа аборт криминальных, представляющих значительно большую опасность не только для здоровья, но и для жизни женщины.

В нашей стране аборт разрешены, но усилия медицинских работников направлены на снижение их количества. Это согласуется с целями Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. в плане улучшения физического и репродуктивного здоровья населения, создания предпосылок для повышения рождаемости и всестороннего укреплением института семьи [2].

Одним из вариантов работы по снижению частоты аборт является организация преабортного консультирования, создание центров кризисной беременности.

В связи с этим актуальна и важна оценка динамики показателей, характеризующих частоту аборт в Республике Беларусь и в ее регионах. Такая оценка позволит правильно расставить приоритеты при организации работы по профилактике аборт.

Цель

Анализ и оценка динамики показателей, характеризующих частоту аборт в Республике Беларусь и ее регионах.

Материал и методы исследования

Данные официальной статистической отчетности Республики Беларусь [3, 4].

Определялась средняя многолетняя тенденция динамики частоты аборт, которая оценивалась следующим образом:

$< \pm 1\%$ — тенденции к росту или снижению нет (показатель стабилен);

$\pm 1-5\%$ — умеренная тенденция к росту или снижению;

$> 5\%$ — выраженная тенденция к росту или снижению.

Проводился расчет относительных эпидемиологических территориальных рисков аборт в Республики Беларусь и ее регионах за период с 2010 по 2015 гг. как вероятность отклонения показателя от его фоновой величины по формуле [5]:

$$РИСК = 1 - \exp\left(-\left(\frac{1}{2}\left(\frac{Факт}{Фон}\right)^2\right)\right),$$

где РИСК — относительный эпидемиологический территориальный риск;

\exp — стандартная функция экспонента;

Факт — фактическое территориальное значение показателя в регионе;

Фон — фоновое значение показателя, вычисляемое как средняя величина четырех его наименьших значений в данном регионе за исследуемый период.

Выделены 3 интервала, соответствующих различной степени состояния здоровья населения на территориях:

$0 \leq PR^j \leq 0,33$ — допустимый (приемлемый) риск;

$0,34 \leq PR^j \leq 0,66$ — умеренный риск;

$0,67 \leq PR^j \leq 1$ — повышенный риск;

PR^j — относительный риск на территории j .

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программного обеспечения «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Данные о среднегодовом темпе прироста показателей, характеризующих частоту аборт и родов, приведены в таблице 1.

В Республике Беларусь, как и в ее регионах, число родов на 1000 женщин фертильного возраста увеличивается. Самый высокий среднегодовой темп прироста отмечается в Минской области и составляет 4,48 %. Динамика показателя в целом по стране и всем ее регионам характеризуется умеренной тенденцией к росту.

Отношение числа абортов к числу родов уменьшается, при этом самый быстрый темп убыли отмечается в Минской области, а самый низкий — в Гомельской.

Таблица 1 — Среднегодовой темп прироста абортов и родов по регионам Республики Беларусь

Регион	Среднегодовой темп прироста показателя (%)		
	число абортов, на 1000 женщин фертильного возраста	Число абортов, на 100 родов	Число родов, на 1000 женщин фертильного возраста
Республика Беларусь	-1,06	-4,44	3,47
Брестская область	-1,44	-4,28	2,92
Витебская область	0,54	-2,34	2,86
Гомельская область	2,27	-1,3	3,56
Гродненская область	0,00	-4,15	4,25
г. Минск	-3,47	-6,31	3,05
Минская область	-3,81	-8,03	4,48
Могилевская область	-1,65	-5,12	3,51

Наиболее выражена тенденция к убыли числа абортов на 100 родов в г. Минске, а также Минской и Могилевской областях. На остальной территории республики – тенденция к снижению показателя умеренная.

Единственным регионом РБ, где число абортов в пересчете на 1000 женщин фертильного возраста имеет умеренную тенденцию к росту (2,27 %), является Гомельская область.

В Витебской и Гродненской областях ситуация стабильна, а в г. Минске, Минской, Брестской и Могилевской областях наблюдается умеренная тенденция к убыли показателя.

В таблице 2 приведены данные об относительных эпидемиологических территориальных рисках абортов в Республике Беларусь и ее регионах, рассчитанные на основании официальной статистической отчетности. Определены границы территориального эпидемиологического риска:

- допустимый риск — до 0,40;
- умеренный — от 0,41 до 0,44;
- повышенный риск — 0,45 и более.

Как видно из таблицы 1, самый высокий эпидемиологический риск отмечен в 2010 г. в Брестской области, а самый низкий — в 2012 г в Витебской области.

В 2010 г. значения относительных эпидемиологических территориальных рисков аборта превосходили границы повышенного риска в г. Минске, Минской, Могилевской и Брестской областях. Показатель Витебской области находился в пределах умеренного риска, Гродненской и Гомельской областей — в пределах допустимого.

Таблица 2 — Относительные эпидемиологические территориальные риски аборта у женщин фертильного возраста в Республике Беларусь и ее регионах

Годы	Республика Беларусь	Брестская область	Витебская область	Гомельская область	Гродненская область	г. Минск	Минская область	Могилевская область
2010	0,43	0,58	0,42	0,37	0,39	0,52	0,46	0,51
2011	0,41	0,45	0,40	0,41	0,43	0,51	0,45	0,45
2012	0,36	0,37	0,32	0,35	0,39	0,43	0,42	0,36
2013	0,42	0,39	0,53	0,49	0,40	0,35	0,46	0,50
2014	0,41	0,37	0,49	0,47	0,44	0,39	0,36	0,41
2015	0,40	0,53	0,44	0,44	0,39	0,40	0,34	0,35

Повышенный относительный эпидемиологический территориальный риск аборта к 2015 г. сохранился только в Брестской области. В г. Минске, Минской, Могилевской областях значение риска снизилось до допустимого уровня, в то время как в Гомельской области — достигло границы умеренного риска. В Витебской области показатель несколько повысился, но остался в пределах умеренного риска. В Гродненской области показатель остался стабильно низким — ниже порога допустимого уровня.

Выводы

1. В Республике Беларусь динамика числа аборт на 100 родов и на 1000 женщин фертильного возраста за последние семь лет характеризуется умеренной тенденцией к снижению. Единственным регионом РБ, где число аборт в пересчете на 1000 женщин фертильного возраста имеет умеренную тенденцию к росту, является Гомельская область.

2. Эпидемиологический риск аборт в Республике Беларусь снижается и находится на допустимом уровне. Территорией повышенного эпидемиологического риска по аборт является Брестская область, а самым благополучным регионом — Гродненская область.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14 марта 2016 г. № 200 Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы.

2. Белобородов, И. И. Роль и последствия аборт в контексте демографической деградации / И. И. Белобородов. — Режим доступа: <https://riss.ru/images/pdf/journal/2016/3/12.pdf>. — Дата обращения: 12.10.2017.

3. Здоровоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2011–2015 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2015.

4. «Естественное движение населения по Республике Беларусь за 2015 год». Статистический бюллетень Национального статистического комитета Республики Беларусь. — Минск, 2016.

5. «Основные принципы организации и проведения социально-гигиенического мониторинга» Инструкция по применению Регистрационный № 179-1206 Министерство Здравоохранения Республики Беларусь / Г. А. Асташко [и др.]. — Минск, 2007.

УДК 618.39:61-057.875

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К АБОРТАМ

Чубукова Т. Н., Авдеева Я. А., Ермакович А. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным Минздрава РБ, за последние 10 лет в нашей стране сократилось количество искусственных аборт на 5,5 %. Вместе с тем, в 2016 г. у зафиксировано большое число случаев прерывания беременности у женщин в возрасте 14–30 лет, которое составило 27 467. Аборт приводят к тяжелым осложнениям, в том числе — к развитию женского бесплодия, количество случаев которого в 2016 г. в нашей стране составило 155 на 100 тыс. населения [1].

Проблема проведения аборт связана с одним из важнейших вопросов биоэтики — это статус эмбриона. В Женевской декларации Всемирной медицинской ассоциации закреплены основные принципы гуманного отношения к человеческому эмбриону, а также право врача на отказ от проведения аборт: «Я буду проявлять абсолютное уважение к человеческой жизни с момента зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую своих медицинских знаний в ущерб нормам гуманности» [2]. Эти принципы согласуются с позицией Русской Православной церкви (РПЦ), для которой с момента зачатия эмбрион является человеком.

В Беларуси право врача на отказ в проведении аборт было закреплено в 2014 г. в рамках внесения изменений в закон «О здравоохранении». После введения этих изменений и дополнений в законодательство наблюдалось снижение количества аборт в некоторых районных городах [3]. Таким образом, отношение врача к аборт и качество проведения преабортного консультирования может играть существенную роль в улучшении демографической ситуации в стране.

Цель

Изучить отношение студентов-медиков в возрасте 19–23 года к абортам.

Материал и методы исследования

Анкетирование проводилось на базе ГомГМУ с соблюдением правил биомедицинской этики. Анкета составлена на основе данных электронного ресурса «Отношение молодежи к абортам» [4], включала 12 вопросов. В ней участникам опроса было предложено указать: пол, возраст, семейное положение, наличие детей, а также ответить на следующие вопросы: «В Чем заключается вред аборт?», «Откуда получили информацию об абортах?», «Безопасен ли аборт до 12 недель?», «Кто несет ответственность за аборт?», «Являетесь ли Вы верующим человеком?». Было опрошено 50 студентов-медиков: женщины в возрасте 19–23 лет ($n = 27$) и мужчины 19–20 лет ($n = 23$). Данные занесены в таблицу, статистический анализ проводился с использованием ПО («Statistica» 10.0).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов было выявлено, что никто из респондентов не состоит в браке, не имеет детей.

На вопрос о том, из каких источников вы получаете информацию об абортах, 90 % респондентов ответили, что используют информацию из интернета и телевидения. Данные представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 — Ответы респондентов на вопрос: «Откуда Вы получили информацию об абортах?»

Таким образом, большая часть студентов-медиков при поиске информации об абортах не использует научную информацию, книги и статьи из журналов.

На вопрос «Безопасен ли аборт до 12 недель?» более 60 % опрошенных ответили утвердительно. Данные представлены на рисунке 2.

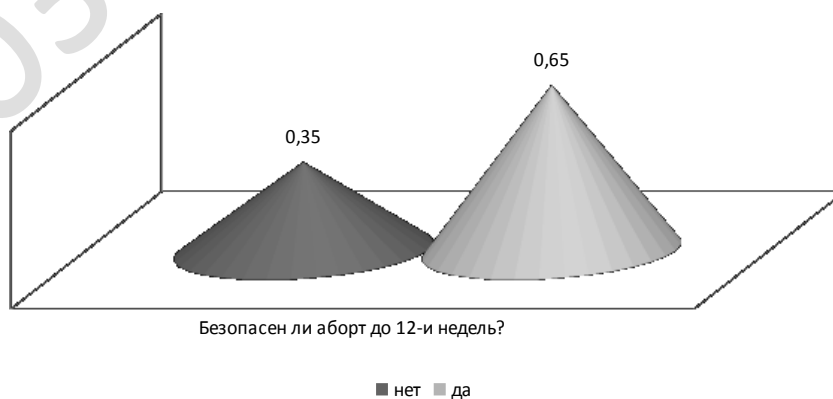


Рисунок 2 — Ответы студентов-медиков на вопрос «Безопасен ли аборт до 12 недель?»

По данным Л. Ф. Можейко (2008) не существует безопасных способов искусственного прерывания беременности. К ранним интраоперационным осложнениям относят развитие кровотечения, перфорацию матки, разрыв шейки матки, к поздним осложнениям —

эндометрит, бесплодие, невынашивание беременности и др. Таким образом, более половины опрошенных студентов-медиков дают неверную интерпретацию последствий аборта, что, возможно, связано с использованием недостоверных источников информации. Вместе с тем, на вопрос «В чем, по вашему мнению, заключается вред аборт» все опрошенные студенты ответили, что аборт ведет к бесплодию.

На вопрос о том, кто несет ответственность за проведение аборта, более половины мужчин ответили, что данную проблему решает женщина. Результаты представлены на рисунке 3. 60 % женщин ответили, что ответственность несет женщина. И только 40 % женщина и мужчина.



Рисунок 3 — Ответы мужчин на вопрос: «Кто несет ответственность за аборт?»

С точки зрения Социальной концепции РЦП «Брак есть союз мужчины и женщины, общность всей жизни, соучастие в божеском и человеческом праве. Так должны мужья любить своих жен, как свои тела: любящий свою жену любит самого себя». Таким образом, мнение респондентов-мужчин не согласуется с традиционными представлениями о браке, в котором мужчина и женщина в равной степени разделяют ответственность.

На вопрос «С каким из утверждений Вы согласны?», 37 % опрошенных ответили, что «государству следует обеспечить достойный уровень жизни граждан, и тогда аборт станет меньше». 48 % студентов-медиков считают, что «сохранять или не сохранять ребенка является личным делом женщины». 11 % опрошенных высказали мнение о том, что необходимо обеспечить качественную и доступную контрацепцию, что приведет к снижению количества аборт. 4 % респондентов считает, что необходимо ввести законопроект, запрещающий аборт. Таким образом, по мнению молодежи, определяющую роль для снижения количества искусственных аборт играет уровень жизни и благосостояние населения.

Выводы

1. При проведении анкетирования студентов-медиков в возрасте от 19 до 23 лет, было выявлено, что половина опрошенных получает информацию об аборт из интернет-ресурсов.
2. Более половины респондентов считают, что искусственный аборт до 12 недель безопасен.
3. По мнению более половины опрошенных мужчин, ответственность за аборт несет женщина.
4. Более 40 % респондентов считают, что сама женщина вправе решать сохранять или не сохранять ребенка.
5. Половина участников анкетирования считает, что для снижения количества аборт необходимо повысить уровень жизни и благосостояние населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальный доклад о положении молодежи в Республике Беларусь в 2015 году [Электронный ресурс] // Национальный доклад. — 2015. — Режим доступа: <https://youthworker.by/images/normativnie%20dokumenti/Doklad%20o%20polozhenii%20molodezhi%20v%202015%20godu.pdf>. — Дата доступа: 19.10.2017.
2. Женевской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1948 года (с изменениями и дополнениями, принятыми 22-й (1968), 35-й (1983) и 46-й Всемирной Медицинской Ассамблеей) [Электронный ресурс] / Медицина и право. — Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh.htm>. — Дата доступа: 20.10.2017.
3. Бойко, А. Логойск — город без аборт / А. Бойко. — [Электронный ресурс]. — 2017. — Режим доступа: <https://news.tut.by/society/560198.html>. — Дата доступа: 20.10.2017.
4. Отношение молодежи к аборт [Электронный ресурс]. — 2017. — Режим доступа: <https://www.surveio.com/survey/d/L3N8U6G1T5N4O9M2Z>. — Дата доступа: 20.10.2017.

СОДЕРЖАНИЕ

Абрамов Б. Э., Сквиря И. М. Заботиться о будущем, помня о прошлом	3
Абрамов Б. Э., Сквиря И. М. Несколько биоэтических штрихов к психиатрическим аспектам современной повседневной жизни	8
Басальга А. М. Значение болезней в религиозно-нравственной жизни христианина	11
Атаманенко И. А., Медведев М. А. Основные принципы паллиативной помощи онкобольным	13
Березуцкий В. И. Христианская религиозность в профилактике синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинских вузов	14
Беридзе Р. М., Бордовский С. Д. Позиция человеколюбия в христианстве как проявление заботы о его здоровье и качестве жизни	18
Василенко Е. С. Аборты с точки зрения православия и медицины	19
Владынцева Ю. А. Морально-этические и медицинские проблемы аборта	23
Кононова О. Н. Выгорание. Норма? Обсудим	25
Кравцова И. Л., Мальцева Н. Г., Орлова И. В., Потылкина Т. В., Гайдук В. С., Артишевский А. А. Биоэтические проблемы в преподавании гистологии, цитологии и эмбриологии	27
Кравченко С. С., Белкина Т. М. Аборт и христианство	30
Мальцева Н. Г., Мищенко Е. О. Современная трансплантология: открытые проблемы биомедицинской этики	32
Мохорева Г. А., Протасовицкая Я. В., Толкач Д. С., Чубукова Т. Н. Отношение студентов-медиков к проблеме соблюдения делового стиля в одежде	34
Нестерова О. А. Христианский ответ методам планирования семьи	37
Носорева Е. И., Тимошков И. В. Биоэтические аспекты экспериментов над животными	42
Провалинский А. В., Майорова И. О., Чирков А. Е. Этические проблемы вспомогательных репродуктивных технологий	44
Провалинский А. В., Соцевич М. А. Эвтаназия: иллюзия контроля или гарантия безболезненной смерти?	47
Протасовицкая Р. Н., Васильева Т. Е., Трофимова Ю. В. Эмоциональное выгорание медицинских работников в профессиональной деятельности	48

Протасовицкая Р. Н., Сафонова А. А. Эмоциональное выгорание у медицинских работников	51
Руденя О. С. Право человека на жизнь: проблемы эвтаназии и аборта	53
Сазоненко А. Л. Паллиативная помощь тяжелобольным пациентам	56
Сироткин А. А., Беридзе Р. М., Пендрикова О. В. Белорусское современное общество и проблема эвтаназии	59
Сироткин А. А., Свенцицкая А. Л., Ярмолевич Д. А. Взгляд на духовные ценности и психологические проблемы молодежи с точки зрения медицины и православия	61
Халямина И. И., Куницкая С. В., Изумнова Е. С., Колесникова О. В. Репродуктивные и семейные установки студенческой молодежи	63
Хилькевич С. О. Возможности церкви в комплексной стратегии по преодолению стигматизации психиатрии	66
Холупко Н. В. Врач. Пастырь. Святой	69
Черевко А. Н., Куницкая С. В., Дерюгина О. А., Изумнова Е. С. Динамика показателей, характеризующих частоту абортов в Республике Беларусь и ее регионах	72
Чубукова Т. Н., Авдеева Я. А., Ермакович А. М. Отношение студентов-медиков к абортam	75

Научное издание

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЧТЕНИЯ

**ХРИСТИАНСТВО
И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА
(Гомель, 7 декабря 2017 года)**

В авторской редакции

Компьютерная верстка С. Н. Козлович

Подписано в работу 20.11.2017.
Тираж 65 экз. Заказ № 551.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.