

восстановительных процессах дыхательной цепи митохондрий с образованием макроэргических соединений АТФ, что обеспечивает процессы сопряжения и сокращения миофибрилл. Эти факты являются основным механизмом терапевтического действия O_3 [1–3]. Механизм действия O_3 на метаболизм ишемизированной клетки основан на ингибировании окисления свободных жирных кислот и повышения АОА крови, способности вызывать активацию окисления глюкозы в условиях ишемии. Это эффекты, приводящие к снижению ацидоза, степени проявления метаболических нарушений и защите клеточных мембран. В частности при ИБС отмечается также повышение агрегации тромбоцитов, увеличивается количество тромбина. ОЗТ оказывает нормализующее действие на систему гемостаза и фибринолиза у больных с атеросклеротическим поражением сосудов. Патогенетический эффект ОЗТ определяется высоким окислительно-восстановительным потенциалом O_3 , что обуславливает двойной механизм действия: 1) локальный, с выраженной дезинфицирующей активностью в отношении бактерий, вирусов, грибов; 2) системный, метаболический в отношении белково-липидных комплексов плазмы и мембран клеток, ведущих к повышению парциального давления кислорода, преобразованию и синтезу биологически активных веществ, усилению активности иммунокомпетентных клеток и нейтрофильных лейкоцитов, улучшению реологии, кислородтранспортной функции крови. В медицине O_3 используется в виде озонкислородной смеси (медицинский O_3 в концентрации от 1 до 40 мкг O_3 на 1 мл кислорода). Эта концентрация не вызывает побочных эффектов за счет одновременной стимуляции многих защитных АО механизмов. В здравнице Гомельского отделения Белорусской железной дороги метод ОЗТ применяется с 2002 г. в виде внутривенного капельного введения озонированного физиологического раствора, малой аутогемотерапии, ректальных инфузий, подкожного и внутримышечного введения. Местное воздействие O_3 достигается применением озонных «колпаков». Кроме того, пациенты дополнительно получают питье озонированной дистиллированной воды, а в необходимых случаях применяются озонированные растительные масла. ОЗТ получили около 5000 пациентов при различных заболеваниях внутренних органов. Почти у всех пациентов был выявлен значительный положительный клинический эффект.

Разработанные методики позволяют дифференцированно проводить ОЗТ с реабилитационной и профилактической целью, в зависимости от характера заболевания, его активности, наличия осложнений и сопутствующей патологии.

Заключение

Молекулярный, клеточный и системный уровни воздействия O_3 , позволяют использовать озонотерапию при лечении более чем 60 заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бояринов, Г. А. Озонированное искусственное кровообращение (экспериментальное обоснование и результаты клинического применения) / Г. А. Бояринов, В. В. Соколов. — Н. Новгород: Покровка, 1999. — 318 с.
2. Малахов, В. А. Озонотерапия в неврологии / В. А. Малахов, Т. Т. Джанелидзе // Междунар. невролог. журнал. — 2008. — № 2 (18). — С. 152–158.
3. Масленников, О. В. Руководство по озонотерапии / О. В. Масленников, К. Н. Конторщикова. — Н. Новгород: Вектор ТиС, 2005. — 272 с.

УДК: 614.253

О КЛЯТВЕ ГИППОКРАТА

Ковальчук Л. П.

Научный руководитель: старший преподаватель, к.ф.н. Т. П. Целехович

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

Введение

Конец V столетия до н.э. и начало следующего отмечены зарождением греческой философии, пронизанной стремлением человека порвать с миром сверхъестественного,

и найти объяснение тайнам жизни в законах, доступных человеческому разуму. Неудивительно поэтому, что Гиппократ известен как инициатор клинического наблюдения и создатель медицинской теории, которая, хотя и была основана на воображаемых понятиях — «соках организма», привела его к разумной и последовательной практике врачевания. Этой теории суждено было на несколько столетий овладеть умами учуных — медиков, и даже в Средние века врачи в Странах Европы всу еще основывали на них свои диагнозы. Сегодня эта теория имеет не более чем историческую ценность, но идеи Гиппократа по прежнему лежат в основе медицинской этики [3].

Цель

Проанализировать исторические концепции клятвы Гиппократа, определившей критерии нравственной программы врача.

Клятва Гиппократа начинается с упоминания бога врачевания Аполлона, который также считался богом света. Далее призывается в свидетели Асклепий, сын Аполлона и бог медицины, который, согласно легенде поднялся до таких высот в искусстве исцеления, что возвращал мертвых к жизни. Этим он навлек на себя гнев Зевса. Царь богов позавидовал могуществу Асклепия и поразил его ударом грома.

Изначально клятва Гиппократа звучала так:

Клянусь Аполоном врачом, Асклепием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и разумению, следующую присягу и письменное обязательство:

Почитать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах;

Его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучить, преподавать им безвозмездно и без всякого договора;

Наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому.

Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство.

Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом.

В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного, пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или не услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

Из клятвы следует, что свидетельством профессионализма врача Гиппократ считает умение подчинить себя интересам больного, милосердие и самоотверженность. «Где любовь к людям, — говорил Гиппократ, — там и любовь к своему искусству [2, 4].

На протяжении двух с половиной тысячелетий этот документ остается квинтэссенцией этики врача. Его авторитет основывается на имени древнегреческого врача Гиппократа — «отца» медицины и медицинской этики. Гиппократ провозгласил вечные принципы врачебного искусства: цель медицины — лечение больного; врачеванию можно научиться только у постели больного; опыт — истинный учитель врача. Он обосновал индивидуаль-

ный подход к каждому пациенту. Впрочем, если сам Гиппократ во врачевании видел, прежде всего, искусство, то позже один из последователей Гиппократов, древнеримский врач Гален, подходил к медицине как к науке, и как к тяжелой работе. В средние века Авиценна дал прекрасную поэтическую характеристику личности врача. Он говорил, что врач должен иметь глаза сокола, руки девушки, обладать мудростью змея и сердцем льва [3].

Конечно, со временем клятва претерпела изменения. Было отвергнуто обращение к языческим богам, упразднено обещание «не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью», отражавшее тогдашнее разделение труда между разными цехами — врачами-терапевтами и хирургами-циркульниками.

Тексты, которые произносили выпускники медицинских факультетов той поры, сильно отличались от традиционной Клятвы Гиппократов. В XIX в. наступила эра научной медицины, текст заменили полностью. Тем не менее, основные принципы (неразглашение врачебной тайны, «не навреди», уважение к учителям) были сохранены.

В России вплоть до революции 1917 г. врачи давали «Факультетское обещание», под которым ставили подпись. В нем кратко и четко давалось понятие долга врача перед больным, медицинским миром и обществом. «Обещание» вводило некоторые новые принципы врачебной этики, отличные и от Клятвы Гиппократов, и от последующих официальных присяг.

После Второй мировой войны, когда выяснилось, что некоторые врачи участвовали в массовых выступлениях против человечества, медики почувствовали необходимость вновь подтвердить принципы, изложенные в клятве Гиппократов. Одним из первых шагов Всемирной медицинской ассоциации, созданной в 1947 г., была попытка объединить всех представителей медицинской профессии в единую глобальную конфедерацию и выработать современный вариант клятвы Гиппократов [4, 5]. В 1948 г. клятву Гиппократов отредактировала Генеральная Ассамблея международной медицинской ассоциации. А в 1971 г. была принята Присяга врача Советского Союза.

Во многом врачебные ценности разных столетий, десятилетий перекликаются: знания и силы посвящать лечению больных, всегда быть готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебные тайны, постоянно совершенствовать свои знания. Логическая структура всех новых текстов повторяет клятву Гиппократов. Но одна позиция обращает на себя внимание. Речь идет об отношении к аборт. Россия стала первой страной в мире, которая легализовала аборты — в 1924 г. К сожалению, запрета на аборты нет и в той клятве, которую сейчас дают врачи.

Мир стал другим. Все больше отношения врачей и пациентов зависят от меняющихся тенденций рынка, глобализации. И в этой погоне за прогрессом, за вечной молодостью, здоровьем любой ценой, мы теряем самое главное — Любовь как высшую ценность бытия. «Благие намерения» гуманистической и свободной науки оборачиваются вопиющими свидетельствами бесчеловечности. Уже изменяются основополагающие принципы понимания себя, окружающего мира, сущности жизни.

Клятва Гиппократов и аналогичные ей присяги и обещания — дань традициям конкретной страны или учебного заведения. Там, где принято давать клятву врача, она не является юридическим документом. Но при ее нарушении срабатывают соответствующие законы государства и ведомственные инструкции.

Заключение. Медицина поистине является самым благородным из всех искусств (*Omnium artium profecto medicina nobilissima est.*) Эта мысль Гиппократов многократно повторялась на протяжении веков. Гиппократ сыграл выдающуюся роль в установлении основ медицины не только как науки, но и как нравственной деятельности. Клятва Гиппократов — нравственная программа медика — на многие века определило критерии, которым, должен отвечать подлинный врач. Этот документ пронизан гуманистической направленностью, высоким уважением к врачебной профессии и больному. Клятва Гиппократов — эта концепция, это подход не только к обязанностям врача, но и к медицине в целом. Клятва — свидетельство устойчивости, продуманности, весомости основных положений медицины, которых придерживался Гиппократ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин, А. Ф. О мышлении клинициста-практика / А. Ф. Билибин // Клин. мед. — 1981. — № 11. — С. 104–106.
2. Вагнер, Е. А. О самовоспитании врача / Е. А. Вагнер, А. А. Росновский. — Пермь: Пермское. кн. изд-во, 1976. — 156 с.
3. Василенко, В. Х. На грани античной и новой медицины / В. Х. Василенко // Тер. архив. — 1983. — № 1. — С. 133–139.
4. Комаров, Ф. И. Размышления о врачебном долге / Ф. И. Комаров, А. В. Сучков // Тер. архив. — 1981. — № 5. — С. 18–20.
5. Харди, И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными / И. Харди; пер. с венгерского. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1981. — 287 с.

УДК 618.3-06:616.12-008.331.1

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козлова Ю. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры акушерства и гинекологии И. А. Корбут

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) у беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины и является наиболее частым осложнением беременности. Гипертензивные нарушения при беременности представляют в настоящее время серьезную проблему акушерства, так как нередко являются причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Беременные с хронической гипертензией имеют повышенный риск развития преэклампсии и отслойки плаценты, а у их детей отмечается повышенная перинатальная заболеваемость и смертность. Повышение артериального давления (АД) — основное клиническое проявление гипертонической болезни и признак различных вариантов симптоматических гипертензий, в том числе заболеваний почек и эндокринных органов, гестоза [1].

Гипертензивные нарушения при беременности, согласно докладу Исследовательской группы ВОЗ, являются одной из важнейших международных проблем здравоохранения. На фоне высокого артериального давления у матери во время беременности часто наблюдаются острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в сетчатку и ее отслойка, острая и хроническая почечная недостаточность, отек легких, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Гипертензия у матери, оказывая влияние на маточно-плацентарный кровоток и вызывая перфузионно-диффузионную недостаточность плаценты, способствует развитию внутриутробной гипоксии и задержке роста плода, невынашиванию беременности, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. Гипертензия осложняет 15–20 % беременностей и нередко является непосредственной причиной материнской и перинатальной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [2].

Гипертензивные состояния возникают у 4–8 % беременных. К ним относятся целый спектр различных клинико-патогенетических форм: гипертоническую болезнь (ГБ), симптоматические гипертензии (почечные, эндокринные) и специфическое для беременности состояние — гестоз. По данным Рабочей группы по изучению гипертензии при беременности в США, гипертензия — это вторая после эмболии причина материнской смертности, составляющая 15 % в структуре материнской смертности. У беременных с хронической гипертензией частота перинатальной смертности (30–100 ‰) и индуцированных преждевременных родов (10–12 %) значительно превышает соответствующие показатели у беременных без гипертензии [3].

Артериальная гипертензия — состояние при которой регистрируется САД ≥ 140 мм рт. ст. и (или) ДАД ≥ 90 в результате повторных измерений АД произведенных в различное время в спокойной для пациентки обстановки; при этом пациентка не должна принимать лекарства влияющие на уровень АД [1].