

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**“Феномен біоетики та біобезпеки
як індикатор стану медичної науки”**

*Матеріали реферативної конференції
присвяченій засновнику біоетики В.Р. Поттеру*



м. Харків
19 лютого 2019

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

АЩЕУЛОВА Т.В. (голова)

СМИРНОВА В.І. (заступник голови)

АМБРОСОВА Т.М., КОМПАНИЄЦЬ К.М.,

Усі матеріали подаються в авторській редакції

ЗМІСТ

<i>Ащеулова Т.В., Амбросова Т.М.</i>	6
ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ» НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1, ОСНОВ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	
<i>Ащеулова Т.В., Амбросова Т.М., Компанієць К.М., Смирнова В.І., Кочубей О.А.</i>	8
ТРАНСФОРМАЦІЯ КОНТЕНТУ ДИСЦИПЛІНИ ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	
<i>Бережна А.В., Райлян М.В.</i>	11
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БІОБЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННИМИ КАТЕТЕРАМИ: МІЖНАРОДНІЙ ДОСВІД	
<i>Білий Є. Є.</i>	12
НАЯВНІСТЬ ПОРУШЕНЬ У ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОМУ КОМПЛЕКСІ ВАГІТНИХ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ	
<i>Герасимчук Н.М., Герасимчук У.С.</i>	13
ПРОБЛЕМА МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ.	
<i>Герасимчук У.С., Герасимчук Н.М.</i>	14
МЕДИКО - БІОЛОГІЧНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ В СУЧАСНОМУ СВІТОГЛЯДІ	
<i>Дроздова А.Г.</i>	15
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В УКРАИНЕ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ	
<i>Д.Г.Иргашева, Р.Н.Юлдашев, Н.Д.Касимова, З.В.Юнусова</i>	16
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИНОЗИДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
<i>Келеберда О. С.</i>	18
ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
<i>Кожем'яка Г.В.</i>	20
БІОТЕРОРИЗМ ЯК СОЦІАЛЬНЕ ЯВИЩЕ	
<i>Ащеулова Т.В., Компанієць К.М., Амбросова Т.М., Смирнова В.І.</i>	21
<i>Компанієць П.Е., Лісіна Д.В.</i>	
«БІОЕТИКА-МІСТ У МАЙБУТНЄ». СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЇ ВИКЛАДАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ.	
<i>Ащеулова Т.В., Кочубей О.А., Демиденко Г.В.</i>	23
«ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО ІНСТИТУТУ З ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН	

<i>Літвинова А. М.</i>	24
ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	
<i>Лук'янова Є.М.</i>	25
БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА УЧАСТЮ ТВАРИН	
<i>Луцька С.В., Волкова Ю.В., Михневич К.Г.</i>	27
ЕТИЧНІ ПИТАННЯ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЇ.	
<i>Майорова М.В.</i>	28
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА	
<i>Майсурадзе А.А., Волкова Ю.В., Михневич К.Г.</i>	29
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ	
<i>Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Тошматов Б.А., Юлдашев Р.Н.</i>	31
ВЛИЯНИЕ НАРКОТИЗАЦИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ	
<i>Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Мамасалиев З.Н., Юлдашев Р.Н.</i>	32
ПИТАНИЕ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ НАРКОТИЗИРУЮЩИХСЯ НАСЕЛЕНИЯ)	
<i>Мамасалиев Н.С., Туйчиев А.Х., Юлдашев Р.Н., Усманов Б.У.</i>	33
МОНО–И ПОЛИРИСК–ФАКТОРЫ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ: РЕГИОНАЛЬНО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
<i>Мамасалиев Н.С., Туйчиев А.Х., Тошматов Б.А., Юлдашев Р.Н.</i>	34
ФАРМАКО–ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
<i>Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Мамасалиев З.Н., Юлдашев Р.Н.</i>	35
ПРИОРИТЕТЫ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ НАРКОТИЗИРУЮЩИХСЯ НАСЕЛЕНИЯ	
<i>Мансыров Асиф Баглар оглы</i>	36
КОНФЛИКТ В СИСТЕМЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ- ПАЦИЕНТ»	
<i>Манченко Е.А.</i>	37
ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ	
<i>Марченко І.А.</i>	38

ВИЗНАЧЕННЯ СПЕКТРУ МІКРООРГАНІЗМІВ - ЗБУДНИКІВ ПІСЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ ТА ЇХ ЗДАТНОСТІ ДО УТВОРЕННЯ БІОПЛІВОК	
<i>Молодан Д. В.</i>	39
ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	
<i>Невзорова С. І.</i>	40
БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ПСИХІАТРІЇ	
<i>Овчаренко І. А., Шевченко О. С., Мацак Д. Ю., Степененко Г. Л.</i>	42
СТАТЕНЕ СПІВВІДНОШЕННЯ СЕРЕД ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.	
<i>Онашко Ю.М., Вовк О.Ю.</i>	43
ЗНАЧЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ НАТУРАЛЬНИХ АНАТОМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ З ОБОВ'ЯЗКОВИМ ДОТРИМАННЯМ БІОЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ	
<i>Орлова Н.В.</i>	44
ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДИТЯЧОЇ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	
<i>Осман Н.С.</i>	45
ПРАВОВИЙ СТАТУС ЕМБРІОНА	
<i>Паніхава М.М.</i>	46
СУПЕРЕЧЛИВІ ПИТАННЯ ЕВТАНАЗІЇ ТА ЛІКАРСЬКОЇ ЖОРСТОКОСТІ	
<i>Пилипенко Н.С.</i>	48
СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: ДАНЬ МОДЕ ИЛИ ВЫХОД ИЗ БЕЗИСХОДНОСТИ?	
<i>Погорєлова О.О., Степаненко Г.Л.</i>	49
СТИГМАТИЗАЦІЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ	
<i>Поливянна Ю. І.</i>	50
КОНЦЕПЦІЯ «ЄДИНЕ ЗДОРОВ'Я» В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БІОБЕЗПЕКИ У СУЧАСНОМУ СВІТІ	
<i>Рождественська А.О.</i>	52
ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ В ПРАКТИЦІ ДІЛЬНИЧНОГО ТЕРАПЕВТА	
<i>А.Салахиддинов, Р.Юлдашев</i>	54
РЕГИСТРЫ “КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК” ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛА	
<i>А.Салахиддинов, Р.Юлдашев</i>	55

ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА <i>Сідорова О.В.</i>	56
ЕТИКА, ПРАВО ТА МЕНЕДЖМЕНТ В СТОМАТОЛОГІЇ <i>Ащеулова Т.В., Смирнова В.І., Гончар О.В., Кисиленко К.В</i>	57
НЕОБХІДНІСТЬ НАСКРІЗНОГО ВИКЛАДАННЯ БІОЕТИКИ ДЛЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ <i>Ситіна І.В.</i>	59
СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО В УКРАЇНІ: СУЧАСНІ РЕАЛІЇ <i>Фельдман Д.А.</i>	61
БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ <i>Фірсик Т.М.</i>	63
ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІНФОРМОВАНОСТІ НЕВИЛКОВНИХ ХВОРИХ <i>Харькова М.О.</i>	65
АЛЬТЕРНАТИВИ ЕКСПЕРИМЕНТАМ НА ТВАРИНАХ <i>Черніта В.О</i>	66
ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЖІНКОЮ В ПРЕ- І ПОСТМЕНОПАУЗІ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ЗАВДЯКИ РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ІНВАЛІДИЗУЮЧИХ УСКЛАДНЕНЬ <i>Швець О.М.</i>	68
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ <i>Шевченко О. С., Говардовська О.О.</i>	69
СТИГМАТИЗАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З СОЦІАЛЬНО- НЕБЕЗПЕЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ <i>Р. Юлдашев А.Салахиддинов, Бобоев М.М.</i>	70
УЧАСТИЕ ЛИЦ СЕЛА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ИНТЕНСИВНОМ ВМЕЩАТЕЛЬСТВЕ. <i>Р.Н.Юлдашев, Н.Д.Касимова, Д.Г.Иргашева, З.В.Юнусова, Бобоев М.М.</i>	71
САХАРНИЙ ДИАБЕТ В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Ascheulova T.V., Honchar O.V., Kompaniets K.M., Smyrnova V.I.</i>	72
MODERN PROBLEMS OF EVIDENCE-BASED MEDICINE <i>Martynenko Nataliya</i>	73
ALICE A. BAILY ABOUT RACIAL AND NATIONAL DISEASES	

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ» НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1, ОСНОВ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Ащеулова Т.В., Амбросова Т.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки ХНМУ має 17-річний досвід викладання дисципліни «Основи біоетики та біобезпеки». Ініціатором та фундатором викладання дисципліни «Біоетика» у ХНМУ була професор О.М. Ковальова, на той час завідувач кафедри ПВМ №1, ОББ. На початку, з 2002 по 2009 рік, це був курс за вибором «Біоетика» для студентів медичних факультетів за спеціальністю «Лікувальна справа» 3 курсу, з 2007 року доєдналися студенти стоматологічного факультету. В подальшому з 2007 року це нормативна дисципліна чи курс за вибором «Основи біоетики та біобезпеки» для студентів медичних та стоматологічного факультетів, іноземних студентів, студентів з англійською формою навчання за спеціальностями «Лікувальна справа» і «Стоматологія» 3 курсу та з 2011 року лише нормативна дисципліна для студентів 3 курсу.

Дисципліну «Основи біоетики та біобезпеки» викладають всі співробітники кафедри трьома мовами: українською, англійською та російською. Створено потужну методичну базу для проведення практичних занять та лекцій. Видано підручник «Основи біоетики та біобезпеки» О.М. Ковальова, В.М. Лісовий, Т.М. Амбросова, В.І. Смирнова двома мовами, підготовлено навчальні посібники, методичні рекомендації та мультимедійні лекції для студентів. Враховуючи досвід викладання біоетики, наявність навчально-методичної бази, з 2012 року кафедра отримала назву «Пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки».

У 2016 році дисципліна трансформується у «Безпека життєдіяльності, основи біоетики та біобезпеки», при цьому «Безпеку життєдіяльності» викладають на кафедрі медицини катастроф та військової медицини для студентів 1 курсу. З 2016 по 2018 рік дисципліна пройшла перехідний період та відбулося значне навантаження на всіх співробітників кафедри ПВМ №1, ОББ, оскільки для студентів 1 курсу ми викладали «Безпеку життєдіяльності, основи біоетики та біобезпеки» та для студентів 3 курсу «Основи біоетики та біобезпеки» одночасно. Так, за минулий навчальний рік ці дисципліни вивчали 2109 студентів, що становило 62 години лекцій, 1014 годин практичних занять. Також, у 2016 році до теоретичної частини підготовки аспірантів здобувачів наукового ступеня докторів філософії було включено дисципліну «Етика та

біоетика» - 90 годин, з яких 26 годин лекцій, 20 – практичних занять та 44 години самостійної роботи. Було розроблено робочу програму «Етика та біоетика» Ащеулова Т.В., Ковальова О.М., Амбросова Т.М. за якою відбувається підготовка як очних, так і заочних аспірантів. З 2018-2019 навчального року завершився перехідний період і на кафедрі викладають лише «Основи біоетики та біобезпеки» як дисципліну для студентів 1 курсу II та IV медичного факультету українською мовою, VI, VI стоматологічного та VII факультету з підготовки іноземних студентів – англійською мовою та V, V стоматологічного факультету з підготовки іноземних студентів російською мовою. Дисципліна складається з 10 годин лекцій, 10 годин практичних занять та 25 годин самостійної роботи.

При проведенні практичних занять викладачі застосовують інноваційні методи активного навчання, командно-орієнтованого підходу, тощо. Студенти готують повідомлення - це форма наукової роботи студентів, яка дозволяє їм оволодіти навичками дослідної роботи, визначати ключові питання, робити висновки стосовно тої чи іншої теми. Також ця форма досить вдало поєднує самостійну та аудиторну форми роботи, дає можливість викладачу оцінити ступінь участі кожного студента, здатність студентів систематизувати та узагальнювати матеріал, який отримано на основі вивчення літературних джерел, а також особисту думку та висновки авторів повідомлень. Практичні заняття з дисципліни «Основи біоетики та біобезпеки» проходять у вигляді семінарів-диспутів, на яких студенти розділені, по-перше на кілька груп, кожна з яких готує доповідь з певного питання, що розглядаються на семінарі. По-друге, кожна з груп студентів ділиться на дві частини «pro» та «contra», які захищають свої позиції. Після проведення дискусії студенти у вільній формі викладають своє ставлення до того чи іншого питання.

На сайті кафедри ПВМ№1, ОББ представлено навчально-методичні матеріали: лекції, практичні заняття та база тестів. Наприкінці вивчення дисципліни на кафедрі впроваджено комп'ютерне тестування студентів (OpenTEST 2) на заліковому занятті – 30 тестів.

Вже традицією стало проведення щорічної конференції для студентів та молодих вчених «Сучасні діагностичні методи у внутрішній медицині та їх етичні аспекти», у яких студенти приймають активну участь, виступають з креативними доповідями, готують постерні повідомлення та відкриваються для викладачів з нового погляду. Співробітниками кафедри було організовано та проведено науково-практичну конференцію «Імплементация біоетичних принципів у клінічну практику» у 2015 році, науково-практичну конференцію з міжнародною участю фахівців із республіки Іран «Біоетика та біобезпека:

мультидисциплінарні аспекти» у 2017 році сумісно с кафедрами епідеміології та пропедевтики внутрішньої медицини №2 та медсестринства. Та з 2019 року ми маємо на меті запровадити нову традицію, а саме – проведення щорічних конференцій для аспірантів – здобувачів наукового ступеня доктора філософії (PhD), молодих вчених та науковців.

ТРАНСФОРМАЦІЯ КОНТЕНТУ ДИСЦИПЛІНИ ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ В ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Ащеулова Т.В., Амбросова Т.М., Компанієць К.М.,
Смирнова В.І., Кочубей О.А.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Біоетика є науковою дисципліною, яка не має однозначного загальноприйнятого визначення. Найбільш актуальним є визначення професора С.В.Пустовіт, яка зазначає, що «...біоетика – це міждисциплінарна галузь знання та людської практики, мета якої є збереження та розвиток життя за допомогою етичних механізмів та принципів». В науковому плані біоетика становить знання, що динамічно змінюються та трансформують, залежно від досягнень медичної науки та соціальних викликів. Експансивно постійно розширюється коло етичних проблем в сучасній медицині, що насамперед пов'язано з бурхливим розвитком новітніх медичних технологій, які радикально впливають та змінюють не лише довілля, а і власне природу людини, створюють конфлікт інтересів наукової новизни та захисту прав людини.

Викладання основ біоетики та біобезпеки почалось на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини, основ біоетики та біобезпеки у 2002 році. За останнє десятиліття щорічно відбувалась часткова ротація тематичних планів. Трансформація контенту навчальної дисципліни насамперед було обумовлена зміною кількості педагогічних годин, які були заплановані навчальними планами вищої медичної школи.

Досить тривалим, з 2009 по 2016 рр., було викладання біоетики студентам 3 курсу всіх факультетів, за спеціальностями лікувальна справа, медико-профілактична справа, стоматологія на українській, російській та англійській мовах, залежно від формату факультетів. На той період було заплановано 16 годин практичних занять та 4 години лекцій. Тематика дисципліни була присвячена концепції доказової медицини, регламентації проведення клінічних досліджень, етичних питанням біомедичних експериментів, етичним та правовим аспектам допоміжних репродуктивних технологій, медико-етичним питанням трансплантології та трансфузіології, етичним вимірам евтаназії, хоспісів, паліативної допомоги, медико-соціальним аспектам ведення хворих особливих категорій пацієнтів, а саме з ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, психічними захворюваннями, невелика частка

годин відводилась на огляд питання, що пов'язані з біобезпекою та біозахистом, з акцентом на біологічні ризики природнього та штучного спрямування.

З 2016 року міністерством охорони здоров'я запропоновано викладання комплексної дисципліни, яка отримала назву «Безпека життєдіяльності. Основи біоетики та біобезпеки» і складається з двох змістовних модулів, що поділені рівно за годинами та кредитами, по 45 годин і 1,5 кредиту відповідно. Також у рамках змін парадигми викладання дану дисципліну було вирішено викладати для студентів 1 курсу підготовки фахівців другого (магістерського) рівня в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальностями 222 «Медицина»-магістр та 221 «Стоматологія»-магістр. Видами навчальної діяльності студентів згідно з навчальним планом стали 10 годин лекцій, 10 годин семінарських занять, 25 годин самостійної роботи студентів. У відповідності до змін, що були запропоновані новою програмою навчальної дисципліни, а також тим, що викладання проводиться на першому курсі, кафедрою було змінено і контент дисципліни. В рамках академічної незалежності вищих медичних навчальних закладів, співробітниками кафедри (професор Ащеулова Т.В., професор Амбросова Т.М, професор Компанієць К.М, доцент Смирнова В.І., доцент Кочубей О.А.) у 2016 році було створено нову робочу навчальну програму за змістовним модулем «Основи біоетики та біобезпеки», яка щорічно оновлюється у відповідності до вимог часу.

В 2017 за ініціативи національної академії наук України та Президента Української асоціації біобезпеки академіка НАН та НАМН України С.Комісаренка, в рамках міжнародного партнерського проекту, спрямованого на поширення знань щодо проблем з біобезпеки та біозахисту, було розроблено навчальний модуль «Біобезпека, біозахист, біоетика», який пропонувалось використовувати при розробці робочих навчальних програм дисциплін на основі галузевого стандарту вищої освіти. У відповідності до цих змін в 2018 році було докорінно оновлено робочу програму навчальної дисципліни «Основи біоетики та біобезпеки», яка має 10 годин лекцій, що присвячені загальним дискусійним питанням біоетики, аспектам клінічних досліджень в парадигмі доказової медицини, етичним та правовим питанням еутаназії, хоспісів та паліативної допомоги, етичним проблемам в трансплантології, основним поняттям біозахисту та біобезпеки. 10 годин практичних занять розширюють тематику лекційного матеріалу: розглядаються загальні дискусійні питання біоетики, студенти ознайомлюються з основними етичними деклараціями - Нюрнберзький кодекс, Хельсінська декларація, Бельмонтський протокол, Конвенція захисту прав людини в біомедицині; на заняттях присвячених доказовій медицині освітлюються загальні принципи клінічних досліджень, доктрина інформованої згоди, принципи належних практик; на семінарських заняттях присвячених проблемам смерті в медицині розглядаються етичні та правові аспекти еутаназії, соціальна, етична та медична складові хоспісного руху, висвітлюються основні складові паліативної медицини у світовому та

українському вимірі; на семінарах присвячених етичним питанням в трансплантології розглядаються етичні та правові аспекти донації органів, експлантації органів, розподілу органів, медичні та етичні питання використання стовбурових клітин у сучасній медичній практиці, питання клонування живих істот, клонування тканин/органів; на семінарах, що висвітлюють етичні проблеми допоміжних репродуктивних технологій обговорюються питання екстракорпорального запліднення, штучного запліднення, ICSI-методик, сурогатного материнства, аборту контексті планування сім'ї та етичних аспектів; окремий блок присвячено питанням генної діагностики, етичним питанням генної інженерії в медицині, проекту геному людини, на практичних заняттях присвяченим біозахисту та біобезпеці висвітлюються питання біологічних ризиків та пандемій, ризиків лабораторних досліджень, рівні біологічного захисту та рівні захисту лабораторій, історичні та етичні відповіді на застосування біологічної зброї, основи поняття біотероризму в сучасному світі, концепція подвійного використання, парадигми набуття функцій в синтетичній та молекулярній біології, розглядаються основні директивні документи про заборону біологічної та токсичної зброї, розглядаються етичні питання відповідальності науковців в інформаційному контексті, висвітлюється питання організації системи запобігання біологічних ризиків.

Таким чином, вища медична освіта націлена на досягнення трьох взаємообумовлених та взаємопов'язаних цілей. По-перше, дати студентові знання, уміння та навички з найважливіших розділів медицини, що відповідають сучасному науковому рівню. По-друге, розвинути прагнення до постійного підвищення рівня знань, здібність до самоосвіти, самовдосконалення та актуалізації професійного статусу в обраній спеціальності. По-третє, створити умови для розвитку ініціативної, творчої особистості, моральної особистості лікаря, що особливо важливо для медичної освіти, яка включає принципи поваги прав людини та її основних свобод, оскільки формування взаєморозуміння, терпимості, співчуття незалежно від расових, релігійних, мовних та інших відмінностей є основним моральним компонентом професії лікаря. Все активніше підкреслюється необхідність гуманізації медицини та пошуку нових моделей медичної освіти, що відповідають сучасним вимогам розвитку прогресу у науковому та суспільному житті. Взаємини між медициною та освітою отримують нову сутність з появою інтегративного концепту біоетики, що має багаторівневий соціально-філософський статус.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БІОБЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННИМИ КАТЕТЕРАМИ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

Бережна А.В., Райлян М.В.

Харківський національний медичний університет,
кафедра епідеміології

В лікувальній практиці широко застосовують інвазивні маніпуляції, в тому числі катетеризацію судин, яка пов'язана з ризиком виникнення інфекційних ускладнень, зокрема, катетер-асоційованих інфекцій кровотоку (КАІК). Оскільки в Україні відсутня законодавча база з питань епідеміологічного нагляду та інфекційного контролю КАІК, доцільно переймати міжнародний досвід та впроваджувати в заклади охорони здоров'я України нові підходи до організації лікувального процесу.

Центри з контролю та профілактики захворювань в Сполучених Штатах Америки (CDC) розробили керівництва з профілактики КАІК, які засновані на принципах доказової медицини та рекомендовані для впровадження в лікувально-профілактичні заклади. Відповідно до цих документів важливе значення в профілактиці КАІК має обґрунтоване застосування судинних катетерів (СК) індивідуально для кожного пацієнта та організація правильного догляду за місцем катетеризації. Зазначені заходи може забезпечити лише спеціально навчений медичний персонал. Впровадження освітніх програм, тренінгів та періодичний контроль за рівнем знань і їх застосуванням в професійній діяльності підвищили б обізнаність медичних працівників щодо питань профілактики КАІК та забезпечення біобезпеки пацієнтів з СК. В умовах недостатнього фінансування лікувально-профілактичних закладів виникають труднощі в удосконаленні рівня фахової підготовки медичних працівників, які безпосередньо працюють з СК. При постановці СК та маніпуляціях з ними необхідно дотримуватись правил асептики та гігієни рук. Центральні венозні катетери, що були встановлені без дотримання належної асептичної техніки, наприклад, при наданні невідкладної медичної допомоги, необхідно замінити якомога швидше (протягом 48 годин). Для фіксації СК пропонується використовувати стерильну марлеву або стерильну прозору напівпроникну пов'язку. В рекомендаціях CDC зазначено умови, за яких необхідно проводити заміну пов'язки, що фіксує катетер: якщо вона стала вологою, забруднилась, або ослабла її слід замінити. Рекомендовано проводити щоденний моніторинг за СК з метою оцінки необхідності в подальшому його використанні. Як тільки потреба в СК перестала існувати, його необхідно негайно видалити.

Між тим, досі існує ряд невирішених та неоднозначних питань щодо профілактики КАІК, які потребують подальшого вивчення. Наприклад, відсутні рекомендації щодо заміни периферичних катетерів у дорослих, окрім клінічних показань. Також не з'ясовано, яке місце краще обрати для введення тунельованих центральних венозних катетерів, щоб знизити ризик інфікування. Таким чином, поширення знань, заснованих на принципах доказової медицини, серед медичних працівників допоможе забезпечити біобезпеку пацієнтів з СК, які піддаються ризику виникнення КАІК.

НАЯВНІСТЬ ПОРУШЕНЬ У ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОМУ КОМПЛЕКСІ ВАГІТНИХ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Білий Є. Є.

Харківський національний медичний університет,
Кафедра акушерства та гінекології №2

Бронхіальною астмою (БА) страждають 4-12% вагітних жінок. Перебіг вагітності у хворих БА пов'язаний з високим ризиком розвитку таких ускладнень, як плацентарна недостатність(29%), прееклампсія(збільшення ризику на 54%), розвиток токсикозу раннього терміну(37%), передчасні пологи або загроза викидню, знижена вага тіла при народженні або розвиток малого для гестаційного віку плоду(збільшення ризику на 22%), збільшення перинатальної смертності, а також захворюваності новонароджених, в тому числі частоти аномалій розвитку.

Загострення БА на фоні вагітності спостерігається з частотою від 35-55 до 73,5%. Загострення БА виникають на різних гестаційних сроках вагітності.

Деякі автори вказують, що загострення БА частіше асоціюються з III триместром вагітності (29-36-й тиждень) з наступним покращенням в останні тижні перед пологамі. В ході останніх досліджень вказується, що найбільш небезпечним періодом у відношенні загострення захворювання являються II та III триместри вагітності з піком частоти загострень на 6- місячному терміні гестації.

Дослідження останніх років показали, що вплив зовнішніх факторів та мікробних агентів в період вагітності значно впливає на розвиток алергії у новонароджених в майбутньому, ніж в період лактації, що дозволяє вважати плаценту основним шляхом пренатальної передачі цитокінів від матері до плоду.

Зміни на різних рівнях, пов'язаних з ендотеліальною дисфункцією, в більшості випадків призводять до плацентарної недостатності. В основі даного синдрому лежать патологічні зміни в фето- або матково-плацентарному комплексі з порушенням компенсаторно - пристосувальних механізмів на молекулярному, клітинному та тканинному рівнях. Це призводить до порушення транспортної, трофічної, ендокринної, антиоксидантної функцій

плаценти, які являються одним із пускових механізмів в розвитку порушень фетоплацентарного кровотоку.

Відомо, що бронхіальна астма у вагітної жінки асоціюється з ростом ризику виникнення плацентарної дисфункції не менше, ніж в 1,5 рази. При цьому одним із факторів ризику розвитку є підвищення рівня ендотеліну-1, який в свою чергу призводить до вивільнення із ендотелію вазоактивних факторів (оксиду азоту та VEGF-A).

Таким чином, дисбаланс судинної регуляції призводить до активації ендотелію, на яку нашаровуються складні імунні зміни в організмі вагітної жінки, яка страждає бронхіальною астмою, що призводить до збільшення частоти небажаних змін зі сторони фетоплацентарного комплексу, але інформація щодо виникнення ускладнень в період вагітності у хворих на бронхіальну астму не є вичерпною та потребує більш детального вивчення для попередження небажаних ризиків з боку матері та плоду.

ПРОБЛЕМА МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ

Герасимчук Н.М., Герасимчук У.С.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Проблемі медичної етики та деонтології присвячена велика кількість робіт, де розглядаються взаємини медичного працівника з хворим, медичного працівника з суспільством, а також ставлення медичних працівників між собою. Але ж саме в чому полягають відмінності цих двох взаємопов'язаних елементів – медичної етики та деонтології?

Етика повинна складатися з базису – моральних професійних цінностей і надбудови - деонтології (вчення про належну поведінку при здійсненні професійної діяльності - наслідок цих цінностей). Разом ці два компонента складатимуть медичну етику, проблеми котрої - прості або складні - неминучі доти, поки на землі живе людина і жива медицина. «Всі інструкції і правила поведінки лікаря залишаються назавжди мертвими буквами, якщо не будуть виходити з почуття власної відповідальності лікаря і тих ідеалів, які повинні надихати нашу діяльність» Владислав Беганський. Керуючись медичною етикою, людина чинить належним чином не за складеними кимось інструкціями та правилами, а за своїм внутрішнім моральним базисом, котрий є результатом її виховання.

«Якби моральна поведінка зводилася б до простих правил, ми змогли б створити високоморальний комп'ютер» Семюел Гіндер. Тобто, можна сказати, що деонтологія – це в певній мірі етика роботів, в яких закладено алгоритм, складений програмістом, завдяки чому робот завжди чинить тільки належним чином, хоча і не знає, саме чому він так робить. Людина, керуючись етикою, помиляється частіше, ніж робот, але мотивацією всіх його вчинків є власні

моральні цінності, а не встановлений певний алгоритм. Проте в свою чергу, перелік ситуацій, в котрих може безпомилково діяти робот, обмежений програмою, тоді як набір ситуацій для людини, зі своїми принциповими моральними цінностями, практично не обмежений. Деонтологія зміщує акцент на професійні обов'язки і передбачає усвідомлення і сумлінне виконання їх фахівцем.

Отже, можна зробити висновок, що, медична етика заснована на моральних цінностях індивідуумів, що складають суспільство, тоді як деонтологія заснована на раціоналізмі інструкцій, статуту, закону, єдиних для всього суспільства і корисних для нього. Ці дві науки не конкурують між собою, а лише створюються по-різному: етика - довгим вихованням моральних цінностей, деонтологія - порівняно швидким засвоєнням правил. Таким чином можна сказати, що етика - на відміну від деонтології - вчить не тільки як треба чинити, але і чому.

Біоетика – нормативне значення, що охоплює моральну проблематику, пов'язану з розвитком біомедичних наук, які стосуються питань генетики, медичних досліджень, терапії, турботи про здоров'я і життя людини. Предметом і вищою моральною цінністю біоетики виступає етичне ставлення до Життя і всього Живого, а головним принципом – благоговіння перед Життям.

МЕДИКО - БІОЛОГІЧНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ В СУЧАСНОМУ СВИТОГЛЯДІ

Герасимчук У.С., Герасимчук Н.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л.Т.Малої,

Прагнення до пізнання таємниць всього живого закладено в самій сутності людини. Саме зазначення застосування тварин для проведення досліджень в галузі фізіології та анатомії бере свій початок в античні часи. Ще Гіппократом була описана періодичність скорочення передсердь і шлуночків серця, інформація про яку була отримана при розтині грудної клітки у живої тварини. У медичному трактаті «Чарака самхита» (Давня Індія) приведена проповідь (I -II ст. н.е.), яку виголошував перед своїми учнями вчитель: «Якщо ви хочете досягти успіху в своїй діяльності і слави і небес після смерті, ви повинні молитися щодня, повстаючи від сну і відходячи до сну, про благополуччя всіх істот, особливо корів і брахманів, і ви повинні всією душею прагнути до зцілення хворого...».

Сучасні медико-біологічні дослідження в якості одного із найважливіших засобів досягнення цілей передбачає проведення наукового

експерименту. Випробування медичних інструментів, приладів, апаратів, нових інвазивних способів лікування також вимагає обов'язкового попереднього визначення їх безпеки для людини шляхом організації доклінічних випробувань і тестування, як правило, з використанням лабораторних тварин. Питання про правомірність використання тварин в біомедичних дослідженнях широко дискутується, та не вирішено остаточно, і в даний час існують дві протилежні точки зору. Відповідно до першої з них, що отримала назву «антропоцентризму», людина, будучи вінцем світобудови, має необмежене право використовувати тварин в своїх інтересах, в тому числі і при проведенні біомедичних досліджень. Відповідно до другої точки зору, що іменується «біоцентризм», що оточуючий нас тваринний світ має рівні з людиною права і не може бути об'єктом експлуатації людиною. Адекватна моральна оцінка факту вимушеного використання тварин для експериментів була і в той час у багатьох медиків. І.І. Мечников писав «Совість підказує, що будь-яке страждання, причинене іншій істоті на користь людини або іншої тварини, аморально ». Але даний тезис слідом нібито знімався в іншому тезисі «Великі закони, що керують інфекційними хворобами, і цінні засоби боротьби з ними ніколи не були б знайдені без вівісекції або навіть при одному обмеженні її». Як видно, існує протиріччя, яке дозволяється лише умоглядно, вчені ще не робили тоді якихось дійсно-практичних зусиль, спрямованих хоча б до пом'якшення цього протиріччя.

Отже перед наукою поставлена мета - знайти альтернативний спосіб експерименту. До того ж слід завжди пам'ятати про те, що ставлення людини до живого - це показник його рівня моральності та порядності. Для вчених і лікарів і на сьогодні залишаються незаперечними слова І.П. Павлова «Тільки пройшовши через вогонь експерименту медицина стане тим, чим повинна бути, тобто свідомою, а отже завжди і цілком доцільно діючою».

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ В УКРАИНЕ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Дроздова А.Г.

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №2
Науковий керівник Смирнова В.І.

Темы локальных вооруженных конфликтов и незаконной торговли человеческими органами практически всегда идут рука об руку. Так сейчас и в Украине, где с первых дней начала карательной операции на Юго-Востоке поползли слухи о том, что погибших и раненых в ней используют для забора донорских органов.

В мире ежегодно выполняется до 100 тысяч трансплантаций органов, и более 200 тысяч — тканей и клеток человека. По данным ВОЗ, ее проводят в 104 странах мира, имеющих для этого финансовые, материально-технические и кадровые возможности. Но в Украине ситуация катастрофическая — мы отстали от них на целую эпоху. У нас проводится лишь 3,1 трансплантации на 1 млн населения в год. И это один из худших показателей в мире.

В абсолютных цифрах это составляет лишь 130 операций в год, при том что более 5 тысяч украинцев ежегодно нуждаются в пересадке органов. При таком маленьком количестве операций по пересадке органов в Украине существует шесть центров, где хирурги могут делать такие операции. В этих центрах могут делать более тысячи операций ежегодно. И главная беда – отсутствие органов и системы их получения. Главная причина такого состояния дел в Украине — отсутствие эффективной системы трансплантологии. По сути, механизм сбора, хранения, перевозки и пересадки органов как система замкнутого цикла у нас не работает.

Поэтому, для развития системы трансплантологии в Украине и вывода ее на мировой уровень, был разработан законопроект №2386а-1 "О применении трансплантации анатомических материалов человеку". Законопроектом предполагается развитие в Украине трансплант-координации по образцу испанской модели, которая, по определению ВОЗ, считается наиболее прогрессивной в мире. Эта модель предполагает создание соответствующего центрального органа, который будет отвечать за работу трансплант-координаторов и работу Единой информационной системы. Финансирование трансплантации будет осуществляться на 100% за счет государства — чтобы избежать злоупотребления и риска, связанных с незаконным донорством. Еще одним предохранителем против злоупотребления и коррупционных рисков является "презумпция несогласия", которая предусматривает, что органы для трансплантации могут быть изъяты из тела покойника только при условии, что это лицо при жизни четко заявило о своей согласии стать донором в случае смерти. Также человек может изменить свое волеизъявление и запретить изъятие органов у себя после смерти.

Мне кажется, что в условиях войны и высокого уровня коррупции ныне "презумпция несогласия" — лучшая модель, которая уменьшает коррупционные риски и риски злоупотребления во время трансплантации.

Учитывая все ранее изложенное следует сказать, что трансплантология считается вершиной развития медицины в стране, так как требует не просто мастерства хирургов, а слаженной и сложной работы всей системы здравоохранения. И денег, конечно — куда же без них...

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛИНОЗИДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Д.Г.Иргашева, Р.Н.Юлдашев, Н.Д.Касимова, З.В.Юнусова
Андижанский Государственный медицинский институт, кафедра
пропедевтики внутренних болезней
(Узбекистан)

Актуальность. Линозид современный антигипертензивный препарат из группы ингибиторов АПФ. Наличие у него выраженного ингибирующего влияния на тканевой АПФ и доказанная в последние годы роль

гиперактивации тканевой РААС в развитии дисфункции эндотелия вызывает интерес к этому препарату.

Цель: Основной целью исследования является изучение безопасности, переносимости и клинической эффективности препарата Линозид у больных артериальной гипертензией.

Методы: Общее количество пациентов 30, средний возраст 52,2 года, из них женщин 18, мужчин 12. В исследование включались пациенты с артериальной гипертензией и III степенью повышения САД и/или ДАД, как получающие, так и не получающие антигипертензивную терапию на момент включения в исследование. Продолжительность исследования 12 недель. Линозид назначался в рамках обычной врачебной практики в соответствии с режимом дозирования, рекомендованным в инструкции по применению. Начальная доза 5 мг один раз в сутки. В процессе лечения в соответствии с рекомендациями ВОЗ и ДАГ 1 планировалось достичь целевых значений САД 140 мм рт. ст. или ниже. Если после двух недель лечения целевое САД не достигалось, проводилась коррекция терапии: ступенчатая схема увеличения дозы линозида и присоединение диуретика (гипотиазида) пациент посещал врача каждые 2 недели (всего 6 визитов). Регистрация АД проводилась дважды, с интервалами 3 минуты между измерениями. На первом и шестом визитах больным выполнялось ЭКГ и оценка качества жизни с использованием анкеты "Качество жизни у больных гипертонической болезнью". Основным критерием оценки эффективности препарата являлся процент снижения САД и ДАД на 6 визите по отношению к значению этого показателя на первом визите. Выводы: Проведена статистическая обработка результатов исследования динамики АД в общей группе пациентов, рассчитаны средние значения САД и ДАД, среднеквадратичные отклонения и процент снижения средних значений САД и ДАД. Результаты проведенного исследования позволяют оценить антигипертензивный эффект линозида как хороший по уровню влияния, как на САД, так и на ДАД, что подтверждается значимым снижением средних значений этих величин в общей группе пациентов (САД 21%, ДАД 15%). Всеми больными было отмечено улучшение качества жизни, уменьшение количества жалоб и субъективных ощущений болезни.

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Келеберда О. С.

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології

Донедавна, дискусії про біоетику залишалися прерогативою наукової медицини. Але тепер ситуація кардинально змінюється і кожен зможе скористатися своїми правами, коли мова буде вестися про впровадження нових біомедичних технологій або, наприклад, участі в наукових експериментах. За останні декілька років, було досягнуто значного прогресу в розробці нових методів лікування, дієвих ліків, медичних приладів оцінки функцій організму або хірургічної техніки, і сьогодні проводиться більше медичних досліджень, ніж будь-коли раніше. Проте існує ще багато питань без відповідей про функціонування людського організму, причини виникнення захворювань та найкращі методи їх профілактики та засоби терапії.

Своєчасна діагностика соціально значущих захворювань визначається не тільки рівнем розвитку медичних технологій, але і внутрішньою готовністю кожного індивіда до проведення діагностичних процедур, включення в спілкування з лікарем часто досить особистих, інтимних питань. У зв'язку з цим, необхідною умовою ранньої діагностики є успішність соціальної інтеракції в рамках медико-соціальної системи лікар-пацієнт.

За останні роки відзначається значне зростання пацієнтів з симптомами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) - вона перетворилася в одну із «хвороб цивілізації». ГЕРХ не має тенденції до самообмеження, в зв'язку з чим має хронічний рецидивуючий перебіг на тлі вираженого погіршення якості життя зі зростаючим ризиком ускладнень з плином часу. У пацієнтів з ГЕРХ часто зустрічаються супутні захворювання, такі як цукровий діабет 2 типу, метаболічний синдром. Надмірна вага та ожиріння - часті фактори ризику як для розвитку ГЕРХ, так і для розвитку цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу).

Спостерігається недооцінка серйозності захворювання як з боку багатьох лікарів, так і з боку пацієнтів: пацієнтам з ожирінням часто не ставлять цей діагноз і вони не отримують ніякого лікування, спрямованого на зниження маси тіла. Часто, відношення самих пацієнтів до свого стану було таким, що багато хто з них взагалі не розглядають ожиріння як хворобу, і схильні вважати це індивідуальною особливістю - «просто кістка широка».

У суспільстві прийнято негативно ставитись до людей з надмірною вагою. Це пов'язано як зі стандартами краси, так і часто з думкою про те, що люди з

ожирінням «ледачі, безвольні, не хочуть над собою працювати і не можуть не їсти дуже багато».

На жаль, до всіх негативних суспільних стереотипів, пов'язаних з

ожирінням, також схильні і лікарі. Це погіршує відносини з пацієнтами і значно знижує ефективність лікування. В зв'язку з негативними переконаннями, багато лікарів вважають терапію ожиріння менш ефективною, ніж інших хронічних захворювань, і звинувачують пацієнта в виникненні його хвороби. І ці переконання лікаря можуть ще сильніше подіяти на психологічний стан пацієнта. Ті ж проблеми спостерігаються відповідно і в терапії ЦД 2 типу і ожиріння, особисте ставлення лікаря стає бар'єром, що заважає адекватній терапії.

При цьому лікар, стикаючись з пацієнтом на прийомі, часто дуже обмежений в можливостях терапевтичного підходу. Необхідно уникнути впливу

власних переконань на спілкування з пацієнтом, врахувати його психологічні особливості, щоб не погіршити ненавмисно його психологічний стан і при цьому - донести об'єктивну інформацію і мотивувати скинути вагу.

Необхідно пам'ятати, що ожиріння може значно погіршити здоров'я. Фізичні наслідки ожиріння добре відомі лікарям - це збільшення ризику розвитку ЦД 2 типу, ГЕРХ та ін. Однак, ожиріння - це стан, який відбивається не тільки на стані здоров'я людини, але і на його зовнішності, тому його не можна розглядати виключно як соматичну патологію, у відриві від психологічного і соціального аспектів.

Поєднаний перебіг ГЕРХ та ЦД 2 типу стає найбільш актуальною проблемою, так як значно зростає кількість ускладнень, які негативно впливають на повсякденне життя та діяльність пацієнтів.

На теперішній час цукровий діабет 2 типу є глобальною медико-соціальною проблемою, що обумовлено епідеміологічним характером розповсюдження цього захворювання та розвитком мікро- і макроангіопатій, які мають істотне соціальне значення для життя хворих. Достатньо вивчені на сьогодні патології судин, серця, нирок. Значно гірше досліджено гастроентерологічні аспекти ЦД 2 типу, тому своєчасна діагностика поєднаного перебігу цих патологій зможе попередити тяжкі ускладнення, які призводять до порушення життєдіяльності, економічних втрат, пов'язаних з інвалідізацією за рахунок обмеження способу життя.

Тому, завдяки оптимізації діагностики, адекватного лікування та профілактиці поведінкових факторів ризику, можливо мінімізувати втрату здоров'я людей з поєднаним перебігом ГЕРХ та ЦД 2 типу. Але, ми повинні пам'ятати, що медичний прогрес повинен поширюватися на всі країни, і з позицій непередбачуваності майбутнього, лікарська біоетика повинна бути більш гнучкою та відкритою. Основні принципи біоетики повинні залишатися незмінними, особливо коли ми говоримо про такі цінності, як співчуття, великодушність, безкорисливість, покладених в основу лікарської компетентності, щоб захищати основні права хворої людини і бути відданими медичному професіоналізму лікарів різних спеціальностей. Якби не було змін в медицині в результаті наукових досліджень, не було б прогресу в діагностиці та терапії захворювань, і ми повинні пам'ятати, що у нас завжди будуть

пацієнти, які вимагатимуть високопрофесійного та індивідуального підходу до кожного з них.

Філософи останніх років дають визначення поняттю людської сутності та здоров'я як психосоматичної єдності, дуже складного та комплексного, повного чарівності та таємності. Воно й зараз містить багато загадок та чимало запитань.

БІОТЕРОРИЗМ ЯК СОЦІАЛЬНЕ ЯВИЩЕ

Кожем'яка Г.В.

Харківський національний медичний університет,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1,

основ біоетики та біобезпеки

Науковий керівник Ащеулова Т.В.

Біотероризм – різновид тероризму, що полягає у використанні урядом, організацією чи індивідуумом біологічної зброї проти населення, з метою знищення та поширення паніки та страху.

Біологічна зброя передбачає використання інфекційних агентів (вірусів, бактерій) та їх токсинів. Цей арсенал може бути спрямований для знищення людини, сільськогосподарських тварин та рослин.

Найнебезпечнішими інфекціями, що можуть бути використані як біологічна зброя, вважають сибірку, натуральну віспу, чуму, холеру та туляремію.

Спори сибірки (*Bacillus anthracis*) експерти вважають найбільш вірогідною зброєю біотероризму. Широко розповсюджена у дикій природі, маюча властивість легко змінюватись, ця бацила, що може бути вироблена в лабораторіях, відрізняється дивовижною здатністю виживати у зовнішньому середовищі. До того ж, збудник легко доставляти у порошках та аерозолях, заражати джерела води та харчові продукти.

Інший імовірний агент для біотероризму – це натуральна віспа. У природних умовах віспа переможена, та з 1977 р. не становить загрозу для людства, але вірус продовжує існувати в лабораторіях Росії та США.

Враховуючи легку доступність збудника чуми у світі, можливість масового виробництва та розповсюдження аерозолів, високий рівень летальності при легеневій чумі та ймовірність вторинного розповсюдження, вона має великий потенціал як біологічна зброя.

Важкий перебіг кишкової інфекції дозволяє холері бути успішно використаною для терористичних атак. Холерний вібріон рідко передається від людини до людини, тому головний спосіб розповсюдження – це зараження водних джерел.

Туляремія також є вірогідною зброєю у біологічній війні. Вона важко переноситься, супроводжується лихоманкою, виразками, лімфаденітом, іноді пневмонією. Заразитися туляремією можна через найдрібніші пошкодження

шкіри та при вдиханні заражених частинок. Це рідкий випадок, коли для розвитку хвороби достатньо лише десятка мікробних клітин.

Оскільки живі організми можуть бути непередбачуваними та стійкими, біологічну зброю важко контролювати. Вона приховує руйнівну силу глобальних масштабів, тому заборонена багаточисельними міжнародними договорами. Найважливішим документом по біологічному роззброєнню стала «Конвенція про заборону розробки, виробництва і накопичення запасів бактеріологічної зброї, та про їх знищення», що набула чинності 26 березня 1975 р. На теперішній час у Конвенції приймають участь 163 держави.

Людство повинно бути дуже обережним, щоб не завдати величезної шкоди самим собі.

«БІОЕТИКА-МІСТ У МАЙБУТНЄ». СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЇ ВИКЛАДАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ.

Ащеулова Т.В., Компанієць К.М., Амбросова Т.М., Смирнова В.І.
Компанієць П.Е., Лісіна Д.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики
внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Першу книгу, присвячену біоетиці написав американський учений В. Р. Поттер у 1969 році під багатообіцяючою назвою "Біоетика — міст у майбутнє". Якщо вдатися до аналізу ролі біоетики сьогодні та уявити її у майбутньому, то в цій назві немає жодного перебільшення. Навпаки, це необхідний портрет майбутнього. Біоетика поєднує велике коло соціально-економічних, морально-етичних та юридичних проблем, що їх вирішують не тільки в рамках медичного співтовариства, а й за допомогою органів державної влади, громадськості, засобів масової інформації.

Значущість та необхідність глибокого і повного засвоєння основ біоетики студентами вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації є очевидною. Викладання дисципліни « Основи біоетики та біобезпеки » є дуже відповідальне, цікаве та непросте завдання, вирішення якого спрямоване на формування професійних та комунікативних компетентностей, на розвиток професійно важливих якостей майбутніх фахівців охорони здоров'я.

Для виконання цього завдання на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки викладачами використовуються впровадження у навчально-виховний процес інноваційних, інтерактивних та інформаційно-комунікаційних технологій.

Характерними для інтерактивних технологій є: постійна взаємодія учасників освітнього процесу (зміст, форми, методи та засоби); моніторинг рівня навчальних досягнень здобувачів освіти, зворотній зв'язок, рефлексія одержаних результатів, сформованих умінь та навичок, якостей та цінностей. Прикладом методу інтерактивного навчання, що заслуговує особливої уваги -

є застосування методології «сінквейн». Слово «сінквейн» походить від французького слова «п'ять» і означає «вірш, що складається з п'яти рядків».

1 рядок - іменник, що є головною темою заняття;

2 рядок - два прикметники за сенсом;

3 рядок - три дієслова за сенсом;

4 рядок - фраза, що несе певний зміст;

5 рядок - висновок, одне слово (може бути два), іменник.

«Сінквейн» є однією з технологій критичного мислення, яка активує розумову діяльність студентів та значно підвищує рівень запам'ятовування матеріалу, тож ми вирішили удосконалитись в цьому.

Нами було проведено дослідження щодо зіставлення засвоювання матеріалу з теми «Біоетика: історія, термінологія та дискусійні питання» з використанням викладання методологією «сінквейну» у основній групі (25 студентів) за прикладом :

Біоетика

Моральні, генетичні

Дослідувати, лікувати, охороняти

Цивілізація любові та життя

Біодуховність

та реферативно-дискусійною методологією викладання -у групі зіставлення (23 студента). Дослідження проведено методом тестового опитування (12 тестових завдань) із головних понять біоетики у два етапи: перший- наприкінці заняття за цією темою, а другим- наприкінці циклу на заключному занятті (приблизно через місяць). Таким чином ми мали можливість оцінити якість короткострокової та довгострокової пам'яті студентів, як результат навчання з використанням двох інноваційних методологій. У першій групі було отримано 23 позитивних результати : засвоювання знань з теми коливалися у межах 60- 65% та 2 результати з результатом засвоювання матеріалу-52% на першому етапі. На другому етапі в основній групі ми отримали 21 позитивний результат з межами коливання- 58-61% та 4 студенти мали результат у рамках 55-58% позитивних відповідей. Серед групи зіставлення отримані наступні результати: протягом заняття за цією темою- 23 відповіді з коливанням позитивного засвоювання матеріалу у межах - 52-60%, що є трохи нижче ніж в першій групі. Адже на другому етапі у групі зіставлення ми отримали лише 15 позитивних відповідей з результатом 58-60% та 8 відповідей з коливанням меж -52-56%.

Ми можемо зробити певні висновки: у процесі реалізації інтерактивного навчання під час практичних занять відчувається позитивна атмосфера, міжособистісна комунікація; розкриття здібностей студентів, їх творчого потенціалу, відбувається обговорення одержаних результатів, ми маємо позитивний результат засвоювання матеріалу в обох групах, але ж рівень запам'ятовування був вище у групі з використанням інтерактивної методології «сінквейн». Наше дослідження підтверджує доцільність

використання інтерактивних методів у викладанні дисципліни « Основи біоетики та біобезпеки » з метою підвищення ефективності навчання. Впровадження інтерактивних методів сприятиме активізації процесу формування професійних та комунікативних компетентностей майбутніх фахівців охорони здоров'я, полегшенню процесу засвоєння навчального матеріалу

«ОСНОВИ БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ НАВЧАЛЬНО-НАУКОВОГО ІНСТИТУТУ З ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН

Ащеулова Т.В., Кочубей О.А., Демиденко Г.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Останнім часом проблеми біоетики знаходяться в центрі уваги медичної спільноти України. Саме це обумовлює включення дисципліни «Основи біоетики та біобезпеки» до програми підготовки фахівців другого (магістерського) рівня за напрямком 22 «Охорона здоров'я» за всіма спеціальностями, що проходять навчання у Харківському національному медичному університеті. Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки проводить навчання з даної дисципліни не тільки з вітчизняними студентами, а також зі студентами Навчально-наукового інституту з підготовки іноземних громадян ХНМУ, а саме VI та VII факультетів з підготовки іноземних студентів, де навчання відбувається англійською мовою. Впродовж 2018-2019 навчального року для вивчення дисципліни «Основи біоетики та біобезпеки» кафедру відвідуватиме 660 іноземних студентів, що налічує 66 груп. Програма навчальної дисципліни складається одного розділу та передбачає навчання протягом одного семестру та включає в себе цикл 5 лекцій (10 годин), 5 семінарських занять (10 годин) та 25 самостійної роботи студентів.

Ключовим елементом інноваційної педагогічної діяльності є психологічна перебудова, зміна сформованих раніше психологічних особливостей людини і його діяльності в зв'язку з необхідністю застосування її у відповідність з новими вимогами, тобто професійна підготовка майбутнього фахівця.

В сучасному освітньому процесі Харківського національного медичного університету головним є розвиток соціальної толерантності студента, формування такої особистості майбутнього лікаря, коли фахівець охорони здоров'я буде здатний діяти в різних професійних ситуаціях, проявляючи

себе як особистість зі сформованими духовно-моральними і життєвими позиціями. Перед кожним викладачем постає завдання - розкрити індивідуальний потенціал кожного студента, допомогти правильно визначити свій шлях у досягненні поставленої мети. Саме це обумовлює вивчення дисципліни «Основи біоетики та біобезпеки» на першому курсі навчання

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ГЕНЕТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Літвинова А. М.

Харківський національний медичний університет,
кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб
Науковий керівник: Смирнова В.І.

В останні роки дуже бурхливо обговорюються етичні проблеми медичної генетики. Вона вивчає роль спадковості патології людини, закономірності передачі спадкових хвороб, розробляє методи діагностики, лікування та профілактики спадкових хвороб, що і є предметом медичної генетики.

При вирішенні медико-генетичних питань виникає необхідність розуміння основних положень етики – науки, об'єктом якої є мораль, питання моральних цінностей в суспільстві. Тому, у 1997 році ЮНЕСКО сформувало основні етичні принципи медичної генетики в «Загальній декларації про геном людини і про права людини». В них зазначено, що ніхто на підставі генетичних характеристик не може піддаватися дискримінації, мета чи результати яких являють собою замах на основні свободи людини та її гідність.

Дуже стрімко зростає кількість біобанків, генетичний аналіз стає доступнішим і все більш поширеним. Персональні генетичні дані вже стали об'єктом уваги працедавців, держави, банків та інших структур суспільства.

Наприклад, учень школи в Каліфорнії змушений був покинути навчальний заклад. Через те, що генетичний аналіз показав наявність маркерів спадкової хвороби, при якій хворим небезпечно знаходитись з іншими людьми. На той час в школі вже знаходились хворі на муковісцидоз, тож учню наполегливо рекомендували перейти до іншої школи. Хоча цей випадок треба трактувати більш, як порушення конфіденційності.

Вчені стверджують, що невдовзі зможуть розшифрувати гени, які відповідають за: неконтрольовану агресію, можливість стати потенційним вбивцею; також вони зазначають, що використовуючи генетичну інформацію можна передбачити політичні вподобання людини, схильність до професії, статевої орієнтації, тощо.

У США деякі страхові компанії намагались використати генетичні дані для зміни вартості медичної страховки на свою користь. Тому, у 2008 році на сто десятому Конгресі прийняли Закон «про недискримінацію генетичної інформації», який регламентує порядок використання генетичної інформації.

Але заборона чи нехтування генетичними дослідженнями може призвести до небажаних наслідків. Не можна забувати про важливі генетичні обстеження новонароджених, вчасне виявлення яких може суттєво вплинути на тривалість та якість життя.

Перед суспільством постає ряд гостро етичних питань: Чи повинні генетичні дослідження проводитись кожній людині? Чи повинні вони бути обов'язковими при реєстрації шлюбу, плануванні дітей? Чи етично повідомляти людині про невиліковне захворювання? Чи повинні використовувати генетичну інформацію при працевлаштуванні, та чи етично звільняти одного працівника, коли в іншого кандидата «генетичні здібності» кращі? Як забезпечити повну конфіденційність? і т.д.

Прогрес генетичних досліджень повинен йти шляхом викорінення генетичних хвороб, що приведе до зменшення людських страждань, а не шляхом обмеження прав людини.

БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕКСПЕРИМЕНТУ ЗА УЧАСТЮ ТВАРИН

Лук'янова Є.М.

Харківський національний медичний університет
Кафедра патологічної фізіології ім.Д.О.Альперна
Науковий керівник: Смирнова В.І.

Кожного разу наукові дослідники, починаючи роботу з тваринами, задаються питанням : «Які бідолахи ці тварини, скільки їм прийдеться перетерпіти, а потім вмерти заради нас, людей. Невже по-інакшому не можна?». В Біблії (Буття 1: 26) було сказано : «І сказав Бог: Створімо людину за образом Нашим, за подобою Нашою, і хай володарює над морською рибою, і над птаством небесним, і над худобою, і над усією землею, і над усіма гадами, що плазують по землі» , але багато з нас, вбиваючи тварин заради нашого блага, жалкують про це.

Заглиблюючись в історію, впродовж багатьох років, згідно з науковим світоглядом, вважалося , що у тварин біль є простою рефлекторною реакцією і це являється «моральним» обґрунтуванням для використання тварин в експериментах. Ця позиція корелювала з таким поняттям, як антропоцентризм, де людина, «вінець світобудови», має необмежене право використовувати тварин в своїх інтересах. Однак такі відносини між твариною і людиною змінилися в ХІХ столітті. Так, у 1822р. у Великобританії вперше був прийнятий закон, спрямований проти жорстокого поводження з тваринами, а в 1824 г. було створене перше в світі суспільство по захисту тварин. Появи ознак біоцентризму, де навколишній нас тваринний світ має рівні з людиною права і не може бути об'єктом експлуатації людиною, допомогли надалі суспільству освідомити, що використання тварин в експериментах виправдано тільки тоді, коли в цьому є нагальна потреба, якщо мета важлива і немає інших шляхів її досягнення, а користь перевищує збиток,

нанесений твариною. Таким чином, у другій половині минулого століття була доведена необхідність проведення експериментів за участю тварин, але при таких умовах: тварина не повинна відчувати біль; умови її утримання повинні бути максимально комфортними, а доцільність експериментів - доведеною; результати експериментів, в яких тваринам заподіювалися зайві страждання, не можуть бути представлені ні в наукових журналах, ні на наукових конференціях і з'їздах; дослідник повинен пам'ятати, що на ньому лежить відповідальність за загальний стан експериментальних тварин.

Згідно з Європейською конвенцією про захист хребетних тварин, що використовуються для дослідних та інших наукових цілей (Страсбург, 18 березня 1986 року, офіційний переклад), усі дослідники повинні придержуватися правила «3 R»: 1) заміна (Replacement) означає використання замість живих тварин альтернативних матеріалів і методів, а саме: заміна хребетних тварин на безхребетних; використання культури тканин і мікроорганізмів; втілювання комп'ютерних та математичних методів; обмін інформацією для уникнення невиправданого дублювання. 2. Скорочення (Reduction) - зменшення кількості тварин, що використовуються в експерименті. 3) Удосконалення (Refinement) технології роботи з лабораторними тваринами. Експериментатор повинен звести до мінімуму біль, дискомфорт і незручності у піддослідних тварин. В даному випадку мова йде не про захист лабораторних тварин від експерименту, а про їх захист в процесі експерименту.

В Україні також існує закон «Про захист тварин від жорстокого поводження» (Відомості Верховної Ради України, 2006, N 27, ст.230), де написано: «Використання тварин у наукових експериментах, біологічному тестуванні, навчальному процесі допускається лише в разі, якщо відсутня можливість заміни їх іншими альтернативними методами і об'єктами. Нежиттєздатна експериментальна тварина умертвляється методами евтаназії до настання у тварини страждань. Методом евтаназії для експериментальних тварин є передозування анестетиків». Проте, беручи до уваги шкалу болю IACUC (Institutional Animal Care and Use Committees), в ситуаціях, де в силу певних вагомих причин полегшення болю і страждань служить протипоказанням, наприклад, внаслідок ризику хибних результатів в разі застосування знеболюючого препарату (категорія E), одним з методів евтаназії є миттєва декапітація. Як ми бачимо, це питання в нашій країні є невирішеним.

Розкриваючи етичні проблеми експерименту за участю тварин, не можна не згадати статистичні дані частоти виникнення небажаних результатів. Відомо, що сучасна медицина налічує до 150 препаратів, які пройшли випробування на тваринах і опинилися небезпечними для людини. Так, результатом використання заспокійливого препарату для вагітних жінок талідоміду стало народження 10.000 дітей з відсутністю кінцівок і каліцтвами. До цього препарат успішно пройшов випробування на тваринах і не показав ніякої токсичності. У 60-х роках у Великобританії загинуло 3.500 хворих на

астму, які використовували аерозольні інгалятори, які пройшли випробування на тваринах. Це можна пояснити біологічними відмінностями між людиною і експериментальними тваринами.

Отже, незважаючи на багатовікову історію розкриття проблеми біоетики та експерименту за участю тварин, залишається ще багато невирішених питань. Як бачимо, навіть позитивний результат експерименту за участю тварин, не завжди є таким для людини. А що було б, якби всі тестування проводили безпосередньо з людьми?

ЕТИЧНІ ПИТАННЯ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЇ.

Луцька С.В., Волкова Ю.В., Михневич К.Г.

Харківський національний медичний університет

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

Лікар анестезіолог-реаніматолог, на відміну від інших спеціальностей повинен виходити із пріоритету захисту не здоров'я, а життя пацієнта, і вже на цьому рівні важко відділити етичні регулятори дій лікаря від правових.

Мета: Визначити етіологічні аспекти в анестезіології та реаніматології, а саме: особливості взаємовідношень між лікарем та хворим, між лікарем та родичами хворого, між анестезіологом та лікарем-консультантом. А також висвітлити питання евтаназії.

Матеріали та методи: Аналіз літературних джерел, щодо визначення особливостей в етичних питаннях лікаря анестезіолога.

Результати: Лікар повинен брати до уваги не тільки фізичний стан хворого, а й психологічний. По-перше, пацієнту важко бачити, як інший хворий може померти на його очах. По-друге, пацієнт часто знаходиться під дією лікарських засобів. І по-третє, треба з повагою відноситись до пацієнтів, чий стан у комі, тому що вчені ще не можуть точно сказати, що саме відбувається з ЦНС при комі.

Друга проблема полягає у взаємовідносинах лікаря та близькими хворого. Родичі найчастіше знаходяться в емоціональному стресі, тому не завжди сприймають інформацію, яку їм висвітлює лікар. Вони інколи навіть ненавмисно можуть нанести шкоди своєму родичу чи іншому хворому.

Третє питання виникає між лікарем-анестезіологом та лікарем-консультантом. Де анестезіолог повинен пам'ятати, що рекомендації лікаря іншої спеціальності носять консультативний, тобто рекомендований характер, а всю юридичну відповідальність несе саме лікар-анестезіолог.

Питання евтаназії носить суперечливе поняття, але на сьогоднішній час ця процедура заборонена у нашій країні.

Висновки: таким чином, поняття етики в анестезіології та реаніматології висвітлене, але доцільним є подальше вивчення питань у цьому тонкому аспекті.

Також треба оформити всі ці аспекти в правовому полі. Тобто потрібні закони та інші правові документи, що регламентують ті чи інші відносини, проведення різних процедур чи їх припинення, дають оцінку діям лікаря в різних ситуаціях. Тоді не тільки пацієнт та його права будуть максимально захищені. А і лікар отримає юридичний захист у суперечливих ситуаціях.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Майорова М.В.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии.

Науковий керівник: Смирнова В.І.

Врач и пациент формируют социальную систему, в которой пациент становится зависим от врача вследствие необходимости доверить ему свою жизнь и здоровье, поэтому существует необходимость искусственно создавать обратную зависимость с помощью разного рода юридических инструментов.

Поэтому, международная медицинская документация ориентирована, в основном, на защиту прав пациента. На сегодня существует ряд документов, регламентирующих каждый из возможных аспектов взаимоотношений между врачом и пациентом. Они строго определяют объем манипуляций, производимых над пациентом.

Лиссабонская декларация о правах пациента (1995 г.) гарантирует подчинение действий врача интересам пациента, право на высококачественное медицинское обслуживание, в том числе в контексте биомедицинских исследований на людях. Также документ декларирует право на свободу выбора, самоопределение, конфиденциальность, получение информации, санитарное просвещение, человеческое достоинство, религиозную поддержку, и регулирует взаимоотношения врача с бессознательным и неспособным пациентом, исключая возможность проведения процедур против воли пациента.

Картахенский протокол по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии (2000 г.) декларирует необходимый уровень защиты живых организмов, подвергающихся воздействию биотехнологий.

Женевская конвенция (1949 г.) регламентирует участь раненых и больных в действующих армиях в случае объявленной войны или другого

вооруженного конфликта, гарантируя гуманное обращение и уход, отсутствие дискриминации.

Хельсинкская декларация всемирной медицинской ассоциации (1964 г.) имеет своей целью обеспечение надлежащих условий при выполнении биомедицинских исследований с участием людей, гарантируя проведение качественных диагностических и лечебных процедур в полном объеме.

Таким образом, международная нормативная документация, имеющая силу на сегодняшний день, обеспечивает всестороннюю защиту пациента и направляет лечебно-диагностический процесс исключительно в рамках извлечения пользы для больного. В то же время, однако, правовая защита врача представлена гораздо меньшим объемом законных норм.

Необходимо принятие мер по внедрению в международные документы, регулирующие взаимоотношения врача и пациента, такие положения, которые были бы направлены на юридическую защиту врача во время выполнения его профессиональных обязанностей.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Майсурадзе А.А., Волкова Ю.В., Михневич К.Г.
Харковский национальный медицинский университет,
кафедра медицины неотложных состояний, анестезиологии
и интенсивной терапии

Проблемы этики в медицине остаются актуальными в жизни как врача, так и пациента. Специалисты анестезиологи, в отличие от врачей других специальностей, исходят из приоритета защиты не только здоровья, но, прежде всего, — жизни больного, и уже на этом уровне трудно отделить этические регуляторы действий врача от правовых.

Цель исследования. Анализ этических аспектов деятельности врачей отделений анестезиологии и интенсивной терапии.

Материалы и методы.

Проанализировано 35 историй болезни, умерших в течение 2018-2019 годов больных, во время нахождения которых в стационаре имели место критические инциденты, связанные с ненадлежащим оказанием им медицинской помощи в условиях отделения интенсивной терапии.

Результаты.

Анализ историй болезни показал, что частота случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи в течение исследованного периода

увеличивалась. За этот же период число летальных случаев также имело тенденцию к росту.

Любое действие или бездействие врача связано с риском для пациента. Особенно остро проблема риска в медицинской практике стоит в тех случаях, когда исход лечения оказывается неблагоприятным и становится поводом для судебного расследования, а действия врача должны получить судебно-медицинскую, а затем и юридическую оценку.

Основными ошибками диагностической работы являются: нераспознавание ведущего осложнения, нераспознавание основного заболевания, поздняя диагностика основного осложнения. Это, в конечном итоге, привело к неблагоприятному исходу в каждом конкретном случае. Среди некачественного лечения наиболее часто встречались следующие три: 1) недооценка тяжести состояния больного реаниматологом, 2) недооценка тяжести состояния специалистом и 3) несвоевременное начало интенсивной терапии.

Выявлены следующие проблемы оформления и ведения медицинских документов, имеющих медико-юридическое значение: документ оформлен последовательно одним врачом, неразборчивость записей врачей, нестандартное сокращение терминов, ненадлежащее заполнение граф истории болезни и других медицинских документов, отсутствие фиксации динамических параметров, отсутствие фиксации доз препаратов, исправления в историях болезни, дописывание информации задним числом. В историях болезни отсутствовала подпись лечащего врача, а имелись только подписи интернов, или аспирантов.

Проведённый анализ показал, что в 85% случаев неблагоприятного исхода претензии к медицинским работникам были не обоснованы, то есть в ходе проведения комиссионных экспертиз ошибки оказания медицинской помощи не устанавливались, а выявлялся несчастный случай.

Выводы.

В 85% случаев неблагоприятного исхода претензии к медицинским работникам были не обоснованы, выявлялся несчастный случай. Трагический исход предопределялся тяжёлым течением как основного заболевания, так и основного осложнения, что расценивалось как несчастный случай, который невозможно было предвидеть и предотвратить.

ВЛИЯНИЕ НАРКОТИЗАЦИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Тошматов Б.А., Юлдашев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт и
АФ РНЦЭМП, Узбекистан

Цель исследования – изучить и оценить особенностей формирования ведущих факторов риска железодефицитных состояний (ЖДС) среди наркотизирующихся населения.

В ходе эпидемиологического исследования в популяции наркоманов (589 чел.) анализировались такие ведущие факторы риска ЖДС, как неблагополучный социальный статус (НОС), неблагополучный семейный фактор (НСФ), низкое потребление овощей и фруктов (НПОФ), стрессовые факторы (СРФ) и злоупотребление алкоголем (ЗПА). При этом выявлялись некоторые специфические и региональные особенности. В частности, изученные факторы риска у наркоманов выявлялись со следующими особенностями в распространенности: НОС выявлялся с частотой 16,8%, НСС – 33,4%, НСФ – 36,5%, НПОФ – 32,4%, СРФ – 13,7% и ЗПА – 36,7%.

В различных возрастных группах эти показатели разнятся. Так, все эти факторы оказались наименьшей в возрастных группах 20-29 лет (10,4%) и 30-39 лет (12,5%). В возрастных диапазонах 15-19 лет (81,8%) и 40-49 лет (75,7%) наблюдаются с увеличением более чем в 8 и 7,2 раза ($p < 0,001$).

Можно будет сделать вывод о том, что в популяции наркоманов поведенческие факторы риска являются существенно значимыми факторами риска практически во всех возрастных группах. Однако, наибольший прирост частоты этих риск-факторов ЖДС отмечается после 40 лет, лишь только ЗПА – начиная с 15 летнего возраста.

Эти данные ещё раз свидетельствуют о необходимости совершенствования методов первичной профилактики ЖДС среди наркотизирующихся населения с акцентом в том числе и, на модифицируемых факторов риска.

ПИТАНИЕ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ НАРКОТИЗИРУЮЩИХСЯ НАСЕЛЕНИЯ)

Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Мамасалиев З.Н., Юлдашев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт и
АФ РНЦЭМП, Узбекистан

Цель работы – изучение эпидемиологических характеристик алиментарных факторов риска (АФР) железодефицитных состояний (ЖДС) среди наркотизирующих населения (НН).

В репрезентативной выборке наркоманов (589 чел. в возрасте 15-49 лет) осуществлялось одномоментное эпидемиологическое исследование, использован комплексный метод популяционного отбора, сочетающую случайную и сплошную выборку. Для определения ЖДС и алиментарных факторов их разаятия применялось опросные, биохимические и общеклинические методы.

Результаты и выводы. 81,7% наркоман имеют нарушение характера питания (НХП) и у 79,6% определяются нарушение ритма питания. В обследованной популяции наркоманов переядание (ПЕД) устанавливается с частотой 8,3%, прием пищи на ночь (ППН) – 60,3%, злоупотребление крепкого чая и кофе (ЗУКЧК) – 79,1% и злоупотребление ненаркотических лекарственных средств (ЗННЛС) – 89,3%.

Следует отметить, что частота ППН в популяции наркоманов характеризуется сравнительно высокой частотой: в 15-19 лет – 81,8%, в 20-29 лет – 57,4%, в 30-39 лет – 63,7% ($p < 0,05$) и в 40-49 лет – 51,4%. В то же время частота ЗННЛС с возрастом не возрастает, а в отношении ЗУКЧК выявленные различия в различных возрастных группах оказались статистически достоверны ($p < 0,05$).

В целом, по полученным эпидемиологическим результатам, вызывает настороженность то, что в наркотизирующих популяции сформировалась неблагоприятные эпидемиологические условия в отношении АФР. АФР является одними из пусковых механизмов ЖДС. В популяции НН на фоне хронической наркотизации имеет место высокий риск развития ЖДС и связанной с ними континуума.

МОНО–И ПОЛИРИСК–ФАКТОРЫ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ: РЕГИОНАЛЬНО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Мамасалиев Н.С., Туйчиев А.Х., Юлдашев Р.Н., Усманов Б.У.

Андижанский государственный медицинский институт и
АФ РНЦЭМП, Узбекистан

В специальном исследовании с целью выяснения региональных особенностей развития внезапной сердечной смерти (ВСС) анализировалось моно – и полириск-факторы. Материалы (популяция – умерших от сердечных патологий) собраны в г. Фергане Узбекистана, общая численность изучаемой популяции составила 1639 человек в возрастном диапазоне $\geq 15-90$ лет. С использованием критериев аналитической эпидемиологии оценены факторы риска ВСС (WHO, 1999).

Установлено, что риск развития ВСС возрастает в связи с такими монофакторами как: напряженный умственный труд (в 9,8 раза), профессиональный неблагополучный статус (в 9 раз), ишемия миокарда (в 8,6 раза), низкая физическая активность (в 8,5 раз), хронический стресс (в 8,4 раза), неадекватная фармакотерапия (в 7,4 раза), плохие жилищно-бытовые условия (в 7,2 раза), частые эпизоды брадиаритмии (в 6,8 раза), электрическая нестабильность миокарда (в 6,7 раз), злокачественные желудочковые аритмии (в 6,4 раза), эпизоды фибрилляции желудочков (в 6,3 раз), неблагополучный семейный статус (в 6,1 раз), коморбидность (в 5,5 раз), дислипидемия (в 5 раз), синдром удлиненного QT (в 4,5 раз), низкий образовательный статус (в 4,3 раз), потребление алкоголя (в 4 раза), многодетность (в 2,6 раза) и в связи метеоколебаниями (от 5,3 до 5,8 раза).

При наличии множественных факторов (≥ 2) риск развития ВСС увеличивается в 7,3 раз ($p < 0,001$). В частности, при сочетании дислипидемии и одного метеоэлемента риск ВСС у больных сердечно – сосудистыми заболеваниями возрастает в 7,6 раза ($p < 0,001$), при сочетании артериальной гипертензии, избыточной массы тела и одного метеофактора такой риск увеличивается в 12,2 раза ($p < 0,001$), при сочетании более трёх эпидемиологических факторов риска (ЭФР) и одного метеофактора риск ВСС возрастает в 15,1 раз ($p < 0,001$) и при наличии более 3-х ЭФР в сочетании 4-мя метеофакторами (колебаний температуры воздуха, атмосферного давления, относительной влажности воздуха и солнечного сияния) – риск ВСС у больных увеличивается до 20,9 раз ($p < 0,001$).

ФАРМАКО–ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мамасалиев Н.С., Гуйчиев А.Х., Тошматов Б.А., Юлдашев Р.Н.
Андижанский государственный медицинский институт и
АФ РНЦЭМП, Узбекистан

Цель исследования – уточнения вопроса – по каким же причинам случаи внезапной смерти (ВСС) у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями своевременно не предотвращались в медицинских учреждениях практического здравоохранения?

Проводился фармакоэпидемиологический анализ с использованием метода «моментного среза» путем выкопирования данных из карт вызова СМП г. Ферганы и историй болезни отделений кардиологического/терапевтического профиля, а также БИТ и кардиореанимационных отделений Ферганского филиала РНЦЭМП, областной больницы и кардиологического диспансера г. Ферганы Узбекистана. К анализу подвергались 1639 медицинских документаций изучаемой популяции – умерших.

Мониторинг клинической практики фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в рамках фармакоэпидемиологического исследования (ФЭ), по нашим результатам, позволяет определить пути и направления работы по улучшению способов эффективной медикаментозной профилактики и терапии ВСС в стране в целом и в регионах, в частности.

Установлено, что частота применения врачами и пациентами «препаратов второй линии» (не влияющих на прогноз при ССЗ) достаточно высока (40,6%). Сравнительно редко применяются статины и сартаны, крайне редко рекомендуется процедуры реваскуляризации миокарда в постинфарктном периоде и практически не используется эффективный способ предотвращения ВСС – имплантации кардиовертеров – дефибрилляторов.

По нашим данным заметно значительное увеличение доли нитратов (70,4%), антиагрегантов (63,2%) и бетаблокаторов (60,8%). Наблюдается существенное сокращение доли других препаратов, таких как антагонисты кальция (39,1%), диуретиков (38,4%), метаболических (31,9%), сердечных гликозидов (21,8%) и сартанов (15,1%) в структуре используемых пациентами препаратов.

ПРИОРИТЕТЫ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ НАРКОТИЗИРУЮЩИХСЯ НАСЕЛЕНИЯ

Мамасалиев Н.С., Усманов Б.У., Мамасалиев З.Н., Юлдашев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт и
АФ РНЦЭМП, Узбекистан

Цель исследования – по результатам эпидемиологических исследований определение приоритетов первичной и вторичной профилактики железодефицитных состояний (ЖДС) среди популяции наркотизирующихся населения (ПНЗН).

Эпидемиологическое исследование проводилось среди сформированной репрезентативной группе из 589 ПНЗН в возрасте 15-49 лет. Для диагностики ЖДС и факторов риска их развития применялось опросные, биохимические, инструментальные и общеклинические методы.

Изучение и анализ структуры ЖДС среди ПНЗН показало, что основной вклад вносят железодефицитные анемии, доля которых составляла 82,4%. Удельный вес скрытого дефицита железа в структуре ЖДС составляет 11,6% ($p < 0,001$). У женщин-наркоманов в 100,0% случаев анемия имела железодефицитный характер. Высокая распространенность всех проявлений ЖДС (скрытая дефицит железа – СДЖ, железодефицитная анемия-ЖДА, в целом-ЖДС) среди изученной популяции оказались статистически значимо высокими в возрастных группах 20-29 лет (14,4%, 64,8% и 79,4% - соответственно; $p < 0,01$), 30-39 лет (15,1%, 73,8% и 88,9%; $p < 0,01$) и 40-49 лет (13,5%, 86,6% и 100,0%; $p < 0,01$).

В организации первичных и вторичных профилактических мероприятий, по нашим анализам и прогнозам, следует учитывать, что в популяции наркоманов имеет место неблагоприятные эпидемиологические ситуации в отношении риска развития гематологического континуума от ЖДС.

На фоне наркотизации нарушение обмена железа особенно сильно увеличивается после 20 лет. После 30 лет наблюдается достоверное увеличение частоты выявляемости нарушений метаболизма железа в виде железодефицитных состояний.

КОНФЛИКТ В СИСТЕМЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Мансыров Асиф Баглар оглы

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра экстренной и неотложной медицинской помощи, ортопедии и травматологии

Конфликт – это всего лишь одна из форм взаимодействия между врачом и пациентом. В ее основе можно выделить этико-правовые, психологические и социальные аспекты, поэтому изучением подобных конфликтов занимаются различные науки, в том числе деонтология, медицинская и биомедицинская этика. В данной работе основное внимание будет уделено социологическим аспектам развития конфликта.

Конфликт как проблема взаимодействия между врачом и пациентом все больше оказывается в центре внимания. Это связано не столько с тем, что участились конфликты или проявляются недостатки в системе здравоохранения, сколько с тем, что происходит повышение требовательности населения к качеству оказываемых медицинских услуг и роли врача при этом. В современном обществе происходит повышение правовой грамотности и активности граждан в защите своих прав, уделяется больше внимания вопросам сохранения своего здоровья и формируется в общественном сознании установка на личную ответственность человека и пациентом.

Главное взаимодействие между врачом и пациентом происходит по поводу здоровья. В системе ценностей человека здоровье занимает одно из наиболее значимых мест. В силу этого конфликты между врачом и пациентом могут приобретать особенно эмоциональный характер. А ситуации, связанные с врачебными ошибками, врачебными тайнами, часто становятся предметом судебных разбирательств.

Конфликты, в том числе между врачом и пациентом, можно разделить на рациональные и эмоциональные. В рациональных конфликтах можно определить предмет спора (причину), они направлены на достижение конкретного результата. Эмоциональные конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, неудовлетворенности. Конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Часто такой конфликт может быть обусловлен предвзятым отношением пациента к медицине вообще или к конкретному врачу в частности. Выражения «Не люблю я ходить по врачам», «От лекарств – один вред», «Я врачам не верю» – нередко приходится выслушивать врачам. В любом конфликте, той или другой разновидности, можно выработать стратегию поведения, позволяющую не допустить развития конфликта или, по возможности, ограничить его. Оптимальным вариантом решения конфликта является сотрудничество, компромисс с пациентом.

В разрешении конфликтов между врачом и пациентом большое значение имеет выяснение, понимание причин их возникновения. К наиболее частым причинам конфликтных ситуаций относятся, например, следующие: 1) недостаточно внимательное отношение к пациенту; 2) особенности характеров врача и пациента (психологи выделяют несколько типов конфликтных людей); 3) отсутствие согласованности в действиях врачей разной специализации, коллегиальности в составлении плана лечения; 4) дефекты ведения медицинской документации; 5) отсутствие информированного согласия пациента на лечение; 6) профессиональная некомпетентность (например, необоснованное расширение показаний к хирургическому лечению). Зная эти причины, в целом ряде случаев можно предотвратить конфликтную ситуацию, найти взаимопонимание и прийти к успешному, согласованному взаимодействию врача и пациента.

Изучение конфликта как формы взаимоотношений между врачом и пациентом помогает глубже понять профессию врача, представить особенности этой социальной роли и меру ответственности, связанную с ее исполнением.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ

Манченко Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 та медсестринства

Генетические технологии в конце 20 – начале 21 века прочно вошли в медицинскую практику. «Человечество с надеждой смотрит на генетику, которая, используя свои открытия, может изменить судьбу современников и потомков, дав им лучшее предопределение. ...В историческом ракурсе генетика - это фермент, ускоряющий физическое и нравственное совершенствование человечества, и поэтому она останется "становым хребтом" цивилизации XXI в.»

В ходе научных разработок и применения генных технологий выявился ряд серьезных этических проблем, связанных с вмешательством в механизмы сохранения разнообразных форм жизни на Земле, прежде всего – жизни человека.

Многие вопросы являются предметом длительных дискуссий и на сегодняшний день: может ли человек стать творцом направленной биоэволюции? Может ли «цепочка из нескольких нуклеотидов» стать показателем личностных качеств индивидуума? Применима ли генетическая модификация путем избирательной селекции определенных генов к человеку и человеческому роду в целом? И возможно ли таким образом подготовить основу для создания «сверхчеловека»?

Имеет ли место государственное и общественное регулирование процесса научных исследований? Также встает вопрос и о доступности методов генной инженерии для отдельных слоев населения.

Ети и подобные им вопросы составляют суть этической проблематики современных генных технологий. Они тесно связаны между собой, и каждый из них является не произвольной конструкцией изобретательного человеческого ума, но естественным следствием уже существующей научной практики.

Кто даст гарантии того, что генная терапия не будет использована во вред человеку, как это произошло со многими открытиями в области физики, химии и других наук.

Возникает проблема, связанная и с тем, что генная терапия основана на введении в организм чужеродного генетического материала, что означает непосредственное вмешательство в генотип человека. Именно это и дает основание некоторым авторам выступать против генной инженерии.

И все же, какие перспективы ожидают нас с развитием генной инженерии, и что она повлечет за собой: спасение или гибель? Ведь «многих пугает, что биотехнология может привести нас в постчеловеческое будущее, а другие, наоборот, считают, что за биотехнологией будущее человечества». В конечном итоге можно сделать вывод о том, что на данном этапе основная задача генной инженерии – это в первую очередь оказание максимальной помощи, как в умственном, так и в физическом развитии человека.

ВИЗНАЧЕННЯ СПЕКТРУ МІКРООРГАНІЗМІВ - ЗБУДНИКІВ ПІЕЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ ТА ЇХ ЗДАТНОСТІ ДО УТВОРЕННЯ БІОПЛІВОК

Марченко І.А.

Харківський національний медичний університет

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології ім. проф. Д.П. Гриньова

Науковий керівник: Мішина М.М.

На сьогодні піелонефрити у дітей представляють серйозну медичну проблему. Незважаючи на розширення спектру антибактеріальних препаратів частота піелонефритів у дітей протягом останніх десятиліть не має суттєвої тенденції до зниження. Багатьма дослідниками встановлено, що етіологічним фактором піелонефритів у дітей є змішаний мікробний консорціум у складі біоплівки, роль яких у виникненні та підтримці несприятливого перебігу піелонефритів у дітей ще повністю не вивчено. Бактеріальна біоплівка – основний фактор патогенності мікроорганізмів та захисту від агресивного зовнішнього середовища. Тому **метою даного дослідження** було встановлення спектру збудників піелонефритів та визначення їх здатності до утворення біоплівки.

Матеріали та методи. Предметом дослідження були штами мікроорганізмів. Зразками для дослідження була сеча дітей, що страждали на гострий або хронічний піелонефрит. Ідентифікацію виділених мікроорганізмів проводили за допомогою ідентифікаційних наборів МІКРО-ЛА-ТЕСТ®. Утворення біоплівки мікроорганізмами вивчали за допомогою визначення

здатності штамів мікроорганізмів до адгезії на поверхні полістиролових планшетів для імуноферментного аналізу. Оптична щільність сформованих первинних та вторинних біоплівки вимірювалася на спектрофотометрі «Multiskan EX 355». При обробці результатів використовувалась статистична програма «Statistica».

Результати дослідження. Було досліджено 79 штамів мікроорганізмів, виділених від дітей хворих на пієлонефрит. Спектр збудників розподілився наступним чином: *E. coli* – 45.5%, *Ent. faecalis* – 38%, *K. pneumoniae* – 11.5%, *Proteus* – 5%. Аналізуючи отримані результати щодо здатності формування біоплівки планктонними клітинами мікроорганізмів встановлено, що здатність до формування вторинних біоплівки *E. coli* в 2,5 рази вище ніж первинних, *Ent. faecalis* – в 3,4 рази, *K. pneumoniae* – в 1,9 разів, *Proteus* – в 1,3 рази.

Висновки. Встановлено, що виділені мікроорганізми – збудників пієлонефритів у дітей формують більш щільні вторинні біоплівки, отже менш доступні дії антибіотиків.

ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.

Молодан Д. В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

У зв'язку з подовженням середньої тривалості життя на планеті доля літніх людей у популяції має стійку тенденцію до зростання. Оборотною стороною цього процесу є те, що значна частина осіб похилого віку потребують сторонньої допомоги з медичних чи соціальних причин -- стороннього догляду та допомоги у побуті, пересуванні, а також у адекватному та доступному знеболенні.

В Україні існує недостатня кількість закладів хоспісного типу. Така сама ситуація спостерігається і з будинками –інтернатами для літніх людей. Мережа закладів даного типу недостатньо розвинена у порівнянні з західними країнами. Крім того процедура оформлення у хоспіс або будинок-інтернат займає тривалий час, та потребує участі сторонніх людей- волонтерів або близьких, що не завжди можна легко виконати, особливо- у стислі терміни, коли стан хворого погіршився не очікувано- внаслідок прогресування хронічного захворювання, а раптово(інфаркт, інсульт, травма та подібне). Знаходячись удома, часто такі особи мають низьку якість життя через різні причини. Типовими є соціальна та психологічна ізоляція, відсутність належного догляду через самотність або неможливість/небажання родичів забезпечити такий нагляд, відсутність засобів, що допомагають самостійно

пересуватися та обслуговувати себе та непристосованість більшої частини житлового фонду та інфраструктури міст до потреб людей з фізичними обмеженнями.

Дана проблема створює додаткове навантаження на медичні заклади та медичних працівників, адже часто такі особи часто довго перебувають у лікарнях, причому не завжди суто по медичних показах. Також непоодинокі випадки, коли родичі хворих, не маючи змоги, або не бажаючи доглядати тяжкохвору людину вдома намагаються її госпіталізувати та тримати в лікарні якомога довше. Іноді це є приводом для виникнення конфліктних ситуацій.

При цьому штат лікарень та закладів хоспісного типу розраховується з різних принципів. Зокрема, він містить значно менше молодшого медичного персоналу, ніж хоспіс. Також заклади, призначені для надання паліативної допомоги мають спеціальне обладнання для допомоги особам з особливими потребами, а також пристрої, що допомагають пересуватися у значно більшій кількості. Дані заклади також мають спеціальне планування, завдяки чому, наприклад, хворий на інвалідному візку може самостійно виїхати у двір хоспісу на прогулянку. Це робить їх більш пристосованими для таких людей, а перебування-більш комфортним та поліпшує психологічний стан мешканців. Також багато лікувальних закладів не мають умов для належного зберігання наркотичних знеболювальних, а, отже, в них проблематично забезпечити повноцінне знеболення необхідне деяким хворим.

Особливо гостро стоїть проблема догляду за безпритульними, які часто фактично не потребують надання стаціонарної медичної допомоги, але знаходяться в лікарні впродовж тривалого часу за соціальними показаннями, особливо- в зимовий час. Це особливо актуально в умовах постійного скорочення кількості місць у лікарнях. В окремих випадках такі особи схильні вчиняти порушення режиму, що негативно впливає на психологічний стан хворих та медичного персоналу.

Таким чином, проблема розбудови мережі закладів паліативної допомоги є актуальною в Україні. Вирішення цього питання покращить якість життя осіб, що її потребують, а також сприятиме більш раціональному використанню медичних закладів. На нашу думку, для цього необхідне широке інформування громадськості про дану проблему та її обговорення за участю не тільки медичних спеціалістів, а і представників немедичних спеціальностей, донесення проблеми до представників влади.

БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ПСИХІАТРІЇ

Невзорова С. І.

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Центральними біоетичними проблемами в психіатрії є подолання стигматизації і дискримінації психічно хворих, відмова від надлишкового патерналізму в стосунках між лікарем і пацієнтом, дилема «добровільність — примусовість» надання медичної допомоги, технологія надання інформованої згоди, моральні аспекти соціального життя психічно хворого індивіда, повага до принципів конфіденційності і недоторканності приватного життя.

Одна з найактуальніших етичних проблем у психіатрії пов'язана зі стигматизацією і дискримінацією хворих з психічними розладами. Діагноз психічного розладу має негативне соціально-етичне навантаження. Поряд із стигматизацією існує загроза дискримінації і соціальної ізоляції осіб з психічними розладами. Цьому сприяють стереотипи уявлень про психічні хвороби, недостатня обізнаність суспільства в сфері психіатрії. Діагноз психічного розладу сприяє розвитку в людини комплексу неповноцінності, появі заниженої самооцінки.

Принципи гуманного і поважного ставлення лікаря до пацієнта, відсутність тих або інших проявів дискримінації, дотримання принципу інформованої згоди, проведення примусового лікування тільки за показаннями, неприпустимість нанесення моральної, фізичної або матеріальної шкоди є безумовною етичною основою сучасної психіатрії.

Зараз юридичні закони, які містять норму добровільної згоди пацієнта на надання психіатричної допомоги, прийнято в більшості демократичних країн, у тому числі в Україні.

В основі біоетичного принципу інформованої згоди покладено принцип добровільного лікування. Інформована згода — це право компетентних пацієнтів, їх згода повинна бути добровільною і усвідомленою, одержаною без загроз насильства і обману.

Хворі на психічні хвороби мають право на отримання інформації про діагноз і його прогноз, про план, тривалість лікування і пов'язаний з ним ризик. Проблема відмови від лікування має безліч нюансів із соціальної, лікарсько-етичної та юридично-правової точок зору. У психіатрії право хворих на відмову від лікування призводить до серйозних суперечностей. З одного боку, відмова від лікування — це право будь-якого пацієнта, яке закріплене законом та відповідає загальноновизнаним міжнародним стандартами. З другого боку, особи, які страждають на психічні розлади, у період загострення захворювання несуть соціальну небезпеку як для себе, так і для всіх оточуючих.

Примусова госпіталізація психічно хворого здійснюється в межах законодавчого поля, виходячи з принципів необхідності і достатності при мінімізації соціально-правових обмежень.

У 2000 р. в Україні був прийнятий закон «Про психіатричну допомогу», в якому основним принципом надання психіатричної допомоги є принцип добровільності. Закон регламентує права і обов'язки фахівців, інших працівників, що беруть участь у наданні психіатричної допомоги. Зазначено, що психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, дотримання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями.

СТАТЕВЕ СПІВВІДНОШЕННЯ СЕРЕД ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.

Овчаренко І. А., Шевченко О. С., Мацак Д. Ю., Степененко Г. Л.
Харківський національний медичний університет, кафедра фтизіатрії та пульмонології.

Останнім часом фахівці ВООЗ у сфері туберкульозу звертають увагу на збільшення відсотка хворих на туберкульоз жінок та наближенням співвідношення чоловіки жінки до 1/1. Це найбільш характерне для хворих на туберкульоз з країн Африки та Азії. Це також може бути пов'язане із збільшенням кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз, серед хворих яким ця тенденція спостерігається найбільш яскраво. Для східноєвропейського регіону співвідношення чоловіки/жінки становить близько 3/1.

Метою нашого дослідження було вивчення співвідношення чоловіків до жінок серед хворих на туберкульоз жителів Харківської області.

Матеріали та методи: історії хвороби 124 хворих на ТБ легень, що знаходились на лікуванні у Харківському обласному протитуберкульозному диспансері №1 у 2014-2017 роках.

Результати. Серед 124 хворих на туберкульоз легень жінки склали 56 осіб (45,2 %), а чоловіки склали 68 осіб (54,8 %). Тобто чоловіки переважали, проте відсоток жінок хворих на туберкульоз збільшився порівняно з багаторічною тенденцією. Додатково хворі були поділені на групи, залежності від стійкості збудника до протитуберкульозних препаратів. Хворих на мультирезистентний ТБ (МРТБ) легень було 84 особи, а хворих на ТБ зі збереженою чутливістю збудника – 40 осіб. Серед 40 хворих на ТБ зі збереженою чутливістю збудника до протитуберкульозних препаратів, жінок

було 12 осіб (30 %), а чоловіків 28 (70 %). Серед 84 хворих на МРТБ легень жінки склали 44 особи (52,4 %), а чоловіки - 40 осіб (47,6 %). Як бачимо, кількість хворих жінок серед хворих на МРТБ легень, навіть більша ніж чоловіків.

Висновки. Таким чином, традиційне для хворих на ТБ у Східно-Європейському регіоні співвідношення 3/1 – чоловіки/жінки змінюється через збільшення кількості хворих на ТБ жінок, особливо серед хворих на МРТБ.

ЗНАЧЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ НАТУРАЛЬНИХ АНАТОМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ВИВЧЕННІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ З ОBOB'ЯЗКОВИМ ДОТРИМАННЯМ БІОЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ

Онашко Ю.М., Вовк О.Ю.

Харківський національний медичний університет
кафедра анатомії людини

Важливою теоретичною базою до становлення лікарем є вивчення студентом анатомії людини, яка у системі медичної освіти є фундаментальною дисципліною, оскільки незнання анатомічних деталей, може служити причиною лікарських помилок.

На сьогоднішній день у закладах вищої медичної освіти в навчальному процесі, в тому числі і при вивченні анатомії людини широко використовують сучасні інформаційні технології та засоби, такі як муляжі, симуляційні та комп'ютерні технології і т.п. Та не зважаючи на велику ефективність таких методів вивчення анатомії, ці методи не передають істинності фактичної картини структур людського тіла. Основна мета використання трупного матеріалу на практичних заняттях, полягає в тому щоб забезпечити набуття студентами практичних навичок з препарування, вивчення синтопії, скелетотопії; дати інтегровану уяву про макро- та мікробудову кожного органа.

При використанні натуральних анатомічних препаратів та трупного матеріалу, слід приділяти увагу гуманному ставленню як студентів так і співробітників кафедри. Що полягає в дотриманні позицій сучасної біоетики з урахуванням норм права та релігійної моралі.

Правові основи використання в навчальних цілях тіл померлих представлені в українському законодавстві: «Про охорону здоров'я» та «Про поховання та похоронну справу». До групи етичних норм поведінки з тілами і органами померлих, які використовуються в освітніх цілях, входять історичні етичні традиції в анатомії і нові етичні вимоги, що пред'являються біоетикою. До числа основних принципів відносять в першу чергу те, що передача тіла померлого в медичні установи освіти повинна відбуватися тільки на основі

права і бути альтруїстичною. Обов'язково повинно бути дотримано шанобливого ставлення до тіла померлого при дослідженні розкритого тіла, виготовленні та вивченні анатомічних препаратів. А також недопущення деперсоналізації померлих та гідне поховання останків.

Отже вивчення анатомії людини за допомогою використання натуральних анатомічних препаратів сприяє удосконаленому вивченні будови тіла, створює об'ємну уяву про будову органів та їх взаємне розташування. А також в навчальному процесі студенти не тільки набувають знання про будову тіла людини в нормі та патології, а й навчаються поважати особистість і гідність людини за допомогою виховання морального поведіння з тілом померлого та анатомічними препаратами. Гуманне ставлення означає усвідомлення факту, що анатомічний матеріал - це останки людей, неповторних особистостей за життя.

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДИТЯЧОЇ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Орлова Н.В.

Харківський національний медичний університет,
кафедра педіатрії №1 та неонатології
Науковий керівник: проф., д.мед.н. Ріга О.О.

Актуальність. Щороку в Україні, за оціночними даними міжнародних експертів паліативної допомоги потребують близько 500 000 пацієнтів, з них понад 15 000 – діти. У всьому світі паліативна допомога дітям є невід'ємною частиною якісної медичної допомоги, яка включає в себе комплексну медичну, соціальну, психологічну та духовну підтримку тяжкохворих пацієнтів та членів їх родичів.

Обговорення. В Україні дитяча паліативна допомога або паліативна допомога дітям із загрозливими станами та/або тими, що обмежують життя не є розвиненою. За даними ВООЗ, паліативна допомога має за мету підвищення якості життя дітей та їх сімей, які відчувають всі клінічні, психологічні, етичні та духовні проблеми, пов'язані з невиліковними хворобами.

Щодо паліативної допомоги та права на здоров'я Комітет з економічних, соціальних і культурних прав у Зауваженні загального порядку 14, зазначив, що «... держави несуть обов'язок поважати право на здоров'я, утримуючись від вживання заходів, що закривають або обмежують рівний доступ усім до профілактичних, лікувальних і паліативних послуг охорони здоров'я». Право на здоров'я визнається в числі основних прав людини Статутом ВООЗ і низкою міжнародних документів з прав людини, таких як Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права, Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації проти жінок, Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поведінки чи покарання, Конвенція про права дитини та Конвенція про права інвалідів.

Розуміння того, що має бути, і можливість полегшити страждання в кінці життя позитивно впливає на людей, що переносять втрату. Педіатрична паліативна допомога - активна всеосяжна допомога тілу, розуму і духу дитини і сім'ї. Вона вимагає широкого міждисциплінарного підходу, що пом'якшує фізичний, психологічний і соціальний дистрес дитини, включає членів сім'ї і використовує доступні ресурси суспільства.

Вкрай важливим є питання підготовки кадрів і фахівців, що мають відношення до надання паліативної допомоги дітям. Злагоджена робота команди кваліфікованих фахівців дитячої паліативної допомоги допоможе організувати допомогу так, щоб поруч цілодобово були його рідні та близькі, а також професійне медичне, психосоціальний і духовний супровід. Контролювання симптомів хвороби і полегшення стану пацієнта мають першорядну важливість в кінці життя хворого.

Висновки. Таким чином, паліативна допомога створена з метою полегшення стану здоров'я, як самої дитини, яка страждає від прогресування невиліковного захворювання, так і її батьків, і інших родичів, в тому числі - здорових братів і сестер, які переживають не тільки стрес, але і психологічну травму як під час хвороби, так і після розлуки.

ПРАВОВИЙ СТАТУС ЕМБРІОНА

Осман Н.С.

Харківський національний медичний університет,

кафедра пропедевтики педіатрії №1

Науковий керівник: Смирнова В.І.

Актуальним питанням сучасної біоетики є питання відносно статусу ембріона. Ця проблема відкриває багато медичних, філософських, моральних, теологічних диспутів та розділяє науковців на два табори: один ігнорує право ембріона називатися людиною, інший - відстоює це право. Обидві сторони приводять вагомі аргументи на свій захист, які базуються на різних світоглядних позиціях.

Необхідність порушення питання про права ненародженої дитини, насамперед, права на життя, виникає в контексті штучного переривання вагітності, а також застосування технологій штучного запліднення.

Метою є визначення статусу ембріона, його прав.

Задача дослідження: оцінка різноманітних поглядів на статус ембріона.

При визначенні статусу ембріона в першу чергу постає питання, який момент вважати початком життя. Існує декілька варіантів: формування дихальної системи; формування серцево-судинної системи; функціонування стовбурового відділу головного мозку; утворення первинної смужки; імплантація ембріона у стінку матки; момент злиття гамет. Згідно з ч. 2 ст. 25 Цивільного кодексу України правоздатність фізичної особи виникає з моменту народження та припиняється зі смертю, – вітчизняний законодавець дотримується натуральної концепції, визнаючи початок життя з моменту

народження. Але згідно конвенції Генеральної асамблеї ООН (1959 рік) «Дитиною вважається людська істота до досягнення 18-річного віку, якщо за законом, застосовуваним до цієї особи, вона не досягає повноліття раніше... Дитина потребує соціальної охорони і турботи, включаючи належний правовий захист, як до, так і після народження».

Для визначення правового статусу ненародженої дитини слід установити, чи є ненароджена дитина суб'єктом права, чи можна її вважати фізичною особою. Правовий статус людини – юридично закріплене становище людини в суспільстві, відповідно до якого фізична особа як суб'єкт права вступає у правовідносини, координує свою діяльність і поведінку в суспільстві.

Питання правового статусу ембріона стає в протиріччя з репродуктивним правом жінки, коли жінка самостійно вирішує надати право зачатій дитині народитись чи позбавити такого права шляхом здійснення абортів. І в даній ситуації тільки жінка має право «голосу».

Окремих питань при визначенні статусу ембріона є законодавче регулювання проведення різних маніпуляцій з ембріонами. Правомочність виконання таких маніпуляцій і ступінь допустимої дії на ембріони людини на сьогодні обговорюється.

Таким чином, можна зробити висновки, що на цей час ембріон розглядається як об'єкт права і по факту немає ніяких прав. Необхідно і далі проводити дослідження і обговорення, щоб ембріон набув статус суб'єкта права.

СУПЕРЕЧЛИВІ ПИТАННЯ ЕВТАНАЗІЇ ТА ЛІКАРСЬКОЇ ЖОРСТОКОСТІ

Панцхава М.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики
внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Науковий керівник: Ащеулова Т.В.

На сьогоднішній день, у час стрімкого підвищення рівню життя людини, модифікування та вдосконалення розвитку науки та техніки, намагаючись збільшити тривалість життя зовсім непоміченим стала етична проблема прийняття смерті. Важливо розуміти, що у більшості випадків продовження життя не можна назвати повноцінним життям, бо є лише підтримкою біологічного організму на невизначений час. Ось чому дуже важливо розуміти, що досі немає єдності в розумінні і однозначної експлікації суті критеріїв життя і смерті людини як вищих базових цінностей. Рішення цієї проблеми дасть можливість визначити питання про право людини на гідне життя і настільки ж гідну смерть. Вимогами Декларації ЮНЕСКО з біоетики та прав людини (2005) стали прояви особливого та дбайливого ставлення до

будь-якій формі життя в клінічній практиці та біомедичних дослідженнях. Ці вимоги стають особливо актуальними в розвитку новітніх генно-інженерних та біомедичних технологій, коли постає питання в області допоміжних репродуктивних технологій і втручанні в людську природу. Особливо значне місце стали займати такі аспекти феномену смерті, як філософське поняття смерті, її медичні та юридичні критерії, біохімічні процеси старіння та вмирання, психологія сприйняття і ставлення до смерті, ритуали поховання. Сьогодні роботу лікарів також ускладнює досі не вироблений єдиний критерій смерті.

Життя людини обмежена зачаттям і смертю. Право на гідне життя і на гідну смерть - це природне право кожної людини, бо смерть є природне явище, що вінчає кінець життя. Вчені стверджують, що смерть у сучасній культурі повинна розумітися, перш за все, як вчинок самодетермінації, як реалізація права людини і на життя, і на смерть. Це серйозна проблема для професійної медичної культури. Велика кількість суперечливих проблем біомедичної етики таких як евтаназія, аборт, трансплантація прямо і безпосередньо пов'язані з проблемою смерті. Сьогодні все більше людей вважають, що кожен має право померти, не дозволяючи продовжувати своє життя штучно. Вирішальний аргумент - надмірні страждання та нестерпний біль вмираючого, які лікар не може полегшити. Прискорення смерті є головною суттю евтаназії. Дискутуються різні шляхи цієї проблеми як проблема евтаназії, та як проблема паліативної медицини, яка втілюється в організуванні хосписів та перебування безнадійно хворих у них. На порозі цих суперечливих проблем привертає увагу протилежний бік – лікарська жорстокість. Під цим терміном прийнято розуміти стани, коли лікарі наполягають на підтримці життя любою ціною надаючи необхідно просту та екстраординарну допомогу та не дають померти, але ці страждання є марними. Проте у випадках смертельних хвороб, коли стан людини є несумісний з життям або хвороба на останній стадії, коли всі лікарі кажуть, що стан необоротний, то слід відмовитися від екстраординарних заходів. Якщо людина страждає, то йому слід дати знеболююче, заспокійливе, препарати, які дозволять йому розслабитися, але більше нічого не робити. Прямим прикладом лікарської жорстокості є тримати пацієнта в стані агонії, бо це є неповагою до життя і смерті.

Таким чином, проблема прийняття смерті в сучасному суспільстві стає все більш актуальною проблемою. За останнє сторіччя людству вдалося значно продовжити свої дні на землі, щорічно на дослідження подолання смерті витрачаються великі гроші і багато різних методів продовження життя для деяких людей стають пастками, що не дають гідно зустрітися людині зі смертю. На сьогоднішній день в західному суспільстві дискусії з даного

питання ведуться навколо проблеми евтаназії та лікарської жорстокості. У зв'язку з цим моральний вибір лікаря при наданні медичної допомоги багато в чому стає визначальним фактором. Тому дуже важливо, щоб цей вибір дійсно служив на благо людини.

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: ДАНЬ МОДЕ ИЛИ ВЫХОД ИЗ БЕЗИСХОДНОСТИ?

Н.С. Пилипенко

Харковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии

Суррогатное материнство – вспомогательная репродуктивная технология, в ходе которой в зачатии и рождении ребенка участвуют три человека: генетический отец, генетическая мать и суррогатная мать. В Украине условия и порядок применения суррогатного материнства урегулированы законодательной базой. Показания и противопоказания данного метода четко прописаны в законе. Решением проблемы невынашивания собственного ребенка может быть решена при помощи ВРТ только строго следуя медицинским показаниям. Но есть и вторая сторона данного аспекта – женщина, которая собственно и будет вынашивать ребенка. Именно вокруг суррогатных матерей и вертится наибольшее количество споров. Многие женщины слепо идут на данный шаг, руководствуясь материальной стороной вопроса. Но есть также немало и таких, которые стремятся помочь другим. Альтруизм или корысть? К сожалению, это под большой темной завесой – человеческой душой.

Противники суррогатного материнства утверждают, что данный метод является безнравственным, противоестественным и аморальным. По сути, происходит торговля детьми, что может превратиться в обычный «бизнес», при том незаконный, когда рожденные дети по сути могут использоваться для других целей, совершенно не связанных с материнством, а для суррогатных матерей это может превратиться просто в «прибыльную работу». Кроме того, существует риск рождения ребенка с различными пороками, и он оказывается ненужным ни биологическим родителям, которые еще не прониклись чувством материнства, так как не ощущали ни духовную, ни эмоциональную связь с ребенком, ни тем более суррогатной матери, которая выполняла роль «инкубатора».

Однако, есть и сторонники суррогатного материнства, утверждающие, что суррогатное материнство является единственной возможностью помочь бездетным парам обрести собственного ребенка, несмотря на все риски и дороговизну этого метода.

Этические проблемы суррогатного материнства заключаются в первую очередь в том, что имеется угроза физическому и психическому здоровью, как суррогатной матери, так и ребенку, во-вторых, нарушаются кровнородственные связи, происходит негативное влияние на психику генетических родителей. Следует заметить, что всегда существуют опасения

того, что число женщин, желающих поправить свое материальное положение при помощи суррогатного материнства будет расти. И не станет ли женщина в будущем ассоциироваться не с любящей матерью с нетерпением ждущего своего долгожданного ребенка, а с женщиной бездушной, сдающей в аренду само женское начало. И тем самым образ женщины-матери может быть безвозвратно потерян. Полагаю, что суррогатное материнство оправдано лишь для достижения одной единственной цели – преодоление бесплодия женщин, для которых данный метод является единственным шансом иметь собственного ребенка.

СТИГМАТИЗАЦІЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ

Погорелова О.О., Степаненко Г.Л.

Харківський національний медичний університет,
кафедра фтизіатрії та пульмонології

Сьогодні в медицині все більше говорять про важливість дестигматизації хворих на різноманітні інфекційні хвороби, вираження толерантності до них та співчуття. Не менш гостро це питання постає і у фтизіатрії, оскільки позитивні стосунки з рідними, знайомими, колегами вкрай важливі не лише для одужання хворого, але і для подальшого його повернення в соціум.

Агентство USAID сумісно з фтизіатричною службою України провели опитування [Матеріали аналітичного звіту за результатами дослідження «Рівень знань, ставлення, практики та поведінки з питань туберкульозу населення України та окремих соціальних груп»] щодо стигматизації хворих на туберкульоз в Україні. Спочатку респондентам було задано питання: «Чи повинні хворі на туберкульоз відчувати підтримку інших людей, їх добре ставлення?». 92% опитаних відповіли ствердно, що виражає загальне позитивне, не стигматизуюче ставлення населення України до хворих на туберкульоз.

Подальше опитування базувалося на більш детальних потенційно стигматизуючих або дискримінуючих твердженнях щодо хворих. Так з твердженням «Туберкульоз – це страшне захворювання, тому хворого необхідно звільнити з роботи, щоб він не заражав інших людей» погодилось 48% опитаних, категорично не погодилось – лише 33%. 39% опитаних з розумінням ставляться до людей, які переривають спілкування з близькими хворими на туберкульоз.

Доволі категорично респонденти висловилися з приводу заходів, що необхідно вживати стосовно хворих, які відмовляються від лікування: 85% погодилися з тим, що хворого необхідно ізолювати, 64% - з тим, що хворого необхідно штрафувати, 48% - з тим, що хворого необхідно звільнити з роботи.

37% опитаних вважають, що люди, які вилікувались від туберкульозу, не мають права працювати в сфері обслуговуванні, а 19% не прийняли остаточного рішення з цього питання. При цьому 44% опитаних категорично

не погодилися б відвідувати заклади, в їх обслуговуватимуть працівники, які повністю вилікувалися від туберкульозу, а 33% - не погодилися б працювати з ними. 43% опитаних відповіли, що вони взагалі намагаються триматися подалі від людей, які перехворіли на туберкульоз.

Таким чином, 92% опитаних декларували абстрактне співчуття до хворих. Але при цьому 95% погодились принаймні з одним стигматизуючим або дискримінуючим твердженням по відношенню до хворих на туберкульоз. Це ще раз підкреслює той факт, що в нашому суспільстві вкрай необхідна просвітницька робота та підвищення толерантності та співчуття до хворих на інфекційні хвороби та на туберкульоз зокрема.

КОНЦЕПЦІЯ «ЄДИНЕ ЗДОРОВ'Я» В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БІОБЕЗПЕКИ У СУЧАСНОМУ СВІТІ

Поливянна Ю. І.

Харківський національний медичний університет, кафедра епідеміології.

Забезпечення біобезпеки людства неможливо без концептуального підходу «Єдине здоров'я». Інфекції, в тому числі спричинені стійкими до антибіотиків бактеріями, грибами, вірусами та іншими патогенами, не визнають меж і можуть розповсюджуватись серед людей, тварин та навколишнього середовища. Транспортування харчових продуктів доволі часто здійснюється на великі відстані, що може сприяти розповсюдженню забруднення продуктів патогенами та хвороб, небезпечних для людини. Це диктує необхідність пильного контролю зі сторони відповідних органів, які зможуть захистити споживачів. Такі міжнародні організації як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Європейська Агенція з безпеки продуктів харчування, Всесвітня організація сільського господарства та продовольства при ООН (ФАО), Міжнародне епізоотичне бюро (МЕБ) розробили концепцію «Єдине здоров'я», стратегією якої є профілактика та стримання захворювань, спільних для рослин, тварин та людей, так як здоров'я людини залежить від здоров'я тварин та стану навколишнього середовища. Концепція «Єдине здоров'я» передбачає, що фахівці громадського здоров'я, захисту здоров'я тварин і рослин, продовольчого забезпечення і оточуючого середовища працюватиме разом і виявлятиме та мінімізуватиме ризики для забезпечення біобезпеки.

Багато інфекцій тварин (зоонозів) можуть передаватися людині через контаміновану їжу, інколи під час контакту з хворою твариною або під час забою. Однією з таких хвороб є сальмонельоз. Бактерії роду *Salmonella* входять до п'ятірки мікроорганізмів - основних збудників харчових отруєнь. Розповсюджене носійство та контамінація сальмонелами продуктів тваринного походження призвели до того, що не вдається не тільки знизити, а й стабілізувати ситуацію щодо цієї хвороби, незважаючи на всі профілактичні заходи, що проводяться. В Україні захворюваність на сальмонельоз людей нестабільна і все ще на високому рівні. У 2016 р. в Україні

інтенсивний показник захворюваності на сальмонельоз склав 20,91 на 100 тис населення, у 2017 р. - 17,35 на 100 тис. населення та 18,18 на 100 тис. населення в 2018 р.. Останнім часом в Україні спостерігається зростання спалахової захворюваності на сальмонельоз, де фактором передачі інфекції стають продукти тваринницького виробництва: курячі яйця, м'ясо птиці, свиней, великої рогатої худоби та молочна продукція.

Частіше споживачі у всьому світі придбають м'ясо птиці на різних торгових об'єктах. У останні роки все частіше з птахівницької продукції виділяється серовари *Salmonella*, неспецифічні для птиці, які викликають захворювання у людей.

Свиняча продукція також є однією з головних харчових причин сальмонельозу. Харчова продукція з яловичини рідше стає фактором передачі сальмонельозу. Реєструються випадки на сальмонельозу, які виникають після контакту з домашніми тваринами (котами, собаками, рептиліями, птахами).

Тварини можуть захворіти на сальмонельоз або стати носіями цієї хвороби через поїдання контамінованого корму. Через це ФАО та ВООЗ розробили Codex Alimentarius для кормів. Цей кодекс спрямований на зведення до мінімуму та запобігання потрапляння небезпечних харчових продуктів на ранній стадії продовольчого ланцюга. Завдяки цьому, виробники кормів для тварин та робітники тваринних господарств стали більше піклуватися щодо цієї проблеми та усвідомлювати її серйозність.

Ще однією з проблем є те, що все частіше зустрічаються антибіотикорезистентні серотипи *Salmonella*, які виділяють від птиці, домашньої худоби, приміщень їх утримання та кормів, і резистентність котрих формується переважно до бета-лактамних антибіотиків, які широко використовуються по всьому світу.

Концептуальний підхід стратегії «Єдине здоров'я» спрямовує забезпечення на належному рівні санітарно – ветеринарного контролю за якістю харчової продукції, починаючи з сільськогосподарських хазяйств до попадання її на стіл споживача. Прийняття стратегії ВООЗ, ФАО та МЕБ «Єдине здоров'я» Україною зможе забезпечити біобезпеку у медицині, ветеринарії, сільському господарстві та сприяти соціальному та економічному розвитку України. Спільна діяльність фахівців різних галузей створює умови для забезпечення біобезпеки в сучасних умовах.

ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ В ПРАКТИЦІ ДІЛЬНИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

Рождественська А.О.

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1
Науковий керівник: Смирнова В.І.

Актуальність: Лікарська помилка – дії лікаря, які мають у своїй основі недосконалість сучасної медичної науки, об'єктивні умови роботи, недостатню кваліфікацію або нездатність використовувати наявні знання. У різних країнах від 5,5 до 17% бюджетних коштів лікарень витрачаються на фінансування витрат, пов'язаних з лікарськими помилками. Кожен третій діагноз згодом виявляється помилковим. У 80-85% випадків лікарські помилки є причинами ускладнень захворювань, що призводять до важкого клінічного перебігу або летального випадку. Доведено: щорічно від лікарських помилок помирає більше людей, ніж в ДТП.

Разом з тим система допомоги пацієнтам на первинній ланці зараз активно реформується, і на неї покладають все більше функцій, не враховуючи вже існуючу недосконалість організації поліклінічної терапії, що може додатково призвести до збільшення кількості лікарських помилок.

Мета: Проаналізувати фактори, що призводять до виникнення лікарських помилок на первинній ланці та сформулювати методи їх вирішення.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз клінічних випадків та спостережень з власного досвіду роботи дільничним терапевтом у поліклініці.

Основна частина: Поліклінічна допомога має свою специфіку, а, отже, і ряд складнощів. По-перше, кількість функцій та обов'язків, які покладаються на дільничного терапевта, нерідко перевищує його фізичні можливості. Каменем спотикання також стає несвоєчасність звернення пацієнтів, що виключає принципи ранньої діагностики та початку лікування. Також нерідко терапевту доводиться умовляти хворого прийти на прийом або госпіталізуватися після поліклінічного огляду. Складністю є те, що пацієнт не перебуває під постійним наглядом, як у закладах охорони здоров'я зі стаціонарними койко-ліжками. Часто лікар даремно чекає на повторну явку пацієнта – мотивувати хворого може тільки власне усвідомлення проблеми або необхідність отримати лікарняний лист після завершення лікування. Необхідність заповнювати значну кількість документів при виділених 12 хвилин на прийом одного пацієнта призводить до поспіху та недостачі часу на уточнення скарг та фізикального дослідження. Недосконалість організації системи діагностики виявляється у тому, що часто неможливо зробити необхідні дослідження безпосередньо під час прийому, а під час огляду на дому взагалі немає такої можливості. Плинність та нестача кадрів також не сприяють організації діагностично-лікувального процесу у поліклініці.

Таким чином, можна виділити основні причини виникнення лікарських помилок у практиці лікаря-терапевта дільничного:

- Недостатність інформації для встановлення правильного діагнозу.
- Неможливість динамічного спостереження за хворими.
- Неможливість контролю прийома лікарських засобів, а також постійної оцінки їх клінічної ефективності.
- Неправильні висновки діагностів і суміжних фахівців.
- Недостатньо серйозне ставлення до пацієнтів поліклініки та перекладення відповідальності на лікарів вторинної та третинної ланки.

Таким чином, лікар-терапевт в умовах амбулаторного прийому пацієнтів часто потрапляє у ситуації, коли з різних причин йому бракує даних для підтвердження попереднього діагнозу. Це унеможливорює дотримання принципів доказової медицини та підвищує ризик виникнення помилок.

З огляду на вищезазначене, логічно виникає питання, на яке важко дати однозначну відповідь. Якщо незнання закону не звільняє від відповідальності, то чи звільняє від моральної відповідальності за скоєння лікарської помилки неможливість отримати важливу інформацію в таких умовах роботи?

Норми права перекладають цю відповідальність на керівництво лікувальним закладом у разі недосконалої організації лікувально-діагностичних процесів, однак у змаганні «пацієнт-лікар» існує презумпція невинуватості саме хворого, а медичному працівнику треба ще довести правомірність власних дій. Однак у переважній більшості випадків не йдеться про злочинні наміри з боку лікаря, більше того, він впевнений, що робить все вірно та на користь пацієнту.

Висновок: Лікарські помилки будуть завжди, звести їх нанівець неможливо, незважаючи на рівень розвитку медицини та інформаційних технологій, оскільки виключити людський фактор з процесу діагностики та лікування неможливо. Однак кожному лікарю важливо реально оцінювати власні знання та можливості, а також вміти організувати свою роботу максимально ефективно, не забуваючи про важкість наслідків лікарських помилок. Довічне постійне підвищення кваліфікації та професіоналізму лікаря – одна з найважливіших складових безпеки пацієнтів. Тільки знання, накопичення досвіду, навчання на власних та чужих помилках, а також ставлення до здоров'я пацієнтів як до найвищої цінності в комплексі дають змогу мінімізувати помилки у практиці та значно зменшити важкість їх наслідків.

РЕГИСТРЫ “КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК” ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛА

А.Салахиддинов, Р.Юлдашев

Андижанский Государственный медицинский институт

Для оценки эффективности проводимой вторичной профилактики артериальной гипертонии (АГ) среди населения необходимо учитывать показатель, наиболее объективно характеризующие динамику заболеваемости и смертность в избранных для исследования популяциях.

Согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, таким показателями является “конечные точки” (“КТ”)

К основным “КТ” относятся: новые случаи инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ), общую смертность, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и смертность ИМ и МИ.

Цель исследования: Выяснить, каким образом осуществить регистрации “КТ” в условиях села при проведении вторичной профилактики АГ среди избранной популяции.

Материалы и методы: Для реализации этой цели мы в 2-х районах Андижанской области изучали регистры смерти от ИМ и МИ и новые случаи ИМ и МИ.

Регистры осуществляли ежеквартально и последовательно. Он может осуществляться средним медицинским работником под руководством врачей. Сведения о смертности берут из сельсовета, который обслуживает обследуемую популяцию. Там выясняют причину смерти и наименование лечебного учреждения, выдавшего справку о смерти.

В случае внезапной насильственной смерти, если вскрытие не производилось, проводят опрос свидетелей смерти, берут выписку из амбулаторной карты, интересуется перенесенными заболеваниями в прошлом, беседует с лечащим врачом или медработником скорой помощи.

В случае не смертельных ИМ и МИ, из лечебных учреждений берут выписку из истории болезни, куда входят:

А) описание стенокардических болей

Б) Уровень ферментов

В) Комплекс ЭКГ

Г) в случаи МИ берут выписку из истории болезни с подробным описанием неврологического статуса и его динамики в течении болезни.

Заключение: Далее все эти документы представляют на рассмотрение специально созданной группы, который в её состав входят врач статист,

кардиолог, невропатолог и специалист по ЭКГ. Они принимают окончательное решение о наличии соответствующей “КТ”.

ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА

О.Салахиддинов, Р. Юлдашев

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Изучение медицинской эффективности профилактики с артериальной гипертонии (АГ) имеет большое значение для осуществления среди населения вторичной её профилактики.

Цель исследования: Изучить динамику смертности от инфаркта миокарда (ИМ) и мозгового инсульта (МИ) за 3 года формирования борьбы с АГ среди сельчан.

Материалы и методы исследования: В 2-х районах Андижанской области изучали (один район вмешательства(РВ), а другой район сравнения-РС) динамику смертности от ИМ и МИ, сначала приглашая всё население РВ и 20% выбранного населения в РС на ежегодные скрининги в течении 3-х лет.

Результаты исследования: Сравнения суммарного показателя смертности от ИМ между РВ и РС показывает, что за 3 года в РВ умерло 4 больных(1,8% на 1000 человек) а в РС 5 (2,5%), хотя разница между РВ и РС были статистически незначимые, но все же смертность в РВ ниже, чем в РС. Если анализировать смертность от ИМ по полу и возрасту, из 14 смертных случаев 11 случаев (78,5%) отмечено у мужчин, причем 8 из них (71%) наблюдалось в возрасте 40-59 лет.

Аналогичные данные получены и по смертности от МИ. Так из 13 случаев смерти от МИ 10 случаев (77,0%) отмечены у мужчин. Из них 8 случаев (80%) констатировано в возрасте 40-59 лет.

Изучение смертности от ИМ и МИ суммарно среди РВ и РС показывает, что в РВ она составляет 2,3 на 1000 населения, то в РС -3,9. За три года осуществления программы борьбы с АГ нефатальные случаи ИМ в РВ не были. Тогда как в РС на третьем году наблюдения отмечено 2 случая заболевания с несмертельным ИМ. Если анализировать смертность в зависимости от регулярности явления, то почти все случаи смертности в РВ от ИМ и МИ приходятся на группу больных, отказавшихся от предложенного лечения и контроля артериального давления. Среди лечившихся каждого за 3 года не было зарегистрировано ни одного случая ИМ и МИ.

Заключение: Таким образом, регулярное осуществление вторичной профилактики АГ показывает свои положительные результаты.

ЕТИКА, ПРАВО ТА МЕНЕДЖМЕНТ В СТОМАТОЛОГІЇ

Сідорова О.В.

Харківський національний медичний університет,

кафедра ортопедичної стоматології

Науковий керівник Смирнова В. І.

Як говорять джерела літератури: «Етика, право та менеджмент в стоматології» - міждисциплінарний напрям, орієнтований на завдання, які вирішуються в системі охорони здоров'я з організації та надання стоматологічної медичної допомоги населенню з урахуванням морально-етичних і правових норм, методів менеджменту як форми управління медичними організаціями.

Дозвольте зупинитись на основних категоріях лікарняної етики та деонтології:

- ставлення лікаря до хворого, права пацієнта; ставлення лікаря до колективу, суспільству; відносини лікарів один до одного; ставлення лікарів до медичного персоналу; ставлення лікаря до родичів і знайомих хворого; лікарські помилки; лікарська таємниця; трансплантація систем і органів; евтаназія (активна і пасивна); нові репродуктивні технології; генетика, генні технології; психіатрія, права душевнохворих.

Так як же складаються взаємини між лікарем та пацієнтом?

Як говорять різні автори, взаємини між лікарем та пацієнтом ґрунтуються на патерналістській, або авторитарній, моделі взаємин лікаря з пацієнтом.

Ще з стародавніх часів лікарів навчали приймати на себе обов'язки діяти на благо пацієнта, і сам він визначає, в чому це благо полягає. Лікар бере на себе відповідальність за лікування і результат хвороби.

Протягом двох останніх десятиліть стало питання про відхід від патерналістської моделі і про участь пацієнта в прийнятті лікарського рішення.

Це пов'язано з розвитком страхової медицини і приватного підприємництва в охороні здоров'я, новими медичними технологіями і зростаючим освітнім рівнем населення, вимогою автономії пацієнта.

Кожен пацієнт перед зверненням до лікаря має певну мету. Але я хочу зупинитись більш детально на пацієнтах зі стоматологічними порушеннями. Цілі звернення пацієнтів до стоматологічних клінік складаються з:

- усунення причини та симптомів захворювання, травми, патологічного стану, змін і деформацій; стабілізація змін процесів в організмі; відновлення функцій органів, гомеостазу; програми природних змін організму, а інколи й сповільнення інволюційних процесів; покращення соматичного та психологічного стану; продовження терміну функціонування окремих органів, систем організму і, відповідно, всього організму в цілому; попередження розвитку і виникнення патологічних процесів, деформацій, змін; можливість соціальної адаптації в оточуючому середовищі.

До причин, які приводять до виникнення конфліктних ситуацій, можна віднести:

- недостатня якість наданої медичної допомоги; відсутність повноцінного обстеження зубо-щелепної системи; необґрунтоване розширення показань до виготовлення конструкцій, що не знімаються; виготовлення “зустрічних” мостоподібних протезів (одночасне постійне протезування зубів-антагоністів); виготовлення консольних мостоподібних протезів при відсутності показань; відмова від виготовлення тимчасових кап і тимчасових пластинчатих протезів; недотримання деонтологічних принципів, відсутність налагоджених взаємовідносин з пацієнтом, що спрямовані на досягнення позитивних результатів, у тому числі недотримання вимог інформування пацієнта.

Нерідко саме це призводить до відсутності задоволеності пацієнта; недоліки у веденні медичної документації.

Тому кожен лікар-стоматолог повинен мати можливість захистити себе від таких помилок. Для цього він мусить володіти основними факторами які можуть гарантувати йому захист від пред'явлення претензій пацієнтами:

- попередження необґрунтованих очікувань пацієнта; отримання інформованої згоди пацієнта; документальне підтвердження (доказовість) виконання усіх необхідних складових медичної послуги, у тому числі інформування та взаємовідносин з пацієнтом;

- організація досудової експертизи (відомчої та позавідомчої) у випадку претензій пацієнта.

Кожен лікар-стоматолог мусить володіти інформаційною складовою для пацієнтів Вона складається з:

- роз'яснення з приводу діагнозу. Дуже важливо, якщо від усвідомлення дійсного стану справ залежить рішення пацієнта погодитися на метод лікування, який пропонується;

- інформування щодо плану лікування. До даного питання відноситься і погодження приблизної ціни лікування. Лікар повинен також інформувати хворого про існуючі альтернативні методи лікування;

- інформування про типові ризики, що пов'язані з лікуванням, про можливий їх вплив на якість життя пацієнта в майбутньому.

У будь-якому лікувальному закладі є офіційна медична документація. Вона переслідує наступні цілі:

- документування проведених досліджень та їх результатів — підтвердження повноцінної діагностики; документування усіх маніпуляцій, призначень, етапів лікування, проміжних оглядів тощо — підтвердження виконання всіх етапів лікування та необхідних процедур; документування інформування пацієнта — підтвердження проведення необхідних роз'яснень та обговорення лікування від етапу планування до рекомендацій щодо профілактики ускладнень.

Але бувають випадки коли пацієнти звертаються зі скаргами. Як стверджують П.С. Назар та Ю.Г. Віленський, серед кримінальних справ щодо лікарів приблизно 1,7–2% порушені проти медичного персоналу стоматологічних закладів. Звинувачувальні вироки є рідкістю, проте, вони не

виключені. Насамперед, йдеться про хірургічні втручання, бо це особлива сфера етичних стосунків між лікарем, хворим та його близькими.

Під час роботи з людьми ви повинні пам'ятати, що довіра пацієнта до лікаря складається з багатьох чинників: культури поведінки медичного персоналу, стану кабінету й обладнання, безболісності лікувальних маніпуляцій. Найважливішим моментом у медичній практиці, у тому числі й у стоматологічній діяльності, є визначення критеріїв юридичної оцінки правильності надання медичної (стоматологічної) послуги (тобто критеріїв оцінки шкоди здоров'ю в результаті її надання) і, як результат, розміру компенсації у випадку неналежного лікування.

НЕОБХІДНІСТЬ НАСКРІЗНОГО ВИКЛАДАННЯ БІОЕТИКИ ДЛЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Ащеулова Т.В., Смирнова В.І., Гончар О.В., Кисиленко К.В.
Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

А.П.Чехов дав досить містке визначення професії лікаря: «Професія лікаря вимагає самовідданості, чистоти душі і величі помислів», - але слід зазначити, що не всякий має ці якості в необхідному обсязі. Отже, їх потрібно формувати

і виховувати. Один з патріархів медицини академік Б.В. Петровський називав основами формування та виховання медичного працівника деонтологію. В сучасних умовах розвитку суспільства і медичного знання норм деонтології стає вже недостатньо для вирішення багатьох проблем. Їй на зміну приходить біоетика, і ми говоримо про доцільність формування біоетичного мислення студентів медичних вузів. Біоетика стосується, перш за все, етичної культури, змістовних питань добра і зла, порядності, совісті і людяності. Одна з її завдань, - як навчальної дисципліни, - допомогти студенту-медику розвинути і зміцнити необхідні для працюючого в системі охорони здоров'я душевні, духовні та інтелектуальні можливості.

Актуалізація викладання біоетики в медичній освіті обумовлюється нинішнім специфічним станом медичної діяльності, її місцем і значенням в сучасній культурі. В якості нової дисципліни вона є надзвичайно практичною наукою, тобто знанням - не заради знання, а заради допомоги як пацієнту, так і самому лікарю в його професійному зростанні.

Формування і розвиток біоетики тісно пов'язаний з процесом трансформації як традиційної, так і медичної етики. І це, перш за все, обумовлено увагою до прав людини взагалі, а в медицині, зокрема, в зв'язку зі створенням нових медичних технологій, що породжують безліч найгостріших проблем, які вимагають юридичного і морального регулювання. Розвиток біоетики має на меті комплексне рішення проблем сучасної медицини, а також формування відповідної етичної культури професійного співтовариства

медиків. Біоетика допомагає освоїти нові етичні погляди, усвідомити моральні дилеми, з якими стикаються в своїй роботі медики різних спеціальностей.

Біоетика - це міждисциплінарний діалог медиків з представниками широкого кола гуманітарних наук, діалог медиків з пацієнтами і представниками громадськості. Тільки таким чином може бути адекватно виражена і зрозуміла багатопланова природа людського страждання і на цій підставі вироблена сучасна ідея блага і як мети лікування для окремого індивіда, і як цілі суспільної охорони здоров'я в цілому. Таким чином біоетика як дисципліна має свої специфічні поняття та принципи.

Для студентів-медиків молодших курсів, - а біоетику починають вивчати з 3-го а зараз навіть з 1-го курсу, - сенс основних понять часто залишається неясним, оскільки виділених у державній програмі з біоетики годин на засвоєння матеріалу не вистачає. Але студенти повинні вміти класифікувати різні морально-етичні ситуації, які можуть виникати в їх майбутньої практичної діяльності. Для цього необхідним видається наскрізне викладання біоетики, тобто засвоєння її принципів в процесі вивчення клінічних дисциплін протягом всього навчання на конкретних прикладах. Тому викладання дисципліни етика та біоетика для аспірантів – здобувачів наукового ступеня доктора філософії (PhD) є одним з кроків на цьому шляху, бо біоетика має, перш за все, виховне значення, формує ціннісні орієнтації студентів, що має важливе значення в професійному становленні майбутнього лікаря. Висока якість підготовки фахівців в галузі охорони здоров'я є необхідною умовою для подолання кризи системи охорони здоров'я в нашій країні.

СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО В УКРАЇНІ: СУЧАСНІ РЕАЛІЇ

Ситіна І.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки

Біоетика в медицині вивчає широке коло питань, котрі можуть виникати у ході спілкування між медичними працівниками та пацієнтами, їх близькими і суспільством взагалі. Однак, не тільки особисті взаємовідносини є проблематикою медичної біоетики, а також й різноманітні аспекти застосування біотехнологій, наприклад генна інженерія, клонування та інше. Одним з різновидів подібних технологій є допоміжні методики репродуктивної медицини, зокрема сурогатне материнство (СМ).

На запит «СМ в Україні» в інтернет-мережі видається понад 43тисячі сайтів, здебільшого це пропозиції агентств і клінік та форуми, на котрих обговорюються проблеми, що виникли у жінок, які запропонували свої

послуги у якості сурмами та сімейних пар, які скористалися даним видом послуг.

Звісно, безліч медичних метод і проблем, можливо оцінювати з різних позицій, зокрема правових, теологічних, етичних і у кожного будуть свої аргументи як «за» так і «проти» і СМ не є в цьому виключенням, і дані позиції неодноразово обговорені та з'ясовані. То ж, зупиняйтесь на цьому, мабуть немає потреби, а більш цікаві сучасні тенденції з СМ, тож що відбувається у даному напрямку в Україні?

Після прийняття закону, згідно з яким у Індії (яка була лідером з надання даного виду послуг) комерційне СМ є не законним (2015), ринок досить швидко переорієнтувався і Україна стала займати провідні місця серед країн, де СМ є легальним. Що цьому сприяє?

По-перше, цінова політика: в Україні, згідно з оцінками FAMILIES THROUGH SURROGACY, програма з СМ коштує 38 000 – 51 000 доларів США (в середньому 49,950), що вдвічі менше у порівнянні, наприклад, з США (100 тис.).

По-друге, законодавча база – СМ в Україні, регулюється Сімейним кодексом Міністерства юстиції та Міністерством охорони здоров'я України, згідно з яким дозволене комерційне СМ, сурмати не має жодних пренатальних прав на дитину, а батьками можуть бути гетеросексуальні пари з інших країн, в протиположності, наприклад, Таїланду, де згідно з Thailand Surrogacy Act (2014), претендувати на подібні послуги, можуть лише громадяни Таїланду, або пари де один з партнерів має громадянство, чи наприклад у Великобританії, де не дозволено комерційне СМ і сурмати може мати права на дитину (Surrogacy Arrangements Act 1985, the Human Fertilization and Embryology Act 1990), чи наприклад в США, де для видачі громадянства дитині, батьки можуть бути змушені провести ДНК-тест (Immigration and Nationality Act (INA) Sections 301 and/or 309).

По-третє, офіційні центри надання послуг з СМ, це здебільшого передові медичні центри, як державної так і приватної власності, оснащені сучасним обладнанням та мають кваліфікований штат, котрий в змозі надати якісну послугу, починаючи з забору матеріалу, вирощення здорового ембріона і вибору статі дитини до ведення вагітності і пологів. Деякі центри надають можливість вибору донора ооцитів потрібного фенотипу (афроамериканського, азійського та ін..)

Тож, співвідношення ціна-якість та «необтяжена» законодавча база є досить привабливими «маячками» для іноземних агентств з СМ, а також самотійних пар.

Проте, не все так безтурботно у СМ. Підсумовуючи перегляд форумів та сайтів з СМ, можна зробити висновки, що потрапити у халепу можуть як сурмами так і майбутні батьки. По відношенню до пар – сурмами можуть вдаватись до шантажу, вимагаючи більші суми, ніж були обговорені до запліднення, відмовляти віддавати дитину, описані випадки, коли майбутня «сурмама» за кошти пари проходила обстеження, за потреби необхідне лікування, а потім зникала, або вагітніла отримувала кошти, а потім навмисно викликала різноманітними засобами викидень. Психологи мають свою думку, стосовно СМ, зокрема, що під час пологів, сурмами можуть не «боротися» за народження дитини, вважаючи її не рідною.

Та проблеми мають не лише майбутні батьки, але й сурмами, найчастіше це жінки, які надають дані послуги не через спеціальні агентства з СМ, а самотійно. Найпоширеніша проблема, це несповна оплата, недотримання умов утримання сурмами під час вагітності та пологів, або і взагалі відмова батьків від дитини.

Підсумовуючи, можна сказати, що Україна має суттєві переваги у сфері сурогатного материнства серед країн, що надають дані послуги. Створення та введення в дію сучасної законодавчої бази, що чітко і беззаперечно пропише правила методу репродуктивної технології – сурогатне материнство, надасть можливість якісно і безпечно, отримати щасливу можливість стати батьками.

БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

Фельдман Д.А.

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №2,
клінічної імунології та алергології імені академіка Л.Т.Малої,

Актуальність. Актуальність вивчення етичних проблем трансплантології в клінічній практиці обумовлена тим, що вона пов'язана з вирішенням долі двох людей – донора та реципієнта. Відомо, що рівень розвитку трансплантології в країні є одним з індикаторів розвитку медицини. З цією галуззю пов'язана розробка новітніх медичних технологій вищої категорії складності. Тому, певний перерозподіл ресурсів в користь трансплантології, як напрямку розробки і впровадження високих медичних технологій, забезпечує прогресивний розвиток охорони здоров'я та, в кінцевому підсумку, виявляється благом для населення в цілому.

Мета дослідження. Виявити основні біоетичні проблеми трансплантології.

Матеріали і методи дослідження. Аналіз літературних джерел, що до визначення основних біоетичних проблем трансплантології.

Результати дослідження. Трансплантація - заміщення відсутніх або пошкоджених органів або тканин, що засноване на заборі органів і тканин у донора чи трупа людини, типізуванні, консервації та зберіганні. Трансплантація органу від живого донора несе шкоду його здоров'ю.

У трансплантології дотримання принципу «не нашкодь» виявляється практично неможливим. Перед лікарем стоїть вибір: «не нашкодь» і «твори благо». Пересадка органу - це як порятунок життя одній людині, так і надання шкоди іншій. Тому у випадках донорства від живої людини мова завжди йде про користь і шкоду здоров'я.

Професійна лікарська етика в цьому питанні однозначна: допомогти хворому-реципієнту необхідно обов'язково, але не за рахунок здоров'я донора. Законом забороняється пересадка органу, якщо відомо, що ця операція завдасть незворотної шкоди донору. Друге правило пояснює механізм прийняття рішення лікарем: трансплантація органів допустима, якщо результат операції виправдовує небажані побічні ефекти. Однак, слід зазначити, що суспільство не підготовлене до сприйняти ідеї трансплантації та донорства. Тому, саме в цій галузі медицини, необхідно створення морально-етичних норм і відповідного законодавства. З іншого боку, єдиним методом лікування раніше безнадійних хворих є трансплантація - найвища ступінь лікарського ризику і остання надія для пацієнта.

На сьогоднішній день сучасними дослідниками виділяється цілий ряд проблем, пов'язаних з питаннями біоетичних норм, які стають актуальними в зв'язку з активним розвитком трансплантології. До найбільш гострих проблем відносять: справедливість розподілу між реципієнтами дефіцитних ресурсів трансплантології, моральні питання процедури забору органів від живих донорів, пересадка органів від трупа, етичні питання, пов'язані з торгівлею людськими органами і тканинами, проблеми донора (особливо, при трансплантації непарних органів).

Існує декілька видів трансплантації, які відрізняються один від одного не тільки з медичної, а й з етичної точки зору. Складність ситуації полягає в тому, що трансплантологи повинні зробити все для порятунку життя пацієнта, але одночасно з цим, ніж раніше вони почнуть забір органів і тканин з тіла донора, тим більше шансів, що пересадка пройде успішно. Довгий час залишалося невирішеним питання щодо критеріїв поняття «померлий донор». У відповідності до традиційних критеріїв, необоротне припинення роботи серця і легенів - достатня підстава для констатації смерті. Гуманна мета продовження і порятунку життя реципієнта втрачає статус гуманності, коли

засобом її досягнення стає нанесення шкоди життю та здоров'ю донора. Не менш дискусійним є питання дефіциту донорських органів. Певною гарантією справедливості при розподілі донорських органів є включення реципієнтів в програму, яка формується на базі «листа очікування». Відповідно до прийнятих міжнародних та вітчизняних принципів, головним критерієм, що впливає на рішення лікаря, що до черги, є ступінь імунологічної сумісності пари донор-реципієнт. Орган отримує не той, у кого вище або нижче положення, не той, у кого більший або менший прибуток, а той, кому він більше підходить за імунологічними показниками. В тому випадку, якщо донорський орган підходить кільком реципієнтам, в дію вступає другий критерій - критерій ступеня тяжкості реципієнта. Орган віддають тому, хто «менше може чекати». Як бути в ситуації, коли двом реципієнтам орган практично однаково підходить, і вони обидва знаходяться в критичному стані і не можуть довго чекати? В цьому випадку рішення приймається на підставі критерію черги.

Крім трьох вищеперелікованих критеріїв, згідно з чинним законодавством, враховується відстань (віддаленість) реципієнта від місця знаходження донорського органу, так як час між вилученням органу і його пересадкою строго обмежений. І якщо час, витрачений на подолання відстані між органом і реципієнтом, більше часу «життя» органу, то донорський орган віддають реципієнту, який знаходиться на більш близькій відстані.

Висновки. Таким чином, на сьогоднішній день, розвиток трансплантології є не тільки медичною, а й біомедичною проблемою та вимагає розробки і прийняття законодавчих актів на основі дотримання біоетичних норм.

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ІНФОРМОВАНOSTІ НЕВИЛІКОВНИХ ХВОРИХ

Фірсик Т.М.

Харківський національний медичний університет,
кафедра хірургії №2

Науковий керівник: Смирнова В.І.

На сьогоднішній день, не дивлячись на великий прогрес медицини, залишається велика кількість невиліковних захворювань, які здатні не тільки фізично виснажувати пацієнта, але й психоемоційно. У такому випадку саме знання невтішного діагнозу руйнує останні роки життя хворого. Тому перед лікарем постає важке рішення, казати правду чи обмежити об'єм інформації заради спокою пацієнта?

Прихильники позиції 100% правди переконують, що пацієнти повинні повністю усвідомлювати всю серйозність ситуації та бути інформованими стосовно ризиків та прогнозів. Саме в такому випадку пацієнт зможе адекватно розпланувати та використати останні дні свого життя. Але таке

твердження маскує можливість морального занепаду пацієнта та можливість суїциду.

Більшість лікарів надають перевагу обмеженій інформованості пацієнтів, при цьому спершу вони повідомляють діагноз родині, а вже потім, разом з ними вирішують, говорити всю правду чи частково приховати її. За даними опитування, більше 60% лікарів обирають таку тактику, вважаючи її більш раціональною. Проте такий підхід позбавляє пацієнта права вирішувати, залишити у таємниці свій стан, чи повідомити своїм рідним про невиліковну хворобу. У цьому випадку, безперечним є порушення лікарем правових аспектів, а саме розголошення лікарської таємниці.

Проблематика даної теми знайшла своє відображення у працях багатьох науковців, серед яких психологи, лікарі, працівники добродійних організацій та священнослужителі. Актуальність цієї теми підтверджується відсутністю єдиного правильного варіанту відповіді на питання: «Говорити правду безнадійному пацієнту, чи не говорити?»

Навіть розгляд питання із правової сторони є дискусійним, адже поряд із статтею 6 Закону України про охорону здоров'я, де вказано, що кожний пацієнт має право на своєчасне та достовірне отримання інформації про свій стан, існує стаття 39, де зазначено, що при вірогідності погіршення стану пацієнта у зв'язку із ознайомленням його з невтішним діагнозом, лікар має право повідомляти неповну інформацію стосовно його стану.

Для того, щоб максимально коректно повідомити хворому діагноз, в першу чергу, необхідно розібратися в собі, у своєму власному ставленні до смерті. Адже смерть пацієнта, для нас лікарів, це не просто біологічний факт, це привід задуматися над власним життям, переглянути свою позицію щодо безнадійних хворих та останніх років або місяців їх життя.

Із власного досвіду можу відмити, що ряд пацієнтів не хоче знати свій діагноз, вони ніби будують захисну стіну між своїм внутрішнім світом і лікуючим лікарем, просто боячись почути гірку правду. Але є й ті, що з першої хвилини вимагають повідомляти максимально повну інформацію.

Маючи досить невеликий лікарський стаж, я завжди дуже обережно підхожу до даної проблеми. Навіть на етапі госпіталізації намагаюсь максимально обережно уточнити у пацієнта про рівень його інформованості (у випадках, коли пацієнти надходять у стаціонар із заздалегідь встановленим діагнозом), поговорити з родиною хворого. Я переконана, що пацієнт не тільки має право, він мусить знати свій діагноз. Але беззаперечно, що форма у якій треба передати всю суть проблеми, повинна бути обговорена з рідними людьми пацієнта. Адже тільки так лікар зможе ознайомитися з психологічним портретом пацієнта та підібрати саме ті слова, які не просто будуть нести інформаційне навантаження, але й вселятимуть надію.

Тож вибір тактики поведінки лікаря повинен ґрунтуватися на сукупності багатьох факторів, серед яких: оцінка психологічного портрету пацієнта, емпатія та досвід. Адже тільки індивідуальний підхід до кожного пацієнта

дозволить встановити гідний рівень довіри та допоможе підтримати важких хворих.

АЛЬТЕРНАТИВИ ЕКСПЕРИМЕНТАМ НА ТВАРИНАХ

Харькова М.О.

Харківський національний медичний університет

кафедра педіатрії №1 та неонатології

Науковий керівник: Смирнова В.І.

Введення. Щорічно досліди та експерименти забирають життя більше 150 мільйонів живих істот. Основна частина піддослідних тварин - 65% використовується у медичних дослідженнях при випробуванні ліків та нових методів лікування. На фундаментальні (медичні, військові, космічні та ін.) дослідження припадає 26% експериментів, 8% тварин гине в тестах на токсичність при розробці косметичної продукції, промислових з'єднань та ін. В студентських експериментах гине 1% всіх лабораторних тварин. Чи є альтернатива таким дослідом?

Обговорення. На сьогоднішній час розроблено близько 450 альтернативних етичних наукових методів тестування. Основними є: культури клітин (*in vitro*). Це клітини, що ростуть або зберігають життєздатність при культивуванні поза організмом. Клітинні технології включають: культивування рослинних та тваринних клітин. Такий спосіб дозволяє вивчити вплив препаратів на клітинному та субклітинному рівнях. У звітах Національної академії США за 2007 рік, було підтверджено, що тільки тести *in vitro* здатні повністю замінити дослідження на тваринах. Також до основних методів альтернативного тестування відносять: метод вирощування штучної шкіри, комп'ютерне моделювання або симулятори, досліди на сперматозоїдах бика та оболонці курячого ембріону (*ex vivo*), тестування на добровольцях та ін.

Тим часом в Україні діє Наказ №1506 «Про затвердження Переліку альтернативних методів та об'єктів для їх використання замість експериментальних тварин», згідно якому керівникам вищих навчальних закладів III-IV ступенів акредитації запропоновано передбачати в навчальних планах використання альтернативних методів та об'єктів у навчальному процесі замість експериментальних тварин. Перелік альтернативних методів та об'єктів для використання замість експериментальних тварин: комп'ютерне моделювання та навчальні програми, відеофільми, електронні тренажери, манекени тварин, моделі органів тварин, культури тканин та клітин., трупи тварин, померлих природною смертю, клінічна практика у ветеринарних лікарнях, он-лайн відеолекції для широкого загалу фахівців та спеціальні відеозаписи лекцій з використанням експериментальних тварин.

Все більше компаній відмовляються від випробувань косметики на тваринах, все більше держав прописують заборону на такі заходи в своєму законодавстві. Європейський парламент на засіданні 3 травня 2018 року

прийняв резолюцію, в якій закликає країни заборонити тестування на тваринах, з перехідним періодом до 2023 року. Документ носить рекомендаційний характер. Наразі в Україні йде розробка законопроекту, згідно з яким планується ввести заборону тестуванню косметичних засобів на тваринах. Для цього МОЗ розробило проект постанови уряду про затвердження нового технічного регламенту на косметичну продукцію, який дозволить ввести в Україні європейський підхід до контролю якості та безпеки косметичної продукції та створити сприятливі умови для торгівлі між Україною та країнами ЄС. Після того як фахівці міністерства закінчать працювати над новим регламентом, його оприлюднюють для громадського обговорення на сайті відомства.

Висновки. Позитивні зміни щодо питання вівісекції відбуваються прямо зараз. Це важливий крок людства на зустріч гуманності та етичному мисленню.

Проблеми збереження жінкою в пре- і постменопаузі працездатності завдяки ранній діагностиці інвалідизуючих ускладнень

Черпіта В.О

Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології.

Проблема ранньої діагностики клімактеричних розладів сьогодні є надзвичайно актуальною, незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених здоров'ю жінок старше 50 років, тому що стосується в першу чергу якості життя жінок в період їх професійної зрілості і найбільшої затребуваності в суспільстві і сім'ї. Збільшення тривалості життя і продовження віку працездатності набувають не тільки медичне, а й соціально-економічне значення як в нашій країні, так і в інших розвинених країнах.

Як відомо, повноцінне життя і здоров'я жінки залежні від гормонально-метаболического статусу в той чи інший період життя жінки. За даними ВООЗ (2016), середній вік початку клімактеричних змін - 44-47 років, пременопауза триває близько 8-10 років, а менопаузою прийнято вважати 12-місячний період. Далі настає постменопауза, і з огляду на те, що середня тривалість життя жінки в Україні наближається до 75 років, більше ніж третину свого життя, а саме 25-35 років, жіночий організм функціонує в умовах припинення роботи яєчників.

Глибокі зміни, що відбуваються в організмі жінки під час клімаксу, здатні привести до тяжких наслідків: через 4-7 років після настання менопаузи розвиваються серцево-судинні захворювання, ЦД 2 типу, ожиріння, а також захворювання опорно-рухового апарату (постменопаузальний остеопороз і остеоартроз (ОА)). Саме дефіцит естрадіолу має важливу роль в розвитку таких патологічних змін.

То ж для збереження працездатності жінки, її фізичної активності, необхідне здійснення ранньої діагностики та медикаментозної корекції гормонально-метаболического статусу, терапії супутніх поєднаних патологій і нормалізації способу життя.

В нашому дослідженні методом ранньої діагностики та попередження розвитку остеоартрозу у жінок в пре- та постменопаузі із ЦД 2 типу перспективним є вивчення клінічного значення адіпокіну вісфатіну та прозапального цитокіну гомоцистеїну.

У роботах останніх десятиліть показано, що клітини жирової тканини (адипоцити) мають ендокринну активність і секретують біологічно активні речовини - адіпокіни, що впливають на споживання їжі, метаболічні процеси, формування оксидативного стресу і порушень функції серцево-судинної системи.

Зокрема, доведена здатність вісфатіна проявляти інсуліноміметичні властивості і знижувати рівень глюкози у крові, зв'язуватися з активованими рецепторами до інсуліну. Доведено, що вісфатін грає важливу роль в розвитку раннього ОА внаслідок стимуляції проліферації хондроцитів і остеобластів шляхом активації в них метаболічних процесів, які спричиняють зміни будови хрящової тканини суглобів, але немає єдиного уявлення про фізіологічну та патофізіологічну роль вісфатіну, зокрема цікавим є вивчення клінічного значення вісфатіну в розвитку ОА у жінок в пре- та пост менопаузі, хворих на ЦД 2 типу, його естрадіолзалежність.

Сьогодні захворювання опорно-рухового апарату є важливою міждисциплінарною проблемою, яку не можна вирішувати в рамках тільки однієї спеціальності. До цього процесу мають бути залучені фахівці всіх ланок медичної допомоги - від первинної до високоспеціалізованої третинної.

Остеоартроз (ОА) - багатоконпонентна проблема, яка потребує системного підходу, формування спеціального відношення жінок в постменопаузі до хвороби, організації первинної профілактики, яка неможлива без досягнення комплаєнса між пацієнтом і лікарем.

ОА є однією з провідних причин інвалідизації, що є великою соціально-економічною проблемою. Доведено, що гомоцистеїн грає важливу роль в метаболізмі кісток і колагену, впливаючи на функцію хондроцитів, що дозволяє припустити можливість зв'язку гомоцистеїну з ОА, яким ускладнюється перебіг ЦД 2 типу у жінок в постменопаузі. В даний час у наукових дослідженнях був вивчений зв'язок між рівнем гомоцистеїну в плазмі крові і розвитком прогресуючого ОА колінного суглоба і хоча ці дослідження поодинокі та докази не є переконливими, вивчення патофізіологічних механізмів розвитку ОА дозволяє передбачити роль гомоцистеїну в цьому процесі.

Таким чином, перспективним є пошук нових методів ефективною ранньої діагностики інвалідизуючих ускладнень клімактеричних змін у жінок в пре- та постменопаузі з ЦД-2 типу для збереження нормальної якості життя та їх працездатності.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Швець О.М.

Харківський національний медичний університет,
кафедра фтизіатрії та пульмонології

Щороку діагноз нового випадку туберкульозу (ТБ) реєструють в Україні у понад 30 тисяч осіб, що становить близько 4 нових випадків щогодини. Кожен восьмий хворий на ТБ помирає. Доволі критична ситуація з розповсюдженням цієї небезпечної інфекційної хвороби на сьогодні склалася не тільки у нашій державі, а у всьому регіоні Східної Європи та Центральної Азії. Особливо це стосується його стійких, хіміорезистентних форм (ХРТБ), які є нечутливими до основних, найбільш ефективних протитуберкульозних ліків та останніми роками набувають все більшого поширення в Україні та світі. Ситуація ускладнюється ще й тим, що порівняно зі звичайним туберкульозом, лікування якого складає 6 місяців, випадки ХРТБ потребують в декілька разів більше витрат на лікування, а сам курс лікування триває аж до 2-х років та нерідко супроводжується низкою побічних реакцій на препарати, що стає справжнім фізичним та психологічним випробуванням для кожного хворого на ХРТБ.

Мета: проаналізувати ефективність амбулаторного лікування хворих на туберкульоз, яким надавалася медико-соціальна підтримка.

Матеріали та методи: проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 90 хворих на туберкульоз легенів. Групу 1 склали 47 хворих які на амбулаторному етапі лікування отримували медико-соціальну підтримку у вигляді щоденного безпосереднього контролю соціального працівника за прийомом ліків, заохочення хворих до лікування продуктовими наборами та надання їм психологічної підтримки. До Групи 2 увійшло 43 хворих, які медико-соціальної підтримки не отримували.

Результати: під час проведення аналізу встановлено, що ефективність лікування була вищою у групі хворих, яким на амбулаторному етапі лікування надавалася медико-соціальна підтримка. Так із 47 хворих з результатом «Вилікуваний» або «Лікування завершене» закінчив основний курс хіміотерапії 31 хворий (65,9%). В той час як у групі хворих, які не отримували медико-соціального супроводу, ефективність лікування була майже вдвічі нижчою і становила 37,2% (16 позитивних результатів лікування). Частка хворих, які перервали лікування була помітно вищою серед хворих Групи 2–15 хворих (34,9%) проти 7 хворих (14,9%) у Групі 1. Невдале лікування за результатами бактеріоскопії мокротиння було виявлено у 7 хворих (14,9%) Групи 1 та у 7 хворих (16,3%) Групи 2. Померли від туберкульозу в процесі лікування 1хворий (2,1%) Групи 1 та 5 хворих (11,6%) Групи 2.

Висновок: таким чином, медико-соціальна підтримка зарекомендувала себе як ефективний етично обґрунтований спосіб формування прихильності у хворих на туберкульоз, які перебувають на амбулаторному етапі лікування, що дає змогу очікувати зростання відсотку позитивних результатів лікування та поліпшити епідемічну ситуацію нашої країни в майбутньому.

СТИГМАТИЗАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Шевченко О. С., Говардовська О.О.

Харківський національний медичний університет,
кафедра фтизіатрії та пульмонології

Вивчення історичних подій доводить, що хворі на туберкульоз (ТБ) були демонізовані та ізольовані через страх інфікуватися. З розвитком діагностики та початком ери антибіотиків стигматизація хворих стала мінімальною, оскільки ТБ більше не був вироком. Проте, нинішня епідеміологічна ситуація з Ко-інфекції вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) + ТБ, призвела до збільшення підозри та «маркування» хворих на ТБ, як хворих з ВІЛ. Це можна вважати початком етапу відновлення стигми щодо ТБ.

В класичному дослідженні присвяченому стигматизації І. Гоффмана («Стигма: Нотатки про управління зіпсованою ідентичністю» - 1963 р.) представлено, що стигма формується через дискредитацію людей, які негативно сприймаються суспільством, що проявляється у «відчуженні» від них та ігноруванні їх особистості. Соціум ідентифікує носія стигми як відстороненого члена суспільства, який є знеціненим, якого остерігаються і щодо якого обмежуються доступ до суспільних привілеїв та соціальних зв'язків.

У пацієнтів з ТБ та іншими соціально-небезпечними захворюваннями (СНЗ) стигма може призвести до небажання розкривати інформацію щодо наявності захворювання або статусу. Особливо неприємні наслідки може викликати приховування таких даних від лікарів або найближчих родичів. Відмова надавати таку інформацію виникає через страх розкриття інформації стороннім особам, втрати економічних можливостей та роботи, втрати поваги в сім'ї та суспільстві, страху передачі інфекції своїм близьким та наступного сорому, почуття провини, осуду від оточуючих.

Велика кількість досліджень, щодо стигми і дискримінації, зумовлених ВІЛ-статусом, доводять що стигматизація істотно обмежує доступ людей, які живуть з ВІЛ, до медичних та соціальних послуг. Крім того, значно ускладнюється діяльність з профілактики поширення ВІЛ, стигма перешкоджає своєчасному виявленню нових випадків інфікування серед уразливих груп і серед населення в цілому. Досліджень щодо інших нозологій недостатньо, проте можна припустити, що подібна ситуація виникає і в аспекті інших СНЗ.

Враховуючи епідеміологічну ситуацію в Україні, супротив СНЗ має бути комплексним, ґрунтуватися на сучасних ефективних підходах, а це передбачає світоглядні зміни у суспільстві та медичній спільноті. Зниження частоти та зменшення проявів стигматизації пацієнтів з ТБ та іншими СНЗ може позитивно вплинути на ефективність виявлення, лікування та профілактики СНЗ, а отже покращити епідеміологічну ситуацію у країні.

УЧАСТИЕ ЛИЦ СЕЛА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ИНТЕНСИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ.

Р. Юлдашев А.Салахиддинов, Бобоев М.М.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Выяснить участие лиц села с артериальной гипертонией (АГ) в интенсивном вмешательстве.

Материалы и методы: Мы в 2-х районах Андижанской области провели скринирующее исследование на предмет АГ, обоого пола в возрасте 18-65 лет. Выявленным больным с АГ (390 человек) предложено непрерывная медикаментозная терапия. Наблюдение велось 3 года.

Результаты исследования: В течение первого года исследования в группа активного вмешательства (211 лиц с АГ) прекратили лечение 5 мужчин (2,4%) из числа начавших лечение. Из них 2 (1,0%) прекратили лечение в течении 6-9 месяцев, 3 человека (1,4%) к концу года. Во 2-м году прекратили лечение 8 человек (3,9%). В итоге за 3 года в группе активного вмешательства в течении 1 года прекратили лечение 10 лиц, что составляет 8,5%. В группе сравнения (179 лиц с АГ) в течении 1-го года прекратили лечение 10 лиц с АГ (5,6%), 2-го года 12(7,5%) и 3-го года-10 (6,4%). Всего за 3 года прекратили лечение 32 больных, что составляет 17,9%, т.е. 2 раза превышает от данных групп вмешательства. Таким образом, в группе вмешательства в течение года лечилсь 206 больных (97,6%) от всех влеченных в группу лечения, в течении двух лет 201 больной(95,3%), 3-х лет-193 больных (91,5%). Тогда как в группе сравнения эти показатели составляют 169 человек (94,4%), 157 (87,7%) и 151 (84,4%).

Заключение: Причинами прекращения лечения были отсутствие субъективной симптоматики АГ, чрезмерная занятость на работе, низкая культура медицинских знаний, в частности в отношении АГ и её осложнений.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Р.Н.Юлдашев, Н.Д.Касимова, Д.Г.Иргашева, З.В.Юнусова, Бобоев М.М.
Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
(Узбекистан)

Целью работы было изучение причин смерти у больных, находившихся на лечении в кардиологическом отделении клиники АГМИ и умерших от острой сосудистой патологии, их клинико-лабораторных показателей и принципов лечения.

Проанализирована 51 история болезни пациентов, умерших от острого инфаркта миокарда (ОИМ). Было выделено 2 группы больных: имеющие ИБС в сочетании с СД и не имеющие СД. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, стажу ИБС и СД, количеству проведенных койко-дней, проводимой терапии. Средний возраст больных до смерти составил при сочетании с СД $68,6 \pm 2,1$ года, а без него $70,5 \pm 2,3$ года.

Результаты исследования: среди 51 пациента, умершего от ОИМ 18 больных (35,2%) имели СД типа 2, а 33 (64,8%) – не имели его. Умерших мужчин с СД было 8 человек (44%), без него – 20 (60%), а женщин соответственно – 10 (56%) и 13 (40%). Причем в возрастной категории 40-50 лет при СД смерть наступила у 4 человек (22%), 50-60 лет - у 6 (35%), старше 60 лет - у 8 (43%). Без СД в этом возрасте соответственно умерли 5 человек (15%), 11 человек (33%) и 17 человек (42%). Количество койко-дней, проведенных больными в стационаре до смерти составило: при СД – $5,3 \pm 0,5$ дня, без СД – $6,5 \pm 1,3$ дней. Стаж ИБС до смерти составил при сочетании с СД - $7,7 \pm 1,4$ лет, без СД - $9,9 \pm 1,9$ лет. Всем больным проводилось исследование глюкозы крови и липидный спектр. В острый период инфаркта миокарда гипергликемия наблюдалась у 13 больных с СД (75%) и составила $14,7 \pm 0,92$ ммоль/л; и у 9 больных без СД (26%) и составила $7,4 \pm 0,35$ ммоль/л. А уровень холестерина и липопротеидов низкой плотности соответственно составил: у больных СД - $5,1 \pm 0,22$ и $2,9 \pm 0,39$ ммоль/л; у больных без СД – $4,4 \pm 0,26$ и $2,9 \pm 0,21$ ммоль/л. Причем, гиперлипидемия наблюдалась лишь у 3 (15%) больных с СД и у 4 (12%) больных без СД. В лечении больных чаще использовались ингибиторы АПФ: при СД - в 50%, без него – в 41% случаев; и β -блокаторы: при СД - в 15%, без него – в 12% случаев.

Выводы: Среди умерших больных от острого инфаркта миокарда сахарным диабетом страдала одна треть. Частота смерти у больных ОИМ с СД выше в более молодом возрасте, чем без СД, а в старшем возрасте процент

умерших почти одинаков. Смерть больных ОИМ на фоне СД при одинаковом лечении наступает раньше, чем без него.

MODERN PROBLEMS OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

Ascheulova T.V., Honchar O.V., Kompaniets K.M., Smyrnova V.I.
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

After introduction of a new paradigm of clinical practice more than 20 years ago, the concept of evidence-based medicine quickly contributed to the unification of approaches to the diagnosis and treatment of diseases, including those that lead to the disability of patients and may endanger life. The result was a significant increase in not only economic, but also medical, social effectiveness of treatment in literally all areas of clinical medicine.

At the same time, it could be emphasized that at the present stage of the development of medical science, the paradigm of evidence-based medicine is frequently being compromised due to the conflict of interests leading to the misuse of the term "clinical evidence" in commercial interests, when the pharmaceutical companies sponsoring the research determine its design, the number of observations and which drugs will be tested. Thus, a large number of randomized clinical trials avoids direct comparison of the agent being tested with drugs of the same group with proven maximum efficacy in this nosology. Another common practice manipulation of dosing and treatment regimen in the comparator group. Moreover, often experimental statistical evidence in such studies (such as the use of surrogate endpoints) justifies the use of a novel agent whose predicted benefit, albeit significant in statistical terms, is too small to actually improve prognosis. In other cases, evidence might be technically considered invalid for patients with comorbidity (which are common in clinical practice, but are generally excluded from trials). At the stage of publication of the results, there is also a bias with the publication of mostly positive results of the study (up to 100% vs 40% for negative results). Another major problem today is the actual impossibility of introducing an innovative drug with predictable high efficacy in the absence of financial support and research ensuring compliance with the current requirements of major players in the global pharmaceutical market.

In addition to the above, the overwhelming amount of medical evidence obtained so far makes a thoughtful evaluation and practical use by a practitioner practically impossible. Even the clinical guidelines that summarize the evidence, for the most part, are too voluminous to be used constantly by doctors in their practice.

Thus, the introduction of systematic comparison, synthesis and application of high-quality empirical data has made it possible to achieve significant progress in

all branches of medical science and practice and save many lives. At the same time, the modern model of evidence-based medicine is not perfect and, like any complicated system, has a large number of problems that are much more delicate complex than in "archaic" pre-evidence era.

ALICE A. BAILY ABOUT RACIAL AND NATIONAL DISEASES

Martynenko Nataliya

Department of Public Health and Healthcare Management
Kharkiv National Medical University

The mankind faced with a big number of diseases in different historical epochs. There were many attempts to understand and explain the main causes of morbidity. Representatives of philosophical and medical schools analyzed this phenomenon using own approaches. In majority of cases they mentioned about the same points, such as orientation of humanity on the development of preventive medicine and compensation of conditions, caused by the former misuse of nature. From their point of view it was necessary to improve the environment.

Alice A. Bailey in her works focused on the roots of the problem of morbidity.

1. *The soil of the planet*, in her opinion, is the main cause of diseases and infection. The burial customs of many nations by putting human remains into the soil grave affected its saturation by microbes. So, in the lower levels there are pathogens of old known and unknown illnesses, which still could be dangerous. Damp and dark are the best conditions for the support of vital activity of those substances. Situation could be changed by the cremation of the dead.

2. *Psychological circumstances* of a race or a nation can tend to the sickness and influence on the decreasing of their resistance to certain diseases and can cause the easier absorption of infections.

3. *Living conditions* in many countries also damage human health. Dark and crowded flats, malnutrition (or overeating), substandard food, bad habits and a big variety of occupational diseases make the contribution to the general sickness of the whole mankind.

National physical diseases can be differentiated because of domination activity of a certain people. Health problems of the population of agricultural areas differ a lot from the high-industrial ones. Physical predisposition of a sailor to an ailment, as not the same as it is a big city employee's. Some of illnesses are local, the others seem to be global according to their after-effects, some of diseases gradually die off, but new ones appear. There are ailments, which accompany mankind permanently, but the other have a cyclic character. There are endemic and epidemic ones.

Climatic conditions cause specific cases and locally spread. Cancer, tuberculosis, syphilis, meningitis, pneumonia, scrofula and cardiovascular diseases are widely spread all over the world. Contemporary medicine tries to find the ways of effective treatment. Researchers develop microbiology and physiologists are searching for methods of resistance. Sanitary, compulsory vaccination, regular checkups, quality requirements to food production, judicial requisitions, and perfection of living conditions all the approaches are used in this way. In spite of that the necessity in hospitals is increasing as well as the level of mortality.

There is an idea of combination the activity of psychologists and medical professionals with the providing of spiritual knowledge and right thinking into human everyday practice and life. In the hospitals should work specialists, who can help patients to recover physically, mentally and spiritually.

Orthodox medicine slowly accepts new techniques and methods. Sometimes it is happening too slowly, but it is necessary, because all new kinds of diagnostics and treatment have to be comprehensively and statistically proved before they become the educational subject of medical universities. Nowadays “Evidence-based Medicine” is an elective course for medical students.

In the case of injury or accident, when the victim loses blood methods of orthodox medicine will work perfectly. Physicians have no right to make any experiments with their patients. Orthodox medicine now is more open for co-operation with different mental cults, but the best way is the middle one.

ФЕНОМЕН БІОЕТИКИ ТА БІОБЕЗПЕКИ
ЯК ІНДИКАТОР СТАНУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ

Матеріали реферативної конференції
присвяченій засновнику біоетики В.Р. Поттеру

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики
внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки
Пр. Науки 4, м. Харків, Україна 61022
e – mail: pim1bioethics@gmail.com