

# АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на [www.avicenna-idp.ru](http://www.avicenna-idp.ru)

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

[www.idpluton.ru](http://www.idpluton.ru)

**Выпуск №74**

Кемерово 2020

30 ноября 2020 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISSN 2500-378X

УДК 378.001

Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на [www.avicenna-idp.ru](http://www.avicenna-idp.ru)

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамудиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтук Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницкая Евгения Александровна - ассистент федры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» [www.idpluton.ru](http://www.idpluton.ru) e-mail: [admin@idpluton.ru](mailto:admin@idpluton.ru)

Подписано в печать 30.11.2020 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

## Оглавление

1. ПРИМЕНЕНИЯ ДЕВИТАЛИЗИРУЮЩИХ ПАСТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТОВ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ И МЕТОД ДЕВИТАЛИЗАЦИИ .....	4
<b>Абдуазимова Л.А., Жуманиязова М.М., Раджапова Ф.Р., Ташкенбаева И.У.</b>	
2. ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ: НАВОДНЕНИЯ, ОПОЛЗНИ.....	8
<b>Новикова Э.В., Карагозян С.С., Мурылев В.Ю.</b>	
3. БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	14
<b>Нахушева М.И., Танашева А.З., Борисов Д.А., Балабанов А.Г.</b>	
4. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ВСЕОБЩЕЙ ДЕКЛАРАЦИИ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА И БИОЭТИКЕ.....	17
<b>Саттарова Д.Г., Рихсиева Д.Ф.</b>	
5. ПРИНЦИПЫ БИОМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.....	20
<b>Абдуллажанова Ш.Ж., Пулатова Б.Ж.</b>	
6. БИОЭТИКА В СТРАТЕГИИ НОВЕЙШИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	23
<b>Мухамедова З.М., Садикова Л.Д.</b>	
7. БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ В НАРКОЛОГИИ.....	27
<b>Муродова З.У., Рахимова М.А.</b>	

**Абдуазимова Лола Аброрходжаевна**  
**Abduazimova Lola Abrorkhodzhaevna**

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Детской терапевтической стоматологии» Ташкентского государственного стоматологического института.

**Жуманиязова Махинур Мансуровна**  
**Zhumaniyazova Makhinur Mansurovna**

магистрант 2-курса кафедры «Детской терапевтической стоматологии» Ташкентского государственного стоматологического института.

**Раджапова Фотима Рустамовна**  
**Rajarova Fotima Rustamovna**

магистрант 2-курса кафедры «Детской терапевтической стоматологии» Ташкентского государственного стоматологического института.

**Ташкенбаева Индира Улугбековна**  
**Tashkenbaeva Indira Ulugbekovna**

ассистент кафедры «Детской терапевтической стоматологии» Ташкентского государственного стоматологического института.

УДК 616.31

## **ПРИМЕНЕНИЯ ДЕВИТАЛИЗИРУЮЩИХ ПАСТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТОВ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ И МЕТОД ДЕВИТАЛИЗАЦИИ**

### **THE APPLICATION OF DEVITALIZING PASTS IN TREATMENT OF MILK TEETH PULPITES AND THE METHOD OF DEVITALIZATION**

**Аннотация:** В статье описывается лечение пульпита у детей, применения девитализирующих паст при лечении пульпитов молочных зубов и метод девитализации. Вместе с тем показаны что, девитализирующие пасты являются эффективными при лечении острого частичного серозного острого общий серозного пульпита хронического гангренозного пульпита.

**Abstract:** The article deals with the treatment of pulpitis in children, the use of devitalizing pastes in the treatment of pulpitis in milk teeth and the method of devitalization. At the same time, devitalizing pastes have been shown to be effective in the treatment of acute partial serous acute general serous pulpitis of chronic gangrenous pulpitis.

**Ключевые слова:** дети, пародонт, болевого синдрома, зуб, лечение пульпита.

**Key words:** children, periodontium, pain syndrome, tooth, pulpitis treatment

**Введение.** Пульпит является наиболее часто встречающейся формой осложнения кариеса временных зубов. Терапевтическое лечение пульпита временных зубов у детей – сложная и ответственная задача, стоящая перед врачом-стоматологом. Сложность определяется не только особенностями психо-эмоционального состояния ребенка и анатомо-физиологическими особенностями строения пульпы, а также трудностями в сборе анамнеза, проведения диагностических мероприятий, отсутствием объективных диагностических тестов, позволяющих точно определить форму пульпита, степень распространения воспалительного процесса в пульпе. [1, С. 25-26]

Лечение пульпита зубов у детей — сложная и ответственная задача в практической работе врача-стоматолога, целью которого является быстрая ликвидация болевого синдрома, предупреждение развития воспалительного процесса в периодонте зуба и сохранение его функциональной ценности. Лечение пульпита зубов у детей — сложная и ответственная задача в практической работе врача-стоматолога, целью которого является быстрая ликвидация болевого синдрома, предупреждение развития воспалительного процесса в периодонте зуба и сохранение его функциональной ценности. Существующие методы лечения пульпита временных зубов можно разделить на консервативные, направленные на сохранение витальности (жизнеспособности) всей пульпы, и хирургические, предусматривающие удаление либо ее коронковой части (ампутация или пульпотомия), либо всей пульпы (экстирпация или пульпэктомия). [2, С. 56-59]

**Актуальность:**

Для лечения пульпита временных зубов используются различные методы, предусматривающие сохранение, частичное или полное удаление пульпы. Однако процент осложнений, возникающих после лечения, остается высоким и достигает 65%. [3, С.24-28]

В повседневной работе детского стоматолога все чаще применяется метод лечения с использованием девитализации и мумификации пульпы. В настоящее время для девитализации пульпы временных зубов применяют средства, содержащие параформальдегид («Depulpin», Девит-С, Девит-П) или триоксиметилен («Caustinerffortsansarsenic», «Caustinerffpedodontic»). В качестве мумифицирующих паст используют «Cresopate», «Крезодент», «Temporphore» [4, С.68-71].

Клиническая эффективность лечения хронического пульпита временных зубов методом девитальной ампутации с применением препарата «Крезодент» и пасты «Крезопат» составила 92,8 – 93,6%. [5, С.50-53] Бактерицидное и антисептическое действие мумифицирующей пасты «Temporphore» обусловлено входящими в ее состав йодоформом, тимолом и креозотом, что обеспечивает 86,5% успеха при применении в практической эндодонтии во временных зубах [6, С.274-275]. Твердеющая паста «Иодент», содержащая хлорфенол (антисептик ряда фенола), камфору (смягчает воздействие фенолов), йодоформ (обеспечивает длительное антимикробное воздействие) обладает дезинфицирующим и бактерицидным действием, что позволяет использовать ее в качестве мумифицирующей пасты при лечении пульпита временных зубов методом девитальнойпульпотомии.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность лечения пульпита временных зубов методом девитализирующей пастой.

Задачи:

1. Изучить состав сроки наложения, технику наложения.
2. Изучить показаниями к девитальной ампутации пульпы временных зубов.
3. Изучить противопоказания.
4. Изучить показаниями к девитальнойпульпэктомии или экстирпации пульпы временных зубах.

1. Девитализирующие пасты состоит из с мышьяком (Каустинерв рапид, Каустинерварсеникал, ДевитАрс)без мышьяка (Каустинерв форт, Депульпин, Пульпекс, Нон арсеник.

Сроки наложения девитализирующих паст: На основе мышьяка, Однокорневые зубы – 1 сутки: Многокорневые – 2 суток.

На основе триоксиметилена: Однокорневые зубы – 7-10 дней, Многокорневые – до 15 дней

Техника наложения: Небольшим шаровидным бором предельно широко раскрывается кариозная полость зуб изолируют от слюны кариозную полость высушивают ватным тампоном, накладывают на 3-5 минут обезболивающую жидкостьобнажается пульпа, мышьяковистая паста накладывается на кончике зонда на вскрытую пульпу затем сверху ватный тампон. Кариозную полость герметично закрывают без давления жидко замешанным искусственным дентином. Во второе посещение приступают к окончательному препарированию кариозной полости, затем проводят ампутацию коронковой пульпы, формируют первичный эндодонтический доступ, затем экстирпируют пульпу.

2. Показаниями к девитальной ампутации пульпы временных зубов являются: острый частичный серозный пульпит (встречается крайне редко) (острый пульпит по МКБ-С,1995); острый общий серозный пульпит (острый пульпит по МКБ-С,1995);хронический фиброзный пульпит (хронический язвенный пульпит, хронический пульпит по МКБ-С,1995); хронический гипертрофический пульпит (хронический гиперпластический пульпит по МКБ-С,1995); обострение хронического пульпита без явлений острого периодонтита.

3.Противопоказания: острый гнойный пульпит (гнойный пульпит по МКБС,1995); острые и обострения хронического пульпитов с явлениями острого периодонтита; хронический гангренозный пульпит (гангрена пульпы по МКБ-С,1995); рентгенологические изменения костной ткани в области фуркации корней или апикальной части; внутренняя резорбция корня(ей) зуба.

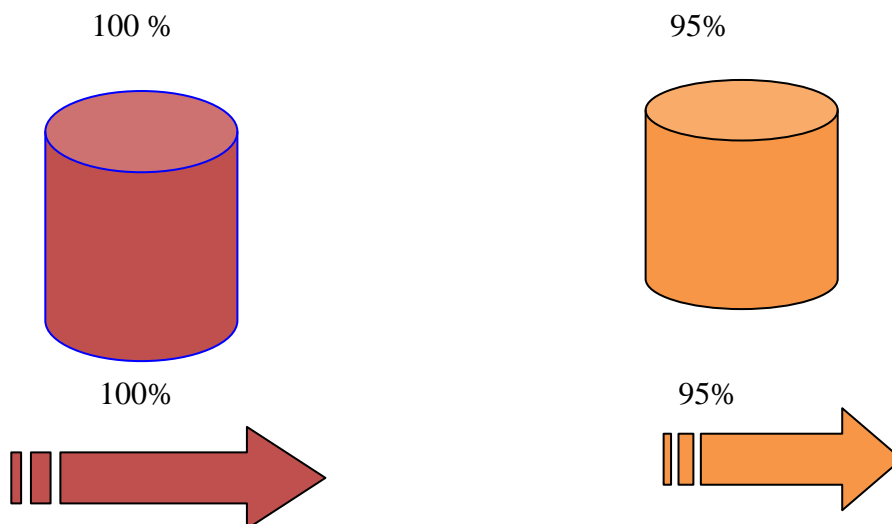
4. Показаниями: к девитальнойпульпэктомии или экстирпации пульпы временных зубов являются: острый гнойный пульпит (гнойный пульпит по МКБС,1995); хронический гангренозный пульпит (гангрена пульпы по МКБ-С,1995); острые или обострение всех форм пульпита с явлениями острого периодонтита; хронические или обострение хронических пульпитов с рентгенологическими признаками изменений костной ткани в области фуркации корней или апикальной части корня

### Материал и методы.

По поводу хронического пульпита проведено терапевтическое лечение 20 временных зубов у 15 детей в возрасте от 2 до 9 лет. У каждого ребенка оценен уровень интенсивности кариеса зубов. Лечение хронического пульпита проводилось по общепринятой методике. В первое посещение под местной анестезией (по показаниям) препарирована кариозная полость, вскрыта или раскрыта полость зуба, наложена девитализирующая паста «Caustinerffortsarsenic» на 7 дней под временную пломбу. Во второе посещение удаляли временную пломбу, ампутировали пульпу, на устья корневых каналов накладывали пасту «Иодент» и постоянную пломбу. Наблюдение за пациентами осуществляли через 3 и 6 месяцев. Критериями успешного лечения было отсутствие жалоб, состоятельность пломбы, отрицательная перкуссия и отсутствие изменений на слизистой оболочке десны в области вылеченного зуба. Результаты исследования. В результате исследования установлено, что среднему оценочному критерию соответствовала интенсивность кариеса зубов у 2 детей, что составило  $13,0 \pm 8,6\%$ . Высокому оценочному критерию соответствовала интенсивность кариеса зубов у 6 детей ( $40,0 \pm 8,6\%$ ), а почти половина детей (7 человек или  $47,0 \pm 12,8\%$ ), у которых проведено лечение пульпита временных зубов, имела очень высокий уровень интенсивности кариеса зубов. Анализ результатов лечения показал, что через 3 месяца у всех пациентов отсутствовали жалобы и отмечено клиническое благополучие. Через 6 месяцев только у одного ребенка на слизистой оболочке полости рта в области проекции фуркации корней 1 первого временного моляра, что составило  $5,0 \pm 4,8\%$ , был выявлен свищ с гнойным отделяемым. Осложнение возникло у 3-летнего ребенка с очень высоким уровнем интенсивности кариеса зубов и поведением, которого соответствовало рейтингу 2 (негативное поведение) по шкале поведения Frankl. Особенности поведения ребенка создали трудности при диагностике и проведении этапов лечения.

Таким образом, ближайшие результаты лечения пульпита временных зубов методом девитальной ампутации с применением твердеющей пасты «Иодент» свидетельствуют о высокой клинической эффективности ( $95,0 \pm 4,8\%$ ) и может быть методом выбора у детских стоматологов.

Результаты :



**Выводы:**

На основании всего вышесказанного можно сделать вывод что девитализирующие пасты являются эффективными при лечении острого частичного серозного острого общий серозного пульпита хронического гангренозного пульпита острых или обостривших всех форм пульпитов с явлениями хронического или обострившего хронических пульпитов молочных зубов.

**Библиографический список:**

1. Белая Т.Г., Михайловская В.П., Горбачева К.А. Опыт сочетанного применения препарата «Крезофен» и пасты «Крезопат» при лечении пульпита временных зубов // Современная стоматология. – 2006. - №4. – С.25-26.
2. Белик Л.П., Козловская Л.В., Висович И.А. Современная стоматология.- 2010 - № 1- С. 59-60.
3. Бенджамин Бризено, Карл Эрнст Лечение корневых каналов молочных зубов // Клиническая стоматология. – 1999. - №1. – С.24-28.
4. Гажва С.И., Пожиток Е.С. Анализ осложнений, возникающих в результате лечения пульпита молочных зубов методом девитальной ампутации // Клиническая стоматология.- 2009. - №3. – С.68-71.
5. Елизарова В.М., Воробьев Ю.И., Ковылина О.С., Трутень В.П. Диагностика и выбор тактики лечения хронических форм пульпита молочных зубов у детей // Стоматология. – 2001. - №2. – С.50-53.
6. Мельникова Е.И., Романова О.С., Каляда Е.С. Лечение пульпита временных зубов с применением пасты «Temporhore»: Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии: сб.тр., посвящ. 50-летию стоматологического факультета БГМУ/ под общ. Ред. И.О. Походенько-Чудаковой. – Минск: БГМУ, 2010. – С. 274-275.

**Новикова Элла Викторовна  
Novikova Ella Viktorovna**

студент

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России  
E-mail: Novikova.Ella.V@yandex.ru**Карагозян Светлана Сергеевна  
Karagozyan Svetlana Sergeevna**

студент

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

**Мурылев Владимир Юрьевич  
Murylev Vladimir Yurievich**

старший преподаватель

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

УДК 614

**ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ:  
НАВОДНЕНИЯ, ОПОЛЗНИ****THE NATURAL EMERGENCIES OF THE SARATOV REGION: FLOODING, LANDSLIDES**

**Аннотация:** В статье рассматриваются чрезвычайные ситуации природного характера в Саратовской области на примере наводнений и оползней. Изучаются причины и последствия их возникновения. Рассматриваются структура санитарных потерь и способы их ликвидации.

**Abstract:** The article examines natural emergencies in the Saratov region on the example of floods and landslides. The reasons and consequences of their occurrence are studied. The structure of sanitary losses and methods of their elimination are considered.

**Ключевые слова:** чрезвычайные ситуации, наводнения, оползни, Саратовская область, ликвидация последствий.

**Key words:** emergency, floods, landslides, Saratov region, consequence management.

ЧС природного характера - это неблагоприятная обстановка на конкретной местности, сложившаяся по причине опасного природного явления или стихийного бедствия, которое может вызвать существенные санитарные и материальные потери, нанести вред окружающей природной среде, нарушить нормальную жизнедеятельность населения.

Среди ЧС природного характера в Саратовской области наиболее вероятны наводнение, сильный ветер, пожары, засуха, снегопады и оползни.

Наводнение - это существенное временное затопление водой местности вследствие подъема её уровня в водоёме, приводящее к социальным, экономическим, экологическим потерям, урону здоровью или гибели людей. Наводнения в нашей стране и в мире находятся на первом месте по частоте, площади распространения и суммарному среднегодовому ущербу и на втором месте по числу человеческих жертв, уступая землетрясениям.

К основным причинам, вызывающим затопления, относятся

- обильные осадки, провоцирующие паводки;
- заторы на реках, способствующие резкому подъему уровня вод в реках;
- традиционное половодье, вызванное быстрым таянием снега в весенний период;
- преграда живого сечения русла реки во время ледохода и стеснение живого сечения – затор;
- зажоры – блокада живого сечения реки в период начала осеннего или зимнего ледостава массой внутриводного льда, шуги, обломков заберегов или небольших льдин;
- **ошибки в регулировании уровня воды на гидротехнических объектах.**

По степени опасности подъема воды в реках Саратовскую область можно отнести к опасному типу районов, где максимальные уровни на 1,5–2,0 м превышают уровни начала затопления, с периодическим проявлением характера, соответствующего весьма опасному типу (максимальные



уровни на 2,1–3,2 м превышают уровни начала затопления).

По масштабу и наносимому ущербу наводнения в области относятся к низким: относительно небольшая площадь затопления, незначительный материальный ущерб и, как правило, несут минимальные санитарные потери.

В Саратовской области к главным причинам наводнений относят половодья и паводки, приводящие к повышению уровня воды в реках. Наиболее подвержены наводнениям населенные пункты, расположенные на следующих реках: Хопер (притоки Аркадак, Карай), Медведица (притоки Аткара, Идолга, Баланда, Карамыш, Терса), Большой и Малый Узень, Большой и Малый Иргиз. Исходя из расположения данных водных источников, можно сделать вывод, что в зону возможного затопления могут попасть с высокой вероятностью такие территории, как Вольский, Новоузенский, Озинский, Перелюбский, Дергачевский, Петровский, Калининском, Пугачевский и Самойловский районы. Особое внимание нужно обратить на города Аткарск на реке Аткара и Балашов на реке Хопер, как на наиболее часто подверженные наводнениям, что объясняется особенностями рельефа данной местности.

Непосредственно в Саратове наводнения наблюдаются как следствие заторов в тех микрорайонах, которые прилегают к Лысой горе (улицы Огородная, Пролетарская, Политехническая, районы 2-ой Дачной). В результате заторов страдает проезжая часть города, затапливается частный сектор с угрозой подмывания и разрушения домов, «заливает» учебные заведения с нарушением их функционирования.

Значимость проблемы наводнений связана с риском и угрозой для жизнедеятельности человека. Они могут привести к повреждению и разрушению зданий, нарушению работы объектов инфраструктуры, ускоренному развитию экзодинамических процессов, нарушению дорожных сообщений. Возможно ухудшение санитарно-эпидемиологической обстановки в связи с:

- 1) повреждением систем водоснабжения и канализации, объектов социальной инфраструктуры, загрязнением окружающей среды отходами жизнедеятельности и производства;
- 2) активизацией механизмов передачи инфекции в результате неконтролируемого размножения переносчиков, миграцией переносчиков в населенные пункты;
- 3) скоплением людей на изолированных территориях при отсутствии медицинской помощи и адекватных санитарно-гигиенических условий.

Для Саратовской области наиболее вероятно возникновение вспышек ГЛПС, вследствие затопления биотопов грызунов и их массовой миграции в антропогенные зоны, и сибирской язвы, вследствие размыва скотомогильников.

В Саратовской области в период с 2015 по 2020г. наиболее масштабное по затопленной территории и нанесенному ущербу наводнение было весной 2018г. Результаты анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1. Паводковая обстановка в Саратовской области в 2015-2019гг.

Год	Начало половодья	Максимальный подъем воды	Количество подтопленных муниципальных районов	Подтопление жилых домов
2015	вторая и третья декады марта	12-16 апреля	3	-
2016	третья декада февраля и первая декада марта	29 февраля-18 марта	8	-
	третья декада марта	7-9 апреля		
2018	первая декада апреля	6-16 апреля	22	+ (1257)
2019	первая декада апреля	07-14 апреля	4	-

По данным МЧС в регионе были затоплены 21 низководный мост и 10 участков автомобильных дорог. В пяти муниципальных районах подтоплено 966 придомовых территорий. В Калининском районе оказались затоплены 4 частных дома, 9 человек были вынуждены переехать жить к родственникам. В Екатерининском районе подтоплены 33 жилых дома в двух населенных пунктах. Наиболее сложная обстановка сложилась в городе Аткарске, где подтоплено 155 дворов. Жить к родне уехали 132 человека, в пункте временного размещения оказались 18 жителей районного центра. Было введено 6 режимов ЧС муниципального уровня.

В связи с высокой угрозой затопления в Саратовской области в весенний период реализуются мероприятия по предупреждению и уменьшению последствий наводнений:

- извещение населения о возможной чрезвычайной ситуации;
- учет беременных, детей, инвалидов и стариков, которым в первую очередь может понадобиться эвакуация (эвакуацию беременных и тяжелобольных в больницы начинают до начала затопления);
- снабжение сельских фельдшерских пунктов запасом лекарственных средств;
- запас долгохранящихся продуктов на складах магазинов;
- организация лодочных переправ для жителей;
- откачивание воды, пробивание канав для стока;
- ледовзрывные работы на водоемах;
- дератизация на участках высокого риска заражения зоонозными болезнями, контроль охвата вакцинации животных против сибирской язвы и исследование почвы скотомогильников на наличие сибироязвенной бациллы ветеринарной службой.

Оползень – это геоморфологическое явление, сползающий сдвиг грунта с содержанием различного количества воды вниз по склону под влиянием силы тяжести. Образуется на склонах гор, оврагов, крутых берегов естественных водоёмов. В большинстве случаев возникает из-за подмыва склона, его переувлажнения обильными осадками, землетрясения или деятельности человека. Перемещение слоев грунта способно привести к разрушению и завалам жилых и производственных построек, инженерных сооружений, дорог, трубопроводов, линий электропередач, а также поражению и гибели людей.

На территории Саратова встречаются оползни береговой зоны, уступов плато и элементов овражно-балочной сети.

Оползни береговых линий связаны с близостью Волгоградского водохранилища. Причинами развития оползней в этом случае являются подмыв и разрушение берегового склона поверхностными и грунтовыми водами, застройка склонов и переувлажнение грунта вследствие неконтролируемого полива участков, обильных осадков и паводков. К ним относятся оползни на участках Пчелка, Новопчелка, Затон, Зоналка, Князевка, Увек, 1-я Гуселка.

Оползни уступов плато приурочены к склонам Соколовогорского массива и уступу Лысогорского плато (оползни Октябрьского и Смирновского ущелий, подножия Лысой горы, на участке Областной психиатрической больницы). На их возникновение оказывают влияние как природные, так и антропогенные факторы, такие как вырубка растительности на склонах, подрезка бортов оврага, искусственное подтопление, освоение оползневых террас и участков коренного склона под дачно-коттеджное строительство, чрезмерный полив.

К оползням элементов овражно-балочной сети относятся оползни следующих оврагов: Алексеевский, Безымянный, Маханый, Сеча, Глебучев. Они появляются из-за подмыва склонов оврагов, чему способствуют антропогенная деятельность и выход на поверхность грунтовых вод.

По данным отчетов ГУ МЧС России последние 5 лет в Саратовском оползневом районе действующими являются 7 из 36 подконтрольных участков. В настоящее время к активным относятся оползни на территории Октябрьского, Смирновского ущелий, Областной психиатрической больницы, Затона, Пчелки, Новопчелки, Зоналки, Увека, 1-ой Гуселки, улицы Сиреневой, оврагов Безымянный, Алексеевский, Глебучев.

Так, в апреле – мае 2019 года наблюдалась активность оползней на берегу реки Волга в дачных поселках СНТ "Утес-1" и Сосенки Волжского района Саратова и СНТ "Конструктор" и СНТ "Полет – 1" деревни Трещиха Саратовского района, которая привела к появлению трещин, повреждению домов, а в некоторых случаях и к их обрушению.

**Актуальность изучения оползневых процессов связана с интенсивным освоением склоновых территорий, в том числе береговых линий, что обуславливает необходимость проведения на них предварительных комплексных противооползневых мероприятий.**

Ликвидация медико-санитарных последствий ЧС природного характера включает мероприятия по своевременному предоставлению медицинской помощи пораженным и транспортировке их в медицинские формирования и учреждения для обеспечения эффективного лечения и реабилитации.

Спасательные работы включают:

- розыск пострадавших;
- обеспечение доступа к ним и их спасение;
- оказание первой помощи;

- эвакуацию пострадавших из зоны поражения в лечебные учреждения для оказания медицинской помощи и реабилитации.

Наиболее эффективным методом защиты населения является своевременная эвакуация из зоны поражения. Применение этого способа защиты имеет минимальные последствия для жизни и здоровья людей.

В структуре санитарных потерь при наводнении преобладают пострадавшие с признаками утопления, переохлаждения, травмами мягких тканей (небольшие раны или проколы, причиненные осколками стекла и гвоздями), сотрясением головного мозга. Могут происходить поражения электрическим током. Некоторые пострадавшие могут находиться в состоянии нервно-психического перенапряжения. Существует риск возникновения и распространения инфекционных заболеваний, вследствие ухудшения санитарно-эпидемиологической обстановки.

Первая помощь оказывается по следующей схеме:

- устранить действие поражающего фактора (вода, электрический ток);
- проверить наличие дыхания, пульса на сонных артериях, при их отсутствии – начать реанимационные мероприятия;
- при травмах следует остановить кровотечение и обеспечить иммобилизацию;
- защитить пораженного от переохлаждения.

Основной причиной гибели людей в случае внезапных наводнений и затоплений прибрежных областей является утопление. Выделяют три вида утопления:  
- аспирационное («истинное») – проникновение воды в легкие;  
- асфиктическое – рефлекторный ларингоспазм вследствие попадания в верхние дыхательные пути небольших количеств воды;  
- синкопальное – рефлекторная остановка сердца вследствие психоэмоционального шока, контакта кожи с холодной водой.

При аспирационном утоплении проводятся следующие мероприятия:

- Удаление посторонних предметов из полости рта (водорослей, тины);
- Освобождение легких от воды;
- Проведение искусственной вентиляции легких;
- Непрямой массаж сердца;
- Эвакуация в лечебное учреждение.

При асфиктическом утоплении:

- Освободить легкие от воды;
- Провести искусственную вентиляцию легких (спазм гортани устраняют с помощью фиксированного интенсивного выдоха);
- Эвакуировать пострадавшего в лечебное учреждение.

При синкопальном утоплении:

- Искусственная вентиляция легких;
- Закрытый массаж сердца;
- Эвакуация в лечебное учреждение.

Если сознание пострадавшего сохранено, необходимо принять меры по устранению стресса: снять мокрую одежду, досуха обтереть тело, тепло укутать, дать горячее питье (чай, кофе). Спасенные должны находиться под наблюдением окружающих, так как у них возможно развитие психических расстройств, неадекватных реакций на окружающую обстановку, синдрома «вторичного утопления», который может потребовать оказания реанимационной помощи.

При продолжительном вынужденном нахождении человека в воде с пониженной температурой наступает гипотермия (переохлаждение) тела, вследствие чего у большинства пораженных развиваются простудные заболевания, в том числе пневмонии.

Выживаемость человека в холодной воде при температуре воздуха +2-3°C составляет 10-15 мин, при -2°C – не более 5-8 мин. Поэтому при проведении спасательных и лечебно-эвакуаторных работ на воде, особенно в холодное время года, следует ориентироваться на применение вертолетов и быстроходных плавающих средств.

Госпитализируют пострадавших на воде в терапевтический стационар, где наблюдают не менее 2 суток и проводят профилактику возможных осложнений (пневмония, отек легких и др.).

Для Саратовской области характерны сезонные наводнения, место и время возникновения которых можно спрогнозировать, что позволяет заранее проинформировать население, организовать заблаговременную эвакуацию и, тем самым, уменьшить количество жертв.

В структуре санитарных потерь при оползнях преобладают пострадавшие с травмами различной степени тяжести, синдромом длительного сдавления, механической асфиксией. Также наблюдается кратковременное и длительное воздействие на психическое здоровье. Непрямое воздействие может включать потерю недвижимости, домашнего скота и урожая, повышение уязвимости населения, снижение его способностей реагировать на ситуацию и оказывать помощь.

Оползни, как правило, развиваются постепенно, поэтому, для предотвращения человеческих жертв, при их возникновении необходимо предупредить население и при ухудшении обстановки начать эвакуацию в безопасные районы. При активации оползня проводятся спасательные работы, включающие извлечение пострадавших из-под завалов, помощь людям при выходе из зоны поражения.

При наличии травм у пострадавших проводятся следующие мероприятия:

- остановка кровотечения;
- наложение асептической повязки на рану;
- обезболивание;
- применение таблетированного антибиотика;
- транспортная иммобилизация;
- эвакуация в лечебное учреждение.

При синдроме длительного сдавления:

- наложение жгута на конечность проксимальнее травмы;
- освобождение конечности от сдавления;
- эластичное бинтование и охлаждение поврежденной конечности;
- иммобилизация поврежденной конечности;
- введение анальгетиков, седативных, сердечных препаратов;
- инфузия солевых растворов;
- щелочное питье;
- эвакуация в лечебное учреждение.

Для Саратовской области наиболее характерна активация оползневых процессов в весенне-осенние периоды, когда больше всего выпадает осадков. Также существует связь оползней береговой зоны с весенним половодьем. Многие оползни располагаются в отдаленных дачных поселках, что затрудняет своевременное оказание медико-санитарной помощи пострадавшим. Поэтому важно осуществлять контроль над состоянием оползней, проводить противооползневые мероприятия, а при ухудшении обстановки обеспечить эвакуацию населения.

**Выводы:**

1. В структуре катастроф Саратовской области особое место занимают чрезвычайные ситуации, вызванные различными природными явлениями, что обусловлено многообразием климатических, геоморфологических и гидрологических условий данной местности.

2. В регионе ежегодно возникают наводнения разных масштабов, что зависит как от климатической обстановки, особенно в весенне-осенний период, так и от проводимых противопаводковых мероприятий.

3. Многие районы нашей области, занятые различными постройками, подвержены оползневому процессам, что обуславливает необходимость контроля над данными территориями и проведения мероприятий по их предупреждению.

4. Наиболее эффективными мероприятиями по снижению санитарных потерь при наводнениях и оползнях являются информирование населения и своевременная эвакуация из зоны поражения.

**Библиографический список:**

1. ВОЗ. Наводнения [Электронный ресурс]. - URL доступа: <https://www.who.int/hac/techguidance/ems/floods/ru/> (02.11.2020)

2. ВОЗ. Оползни [Электронный ресурс]. - URL доступа: <https://www.who.int/hac/techguidance/ems/landslides/ru/> (02.11.2020);

3. Данилов В.А. Комплексное применение технологии ГИС и наземного лазерного сканирования для исследования оползневых тел (на примере оползня в Октябрьском ущелье города Саратова) [Электронный ресурс] / Данилов В.А., Федоров А.В., Морозова В.А. // Изв. Сарат. ун-та Нов. сер. Сер. Науки о Земле.- 2019.- №3.- URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnoe-primeneniye-tehnologii-gis-i-nazemnogo-lazernogo-skanirovaniya-dlya-issledovaniya-opolznevyh-tel-na-primere-opolznuya-v> (дата обращения: 02.11.2020);

4. Карнаухов И.Г. Осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки и риск возникновения чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия при стихийных бедствиях и антропогенных катастрофах [Электронный ресурс] / Карнаухов И.Г., Старшинов В.А., Топорков В.П. и др.// Проблемы особо опасных инфекций.-2012.-№2.- URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/oslozhneniya-sanitarno-epidemiologicheskoy-obstanovki-i-risk-voznikoveniya-chrezvychaynyh-situatsiy-v-oblasti-sanitarno-epidemiologicheskogo-bлагополучiya-pri-stihiynnykh-bedstviyakh-i-antropogennykh-katastrofakh> (дата обращения: 02.11.2020);
5. Корнилов Н.В., Травматология и ортопедия: учебник / Н.В. Корнилов [и др.]; под ред. Н.В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 592 с. – С.142-144; 148-151;
6. Ликвидация последствий наводнений [Электронный ресурс]. - URL доступа: <https://fireman.club/inseklodepia/likvidaciya-posledstvij-navodnenij/> (02.11.2020);
7. Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера [Электронный ресурс]. - URL доступа: [https://www.volgmed.ru/uploads/files/2017-9/73255-zanyatie\\_3\\_mediko-sanitarnoe\\_obespechenie\\_pri\\_likvidacii\\_posledstvij\\_chrezvychajnyh\\_situacij\\_prirodnogo\\_haraktera.pdf](https://www.volgmed.ru/uploads/files/2017-9/73255-zanyatie_3_mediko-sanitarnoe_obespechenie_pri_likvidacii_posledstvij_chrezvychajnyh_situacij_prirodnogo_haraktera.pdf) (02.11.2020);
8. Морозова В.А. Анализ гидрологических данных и оценка зоны затопления на участке реки Большой Иргиз в районе г. Пугачёв Саратовской области [Электронный ресурс] // Современные проблемы территориального развития -2018.-№2.-URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-gidrologicheskikh-dannyh-i-otsenka-zony-zatopeniya-na-uchastke-reki-bolshoy-irgiz-v-rayone-g-pugachyov-saratovskoy-oblasti> (дата обращения: 02.11.2020);
9. МЧС России. Главное управление по Саратовской области [Электронный ресурс]. - URL доступа: <https://64.mchs.gov.ru/> (02.11.2020);
10. Особенности ликвидации последствий наводнений [Электронный ресурс] // Предупреждение и ликвидация чрезвычайных ситуаций. - URL доступа: <http://www.obzh.ru/pre/3-5.html> (02.11.2020);
11. Тарасов М.А. Эпизоотологическое обследование очагов зоонозов в условиях стихийного бедствия (наводнение) [Электронный ресурс] / Тарасов М.А., Янович В.А., Копылов П.В. и др.// Проблемы особо опасных инфекций.-2013.-№4.-URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epizootologicheskoe-obsledovanie-ochagov-zoonozov-v-usloviyah-stihiynogo-bedstviya-navodnenie> (дата обращения: 02.11.2020);
12. Цвиркун А.Д. Управление процессом ликвидации последствий наводнений на промышленных объектах и территориях [Электронный ресурс] / Цвиркун А.Д., Резчиков А.Ф., Кушников В.А. и др.// УБС.- 2020.- №83- URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-protsessom-likvidatsii-posledstviy-navodneniy-na-promyshlennykh-obektah-i-territoriyah> (дата обращения: 02.11.2020);
13. Чумаченко А.Н., Хворостухин Д.П., Морозова В.А. Построение гидрологически-корректной цифровой модели рельефа (на примере Саратовской области) [Электронный ресурс]// Изв. Сарат. ун-та Нов. сер. Сер. Науки о Земле.- 2018.-№2.- URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/postroenie-gidrologicheskii-korrektnoy-tsifrovoy-modeli-reliefa-na-primere-saratovskoy-oblasti> (дата обращения: 02.11.2020).

**Нахушева Марина Исуфовна**  
**Nakhusheva Marina Isufovna**

Студент 3 курса Российского национального исследовательского медицинского университета  
им. Н.И.Пирогова

**Танашева Амина Зауровна**  
**Tanasheva Amina Zaurovna**

Студент 3 курса Российского национального исследовательского медицинского университета  
им. Н.И.Пирогова

**Борисов Денис Алексеевич**  
**Borisov Denis Alekseevich**

Студент 3 курса Российского национального исследовательского медицинского университета  
им. Н.И.Пирогова

**Балабанов Андрей Геннадьевич**  
**Balabanov Andrey Gennadevich**

Студент 3 курса Российского национального исследовательского медицинского университета  
им. Н.И.Пирогова

УДК 616.3

## **БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

### **PROTEIN-ENERGY DEFICIENCY IN GASTROENTEROLOGICAL DISEASES**

**Аннотация:** Безбелковое питание вызывает серьёзные нарушения обмена и неизбежно заканчивается гибелью организма. Недостаточное поступление и усвоение белка в организме приводит к развитию белково-энергетической недостаточности. В данной статье рассматривается влияние заболеваний гастроэнтерологического профиля на развитие БЭН.

**Annotation:** Protein-free supply is a cause of serious metabolic disorders and inevitably ends with the death of the organism. Insufficient intake and digestion of protein in the body leads to the development of protein-energy deficiency. This article examines the influence of gastroenterological diseases on the development of protein-energy deficiency.

**Ключевые слова:** белково-энергетическая недостаточность, маразм, квашиоркор, безбелковое питание.

**Keywords:** Protein-energy deficiency, marasmus, kwashiorkor, protein-free supply.

Белковая часть рациона имеет большое биологическое значение, так как именно белки являются основным пластическим материалом для клеток и тканей.

Безбелковое питание (особенно продолжительное) вызывает серьёзные нарушения обмена и неизбежно заканчивается гибелью организма. Исключение даже одной незаменимой аминокислоты из пищевого рациона ведёт к неполному усвоению других аминокислот и сопровождается развитием отрицательного азотистого баланса, истощением, остановкой роста и нарушениями функций нервной системы.[1,461]

Недостаточное поступление и /или усвоение белка в организме приводит к развитию белково-энергетической недостаточности(БЭН).Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра БЭН(Е40-46) включена в группу расстройств питания и отражает изменения, связанные с дефицитом преимущественно белка и/или иного энергетического субстрата достаточной длительности или интенсивности. Болезнь проявляется дефицитом массы тела и/или роста и комплексным нарушением гомеостаза в виде изменения основных метаболических процессов, водно-электролитного дисбаланса, изменения состава тела, нарушения нервной регуляции, эндокринного дисбаланса, угнетения иммунной системы, дисфункции ЖКТ и других органов и систем. По МКБ-10 выделяется три основных вида БЭН: алиментарный маразм, квашиоркор и смешанная форма маразм-квашиоркор[2,37]

По данным авторов, среди причин развития БЭН лидирующие позиции занимают заболевания

гастроэнтерологического профиля. Из заболеваний желудочно-кишечного тракта наиболее значимым патогенетическим механизмом развития БЭН является синдром мальабсорбции и мальдигестии (при хроническом панкреатите с проявлениями экскреторной недостаточности функции поджелудочной железы, при постгастрорезекционной дистрофии, синдроме короткой кишки или воспалительных заболеваниях кишечника).[3,102]

Как известно, мальдигестия(абсолютный дефицит секреции панкреатических ферментов) является типичным исходом хронического панкреатита (ХП) любой этиологии с длительным анамнезом, постнекротического острого панкреатита (ОП), состояний после резекции поджелудочной железы (ПЖ) или панкреатэктомии у лиц с ХП. Экзокринная недостаточность ПЖ (ЭНПЖ) у пациентов с ХП может сопровождаться стеатореей, мальнутрицией, а также снижением качества жизни. [6,37] В результате развивается квашиоркор - патологическое состояние, развивающееся вследствие первичной белковой недостаточности питания и характеризующееся гипоальбуминемией, распространёнными отёками, изменением пигментации кожи, нарушением кишечного всасывания и психическими расстройствами.[4,212]

Недостаток в пище белка и нарушение секреторной активности пищеварительных желез кишечника приводят к снижению содержания альбумина в плазме крови, что является причиной возникновения отрицательного азотистого баланса и снижения онкотического давления в плазме. Это вызывает клеточную гипергидратацию — появляются отеки.[4,212]

При заболеваниях гастроэнтерологического профиля также возможно развитие у пациента маразма. Алиментарный маразм - результат тяжёлого белкового и энергетического голодания, часто сопровождающегося дефицитом основных витаминов и минералов. Вследствие активной утилизации мышечных белков для поддержания адекватной концентрации висцеральных белков (альбумина, липопротеинов) заболевание клинически проявляется резким истощением. [2,37] К сильному снижению мышечных и жировых резервов организма без существенного изменения белков крови, как правило, приводят хронические, длительно протекающие заболевания.[5,127] Важно отметить, что причиной маразма при заболеваниях ПЖ, и в частности, при хроническом панкреатите (ХП), чаще является ситофобия. В этих случаях при выраженном болевом синдроме, который усиливается после еды, больные боятся есть. Кроме того, маразм может развиваться при неправильных диетических рекомендациях, когда больные фактически голодают, исключая из рациона белки, калорийную пищу. В случаях, когда прием пищи, в том числе высококалорийных продуктов (особенно жиров), провоцирует усиление болевого синдрома, следует наблюдать за больным и стараться расширить его рацион при уменьшении интенсивности боли. Если же пациент длительное время находится на жесткой диете, то это, безусловно, способствует развитию маразма.[7,16]

Возможно развитие смешанной формы БЭН при выраженном снижении экзокринной функции ПЖ в отсутствие адекватной заместительной терапии, а также после резекции ПЖ. Часто квашиоркор может сочетаться с маразмом при алкогольном ХП, когда панкреатическая недостаточность сочетается с нарушением элементарных диетических рекомендаций, редким приемом пищи.[7,16]

Таблица 1

Сравнительная характеристика разных форм белково – энергетической недостаточности.

Характеристика	Квашиоркор	Маразм
Определение	Патологическое состояние, развивающееся вследствие первичной белковой недостаточности питания.	Результат тяжёлого белкового и энергетического голодания, часто сопровождающегося дефицитом основных витаминов и минералов.
Антропометрические показатели	Резко снижены	Могут быть снижены
Соотношение пула висцеральных и мышечных белков.	Снижение содержания белков крови (в первую очередь альбумина). Запас мышечных белков остается адекватным.	Активная утилизация резерва мышечных белков, сохранение пула белков крови
Основные причины развития.	Исход недостаточной адаптивной функции, особенно адренкортикоидной системы	Адекватная адаптивная реакция на стресс, то есть на нарушение питания

Таким образом, как следует из таблицы №1, маразм — состояние энергетического дефицита

или сочетание этого дефицита с уменьшением периферических запасов белка, в то время как квашиоркор — дефицит висцеральных белков. Считают, что маразм представляет собой адекватную адаптивную реакцию на стресс, то есть на нарушение питания. Квашиоркор — исход недостаточной адаптивной функции, особенно адренкортикоидной системы. Маразм диагностируют в основном по антропометрическим показателям, а квашиоркор — по биохимическим показателям белкового обмена. При смешанной форме наблюдаются и периферический, и висцеральный белковый дефицит, а также энергетический дефицит[7,16]

При заболеваниях гастроэнтерологической системы возможно развитие всех трех типов белково – энергетической недостаточности.

#### **Библиографический список:**

1. Е.С. Северин. Биохимия: Учебник. 2-е изд.,испр. – М.:ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 784с.
2. И.И. Петрухин, Н.В. Левченко, О.Г.Максимова, О.А. Черенкова. Расстройства питания у детей. Часть 1./Забайкальский медицинский журнал, №4, 2016г
3. К. М. Дюсембаева, К. Т. Малышенко. Этиологический спектр белково -энергетической недостаточности у больных терапевтического профиля. //Опыт и перспективы развития медицинского образования в странах Центральной Азии: Материалы международной науч.-практич.конф./Под общ. Редакцией М.К. Телеуова, Р.С. Досмагамбетовой. – Караганда: КГМУ, 2012. – 270 с.
4. Н.П. Шабалов. Детские болезни: Учебник для вузов. 6-е изд. В двух томах. Т.1.- СПб.: Пите, 2011. – 928с.
5. А.И. Хавкин, О.Н. Комарова. Подходы к диетологической коррекции алиментарной недостаточности у детей. //Кремлевская медицина. Клинический вестник. 3-2014.// стр.126-130
6. О.А. Обухова, Ш.Р. Кашия, И.А. Курмуков. Патологические предпосылки белковоэнергетической недостаточности и возможности её коррекции сбалансированным раствором аминокислот.//Трудный пациент, №4, 2008/ стр.37-42
7. Н.Б. Губергриц. Трофологическая недостаточность при заболеваниях поджелудочной железы: клиника и диагностика.// Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,2008//стр.16-28



кандидат философских наук, доцент кафедры социально-гуманитарных наук, Ташкентский  
Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан, г. Ташкент

**Sattarova Dildora Gapparovna**

Candidate of Philosophy, Associate Professor, Department of Social Sciences and Humanities,  
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan, Tashkent

**Рихсиева Дилором Фуркатовна**

Факультет Детская Терапевтическая Стоматология Магистр 1-курса, Ташкентский  
Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан, г. Ташкент

**Rikhsieva Dilorom Furkatovna**

Faculty Of Children's Therapeutic Dentistry Master's Degree 1st year, Tashkent state Dental  
Institute, Uzbekistan, Tashkent

УДК 375

## ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ВСЕОБЩЕЙ ДЕКЛАРАЦИИ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА И БИОЭТИКЕ

### GOALS AND OBJECTIVES OF THE UNIVERSAL DECLARATION ON HUMAN RIGHTS AND BIOETHICS

**Аннотация:** Растущее число научных практик выходит за рамки национальных границ. Необходимость установления всеобщих этических руководящих принципов, охватывающих все вопросы в области биоэтики, а также необходимость содействия установлению общих ценностей все чаще становятся предметом международной дискуссии. В мире все чаще поднимается вопрос о необходимости нормотворческой деятельности в области биоэтики, как самими учеными и практиками, так и законодателями, медиками и гражданами.

**Annotation:** A growing number of scientific practices transcend national borders. The need to establish universal ethical guidelines that cover all issues in the field of bioethics, as well as the need to promote the establishment of shared values, are increasingly the subject of international discussion. The world is increasingly raising the question of the need for standard-setting activities in the field of bioethics, both by scientists and practitioners themselves, as well as by legislators, doctors and citizens.

**Ключевые слова:** Биоэтика, гуманизм, Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, биомедицинская этика.

**Keywords:** Bioethics, humanism, universal Declaration on bioethics and human rights, biomedical ethics.

С 1970-х годов границы биоэтики значительно расширились. В наши дни биоэтика не только охватывает вопросы медицинской этики; ее своеобразие состоит в том, что она выходит далеко за пределы чистой деонтологии различных форм профессиональной деятельности. Она подразумевает аналитическое изучение вопросов, связанных с эволюцией общества и даже с различными формами глобального равновесия в свете развития науки и технологии. Непростой вопрос, поставленный науками о жизни – Насколько далеко мы можем зайти? – следует дополнить и другими вопросами, касающимися взаимосвязей между этикой, наукой и свободой. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО в октябре 2005 г., уникальна тем, что практически универсальна, т.е. регламентирует все стороны медицинской деятельности и научных исследований, касающихся человека. Этот документ также доказывает возможность преодоления относительных различий между народами, нациями, культурами, религиями и принятия и признания общих принципов биомедицинской этики, несмотря на различия признающих их сообществ. Основная часть декларации ЮНЕСКО — это принципы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий, применительно к человеку. Декларация затрагивает этические вопросы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий применительно к человеку, с учетом их социальных, правовых и экологических аспектов. Декларация обращена к государствам. Когда это необходимо и целесообразно, она также устанавливает ориентиры для решений или практических действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций, как государственных, так и частных. Декларация преследует следующие цели:

1. обеспечение универсального комплекса принципов и процедур, которыми могут

руководствоваться государства при выработке своих законодательных норм, политики или других инструментов в области биоэтики;

2. установление ориентиров для действий отдельных лиц, групп, общин, учреждений и корпораций, как государственных, так и частных;

3. поощрение уважения человеческого достоинства и защиты прав человека путем обеспечения уважения человеческой жизни и основных свобод в соответствии с международными нормами в области прав человека;

4. признание важного значения свободы научных исследований и благ, приносимых научно-техническим прогрессом, с указанием при этом на необходимость того, чтобы такие исследования и прогресс не выходили за рамки этических принципов, изложенных в настоящей Декларации при уважении человеческого достоинства, прав человека и основных свобод;

5. содействие многодисциплинарному и плюралистическому диалогу по биоэтическим проблемам между всеми заинтересованными сторонами и в рамках общества в целом;

6. поощрение обеспечения справедливого доступа к медицинским, научным и техническим достижениям, максимально широкому распространению знаний о таких достижениях и быстрому обмену этими знаниями, а также совместного использования благ с уделением особого внимания потребностям развивающихся стран;

7. обеспечение защиты и реализации интересов нынешних и будущих поколений;

8. уделение особого внимания значимости биоразнообразия и необходимости того, чтобы все человечество заботилось о его сохранении.

Как известно, процесс имплементации включает механизм по ратификации международных договоров, означающий присоединение государства к международно-правовым обязательствам по их добросовестному обеспечению и введению во внутригосударственное право. Относительно положений Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека, государства-члены, берут обязательства по использованию достижений в области биологических и медицинских наук, новейших технологий на основе уважения прав человека и основных свобод.

Новые биотехнологии не только расширили научную сферу исследований биологов и медиков, но и породили массу этических и юридических проблем, в числе которых проблема абортов, суррогатного материнства, эвтаназии, имплантации, трансплантации, применения новых репродуктивных технологий и другие. Всеобщая декларация о биоэтике и о правах человека обязывает государства-члены, использовать достижения в области биологических и медицинских наук, новейших технологий на основе уважения прав человека и основных свобод. Международно-правовая система защиты прав человека направлена преимущественно на то, чтобы создать на национальном уровне условия предотвращения нарушений таких прав, а также их восстановления. Поэтому, на наш взгляд, основополагающие принципы международного гуманитарного права в сфере биоэтики должны быть закреплены в Основном законе государства и введены в медицинское законодательство во всем мире стран. В частности, необходимо предусмотреть защиту человеческого эмбриона. Как, например, это сделано в Союзной конституции Швейцарской Конфедерации от 18 апреля 1999 г., в которой статьи 119, 119-а, 120 устанавливают правила репродуктивной и трансплантационной медицины и генной инженерии человека: «Человек подлежит защите от злоупотреблений репродуктивной медициной и генной инженерией. Союз издает предписания об обращении с человеческим зародышевым и наследственным материалом. Он заботится при этом об охране человеческого достоинства, личности и семьи и в особенности соблюдает следующие принципы: а) все виды клонирования и вмешательств в наследственный материал человеческих гамет и эмбрионов недопустимы; б) нечеловеческий зародышевый и наследственный материал не может вводиться в человеческий зародышевый материал или синтезироваться с ним; в) процедуры медицински поддерживаемой репродукции могут применяться только в случае, если иным образом не могут быть устранены бесплодие или опасность заражения тяжелой болезнью, но никоим образом не для создания у ребенка определенных свойств и не для проведения исследований; оплодотворение человеческих яйцеклеток вне тела женщины разрешается только при установленных законом условиях; вне тела женщины можно развить в эмбрионы столько человеческих яйцеклеток, сколько их можно ей сразу имплантировать; г) пожертвование эмбрионов и все виды суррогатного материнства недопустимы; д) запрещается любая торговля человеческим зародышевым материалом и производными из эмбрионов. Торговля человеческими органами запрещается. Однако в мировом праве идут тенденции к защите прав ребенка уже на стадии зародыша. Так, ст. 157 УК Испании 1995 г. предусматривает уголовную ответственность за причинение плоду повреждения или травмы, нанесшей серьезный вред развитию или вызвавшей серьезный физический или психический

недостаток. Уголовный кодекс Польши 1997 г. причисляет к преступлениям прерывание беременности, когда плод достиг способности к самостоятельной жизни вне организма матери. Гражданское законодательство Израиля о деликтах признает потерпевшим не только родившегося ребенка, но и человеческий эмбрион (ст. 2 Ордонанса о возмещении вреда). Конституции Ирландии, Словакии и Чехии признают право на жизнь человека еще до его рождения, то есть с момента зачатия. В связи с преобразованием Кодекса законов о здравоохранении законодатель Франции в январе 2000 г. провозгласил, что жизнь человеческого существа должна охраняться с момента первых признаков ее проявления. Статья 1 французского Закона о правах пациентов и качестве медицинского обслуживания гласит: «Лицо, родившееся с инвалидностью вследствие врачебной небрежности, может получить компенсацию вреда, когда небрежные действия непосредственно привели к инвалидности либо усугубили ее, либо не позволили уменьшить ее». Суды Великобритании также озабочены проблемой положения эмбриона и стремятся придать последнему статус личности. Свидетельством этого может служить тенденция к установлению ответственности за причинение вреда эмбриону. Английским законодательством предусмотрены особые квалификации, когда потерпевшим является ребенок, который еще не родился или не достиг на момент совершения преступления возраста одного года. В Шотландском акте о дорожных происшествиях 1972 г. (RoadTrafficAct 1972) эмбрион признается юридической личностью. В Австралии имеет место принцип, согласно которому эмбрион обладает правом подать иск о возмещении вреда, причиненного ему по неосторожности в период его внутриутробного развития. Так, в Декларации прав ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН, провозглашается, что «ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения». Указанные в Декларации положения содержатся и в преамбуле Конвенции ООН о правах ребенка. Согласно ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах для осуществления права каждого человека на наивысший уровень физического и психического здоровья должны быть приняты меры, необходимые для обеспечения сокращения мертворождаемости и детской смертности и здорового развития ребенка. Косвенным подтверждением отношения к неродившемуся ребенку как субъекту, имеющему право на жизнь, является указание в международно-правовых документах на то, что смертный приговор не может быть исполнен в отношении беременной женщины.

**Заключение** В процессе применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий следует добиваться получения максимальных прямых и косвенных благ для пациентов, участников исследований и других затрагиваемых лиц и сводить к минимуму любой возможный для них вред. Любое медицинское вмешательство в профилактических, диагностических или терапевтических целях должно осуществляться только с предварительного, свободного и информированного согласия соответствующего лица на основе надлежащей информации. Согласие, в соответствующих случаях, должно быть явно выраженным и может быть отозвано соответствующим лицом в любое время и по любой причине без негативных последствий или ущерба.

#### **Библиографический список:**

1. Мухамедова ЗМ. Философско-методологические основания гуманизации образования в Республике Узбекистан. Автореф. дис...д - ра. . . филос. наук. - Т.:2007.
2. Зорькин В.Д. Диалог Конституционного Суда Российской Федерации и Европейского Суда по правам человека в контексте конституционного правопорядка // [ksrf.ru/News/Speech/Pages/ViewItem.aspx](http://ksrf.ru/News/Speech/Pages/ViewItem.aspx)) 105.
3. Мельниченко Р.Г. Международное право. Электронный учебник. [http://melnichenko.net/\\_p\\_name137.html](http://melnichenko.net/_p_name137.html).
4. сайт ООН [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/hr\\_bill.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/hr_bill.shtml), Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека. ( Принята 11.11.1997 на 29-ой сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО) Источник: <http://ppt.ru/newstext.phtml?id=15520> .

**Абдуллажанова Шахло Журахановна**

ассистент кафедры психиатрии и наркологии  
д.м.н., Ташкентская медицинская академия,

**Abdullaxonova Shahlo Juraxanovna**

Assistant at the Department of Psychiatry and Narcology  
Tashkent Medical Academy, MD

**Пулатова Барно Журахановна**

д.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии  
Ташкентского государственного стоматологического института,

**Pulatova Barno Juraxanovna**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Maxillofacial Surgery  
Tashkent State Dental Institute

УДК 614

**ПРИНЦИПЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ****PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS IN THE MODERN WORLD**

**Аннотация:** В статье описаны принципы биомедицинской этики в практике врачей и исторический путь биоэтики и медицины, вопросы биомедицинской этики, которые остаются актуальными на сегодняшний день.

**Annotation:** The article describes the principles of biomedical ethics in the practice of doctors and the historical path of bioethics and medicine, issues of biomedical ethics that remain relevant today.

**Ключевые слова:** биоэтика, морально-этические ценности, деонтология, клятва, милосердие, профессиональная этика.

**Keywords:** bioethics, moral and ethical values, deontology, oath, mercy, professional ethics

Более 25 веков в европейской культуре формировались, сменяя друг друга, различные морально-этические принципы, правила и рекомендации, сопровождавшие существование и развитие медицины. Сегодня она существует по преимуществу в четырех формах или моделях: модели Гиппократата, модели Парацельса, деонтологической модели и в виде биоэтики.

Исторические особенности и основания каждой из этих моделей определяли становление и выработку моральных принципов, которые составляют сегодня ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики. Исторически первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократата (ок.460-ок.370 до Р.Х.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах» и др.

Гиппократата называют «отцом медицины», основу которой составляет особый «кодекс» профессиональной светской врачебной этики. Освященные и необсуждаемые (до существования светской врачебной этики) права врачующих жрецов постепенно сменялись моральными профессиональными гарантиями и обязательствами лекарей перед пациентами.

В «Клятве» Гиппократата были впервые сформулированы и расписаны обязанности врача как перед больными, так и перед своими коллегами по ремеслу, которые независимы от места и времени их реализации. В силу этого, несколько изменяясь, они соблюдаются и сегодня, приобретая в том или ином этическом документе, будь то «Декларация», «Присяга» и т.п., свой стиль и особую форму выражения. Речь идет об обязательствах уважения и ответственности перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях не причинения вреда, оказания помощи, проявления уважения, справедливости, об отрицательном отношении к эвтаназии, абортатам, об отказе медицинских работников от интимных связей с пациентами, о заботе о пользе больного, о врачебной тайне. Среди перечисленных принципов основополагающим для модели Гиппократата является принцип «не навреди».

Написание этой статьи было обусловлено множеством вопросов, задаваемых авторам врачами, касающихся понимания врачом современной формы биоэтики.

**Что же такое биомедицинская этика?**

Это общее понятие, включающее многообразие многовекового врачебного нравственного опыта от этики врача Гиппократата до ее современной формы — биоэтики. Биомедицинская этика —

это профессиональная этика всех, кто работает в медицине и здравоохранении. Биомедицинская этика изучает отношения между людьми в системе здравоохранения, а также систему норм, ценностей и обязательств, которую принимает и исполняет врач, оказывая помощь больному человеку.

Исследования ценностного сознания различных культурных сообществ свидетельствуют, что существует фундаментальное единство главных моральных ценностей человечества, а разнообразие культур влияет на отличия лишь в деталях. Согласно современным исследованиям «индивиды и культуры не очень глубоко различаются в отношении того, что они считают конечными этическими ценностями». Это было подтверждено и фундаментальным исследованием Совета Европы, проведенным для выработки рекомендаций по вопросам биоэтики. Его результатом явился сборник норм и правил международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддистской морали — книга «Медицина и права человека» (1992 г.). Это издание свидетельствует об общности подходов стран Центральной и Восточной Европы к этическим проблемам медицины и здравоохранения. К непреходящим этическим ценностям относятся: милосердие, забота, справедливость, сочувствие, спасение жизни. Именно эти ценности являются определяющими и для профессиональной медицинской морали. Независимо от того, на каком континенте работает врач или в какой стране живет пациент, несмотря на существующие временные и пространственные границы, вопреки культурно-национальным различиям между людьми, ценности жизни и милосердия принимаются всеми врачами и пациентами. Именно поэтому биомедицинская этика является не неким независимым образованием, но формой прикладной этики, для которой характерно приложение, использование классических нормативно-этических теорий к практическим моральным проблемам медицины и здравоохранения.

В силу этого предмет биомедицинской этики — это вопросы: как реализовывать ценности милосердия, заботы, справедливости, сочувствия, спасения жизни, добра и любви в практике врача; как в сложных ситуациях клинической или исследовательской работы поступать врачу морально; каким надо быть, чтобы быть врачом?

На протяжении всей истории медицины важную задачу профессиональной этики врачи видели в умении реализовать и применить моральные ценности в конкретной медицинской практике. Так появляются понятия «моральные нормы», «нравственные принципы». Испытав на практике их регулирующую силу, медицинское сообщество считало нужным периодически формулировать на их основе обязанности врача и рекомендации по их исполнению. Таким образом, биомедицинская этика — это прикладная этика, которая на основе моральных принципов решает задачи установления таких отношений с пациентом, которые обеспечивали бы веру в лечение, доверие к врачу пациента и общества.

Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, безусловно, является основной чертой врачебной профессии. Гиппократ справедливо отмечал непосредственную зависимость между человеколюбием и результативностью профессиональной медицинской деятельности. Человеколюбие не только служит основополагающим критерием выбора профессии, но и непосредственно влияет на успех лечения, в значительной степени определяя меру врачебного искусства. «Где любовь к людям, — писал Гиппократ, — там и любовь к своему искусству»<sup>[21]</sup>. Умение подчинить себя интересам больного, милосердие и самоотверженность — это не только и не просто заслуживающие уважения свойства личности врача, а свидетельство его профессионализма.

Принципы профессиональной врачебной этики, сформулированные Гиппократом, значительно отличались от влиятельных в античной культуре нравственных обычаев, которые культивировали естественные свойства и индивидуальные потребности человека. Особенности нравственного поведения врача Гиппократ видел прежде всего в том, что оно не должно быть ориентировано на личное индивидуальное благо и поиск путей достижения этого блага (материального, чувственного и т.п.). Деятельность врача, и с точки зрения его внутренних устремлений, и с точки зрения его внешних поступков, должна мотивироваться интересами и благом пациента. «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, не праведного и пагубного», — писал Гиппократ.

Различия между моральными правилами поведения врача и повседневной практикой человеческих отношений сохраняются и сегодня. Одними из задач биомедицинской этики являются объяснение и обоснование того, почему именно эти правила получают статус основных, какова природа и причина их обязательности. Итак, предмет изучения биомедицинской этики — система морально-нравственных отношений между субъектами медицинской деятельности в

взаимоотношениях «врач — пациент», «врач — врач», «врач — общество», включая и внутреннюю нравственную самооценку врача, т.е. отношения «Я — Я».

Итак, врачам следует помнить следующие основные принципы биомедицинской этики:

1. Принцип «не навреди» (модель Гиппократ)
2. Принцип «делай добро» (модель Парацельса)
3. Принцип «соблюдения долга» (деонтологическая модель)
4. Принцип «уважения прав и достоинства человека» (биоэтика)

Как же работают эти подходы и принципы в реальной медицинской практике? Можно ли, например, опираясь на них, ответить на часто встающий перед трансплантологами вопрос: справедливо ли пересаживать почку старику, если ее можно пересадить умирающему молодому мужчине? Право на здоровье и жизнь — это гражданские права, которыми обладает любой человек независимо от возраста, материального положения. Но вновь встает вопрос о социально-практической целесообразности этого права в контексте конкретной медицинской практики. Должны ли возрастные параметры стать моральной нормой, ограничивающей права человека в распределении органов для пересадки? Подобные вопросы становятся с каждым годом все актуальнее в связи с устойчивой демографической тенденцией старения населения. Помимо стариков, к категории наименее «социально значимых» пациентов относятся заключенные, бедняки, лица с необратимой физической и психической патологией. Действие согласно принципу справедливости, в условиях современных достижений биомедицины и специфики современной демографической и социальной ситуации неизбежно требует обращения к так называемым «материальным критериям» справедливости. Принцип справедливости в фармацевтической деятельности, предполагает соблюдение интересов каждого пациента независимо от экономического фактора (социальная ориентация) и оказания квалифицированной, доступной для всех помощи.

В завершении нашей статьи хотелось бы привести отрывок из клятвы Гиппократ (клятва асклеиадов - потомков бога врачевания Асклепия) - этическое обязательство, которое давал врач в Древней Греции по окончании обучения. «Клятва», которая на протяжении более 2 тысяч лет является основным этическим документом в медицине, она же стала и основой клятвы фармацевтических работников.

«Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигеей и Панакеей, всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению следующую присягу и письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими недостатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями. Это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому. Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного кессария. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всякого намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами. Что бы при лечении - а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и славе у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

#### **Библиографический список:**

1. Крженьянец Б. Парацельс. / Мир огненный. 1994, № 5, с.86-87.
2. Биоэтика: вопросы и ответы. / сост. и отв. ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тощенко. – ЮНЕСКО, [www.unesco.ru](http://www.unesco.ru)
3. Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. – М., 2002, с. 362-363.
4. Биоэтика: вопросы и ответы. / сост. и отв. ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тощенко. – ЮНЕСКО, [www.unesco.ru](http://www.unesco.ru)
5. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М., «Грантъ», 2001, с.175.
6. Введение в биоэтику. Под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. – М., 1998.

**Мухамедова Замира Мухамеджановна**

доктор филос. наук, профессор кафедры социально-гуманитарных наук с курсом биоэтики  
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан, г. Ташкент

**Mukhamedova Zamira Mukhamedzhanovna**

Doctor of Philosophy Sci., Professor of the Department of Social Sciences and Humanities with a  
course in bioethics

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan, Tashkent

**Садикова Лола Джавлонбек кизи**

Студентка 2 курса ТГСИ, факультет МО «Стоматология»

**Sadikova Lola Javlonbek kizi**

2nd year student of TGSI, faculty of the Moscow region "Dentistry"

УДК 174

**БИОЭТИКА В СТРАТЕГИИ НОВЕЙШИХ ТЕХНОЛОГИЙ В  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ****BIOETHICS IN THE STRATEGY OF THE NEWEST TECHNOLOGIES IN DENTAL  
PRACTICE**

**Аннотация:** Обзорная статья включает в себя взгляд на современные компьютерные технологии и их влияние на отношения врач-пациент, а также ведение и лечение пациента в стоматологической практике.

**Abstract:** The review article includes a look at modern computer technologies and their impact on the doctor-patient relationship, as well as patient management and treatment in dental practice.

**Ключевые слова:** компьютерные технологии, медицина, врач, пациент, биоэтика.

**Key words:** computer technology, medicine, doctor, patient, bioethics.

В настоящее время технологии являются неотъемлемой частью жизни каждого из нас, не является исключением и медицина. Аппараты и устройства созданные по последнему слову техники, роботы проводят ряд операций на микроскопическом уровне. Создаются различные онлайн приёмы и консультации для раннего выявления патологий; медики, которые посредством компьютерных технологий, видят ваше тело насквозь; невидимые человеческим зрением сенсоры, которые анализируют информацию о вашем состоянии; генная терапия, кибернетические конечности для инвалидов, роботы-сиделки, лазерные скальпели и многое другое [1]. Уже сегодня, на пороге четвёртой индустриальной революции, не смотря на объективные «проблемы роста», создаются такие условия для развития технологий, при которых становится возможным создание для человека информационно-технологической среды, больше похожей на фантастику, нежели на реальный мир. Шагая в ногу со временем, нельзя отрицать, что современные медицинские технологии облегчают жизнь не только врачам, но и пациентам.

Клинические исследования в стоматологии включены в широкий термин «биомедицинские исследования». Для проведения биомедицинских исследований с участием людей существуют руководства, принятые на международном уровне, они изложены в Хельсинской Декларации и других документах.[2]. Отметим, что более распространенной на сегодняшний день не только в республиках Центральной Азии и Казахстане, но и других республиках СНГ, все еще остается профессиональная этика врача -стоматолога в рамках деонтологии. Биомедицинские принципы в стоматологической профессии, заключаются в том, что дантист должен действовать таким образом, чтобы повысить престиж и репутацию профессии в условиях прогресса новейших технологий. Принципы биомедицинской этики - это цели, поставленные перед профессией врача-стоматолога, они обеспечивают руководство и предлагают обоснование кодекса профессионального поведения и консультативных заключений. Главными из этических принципов являются: избегать нанесения какого-либо вреда пациенту (принцип не навреди); принцип делать благо пациенту; принцип автономии пациента; принцип информированного согласия пациента и др. Эти принципы дополняются другими этическими правилами, такими как: альтруизм, справедливость, конфиденциальность, лояльность, правдивость и другие. [3].

Кросс технологичные проекты показывают свои успешные результаты в большинстве медицинских направлений. Ярким примером является сочетание 3D-сканирования, 3D-печати, продвинутого софта и новых полимеров, которые, на наш взгляд, произвели революцию в области стоматологии. Если раньше люди вынуждены были выпрямлять зубы и исправлять прикус посредством долгих, болезненных операций, вроде протезирования или брекетов, то на сегодняшний день на рынке появилась технология «элайнеров» - индивидуальной программы использования прозрачных фиксаторов с минимумом неудобств как для пациента, так непосредственно и для врача. Работа с этими устройствами уже даёт свои результаты: на сегодняшний день доступны материалы, из которых возможно печатать временные пластиковые коронки или целые съёмные протезы в нескольких цветах [4].

Решается вечная проблема очередей в медицинских учреждениях, посредством виртуальных приёмных врача. Ведь очень часто больному - везде, во всем мире, - чтобы попасть к правильному врачу, приходится пройти через несколько этапов. Сначала прийти к врачу общей практики, далее попасть к другому на исследование и, наконец, добраться до нужного специалиста. Компьютерные технологии позволяют собрать больше данных.

Основой любого вида лечения — является постановка правильного диагноза, поэтому почти половина разработок современных медицинских компаний, так или иначе, связаны с мониторингом физического состояния человека [5]. При правильном использовании современных компьютерных технологий, врач может быть заранее осведомлён о том, как и сколько пациент спит, насколько у него стабильный или нестабильный сон. Он будет знать, какой у него пульс, артериальное давление и тому подобные необходимые данные в динамике. Соответственно, имея все эти данные, медицинскому работнику будет проще подсказать, какой врач нужен этому пациенту.

Разрабатываются огромное количество мобильных приложений, которые позволяют пациенту ввести основные свои жалобы - и тут же получить подсказку: к какому специалисту обратиться, необходима ли в данном случае экстренная помощь, на какие исследования записаться. Система электронного сбора анамнеза - очень перспективное направление, и таких моделей в мире большое количество. Новые возможности для самостоятельного контроля заболеваний откроются, в том числе, благодаря применению встроенных средств смартфона в медицинских целях: то есть, например, с помощью микрофона можно оценивать работу легких, а с помощью камеры — определять насыщенность крови кислородом. Надвигающаяся волна всевозможных носимых устройств ускорит прогресс, но и усугубит опасности — новое оборудование и мобильные приложения, предназначенные для повышения эффективности персональной медицины, неизбежно станут и источниками новых проблем, в том числе и биоэтических. Как известно, биомедицинская этика — это современная форма профессионального этического знания, включающая 4 исторически сложившиеся формы: модель Гиппократова (принцип не навреди), модель Парацельса ( принцип делай добро), Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»), Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства личности»). Биоэтика — это пространство диалога между медицинской наукой и духовной этикой. [3]. Здесь возникает вопрос: способны ли мобильные устройства обеспечить прогресс на адекватном уровне в различных сценариях? Стремительный технический прогресс и накопление знаний о человеческом организме позволяют совершенно по-новому следить за здоровьем пациентов, в том числе предоставляя это им самим. На подходе — реальная персональная медицина, которая заменит универсальные стандарты, методы лечения на новые методы, которые учитывают уникальные характеристики каждого пациента.

Сегодня сознание людей может быть практически круглосуточно занято Интернетом, а вскоре и наши организмы начнут непрерывно передавать физиологические показатели программным системам для анализа и выдачи прогнозов. В любом случае, компьютер или робот - это будет помощник, который позволит врачу легче справляться со своей главной функцией - лечением пациента. Могут автоматизироваться самые рутинные функции, а эксперты - останутся. Потому что функцию эксперта автоматизировать невозможно. Исходя из вышесказанного, можно предполагать, что в ближайшем будущем нас с вами будут ждать положительные результаты. Врач, во все времена был и остаётся в первую очередь психологом. Иногда от одного разговора с высококвалифицированным врачом, который знает толк не только в своём узком направлении, но и владеет элементарными знаниями и о психологии человека, пациенту становится в разы легче! Общение - было и остаётся лидирующим фактором в нормальной жизнедеятельности каждого из нас. Информировав пациента и строя взаимодействие с ним, крайне важно знать особенности его внутренней картины болезни, поскольку только с учетом индивидуальных особенностей его личности и эмоционального состояния, возможно, грамотно построить процесс общения с ним и при



этом исполнить основной принцип клятвы Гиппократова: «Не навреди». И эти особенности могут отличаться от эмоционально-личностных особенностей здорового человека. Именно поэтому стоит остановиться на некоторых особенностях внутренней картины болезни пациента. В будущем, пациент может стать объектом манипуляций, врач может превратиться в «робот-машину», у которого должен быть один шаблон для лечения всех болезней.

Каждый человек индивидуален и подход к нему должен быть соответствующим. Пациент-личность, а личность – как система эмоционально насыщенных отношений с социальным окружением и самим собой. Вполне естественно, что к каждому больному должен быть индивидуальный подход, учитывающий особенности его личности. Чем бы не заболел человек, какие бы неприятные ощущения он ни испытывал (боль, одышка, тошнота, зуд, жар, озноб и т.п.), он страдает также от тревоги, страха, уныния, бессилия и прочих тягостных чувств. Он не понимает, что с ним случилось, он не уверен, смогут ли ему помочь доктора, он тревожится за своё будущее [6]. Не только в психологии больного, но и в деятельности врача, по уходу за ним неминуемо встаёт вопрос о том, что означает заболевание для больного, как он на него реагирует, что стимулирует его к должному поведению в отношении болезни или, что мешает ему в этом. Медицинская этика, деонтология – взаимоотношения врача и пациента, испытываются на прочность перед всеобъемлющим процессом внедрения биомедицинских технологий во всех сферах медицинской практики. Возникают проблемы дегуманизации медицины, криминализации, медиализации и прочих, проблем. А ведь врач должен в два раза больше слушать, чем говорить; задав вопрос, врачу необходимо выслушать ответ пациента; услышать человека – значит, его понять, умение слышать – это еще и умение задавать вопросы; пациентов необходимо приближать к себе, а не отдаляться от них. Ведь, согласитесь, что стремясь установить психологический контакт с пациентом, врач должен говорить о том, что интересует самого пациента, располагая его к себе, врач должен проявлять внимательное и уважительное отношение к его личности.

Уже сегодня, смотря вперёд, на пути к началу четвёртой индустриальной революции, учёные прогнозируют в ближайшем будущем полную замену медицинского персонала на представителей современных разработок (биороботы), что приводит к тому, что врачи, которые «с душой» лечат своих пациентов, начинают походить на эти создания техники, дабы не остаться без работы. Пропадает беседа «врач-пациент», взаимоотношения, а так же взаимодействия врача со своим пациентом, то самое медицинское милосердие, которое раньше с годами только возрастало. Врачу, находясь «на своей территории», необходимо чувствовать себя уверенно и свободно. Именно врач должен быть тем самым «огоньком», тем инициатором установления с пациентом взаимоотношений в духе сотрудничества, основанных на доверии, заинтересованности обеих сторон, равноправии и во взаимном активном участии. Прежде всего, пациент должен почувствовать уважение к себе, которое будет исходить со стороны врача, с первого приветствия, первого обращения, первого слова. Огромную тревогу ещё вызывает то, что с появлением новейших и более сложных компьютерных технологий непосредственно в медицинской сфере, врачи зачастую забывают о человеческих чувствах и моральных переживаниях больных, не могут общаться с пациентами и смотрят на них «свысока». На данный момент, если сравнить показатели, которые дают эндоскопия, УЗИ, ангиография, то обычная история болезни пациента уже будет казаться субъективной, неполной, временами и не имеющей отношения к сути дела. К моему великому сожалению, определённое количество врачей больше чем уверены в том, что беседу врача с больным становится просто «ненужной», ведь есть точная технология обследований. Исходя из вышесказанного, ясно видно, что студентов учат «облегченной» модели медицины. Пациент в этой модели является совокупностью разлаженных функциональных систем, которые, в свою очередь, подлежат определенной диагностике. Человечество больше интересуют новые достижения и разработки в области технической медицины, нежели искусство общения врача и пациента. Наряду с этим в конце 20 и начале 21 века, мы стали свидетелями, определённой цепочки специалистов, которые никаким образом не принимают участия в лечении больного, однако, нельзя не подчеркнуть тот факт, что от них зависит диагноз, а так же дальнейшая методика и тактика лечения [7].

В итоге, сложилась такая ситуация, при которой врачи отрицательно влияют на качество оказываемых медицинских услуг часто путем опосредованных решений, усложняя, этим самым, систему взаимоотношений «врач-пациент». Все вышесказанное приводит к изменению ценностного и нравственного аспекта отношений врача и пациента. Ответственность за жизнь и выздоровление больного лежит на врачах. Кто будет давать клятву Гиппократова перед началом своего великого пути исцеления пациентов? Только высоконравственный врач способен на это и этого не изменят никакие тенденции и открытия современной техники.

Подводя итоги, отметим, что в медицине нравственные, правовые и профессиональные составляющие тесно взаимодействуют, нельзя принижать моральные и духовные стороны непростого взаимоотношения врача и пациента.

**Библиографический список:**

1. Москалев А.К., Затопляева А.А./Новое направление 3D – прототипирования в стоматологии – Бакалаврская работа/ Красноярск, 2017.
2. «Хельсинкская Декларация» (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1964, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002 гг.); «Международный Кодекс медицинской этики» (ВМА, Генеральные Ассамблеи 1949, 1968, 1983 гг.); «Международное руководство по этике биомедицинских исследований с участием человека» (CIOMS, Женева, 1993 г.); «Декларация по продвижению прав пациентов в Европе» (ВОЗ, 1994 г.); «Руководство по надлежащей клинической практике», подготовленное Международной конференцией по гармонизации (ICH GCP, 1996 г.); «Всеобщая декларация о геноме человека и о правах человека» (ЮНЕСКО, 1997 г.); «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины», принятая Советом Европы (1997 г.) с последующими «Дополнительными протоколами»; Рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований (ВОЗ, 2000 г.); «Всеобщая декларация по биоэтике и правам человека» (ЮНЕСКО, 2005 г.) и ряд других документов.
3. Мухамедова З.М. Этические категории в клинической стоматологии. Гуманитарный трактат. №15, с.22-26; Актуальные проблемы этики в стоматологическом образовании. Гуманитарный трактат. №14, 2017, с.20-24;
4. Темы январского, февральского и мартовского номеров журнала Computer (IEEE Computer Society, Vol. 48, No. 1–3, 2015) — перспективы и обратная сторона новых тенденций в мире ИТ, технический прогресс в медицине и применение технологий Больших Данных.
5. Зильбер А.П. Модели взаимоотношений врач-больной / А.П. Зильбер. Этюды медицинского права и этики - М.:МЕДпресс-информ, 2008. с 29-32.
6. Введение в биоэтику/А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатьев, Р.В. Коротких и др. - Введение в биоэтику - И.:«Открытое общество» 1998. с 53-76.
7. Денисов И.Н., Косарев И.И. О некоторых биоэтических аспектах новейших медицинских технологий. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Сборник научных трудов. Выпуск №11. М. 1995 г.

**Муродова Зебо Улугбек кизи**

магистр кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии  
Ташкентского Государственного Стоматологического Института

**Murodova Zebo Ulugbek kizi**

master of the Department of Hospital Therapeutic Dentistry

**Рахимова Мухаббат Азамат кизи**

магистр кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии  
Ташкентского Государственного Стоматологического Института

**Rahimova Muhabbat Azamat kizi**

master of the Department of Hospital Therapeutic Dentistry  
Tashkent State Dental Institute

УДК 174. 4

**БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ В НАРКОЛОГИИ****BIOETHICAL ASPECTS AND PROBLEMS IN NARCOLOGY**

**Аннотация:** В данной статье рассматривается актуальность этических аспектов и проблем в наркологии, поскольку биомедицинская этика в наркологии специально не разрабатывается, так как в большинстве стран наркология является разделом психиатрии, а не отдельной специальностью. Включение положений биомедицинской этики в наркологическую практику может быть существенным резервом повышения престижа и эффективности психиатрической помощи, и, кроме того, должно стать важнейшим условием ее оказания.

**Abstract:** This article examines the relevance of ethical aspects and problems in narcology, since biomedical ethics in narcology is not specially developed, since in most countries narcology is a section of psychiatry, and not a separate specialty. The inclusion of the provisions of biomedical ethics in drug addiction practice can be a significant reserve for increasing the prestige and effectiveness of psychiatric care, and, in addition, should become an essential condition for its provision.

**Ключевые слова:** Биомедицинская этика, наркология, наркологические больные, принцип автономии личности, принцип непричинения вреда, принцип благодеяния, принцип справедливости, биоэтические нормы, правдивость, приватность, конфиденциальность, компетентность, лояльность.

**Key words:** Biomedical ethics, narcology, drug addicts, the principle of personal autonomy, the principle of harmlessness, the principle of good deeds, the principle of justice, bioethical norms, truthfulness, privacy, confidentiality, competence, loyalty.

Этика в наркологии в мировой практике специально не разрабатывается, так как в большинстве стран наркология является разделом психиатрии, а не отдельной специальностью. Обществом и профессионалами статус медицинского больного в наркологии (а значит и применение к нему медицинских этических принципов и норм), хотя формально и признается, но при этом действуют многочисленные исключения из этических принципов, которые ставят наркологических больных по сравнению с соматическими, неврологическими и даже психически больными в двойственное «внеправовое» положение [1].

Поскольку наркология представляет собой раздел психиатрии, которая занимается диагностикой, лечением и профилактикой болезней, проявляющихся в пристрастии к приему наркотических лекарственных веществ и средств как результат стойкой психической и физической зависимости от них, то и в этой области своеобразно действуют принципы и нормы биоэтики [1]:

- Принцип автономии личности;
- Принцип непричинения вреда;
- Принцип благодеяния;
- Принцип справедливости;

Биоэтические нормы в наркологии [2]:

- Правдивость (ситуации умолчания правды во благо больного и прямой обман пациента);
- Приватность (обсуждение врачом состояния здоровья пациента с родственниками или другими заинтересованными лицами без ведома больного);
- Конфиденциальность (нераспространение информации);

- Компетентность (профессионализм);
- Лояльность.

Все принципы биоэтики имеют статус обязывающих при отсутствии доказательств в пользу обратного. В случаях, когда этическая норма противоречит принципу, предпочтение следует отдавать последнему (автономия важнее лояльности). Основные положения биоэтики могут быть применены и к наркологии. Принцип автономии предполагает уважение к самоопределению (свободе) личности. Личность считается автономной, когда она действует на основании свободно и самостоятельно избранного плана, опирающегося на необходимую информацию. В противоположность этому неавтономная личность либо неспособна обдумать свои планы, либо неспособна действовать в соответствии с ними, либо находится под жестким контролем других лиц, как, например, зависимые пациенты на принудительном лечении от алкоголизма или наркомании [1].

На практике принцип автономии в биомедицинской этике реализуется в праве личности на информированное согласие на медицинское вмешательство, на отказ от лечения, на полную информацию о состоянии здоровья, заболевании и лечении, на содействие в осуществлении автономного решения (выбора), действия и т.п. Врач обязан также уважать личность больного, оказывать ему психологическую поддержку в затруднительных ситуациях и предоставлять возможность осуществления контроля больным за ходом медицинского вмешательства. В то же время принцип автономии предполагает и осознание больным необходимости уважения достоинства и автономии других людей. Свобода действий индивида допустима в той мере, в которой эти действия не нарушают автономии других, не наносят ущерба окружающим, не создают угрозы их правам и свободам. Этическими основаниями для контроля, являются утрата индивидуумом автономии и/или существенная угроза автономии окружающих, обусловленная, например, тяжелыми психическими расстройствами (психозами). И для того, чтобы реализовать такой контроль, некоторые наркологи называют влечение к психоактивным веществам (ПАВ) – основной компонент зависимости и состояния отмены алкоголя и наркотиков «психотическим» расстройством, а значит требующими принудительного лечения в клиниках, и даже изоляции [3].

Принцип непричинения вреда предписывает врачу не наносить ущерба больному ни прямо, ни косвенно. При этом принято считать, что какую бы благую цель ни ставил перед собой врач, она не может оправдать любые средства ее достижения. Нельзя совершать нечто безнравственное в отношении больного или творить зло только потому, что за этим может последовать нечто положительное, полезное для больного. В работе врача-нарколога может быть определенный риск, но он не должен быть средством для достижения цели. Действия врача могут давать побочный эффект, но он не может быть целью, его нельзя оправдать, с ним приходится мириться. Врач должен пользоваться правилом двойного эффекта, который заключается в необходимости строго взвешивать возможные блага и ущерб для больного и поступать так, чтобы благо всегда перевешивало ущерб. В определенных ситуациях, когда отсутствует явная альтернатива добра и зла, приходится выбирать между "нехорошо" и "очень плохо". В таких случаях принцип непричинения вреда может подразумевать действия по реализации "меньшего зла", поскольку в сравнении с "большим злом" оно будет благом для больного [3].

Этический принцип справедливости требует доступности медицинской помощи для любого больного в соответствии со справедливым стандартом этой помощи, существующим в обществе. Реализация этого принципа нередко приводит к труднопреодолимым препятствиям, поскольку пациенты с наркологической патологией, составляющие до 5% всего населения и страдающие в течение большей части своей жизни, не относятся обществом к социально ценным. Предпочтение отдается больным детям, инфекционным больным, людям с сердечной патологией, хотя прямые затраты общества на лечение зависимых будут многократно компенсированы сохранением их жизни, здоровья, трудоспособности и социальной стабильности [3].

Общие принципы биомедицинской этики реализуются посредством более конкретных этических норм. Норма правдивости предполагает обязанность и врача, и больного говорить правду, чтобы реализовать идеи уважения личности, создание атмосферы терапевтического сотрудничества и право больного на информацию о своей болезни, лечении и прогнозе. Однако врачу следует всегда различать этическую разницу между умолчанием правды во благо больного и прямым обманом его. Реализация информированного согласия в подобных случаях заключается в том, что пациент подписывает бумагу, в которой подтверждает согласие, что в случае добровольного нарушения им режима и принятия дозы спиртного (наркотика) его здоровье может подвергнуться серьезному риску ухудшения вплоть до летального исхода. Ученые обосновывают данную методику психотерапевтическим эффектом, который достигается за счет формируемого у пациента страха

перед употреблением ПАВ. Зачастую пациенту ничто не угрожает и, следовательно, он сознательно вводится специалистом в заблуждение [4].

Норма приватности подразумевает обязанность врача уважать право больного на личную жизнь и не вторгаться в нее, тем более грубо, без согласия больного или строгой необходимости. Нарушение нормы приватности, не продиктованное строгой терапевтической необходимостью, считается неоправданным патернализмом, нарушением автономии личности. Тем не менее, часто в интересах семьи за спиной больного врач–нарколог встречается с родственниками или другими заинтересованными лицами, обсуждает пациента, его поведение и лечение. Конечно, зачастую это происходит оттого, что и сами родственники страдают в этой ситуации тем, что современная психология называет «созависимостью» (зависимостью от больного) [2].

Норма конфиденциальности (соблюдения врачебной тайны) предполагает доверительность отношений врача и больного и неразглашение без разрешения больного информации, сообщенной врачу больным или полученной врачом в ходе обследования и лечения больного. Полная конфиденциальность практически недостижима, поскольку в обществе существуют ее ограничения по закону (например, в интересах следствия и суда), и, кроме того, она может в определенных обстоятельствах противоречить интересам сохранения жизни и здоровья других лиц, нарушать их автономию. [2].

Нарушение этого принципа, к сожалению, сплошь и рядом наблюдается в наркологии. Во-первых, пройдя лечение, пациент получает лист нетрудоспособности, в котором указано, что его заболевание «связанно с употреблением алкоголя (наркотика)», и все коллеги на работе узнают, что этот человек уже не простой больной, а «алкоголик или наркоман». Во-вторых, пациент «ставится на учет» (данные о нем заносятся в компьютер), и информация о его заболевании станет известна при трудоустройстве и получении водительского удостоверения. Наконец, при встречах с родными врач-нарколог может сообщать им, что «пациент снова начал выпивать/колоться», что вряд ли напрямую угрожает жизни и здоровью этих лиц, но при этом нарушает автономию пациента, который становится объектом «лечения»[5].

Норма лояльности — это верность врача больному и своему долгу благодеяния для него, добросовестное отношение к своим обязанностям, включая моральные обязательства и просто обещания. Это приоритет отношений к больному перед отношениями с другими лицами и социальными институтами, если это не противоречит закону и общим этическим нормам [2]. Норма компетентности требует от врача, во-первых, овладения профессиональными знаниями и искусством врачевания и, во-вторых, признания пределов своей компетентности областью медицины и своей врачебной специальности .

### **Заключение.**

Для подлинно научного понимания объективных и субъективных причин моральных конфликтов в медицине необходимо выявить объективные истоки нравственных противоречий. Оперативный сбор, обработка и оценка объективной информации о конфликтной ситуации позволяет найти наиболее эффективный “инструмент” для ликвидации конфликта. Все нравственные конфликты, возникающие в практической деятельности врача-психиатра, могут быть разрешены двуединым путем: изменением объективных условий, создающих конфликтную ситуацию; совершенствованием нравственных отношений, дальнейшим улучшением нравственного воспитания и самовоспитания личности. Проводниками этических принципов и норм призваны служить профессионально-этические стандарты оказания медицинской помощи, которые являются как бы типовыми оптимальными вариантами возможных конкретных этических решений врача в конкретных ситуациях. По мере реализации этических взглядов от общих принципов через нормы к конкретным этическим решениям возрастает роль специальных знаний и накопленного опыта, заключенных в отдельных медицинских дисциплинах, имеющих свои специфические особенности. Наркология является частью медицины, поэтому общие принципы и нормы профессиональной медицинской этики распространяются на сферу деятельности психиатров и психиатров-наркологов.

Исходя из вышеизложенного, включение положений биомедицинской этики в наркологическую практику может быть существенным резервом повышения престижа и эффективности психиатрической помощи, и, кроме того, должно стать важнейшим условием ее оказания.

### **Библиографический список:**

1. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Под ред. Б.Г.Юдина. М., 2010.
2. Биоэтика: теория, практика, перспективы. Материалы респ. студ. научно-практической конференции. Мн., 2015.

3. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. Мн., 2011.
4. Кирпиченко А.А. Психиатрия. Мн., 2016.
5. Этика практической психиатрии. Руководство для врачей. Под ред. В.А.Тихоненко. М.,2016.



Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»  
Кемерово 2020