

зарубежних странах используют терапию стволовыми клетками, которая позволяет остановить прогрессирование РС. При введении стволовых клеток происходит восстановление и регенерация оболочки нервного волокна – миелина, возобновляется проводимость нервного импульса и происходит регенерация клеток головного и спинного мозга [1, с. 7].

С каждым годом рассеянным склерозом страдает все больше молодых людей и исход у этого заболевания печален. Но наука не стоит на месте и пытается найти решение этой проблемы, которое даст больным надежду на долгую и счастливую жизнь!

Список использованных источников:

1. World Health Organization Global Advisory Committee on Vaccine Safety: Response to the paper by MA Hernán and others in Neurology 14th September 2004 issue entitled «Recombinant Hepatitis B Vaccine and the Risk of Multiple Sclerosis» – www.who.int/vaccine_safety/topics/hepatitisb/multiple_sclerosis/sep_04/en.

2. Рассеянный склероз. Клинические аспекты и спорные вопросы. Оригинальное название Multiple Sclerosis: Clinical Challenges and Controversies, 2001. – 424 с.

Попіль Б.А.

студентка,

Івано-Франківський національний медичний університет

Попіль М.І.

кандидат психологічних наук, доцент,

Дрогобицький педагогічний університет

імені Івана Франка

БІОМЕДИЧНА ЕТИКА ЯК СУЧАСНА ФОРМА РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Більше 25 століть в європейській культурі формувалися, змінювалися різні моральні принципи і правила, що супроводжували багатовікове існування медицини. Різні етичні регулювальники, які функціонували на певних етапах розвитку суспільства, – релігійні, культурні, етнічні, соціально-економічні, – впливали й на формування етичних моделей у медицині. Враховуючи все різноманіття лікарського етичного досвіду, можна виділити 4 підходи: Модель Гіпократ (принцип «Не нашкодь!»); Модель Парацельса (принцип «Роби добро!»); Деонтологічна модель (принцип «Дотримання обов'язку»); Біоетична модель (принцип «Поваги прав та гідності особистості») [3].

Історичні особливості і логічні підстави кожної з моделей визначали становлення тих моральних принципів, які складають сьогодні ціннісно-нормативний зміст сучасної біомедичної етики.

Модель Гіпократ. Першою формою лікарської етики були моральні принципи лікування Гіпократ (460–377 рр. до н. е.), викладені ним в

«Клятві», а також в книгах «Про закон», «Про лікарів», «Про благопристойну поведінку», «Повчання» та ін. У древніх культурах (вавілонській, єгипетській, іудейській, персидській, індійській, грецькій) здатність лікувати свідчила про «божественний» вибір і вказувала на елітне, як правило, жрецьке становище в суспільстві [2].

Практичне ставлення лікаря до хворої чи здорової людини, спочатку орієнтоване на турботу, допомогу, підтримку та є основною рисою професійної лікарської етики. Частиною лікарської етики, яка розглядає проблему взаємостосунків лікаря і пацієнта з погляду соціальних гарантій і професійних зобов'язань медичного співтовариства, можна назвати «Моделлю Гіпократата». Йшлося про зобов'язання перед вчителями, колегами й учнями, про гарантії неспричинення шкоди («Я режим хворих до їх вигоди згідно з моїми силами і моїм розумінням, утримуючись від всякої шкоди і несправедливості»), надання допомоги, прояву поваги, про негативне ставлення до вбивства та евтаназії, абортів, про відмову від інтимних зв'язків із пацієнтами. Зasadничим серед перерахованих принципів для моделі Гіпократата є принцип «Не нашкодуй!», який фокусує в собі цивільне кредо лікарського стану та формує вихідну професійну гарантію суспільству, в цілому, і кожній людиною, зокрема, довіряє лікареві своє здоров'я і життя.

Важливим і складним в етичному плані було питання про винагороду лікарю за надану допомогу та лікування. В умовах жрецької медицини дари і приношення вручалися не самому жерцеві, а храму, в якому він служив. При переході до світської медицини, коли гонораром забезпечується безпосередньо лікар, необхідні були відповідні правила, що не порушують загальну архітектоніку лікарської етики: «Краще докоряти врятованим, ніж наперед оббирати тих, хто перебуває в нужді» [2].

Модель Парацельса. Другою історичною формою лікарської етики стало розуміння взаємостосунків між лікарем і пацієнтом, що склалося в середні віки. Виразити це особливо чітко вдалося Парацельсу (1493–1541 рр.). Це форма лікарської етики, в рамках якої етичні стосунки з пацієнтом розуміються як складова стратегії терапевтичної поведінки лікаря. Якщо в гіпократівській моделі завойовується соціальна довіра пацієнта, то «модель Парацельса» – це врахування індивідуальних особливостей особистості, визнання глибини її душевних контактів з лікарем і включеності цих контактів в терапевтичний процес. Карл Юнг зауважував, що у Парацельсі ми бачимо родоначальника не лише у галузі створення хімічних ліків, але, також, й у сфері емпіричного психічного лікування [1].

У межах «моделі Парацельса» повною мірою розвивається патерналізм як тип взаємозв'язку лікаря і пацієнта. Медична культура використовує латинське поняття «pater» – батько, що поширюється християнством не лише на священика, але і на Бога. Сенс слова «батько» в патерналізмі фіксує, що «зразком» зв'язків між лікарем і пацієнтом є не лише кровноспоріднені стосунки, для яких характерні позитивні психоемоційні прихильності й соціально-моральна відповідальність, але і «цілющість», «божественність» самого контакту лікаря і хворого. Недивно, ще основним моральним

принципом, що формується у межах даної моделі, є принцип «Роби добро», благо, або «Твори любов», благодіяння, милосердя. Лікування – це організоване здійснення добра [1].

Деонтологічна модель. Вперше термін «деонтологія» («deontos» – обов'язок, «logos» – вчення) ввів англійський філософ Бентам (1748–1832), позначаючи цим поняттям науку про моральний обов'язок, етичну досконалість і бездоганність» [1]. Деонтологія особливо важлива в тій професійній діяльності, де широко використовується складний міжособистісний взаємовплив. Як вже було зауважено вище, у медицині – це відповідність поведінки лікаря певним етичним нормативам. Це деонтологічний рівень медичної етики, або «деонтологічна модель», що спирається на принцип «дотримання обов'язку». Глибоку суть деонтології лікування розкриває символічний вислів голандського лікаря XVII ст ван Туль-Пси: «Світязи іншим, згораю сам. / *Consūmor aliis inserviēdo!* (лат.)» [3].

Термін «деонтологія» ввів в радянську медичну науку в 40-х роках ХХ ст Петров для позначення реально існуючої області медичної практики – лікарської етики, – яка була «скасована» в Росії після революції 1917 р. за її зв'язок з релігійною культурою [2]. Деонтологія включає питання дотримання лікарської таємниці, заходи відповідальності за життя і здоров'я хворих, проблеми взаємин в медичному співтоваристві, взаємин з хворими і їх родичами. Так, прикладом цієї моделі є правила щодо інтимних зв'язків між лікарем і пацієнтом, розроблені Комітетом з етичних і правових питань при Американській медичній асоціації (JAMA, 1992, № 2): інтимні контакти між лікарем і пацієнтом, що виникають в період лікування, аморальні; інтимний зв'язок з колишнім пацієнтом може в певних ситуаціях визнаватися неетичним; питання про інтимні стосунки між лікарем і пацієнтом слід включити в програму навчання всіх медичних працівників; лікарі повинні неодмінно доповідати про порушення лікарської етики своїми колегами [3]. Як бачимо, характер рекомендацій досить жорсткий, і вочевидь, що їх порушення може спричинити дисциплінарні і правові наслідки для лікарів, яких об'єднує дана Асоціація.

Біоетика. У 60–70-х рр. ХХ ст. формується нова модель медичної етики, яка розглядає медицину в контексті прав людини. Термін «біоетика» (етика життя), який був запропонований Ван Ренселлером Поттером в 1969 р., розкривається як «систематичні дослідження поведінки людини в області наук про життя і охорону здоров'я в тій мірі, в якій ця поведінка розглядається в світлі моральних цінностей і принципів» [1]. Основним моральним принципом біоетики стає принцип «Поваги прав та гідності особи». Це сучасна форма традиційної професійної біомедичної етики, в якій регулювання людських стосунків підкоряється надзадачі збереження життя людського роду. Регулювання стосунків з надзадачею збереження життя безпосередньо пов'язане з самою суттю і призначенням моралі взагалі.

Починаючи з 60–70-х рр. ХХ ст., як альтернатива патерналізму, все більшого поширення набуває автономна модель, коли пацієнт залишає за собою право приймати рішення, пов'язані з його здоров'ям і медичним лікуванням.

В цьому випадку лікар і пацієнт спільно розробляють стратегію і методи лікування. Лікар застосовує свій медичний досвід і дає роз'яснення щодо прогнозів лікування, включаючи альтернативу нелікування; пацієнт, знаючи свої цілі і цінності, визначає варіант, який більшою мірою відповідає його інтересам і планам на майбутнє.

Таким чином, замість патерналістичної моделі захисту і збереження життя пацієнта, в даний час на перший план виходить принцип благополуччя пацієнта, який реалізується доктриною інформованої згоди, – самовизначення пацієнта залежить від міри його інформованості. Лікар зобов'язаний забезпечити хворого не лише всією інформацією, що цікавить його, але і тією, про яку, через свою некомпетентність, пацієнт може не підозрювати. При цьому рішення пацієнта носить добровільний характер і відповідає його власним цінностям. З цього і витікає етичний стержень взаємин «лікар-пацієнт» в біоетиці – принцип поваги особи.

Велике значення набуває також питання про визначення початку і кінця життя. Конфлікт «прав», «принципів», «цінностей», а, по суті, людського життя, долі й культури – реальність сучасного суспільства. Конфлікт «права плоду на життя» і «права жінки на аборт», або право пацієнта «на гідну смерть», яке вступає в протиріччя з правом лікаря виконувати не лише професійне правило «не нашкодь!», але і заповідь – «не убий!».

Щодо аборту, як знищення життя, існує три етичні позиції: *консервативна* – аборти завжди аморальні і можуть бути дозволені лише при загрозі життю жінки; *ліберальна* – помірною – абсолютне право жінки на аборт, безвідносно до віку плоду і *помірною* – виправдання аборту до настання певного розвитку ембріона (до стадії плоду, що розвивається – 12 тижнів, коли тканина мозку стає електрично активною) [2].

Активність мозку служить також і критерієм смерті. Сучасна інтенсивна терапія може підтримувати життя пацієнтів, не здатних ні до самостійного дихання, ні до розумових процесів. Тому виникають нові етичні проблеми, пов'язані з пацієнтами, що знаходяться на межі життя і смерті. Питання про евтаназію зазвичай виникає, коли пацієнт безповоротно втратив свідомість; вмираючи, переносить інтенсивні важкі страждання, що змушують медиків підтримувати пацієнта в напівнепритомному стані або, коли новонароджений має анатомічні і фізіологічні дефекти, несумісні з життям. Існує великий діапазон думок: від повної легалізації права лікаря переривати життя хворого з його згоди («активна евтаназія» або «метод наповненого шприца»), до повного несприйняття евтаназії як акту, що перечить людській моралі. Існує варіант так званої «пасивної евтаназії» (метод відкладеного шприца), коли використовується принцип нелікування, що виключає сам акт вбивання (відключення штучних систем, що забезпечують життєдіяльність, припинення введення лікарських препаратів і т. д.) [3].

Етичні проблеми аборту і евтаназії пов'язані й з моральними аспектами репродукції і трансплантації. Сучасна технологія репродукції життя визначає якісно нові форми взаємин між подружжям, батьками і дітьми, біологічними і соціальними батьками. Трансплантологія відкриває нові проблеми визначення

грані життя і смерті через моральну альтернативу: врятування життя реципієнтові й відповідальністю за можливе вбивство приреченого на смерть донора.

Історичний і логічний аналіз розвитку етики лікування приводить до наступного висновку. Сучасною формою медичної етики є біомедична етика, що працює нині в режимі всіх чотирьох історичних моделей, – моделі Гіппократа і Парацельса, деонтологічної моделі і біоетики. Зв'язок науково-практичної діяльності й моральності – одна з умов існування і виживання сучасної цивілізації.

Список використаних джерел:

1. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: учебн. для студ. мед. вузов / Н.Д. Лакосина, Н.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – [2-е изд]. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 416 с.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – Москва: Медицина, 1998. – 552 с.
3. Попіль М.І. Основи клінічної психології. Методичні матеріали до практичних занять / М.І. Попіль. – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ ДДПУ ім. Івана Франка, 2012. – 236 с.

Смоляр С.К., Овсяннікова К.С.

студенти,

Науковий керівник: Шмаргальов О.О.

кандидат медичних наук, доцент,

Харківський національний медичний університет

КРАНІОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТІМ'ЯНОГО ОТВОРУ ПОТЕНЦІАЛ ЕМІСАРНИХ ВЕН ПІД ЧАС ХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Як наслідок високого темпу розвитку нейрохірургії сьогодні виникає необхідність у паралельному розвитку фундаментальних медичних наукових напрямків, таких як краніологія. На сьогодні, основним способом хірургічного доступу до головного мозку є трепанація черепа, що є достатньо травматично та вимагає великої уваги до хірурга на будь-якому етапі операції. Виходячи з цього, останнім часом все більше розробляються та впроваджуються малоінвазивні техніки нейрохірургічних операцій. Під час виконання тих чи інших доступів різними техніками, слід враховувати розташування та особливості будови емісарних отворів черепа з їх судинами, що можуть бути як джерелом ускладнень у вигляді кровотечі, так і слугувати каналами для введення мікроендоскопів.

В емісарних каналах проходять однойменні вени, vv. emissariae, вони з'єднують між собою пазухи твердої мозкової оболонки, диплоїчні вени та поверхневі вени голови. Тім'яна емісарна вена, проходячи в однойменному отворі, з'єднує верхню стрілову пазуху і поверхневу скроневу вену.

Кровотечі з емісарних вен є надзвичайно небезпечними, адже ведуть за собою пошкодження синусів твердої мозкової оболонки. Доволі часто