

Міжнародний медико-філософський журнал

ІНТЕГРАТИВНА АНТРОПОЛОГІЯ

INTEGRATIVE ANTHROPOLOGY
International Medical and Philosophical Magazine



№ 2 (22)
2013



Міжнародний медико-філософський журнал
**ІНТЕГРАТИВНА
АНТРОПОЛОГІЯ**
INTEGRATIVE ANTHROPOLOGY
International Medical and Philosophical Magazine

Засновник

Одеський національний медичний університет

Головні редактори

Академік НАМН України,
лауреат Державної премії України
В. М. ЗАПОРОЖАН (Україна)

Професор
ЯНГДЕ ЖАНГ
(Китай)

Редакційна колегія

М. Л. Аряєв
К. В. Аймедов
Ю. І. Бажора
В. С. Бітенський
Г. Ю. Венгер
Л. С. Годлевський
Т. В. Дегтяренко
І. А. Доннікова
І. В. Єршова-Бабенко
В. Й. Кресюн
В. О. Лефтеров
О. О. Мардашко
С. П. Пашолок (відповідальний секретар)
С. В. Пустовіт (заст. гол. редактора)
В. І. Подшивалкіна
І. Й. Сейфулліна
А. М. Солдатова

Редакційна рада

Олена Вальдман (Росія)
Юрій Вороненко (Україна)
Тетяна Гардашук (Україна)
Микола Головенко (Україна)
Ігор Гук (Австрія)
Ірина Добронравова (Україна)
Енні Жанг (Китай)
Микола Кисельов (Україна)
Віталій Кордюм (Україна)
Сергій Максименко (Україна)
Спірос Маркетос (Греція)
Джеймс Сміт (США)
Стефан Д. Трахтенберг (США)
Деніс Уїтлі (Велика Британія)
Рольф Цинкернагель (Швейцарія)
Євген Чазов (Росія)
Віктор Чупіна (Румунія)

Зміст

Contents

***Філософські проблеми
антропології***

***Philosophical Problems of
Anthropology***

В. М. Запорожан
Цивілізаційне значення біоетики
у формуванні світогляду і рішенні
сучасних моральних і біомедичних викликів **4**

V. M. Zaporozhan
Civilization Value of Bioethics in Forming of
World View and in Solving Modern Moral and
Biomedical Challenges

С. В. Пустовіт
Європейська біоетика: теорія та практика **9**

S. V. Pustovit
European Bioethics: Theory and Practice

Т. В. Гардашук
Нанотехнології та підвалини медицини **15**

T. V. Gardashuk
Nanotechnology and Foundations of Medicine

М. Е. Гурильова
Етичність ухвалення управлінських рішень
у медицині: боротьба з корупцією
або раціональний підхід до фармакотерапії? **20**

M. E. Gurylyova
Ethical Decision-Making in
Medicine Management: Fighting Against Corruption
or Rational Approach to Pharmacotherapy?

***Патологічні стани
і сучасні технології***

***Pathological States and
Modern Technologies***

В. П. Пішак, М. І. Кривчанська,
О. О. Громик
Антипроліферативні властивості
мелатоніну **25**

V. P. Pishak, M. I. Kryvchanska,
O. O. Gromyk
Antiproliferative Properties of
Melatonin

О. А. Галушко
Сучасні рекомендації
з діагностики та лікування
гострого ішемічного інсульту **30**

O. A. Galushko
The Modern Recommendations in
Diagnosis and Therapy
of Ischemic Stroke



Є. Я. Костенко Епідеміологічний аналіз наявності та достовірності стоматологічної документації	Ye. Ya. Kostenko Epidemiological Analysis of the Availability and Reliability of Dental Documentation
---	--

38

Соціальні та екологічні аспекти існування людини

Social and Ecological Aspects of Human's Existence

М. Л. Аряєв, Л. І. Сеньківська Проблеми когнітивних порушень у дітей, які потерпіли від психоемоційного насильства

43

M. L. Aryayev, L. I. Senkivska The Problems of Cognitive Disorders in Children Suffered from Emotional Abuse

В. О. Лефтеров Проблеми психологічного здоров'я та надання психологічних послуг населенню
--

47

V. O. Lefterov Problems of Psychological Health and Psychological Service Delivery

Людина і суспільство

Person And Society

Ю. Є. Кокоріна Попередження та корекція екзистенційної кризи особистості

51

Y. E. Kokorina Prevention and Correction of Existential Crisis of Personality
--

О. В. Медянова Когнітивні складові як чинник розвитку ціннісної сфери особистості студента-медика
--

57

O. V. Medyanova Cognitive Components as a Factor in the Development of Value Sphere of Personality of Medical Student
--

М. М. Кулачинський «Клептоманія» у передвиборчих перегонах до британського парламенту у травні 2010 р.

63

M. M. Kulachinsky “Cleggmania” during British Parliamentary Elections in May 2010
--

Книжкова полиця

Bookshelf

В. П. Пішак, М. О. Ризничук Труд актуальний та унікальний
--

66

V. P. Pishak, M. O. Ryznychuk A Vital and Unique Work
--

В. І. Глазко Quo Vadis, Homo? (Замість рецензії)
--

69

V. I. Glazko Quo Vadis, Homo? (In Place of Review)
--

Побачив світ перший всеукраїнський підручник з анестезіології та інтенсивної терапії для системи післядипломної освіти

72

The First All-Ukrainian Textbook on Anesthesiology and Intensive Care for Post-Graduate System has been Published
--

А. Д. Тимченко, К. К. Васильєв,
А. В. Шевелєнкова, С. П. Пашолок
Історичні аспекти розвитку гельмінтології
(до 135-річчя від дня народження
академіка Костянтина Івановича Скрябіна)

A. D. Timchenko, K. K. Vasylyev,
A. V. Shevelenkova, S. P. Pasholok
Historical Aspects of Helminthology
(to 135-th Anniversary of
Academician Konstantin Ivanovich Skryabin)

Правила оформлення статей The Manual of Article Style
для журналу «Інтегративна антропологія» 80 for the Journal "Integrative Anthropology"

Друкується за рішенням Вченої ради Одеського національного медичного університету
Протокол № 3 від 17.10.2013 р.

До відома авторів!

Постановою Президії ВАК України № 1–05/2 від 27 травня 2009 р. журнал «Інтегративна антропологія» включено до переліку видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт з медицини.

© Інтегративна Антропологія, 2013

Адреса редакції: 65082, Україна, Одеса, Валіховський пров., 2 Телефони: (095) 605-97-01 (048) 723-54-58 (048) 723-29-63 (048) 723-49-59	Редактор випуску В. М. Попов Літературні редактори і коректори А. А. Гречанова, Р. В. Мерешко, О. В. Титова, О. М. Фашевська, К. М. Цвігун Художній редактор А. В. Попов Комп'ютерний дизайн, оригінал-макет В. М. Попов, А. В. Попов Поліграфічні роботи І. К. Каневський, Ю. В. Гречанов На обкладинці: Фрагмент картини Мікеланджело Мерізі да Караваджо «Лютніст»
Журнал зареєстровано у Державному комітеті інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України. Свідоцтво про реєстрацію КВ № 4802. Передплатний індекс 08210. Підписано до друку 25.12.2013. Формат 60x84/8. Папір письмовий. Обл.-вид. арк. 13,0. Тираж 150. Зам. 1682. Видано і надруковано Одеським національним медичним університетом. 65082, Одеса, Валіховський пров., 2. Свідоцтво ДК № 668 від 13.11.2001.	

УДК 614.253:378

В. Н. Запорожан, акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф.

ЦИВИЛИЗАЦИОННОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОЭТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ МИРОВОЗЗРЕНИЯ И РЕШЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ МОРАЛЬНЫХ И БИМЕДИЦИНСКИХ ВЫЗОВОВ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

УДК 614.253:378

В. М. Запорожан

ЦИВІЛІЗАЦІЙНЕ ЗНАЧЕННЯ БІОЕТИКИ У ФОРМУВАННІ СВІТОГЛЯДУ І РІШЕННІ СУЧАСНИХ МОРАЛЬНИХ І БІМЕДИЧНИХ ВИКЛИКІВ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Біоетика є не тільки сучасною стадією розвитку медичної етики та деонтології, але також основою для створення науково обґрунтованого балансу між новітніми медичними і біологічними технологіями, з одного боку, і правами людини, принципами гуманізму і прогресу — з другою. Біоетика базується на пошані життя і гідності здорової і хворої людини, чий інтерес повинні завжди бути вищими, ніж інтереси науки або суспільства. Провідний постулат біоетики — принцип автономії незалежно від фізичного та ментального статусу. Біоетика об'єднує широке коло соціально-економічних, моральних, етичних і правових проблем, які стосуються не тільки медичних працівників, але і громадськості, засобів масової інформації.

Нині біоетика/нооетика є важливою стадією історичного розвитку, зумовленого необоротними змінами балансу взаємовідношень між людством з його нинішнім рівнем цивілізації та природою.

Значення глибокого і повного навчання студентів-медиків основам біоетики та нооетики є очевидним.

Ключові слова: медична етика, деонтологія, біоетика, нооетика.

UDC 614.253:378

V. N. Zaporozhan

CIVILIZATION VALUE OF BIOETHICS IN FORMING WORLD VIEW AND IN SOLVING MODERN MORAL AND BIOMEDICAL CHALLENGES

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Bioethics represents not only the modern stage of development of the medical ethics and deontology, but also a basis for establishing scientifically based balance between the newest medical and biological technologies on one hand, and human rights, principles of humanism and public progress — on the other one. Bioethics is based on the respect of life and dignity of healthy and sick people, whose interests should always be estimated higher than the interests of science or society. The leading postulate of bioethics is the principle of autonomy with inviolability of human mental and physical status.

Bioethics unites a vast circle of socio-economic, moral, ethical and legal issues, which are considered not only by the medical community, but also by the state authorities, public, and mass media.

Today bioethics/nooethics is an important stage of historical development, conditioned by the irreversible changes of balance in relationship between the mankind at its present level of civilization and the nature. The importance of deep and complete mastering of the bases of bioethics and nooethics for medical students, is obvious.

Key words: medical ethics, deontology, bioethics, nooethics.

Отличительным признаком XXI ст. является растущий интерес к философским дисциплинам в связи с необходимостью мировоззренческого анализа последствий стремительного изменения человеческого социума и окружающей среды. Ответом на глобальный идеологический, экологический и социальный кризис, а также результаты внедрения новейших медико-биологических технологий стала биоэтика, которая в современ-

ном понимании проблемы должна рассматриваться как нооэтика [1; 2].

Мировоззренческая функция биоэтики содействует развитию современного общества и преодолению негативных постмодернистских тенденций. Идеология постмодернизма повлияла на мировоззрение в целом, образ жизни, морально-этические ценности, науку, искусство и религию. Оказались потерянными главные идеи челове-

ческой цивилизации: вера в прогресс, безграничность возможностей научного знания и человеческого ума. В постиндустриальном обществе потребителей получили распространение разочарования в идеалах и ценностях Возрождения и Просветительства.

Общей тенденцией развития биоэтики стало стремление к универсализации этических принципов, расширение предмета от биомедицинской сферы к экологическим и глобальным проблемам человечества и поднятия ее на уровень метаэтики и международного биоправа с учетом транскультурных и транснациональных особенностей.

Биоэтика представляет собой важную точку роста философского знания, формирование и развитие биоэтики связано с процессом трансформации традиционной этики вообще и медицинской этики в частности. Оно обусловлено прежде всего резко усиливающимся вниманием к правам человека и созданием новых медицинских технологий, порождающих множество острейших проблем, требующих юридического и морального регулирования [3; 4].

Античная этика с ее «золотым правилом» — «не делай другим того, чего не желаешь себе», сформированная Конфуцием и конкретизированная Аристотелем, а также корпоративная медицинская этика Гиппократов «Не навреди» явились предтечей этики «благоговения перед жизнью». Именно А. Швейцер — выдающаяся личность XX ст. — считал, что каждая форма жизни священна и неприкасаема [5].

Биоэтика (в узком понимании) — это «мост между этикой и биологией», новая наука, которая объединяет биологические знания со знанием человеческих ценностей.

Биоэтика (в широком понимании) — это «мост в будущее», «путь к выживанию», системный анализ действий человека в биологии и медицине в свете моральных ценностей и принципов для обеспечения выживания человечества в постиндустриальном обществе.

Предметом биоэтики в узком понимании (биомедицинской этики, клинической этики) — это совокупность спорных этических вопросов, которые идентифицируются в процессе медицинской практики и/или во время проведения биомедицинских исследований и экспериментов. В этом состоит прикладная роль биоэтики [6].

Предмет биоэтики в широком понимании (глобальной биоэтики) — это совокупность морально-этических вопросов, связанных с медико-биологическими, экологическими, социально-экономическими и правовыми проблемами охраны здоровья. Глобальная биоэтика имеет мировоззренческое содержание [6].

Биоэтика стала ответом на отрицательные проявления глобального экологического кризиса и последствия внедрения новейших медико-

биологических технологий. Ее развитие связано с процессом трансформации и взаимной интеграции классической и профессиональной этики. Возникновение биомедицинской этики оказалось прямым следствием практического внедрения достижений научно-технической революции в условиях глубокого идеологического кризиса и нарастания груза глобальных экологических проблем. Огромные успехи медико-биологических наук породили множество сложных моральных противоречий, в результате чего предметом интенсивного обсуждения и анализа стали этические проблемы экспериментов на животных, клинических испытаний, генной инженерии, трансплантации органов и тканей, новые репродуктивные технологии.

Возникновение и развитие биоэтики составило основу так называемой постгиппократовской этики (рис. 1). В дополнение к гиппократовским принципам помощи и содействия, ненадания вреда были сформированы принципы уважения личности и социальной справедливости [7].

Ретроспективная оценка истории биоэтики свидетельствует о том, что в 70-е годы ушедшего столетия она концентрировала свое внимание на защите прав человека (уважение автономии, социальная справедливость), в 80-е годы была направлена на проблему улучшения качества жизни этически приемлемыми биомедицинскими технологиями, а в 90-е годы на основе попыток преодоления глобального экологического и идеологического кризиса приобрела характер глобальной биоэтики. Импульсом для дальнейшего развития технологической и этической мысли



Рис. 1. Биоэтическое единство принципов гиппократовской и постгиппократовской этики

стали дополнительные социально-политические вызовы в сфере медицинской биологии и новейших технологий.

Одесской медико-философской школой обосновано начало нового этапа исторического развития медицинской этики, который мы назвали «Нооэтика». Предпосылкой к становлению новой науки послужило понимание разрушения человечеством контрольных механизмов биосферы. Преобразуя природу и окружающую среду, *Homo sapiens* последствиями интеллектуального труда изменил условия жизни на планете, создал свою ноосферу, которая, в отличие от биосферы, не имеет собственных контрольных механизмов.

К сожалению, в новой реальности прежние биоэтические принципы, методы и теории не являются достаточно адекватными и эффективными. В условиях реализованной ноосферы взаимодействие индивидуума или человечества в целом с объектами живой и неживой природы в большей мере происходит не только прямым, но и непрямым путем через модифицированную биосферу. Если деятельность человека в ноосфере не начнет регулироваться новыми этическими принципами, то последствия современного ноосферного кризиса могут иметь глобальный и катастрофический характер. Для сохранения всего живого, для всей природы и экосистемы в целом новая этика должна стать Нооэтикой, то есть правилами поведения в ноосфере, которые бы максимально способствовали глобальным интересам всех составляющих ноосферы: планеты Земля, человечества и трансформированной им биосферы.

Сравнивая характеристики биосферы и ноосферы, следует отметить, что биосфера существует в полном объеме, ноосфера еще только строится. Биосфера обладает саморегуляторными

механизмами. Саморегуляторные возможности ноосферы значительно ограничены. Этика биосферы — биоэтика как противодействие ее деградации и угрозе жизни на Земле. Этика ноосферы — нооэтика как этика развития ноосферы, этика устойчивого развития и прогресса путем выбора адекватной технико-экономической и общественно-политической модели. Нооэтика — этика построения ноосферы, этика нооволны, ноосообщества, ноотехнологий во имя сохранения Природы и Человечества.

Концепция Нооэтики совпадает с предложением К. В. Корсака о включении в научную терминологию таких понятий, как ноосообщество, ноотехнологии, нооэкономика. По мнению автора, шансом на выживание являются «мудрые технологии», или ноотехнологии, использование которых не разрушает окружающую среду. Пережив три волны преобразований — аграрную, индустриальную и информационную, человечество вступило в новую волну преобразований — нооволну. В период наступления новой волны цивилизованного развития человечества переход биоэтики в нооэтику становится этическим выбором, направленным на дальнейшее благоустройство ноосферы на пути поддержки нанотехнологий, формирования ноосообщества и обеспечения его устойчивого и прогрессивного развития (рис. 2).

В повседневной медицинской практике всегда присутствуют этические, деонтологические, юридические и чисто профессиональные измерения, которые можно отобразить в виде четырех сфер (рис. 3).

Профессиональная сфера включает знания, умения и навыки по диагностике и терапии, межличностной коммуникации. Юридическая сфера охватывает профессиональную и включает юри-

НООЭТИЧЕСКИЙ ЭТАП БИОЭТИКИ

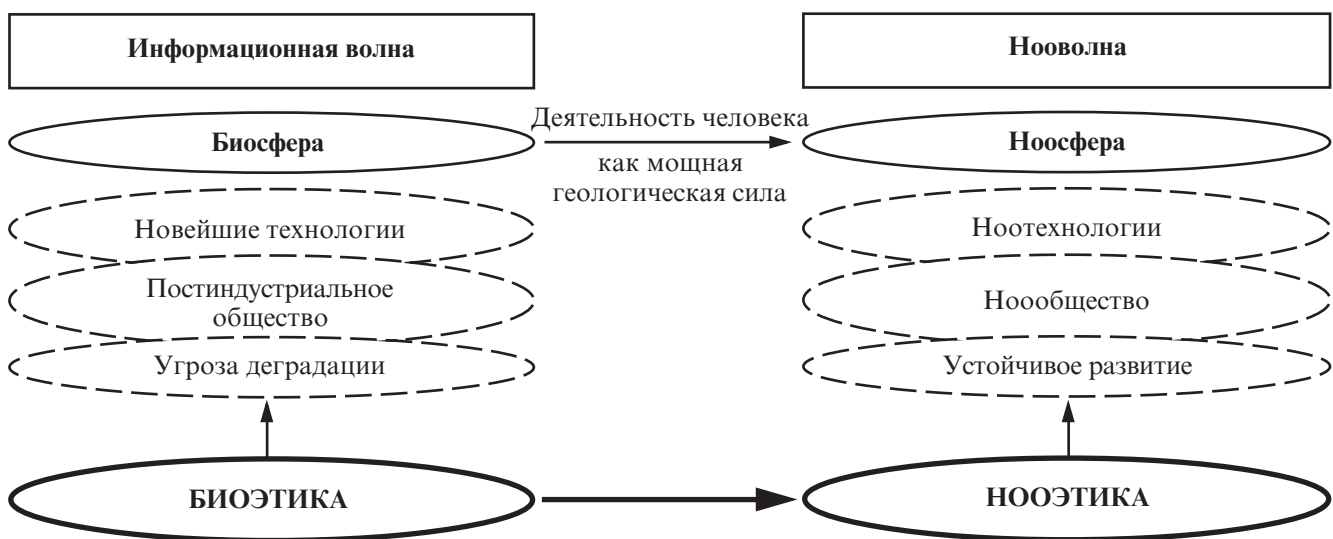


Рис. 2. Переход биоэтики в нооэтику

дически обязательные правила поведения медработника. Иногда законодательная база носит исключительно общий характер и не предусматривает вариантов действий в отдельных клинических случаях. Деонтологическая сфера включает две предыдущие и по своей сути является экстраюридической, так как содержит, в отличие от юридической сферы, более конкретные и индивидуализированные нормы. Этическая сфера самая широкая. Ее принципы имеют отношение ко всем другим трем сферам медицинской практики. Безусловно, профессионал обязан придерживаться как юридических, так и экстраюридических норм. Однако, в первую очередь, профессионалу-медику следует учитывать этические ценности и придерживаться этических норм в своей повседневной деятельности.

Технологии XXI в. — геновая инженерия, нанотехнологии, робототехника — во много раз опаснее ядерного, химического и биологического оружия, созданного прошлым веком. Самая большая опасность заключается в том, что эти технологии сегодня доступны небольшим группам людей и даже отдельным личностям. Они не требуют больших фабрик, значительных запасов сырья. Знания — вот что нужно, чтобы управлять ими. Возникает не оружие массового уничтожения, а знания массового разрушения, причем разрушительная сила этого нового «оружия» многократно усиливается его способностью к быстрому саморазмножению. Не следует забывать, что знания не бывают сами по себе ни добрыми, ни злыми, — лишь человек делает их таковыми. И добро, и зло, и страх, и оружие против страха — все это результат интеллектуальной деятельности человека.

Объектом биоэтического и нооэтического анализа призваны стать проблемы биобезопасности. Например, одна из основных проблем, с которыми столкнулось человечество — это недостаток продовольствия. В связи с этим в сельское хозяйство внедряются наиболее производительные биотехнологии. Одна из таких технологий — геновая инженерия, при помощи которой создаются генетически модифицированные продукты. В геновой инженерии используются радикальные методы воздействия на генетический код вида, то есть создается новый организм, возникновение которого в естественных условиях было бы невозможно. Созданы сорта и породы, продукты из которых обладают высокой питательной ценностью и содержат повышенные количества незаменимых аминокислот и витаминов. Генетически измененные продукты стали реальностью. Бесконтрольное их применение можно квалифицировать как нарушение прав человека, как проведение несанкционированного эксперимента над человеком, о недопустимости которого говорится во многочисленных международных документах.

Взаимодействие различных сфер практической работы медицинских специалистов



Рис. 3. Этические, деонтологические, законодательные и профессиональные измерения профессии врача и исследователя

Неконтролируемая гено-инженерная деятельность, модификация возбудителей инфекционных заболеваний, клонирование человека и животных как источники биологической опасности являются объектом биоэтического контроля и мониторинга.

Биоэтические вопросы рассматриваются в сфере социально-политической философии, философии законодательства прикладной нормативной этики, что подтверждает мировоззренческую роль биоэтики (рис. 4–6).

Собственный опыт этической оценки клинических и исследовательских проблем, анализ отечественных и зарубежных монографий, учебников, периодических публикаций, участие в международных конгрессах и симпозиумах убедили нас в необходимости преподавания биоэтики и биобезопасности в высших медицинских учебных заведениях.

Примеры биоэтических вопросов в сфере социально-политической философии

1. Каким образом должны быть защищены права человека в медико-биологической области?

2. Каким образом обеспечить наилучший баланс социальной справедливости и социальных обязательств с экономическими возможностями общества?

3. Каким образом можно обеспечить достаточный уровень биобезопасности?

4. Что такое здоровье и как достичь уважения к здоровому образу жизни?

5. Какие положения должны быть закреплены в международных, национальных и локальных деонтологических кодексах?



Рис. 4. Биоэтика и социально-политическая философия

Примеры биоэтических вопросов в сфере философии законодательства

1. Какова моральная справедливость запрета или ограничения аборта?
2. Нужны ли законы о запрете эвтаназии?
3. Нужны ли законы, разрешающие госпитализацию психически больных без их согласия?
4. Какова должна быть этическая составляющая законов о трансплантации органов и тканей, использовании новых репродуктивных технологий и клонирования?



Рис. 5. Биоэтика и философия законодательства

Примеры биоэтических вопросов в сфере прикладной нормативной этики

1. Есть ли у врача моральные обязательства информировать пациента о неизлечимой болезни?
2. Может ли иметь моральное оправдание нарушение врачебной тайны?
3. Может ли иметь моральные оправдания эвтаназия?
4. Является ли моральным суррогатное материнство?
5. Можно ли противопоставлять ценность жизни ее качеству?
6. Как определить «наилучшие» интересы некомпетентного больного и правильно соотнести их с интересами семьи и общества?
7. Проблема принятия решения и суррогатное информированное согласие?



Рис. 6. Биоэтика и прикладная нормативная этика

С учетом международного опыта мы разработали и утвердили в МЗ Украины 10 типовых программ для различных курсов и факультетов. Из них 7 учебных программ по дисциплине «Основы биоэтики и биобезопасности» для студентов 3–4-го курсов по самым разным специальностям; 3 программы относятся к курсам по выбору для студентов 5-го и 6-го курсов, в том числе две программы «Медицинские аспекты биоэтики и биобезопасности» по специальностям «Стоматология», «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Медицинская психология», и одна — «Медицинские и психологические аспекты биоэтики и биобезопасности» по специальности «Медицинская психология».

В 2013 г. был издан первый в Украине национальный учебник. Его отличительной особенностью стало то, что, в отличие от нашего предыдущего учебника «Биоэтика», изданного на укра-

инском, русском и английском языках, он содержит материал по биобезопасности и рискам биомедицинских технологий. В соответствии с вновь разработанными учебными программами, национальный учебник получил название «Биоэтика и биобезопасность». Другой отличительной особенностью является подразделение материала на общую биоэтику, специальную биоэтику и прикладную биоэтику.

Общая биоэтика касается истории, цели, задач, методов и направления развития биоэтики в системе здравоохранения в связи с концепцией прав человека.

Специальная биоэтика рассматривает биоэтические аспекты формирования здорового образа жизни, социальной справедливости и биоэтических обязательств, основы профессиональной деятельности врача, взаимоотношений между медицинским персоналом, пациентом и его семьей. Отдельно представлены биоэтические принципы медико-биологических исследований, концепция биобезопасности, дана биоэтическая и правовая оценка врачебной ошибки и ятрогении.

Важнейший раздел национального учебника — «Прикладная биоэтика», или клиническая биоэтика. Раздел содержит обзор биоэтических проблем репродуктивных технологий, медицинской генетики, завершающей фазы жизни, реабилитации, эвтаназии, трансплантологии, трансфузиологии, психиатрии, социально опасных инфекций, биопсихосоциальной медицины.

Разработанная и внедренная нами [1; 3; 8] концепция преподавания биоэтики в высших медицинских учебных заведениях включает: преподавание теоретических основ предмета и методов биоэтики в историческом аспекте становления этической мысли и в контексте развития философской науки в целом; разработка стандартных учебных программ, учебников и руководств относительно принципов соответствия кредитно-модульной системы; преподавание особенностей биоэтического анализа в отдельных областях медико-биологической науки и клинических дисциплин; клиническая направленность преподавания.

Изучение основ биоэтики и нооэтики в медицинских вузах, начиная с 2013 г., стало обязательным элементом учебных программ в высших медицинских учебных заведениях Украины. В национальном учебнике В. Н. Запорожана, Н. Л. Аряева «Биоэтика и биобезопасность» биоэтика и нооэтика рассматриваются как основа формирования медицинского профессионализма. Цивилизационно-мировоззренческое и научно-прикладное значение биоэтики и нооэтики неопровержимы.

Можно утверждать, что они в какой-то мере спасают философию от стагнации и возвращают в эту науку античный дух дискуссии и полемики.

Нооэтика призвана органично соединить науку, философию и религию на основании признания гуманистической ценности единства Человека, его Ума и созданной им Ноосферы.

Формирование и совершенствование профессиональной модели и мировоззрения врача и исследователя XXI в. неразрывно связано с творческим освоением и применением принципов и правил биоэтики как нравственного соединения современных достижений медико-биологических наук и биотехнологий с задачами стабильного развития общества и охраной здоровья.

Глубокие знания в сфере биоэтики и биобезопасности — важная составляющая современной модели врача-специалиста. Подобно Атлантам, они создают и поддерживают систему современного мировоззрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Запорожан В. М.* Биоэтика : підручник / В. М. Запорожан, М. Л. Аряев. — К. : Здоров'я, 2005. — 288 с.
2. *Кэмпбелл А.* Медицинская этика : учеб. пособие / А. Кэмпбелл, Г. Джилетт, Г. Джонс ; пер. с англ. / под ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 400 с.
3. *Запорожан В. М.* Биоэтика та біобезпека : підручник / В. М. Запорожан, М. Л. Аряев. — К. : Здоров'я, 2013. — 456 с.
4. *Биоэтика* : підручник / Е. Згречча, А. Дж. Спаньйоло, М. Л. П'єтро [та ін.] ; пер. з італ. В. Й. Шовкун. — Львів : Медицина і право, 2007. — 672 с.
5. *Швейцер А.* Благоговение перед жизнью / А. Швейцер. — М. : Прогресс, 1992. — 200 с.
6. *Поттер В. Р.* Биоэтика: мост в будущее / В. Р. Поттер ; пер. с англ. / под ред. С. В. Вековишиной, В. Л. Кулиниченко. — К. : Издатель Карпенко В. М., 2002. — 215 с.
7. *Mappes T. A.* Biomedical ethics / T. A. Mappes, D. De Grazia. — Me Graw Hill, 2001. — 707 p.
8. *Zaporozhan V.* Nooethics as modern stage of development of bioethics / V. Zaporozhan // *Lidership Medica*. — 2005. — Anno XXI, N 5. — P. 4-14.

УДК 17.011:17.022.1:167.7

С. В. Пустовит, д-р филос. наук, проф.

ЕВРОПЕЙСКАЯ БИОЭТИКА: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

УДК 17.011:17.022.1:167.7

С. В. Пустовит

ЄВРОПЕЙСЬКА БІОЕТИКА: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

У статті аналізуються основні етичні принципи європейської біоетики — повага гідності й автономії особи, цілісності, уразливості та ін. Розглядаються практичні аспекти реалізації цих принципів на прикладі європейського законодавства і біополітики. Робиться висновок про принципову відмінність європейської біоетики від американської біомедичної етики та перспективи подальшого розширення предмета біоетики в контексті європейського етосу.

Ключові слова: біоетика, етичні принципи, європейська біоетика, біополітика, повага гідності особи.

UDC 17.011:17.022.1:167.7

S. V. Pustovit

EUROPEAN BIOETHICS: THEORY AND PRACTICE

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The article analyzes the basic ethical principles of the European bioethics: respect for human dignity, respect for autonomy, integrity, vulnerability, etc. Practical aspects of these principles realization are discussed on the example of European legislation and biopolitics. A conclusion is made about fundamental difference between European bioethics and American biomedical ethics and prospects of further expansion of bioethics subject in the context of the European ethos.

Key words: bioethics, ethical principles, European bioethics, biopolitics, respect for human dignity.

Сегодня можно встретить различные определения биоэтики: американская, африканская, европейская, азиатская. Данная статья посвящена феномену европейской биоэтики как теории и законодательной практики во второй половине XX в.

«Отцом биоэтики» справедливо считают американского биолога В. Р. Поттера, который в 70-х годах XX в. ввел в обиход термин «биоэтика» для обозначения этики выживания человечества, призывающей к принятию ответственных решений в сферах охраны здоровья человека и сохра-

нения естественной природной среды. Биоэтика виделась Поттером как особое мировоззрение, объединяющее объективные научные знания и общечеловеческие ценности, естественные и гуманитарные науки, теорию и практику с целью создания необходимых условий для выживания человечества. Постепенно ученый пришел к идее *глобальной биоэтики*, в качестве предпосылок и оснований которой он предложил рассматривать медицинскую и экологическую этику. Однако в самой Америке поттеровская идея глобальной

биоэтики оказалась не востребовавшей. В американском социокультурном пространстве нашла свое развитие преимущественно прагматическая версия биоэтики — так называемая *биомедицинская этика* [1], ставшая предметом и направлением работы целого ряда крупных научных центров: Центра биоэтики при Джорджтаунском университете, Института Кеннеди и др.

Биомедицинская этика, основанная на четырех принципах — уважения автономии личности, «не навреди», «делай благо», справедливости, — нашла своих последователей во многих странах мира. Но, вместе с тем, критика ее теоретико-методологической базы стала отправной точкой формирования представлений о *европейских биоэтике и биоправе*, имеющих свои принципы, акценты, особенности проблематики и теоретизирования, способов решения и обоснования. И именно в европейском этосе многие поттеровские идеи о *глобальной биоэтике* нашли свое второе рождение.

Парадоксальный характер рассуждений американских биоэтиков, пытавшихся «теоретизировать без теорий», был встречен многими европейскими учеными критически. *De jure* система четырех этических принципов *биомедицинской этики* должна была отвечать разнообразным потребностям современной медицины и здравоохранения. *De facto* принцип уважения автономии личности стал повелевающим всеми остальными принципами, потерявшим свою силу и смысл во многих жизненно важных для врача и пациента ситуациях. Вместе с тем, практика показала, что между ценностями индивидуализма (автономии, свободы выбора, прав личности), лежащих в основании биомедицинской этики, и реальным благом личности и общества не всегда можно поставить знак равенства.

Начало биоэтических дискуссий в Европе часто связывают с Нюрнбергским процессом. Трагические уроки Нюрнберга показали всему миру, что деятельность европейских ученых не может и далее осуществляться исключительно профессиональными медицинскими сообществами в рамках законов и юридических норм отдельных государств. Она нуждается в этико-правовом регулировании европейского и международного уровня. Принятие европейским сообществом Нюрнбергского кодекса (1946), Хельсинской декларации (1964, последняя версия — 2013), Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины (1996), Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека ЮНЕСКО (2005) и других документов, направленных на законодательное регулирование биополитики в европейских странах, ознаменовало не только новое этическое измерение человеческой мысли, но и качественно новый уровень самосознания европейцев.

Следует особо упомянуть «Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с при-

менением достижений биологии и медицины», принятую Советом Европы в 1996 г. [2]. Это обширный документ, в котором на уровне международной договоренности получили новое подтверждение фундаментальные права человека и права пациента, в особенности, право на уважение человеческого достоинства, право на равный доступ к медицинским услугам, право согласия на медицинское вмешательство, права людей, не способных выразить свое согласие, права лиц, страдающих психическими заболеваниями и др. В документе нашли отражение вопросы, связанные с защитой прав человека в процессе генетического тестирования, научными исследованиями, использованием эмбрионов, взятием органов и тканей у живых доноров. Конвенция была, в буквальном смысле слова, «выстрадана» европейскими странами, стала венцом более чем двадцатилетней деятельности Совета Европы в сфере биомедицины и биоправа.

В 1995–1998 гг. был реализован международный исследовательский проект БИОМЕД-II «Основные этические принципы в европейской биоэтике и биоправе», в котором приняло участие 22 европейские страны [3]. Целью проекта стало изучение содержания Конституций, законодательных актов, нормативных документов европейских стран в области биоэтики, а также интервьюирование ведущих европейских биоэтиков с целью выяснения оснований европейских биоэтики и биоправа. В результате проекта, осуществленного в несколько этапов (Копенгаген, Шеффилд, Утрехт, Барселона), было издано двухтомное издание «Основные этические принципы в Европейской биоэтике и биоправе» [4], а также ряд рабочих документов, среди которых Барселонская декларация (ноябрь, 1998), предложенная на рассмотрение Европейской комиссии.

Трехлетнее изучение Конституций, законодательных актов и других нормативных документов ряда европейских стран в области биомедицины показало, что в их основании лежат четыре наиболее значимых биоэтических принципа: *уважение автономии личности, уважение достоинства личности, принцип целостности и принцип уязвимости*. В настоящее время они выступают не только основанием европейской биоэтики, но и фундаментом нормативно-правовой и законодательной базы многих европейских стран, получая свою институализацию в рамках национальных конституций (Франция, Норвегия) или отдельных законодательных актов в области здравоохранения и экологии (Австрия, Бельгия).

Участники проекта БИОМЕД-II констатировали, что в современных условиях биоэтические принципы должны применяться не только в медицине, но и в других областях социальной практики, а ценность *автономии* необходимо поместить в более широкий (чем только медицинский) контекст — в контекст заботы о других людях,

этики солидарности, ответственности и справедливости, учитывая развитие экономики и культуры в Европе в последние десятилетия.

В предложенном участниками проекте Декларации отмечалось, что *автономия* не должна пониматься только как «разрешение» на проведение лечения или исследований. По мнению европейских ученых, в основании биоэтики должна лежать не автономия, а свобода, которая по своей природе подчинена разуму и не может существовать без ответственности [4, с. 142]. Исходя из более широкого контекста автономии как свободы, необходимо выделить, по крайней мере, пять ее значений, непосредственно связанных с атрибутами человеческой личности, с ее способностями: 1) создавать идеалы и цели своей жизни; 2) быть готовой к моральному инсайту; 3) уметь рефлексировать; 4) совершать поступки без применения насилия; 5) нести за свое поведение личную ответственность; 6) приходить к информированному согласию с другими людьми.

Альтернативой принципу уважения автономии личности в европейской биоэтике выступает *принцип уважения достоинства личности*. Он рассматривается как более фундаментальный и универсальный и подразумевает уважение моральной сферы личности, которая может и не иметь непосредственного выражения в активном выборе жизненных альтернатив. Можно сказать, что он является стержнем всей европейской биоэтики. В таких странах, как Италия, Испания, Греция, Ирландия, Германия, этот принцип заложен в основание конституций.

В европейской традиции среди множества других концепций «достоинства» доминирует кантовская: достоинство личности определяется наличием морального императива, трансцендентной составляющей человеческой личности. Однако эта концепция в европейской биоэтике получает свое дальнейшее развитие. «Достоинство личности» начинает пониматься не только как уважение прагматической способности человека делать правильный «разумный выбор», но и как уважительное отношение к другим подлинно человеческим экзистенциалам, таким как уязвимость и незащищенность, способность страдать, сопереживать, находиться в высших духовных состояниях. Оно служит отражением внутренней сакральной сферы человека, его чувства самоуважения, гордости за умение строить свою жизнь в соответствии с нравственными принципами и убеждениями.

Сегодня понятие человеческого достоинства в моральном и правовом смысле тесно увязывается с симметрией отношений между человеком и окружающим его миром. Им теперь нельзя обладать только по факту принадлежности к человеческому роду, «достоинство» необходимо заслужить, оно начинает обретать смысл исключительно в межличностных отношениях взаимности, в обращении людей друг с другом. Принцип ува-

жения достоинства личности включает в свое рассмотрение тех, кто еще только готовится появиться на свет (эмбрион, плод) и стать частью универсума человеческой культуры, а также умерших людей, которые уже внесли свой вклад в развитие цивилизации. Он очерчивает границы и намечает перспективы решения моральных проблем репродуктивного клонирования, генетического конструирования, трансплантации органов, изъятия органов у умерших людей и др.

Вместе с тем, понятие достоинства в европейской биоэтике и биоправе, в отличие от кантовского, расширяется и на природный мир, мир живого. Природное сообщество рассматривается как мир, имеющий собственную ценность. Таким образом, в контексте европейской биоэтики природа получает определения, которыми еще совсем недавно наделялся только человек: ценность, достоинство, право, уважение [5, с. 174].

В последние десять лет в этический дискурс уверенно входит этический принцип целостности (*integrity*), имеющий несколько значений (в зависимости от контекста). В биоэтике и биоправе этот принцип может употребляться как в узком, так и в широком смысле этого слова. Существуют два крайних полюса его понимания. Это, с одной стороны, честность, открытость, бескомпромиссность, неподкупность ученого или врача, с другой — историческое единство человеческой культуры, состоящей из уникальных человеческих личностей, нарративное единство истории личности и культуры. Некоторые исследователи включают в понятие целостности также связь человечества с миром животных и растений, тотальность как условие существования всех форм жизни.

В зависимости от контекста *integrity* может также означать и принцип неприкосновенности и невмешательства в частную жизнь личности. В целом можно выделить пять значений *integrity*: 1) чувство собственного достоинства, неприятие коррупции, открытость, честность, доброжелательность; 2) интеллектуальная, психодуховная, телесная, генетическая целостность личности; 3) сфера самоопределения личности; 4) нарративная тотальность и полнота бытия, вписанность жизни отдельной личности в общечеловеческую историю и культуру; 5) неприкосновенность личности, требование невмешательства в ее частную сферу (как юридическое понятие в международных правовых документах).

Принцип *уязвимости* всего живого тесно связан с двумя предыдущими принципами. Уязвимость — универсальное проявление не только человеческого бытия, но бытия всего живого (Э. Левинас). Это характеристика состояния как человека, так животных и природы, телеологической организации мира. Уязвимость отражает две базовые философско-мировоззренческие идеи: 1) конечность и хрупкость жизни человека и ос-

тальных живых существ; 2) необходимость принятия таких решений, которые направлены на заботу об уязвимых представителях Жизни на планете. К группе уязвимых можно отнести всех тех, кто страдает и подвергается насилию и стигматизации в современном обществе: детей, женщин, стариков, клиентов психиатрических клиник, инвалидов, а также мир живой природы. Соблюдение этого принципа особенно актуально в современном обществе, стремящемся «к совершенству» и устраняющем все «ненормальное», уязвимое и стигматизированное — страдания, психофизические отклонения, старость, умирание, биологическое разнообразие и уникальность.

Все вышеперечисленные принципы, согласно итоговой Декларации проекта БИОМЕД-II, не должны ограничиваться только человеческим обществом, но распространяться на мир животных, растений и природы. В культурном европейском пространстве мы видим четкие тенденции к универсализации биоэтики и ее принципов, расширению предмета биоэтики от проблематики, ограниченной биомедицинской сферой, до глобальных проблем современности, поднятию ее на уровень метаэтики.

В европейских этико-правовых документах также можно найти этические принципы, выражающие непосредственное отношение человека к природе: *исцеления*¹, *предотвращения*², *предосторожности*³, *возмещения урона*⁴, *устойчивого развития*⁵. Этот факт говорит о переходе европейского сообщества от модели контроля за результатами индустриальной деятельности человека к модели предотвращения неблагоприятных последствий такой деятельности, к идее природы как предмета заботы, к холистической этике «общего», «совместного мира» человека и природы. Включение этих принципов в законодательную базу — убедительное свидетельство осознания европейским сообществом первостепенной важности гуманного отношения не только к человеческой личности, но и к другим живым существам, природе в целом, в деле планирования европейской биополитики.

Одним из механизмов или способов гармонизации и интеграции законодательств отдельных стран в пространство общего европейского этоса становится принцип *плюрализма*. Он выступает также и как факт уточнения, интерпретации и гармонизации биоэтических принципов, предлагаемых странами — членами Европейского союза.

Этот принцип важен еще и потому, что биоэтиками являются представители различных наук и религий. О ней сегодня говорят не толь-

ко философы и медики, но и священники, юристы, журналисты, политики, экономисты. Этика, таким образом, становится объектом генерализованного дискурса и дезавуируется как систематическое теоретическое исследование морали и моральности. Часто представитель той или иной социальной практики или профессии рассматривает биоэтику как часть своей деятельности без референции к общечеловеческим ценностям и аксиологии. С одной стороны, такой биоэтик защищает специфический характер своей профессии или практики, в которую вовлечен, и исходя из их особенностей строит умозаключения, касающиеся биоэтических дилемм. С другой стороны, каждый биоэтик-нефилософ вторгается в область рассуждений теоретического и методологического характера, где у него отсутствуют необходимые знания и умения в области философии. Аналогичная ситуация может произойти и с философами, которые бывают недостаточно осведомлены в вопросах современных биомедицинских технологий. Принцип плюрализма обеспечивает мирное сосуществование различных позиций и мнений.

В связи с многочисленностью наций и народов Европы, а также большим притоком иммигрантов из стран третьего мира, отмечается значительный рост популярности среди философов и политиков принципов *толерантности* и *недискриминации* (отмены дискриминации). Они постулируют уважительное и одинаково справедливое отношение к культурным особенностям и традициям различных этносов, народностей, наций в различных сферах общества, в том числе в сфере сохранения здоровья. В 1995 г. Комиссия ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) приняла Декларацию принципов толерантности (Париж, 1995). Этот документ предоставляет этим принципам всеобщий международный статус, очерчивает возможные пути реализации толерантных отношений на государственном уровне, в социальной жизни отдельных стран. День принятия Декларации — 16 ноября предложено отмечать как Международный день толерантности.

Известный американский биоэтик Т. Энгельгардт отмечает, что биоэтика означает «открытую мирную дискуссию между различными группами атеистов, католиков, иудеев, протестантов» о политике в области здравоохранения и экологии, которая неизбежно приводит к поиску нейтрального общего языка — *lingua franca*⁶. Она становится «фабрикой рациональности» и в этом смысле может пониматься как преемница, «правнучка» Просвещения [6].

¹ Cure principle.

² Prevention principle.

³ Precautionary principle.

⁴ Polluter pays principle.

⁵ Sustainable development principle.

⁶ Первоначально означало жаргон, употребляемый при общении туземцев с европейцами в восточной части Средиземноморья, затем стало употребляться для обозначения смешанного или универсального языка.

Эпоха Просвещения — одна из ключевых эпох в истории европейской культуры, ознаменовавшаяся всплеском научной, философской и общественной мысли в духе торжества разума и свободомыслия. Просвещение открыло новый этап в нравственном развитии человечества, этап «моральной самости», «моральной вменяемости», осознания ответственности человека не только за ближайшие, но и за отдаленные последствия своих поступков. Интеллектуальные приобретения этой эпохи оказали большое влияние на моральные устои и социальную жизнь Европы и Америки, повлекли за собой отмену рабства и крепостничества, формирование института прав человека.

Вектор европейской биоэтики направлен на инвентаризацию, пересмотр, переосмысление ценностей и гуманистических идеалов эпохи Просвещения, таких как *природа, разум, научная истина, справедливость, равенство, свобода, диалог*, в контексте проблемы сохранения и развития жизни. Из рационалистически-метафизического контекста эти ценности переносятся в практически-прикладной, коммуникативный, герменевтический, начинают трактоваться в свете автономии, достоинства, ответственности личности, ее способности отстаивать свои собственные ценности, бороться за их воплощение в жизнь. Это то, на что указывал в свое время И. Кант, отвечая на вопрос о том, что означает Просвещение: «Просвещение — это выход человека из состояния несовременности, в котором он находится по собственной вине. Несовершенство — это неспособность пользоваться своим рассудком без руководства со стороны кого-то другого... *Sapere aude!* — имей мужество пользоваться собственным умом! — таков, следовательно, девиз Просвещения» [7]. Современные биоэтики апеллируют к кантовской практической философии и аристотелевскому фронезису, к этике как умению правильно жить, к этике как практической мудрости. При этом жизнь перестает трактоваться исключительно в терминах биологического и витального, а рассматривается более глубоко, как явление сопряжения материального и духовного миров.

Все больше приверженцев находит *социальная модель биоэтики*, основанная на позитивных правах человека, на использовании этических норм и ценностей в конкретных социальных системах: государственном управлении, политике, экономике, экологии. Возникает социально ориентированная модель биоэтики, основанная на представлении о социальном благополучии как гармонии человека с природой — своей собственной и окружающей. При этом определения природы и природного заключают в себе также и понятия государства и его институтов. Критика либеральных понятий автономии и собственности, приоритета интересов человека над интересами

природы приводит европейских философов к важному выводу о том, что государство должно быть социальным и природным одновременно (Г. Йонас, К.-М. Маер-Абих) [5, с. 196; 8]. Таким образом, понятие жизни и природы расширяется за счет культуры и социальной истории.

Европейскую философию и этику всегда отличало стремление к историчности, чего, в свою очередь, не хватало американским философам. В свое время А. Макинтайр упрекал американскую моральную философию в консерватизме и отсутствии в ней идей развития и историзма [9, с. 10]. В европейской философской мысли идеи историчности и ответственности соединены. Человек несет не просто ответственность, а историческую ответственность за все им созданное, в том числе и за свое духовное развитие: «Поскольку историческая ответственность постоянно напоминает человеку о его природе, то эта ответственность есть не только за других людей, но и за вещи... за сохранение природы вообще. Кто выводит за скобки понятие ответственности за животных, растения, сырье, водоснабжение, и, наконец, за климат на основании того, что эти формы нельзя интерпретировать как субъекты ответственности, тот ошибается относительно сущности этого понятия в принципе. Необходимо повторить: человек, так как он несет ответственность, является существом, имеющим идентичность не в самом себе, а за своими пределами. Его самобытность — в природе, опосредованной историей, и в истории, опосредованной природой» [8, с. 69]. Ответственность человека распространяется на весь Универсум. Культура есть вклад в историю природы, и, наоборот, благодаря человеку, природа обретает свое продолжение.

Важным механизмом воплощения принципов биоэтики в социальную практику становится деятельность *национальных этических комитетов (НЭК)*. После того как Франсуа Миттераном в 1983 г. во Франции был создан первый Национальный консультативный этический комитет, многие европейские страны также последовали этому примеру. Аналогичные комитеты были созданы в Испании, Португалии, Италии и других странах. Однако в англосаксонских и скандинавских странах получили распространение комитеты *ad hoc* — только на время решения какого-либо конкретного вопроса.

В лице НЭК государственные структуры получают идеального партнера для биоэтических дискуссий. Более того, работа НЭК способствует быстрому принятию важных законодательных актов в области биоэтики и биоправа. Одной из главных задач таких комитетов становится обеспечение взаимодействия и диалога между государственными экспертными структурами, научно-исследовательскими и медицинскими учреждениями и общественностью [10].

Полифония этических принципов и ценностей в европейской этико-правовой и юридической практике отражает культурное разнообразие и локальные вариации в европейском социокультурном пространстве. Теоретики единства Европы достаточно часто акцентировали внимание на «всеобщих» для Европы ценностях, утверждая, что они не противоречат ментальным особенностям и индивидуальным унастроениям отдельных ее представителей. Более того, европейцы пережили такой период, когда публично говорить о преимущественном значении национального сознания перед «космополитическим» считалось дурным тоном и реакционным проявлением национализма [11].

На практике оказалось, что универсальные общеевропейские ценности не всегда доминируют в сознании европейцев. Часто они уступают место национальным, местно-региональным и индивидуально-семейным установкам и предпочтениям. Несмотря на общую историю и духовное родство, принимаемые отдельными европейскими странами конкретные законодательные решения могут быть несогласованными, а иногда и существенно разниться, как это было относительно эвтаназии, клонирования, использования эмбрионов и стволовых клеток.

Показательны в этом отношении непростые общественные дискуссии по проблеме аборта, развернувшиеся сразу после объединения ГДР и ФРГ, которые продемонстрировали различие либеральных взглядов бывшей ГДР и консервативной власти ФРГ. В результате в объединенной Германии в начале 90-х годов аборт был исключен из числа уголовно наказуемых деяний, но, вместе с тем, не был легализован. Другой пример — длительные дебаты стран — членов Совета Европы по поводу принятия «Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины»: начиная от Резолюции № 3 по биоэтике в 1990 г. и до утверждения окончательного варианта Конвенции в 1996 г. [11].

В 2004 г. членами Европейского союза стали Чешская Республика, Кипр, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Словакия, Словения; в 2007 г. — Румыния и Болгария. Многие биоэтики в этой связи отмечают, что таким образом было положено начало новому европейскому сообществу, «новой Европе» — еще более плюралистической, чем это было ранее [12]. Многие присоединившиеся страны Восточной и Центральной Европы — в прошлом страны социалистического лагеря — имеют свои специфические проблемы системы здравоохранения и медицины и особенности философских традиций, что, в свою очередь, создает новую конфигурацию и акценты биоэтических дискуссий.

Подводя итоги, следует отметить несколько, на наш взгляд, важнейших моментов.

Во-первых, большинство европейских философов апеллируют к идеалу холистической этики, основанному на пересмотре либерально-демократической модели биоэтики и содержания принципа уважения автономии личности в пользу идей социальной солидарности, коммунизма, гармонизации личного и общественного блага.

Во-вторых, в европейском контексте предмет биоэтики трактуется более широко, чем в биомедицинской этике. Такая трактовка возвращает нас к поттеровской глобальной биоэтике, включая в рассмотрение не только моральные проблемы медицины и здравоохранения, но и отношение человечества к другим живым существам, природным объектам, экосистемам, Земле и планете в целом.

В-третьих, европейская биоэтика представлена целой палитрой этических принципов, которые постоянно пополняются, она имеет открытый незавершенный характер и глубокие теоретико-философские корни в европейской культуре.

Необходимо сказать и о слабых сторонах европейской биоэтики и биоправа. Принципы экологической этики, несмотря на глубокие теоретические наработки в этом плане, принятие ряда соответствующих документов (Орхусская конвенция, 1998; Картахенский протокол, 2003, и др.), на уровне биополитики оказались слабо интегрированными с принципами и ценностями медицинской этики. Примером может служить Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (ЮНЕСКО, 2005). Несмотря на длительное (в течение двух лет) и широчайшее обсуждение Декларации, к которому были привлечены представители не только европейских стран (в том числе Украины, Российской Федерации и других постсоветских республик), но и Азии, Африки, Канады и Америки, итоговый документ в целом оказался ориентированным на принципы и задачи биомедицинской этики. В нем, к сожалению, не нашли достойного места предложенные Украиной, Беларусью и другими странами этические принципы защиты и сохранения природного мира.

Многие европейские ученые отмечают, что дебаты по биоэтическим проблемам по-прежнему отстают от вызовов действительности. Сегодня на повестке дня технологии, вторгающиеся «в святая святых», в способность мышления, в природу мысли. Новая виртуальная реальность, порождаемая современными компьютерными технологиями, требует внесения поправок в биомедицинскую этику, экологическую биоэтику, глобальную биоэтику и, по-видимому, разработки на их основе новой этики поведения человека в ноосфере — нооэтики [13].

Более чем десятилетний опыт развития теории и практики биоэтики в Украине показал, что не-

возможно простое перенесение в украинскую действительность закономерностей и особенностей развития западной (как американской, так и европейской) биоэтики и биополитики. Очевидно, что попытки нетворческого копирования западных этико-правовых идеалов и норм, по крайней мере, неэффективны, особенно применительно к работе социальных институтов. Тем не менее, как система этических принципов, регулирующих поведение медицинских работников, как этическая экспертиза научных проектов, как элемент высшего образования биоэтика начинает играть все большую роль в украинском обществе. В системе украинского здравоохранения и высшего образования, в сфере экологии и сохранения природных ресурсов биоэтика может и должна стать главной альтернативой таким явлениям, как моральный нигилизм, потребительство, биологизаторство, технократизм, антропоцентризм. Дальнейшая судьба биоэтических принципов, их воплощение в практику будут определяться характером, качеством и темпами демократических преобразований всех сфер украинского общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Beauchamp T. L.* Principles of biomedical ethics / T. L. Beauchamp, J. F. Childress. – N.-Y., Oxford : Oxford university press, 1994. – 546 p.
2. *Explanatory report to the Convention for the protection of the human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine : Convention on human right and biomedicine.* – Strasbourg : Council of Europe, May 1997. – 36 c.
3. *Rendtorf J. D.* Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability — towards a foundation of bioethics and biolaw / J. D. Rendtorf // *Medicine, health care and philosophy.* – 2002. – N 5. – P. 235–244.
4. *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw* / ed. by J. D. Rendtorf, P. Kemp. – Guissona : Impremta Barnola, 2000.
- Vol. 1. Autonomy, dignity, integrity and vulnerability. – 428 p.
- Vol. 2. Partner's research. – 372 p.
5. *Єрмоленко А.* Практична філософія природи К. М. Маєр-Абіха // Маєр-Абіх К. М. Повстання на захист природи. Від довілля до спільності. – К. : Лібра, 2004.
6. *Engelhardt T. H.* The foundation of bioethics / T. H. Engelhardt. – N.-Y. : Oxford university press, 1986. – 335 p.
7. *Кант И.* Ответ на вопрос: что такое Просвещение? / И. Кант // *Собрание соч. : в 8 т. / под ред. А. В. Гулыги.* – М. : Чоро, 1994. – Т. 8. – С. 29–37.
8. *Йонас Г.* Принцип відповідальності. У пошуках етики для технологічної цивілізації / Г. Йонас. – К. : Лібра, 2001. – 400 с.
9. *Макінтайр А.* После добродетели: исследование теории морали / А. Макінтайр. – М. : Академический проект ; Екатеринбург : Деловая книга, 2000. – 384 с.
10. *Этические комитеты: настоящее и будущее / под ред. С. В. Вековшининой, В. Л. Кулиниченко.* – К. : Сфера, 2004. – 136 с.
11. *Rogers A.* Bioethics in Europe / A. Rogers, D. De Bousingen. – Strasbourg : Council of Europe, 1995. – 366 p.
12. *Dekker W.* The new European Union: A challenge to bioethics / W. Dekker // *Medicine, Health Care and Philosophy.* – 2004. – N 7. – P. 135–136.
13. *Запорожан В. Н.* Нооэтика в этическом кодексе медицины XXI столетия / В. Н. Запорожан. – О. : ОНМедУ, 2011. – 168 с.

УДК 101:61

Т. В. Гардашук, д-р філос. наук

НАНОТЕХНОЛОГІЇ ТА ПІДВАЛИНИ МЕДИЦИНИ

Інститут філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, Київ, Україна

УДК 101:61

Т. В. Гардашук

НАНОТЕХНОЛОГИИ И ОСНОВЫ МЕДИЦИНЫ

Інститут філософії імені Г. С. Сковороди НАН України, Київ, Україна

Рассматриваются особенности внедрения нанотехнологий в медицину, очерчиваются проблемы развития наномедицины. Показано, что развитие наномедицины побуждает к переосмыслению основ медицины как науки, искусства и социальной практики и приводит к трансформации подходов к определению базовых понятий медицины (норма, здоровье, болезнь, благосостояние).

Ключевые слова: нанотехнологии, наномедицина, норма, здоровье, болезнь, революции в медицине.

UDC 101:61

T. V. Gardashuk

NANOTECHNOLOGY AND FOUNDATIONS OF MEDICINE

H. S. Skovoroda Institute of Philosophy, National Academy of Science, Kyiv, Ukraine

The particular features of implementation of nanotechnologies in medicine are considered, the problems of nanomedicine development are outlined. It is shown that development of nanomedicine induces to rethinking of foundations of medicine as a science, art, and social practice and leads to the transformation of approaches to defining the basic notions of medicine (norm, health, and disease).

Key words: nanotechnologies, nanomedicine, norm, health, disease, revolutions in medicine.

Розвиток і широке впровадження в практику нанотехнологій, наноматеріалів і пристроїв небезпідставно вселяють сподівання на успішне розв'язання багатьох соціально-економічних (енерго- та ресурсозбереження, подолання бідності), екологічних (нові технології очищення довкілля), медичних проблем (виготовлення ефективних ліків, подолання досі невиліковних хвороб і збільшення тривалості життя людини) тощо. Водночас виникає занепокоєння щодо можливих непередбачуваних наслідків застосування нанотехнологій як для людини, так і для її довкілля. Розвиток і перспективи практичного застосування нанотехнологій актуалізують питання про межі втручань у різні аспекти людського буття, автентичності природи людини, автономії особистості, рівності та справедливості, підтримки гармонії між людиною та довкіллям.

Насамперед, слід зазначити, що міждисциплінарний характер нанотехнологій [8] визначає як особливості розвитку, так і специфіку їх застосування в кожній окремій галузі. Проблеми, що виникають у різних сферах застосування нанотехнологій (матеріали та виробництво; наноелектроніка та комп'ютерні технології; медицина; аеронавтика й освоєння космосу; довкілля та енергетика; безпека) можуть суттєво відрізнятися між собою, що зумовлено їх специфікою, суспільним статусом тощо. Інакше кажучи, етичні оцінки досліджень і впроваджень зумовлені відмінностями завдань та етичних проблем самих сфер застосування нанотехнологій [7].

Відповідно, всі спроби говорити про нанотехнології взагалі виглядають надто абстрактно. Для більш диференційованої та конкретної оцінки нанотехнологій, яка б об'єктивніше відповідала актуальним науковим дослідженням і впровадженням, варто звертатися до конкретних сфер нанотехнологічних досліджень. Завданням цієї роботи є розглянути особливості взаємодії нанотехнологій з медициною як наукою й особливим видом соціальної практики й окреслити проблеми, що виникають при цьому.

Актуальність і водночас складність поставлених завдань полягає в тому, що у XXI ст. сама медицина переживає значні трансформації щодо визначення власних завдань, цілей, базових понять і суспільної ролі. Роберт Фрайтас (Robert A. Freitas Jr.) серед численних визначень медицини зупиняється на найбільш загальному її визначенні як «науки та мистецтва діагностики, лікування, зцілення та запобігання захворюванням, зменшення болю, поліпшення та охорони здоров'я» [9].

Розмірковуючи над соціальною та антропологічною місією медицини, В. Г. Табачковський зауважує, що більшість представників виду *Ното* вирізняються природною недосконалістю [2]. Людська невдоволеність собою така ж давня, як і саме людство [8]. Це дає підстави говорити про

медицину як «техніку втручання» та розглядати її як підказку до «правильного способу життя». Відповідно, медична практика — це «особливий різновид діяльності, де індивідуальність пацієнта й індивідуальність лікаря залучені до міжособистісних стосунків, себто до особистісної іпостасі відношення «Я — Інший». Ця практика має справу з окремим, і в цьому виявляється статус медицини як мистецтва, що відрізняє її від науки, яка опікується всезагальним [2].

Таке бачення відповідає традиційній парадигмі пацієнтоцентричної медицини, яку порівнювали з мистецтвом, як чимось унікальним, індивідуалізованим. Звертання до лікаря перетворювалося на найдраматичнішу подію у «мандрах» хворого «життєвим шляхом». «Ядро цієї події, — зауважує В. Г. Табачковський, — одинична зустріч, за якою ховаються дуже важливі потреби хворого, незвідні тільки до одиничного (бо вони стосуються кожної людини)» [2].

М. Вартовський [1] звертає увагу на революційні зміни, що відбулися упродовж 1980-х років у медичній практиці та призвели до глибинних і радикальних зрушень фундаментальних структур медичної практики, а саме: 1) зміни соціальних і професійних структур і ролей; 2) зміни в політичній економії медицини; 3) зміни наукових і технічних компонентів медицини та їх відношення до клінічної практики; 4) зміни медичних і соціальних характеристик населення, на яке спрямована ця практика, та потреб населення; 5) зміни в законодавчо-юридичному та політичному статусі медичної практики.

Усі ці класи змін тісно пов'язані між собою, але для нас найбільший інтерес становить аналіз третього та четвертого класів змін, оскільки висновки цього аналізу допоможуть оцінити ті процеси, що їх переживає медицина в XXI ст. насамперед у зв'язку з розвитком і широким застосуванням нанотехнологій.

Так, характерною рисою медицини з другої половини XX ст. стало посилення її зв'язків із наукою та технікою й збільшення залежності від них. З одного боку, нові технології дозволяють більшій кількості медиків обслуговувати більше пацієнтів; з другого — зростає перелік спеціальностей, необхідних для охоплення всіх аспектів професійної діяльності, внаслідок чого відбувається деперсоніфікація стосунків між лікарем і пацієнтом [1].

Сучасні трансформації медицини зумовлені технологічними інноваціями та **фундаментальними проривами в пізнанні базових засад функціонування живого**, а також **комерціалізацією багатьох медичних практик** і входженням їх у сферу ринкових відносин. Не менш складним, як уже зазначалося, є питання про розвиток і практичне застосування нанотехнологій. При накладанні цих сфер одна на одну утворюється поле надзвичайно високої проблемної напруги. У загальних

рисах його можна сформулювати питанням: «Чи змінюють нанотехнології підвалини медицини або якою мірою вони причетні до таких змін?». Пошук відповіді на нього має зорієнтувати медичну спільноту і суспільство загалом щодо визначення завдань і цілей сучасної медичної практики.

На початку XXI ст. з новою силою актуалізується питання про те, що «відбувається з медичними чеснотами, коли в практиці медицини стикаються різні стилі й норми або коли невідповідність між моральними традиціями та моральною практикою в медицині стає завеликою? Чи існують “медичні революції”, під час яких різні системи чеснот і пороків стрибкоподібно змінюють одні одних?» [1].

Нанотехнології швидко знаходять своє застосування в різних галузях медицини. Широкий спектр їх, який ще в 2005 р. нараховував близько сотні дослідницьких, позначається загальним терміном «**наномедицина**». До таких проєктів, зокрема, належать дослідження наноматеріалів, можливостей контролю поверхонь, нанопор, створення маніпуляторів ДНК, діагностичного обладнання, внутрішньоклітинних пристроїв, BioMEMS, нанотерапія та наноробототехніка тощо. Лідерами у застосуванні нанотехнологій у різних сферах медичних досліджень і практики є США [7].

Європейська технологічна платформа з наномедицини (European Technology Platform on NanoMedicine: Nanotechnology for Health, 2005) [3] визначає наномедицину як застосування нанотехнологій у цілях охорони здоров'я, а саме використання поліпшених і нових фізичних, хімічних і біологічних властивостей матеріалів на нанорівні. Наномедицина має значний потенціал щодо запобігання, надійної ранньої діагностики та лікування багатьох захворювань [3]. Також окреслюються три основні напрями розвитку наномедицини: діагностика, у тому числі з отриманням зображень; цільова доставка ліків та їх контрольоване вивільнення; регенеративна медицина.

Разом із тим, застосування новітніх (молекулярних та із застосуванням нанотехнологій) підходів у сфері охорони здоров'я радикально впливає практично на всі види лабораторних і клінічних практик. Тому в найширшому сенсі наномедицину визначають як: 1) комплексний моніторинг, контроль, конструювання, відновлення, захист та **покращення** всіх біологічних систем молекулярного рівня з використанням інженерних нанопристроїв і наноструктур; 2) **науки та технології** для діагностики, лікування та запобігання хворобам і травматичним ушкодженням, зменшення болю, а також для охорони та покращання здоров'я людини завдяки використанню молекулярних інструментів і молекулярних знань про людське тіло; 3) застосування молекулярних машинних систем для розв'язання медичних проблем із

використанням молекулярних знань для підтримки та **покращення здоров'я людини** на молекулярному рівні (виділено нами — Т. Г.) [6; 9]. Порівнявши це визначення з наведеним раніше визначенням медицини, бачимо, що у визначенні наномедицини поняття «мистецтво» замінено на поняття «технології».

Б. Гордайн (B. Gordijn) указує на ті напрями наномедицини, де, на його думку, може виникати найбільше ґносеологічних, методологічних і соціально-етичних питань. До таких напрямів, зокрема, належать: 1) способи поліпшення діагностики; 2) методи транспортування терапевтичних засобів (ліків) до конкретної цілі; 3) нові методи лікування онкологічних захворювань; 4) створення імплантатів з великим ступенем біосумісності та тривалого використання; 5) розробка медичних наномашин [7].

При цьому Б. Гордайн зазначає, що на даному етапі перші чотири напрями застосування нанотехнологій у медицині відрізняються за ступенем просунутості досліджень і рівнем практичного застосування. Стосовно ж використання наномашин у медичних цілях, то ці сюжети належать радше до царини футуристичних прогнозів. Прототипами біологічних наномашин є рибосоми, віруси та молекули, за аналогією з якими прагнуть сконструювати штучні наномашини, а природні молекулярні структури (ДНК та ензими) розглядаються як компоненти для їх конструювання. Припускають, що перші наномашини, які можна буде застосувати в клінічній практиці, будуть сконструйовані через 20–50 років, хоча частина дослідників має сумніви щодо можливості створення та використання таких машин взагалі. Втім, якщо уявити можливість створення таких наномашин у майбутньому, то діапазон їх практичного застосування буде надзвичайно широким. Незважаючи на те, що в літературі описано чимало моделей штучних наномашин, оцінити їхнє значення та потенціал можна буде лише тоді, коли ці проєкти будуть матеріалізовані й випробувані на практиці [7]. Європейська технологічна платформа з наномедицини також окреслює й оцінює перспективу застосування нанотехнологій відтепер до 2020 р. [3].

Перелічені дослідницькі напрями та проєкти фокусуються здебільшого на оптимістичних очікуваннях від використання нанотехнологій у медицині. Проте будь-які нові методи лікування пов'язані з певними ризиками. Тому поряд із оптимістичними оцінками можливостей наномедицини з'являються й застереження щодо негативних наслідків застосування нанотехнологій. Чимало дослідників указують на необхідність зосередити увагу на оцінці можливих ризиків від застосування наноматеріалів і нанотехнологій, по-перше, для здоров'я пацієнтів [8], по-друге, для довкілля [8; 11]. Застосуванню наноматеріалів (наночастинок) у медицині має передувати досліджен-

ня їхньої токсичності, мобільності, біокумулятивності, проникності через біологічні бар'єри тощо.

Аналіз літератури свідчить, що розробка та запровадження наноматеріалів і нанотехнологій у різних сферах медичної практики ставить на порядок денний низку питань, які виходять далеко за межі власне медичної практики та набувають філософського, етичного, правового та соціального змісту. Розширення сфери застосування нанотехнологій і розвиток наномедицини порушують такі питання:

- переосмислення засад і завдань медицини як науки, мистецтва та соціальної практики: удосконалення людського організму та посилення його окремих функцій замість турботи про здоров'я та лікування (відтворення норми);

- зміни підходів у визначенні понять «норма», «здоров'я», «хвороба», «добробут» тощо;

- глибше осмислення природи людини та її тілесності, доцільності й правомірності її видозміни. Якщо у XX ст. суттєвий вплив на ставлення до тіла справили естетична хірургія та трансплантологія, то відтепер саме нанотехнології, посилюючи прогрес медицини, впливатимуть на зміну нашого ставлення до тіла завдяки можливості за допомогою нанотехнологій конструювати клітини, тканини, органи, а також перспективи перетворення тіла на підсистему складної технічної системи [7];

- визначення людської ідентичності та самоідентичності особистості (Identifying the Self);

- переосмислення уявлень про рівність і справедливості між різними групами населення вже зараз, а також між теперішніми та майбутніми поколіннями.

Як бачимо, перелічені питання виходять за межі суто медичної практики та потребують широкої дискусії всіх зацікавлених сторін — урядів і міжурядових організацій, науковців, бізнесу, правників, представників громадянського суспільства. Відповідно, ці питання не можуть залишатися поза ґрунтовними філософськими й етичними рефлексіями.

Вивчаючи особливості застосування нанотехнологій і наноматеріалів у медицині, німецький дослідник Й. Шумер (Joachim Schummer) пропонує розглядати два блоки етичних проблем: 1) специфічні етичні проблеми, до яких належать правила дослідницького процесу, виробництва та тестування наноматеріалів, процес переходу від лабораторних досліджень до масштабного виробництва, від клінічних випробувань — до масового застосування; 2) загальні етичні проблеми, що стосуються суспільного контролю над розробкою, управлінням, фінансуванням програм з нанотехнологій у ширших соціальному та науковому контекстах.

Традиційно «здоров'я» та «хвороба» є центральними поняттями медицини, які, втім, не мають однозначного визначення. М. Вартовський указує на проблемність інтерпретації таких термінів,

як здоров'я, хвороба, діагноз і лікування для визначення чеснот медицини та медичних чеснот, оскільки їх інтерпретація залежить від контексту відповідно до способів медичної практики, а також конкретних медичних і соціальних умов [1]. Зростання знань у галузі медицини та зміни уявлень про здоров'я і хворобу мають наслідком культурні зміни в оцінках того, що є «нездоров'ям» або тим, що потрібно лікувати. Прогрес медицини за принципом зворотного зв'язку породжує нові потреби [1]. До цієї тези ми повернемося під час аналізу застосування нанотехнологій у медицині, оскільки в сучасному світі, дійсно, змінюються уявлення про норму (здоров'я) та про можливості її корекції в напрямі посилення чи поліпшення певних показників стану організму за допомогою нанотехнологій.

Останнім часом усе помітніше стає тенденція зміщення медичних практик з виправлення патологій у напрямі норми до поліпшення норми. В англійській мові ця тенденція описується за допомогою терміну “enhancement” та “improvement” (поліпшення, посилення, збільшення тощо). Іншими словами, акцент медичних практик переноситься з лікування чи профілактики на поліпшення, що породжує цілу низку суперечностей. Зокрема, ці питання стали однією з ключових тем для дискусій під час 25-ї Конференції з філософії медицини та охорони здоров'я (Цюріх, 2011). Учасники конференції визнали нагальну необхідність уточнення змісту поняття здоров'я (health) і його чіткого визначення, у тому числі й на рівні Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), а також співвідношення цього поняття з поняттям «добробут» (well-being), оскільки здоров'я значною мірою пов'язане зі складним комплексом персональних відчуттів, що більше відповідає добробуту, а не лише із переліком клінічних показників, що відповідають нормі. Здоров'я доцільно визначати на основі трьох типів критеріїв: 1) об'єктивних (клінічних і наукових даних); 2) суб'єктивних; 3) соціокультурних [10].

Також потребує уточнення визначення поняття «хвороба» (disease). Наприклад, Роберт Фрайтас (Robert A. Freitas Jr.) згадує вісім підходів до визначення хвороби, на які орієнтуються лікарі [9]:

1. **Номиналістичний підхід (Disease Nominalism):** це те, що терапевт називає хворобою.

2. **Релятивістський підхід (Disease Relativism):** хвороба виявляється й визначається відповідно до явних чи неявних культурних норм і цінностей певних історико-культурних реалій.

3. **Соціокультурний підхід (Sociocultural Disease):** певне суспільство може виробити власне визначення хвороби, що відрізняється від визначень в інших суспільствах; водночас це бачення може відрізнятися й від визначення хвороби лікарями-практиками у цьому суспільстві.

4. **Статистичний підхід (Statistical Disease):** якийсь стан визначається як хвороба, коли цей

стан є відхиленням від певної статистично визначеної норми.

5. **Інфекційний підхід (Infectious Agency):** хвороба як наслідок дії мікробної інфекції (мікробного агента).

6. **Реалістичний підхід (Disease Realism):** хвороба існує реально безвідносно до соціальних норм і цінностей та незалежно від того, чи її досліджено, названо, класифіковано й діагностовано.

7. **Ідеалістичний підхід (Disease Idealism):** хворобу визначають як брак здоров'я, де здоров'я визначають як оптимум функціонування біологічних систем. «Здоров'я» уподібнюється з Платонівською ідеєю, до якої має наближатися функціонування організму.

8. **Функціональний підхід (Functional Failure):** Організми та клітини, з яких вони складаються, становлять собою складні організовані системи, що функціонують відповідно до інформаційних програм. Ці програми, закодовані в ДНК, і є продуктом еволюції; вони контролюють процеси, що відбуваються в системі. Завдяки біомедичним дослідженням ми «виписуємо» програми процесів як експліцитний набір (мережу) інструкцій. Серед них є «закриті» та «відкриті» генетичні програми, які потребують взаємодії між запрограмованими системами та довкіллям, тобто навчання та пристосування до певних умов. Норма — це функціонування біологічно запрограмованих систем (природне функціонування), а хвороба — порушення нормального функціонування. Недоліками цього визначення є те, що: а) хворобою можуть бути визнані будь-які зовнішні зміни, що суперечать генетичним програмам (наприклад, зміна кольору волосся); б) визначення хвороби ігнорує індивідуальні відмінності.

Вказуючи на недоліки кожного з підходів, Р. Фрайтас пропонує нове альтернативне визначення хвороби, що відповідає парадигмі наномедицини. Він називає її «*бажаною нормативною моделлю хвороби (volitional normative model — VNM)*» [5; 9]. Так само, як і в «ідеалістичному підході», бажана нормативна модель припускає, що здоров'я — це оптимальне функціонування біологічних систем. Подібно до «функціонального підходу», ця модель припускає, що оптимальне функціонування включає оперування біологічно запрограмованих процесів. Проте її відмінність від попередніх двох моделей полягає в такому:

— нормальне функціонування визначається як оптимальне оперування біологічно запрограмованих процесів, що відповідають індивідуальним генетичним програмам пацієнта, а не як процеси, що відображають узагальнені показники;

— фізичні умови розглядаються як «бажаний стан», де бажання пацієнта є ключовим моментом у визначенні здоров'я, пацієнту відводиться роль активного партнера в процесі лікування.

Таким чином, хвороба визначається не лише як порушення «оптимального» функціонування,

а й як *порушення «бажаного» функціонування* біологічних систем. Пацієнт визнається хворим, якщо збігаються обидві позиції: функціонування його біологічних систем не відповідає біологічній нормі та його бажанню; здоровим пацієнт є за умов відсутності обох цих умов [5].

На думку Р. Фрайтаса, з розвитком наномедицини збільшуватимуться можливості пацієнта вносити корективи в «природні генетичні програми» відповідно до власних бажань. Ця модель відводить значну роль бажанням і переконанням пацієнта, які часто-густо можуть бути ірраціональними через брак досвіду, інформації чи усвідомлення проблеми [5]. Разом із тим, бажана нормативна модель хвороби здається найбільш прийнятною для наномедицини, оскільки визнає, що ера молекулярного контролю в біології може виявити як значну молекулярну розмаїтість у людській популяції, так і розмаїтість відповідних індивідуальних реакцій. Розвиток нанотехнологій призведе до «дозвільної медицини» (permissive medicine), коли зміст бажань пацієнта формується на основі максимальної поінформованості. Для цього необхідно підвищувати рівень освіченості самих пацієнтів та інформованої згоди перед тим, як дозволити «неприродне» втручання наномедицини. Причому рівень інформованості щодо наслідків має зростати пропорційно рівню втручання, що здійснюються за бажанням пацієнта. Іншим боком цього питання є зв'язок між індивідуальними бажаннями та потребами громадської безпеки. Нова модель хвороби, якщо її застосовувати до наномедицини, може спровокувати конфлікт між бажаннями окремих індивідів і суспільством. Тому мають бути розроблені закони й інститути з розв'язання подібних конфліктів [5]. Якщо в 1980-ті роки медицина, як уже зазначалося з посиланням на М. Вартовського, зіткнулася з проблемою деперсоніфікації, то з розвитком нанотехнологій, зокрема впровадження так званих “lab-on-a-chip” технологій, увиразнюються тенденції до створення персоніфікованої медицини (“personalized medicine”) [8]. Але питання про те, чи буде це новою якістю пацієнтоцентричної медицини і як при цьому змінюватимуться ролі та стосунки лікаря й пацієнта, залишається відкритим.

Разом із тим, незважаючи на значні зміни в медицині ХХІ ст., пов'язані із запровадженням нанотехнологій, ми солідаризуємося із думкою Р. Фрайтаса про те, що лікар ніколи не буде просто механіком, навіть за умов отримання майже достовірної інформації про структуру та функціонування людського організму. На підтвердження цього судження Р. Фрайтас наводить слова теоретика та філософа медицини Отто Гутентага (Otto Gutentag): «Стосунки лікаря і пацієнта онтологічно відрізняються від обслуговування машини інженерами чи тварин — ветеринарами» [5].

ЛІТЕРАТУРА

1. Вартофский М. Модели. Репрезентации и научное понимание / М. Вартофский. – М. : Прогрес, 1988. – 507 с.
2. Табачковський В. Г. Полісвітніснє homo: філософсько-мистецька думка в пошуках «неевклідової рефлексивності» / В. Г. Табачковський. – К. : ПАРАПАН, 2005. – 432 с.
3. European Technology Platform on NanoMedicine: Nanotechnology for Health [Electronic resource]. – Access mode : ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/nanotechnology/docs/nanomedicine_visionpaper.pdf
4. Evans D. Ethics, nanotechnology and health / D. Evans // Nanotechnologies, ethics and politics. – Paris : UNESCO, 2007. – P. 125–152.
5. Freitas R. A. Jr. Personal Choice in the Coming Era of Nanomedicine / R. A. Freitas Jr. // Nanoethics: The Ethical and Social Implications of Nanotechnology / ed. by F. Allhoff, P. Linn, J. Moor, J. Weckert. – Wiley-Interscience: A John Wiley & Son, Inc., Publ., 2007. – P. 161–172.
6. Glossary [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.nanomedicine.com/NMI/Glossary.htm>
7. Gordijn B. Ethical issues in nanomedicine / B. Gordijn // Nanotechnologies, ethics and politics. – Paris : UNESCO, 2007. – P. 99–123.
8. Grunwald A. Responsible Nanobiotechnology: Philosophy and Ethics / A. Grunwald. – Singapore : Pan Stanford Publishing, 2012. – 383 p.
9. Nanomedicine, Volume I: Basic Capabilities [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.nanomedicine.com/NMI/1.2.2.htm#>
10. Priorities in Medicine and Health Care : 25th European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care (17–20 August, 2011) [Electronic resource]. – Access mode : <http://espmh.org/files/Zurich/Abstract%20Booklet%20Zurich%20%2812%20Aug%29%202011.pdf>
11. Schummer J. Identifying ethical issues of nanotechnologies / J. Schummer // Nanotechnologies, ethics and politics. – Paris : UNESCO, 2007. – P. 79–98.

УДК 17.022.1

М. Э. Гурьева

ЭТИЧНОСТЬ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ: БОРЬБА С КОРРУПЦИЕЙ ИЛИ РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ФАРМАКОТЕРАПИИ?

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Российская Федерация

УДК 17.022.1

М. Е. Гурильева

ЕТИЧНІСТЬ УХВАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ У МЕДИЦИНІ: БОРІТЬБА З КОРУПЦІЄЮ АБО РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ?

Казанський державний медичний університет, Казань, Російська Федерація

Стаття присвячена обговоренню питань обов'язків і відповідальності лікаря та чинного законодавства Російської Федерації. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 2012 р. перекладає відповідальність щодо вибору препарату для лікування хворого на плечі працівника аптеки, але не знімає з лікаря відповідальності за результати фармакотерапії.

Ключові слова: управлінські рішення, корупція, фармакоterapia, лікар-куратор.

UDC 17.022.1

M. E. Gurylyova

ETHICAL DECISION-MAKING IN MEDICINE MANAGEMENT: FIGHTING AGAINST CORRUPTION OR RATIONAL APPROACH TO PHARMACOTHERAPY?

The Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

The article is devoted to discussion of responsibilities and duties of a physician and Russian Federation Legislation. Order of the Ministry of Health 2012 puts the responsibility for the medicine's choice for the treatment of a patient by a pharmacist, but does not relieve the physician responsible for the results of pharmacotherapy.

Key words: management decisions, corruption, pharmacotherapy, doctor.

Последние 20 лет страны содружества независимых государств (СНГ) после распада СССР взяли курс на построение правовых государств. Претерпели существенное изменение законодательные акты, регулирующие все сферы деятельности человека, вновь создаваемые правовые документы делают акцент на соблюдении прав человека.

В Российской Федерации в 2011 г. вступил в действие Федеральный Закон № 323 от 21 нояб-

ря 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где четко закреплены права пациента и обязанности медицинских работников [1].

Главной фигурой при взаимодействии врача и пациента на профессиональной основе является врач, точнее лечащий врач. Используя дефиниции, предложенные в вышеуказанном законе, «...лечащий врач — это врач, на которого возложены функции по организации и непосредственно-

му оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и лечения» (ФЗ № 323, статья 2). Под лечением понимается «комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение и облегчение проявлений заболевания/заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности, качества жизни». А под медицинским вмешательством — «выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие психическое или физическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и/или манипуляций».

Врач организует обследование и лечение больного, отвечает за информирование пациента обо всех аспектах его здоровья, решает вопрос о необходимости проведения дополнительных консультаций, созывает консилиум, устанавливает диагноз, организует лечение, в том числе рекомендует пациенту лекарственные препараты, медицинские изделия, необходимые для коррекции его состояния, специализированные продукты питания (статья 70). Кроме оказания медицинской помощи и назначения лекарственных препаратов (статья 73), в обязанности врача входит следование этическим нормам медицинской деятельности, заложенным в Клятве врача «честно выполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека» (статья 71).

Сегодня в медицине довольно часто возникает противостояние этических и правовых требований, предъявляемых к врачу: необходимость соблюдения стандарта оказания медицинской помощи пациенту и назначение современной высокоэффективной помощи, которая не укладывается в прокрустово ложе стандартов; госпитализация больного в профильное отделение и лечение сопутствующей патологии, не укладывающейся в этот профиль, и многое другое. Как бы ни хотелось видеть тандем этики и права, но, к сожалению, этика — характеризующая верхний предел нравственности общества, практически всегда опережает право — обеспечивающее нижний ее предел. И в медицине: несмотря на наличие законодательства, регулирующего сферу медицинской деятельности, врачебную этику никто не отменял, и от доктора пациент ожидает следования этическому требованию «приноси пользу»: максимального со-участия, со-переживания, со-действия. «Поступай так, как бы ты хотел, чтобы люди поступали в отношении тебя» — этический призыв, требующий, чтобы врач контролировал весь процесс диагностики и лечения, выбирая самый лучший диагностический метод и фармакологический препарат, иначе как можно отвечать за результат?

Наиболее полно этические требования к врачу изложены в документах Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) — международной неправительственной организации, представляющей врачей всего мира и устанавливающей международные нормы медицинской деятельности, обязательные для исполнения врачами стран в нее входящих. Эта ассоциация была создана в 1947 г. для обеспечения гарантии независимости врачей и высоких этических стандартов их деятельности, что было крайне важно после Второй мировой войны. Сегодня эта организация объединяет более 80 стран мира. Она ежегодно проводит Генеральные Ассамблеи, на которых принимаются решения относительно актуальных проблем медицины — совместимости достижений науки и техники со стандартами медицинской этики и профессиональной компетенции, что способствует обеспечению гуманного подхода к пациентам, улучшению качества жизни людей во всем мире. Всемирная медицинская ассоциация разрабатывает и распространяет руководства, рекомендации и методические материалы по широкому кругу вопросов: медицинской этике и участию человека в качестве субъекта медицинского исследования, по правам пациентов, уходу за ранеными и больными в ходе военных конфликтов, по содержанию заключенных и применению к ним пыток, по неправильному использованию лекарственных препаратов, по планированию семьи, загрязнению окружающей среды и многим другим вопросам, связанным с принципами и правилами организации медицинской деятельности. Основная задача ВМА — достижение консенсуса по спорным проблемам клинической медицины, медицинского образования, социально-медицинским проблемам, который базируется на авторитете общественной организации, именах ее экспертов.

Относительно обязанностей врача по назначению лекарственных средств пациенту и ответственности за фармакологические назначения имеется три документа ВМА:

- 1) «Заявление о генерической замене лекарственных препаратов» (1989) [2];
- 2) «Резолюция по поводу терапевтической замены лекарств» (1990) [3];
- 3) «Резолюция “О гарантиях невмешательства в процесс принятия врачом профессионального решения по поводу назначения лекарственного средства”» (1988) [4].

Все перечисленные документы закрепляют ответственность врача за результаты фармакотерапии и требуют крайней осторожности, персональной ответственности и жесткого контроля. В частности, в «Заявлении о генерической замене лекарственных препаратов» дается определение этого вида замены: «генерической заменой называют отпуск лекарства, коммерческое название которого отличается от выписанного врачом, а хи-

мический состав и дозировка действующего начала — идентична» и высказывается мнение международного медицинского сообщества по поводу этой возможности: *«Выписке рецепта должен предшествовать выбор лекарства, учитывающий индивидуальные особенности данного пациента. Затем врачу следует сравнить цены сходных препаратов, чтобы наилучшим способом удовлетворить потребности пациента. Врач вправе и обязан провести этот выбор от имени пациента, определив тип препарата и его количество, с учетом экономических возможностей пациента. Если пациент согласился на определенное лекарство, то препарат нельзя заменить без разрешения пациента и его врача. Даже если поставщик предлагает аналогичный препарат, необходимо предпринять все меры, чтобы последнее слово осталось за врачом. Пренебрежение этим принципом может причинить ущерб пациенту, а врачу придется нести ответственность за последствия. Для блага врачей и пациентов национальные медицинские ассоциации должны всеми возможными способами поддерживать этот принцип»...*

В «Резолюции по поводу терапевтической замены лекарств» дается определение этого вида замены: *«...терапевтической заменой является случай, когда фармацевт заменяет лекарство, выписанное врачом, на другое, отличное по химическому составу. При этом замененное лекарство хоть и принадлежит к тому же фармакологическому и/или терапевтическому классу, однако по химическому составу отличается от прописанного, а потому может вызывать у пациента иной эффект».* Согласно коллегиальному мнению профессионалов-медиков, *«поскольку выписка того или иного лекарства — кульминация процесса взаимодействия между врачом и пациентом, направленного на предотвращение возникновения проблемы или болезни, ее лечение или улучшение состояния пациента, подбор индивидуальной терапии требует от врача тщательной оценки научных, психологических и иных данных, включая стоимость того или иного лекарства, и врачи несут ответственность за постановку диагноза и лечение пациента, включая выписку соответствующих лекарств и медикаментов. Всемирная медицинская ассоциация выступает в поддержку индивидуализации процесса лечения пациента, основанной на всей доступной информации о состоянии его здоровья и психосоциальных особенностях и сохранении за врачом права и обязанности быть единственным авторитетом в деле выписки пациенту лекарств...».*

В последнем документе — «Резолюции “О гарантиях невмешательства в процесс принятия врачом профессионального решения по поводу назначения лекарственного средства”» — особо отмечается **ответственность врача за фармакологические назначения** и высказывается поддержка права и обязанности врача принимать профессио-

нальные решения исключительно на благо своих пациентов. *«... так как зафиксированы факты несоответствия ряда выпускаемых под коммерческими названиями лекарств стандартам качества для фармацевтических препаратов соответствующих генерических групп, то выписка врачом лекарств и препаратов — форма принятия профессионального решения...».*

Таким образом, ВМА — законодатель мод на мировой этической сцене — возлагает на врача ответственность за все этапы медицинского вмешательства и требует от общества делегировать ему право на осуществление этого действия во благо пациента.

Так ли это на практике?

Сегодня большое внимание на всех уровнях уделяется вопросам коррупции. К сожалению, благодаря средствам массовой информации главными коррупционерами были выставлены врачи и учителя, что вызвало общественный резонанс и потребовало государственных решений. В целях предупреждения коррупции в медицине 20.12.2012 г. Минздрав Российской Федерации выпустил приказ № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», согласно которому врач не имеет права указывать в рецепте названия препарата, а выписывает лекарственное средство по его международному непатентованному наименованию (МНН). С 1 июля 2013 г. приказ вступил в силу [5].

Здесь нужно пояснить, в чем различие между брендовым (патентованным) и международным непатентованным наименованием лекарственного средства. Любое лекарство имеет два имени — одно торговое название (бренд), которое может быть защищено патентом, а второе — МНН, отражающее название основного действующего вещества, или химическое наименование. Так, знакомый всем аспирин — это бренд, а его МНН — ацетилсалициловая кислота. При выходе на рынок лекарственное средство получает «имя собственное» (бренд), а когда время его патентной защиты истекает (20–25 лет), его могут производить любые производители на своих предприятиях и оно будет называться «воспроизведенное лекарственное средство» (генерическое) или дженерик (генерик). Соответственно, у дженериков будут другие названия (имена собственные), но такое же МНН.

Основная проблема заключается в том, что законодательством Российской Федерации для воспроизведенных лекарственных средств (дженериков) не требуется проведение клинических исследований, а необходимо только доказательство их биоэквивалентности. Такое исследование проводится на ограниченном контингенте людей (обычно здоровых добровольцах 20–30 человек)

и при установлении соответствия в пределах 80–120 % с оригиналом дженерику дается разрешение на производство и продажу в аптечной сети. При этом считается, что те профили эффективности и безопасности, которые показал при клинических исследованиях бренд, автоматически распространяются на дженерик. Листок-вкладыш, информирующий пациента об этом препарате, становится идентичным листку-вкладышу оригинала, а зачастую из него волшебным образом пропадают ссылки на возможные негативные побочные эффекты и предупреждения о лекарственных взаимодействиях.

Таким образом, неидентичные испытания воспроизведенного лекарственного средства порождают обман потребителя. Связано это с тем, что эти воспроизведенные лекарственные средства могут отличаться от оригинального не полной идентичностью химического состава (за счет вспомогательных и балластных веществ), а по биологическим свойствам, субстанция может иметь другую степень очистки, различное соотношение изомеров и многое другое, то есть пациент может столкнуться с неадекватным эффектом препарата (с побочными реакциями или с недостаточной лечебной эффективностью). Это очень большая проблема, которую врачи не один год обсуждают на международных форумах. Кроме того, если лекарство выписано для лечения хронического заболевания, и терапия начата, никакая замена (ни генерическая, ни, тем более, терапевтическая, на близкое вещество) не может быть осуществлена без разрешения врача — это не только постулат этики, но еще и принцип доказательной медицины (evidence-based medicine).

Сегодня в рамках одного класса имеется линейка из сотни препаратов, каждый из которых может быть вариантом выбора — оригинальное лекарственное средство и многочисленные дженерики. Чтобы разбираться в тонкостях, необходимы как фундаментальные медицинские знания, так и знание проблем конкретного больного, что не является областью профессиональных знаний и интересов фармацевта или провизора. Согласно обсуждаемому нами главному закону, регулирующему медицинскую деятельность «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», фармацевтический работник — это лицо, имеющее фармацевтическое образование, в трудовые обязанности которого входят оптовая и розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения, их хранение, перевозка, изготовление. За состояние здоровья потребителя лекарственной продукции он не отвечает. Более того, для фармацевтического работника определяющим показателем эффективности его работы является рентабельность аптечного учреждения, а это значит, что предлагать лекарственный препарат клиенту он будет, исходя не из индивидуальных особенностей здоровья

больного и соображений безопасности с учетом сопутствующих заболеваний и состояний пациента, а ориентируясь на достижение прибыльности работы аптеки и платежеспособность посетителя. В таких условиях проигрывают как потребитель лекарственной продукции, так и врач. Последний оказывается беззащитным перед совестью и законом, поскольку отвечает за результаты лечения, не управляя им.

Безусловно, вопросы коррупции, в том числе и в медицине, должны рассматриваться. Разрабатывать механизмы пресечения коррупции — важная задача государства. Но первоначально необходимо решить вопрос о пересмотре ассортимента медицинских препаратов с позиции доказательной медицины, создании перечня взаимозаменяемых препаратов и **ответственности фармацевтических работников перед пациентами за рекомендованное лекарственное средство**. Помимо этого, необходимо введение понятия «взаимозаменяемый лекарственный препарат». Эта задача уже поставлена перед Министерством здравоохранения Российской Федерации, которое планирует совместно с Минпромторгом и ФАС с 2014 г. начать формировать такой перечень взаимозаменяемых лекарств. Но это не так просто. Для того чтобы признать препараты взаимозаменяемыми, необходимо провести сравнительные клинические испытания, организованные по всем правилам Качественной клинической практики (Good Clinical Practice) и прочие экспертизы, что требует большого количества времени, сил исследователей и средств, чего в наличии нет. Поэтому простым росчерком пера эта задача решена быть не может. Кроме того, существуют отдельные группы современных лекарственных средств, которые рекомендуется выписывать именно по торговому наименованию. Часть из них имеет сложный и уникальный состав действующих веществ, который либо затруднительно разместить на рецептурном бланке, либо невозможно указать в принципе с использованием МНН. А как быть с особыми группами препаратов: биосимилярами, лекарствами с узким терапевтическим диапазоном или особыми формами доставки?

До лета 2013 г. квалифицированный выбор лекарственного препарата для пациента полностью ложился на плечи лечащего врача, чей уровень образования предполагал компетентность и осведомленность в поставленном вопросе. Кстати, требования к качеству специалиста заложены в законе через процедуру аккредитации, учитывающей все этапы подготовки профессионала, и проводимую не реже 1 раза в 5 лет. Почему фармацевтическому работнику со средним образованием (именно такими специалистами в большинстве случаев укомплектованы среднестатистические аптеки) отдается на откуп решение о том, какой препарат рекомендовать и продать больному? Не будет ли это простым переключением

коррупционных оснований с одних плеч (врачебных) на другие (фармацевтические)? При этом выбор последних не идеален.

В Ассоциации международных фармпроизводителей (АИРМ) полагают, что выписка рецептов по МНН вопреки профессиональной позиции врача негативно отразится на пациентах и на российском здравоохранении в целом.

С нашей точки зрения, любые организационные решения в медицине должны оцениваться с позиции минимизации вреда для больного и проходить не только экономическую, но и этическую оценку профессионалов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации* : Федеральный Закон № 323 от 21 ноября 2011 г. [Электронный ресурс] // Российская газета. Федеральный выпуск. – 23 ноября 2011 г. – № 5639. – Режим доступа : http://www.consultant.ru/popular/zdorovia_grazhdan/

2. *Заявление о генерической замене лекарственных препаратов*, ВМА (1989) [Электронный ресурс] // Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские про-

блемы : сборник официальных документов / под ред. В. Н. Уранова. – М. : ПАИМС, 1995. – 96 с. – Режим доступа : <http://www.med-pravo.ru/ethics>

3. *Резолюция по поводу терапевтической замены лекарств*, ВМА (1990) [Электронный ресурс] // Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы : сборник официальных документов / под ред. В. Н. Уранова. – М. : ПАИМС, 1995. – 96 с. – Режим доступа : <http://www.med-pravo.ru/ethics>

4. *Резолюция «О гарантиях невмешательства в процесс принятия врачом профессионального решения по поводу назначения лекарственного средства»* (1988) [Электронный ресурс] // Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы : сборник официальных документов / под ред. В. Н. Уранова. – М. : ПАИМС, 1995. – 96 с. – Режим доступа : <http://www.med-pravo.ru/ethics>

5. *Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения* : Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1175н от 20.12.2012 [Электронный ресурс] // Российская газета. – Федеральный выпуск. – 3 июля 2013 г. – № 6118. – Режим доступа : <http://www.referent.ru/1/209923>

*Передплатуйте
і читайте
журнал*

ИНТЕГРАТИВНА АНТРОПОЛОГІЯ

У ВИПУСКАХ ЖУРНАЛУ:

**Передплата приймається
у будь-якому
передплатному пункті**

Передплатний індекс 08210

- ◆ Методологія інтегративних процесів
- ◆ Генетичні аспекти біології та медицини
- ◆ Патологічні стани і сучасні технології
- ◆ Філософські проблеми геронтології та гериатрії
- ◆ Дискусії



УДК 613.165:616-006-02

В. П. Пішак, д-р мед. наук, проф.,
М. І. Кривчанська, канд. мед. наук,
О. О. Громик

АНТИПРОЛІФЕРАТИВНІ ВЛАСТИВОСТІ МЕЛАТОНІНУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

УДК 613.165:616-006-02

В. П. Пишак, М. И. Кривчанская, О. А. Громик
АНТИПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ СВОЙСТВА МЕЛАТОНИНА

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Мелатонин как гормон pineальной железы характеризуется онкопротекторными свойствами, подавляет пролиферацию и повышает уровень апоптоза в клетках опухолей, а также снижает в них уровень активности ферментов, позволяющих раковым клеткам бесконечно делиться, и подавляет экспрессию ряда онкогенов. Многочисленные исследования показывают повышение риска рака у животных, находившихся при длительном искусственном освещении, что приводит к снижению выработки мелатонина.

Ключевые слова: шишковидная железа, мелатонин, онкогены, пролиферация, апоптоз.

UDC 613.165:616-006-02

В. Р. Pishak, M. I. Kryvchanska, O. O. Gromyk
ANTIPROLIFERATIVE PROPERTIES OF MELATONIN

The Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Melatonin is the hormone of pineal gland, which has anticarcinogen property, inhibits proliferation, increases apoptosis in tumor cells, and reduces the level of enzymes activity that allows cancer cells to divide indefinitely and inhibits the expression of several oncogenes. Numerous researches show an increased risk of cancer in animals that were in artificial light exposure, which cause a decreasing of melatonin production.

Key words: pineal gland, melatonin, oncogenes, proliferation, apoptosis.

Метою даної роботи є з'ясування ролі ендо- й екзогенного мелатоніну (МТ) для кращого розуміння механізмів профілактики та лікування онкологічних захворювань.

Дослідження останніх років дозволяють говорити про МТ як про онкостатичний пінеальний гормон. Клінічні його випробування показали успішне використання в терапії злоякісних новоутворень. Мелатонін бере участь у регуляції основних гомеостатичних систем — нервової, ендокринної, імунної, а також добової ритмічної активності. Ендогенний МТ забезпечує адаптацію організму в умовах дії тератогенів. Порушення нормальної продукції даного гормону спричиняє розвиток злоякісних новоутворень [4; 22].

Мелатонін — N-ацетил-5-метокситриптамін N-[2-(метокси-1H-індол 5-іл)етил] ацетил амід — це амфіфільна речовина, індол, який на 80 % (близько 30 мкг) синтезується шишкоподібною залозою (ШЗ). Решта його кількості, що цирку-

лює в крові, утворюється сітківкою та залозою миготливої перегородки ока, а також ентерохромафінними клітинами шлунково-кишкового тракту й ендокринними клітинами — тучними клітинами, природними кілерами, еозинофільними лейкоцитами, тромбоцитами, ендотеліоцитами. Як і інші індоли епіфіза, МТ синтезується з триптофану, який послідовно піддається гідроксилуванню завдяки дії двох ферментів: триптофан-5-монооксигенази і декарбоксилази ароматичних кислот.

Шлях утворення багатоступінчастий, проміжним продуктом синтезу є серотонін, який, з одного боку, є субстратом для утворення МТ, а з другого — сприяє потенціювальному ефекту α_1 -адренорецепторів при синтезі циклічного аденозинмонофосфату (цАМФ). На тваринах *in vivo* доведено, що синтез МТ у ШЗ індукується при зв'язуванні нор-адреналіну β -адренергічними рецепторами з подальшою активацією епіфізарної аденілатцикла-

зи, зростанням кількості цАМФ, зв'язуванням і новим синтезом N-аденілаттрансферази (NAT) або її активатора [10].

Спектр фізіологічних функцій, притаманних МТ, надзвичайно широкий. Мелатонін є позитивним терапевтичним агентом при лікуванні низки гормонально активних пухлин, деяких дерматологічних захворювань і афективних розладів. Його фізіологічні функції інтенсивно вивчаються, хоча чіткої систематизації молекулярних і фізіологічних механізмів ще досі не вироблено. Серед описаних ефектів слід зазначити: вплив на пігментний обмін, пристосування до сезонних і поясних зміщень, узгодження біохімічних процесів із циркадіанними змінами освітленості, тривалості дня та географічної широти (так звана роль «таймера узгодження»), незалежне інгібування синтезу пролактину, затримку формування сексуальної поведінки та статевого дозрівання тварин, індукцію нічного сну зі збереженням нормального співвідношення його фаз, антистресові, седативні ефекти, антипроліферативний ефект (вплив на гормонозалежні пухлини), імуномодуючі та імуностимулювальні властивості, що виявляється реактивацією тимуса та відновленням його функцій, антиноцицептивну здатність шляхом впливу на центральні ланки больової чутливості головного мозку, антиоксидантну та цитопротекторну дію тощо [1].

Рівень МТ й інтенсивність процесів його синтезу перебувають у прямій залежності від багатьох чинників, серед яких визначальними є рівень освітленості середовища, у якому знаходиться індивід (рис. 1). Під час онтогенезу максимальна активність процесів синтезу, секреції МТ і його концентрації в крові визначаються в дитячому та пубертатному віці, у 22-річних осіб його рівень починає прогресивно знижуватись і на 55–60-му році життя концентрація МТ в організмі є мінімальною [13].

У популяції здорових людей вміст МТ у плазмі найменший у денний час доби (0–20 пг/мл) і максимальний уночі (50–180 пг/мл), що становить 80 % добового продукування. Відбуваються й сезонні коливання синтезу цього гормону — він вищий узимку порівняно з літнім періодом [9].

Наведені характеристики важливо враховувати, використовуючи екзогенний МТ у лікувальній практиці, для вибору оптимальних доз застосування і часу доби, що дозволяє зберегти природний добовий ритм секреції даного гормону [2].

Після винайдення електричного освітлення світлове забруднення стало значною частиною сучасного способу життя, що призвело до серйозних розладів поведінки і стану здоров'я, включаючи серцево-судинні захворювання та рак. Відповідно до гіпотези «циркадіанної деструкції», така зміна світлового режиму порушує ендогенний добовий ритм, пригнічує нічну секрецію мелатоніну і знижує його концентрацію в крові [22].

Починаючи з 70-х років минулого століття, виникло припущення, що МТ притаманна онкостатична дія щодо різних пухлин людини. Спирячаючись на експериментальні дослідження, вчені показали позитивний вплив пінеальних екстрактів при лікуванні мишей і щурів з пухлинами грудної залози, яєчників і матки. У 90-ті роки ХХ ст. доведено інгібувальну дію пептидів епіфіза (зокрема епіталаміну) на розвиток у щурів і мишей пухлин — як спонтанних, так і індукованих хімічними канцерогенами або опромінюванням [3].

Сьогодні загальновизнано, що експериментальні дії, які активують функцію епіфіза, або введення МТ скорочують кількість випадків виникнення і розвитку пухлин, тимчасом як пінеалектомія, або створення умов, що пригнічують функцію епіфіза (постійне освітлення), стимулює ріст пухлин [20].

Останнім часом активно обговорюються можливі механізми інгібуючої дії МТ на канцерогенез [14].

Регуляція транскрипції ракових клітин здійснюється трьома шляхами сигналізації: аденілатциклазним, ліпоксигеназним і тирозинкіназним. Ліпоксигеназний і тирозинкіназний шляхи сигналізації здійснюються через мітогенактивуючий білок (MARK), що передає сигнал до внутрішньоядерних транскрипційних факторів (рис. 2). Аденілатциклазний шлях призводить до синтезу цАМФ й активації протеїнкінази А (РКА), яка фосфорилує фактори транскрипції. Важливою особливістю є те, що активність аденілатциклазного та ліпоксигеназного шляхів активації прямо залежить від концентрації МТ у плазмі крові

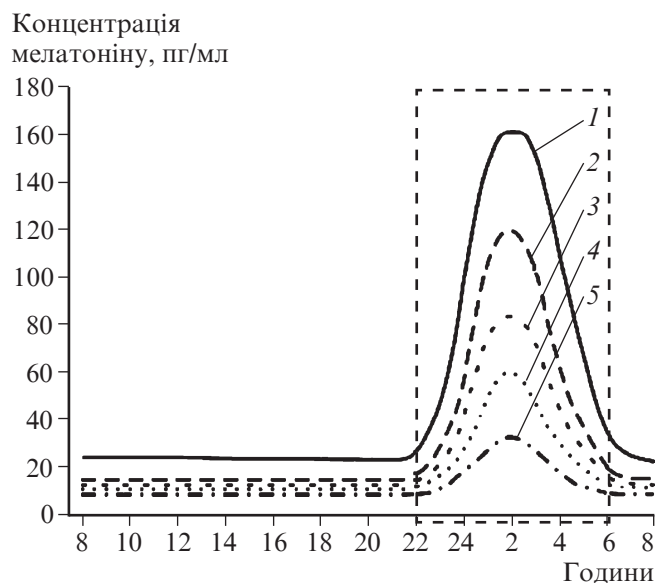


Рис. 1. Концентрація ендогенного мелатоніну у плазмі крові в різні періоди доби залежно від вікової категорії (М. Karasek, K. Winczyk, 2006): 1 — 5–10 років; 2 — 20–40 років; 3 — 41–50 років; 4 — 51–60 років; 5 — 60 років і більше

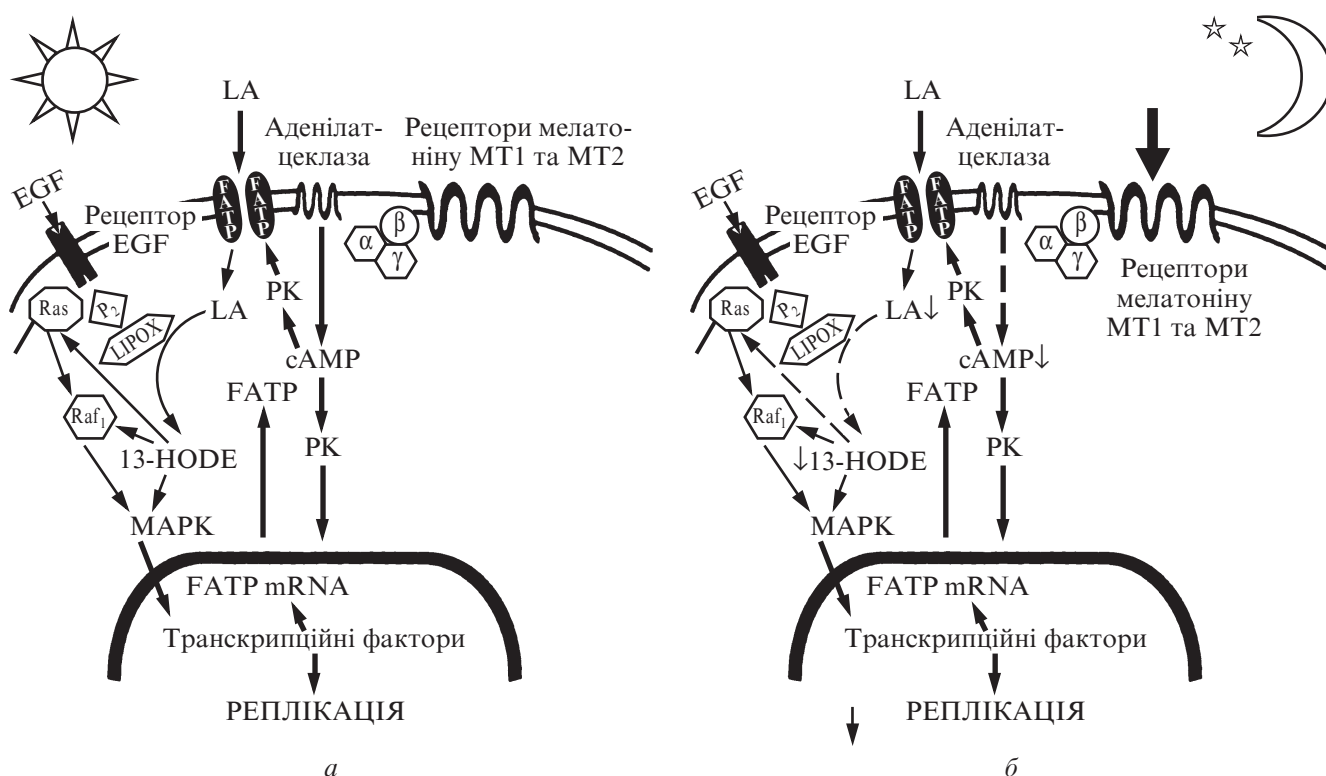


Рис. 2. Роль мелатоніну в молекулярних механізмах сигналізації та регуляції транскрипції ракових клітин: *a* — світлова фаза, *б* — темнова фаза; LA — ліолева кислота; 13-HODE — 13-гідроксіоктадієнова кислота; FATP — транскрипційний фактор; PK — протеїнкіназа; EGF — епітеліальний фактор росту; LIPOX — EGF-стимульовальна ліпоксигеназа; MARK — мітогенактивуючий білок (кіназа); Ras, Raf₁ — білки-посередники (E. B. David et al., 1999)

й активності мелатонінових рецепторів (MT1 і MT2) [17].

Під час світлової фази (коли рівень мелатоніну низький) аденілатциклаза продукує цАМФ, що підвищує рівень цАМФ-залежної протеїнкінази шляхом фосфорилювання факторів транскрипції за допомогою цАМФ-залежної протеїнкінази (рис. 2, *a*). Усі ці вищезгадані процеси сприяють збільшенню концентрації ліолевої (LA) кислоти, яка в подальшому окиснюється у цитоплазмі з допомогою ферменту EGF-стимульовальної ліпоксигенази (LIPOX) до 13-гідроксіоктадієнової кислоти (13-HODE). Даний фермент зв'язаний з рецептором епідермального фактора росту через білок (P₂). Підвищений рівень 13-HODE стимулює рецептор EGF, що спричиняє його автофосфорилювання за кінцевим амінокислотним залишком — тирозином, тому що він має протеїназну активність. Активований таким чином рецептор надалі здатний фосфорилювати низку цитоплазматичних білків (Ras, Raf₁ і MARK), які, у свою чергу, стають активними, що насамкінець призводить до фосфорилювання транскрипційних факторів і до запуску процесів транскрипції [17].

Під час темної фази, коли концентрація МТ у плазмі крові висока, він зв'язується зі своїми рецепторами (MT1 та MT2) на поверхні мембрани, що призводить до їх активації та подальшої

асоціації з інгібуючим G-білок (складається з трьох субодиниць: α , β , γ), це, у свою чергу, викликає дисоціацію G-білка і від'єднання α -субодиниці (рис. 2, *б*). Інгібуюча α -субодиниця приєднується до аденілатциклази, що надалі унеможливорює синтез цАМФ. Зниження рівня цАМФ спричиняє пригнічення активності протеїнкінази та транскрипційних факторів, і, як наслідок, блокується окиснення ліолевої кислоти й утворення 13-HODE, що знижує активність мітогенактивуючого білка [15].

Таким чином, мелатонін блокує два шляхи регуляції транскрипції ракових пухлин. Єдиним можливим механізмом залишається регуляція через тирозинкіназний шлях сигналізації, а саме через рецептор до епідермального фактора росту. Вищезгаданий механізм пояснює експерименти на культурі ракових клітин *in vitro*, наявність МТ у середовищі значно знижувало проліферацію ракових клітин, а після його усунення швидкість поділу знову відновлювалася.

Установлено, що МТ ефективний на системному, тканинному, клітинному та субклітинному рівнях (табл. 1), перешкоджає старінню і раку. На системному рівні МТ знижує продукцію гормонів, що сприяють цим процесам, стимулює імунний нагляд, запобігає розвитку метаболічного синдрому. Одночасно пригнічується продукція вільних радикалів кисню й активується анти-

Таблиця 1

Антиканцерогенна дія мелатоніну
(V. N. Anisimov, 2006)

Показник	Вплив мелатоніну при канцерогенезі
Рівень гонадотропінів (ФСГ і ЛГ)	↓
Рівень пролактину	↓
Гормон росту, інсуліно-подібний фактор росту-1	↓
Чутливість до інсуліну	↑
Рівень естрогенів	↓
Експресія естрогенових рецепторів	↓
Мутагенез	↓
Кластогенна дія	↓
Аддукти ДНК	↓
Проліферативна активність	↓
Апоптоз	↑
Утворення активних форм кисню	↓
Система антиоксидантного захисту	↑
Засвоєння ліноленової кислоти	↓
Імунний захист	↑
Генна експресія імуномодуючих цитокінів	↑
Активність теломерази	↓
Експресія онкогенів	↓

оксидантний захист. Мелатонін гальмує проліферативну активність клітин і підвищує рівень апоптозу в пухлинах, але зменшує його в нервовій системі, пригнічує активність теломерази. На генетичному рівні він гальмує дію мутагенів, а також експресію онкогенів [7; 12].

У дослідях на тваринах з індукованим хімічним канцерогенезом МТ гальмував зростання пухлин різної локалізації (молочної залози, шийки матки та піхви, шкіри, підшкірної клітковини, легенів, ендометрія, печінки, товстої кишки), що свідчить про широкий спектр його антиканцерогенного дії [5]. Дані цих експериментів на тваринах добре узгоджуються з результатами клінічних спостережень. Так, канадські дослідники узагальнили результати 10 робіт, у яких використовували МТ для лікування онкохворих [16]. У 643 пацієнтів, що приймали МТ, відносний ризик смерті знизився до 0,66, причому серйозних побічних ефектів препарату протягом року не зареєстрували [8].

Усі ці дані визначають важливу роль епіфіза та його гормону — МТ у розвитку раку. Пригнічення його функції при постійному освітленні стимулює канцерогенез. Епідеміологічні спостереження щодо збільшення ризику раку молочної

залози і раку товстої кишки у робітників нічних змін відповідають результатам експериментів на щурах [21]. Застосування епіфізарного гормону пригнічує канцерогенез у тварин як при звичайному світловому режимі, так і при постійному освітленні. Можна припустити, що МТ виявиться досить ефективним препаратом у профілактиці раку [14].

Вивчення процесу канцерогенезу — ключовий момент у пошуку нових і ефективних методів лікування онкологічних захворювань. Трансформація клітин — складний багатоетапний процес, що призводить до глибокої пухлинної реорганізації нормальних клітин організму. З усіх запропонованих сьогодні теорій канцерогенезу мутаційна теорія заслуговує на найбільшу увагу. Відповідно до цієї теорії, пухлини — це генетичні захворювання, патогенетичним субстратом яких є ушкодження генетичного матеріалу клітини (точкові мутації, хромосомні аберації тощо). Ушкодження специфічних ділянок ДНК призводить до порушення механізмів контролю за проліферацією та диференціюванням клітин і врешті-решт до виникнення пухлини [6].

Більшість генів у організмі людини були ідентифіковані як протоонкогени, значний їх відсоток відповідає за клітинний поділ, деякі протоонкогени несуть інформацію про запрограмовану клітинну смерть (апоптоз). Під впливом мутагенних чинників можливе виникнення онкогенів — мутантних форм нормальних клітинних генів (протоонкогенів). Протоонкогени, описані нині, виконують у клітині безліч різноманітних функцій. Незважаючи на різноманітність їх нормальних функцій, усі ці гени вносять свій значний вклад у неконтрольований поділ у разі їх присутності в мутантній (онкогенній) формі. Прояв таких генів можна спостерігати у вигляді мутантних білків, які зберігають деякі свої властивості та, як наслідок, стають невразливими до факторів, що регулюють нормальну форму білка.

Загальновідомо, що в процесі реплікації ДНК кінці (теломери) хромосом вкорочуються з кожним наступним клітинним поділом. Коли теломери вкорочуються до певної критичної довжини, клітина втрачає здатність до реплікації власної ДНК. Нормальні клітини в такому разі вступають у стадію старіння і втрачають спроможність до поділу. Ракові клітини характеризуються здатністю до необмеженого поділу, дана особливість досягається за рахунок наявності ферменту теломерази, що добудовує кінці хромосом, так що вони не вкорочуються. Теломераза — нормальний білок, присутній у клітинах у періоді ембріонального розвитку. У більшості клітин дорослої людини теломераза відсутня, оскільки ген цього ферменту не експресується. Проте в деяких пухлинних клітинах відбувається реактивація гена, що кодує теломеразу, заради можливості здійснення неконтрольованого поділу. Ген, який ко-

дує активний компонент теломерази, *hTERT*, вважається протоонкогеном, тому що його аномальна експресія вносить свій вклад у неконтрольований ріст клітин.

Досі ідентифіковані принаймні три можливі шляхи протипухлинної активності МТ: антипроліферативний, імуномодулюючий, антиоксидантний.

Перший механізм базується на гальмуванні клітинної проліферації та збільшенні кількості апоптозних клітин. Так, зростання ракових клітин відновлювалося після видалення МТ з культурального середовища. Інгібувальний ефект МТ залежав від різних чинників, зокрема концентрації гормону в середовищі культивування, ритмічності дії, умов культивування, стану ключових естрогенних рецепторів, присутності гормональних і ростових факторів проліферації клітин [19].

Антипроліферативну дію МТ, ймовірно, можна пояснити як присутністю на клітинних і ядерних мембранах рецепторів до МТ, так і прямим зв'язуванням його з клітинними структурами, що відповідають за проліферацію ракової клітини, оскільки відома надзвичайно висока трансмембранна проникність цього гормону.

Другий механізм припускає як прямий, так і опосередкований вплив МТ на імунну систему. Відомо дві основні функції МТ щодо імунної системи: антиген-залежна, коли МТ активує імунну систему, посилює функції Т-хелперів і синтез цитокінів; і антиген-незалежна по відношенню до системи кровотворення, коли МТ підтримує нормальний імунний гомеостаз.

До того ж іншими авторами [6] показано існування специфічних сайтів зв'язування для МТ на очищених мембранах і клітинних ядрах щурячого тимуса, що також свідчить про регуляцію синтезу тимічних пептидів за участі МТ.

Наведені результати не є вичерпними щодо механізму імуномодулюючої дії МТ, проте дозволяють припустити, що порушення продукування цього гормону-регулятора (кількісне або у часі) може призводити до ослаблення як клітинного, так і гуморального імунітету при різних захворюваннях, зокрема онкологічних.

На відміну від імуномодулюючих ефектів, опосередкованих, головним чином, через рецептори, МТ притаманна пряма антирадикальна і непрямая антиоксидантна дія.

У дослідженнях *in vitro* на культурі людських лімфоцитів і моноцитів показано протекторну дію МТ, який запобігав ушкодженню ДНК і утворенню хромосомних аберацій. Підвищення радіорезистентності нормальних тканин у присутності МТ, відзначене в низці праць, проведених на тотально опромінених тваринах, також пояснює його здатність проникати крізь біологічні мембрани і запобігати ушкодженню ДНК, ліпідів і білків шляхом інактивації гідроксильних $\text{OH}^\cdot$ і

пероксильних $\text{ROO}^\cdot$ радикалів, що утворюються внаслідок опромінювання [18].

Опосередкована радіопротекторна дія МТ здійснюється через активацію ферментів синтезу основного клітинного антиоксиданту — глутатіону, концентрація якого знижується після опромінювання [11]. Ці дані дозволяють розглядати МТ як потенційний посередник відновлення клітинного глутатіону, що відіграє важливу роль у механізмі антиоксидантного захисту проти радіаційних ушкоджень [9].

Висновок

Таким чином, можна стверджувати, що застосування ендogenous мелатоніну пригнічує виникнення та розвиток пухлин молочної залози, шийки матки, піхви, шкіри, підшкірної клітковини, легенів, ендометрія, печінки, товстої кишки у тварин, що свідчить про широкий спектр дії мелатоніну та його антиканцерогенний ефект.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анисимов В. Н. Мелатонин и его место в современной медицине / В. Н. Анисимов // Российский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, № 4. – С. 69–273.
2. Анисимов В. Н. Световой режим, мелатонин и риск развития рака / В. Н. Анисимов, И. А. Виноградова // Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 53, № 5. – С. 491–498.
3. Анисимов В. Н. Функция эпифиза при раке и старении / В. Н. Анисимов, R. J. Reiter // Вопросы онкологии. – 1990. – Т. 36. – С. 259–268.
4. Анисимов В. Н. Эпифиз, свет и рак молочной железы / В. Н. Анисимов, Д. А. Батурин, Э. К. Айламазян // Вопросы онкологии. – 2002. – Т. 48, № 4/5. – С. 524–535.
5. Виноградова И. А. Влияние световых режимов на показатели биологического возраста и возрастную патологию / И. А. Виноградова, А. И. Шевченко // Медицинский академический журнал. – 2005. – Т. 5, № 3. – Прилож. 7. – С. 18–20.
6. Коган А. Х. Патологическая физиология опухолей / А. Х. Коган. – М., 1991. – 60 с.
7. Кривчанська М. І. Мелатонін: біологічна роль, механізм дії / М. І. Кривчанська, В. П. Пішак, М. І. Грицюк // Інтегративна антропологія. – 2010. – Т. 16, № 2. – С. 36–41.
8. Малиновская Н. К. Мелатонин: вчера, сегодня, завтра / Н. К. Малиновская // Клиническая медицина. – 2002. – № 80 (6). – С. 71–73.
9. Підходи до застосування мелатоніну в хемопротективній терапії злоякісних новоутворів / І. П. Москаленко, П. П. Сорочан, Н. А. Никифорова, О. М. Сухіна // Український радіологічний журнал. – 2005. – № 13. – С. 100–105.
10. Шишкоподібна залоза: патоморфологія, патологічна фізіологія, фармакологія / В. П. Пішак, Р. Є. Булик, І. І. Заморський, С. С. Ткачук. – Чернівці, 2012. – 264 с.
11. Actions of melatonin in the reduction of oxidative stress / R. J. Reiter, D. X. Tan, C. Osuna, E. Gitto // Journal of Biomed. Sciences. – 2000. – Vol. 17. – P. 444–458.
12. Anisimov V. N. Light pollution, reproductive function and cancer risk / V. N. Anisimov // Neuro Endocrinol. Lett. – 2006. – Vol. 27, N 1/2. – P. 35–52.
13. Karasek M. Melatonin in humans / M. Karasek, K. Winczyk // Journal of Physiology and Pharmacology. – 2006. – Vol. 57, Suppl. 5. – P. 19–39.

14. *Melatonin* as antioxidant, geroprotector and anticarcinogen / V. N. Anisimov, I. G. Popovich, M. A. Zabezhinski [et al.] // *Biochim. Biophys. Acta.* – 2006. – Vol. 1757. – P. 573–589.

15. *Melatonin* inhibition of cancer growth in vivo involves suppression of tumor fatty acid metabolism via melatonin receptor-mediated signal transduction events / E. B. David, A. S. Leonard, T. D. Robert [et al.] // *Cancer Res.* – 1999. – Vol. 59, N 18. – P. 4693–4701.

16. *Melatonin* in the treatment of cancer. A systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis / E. Mills, F. Wu, D. Seely, G. Guyatt // *Journal Pineal Res.* – 2005. – Vol. 39. – P. 360–366.

17. *Melatonin* receptors and signal transduction mechanisms / P. Barrett, M. Morris, W. Choi [et al.] // *Biol. Sign. Rec.* – 1999. – Vol. 8, N 1/2. – P. 6–14.

18. *Melatonin* reduces gamma radiation-induced primary DNA damage in human blood lymphocytes / Vijayalaxmi,

R. J. Reiter, T. S. Herman, M. L. Meltz // *Mutat. Res.* – 1998. – Vol. 397. – P. 203–208.

19. *Melatonin* reduces lipid peroxidation and nitric oxide during irradiation-induced oxidative injury in the rat liver / S. Taysi, M. Koc, M. E. Buyukokuroglu [et al.] // *J. Pineal Res.* – 2003. – Vol. 34. – P. 173–177.

20. *Schernhammer E. S.* Melatonin and cancer risk: does light at night compromise physiologic cancer protection by lowering serum melatonin levels? / E. S. Schernhammer, K. Schulmeister // *British Journal of Cancer.* – 2004. – Vol. 90 (5). – P. 941–943.

21. *Stevens R. G.* Light in the built environment: potential role of circadian disruption in endocrine disruption and breast cancer / R. G. Stevens, M. S. Rea // *Cancer Causes Control.* – 2001. – Vol. 12. – P. 279–287.

22. *Stevens R. G.* Artificial lighting in the industrialized world: circadian disruption and breast cancer / R. G. Stevens // *Cancer Causes Control.* – 2006. – Vol. 17. – P. 501–507.

УДК 616.831-005-036.11

О. А. Галушко, канд. мед. наук

СУЧАСНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Київ, Україна*

УДК 616.831-005-036.11

О. А. Галушко

СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика, Киев, Украина*

Инсульт является одной из самых острых медико-социальных проблем, для решения которой необходимы объединение усилий, тщательное изучение мирового опыта и решительные последовательные действия. В статье представлен обзор современных рекомендаций по неотложной помощи, диагностике, ведению и интенсивной терапии больных ишемическим инсультом.

Ключевые слова: инсульт, ишемический инсульт, нейровизуализация, базисная терапия, артериальная гипертензия, тромболитическая терапия, нейропротекторы.

UDC 616.831-005-036.11

O. A. Galushko

THE MODERN RECOMMENDATIONS IN DIAGNOSIS AND THERAPY OF ISCHEMIC STROKE

P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Stroke is one of the most important medical-social problem, and one needs to unite efforts, to learn the world experience and to take necessary actions in order to resolve the problem of stroke. The review of modern recommendation on urgent help, diagnostics, management and intensive therapy of patients with acute stroke is presented in the article.

Key words: stroke, ischemic stroke, neurovisualization, base therapy, arterial hypertension, trombolitic therapy, neuroprotection.

Україна посідає одне з перших місць у Європі за показниками захворюваності на гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та смертності від інсульту. Згідно з офіційною статистикою, щороку трапляється 100–110 тис. інсультів (понад третина з них — у людей працездатного віку), 30–40 % хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50 % — протягом 1 року від початку захворювання, 20–40 % хво-

рих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5 % первинної інвалідності) і лише близько 10 % повертаються до повноцінного життя [5]. У більшості випадків наслідком ГПМК є не смерть, а обмеження життєдіяльності, тому інсульти — провідна причина інвалідності серед людей старшої вікової групи. Такі показники різко контрастують із завданнями, які зазначені у Гельсинборзькій декларації (2006)

**Протокол надання допомоги хворим з підозрою
на інсульт бригадою швидкої медичної допомоги
(APSS, 2009)**

Рекомендовано	Не рекомендовано
Проведення реанімаційних заходів (за показаннями) Кардіомоніторування Забезпечення внутрішньовенного доступу	Введення розчинів, що містять глюкозу, хворим без гіпоглікемії
Інгаляція повітряно-кисневої суміші з підтриманням насичення гемоглобіну киснем 92 % (за необхідності)	Надмірне внутрішньовенне введення розчинів
Визначення та корекція гіпоглікемії	Надмірне зниження АТ
Визначення та корекція гіперглікемії	—
Хворого не годувати	—
Сповістити відділення невідкладної допомоги лікарні, до якої госпіталізується хворий	—
Швидке транспортування до найближчої відповідної установи для лікування гострого інсульту	—

**Невідкладні діагностичні
та лікувальні заходи
після доставки в лікарню**

У приймальному відділенні обстеження та ранній початок лікування пацієнтів з інсультom повинен бути пріоритетним. Обстеження пацієнта спеціалістом, діагностичні тести, враховуючи нейровізуалізацію, для скорочення часу слід проводити майже одночасно (табл. 2).

Пацієнти з можливим інсультom повинні пройти ретельне загальноклінічне та неврологічне обстеження. Рекомендується використовувати клінічні інсультні шкали; перевагу потрібно віддавати таким, як Шкала тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я (NIH Stroke Scale (NIHSS); рівень обґрунтованості А) [10].

Хворим із можливим інсультom або транзиторною ішемічною атакою (ТІА) рекомендується проводити в екстреному порядку комп'ютерну томографію (КТ; рівень обґрунтованості В) [7] або магнітно-резонансну томографію (МРТ; рівень обґрунтованості А) головного мозку [7].

Судинну візуалізацію потрібно проводити так швидко, наскільки це можливо для кращого розуміння причини інсульту та поліпшення лікування. Судинна візуалізація включає КТ-ангіографію, МР-ангіографію, катетерну ангіографію

щодо стратегії боротьби з інсультom у Європі, затвердженій 2-ю Об'єднаною конференцією Європейського регіонального бюро ВООЗ і Європейської інсультної організації: до 2015 р. довести 30-денну летальність при інсульті до рівня < 15 % і незалежність у побуті через 90 днів серед тих, хто вижив, до рівня > 70 %. Таким чином, інсульт є однією з найгостріших медико-соціальних проблем, для розв'язання якої необхідні об'єднання зусиль, ретельне вивчення світового досвіду та рішучі послідовні дії [1]. В Україні проводиться велика робота щодо вдосконалення надання сучасної допомоги хворим на ГПМК. Зокрема, у 2012 р. побачив світ «Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Ішемічний інсульт», підготовлений фахівцями МОЗ України.

Огляду сучасних рекомендацій щодо діагностики, ведення й інтенсивної терапії хворих на ішемічний інсульт і присвячена ця стаття.

**Надання допомоги хворим з інсультom
на догоспітальному етапі**

Останніми роками змінилися погляди на стратегію і тактику ведення хворих із ГПМК. Наслідком розвитку наукових досліджень у галузі інсультології є концепція «час = мозок», яка сформувала нове відношення до інсульту з визнанням його невідкладним станом, лікування якого потребує екстреної госпіталізації, а надання медичної допомоги здійснюється у перші хвилини й години з моменту його розвитку в спеціалізованих інсультних відділеннях. Проміжок часу від появи перших симптомів до дзвінка в службу екстреної медичної допомоги — один із значущих факторів затримки на догоспітальному етапі.

Основні напрями догоспітальної допомоги полягають у швидкому розпізнаванні інсульту; стабілізації стану хворого та його швидкому транспортуванні до відповідної лікувальної установи. Проміжок часу від появи перших симптомів інсульту до дзвінка в станцію швидкої медичної допомоги (ШМД) є одним із значущих чинників, що впливають на перебіг інсульту при подальшому лікуванні, тому зменшити втрату часу на цьому етапі вкрай важливо [8; 11; 14; 21].

Бригада ШМД забезпечує прохідність дихальних шляхів, стабілізацію кровообігу; виявлення ознак і симптомів інсульту, перешкоджає розвитку гіпоксемії, контролює рівень глюкози у крові та температуру тіла; негайно транспортує пацієнта до найближчої, найбільш відповідної для його стану установи [2]. Пацієнти з давністю симптомів інсульту в межах 3 год повинні бути оглянуті й транспортовані в першу чергу. На шляху до стаціонару слід моніторувати основні життєві показники (АТ, ЕКГ) та встановити венозний доступ [13]. Протокол надання допомоги хворим [4] з підозрою на інсульт бригадою працівників ШМД подано у табл. 1.

**Невідкладні діагностичні тести, що слід проводити
хворим з підозрою на гострий інсульт [9]**

Усім хворим із підозрою на ГПМК	Окремим пацієнтам за показаннями
КТ або МРТ без контрасту. Рівень глюкози в крові. Електроліти крові. Маркери ниркової функції (креатинін, сечовина). ЕКГ. Маркери серцевої ішемії (креатинфосфокіназа, тропонін). Повний загальний аналіз крові із формулою та підрахунком кількості тромбоцитів*. Протромбіновий час/Міжнародне нормалізоване співвідношення*. Активний частковий тромбопластиновий час*. Пульсоксиметрія. С-реактивний білок	Маркери печінкової функції (аланінамінотрансфераза, аспартатамінотрансфераза, тимолова проба, білірубін загальний і фракційно, лужна фосфатаза). Токсикологічні тести. Рівень алкоголю в крові. Тест на вагітність. Рівень газів в артеріальній крові (якщо підозрюється гіпоксія). Рентгенографія грудної клітки (якщо підозрюється захворювання легень). Люмбальна пункція (якщо підозрюється субарахноїдальний крововилив, але КТ-сканування негативне). Електроенцефалографія (при судомас в анамнезі)

Примітка. * — бажано мати результати цих аналізів до того, як буде введений рекомбінантний активованний тканинний плазміноген, але тромболітичну терапію не слід відкладати заради очікування результатів тестів, крім таких випадків: клінічні ознаки підвищеної кровоточивості чи тромбоцитопенії; якщо пацієнт отримував гепарин чи варфарин; невідомо напевно, чи вжив пацієнт антикоагулянти.

і дуплексну ультрасонографію (рівень обґрунтованості А) [10].

Рекомендується проводити обмежену кількість гематологічних, коагуляційних і біохімічних тестів (рівень обґрунтованості В) [9]. Не рекомендується рутинне проведення тестів на тромбофілію, визначення антифосфоліпідних антитіл, інших автоантитіл або рівня гомоцистеїну (рівень обґрунтованості С) [19].

Окремим пацієнтам може знадобитися проведення додаткових досліджень, як-от: катетерна ангіографія, рентгенографія органів грудної клітки, серологічне дослідження на сифіліс, ВІЧ-дослідження, скринінг на васкуліт або тромбофілію. Ці тести слід проводити так швидко, наскільки це можливо залежно від появи симптомів інсульту, а в деяких пацієнтів може виникнути потреба у терміновій процедурі (рівень обґрунтованості С) [16].

У пацієнтів із клінічними або іншими ознаками гострих серцевих або легеневих захворювань обґрунтованим є проведення рентгенологічного дослідження грудної клітки (рівень обґрунтованості В) [10]. Більшість хворих на гострий інсульт не потребують рутинного проведення рентгенологічного дослідження органів грудної клітки під час госпіталізації (рівень обґрунтованості В) [10].

Рекомендується рутинне проведення ЕКГ у 12 відведеннях, оскільки серед хворих на гострий інсульт розповсюджені серцеві захворювання (рівень обґрунтованості В) [10].

Більшість хворих на гострий інсульт не потребують рутинного проведення дослідження цереброспінальної рідини (рівень обґрунтованості В) [10].

Верифікація діагнозу. Пацієнти з ГПМК повинні мати пріоритет над іншими пацієнтами для

проходження методів нейровізуалізації. У хворих із підозрою на ТІА або ішемічний інсульт загальний і неврологічний огляд, що завершується діагностичним нейровізуалізаційним методом, необхідно виконувати відразу ж після прибуття в лікарню, для того щоб лікування можна було розпочати негайно [10]. Обстеження пацієнтів з ТІА є однаково терміновим, тому що близько 10 % цих пацієнтів переносять інсульт у межах наступних 48 год [13]. Діагностичні кабінети повинні працювати 24 год на добу, 7 днів на тиждень.

Пацієнти, госпіталізовані в межах 3–4,5 год від початку симптомів, можливо, є кандидатами для проведення внутрішньовенного тромболізу. Виконання спіральної комп'ютерної томографії (СКТ) є достатнім перед тромболізисом [EFNS, 2006].

Проведення СКТ широко доступне, надійно ідентифікує більшість станів, що імітують інсульт (наприклад, пухлина, субдуральна гематома та ін.) і відрізняє гострий ішемічний від геморагічного інсульту в межах перших 5–7 днів. Ургентне сканування СКТ — найрентабельніша стратегія для візуалізації головного мозку в пацієнтів з ТІА та ішемічним інсультом, оскільки це доступний, недорогий і швидкий метод візуалізації [EFNS, 2006; 10].

Висока чутливість МРТ особливо стає в нагоді щодо виявлення інфаркту в ділянці вертебробазиллярного басейну, лакунарного інфаркту та маленьких кіркових інфарктів. Дифузійно-зважена МРТ (ДЗ МРТ) набагато чутливіша у виявленні гострої ішемії в межах 8–12 год від початку симптомів, ніж СКТ [2; 4; 10; 21]. Інші МРТ-послідовності (fluid-attenuated inversion recovery — FLAIR, T2, T1) менш чутливі в ранньому вияв-

ленні ішемічного ушкодження мозку, проте необхідні для ідентифікації патології, що імітує інсульт (наприклад, розсіяний склероз, енцефаліт, гіпоксичне мозкове ушкодження тощо) [21]. Проведення МРТ особливо важливе у пацієнтів з підозрою на ішемічний інсульт з незвичайними клінічними проявами та незвичайною етіологією або в пацієнтів з підозрою на інші захворювання, що імітують інсульт, але не підтверджені на СКТ [10].

Таким чином:

— усі пацієнти з підозрою на ішемічний інсульт або ТІА повинні бути терміново обстежені шляхом візуалізації головного мозку СКТ або МРТ («терміново» — це щонайшвидше, у межах 24 год від початку симптомів; рівень обґрунтованості А) [EFNS, 2006; 7; 16];

— у більшості випадків початковим нейровізуалізаційним методом є безконтрастна СКТ (рівень обґрунтованості В) [7; 10];

— візуалізація головного мозку рекомендується перед проведенням будь-якої специфічної терапії в лікуванні гострого ішемічного інсульту (рівень обґрунтованості А) [10];

— усім хворим з ТІА та ішемічним інсультом (з легким неврологічним дефіцитом) у каротидному басейні, хто потенційно є кандидатом на каротидну реваскуляризацію (ендартеректомію, стентування або ангіопластику) та госпіталізовані у спеціалізовані центри, необхідно проводити термінову (протягом 24 год) візуалізацію інтра- й екстракраніальних артерій (рівень обґрунтованості В) [EFNS, 2006; 7; 16; АНА Imaging, 2009].

Базисне лікування та відновлення гомеостазу

Під базисним лікуванням розуміють основні терапевтичні стратегії, що направлені на стабілізацію стану хворого та корекцію тих порушень, що можуть ускладнити відновлення неврологічних функцій. Базисна терапія включає підтримку функцій дихання та кровообігу, корекцію метаболічних і волемічних порушень, контроль рівня артеріального тиску.

Моніторинг і загальне ведення. У хворих із неускладненим перебігом інсульту рекомендується моніторинг неврологічного статусу, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, температури тіла та насичення гемоглобіну киснем (SpO_2 ; рівень обґрунтованості С) [9].

Рекомендується проведення моніторингу серцевої діяльності протягом 24 год після інсульту з метою виявлення фібриляції передсердь та інших потенційно небезпечних аритмій, які можуть потребувати невідкладного втручання (рівень обґрунтованості В) [10].

Основною метою інтенсивної терапії є запобігання гіпоксії та пов'язаному з нею збільшенню ушкодження головного мозку. Найчастішими причинами гіпоксії є часткова обструкція верхніх

дихальних шляхів, гіповентиляція, аспіраційна пневмонія й ателектази [19].

Пацієнти без ознак гіпоксії не потребують додаткової подачі кисню (рівень обґрунтованості В) [10]. Додаткова подача кисню рекомендується хворим із $\text{SpO}_2 < 92\text{--}95\%$ (рівень обґрунтованості С) [9].

У пацієнтів із гострим інсультом і порушенням свідомості або функцій черепних нервів бульбарної групи необхідно підтримувати прохідність дихальних шляхів, санувати трахеобронхіальне дерево й оптимізувати вентиляцію легень, оскільки може знадобитися штучна вентиляція легень (рівень обґрунтованості С) [10].

Гіпертермія у хворих на гострий ішемічний інсульт асоціюється з несприятливим прогнозом і зростанням ризику летальності, що, ймовірно, пов'язано з підвищенням активності метаболічних процесів, збільшенням вивільнення нейромедіаторів, підвищенням проникності гематоенцефалічного бар'єру, індукцією апоптозу та запалення, нагромадженням лактату та підвищенням рівня продукції вільних радикалів. У ході експериментальних досліджень був установлений прямий зв'язок між гіпертермією, розміром осередку і несприятливим прогнозом [9; 15].

У міжнародних настановах рекомендується лікування гарячки (при температурі $> 37,5^\circ\text{C}$) за допомогою парацетамолу (ацетамінофену) в дозі 6000 мг/добу і фізичного охолодження (рівень обґрунтованості С) [9].

Профілактичне призначення антибіотиків імунокомпетентним пацієнтам не рекомендується (рівень обґрунтованості В) [9].

Рекомендується пошук супровідної інфекції при підвищенні температури тіла $> 37,5^\circ\text{C}$ (рівень обґрунтованості С) [9].

Артеріальна гіпертензія. Існує поняття U-подібного взаємозв'язку між АТ і летальністю хворих на інсульт: як високі, так і низькі цифри АТ асоціюються з підвищеним ризиком ранньої та пізньої летальності [10]. У найгострішій фазі інсульту (перші 24 год – 7 діб) потрібно уникати використання вазоактивних (судинорозширювальних) і специфічних антигіпертензивних препаратів [19]. Швидке зниження АТ у хворих на гострий ішемічний інсульт може бути небезпечним. Існує консенсус, що активне зниження АТ проводять, якщо діастолічний АТ перевищує 120 мм рт. ст. або систолічний АТ понад 220 мм рт. ст.

Зокрема:

— не рекомендується рутинне зниження АТ у гострому періоді інсульту (рівень обґрунтованості С) [9];

— рекомендується обережне зниження АТ у пацієнтів з рівнем АТ $> 220/120$ мм рт. ст. при повторних вимірюваннях, з вираженою серцевою недостатністю, дисекцією аорти, гіпертонічною енцефалопатією (рівень обґрунтованості С) [9];

— слід уникати різкого зниження АТ (рівень обґрунтованості С) [9]. Знижувати АТ доцільно

**Підходи до зниження артеріального тиску
у хворих на гострий інсульт
[SIGN118, 2010; AHA/ASA, 2007]**

приблизно на 15 % протягом 24 год. Рівень цільового АТ не визначений (рівень обґрунтованості С) [10];

— немає достатньо даних щодо переваги окремих препаратів для зниження АТ у пацієнтів із гострим інсультом (рівень обґрунтованості С) [10].

Загальний алгоритм і підходи до зниження АТ у хворих на ішемічний інсульт представлені в табл. 3.

Клінічні дослідження показали, що **гіперглікемія** у хворих з інсультом асоціюється з несприятливими наслідками лікування та більшим за об'ємом осередком із залученням кори, враховуючи пацієнтів після тромболітичної терапії.

Сьогодні рекомендується:

— проводити моніторинг рівня глюкози (рівень обґрунтованості С) [9]. Рівень глюкози слід визначити повторно, якщо попередній її показник виходив за межі норми або у пацієнта в анамнезі є цукровий діабет (рівень обґрунтованості В) [9];

— при рівні глікемії > 10 ммоль/л рекомендується зниження рівня глюкози в крові за допомогою інсуліну — 2 од./год в/в повільно (рівень обґрунтованості С) [9];

— при гіпоглікемії (< 2,8 ммоль/л) рекомендується внутрішньовенне введення декстрози чи інфузія 10–20 % розчину глюкози (рівень обґрунтованості С) [9].

Інфузійна терапія. Більшість пацієнтів із гострим інсультом є дегідратованими вже при надходженні до стаціонару, що асоціюється з несприятливими наслідками лікування. Як правило, пацієнтам із гострим інсультом вводять рідину внутрішньовенно, особливо із порушеною свідомістю та розладами ковтання. Найбільш ефективний тип або об'єм інфузії не визначено [9; 19].

Сучасні рекомендації щодо проведення інфузійної терапії при ішемічному інсульті передбачають:

— рутинне раннє визначення стану водного балансу та внутрішньовенне введення рідини для підтримки нормальної осмолярності плазми крові (285–310 мосм/л), тобто еуволемії (рівень обґрунтованості С) [19];

— рекомендується активний моніторинг водно-електролітного балансу у пацієнтів з тяжким неврологічним дефіцитом і розладами ковтання (рівень обґрунтованості С) [9];

— для відновлення водного балансу протягом перших 24 год від початку інсульту рекомендується 0,9 % розчин NaCl (рівень обґрунтованості С) [9];

— для запобігання ятрогенній гіперглікемії перевагу слід віддавати 0,9 % розчину NaCl перед глюкозовмісними препаратами (рівень обґрунтованості В) [19];

— гемоділюція не рекомендується як рутинний метод у хворих на гострий інсульт, за винятком випадків поліцитемії (рівень обґрунтованості А) [19];

*Лікування пацієнтів, яким планується
проведення тромболітичної терапії
або інші реперфузійні втручання*

Рівень АТ: САТ > 185 мм рт. ст. або ДАТ > 110 мм рт. ст.

Лабеталол від 10 до 20 мг в/в протягом 1–2 хв, можна повторювати (тривалість дії 10–20 хв) до максимальної дози 300 мг. Не слід застосовувати αβ-блокатори при ЧСС менше 60 за 1 хв або:

Урапідил — 1,25–2,5 мг в/в болюсно з подальшою інфузією 5–40 мг/год або:

Есмолол — 250–500 мг в/в болюсно з подальшою інфузією 50–100 мкг/(кг·хв).

Препарати другої лінії:

Нікардипін 5 мг/год в/в краплинно під контролем АТ (титрувати, додаючи по 2,5 мг/год кожні 5 хв до 15 мг/год) або:

Еналаприлат 1,25–5 мг в/в струминно протягом 5 хв (тривалість дії 6 год).

*Контроль АТ під час і після тромболітичної
терапії або інших реперфузійних втручань*

Слід проводити моніторинг АТ кожні 15 хв під час терапії та наступних 2 год, потім кожні 30 хв протягом 6 год, щогодини протягом 16 год.

Якщо під час або після тромболітичної терапії АТ підвищується: систолічний АТ > 185 мм рт. ст. або діастолічний АТ > 110 мм рт. ст., проводяться заходи зі зниження АТ (як указано в цій таблиці). У разі якщо не вдалося досягнути бажаного антигіпертензивного ефекту, вводять нітропрусид натрію 0,5–10 мкг/(кг·хв) під контролем АТ.

При ДАТ > 140 мм рт. ст. — Нітропрусид в/в 0,5 мкг/(кг·хв) і постійний моніторинг АТ (манжетка на протилежній руці)!

*Терапія у хворих, які не є кандидатами
для тромболітичної терапії
(АТ > 220/120 мм рт. ст.)*

Лабеталол від 10 до 20 мг в/в протягом 1–2 хв, можна повторювати (тривалість дії 10–20 хв) до максимальної дози 300 мг. Препарат не слід застосовувати при ЧСС менше 60 уд./хв або:

Урапідил — 1,25–2,5 мг в/в болюсно з подальшою інфузією 5–40 мг/год або:

Есмолол — 250–500 мг в/в болюсно з подальшою інфузією 50–100 мкг/(кг·хв).

Препарати другої лінії:

Інфузія нікардипіну 5 мг/год, титрувати по 0,25 мг/год з інтервалом від 5 до 15 хв. Максимальна доза 15 мг/год; коли цільового тиску досягнуто, необхідно зменшити дозу до 3 мг/год або:

Еналаприлат 1,25–5 мг в/в струминно протягом 5 хв у 50 мл фізіологічного розчину (тривалість дії 6 год) або:

При ДАТ > 140 мм рт. ст. — Нітропрусид в/в 0,5 мкг/(кг·хв) під постійним контролем АТ!

— гіпотензію, що виникла внаслідок гіповолемії, слід коригувати шляхом внутрішньовенного введення рідини (0,9 % розчину NaCl); при низькому артеріальному тиску, який виник внаслідок зменшення серцевого викиду, рекомендується лікування аритмій чи відновлення скорот-

ливої здатності серця (рівень обґрунтованості С) [10].

Клінічне харчування. Усі хворі на гострий інсульт мають бути обстежені на предмет зниженого харчування (мальнутриції) або виявлення факторів ризику розвитку мальнутриції. Скринінг потрібно повторювати щотижня (рівень обґрунтованості С) [15].

Хворим, які здатні адекватно харчуватися, рутинна харчова підтримка не рекомендується (рівень обґрунтованості С) [15].

Крім того:

- у хворих на гострий інсульт потрібно проводити скринінг здатності до ковтання перед тим, як будуть призначені пероральні медикаменти та проведене харчування (рівень обґрунтованості С) [15];

- у пацієнтів, які не можуть отримувати адекватну кількість рідини та поживних речовин *per os*, рекомендується раннє встановлення назогастрального зонду (рівень обґрунтованості С) [15].

Специфічне лікування в ранньому періоді ішемічного інсульту

Антитромботичні засоби. Результати проведених досліджень свідчать про невелике, але статистично значуще зниження летальності та частоти ускладнень (включаючи повторні ішемічні події) при призначенні ацетилсаліцилової кислоти (АСК) у дозі 160–325 мг на день протягом 48 год після появи симптомів ішемічного інсульту. Переваги АСК пов'язані швидше з профілактикою повторних інсультів у ранньому періоді, ніж з обмеженням власне неврологічних наслідків інсульту. Лікування АСК також зменшує ризик тромбозів глибоких вен і тромбоемболій, але в цьому відношенні поступається за ефективністю прямим антикоагулянтам.

Існують такі рекомендації:

- АСК (160–325 мг на добу) має бути призначена усім хворим з ішемічним інсультом якомога швидше від початку захворювання, але не пізніше 48 год з моменту появи симптомів. Першу дозу АСК слід прийняти одразу після того, як за допомогою нейровізуалізації було виключено внутрішньочерепний крововилив (рівень обґрунтованості А) [9; RCP, 2008; 10];

- після перших 14 днів лікування дозу АСК можна зменшити до профілактичної (75–100 мг на день), яку використовують протягом тривалого часу, доки не прийнято рішення щодо іншого антитромботичного лікування (рівень обґрунтованості А) [RCP, 2008].

Наразі бракує даних клінічних випробувань щодо безпечності й ефективності інших антитромботичних засобів (як монотерапії або у комбінації з АСК) у ранньому періоді ішемічного інсульту. Тому використання інших антитромботичних засобів, включаючи комбіновані, у ран-

ньому періоді ішемічного інсульту не рекомендується (рівень обґрунтованості С) [9; 10].

Лікування прямими **антикоагулянтами** (гепарин, гепарини з низькою молекулярною масою або гепариноїди) не зменшує ризик ані повторних інсультів у ранньому періоді (при будь-яких підтипах ішемічних інсультів, включаючи кардіоемболічні), ані прогресування інсульту. Натомість при лікуванні прямими антикоагулянтами зростає ризик симптомної геморагічної трансформації інфаркту мозку (особливо у хворих з тяжкими інсультами) і позачерепних кровотеч. Тому сьогодні вважається, що за відсутності спеціальних показань (наприклад, тромбоемболія легеневої артерії) при ішемічному інсульті не рекомендується використання лікувальних доз антикоагулянтів, наприклад, внутрішньовенної інфузії гепарину (рівень обґрунтованості А) [10].

Слід пам'ятати також, що лікування антикоагулянтами не можна використовувати замість тромболізу алтеплазою у хворих, які відповідають критеріям відбору для тромболітичної терапії (рівень обґрунтованості А) [10].

Тромболітична терапія шляхом внутрішньовенного введення рекомбінантного тканинного активатора плазміногену (рТАП, алтеплаза) є єдиним видом специфічного медикаментозного лікування хворих на ішемічний інсульт з доведеною ефективністю, яке схвалено АНА/ASA (2007) [10]. Тромболітична терапія рТАП асоціюється зі зниженням ризику інвалідності та поліпшенням наслідків захворювання у багатьох категоріях хворих. Тривають дослідження інших засобів для тромболітичної терапії (тенектеплаза, десмотеплаза, проурокиназа тощо), але наразі використання жодного з них при ішемічному інсульті не рекомендується.

Згідно з офіційною інструкцією лікарського засобу, починати тромболізис (вводити болус рТАП) дозволено протягом перших 3 год з моменту появи перших симптомів інсульту, хоча межі «терапевтичного вікна» ще остаточно не визначені. Уже майже два десятиріччя девізом спеціалістів з лікування гострого інсульту є вислів «час — це мозок!». Він наголошує: що швидше розпочато тромболізис, то вища імовірність доброго результату. При гострій вогнищевій ішемії мозку щохвилини гине близько 2 млн нейронів, тому ефективність лікування зменшується буквально з кожною хвилиною. Лікування хворих, які відповідають критеріям відбору, слід розпочинати якомога раніше (незалежно від того, скільки ще залишається часу в межах «терапевтичного вікна»).

Критерії відбору хворих для тромболітичної терапії при ішемічному інсульті, показання та протипоказання до проведення тромболізу, дозування тромболітика, підготовка хворих і сам протокол проведення тромболізу при ішемічному інсульті детально висвітлені в сучасних клі-

нічних настановах, зокрема, у згаданому вище «Уніфікованому протоколі...» [1]. Тут же вважаємо за потрібне додати таке.

Незважаючи на доведену ефективність, тромболітична терапія застосовується в країнах Європи лише у 1–7 % хворих з ішемічним інсультом, що пов'язано із жорсткими критеріями відбору хворих для проведення цього методу лікування. Іншими факторами, які обмежують широке використання цього методу, є його висока вартість і необхідність нейровізуалізації шляхом проведення МРТ або КТ, які недоступні в більшості клінік України. Враховуючи всі обставини й умови застосування rtPA, малоймовірно, що цей препарат у найближчому майбутньому широко увійде в рутинну клінічну практику лікування ішемічного інсульту в нашій країні.

Впровадженню тромболітичної терапії в Україні, на думку багатьох експертів, могли б сприяти такі заходи:

- підвищення інформованості населення про інсульт як ургентне захворювання, яке потребує госпіталізації до профільного закладу протягом лічених хвилин;

- налагодження взаємодії між усіма структурами, що беруть участь у лікуванні хворих, — співробітниками ШМД, приймального та діагностичного відділень, неврологічною, нейрохірургічною, анестезіологічною службами, які могли б упродовж «золотого часу» встановити діагноз і розпочати лікування;

- створення достатньої кількості інсультних відділень та їх адекватне оснащення;

- впровадження страхової медицини, яка могла б покрити витрати на проведення тромболітичної терапії.

Підсумовуючи інформацію про тромболітичну терапію при ішемічному інсульті, хочемо нагадати сучасні рекомендації:

- усіх хворих на ішемічний інсульт потрібно негайно розглянути як кандидатів для проведення тромболітичної терапії, якщо є можливість розпочати лікування протягом перших 4,5 год від початку захворювання. Тромболізис протягом перших 3 год слід проводити тільки у хворих, які відповідають критеріям відбору (рівень обґрунтованості А) [7; RCP, 2008; 10];

- внутрішньовенний тромболізис рТАП слід проводити виключно у лікарнях, які відповідають певним вимогам (необхідна інфраструктура, підготовлений персонал, локальні протоколи тромболітичної терапії, подальшого спостереження та лікування ускладнень) і тільки під наглядом лікаря, який є спеціалістом з лікування інсульту та має досвід тромболітичної терапії (рівень обґрунтованості С) [16; RCP, 2008];

- усі хворі, що відповідають критеріям відбору для проведення тромболітичної терапії, мають отримати лікування протягом 60 хв з моменту доставки у лікарню (рівень обґрунтованості С) [7; RCP, 2008];

- лікування алтеплазою потрібно проводити згідно з рекомендаціями Американської інсультної асоціації: загальна доза — 0,9 мг/кг маси тіла (не більше 90 мг), 10 % від загальної дози (0,09 мг/кг) вводять як внутрішньовенний болюс за 1 хв, а 90 % (0,81 мг/кг) — шляхом внутрішньовенної інфузії протягом 60 хв (рівень обґрунтованості А) [7; 10; RCP, 2008];

- використання інших фібринолітиків (зокрема стрептокінази) для тромболізу при ішемічному інсульті поза межами наукових досліджень не рекомендується (рівень обґрунтованості А) [10];

- будь-які додаткові втручання, що можуть використовуватися разом із тромболізисом, не рекомендуються (рівень обґрунтованості В) [10];

- кожному хворому, у якого немає протипоказань, через 24 год після тромболізу має бути призначена АСК (рівень обґрунтованості С) [RCP, 2008].

Нейропротектори. Лікувальні засоби, що зменшують ушкодження, запобігають загибелі або сприяють відновленню клітин мозку після гострої ішемії або реперфузії (так звані нейропротектори), можуть зменшувати неврологічний дефіцит і поліпшувати результати лікування інсульту. Концепція нейропротекції має достатнє наукове обґрунтування, а потреба у нейропротекторах сьогодні є навіть більшою, ніж раніше. В експерименті при ішемічному інсульті досліджено понад 1000 речовин, і в багатьох випадках результати були дуже обнадійливі. Однак наразі жодна з цих речовин не продемонструвала беззаперечної ефективності (тобто здатності істотно поліпшувати клінічно значущі результати лікування захворювання) у контрольованих клінічних випробуваннях при ішемічному інсульті і, відповідно, не дістала дозволу на клінічне використання. Слід зазначити, що не всі потенційні нейропротектори виявилися безпечними — у деяких дослідженнях результати в групі активного лікування були гіршими, ніж у контрольній групі, або частота небажаних подій виявилася неприпустимою.

Ми можемо констатувати, що сьогодні жодні втручання або засоби з потенційними властивостями нейропротектора (здатністю зменшувати ушкодження або стимулювати відновлення мозку) не мають доведеної ефективності (поліпшення клінічно значущих результатів лікування ішемічного інсульту) і не можуть бути рекомендовані для клінічного використання поза межами наукових досліджень (рівень обґрунтованості А) [9; 10; RCP, 2008; 16].

Лікування та профілактика набряку мозку

Набряк головного мозку зазвичай розвивається у перші 24–48 год від початку інсульту, досягає свого максимуму на 3-тю–5-ту добу і починає повільно регресувати на 7–8-му добу [10; 19].

У деяких хворих з інфарктом у басейні середньої мозкової артерії набряк мозку і внутрішньочерепна гіпертензія можуть призвести до грижового випинання та дислокації найбільш рухомих ділянок мозку, що спричиняє компресію стовбурових структур. Розвиток великого півкульного інсульту внаслідок повної або значної оклюзії середньої мозкової артерії обов'язково супроводжується розвитком масивного набряку мозку і значним підвищенням внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) [9]. Помірний набряк мозку може розвиватися під час реперфузії після успішного тромболізу з використанням rtPA (альтеплази).

При виникненні симптомів підвищення ВЧТ необхідно в першу чергу усунути больовий синдром, нормалізувати температуру тіла, виключити гіпоксемію, гіперкапнію, виражене підвищення АТ, уникнути поворотів голови для запобігання компресії вен шиї [9].

Для практичних лікарів подаємо рекомендації щодо **застосування осмотично активних речовин:**

— при симптомах гострого підвищення ВЧТ застосовують осмотично-активні розчини: манітол (25–50 г з інтервалом 3–6 год), гіпертонічні розчини NaCl (10 % по 50–100 мл) (рівень обґрунтованості В) [9];

— при внутрішньочерепній гіпертензії більш ефективно повторне застосування невеликих доз манітолу (0,25–0,5 г/кг) струминно або болюсно, ніж постійна крапельна інфузія сумарної дози (рівень обґрунтованості В) [10];

— при застосуванні осмотично-активних речовин осмолярність плазми не повинна перевищувати 320 мосм/л (рівень обґрунтованості С) [15];

— застосування гліцеролу знижує короткострокову летальність, проте не впливає на довгострокове виживання хворого (рівень обґрунтованості В) [16]. Препарат для парентерального використання (для зниження ВЧТ) в Україні не зареєстрований.

Стосовно інших методів лікування набряку мозку та внутрішньочерепної гіпертензії існують такі рекомендації:

— для швидкого зниження ВЧТ можуть бути застосовані внутрішньовенні атестетики: барбітурати (тіопентал натрію), пропофол і бензодіазепіни (сібазон, мідазолам) — болюсно або у вигляді постійної інфузії (рівень обґрунтованості С) [9];

— застосування внутрішньовенних атестетиків потребує моніторингу АТ і встановлення контролю дихальних шляхів (інтубація трахеї).

У хворих з підвищеним ризиком клінічно-значущого набряку легень рекомендують обмежити використання гіпоосмолярних розчинів (і потенційно гіпоосмолярних, таких як 5 % розчин глюкози) як для внутрішньовенного так і для ентéraleного введення (рівень обґрунтованості С) [9].

Кортикостероїди не рекомендовані для рутинного застосування при лікуванні набряку мозку

і внутрішньочерепної гіпертензії (рівень обґрунтованості А) [9; 10].

Фуросемід не рекомендований для рутинного застосування при лікуванні набряку мозку і внутрішньочерепної гіпертензії (рівень обґрунтованості С).

Гіпервентиляція не рекомендована для рутинного застосування при лікуванні внутрішньочерепної гіпертензії (рівень обґрунтованості В) [9; 10].

Висновки

1. Результати лікування хворих із тяжкими ішемічними інсультами, головним чином, залежать від якості проведення інтенсивної терапії.

2. При виборі методики інтенсивної терапії слід надавати перевагу тим, ефективність яких найбільш доведена.

3. Специфічне лікування ішемічного інсульту ефективне лише у межах вузького «терапевтичного вікна», що суттєво обмежує застосування цього методу терапії.

4. Цілеспрямовану неспецифічну інтенсивну терапію, що базується на даних сучасних методів моніторингу, слід застосовувати у переважній більшості хворих із тяжким перебігом інсульту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги / Гострі порушення мозкового кровообігу. Ішемічний інсульт. — К., 2012. — 76 с.

2. Implementation strategies for emergency medical services within stroke systems of care: a policy statement from the American Heart Association / J. E. Acker III, A. M. Pancioli, T. J. Crocco [et al.]; American Stroke Association Expert Panel on Emergency Medical Services Systems and the Stroke Council // *Stroke*. — 2007. — Vol. 38. — P. 3097–3115.

3. Yield of diffusion-weighted MRI for detection of potentially relevant findings in stroke patients / G. W. Albers, M. G. Lansberg, M. D. Norbash [et al.] // *Neurology*. — 2000. — Vol. 54. — P. 1562–1567.

4. Alberta provincial stroke strategy (APSS). — Pre-Hospital Care. Alberta Provincial Stroke Strategy Pillar 2. Pillar 2 Prehospital Working Group. — 2009, Nov. — P. 1–12.

5. Univ California San Diego, San Diego, CA; — for the STRoke DOC and STRoke DOC-AZ Investigators; Univ California San Diego and Mayo Clinic Arizona, San Diego, CA and Phoenix, AZ. Efficacy of Site Independent Telemedicine: Pooled Analysis of the STRoke DOC and STRoke DOC-AZ Telemedicine Stroke Trials / Bart M. Demaerschak, Mayo Clinic Arizona, A. Z. Phoenix [et al.] // *Stroke*. — 2010. — Vol. 41. — P. 246. (Abstracts From the 2010 International Stroke Conference: Oral Presentations).

6. Diagnosis of acute cerebral infarction: comparison of CT and MR imaging / R. N. Bryan, L. M. Levy, W. D. Whitlow [et al.] // *AJNR Am J Neuroradiol*. — 1991. — Vol. 12. — P. 611–620.

7. Canadian Stroke Strategy. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (updated 2008). — CSS, 2008.

8. Chang K. Prehospital delay after acute stroke in Kaohsiung, Taiwan / K. Chang, M. Tseng, T. Tan // *Stroke*. — 2004. — Vol. 35. — P. 700–704.

9. European Stroke Organization. Guidelines for Management of Ischemic Stroke. — 2008. — ESO, 2008.

10. Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke: a Guideline From the American Heart Association.

ciation / American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups (2007). – AHA/ASA, 2007.

11. *Keskin O.* A clinic investigation into prehospital and emergency department delays in acute stroke care / O. Keskin, M. Kalemoglu, R. E. Ulusoy // *Med Princ Pract.* – 2005. – Vol. 14. – P. 408–412.

12. *Incidence and short-term prognosis of transient ischemic attack in a population-based study* / D. Kleindorfer, P. Panagos, A. Pancioli [et al.] // *Stroke.* – 2005. – Vol. 36. – P. 720–723.

13. *Kwan J.* A systematic review of barriers to delivery of thrombolysis for acute stroke / J. Kwan, P. Hand, P. Sandercock // *Age Ageing.* – 2004. – Vol. 33. – P. 116–121.

14. *The impact of ambulance practice on acute stroke care* / I. Mosley, M. Nicol, G. Donnan [et al.] // *Stroke.* – 2007. – Vol. 38. – P. 2765–2770.

15. *National clinical guideline for stroke. Incorporating the recommendations from initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA) by the National Institute for*

Health and Clinical Excellence (NICE, 2008). – Third edition. – London : Royal College of Physicians, 2008.

16. *National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management* (NSF, 2010). Melbourne Australia, 2010.

17. *Fluid-attenuated inversion recovery and diffusion- and perfusion-weighted MRI abnormalities in 117 consecutive patients with stroke symptoms* / C. J. Perkins, E. Kahya, C. T. Roque [et al.] // *Stroke.* – 2001. – Vol. 32. – P. 2774–2781.

18. *Rothwell P. M.* Timing of TIAs preceding stroke: time window for prevention is very short / P. M. Rothwell, C. P. Warlow // *Neurology.* – 2005. – Vol. 64. – P. 817–820.

19. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 118, 2010. Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning.* – A national clinical guideline, 2010.

20. *What is the best imaging strategy for acute stroke?* / J. M. Wardlaw, S. L. Keir, U. G. Seymour [et al.] // *Health Technology Assessment.* – 2004. – Vol. 8 (1). – P. 1–180.

21. *Sources and reasons for delays in the care of acute stroke patients* / R. F. Yu, M. C. San Jose, B. M. Manzanilla [et al.] // *J. Neurol. Sci.* – 2002. – Vol. 199. – P. 49–54.

УДК 340.6:616.31-07

Є. Я. Костенко, канд. мед. наук

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ НАЯВНОСТІ ТА ДОСТОВІРНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

Ужгородський національний університет,

Науково-дослідний центр судової стоматології, Ужгород, Україна

УДК 340.6:616.31-07

Е. Я. Костенко

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАЛИЧИЯ И ДОСТОВЕРНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Ужгородский национальный университет,

Научно-исследовательский центр судебной стоматологии, Ужгород, Украина

Представлены результаты эпидемиологического исследования «Анализ наличия и ретроспективной проверки достоверности заполнения медицинских карт стоматологических больных», проведенного в Ужгороде с участием 2000 респондентов. На основании системной обработки результатов проведенного анкетирования и параллельно проведенной ретроспективной оценки правильности заполнения медицинской документации сделаны выводы о возможностях использования принципов идентификации лиц программы DVI (Disaster Victim Identification), введенной Interpol/ICPO с использованием специфических шифров и кодов для обозначения отдельных патологий зубочелюстного аппарата и результатов проведенного лечения. Учитывая статистически обработанные данные, обосновано использование сканирующих методик дентальной идентификации с проведением компьютерного анализа цифровых ортопантограмм пациентов как единственный достоверный источник информации относительно изменений стоматологического статуса в результате проведенного комплексного лечения.

Ключевые слова: DVI, цифровые ортопантограммы, дентальная идентификация, эпидемиологическое исследование.

UDC 340.6:616.31-07

Ye. Ya. Kostenko

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF THE AVAILABILITY AND RELIABILITY OF DENTAL DOCUMENTATION

The Uzhhorod National University,

The Scientific and Research Centre of Forensic Dentistry, Uzhhorod, Ukraine

The article represents results of an epidemiological research “Analysis of presence and retrospective review of credibility of medical cards in dental patients” that was held in Uzhhorod with involving 2000 respondents. Based on the system processing of survey results and the parallel retrospective evaluation of the correct completion of medical records were made conclusions about the possibility of identifica-

tion of persons using the principles of DVI program (Disaster Victim Identification) provided by Interpol/ICPO using specific ciphers and codes to designate individual teeth abnormalities and the results of dental treatment. Taking into account the statistically processed data it was justified the use of scanning methods of dental identification with computer analysis of panoramic X-ray photos of patients as the only reliable source of information on dental status changes during a comprehensive dental treatment.

Key words: DVI, digital panoramic X-ray photos, dental identification, epidemiological research.

Розповсюдженість основних захворювань щелепно-лицевого апарату, яка в залежності від виду патології коливається в межах 89,5–98,0 % [17; 18], зумовлює необхідність забезпечення стоматологічної допомоги населенню на базі приватних і державних стоматологічних поліклінік. Результати проведеного лікування записуються у медичну карту стоматологічного хворого, яка має лікувально-діагностичне, науково-практичне, юридичне та соціальне значення [16].

Основні принципи заповнення медичної документації зводяться до документування проведених досліджень та їх результатів; достовірного запису щодо проведених маніпуляцій, призначень, етапів лікування, проміжних оглядів; підтвердження виконання усіх етапів лікування та необхідних процедур; проінформованості пацієнта щодо проведеного лікування і можливих ускладнень. Відбувся значний практичний та науковий прогрес у галузі стоматології за останні десятиліття (удосконалення методів і засобів лікування основних патологій, розвиток імплантології та лазерної стоматології, використання системи CAD/CAM, поширеність тотальних прямих реставрацій із високими оптичними властивостями), тому постає питання відповідності форми медичної карти стоматологічного хворого сучасним вимогам реєстрації змін стоматологічного статусу [14]. Достовірність та якість заповнення медичної документації є основними критеріями у разі експертної оцінки надання стоматологічної допомоги населенню. Крім того, зростає потреба у використанні дентальної ідентифікації в ході проведення судово-медичних експертиз, і медична документація є доказовою базою у випадках ідентифікації загиблої, зниклої або ж потерпілої особи, оцінки тяжкості ушкоджень зубощелепного апарату, м'яких і твердих тканин ротової порожнини, при аналізі слідів біологічного матеріалу [1; 3; 4]. Організацією Interpol/ICPO була запропонована програма DVI (Disaster Victim Identification), з допомогою якої можна проводити ідентифікацію осіб за стоматологічним статусом у разі масових катастроф, терористичних актів, природних катаклізмів [9; 10]. Принципи дентальної ідентифікації DVI базуються на порівнянні записів медичної документації особи прижиттєво з описом стоматологічного статусу трупа [7], використовуються специфічно розроблені коди для позначення основних патологій зубощелепного апарату та результатів проведеного лікування (пломби, ортопедичні конструкції, хірургічні маніпуляції). Результати прижиттєвого та по-

смертного дослідження стоматологічного статусу у вигляді шифрів і кодів вносяться в електронні форми F1 та F2, після чого проводиться їх автоматизоване порівняння між собою та з іншими можливими формами, наявними у базі даних програми.

Асоціацією судової стоматології України та науково-дослідним центром судової стоматології на базі стоматологічного факультету Ужгородського національного університету було розроблено власну систему шифрів і кодів для позначення результатів ятрогенних втручань і змін зубного ряду з можливістю інтеграції власноруч розробленої системи у програму DVI. Однак практична перевірка принципу порівняння прижиттєвої та посмертної медичної документації з використанням кодів в Україні показала свою ефективність лише у 37,3 % експериментальної групи, що стало причиною проведення епідеміологічного дослідження «Аналіз наявності та ретроспективної перевірки достовірності заповнення медичних карт стоматологічних хворих» з подальшим пошуком й обґрунтуванням більш ефективних принципів і методів дентальної ідентифікації.

Мета роботи — провести епідеміологічне дослідження для встановлення поширеності, потреби та результатів лікування основних стоматологічних захворювань за віковим і гендерним розподілом в Ужгороді, а також перевірити наявність медичних карт згідно з потребами надання стоматологічної допомоги населенню для ретроспективної оцінки достовірності їх заповнення; обґрунтувати можливості використання принципів програми DVI на основі системного аналізу отриманих статистичних результатів; розробити можливі шляхи вдосконалення дентальної ідентифікації в Україні з урахуванням кінцевих даних епідеміологічного дослідження.

Матеріали та методи дослідження

На базі науково-дослідного центру судової стоматології була розроблена програма проведення епідеміологічного дослідження, що складалося з двох етапів: перший — аналіз наявності медичної документації та рентгенологічних знімків у стоматологічних хворих, другий — ретроспективна оцінка достовірності заповнення наявної медичної документації та її відповідність дійсному стоматологічному статусу. Така двоетапна модель обґрунтована комплексним методологічним підходом до проведення епідеміологічного дослідження, що в результаті забезпечить єдність і

наукову причинно-наслідкову систематичність отриманих результатів.

З метою проведення першого етапу дослідження було складено анкету респондента епідеміологічного дослідження «Аналіз наявності медичної документації та рентгенографічних знімків у стоматологічних хворих», що містила такі питання:

1. Прізвище, ім'я, по батькові.
2. Вік.
3. Стать (з можливими варіантами відповідей: «чоловіча» або «жіноча»).
4. Де проживаєте? (Населений пункт.)
5. Чи відвідували Ви коли-небудь стоматолога? (З можливими варіантами відповідей: «так» або «ні».)
6. До якої форми власності належить стоматологічна поліклініка, яку Ви відвідували? (З можливими варіантами відповідей: «приватна» або «державна»).
7. Чи проводилося Вам стоматологічне лікування? (З можливими варіантами відповідей: «так» або «ні».)
8. Як часто Ви відвідуєте стоматолога?
9. Чи видаляли Вам коли-небудь зуби? (З можливими варіантами відповідей: «так» або «ні».)
10. Чи є у Вас медична карта стоматологічного хворого? (З можливими варіантами відповідей: «так», «ні» або «не знаю».)
11. Де знаходиться Ваша медична карта стоматологічного хворого? (З можливими варіантами відповідей: «у поліклініці», «вдома» або «не знаю».)
12. Чи проводилися Вам рентгенологічні дослідження зубощелепного апарату? (З можливими варіантами відповідей: «так» або «ні».)
13. Які рентгенологічні дослідження зубощелепного апарату Вам проводилися? (З можливими варіантами відповідей: «прицільна рентгенографія», «ортопантомографія» або «конусно-променева томографія».)

Для проведення опитування була сформована попередньо навчена команда кореспондентів із представників науково-дослідного центру судової стоматології у кількості 15 осіб, розділена на 5 однакових груп, закріплених у п'яти публічних місцях Ужгорода. Респондентам у доступній формі було пояснено значення стоматологічної термінології («медична карта стоматологічного хворого», «прицільна рентгенографія», «ортопантомографія», «конусно-променева томографія») з метою повного розуміння ними поставлених питань. Кожним опитуваним було заповнено особистий примірник анкети, перевірений відповідальним кореспондентом і директором науково-дослідного центру судової стоматології та затверджений їхніми підписами. Результати анкетування було конвертовано в електронну базу даних з подальшою статистичною обробкою за допомогою пакета прикладного програмного забезпечення Statistica (StatSoft) і Microsoft Excel 2007 (Microsoft Office 2007, Microsoft).

Подальший етап дослідження полягав у ретроспективній оцінці достовірності заповнення наявних медичних карт стоматологічних хворих, що проводилася співробітниками науково-дослідного центру судової стоматології на базі державних стоматологічних поліклінік Ужгорода і Університетської стоматологічної поліклініки. Критерії оцінки достовірності визначали за: 1) правильністю заповнення паспортної частини медичної карти стоматологічного хворого; 2) відповідністю проведеного стоматологічного лікування результатам рентгенографічних досліджень, зроблених додатково для експериментальної вибірки; 3) ідентичністю даних, вказаних у «Щоденнику обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)» (Форма № 039-2/о) до форм № 037/о «Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету» за відповідний місяць; 4) даних медичних карт стоматологічних хворих, прийнятих за цей же місяць. Цей етап дослідження був анонімним щодо сформованої експериментальної вибірки пацієнтів і медичних закладів, які підлягали перевірці з метою уникнення можливих провокацій, негативних рекомендацій, рекламних акцій та упередженого ставлення. Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали з допомогою методів параметричної та непараметричної статистики згідно з рекомендаціями О. П. Мінцера і співавт. (2003) із застосуванням статистичної програми Microsoft Excel 2007 (Microsoft Office 2007, Microsoft).

Системний аналіз результатів двох частин досліджень був зведений у єдину електронну базу «Аналіз наявності та ретроспективної перевірки достовірності заповнення медичних карт стоматологічних хворих» з подальшим поданням й обґрунтуванням єдиних висновків [11; 12].

Результати дослідження та їх обговорення

Внаслідок проведеного епідеміологічного дослідження з участю 2000 респондентів і подальшого системного аналізу статистичних даних були отримані такі результати:

1) загальна кількість опитуваних представлена п'ятьма віковими групами: 18–24 роки — 354 (17,7 %) особи, 25–34 роки — 509 (25,43 %) осіб, 35–44 роки — 397 (19,86 %) осіб, 45–54 роки — 399 (19,95 %) осіб, 55–64 роки — 341 (17,05 %) особа (табл. 1);

2) гендерний склад становив: 932 (46,61 %) чоловіки і 1068 (53,39 %) жінок.

Розподіл чоловіків і жінок у кожній віковій групі мав такий вигляд: 18–24 роки — 8,87 % чоловіків і 8,83 % жінок; 25–34 роки — 12,29 % чоловіків і 13,14 % жінок; 35–44 роки — 9,53 % чоловіків і 10,34 % жінок; 45–54 роки — 8,72 % чоловіків і 11,23 % жінок; 55–64 роки — 7,20 % чоловіків і 9,85 % жінок.

Таблиця 1

Віковий і гендерний розподіл респондентів

Вік	Усього	Чол.	Жін.
18–24	354	178	176
25–34	509	246	263
35–44	397	190	207
45–54	399	174	225
55–64	341	144	197
Разом	2000	932	1068

Виявлено, що 1980 (98,7 %) опитуваних з тих чи інших причин відвідували стоматологічну поліклініку, причому 64,7 % відвідуваних поліклінік належали до державної форми власності, 35,3 % — до приватної.

Із 1974 осіб, які відвідували стоматологічну поліклініку, у 1856 (94,04 %) випадках проводилося стоматологічне втручання.

Щодо наявності медичних карт стоматологічних хворих, то серед 1856 осіб, яким проводилося стоматологічне лікування, 1008 (54,3 %) опитуваних не мають медичної документації, 393 (21,2 %) — мають, 455 (24,5 %) — не знають відповіді на дане питання.

Із наявних 393 медичних карт стоматологічних хворих 275 (69,9 %) знаходяться у поліклініці, 93 (23,7 %) — вдома, а 25 (6,4 %) опитуваних не знають місцезнаходження власної медичної документації.

Внаслідок проведеної ретроспективної оцінки достовірності заповнення наявних медичних карт стоматологічних хворих із експериментально створеної вибірки у державних стоматологічних поліклініках Ужгорода й Університетській стоматологічній поліклініці виявилось, що у 62,7 % випадків дані медичної документації не відповідають дійсному стану стоматологічного статусу (підтвердженого додатковим клінічним оглядом і рентгенологічними дослідженнями).

Із 1856 опитуваних, яким виконувалися стоматологічні втручання, у 1786 (96,22 %) осіб проводилось і рентгенографічне дослідження.

3-поміж рентгенографічних досліджень, за результатами опитування, пацієнтам проводили: прицільну рентгенографію (53,2 %), ортопантомографію (43,8 %), конусно-променеву томографію (3 %).

Розподіл помилок заповнення медичної документації та частоту їх виявлення під час ретроспективної перевірки подано у табл. 2. Із вищенаведених даних можна зробити висновок, що ідентифікація осіб згідно з принципами DVI-програми із порівнянням записів прижиттєвої та помертної ідентифікації можлива лише у 21,2 % людей, яким проводилися стоматологічні втручання, за наявності медичної документації. Однак тільки у 69,9 % пацієнтів медична карта стоматологічного хворого знаходиться у поліклініці та за потреби може бути негайно знайдена, а результати ретроспективної оцінки достовірності заповнення медичної документації сягають лише 37,3 %, тому нагальним є пошук методів дентальної ідентифікації з урахуванням особливостей надання стоматологічної допомоги та заповнення медичної документації в Україні.

Причини невідповідності даних медичної документації дійсному стоматологічному статусу полягають у некоректному заповненні та необґрунтованому скороченні медичних записів і термінології, відсутності описів результатів додат-

кових методів обстеження та невідповідності встановленого діагнозу описаній клініці захворювання [13; 15]. У 63,3 % випадків у медичній документації не висвітлені помилки й ускладнення проведеного лікування та шляхи їх усунення. Ретроспективно встановлено, що 84,7 % помилок й ускладнень виникли внаслідок проведеного ортопедичного та терапевтичного лікування, частота виявлення яких розподілена так: випадіння пломби (33,6 %), виведення пломбувального матеріалу за верхівку кореня зуба (9,1 %), кореневий канал повністю не запломбований (8,7 %), розширення показань до незнімного протезування (15,5 %), тріщини і сколи керамічного покриття (18,2 %), порушення крайового прилягання коронок (14,9 %).

Таблиця 2

Частота виявлення різних видів помилок заповнення медичної документації

Помилки при заповненні медичної карти стоматологічного хворого	Частота виявлення помилок при ретроспективній оцінці медичної документації експериментальної вибірки, %
Відсутність даних про перенесені або супровідні захворювання	93
Відсутність даних про локалізацію патологічного осередку або глибину ураження	76
Невідповідність діагнозу й опису клініки захворювання	35
Відсутність даних про проведення рентгенологічного контролю	46,50
Не заповнена зубна формула	54,70
Недотримання стандартної схеми опису відвідувань	37,50
Скорочення в записах	43,90
Не вказаний діагноз	25,20

Виходячи з того, що 96,22 % опитуваних, яким виконувалося стоматологічне втручання, мають рентгенографічні знімки, доцільним є проведення ідентифікації особи за стоматологічним статусом на основі аналізу цифрових рентгенограм [2; 6]. Рентгенографічні знімки є не лише поширеними, а й єдиними достовірними даними стоматологічного статусу особи [8], на відміну від невідповідно заповненої медичної документації. Враховуючи вищенаведені статистичні результати епідеміологічного дослідження та необхідність розв'язання проблем щодо ідентифікації особи за стоматологічним статусом й експертної оцінки надання стоматологічної допомоги, Асоціацією судової стоматології України на базі науково-дослідного центру судової стоматології було розроблено низку скануючих медико-інформаційних методик дентальної ідентифікації, які базуються на графічному аналізі цифрових рентгенограм (порівняння інтенсивності зображення, контрастне контурування ятрогенних втручань, релевантне зіставлення кластерних об'єктів цифрових ортопантограм, антропометрична ідентифікація індексних співвідношень нижньої щелепи) [5], які об'єднано в єдину системну комп'ютерну програму «Дентальна ідентифікація».

Висновки

1. Результати проведеного епідеміологічного дослідження дозволили обґрунтувати доцільність використання результатів рентгенологічного дослідження в процесі дентальної ідентифікації та експертної оцінки якості надання стоматологічної допомоги в Україні.

2. Комплексна програма «Дентальна ідентифікація» дозволяє індивідуалізувати результати рентгенографічних досліджень, що спрощує процес порівняння, а також забезпечує високий відсоток позитивного кінцевого результату.

ЛІТЕРАТУРА

1. Pretty I. A. A look at forensic dentistry. Part 1: The role of teeth in the determination of human identity / I. A. Pretty, D. Sweet // Br. Dent. J. – 2001, Apr 14. – Vol. 190 (7). – P. 359–366.
2. Falcao A. The image foresting transform: theory, algorithms, and applications. Pattern Analysis and Machine Intelligence / A. Falcao, J. Stolfi // IEEE Transactions. – 2004. – Vol. 26 (1). – P. 19–29.
3. Костенко Є. Я. Роль стоматології в судово-медичній експертизі / Є. Я. Костенко // Актуальні питання стоматологічного сьогодення : матеріали наук.-практ. конф. – Тернопіль, 19 листопада 2010 р. – Тернопіль, 2010. – С. 136–137.
4. Kostenko Ye. Forensic dentistry: from age determination to identification / Ye. Kostenko, N. Bobrov // Folia Societatis Medicinae Legalis Slovacae. – 2012. – Vol. 2, N 1. – P. 78–82.
5. Скануючі методики комп'ютерної ідентифікації особи за цифровими ортопантомограмами : метод. рекомендації / упоряд. : Є. Я. Костенко, В. І. Біда [та ін.]. – К., 2012. – 17 с.

6. Комп'ютерна ідентифікація осіб за стоматологічним статусом : метод. рекомендації / упоряд. : В. Д. Мішалов, В. І. Біда [та ін.]. – К., 2012. – 28 с.

7. Malkowski F. S. Forensic dentistry, a study of personal identification / F. S. Malkowski // Dent. Stud. – 1972. – Vol. 51. – P. 42–44.

8. Alexander C. J. Radiology in forensic identification: the Mt. Erebus disaster / C. J. Alexander, G. A. Foote // Australas Radiol. – 1998. – N 42. – P. 321–326.

9. Clark D. H. An analysis of the value of forensic odontology in ten mass disasters / D. H. Clark // Int. Dent. J. – 1994. – N 44. – P. 241–250.

10. Jacob R. F. Postmortem identification of the edentulous deceased: denture tissue surface anatomy / R. F. Jacob, C. L. Shalla // J. Forensic Sci. – 1987. – N 32. – P. 698–702.

11. Ефимова М. Р. Общая теория статистики / М. Р. Ефимова, Е. В. Петрова, В. Н. Румянцев. – М. : ИНФРА-М, 1996. – 200 с.

12. Никольский С. М. Курс математического анализа / С. М. Никольский. – М. : Наука. – Т. 1. – 1990. – 528 с. ; Т. 2. – 1991. – 543 с.

13. Гажва С. И. Анализ ошибок и осложнений при протезировании с применением несъемных ортопедических конструкций / С. И. Гажва, Г. А. Пашинян, О. А. Алешина // Стоматология. – 2010. – Т. 89, № 2. – С. 65–66.

14. Гажва С. И. Анализ качества стоматологической ортопедической услуги по данным медицинской документации / С. И. Гажва, О. А. Алешина // Медицинский альманах. – 2011. – № 2 (15). – С. 32–35.

15. Анализ профессиональных ошибок в ортопедической стоматологии // Зубной протез и здоровье : сб. науч. работ по материалам науч.-практ. конф. / под ред. Г. В. Большакова. – М., 2004. – С. 123–125.

16. Демина А. В. Правовая грамотность врачей-стоматологов / А. В. Демина, Г. А. Пашинян, Л. М. Лукиных. – М. : Медкнига, 2005. – 160 с.

17. Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пахомов. – М., 2006. – 416 с.

18. Леус П. А. Профилактическая коммунальная стоматология / П. А. Леус. – М. : Медицинская книга, 2008. – 444 с.

УДК 159.953

М. Л. Аряєв, чл.-кор. НАМН України, д-р мед. наук, проф.,
Л. І. Сеньківська

ПРОБЛЕМИ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОТЕРПІЛИ ВІД ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАСИЛЬСТВА

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 159.953

Н. Л. Аряев, Л. И. Сеньковская

ПРОБЛЕМЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В статье рассмотрены клинические последствия перенесенного психологического стрессирования у детей. Наиболее выраженными из них оказались хронические расстройства гастродуоденальной зоны (гастродуодениты, дискинезия желчевыводящих путей), белково-энергетическая недостаточность и отоларингологическая патология (хронический тонзиллит, хронический гайморит, аденоидные вегетации), а также представлены когнитивные нарушения, такие как снижение памяти, устойчивости внимания, низкий уровень восприятия, плохая переработка информации, низкая работоспособность и медленная концентрация внимания. Высокая социальная значимость проблемы представляет основу для разработки новых эффективных протоколов восстановительного лечения с использованием психологической коррекции и медикаментозной терапии и реабилитации у детей, пострадавших от психологического насилия.

Ключевые слова: психоэмоциональное насилие, когнитивные нарушения.

UDC 159.953

M. L. Aryayev, L. I. Senkivska

THE PROBLEMS OF COGNITIVE DISORDERS IN CHILDREN SUFFERED FROM EMOTIONAL ABUSE

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Emotional abuse is the most frequent type of child abuse with very serious consequences for child health. The article devoted to the clinical consequences in children suffered from emotional abuse. The most expressed of these were chronic gastroduodenal disorders (gastroduodenitis, biliary dyskinesia), protein-energy malnutrition and otolaryngological pathology (chronic tonsillitis, chronic sinusitis, adenoid vegetations) and cognitive disorders stability, low level of perception (memory, attention), poor information processing, low efficiency.

High social significance of the problem is the background for developing of new effective protocols by using of psychological correction, medical treatment and rehabilitation in children suffered from emotional abuse.

Key words: psychoemotional abuse, cognitive disorders.

Проблема жорстокого поводження в сім'ї належить сьогодні до найбільш гострих, а формування особливостей самосвідомості та когнітивних порушень у дітей, що переживають насильство, все частіше виявляється у фокусі уваги урядових і громадських організацій, а також фахівців різного профілю [1].

Жорстоке поводження та насильство, вчинені щодо дитини, за своїми наслідками зараховують до найважчих психоемоційних травм, які призводять до розвитку посттравматичного стресового розладу, гострого шоку, невротичних і реактивних психотичних розладів [3]. Одним із на-

слідків жорстокого поводження з дітьми є когнітивні порушення, що мають серйозне значення з медико-соціальної точки зору [2; 3].

Останнім часом відзначається занадто широко діагностичне трактування синдрому когнітивного дефіциту, що визначався раніше як мінімальна церебральна мозкова дисфункція, а з розширенням нейропсихологічних знань — як синдром дефіциту уваги та гіперактивності [3; 4].

Когнітивні порушення в сучасному розумінні — це збірне позначення різних порушень вищих мозкових функцій внаслідок розладу процесів одер-

жання, переробки й аналізу інформації. Вони зазвичай пов'язані з органічним ураженням великих півкуль головного мозку. Розлад функцій може виражатися в порушенні пам'яті, уваги, психомоторної координації, мови, гнозису, праксису, рахунку, мислення, орієнтації, планування та контролю психічної діяльності [5].

Порушення розвитку і зростання дитини накладають обмеження не тільки на прояви особистості, її формування, а й призводять до соціальної дезадаптації жертв насильства [6]. Клінічно це може призводити до розвитку трьох основних синдромів: синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, психовегетативних і астеноневротичних синдромів [6–8].

Мета дослідження — вивчити когнітивні порушення у дітей, які потерпіли від психоемоційного стресування.

Були поставлені такі завдання:

- виявити наявність супровідної соматичної патології у дітей — жертв насильства;
- установити рівень концентрації та стійкості уваги у дітей, які потерпіли від психологічного стресування;
- оцінити точність і швидкість переробки інформації у дітей — жертв психологічного насильства;
- установити рівень сприйняття у дітей, які зазнали психологічного насильства.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили в Одеській КУ «Притулок № 1 для дітей служби у справах дітей Одеської міської ради» та загальноосвітній школі Одеси. Клінічне обстеження й оцінка стану пам'яті, рівня концентрації та стійкості уваги, точності і швидкості переробки інформації та рівня сприйняття проводили за участі невролога і психолога.

У когорті дослідження когнітивних порушень у дітей, що потерпіли внаслідок жорстокого поводження, було включено 120 дітей основної групи, які зазнали психологічного стресування, і 100 дітей контрольної групи без ознак жорстокого поводження, віком 6–17 років.

Психологічне обстеження включало бесіду з дитиною відповідно до правил психологічної підтримки дітей і принципів біомедичної етики. Психологічне тестування починали зі встановлення контакту та створення умов для довірчих, доброзичливих стосунків, атмосфери розуміння й активної участі в роботі групи. Проводили спостереження за поведінкою дітей у процесі виконання завдань. Це сприяло формуванню початкових уявлень про особливості порушення поведінки, характер когнітивних порушень, відношення до запропонованого психологічного тесту та взаємодії із зовнішнім світом та іншими дітьми в конкретних життєвих ситуаціях.

Оцінку рівня когнітивних функцій у дітей проводили за допомогою таких методик:

1. Методику О. Р. Лурії «Заучування 10 слів» застосовували з метою діагностики стану пам'яті (запам'ятовування, збереження та відтворення).

2. Тест Тулуз — П'єрона (у модифікації Л. А. Ясюкової, 1997) спрямований на вивчення властивостей уваги (концентрації, стійкості, переключення) та психомоторного темпу, а також оцінює точність і швидкість переробки інформації, вольову регуляцію, особисті характеристики працездатності в часі. Коефіцієнт точності виконання тесту Тулуз — П'єрона характеризує розвиненість довільної уваги, здатність до довільної концентрації і є основним показником для діагностики мінімально-мозкових дисфункцій.

3. Методику Д. Векслера (субтест № 8 «Відсутні деталі») використовували для діагностики сприйняття та зорової спостережливості, а також здатності виявити суттєві ознаки відмінності. Дітям пропонували 21 картку, де були зображені картинки з відсутньою деталлю, яку необхідно підібрати за подібністю із запропонованих варіантів.

Результати дослідження та їх обговорення

При об'єктивному та параклінічному обстеженнях дітей як основної, так і контрольної груп досить часто виявляли супровідну соматичну патологію. Білково-енергетичну недостатність відзначали у 28 (23,3 %) дітей основної групи і у 6 (6,0 %) дітей контрольної групи. Реєстрували порушення з боку шлунково-кишкового тракту: дискінезія жовчних шляхів — у 64 (53,3 %) дітей основної групи порівняно з контрольною — 40 (40,0 %), хронічний гастродуоденіт — у 52 (43,3 %) дітей основної і 27 (27,0 %) — контрольної групи. Патологію з боку носоглотки (хронічний тонзиліт, хронічний гайморит, аденоїдні вегетації) виявлено у 57 (47,5 %) дітей основної групи порівняно з 38 (38,0 %) дітьми в контрольній групі. Алергічні реакції (атопічний дерматит, бронхіальна астма) відмічені у 49 (40,8 %) дітей основної та у 31 (31,0 %) пацієнта контрольної групи. У 5 (4,2 %) дітей основної групи порівняно з 3 (3,0 %) в контрольній групі реєстрували міопію різного ступеня вираженості. Пропалс мітрального клапана (без регургітації) виявлено у 4 (3,3 %) дітей основної та в 1 (1,0 %) пацієнта контрольної групи.

За результатами психоневрологічного обстеження у дітей, які потерпіли від психоемоційного насильства, частіше реєстрували психовегетативний, астеноневротичний синдроми та синдром дефіциту уваги і гіперактивності, ніж у дітей, що не мають в анамнезі даних про психологічне насильство.

Різниця в частоті виявлення психофізіологічного й астеноневротичного синдромів у дітей основної та контрольної груп не виявлено.

Психофізіологічний синдром реєстрували у 64 (53,3 %) дітей основної та 43 (43,0 %) дітей контрольної груп, який проявлявся соматопсихофізіологічними порушеннями (головний біль, запаморочення, лабільність артеріального тиску, тахікардія, пітливість, прискорене сечовипускання) й емоційними розладами (тривожність, емоційна лабільність, образливість, дратівливість, запинки в мові, порушення сну). У 34 (28,3 %) дітей основної та 29 (29,0 %) дітей контрольної груп, діагностували астеноневротичний синдром у вигляді підвищення стомлюваності, млявості, сонливості. У 52 (43,3 %) дітей основної та у 28 (28,0 %) дітей контрольної груп ($p < 0,027$) при проведенні тесту Тулуз — П'єрона з урахуванням точності і швидкості виконання завдань спостерігали: непосидючість, неухильність, імпульсивність, підвищену збудливість, слабке переключення, стомлюваність, зниження пам'яті, недостатні планування та здатність розв'язувати проблеми, зниження вміння оцінювати скоєні помилки, недостатність осмислення прочитаної інформації. При зіставленні анамнестичних даних, клінічних ознак і патофізіологічних показників у цих дітей спільно з неврологом був встановлений діагноз «Синдром дефіциту уваги та гіперактивності».

При оцінці когнітивних функцій у дітей, які перенесли психологічне стресування, виявлені: зниження пам'яті, стійкості уваги, низький рівень сприйняття, непосидючість, погана переробка інформації, низька працездатність, повільна концентрація уваги.

За даними методики О. Р. Лурії «Заучування 10 слів» (табл. 1) встановлено, що у дітей основної групи, які перенесли жорстоке поводження, показники низького рівня пам'яті становили 56,7 % порівняно з контрольною — 20,0 % ($p < 0,0005$).

Дані про індивідуальні особливості когнітивної продуктивності та її порушення за тестом Тулуз — П'єрона наведені в табл. 2–4.

Установлено, що у 70,8 % дітей основної групи, які потерпіли від психологічного стресування, показники низького рівня швидкості виконання тесту превалювали над показниками контрольної групи — 16,0 % ($p < 0,0005$).

Низький рівень точності виконання тесту реєстрували у 80,8 % дітей основної групи порівняно з контрольною — 14,0 % ($p < 0,0005$).

При оцінці когнітивної продуктивності за результатами тесту Тулуз — П'єрона встановлено, що у дітей, які потерпіли від психоемоційного насильства, низький рівень стійкості уваги виявлений у 56,7 % дітей порівняно з контрольною групою — 19,0 % ($p < 0,0005$).

У дітей, які перенесли психологічне насильство, низький рівень концентрації уваги спосте-

Таблиця 1

**Оцінка показників пам'яті
за методикою О. Р. Лурії «Заучування 10 слів»
у дітей основної та контрольної груп**

Рівень пам'яті	Група, абс. (%)		95 % ДІ	p
	основна, n=120	контрольна, n=100		
Високий	20 (20,0)	31 (31,0)	0,22–0,88	0,019
Середній	32 (26,2)	49 (49,0)	0,20–0,69	0,0019
Низький	68 (56,7)	20 (20,0)	2,73–10,08	0,0005

Таблиця 2

**Оцінка показників швидкості і точності
виконання тесту Тулуз — П'єрона
у дітей основної та контрольної груп**

Рівень швидкості, точності	Група, абс. (%)		95 % ДІ	р
	основна, n=120	контроль-на, n=100		
Швидкість виконання тесту				
Високий	23 (19,2)	32 (32,0)	0,25–0,97	0,042
Середній	12 (10,0)	52 (52,0)	0,04–0,22	0,0005
Низький	85 (70,8)	16 (16,0)	6,26–26,27	0,0005
Точність виконання тесту				
Середній	23 (19,2)	86 (86,0)	0,01–0,08	0,0005
Низький	97 (80,8)	14 (14,0)	11,88–57,53	0,0005

Таблиця 3

**Оцінка показників стійкості уваги
за тестом Тулуз — П'єрона
у дітей основної та контрольної груп**

Рівень стійкості уваги	Група, абс. (%)		95 % ДІ	p
	основна, n=120	контрольна, n=100		
Високий	29 (24,2)	35 (35,0)	0,31–1,10	0,10
Середній	23 (19,2)	46 (46,0)	0,14–0,52	0,0006
Низький	68 (56,7)	19 (19,0)	2,88–10,85	0,0005

Таблиця 4

**Оцінка показників концентрації уваги
за тестом Тулуз — П'єрона
у дітей основної та контрольної груп**

Рівень концентрації уваги	Група, абс. (%)		95 % ДІ	p
	основна, n=120	контрольна, n=100		
Високий	23 (16,7)	42 (42,0)	0,14–0,53	0,0006
Середній	12 (25,8)	45 (45,0)	0,23–0,78	0,0055
Низький	69 (57,5)	13 (13,0)	4,35–19,13	0,0005

рігали в 57,5 % випадків порівняно з 13,0 % ($p < 0,0005$) дітей, які його не зазнали.

За даними методики Д. Векслера (субтесту № 8 «Відсутні деталі», табл. 5) виявлені суттєві особливості зорового сприйняття, спостережливості, здатності відрізнити суттєві деталі. Установ-

Таблиця 5

**Оцінка показників сприйняття
за методикою Д. Векслера
(субтест № 8 «Відсутні деталі»)
у дітей основної та контрольної груп**

Ступінь сприй- няття	Група, абс. (%)		95 % ДІ	p
	основна, n=120	контроль- на, n=100		
Високий рівень	17 (14,2)	33 (33,0)	0,16–0,68	0,0025
Середній рівень	29 (24,2)	53 (53,0)	0,15–0,52	0,0005
Низький рівень	74 (61,7)	14 (14,0)	4,81–20,59	0,0005

лено, що низький рівень сприйняття у дітей, які перенесли психологічне насильство, становив 61,7 % порівняно з 14,0 % ($p < 0,0005$) дітей контрольної групи.

Таким чином, психологічне насильство має серйозні клінічні та психопатологічні наслідки. Найбільш вираженими з них виявилися хронічні розлади гастродуоденальної зони (гастродуоденіти, дискінезія жовчовивідних шляхів), білково-енергетична недостатність і отоларингологічна патологія (хронічний тонзиліт, хронічний гайморит, аденоїдні вегетації). Усі перераховані стани певною мірою часто пов'язані з супровідною психологічному насильству занедбаністю дітей, коли вони не отримують базисного догляду, харчування та медико-соціального забезпечення.

Вивчення ізольованого та комплексного впливу перерахованих факторів на розвиток соматичної патології у жертв жорстокого поводження може бути предметом самостійного багатофакторного анамнезу. Водночас істотний внесок у розвиток хронічної гастродуоденальної патології у жертв психологічного насильства, мабуть, роблять психотравмуючі дії як фактор біопсихосоціальної моделі захворювань.

Виявлення біопсихосоціальної патології та когнітивних порушень у дітей, які потерпіли від психосоціального насильства, визначає значущість їх своєчасного клінічного обстеження та психологічного тестування.

Отримані результати свідчать про необхідність розробки методів медико-психологічної реабілітації, які спрямовані на корекцію інтелектуально-мнестичного дефіциту, що порушує спілкування та навчання дітей. У зв'язку з високою соціальною значущістю проблеми потрібна розробка нових ефективних протоколів відновного лікування та реабілітації дітей з когнітивними порушеннями. Не випадково в країнах Європи і в США у школах впроваджують спеціальні програми, що включають тренінг емоційної когнітивної сфери, спрямовані на профілактику та розвиток вищої психоемоційної сфери дитини.

Не тільки своєчасна діагностика когнітивних порушень, а й оцінка рівня компенсаторних (потенційних) можливостей, адекватна медико-психологічна допомога значною мірою знижують ступінь психоемоційного дискомфорту, підвищують соціальні можливості дитини в плані навчання та психологічного контакту.

Висновки

1. У дітей, які потерпіли від психоемоційного насильства, найчастішою супровідною патологією є захворювання гастродуоденальної зони, лор-захворювання та білково-енергетична недостатність.

2. Когнітивними порушеннями у дітей, які перенесли психологічне насильство, є зниження пам'яті, стійкості уваги, низький рівень сприйняття, погана переробка інформації, низька працездатність і повільна концентрація уваги.

3. Виявлені клінічні та когнітивні порушення є основою для розробки методів ведення дітей — жертв психоемоційного насильства з використанням психологічної корекції та медикаментозної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аряєв М. Л. Біоетика в практиці дитячого лікаря / М. Л. Аряєв // 3 турботою про дитину. – 2011. – № 9 (27). – С. 22–23.
2. Алексеева И. А. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь / И. А. Алексеева, И. Г. Новосельский. – М. : Генезис, 2005. – 256 с.
3. Дозорцева Е. Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция / Е. Г. Дозорцева. – М. : Генезис, 2007.
4. Ясюкова Л. А. Оптимізація навчання і розвитку дітей з ММД. Діагностика та компенсація мінімальних мозкових дисфункцій / Л. А. Ясюкова // Практика адміністративної роботи в школі. – 2003. – № 4. – С. 4–7.
5. Predicting criminality from child maltreatment typologies and posttraumatic stress symptoms / A. Elklit, K.-I. Karstoft, C. Armour [et al.] // Eur J Psychotraumatol. – 2013. – Vol. 4. – P. 4–8.
6. Posttraumatic stress disorder, child abuse history, birth weight, and gestational age: A prospective cohort study / J. S. Seng, L. K. Low, M. Sperlich [et al.] // BJOG. – 2011, October. – Vol. 118 (11). – P. 1329–1339.
7. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis / R. E. Norman, M. Byambaa, R. De [et al.] // PLoS Med. – 2012, Nov. – Vol. 9 (11). – P. e1001349.
8. Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse / C. Jenny, C. W. Christian, R. A. Hibbard [et al.] // Pediatrics. – 2008. – Vol. 122, N 3. – P. 667–673.

УДК 159.942.5+159.98

В. О. Лефтеров, д-р псих. наук, проф.

ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 159.942.5+159.98

В. А. Лефтеров

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Статья посвящена теоретико-прикладному анализу проблем психологического здоровья и предоставления психологических услуг населению. Приводится рассмотрение понятий психическое и психологическое здоровье, факторов и современного состояния психологического здоровья украинцев. Обосновывается необходимость распространения психологической практики и создания и развития эффективной системы предоставления психологических услуг населению.

Ключевые слова: психологическое здоровье, психологическая практика, психологические услуги населению.

UDC 159.942.5+159.98

V. O. Lefterov

PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL SERVICE DELIVERY

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The article is devoted to theoretical and applied analysis of problems of psychological health and psychological service delivery to the public. There is given discussion of concepts mental and psychological health factors and the current state of mental health of Ukrainian people. The necessity of psychological practice spreading and creation and development of efficient provision of psychological services are grounded.

Key words: psychological health, psychiatric practice, psychological service delivery.

Останнім часом значно зріс негативний вплив на особистість різних чинників, у людей загострюються почуття страху, невизначеності, невпевненості, розгубленості та деколи й розчарування. Сучасний світ через свою динамічність і суперечливість усе більше втручається в особистісний простір людини, що негативно позначається на її здоров'ї загалом і на психологічному здоров'ї зокрема. Проблема психічного та психологічного здоров'я традиційно має наукове та практичне опрацювання у медицині та психології. Однак сьогодні питання психічного здоров'я людей, їх психологічного благополуччя розглядаються і реалізуються в економіці, екології, юриспруденції, зокрема у законотворчій і правоохоронній діяльності, у сфері соціального захисту та забезпечення населення. Не оминає увагою цю проблематику і політична риторика, яка активізується сьогодні не тільки перед виборами, а є невід'ємним соціально-культурним та інформаційним атрибутом сучасності.

Ця міжгалузева увага до психічного та психологічного здоров'я цілком обґрунтована та своєчасна, оскільки розв'язання цієї проблеми на суспільно-державному рівні може бути тільки при комплексному підході, створенні та реалізації ефективної міжгалузевої системи заходів. Одне з найважливіших місць у цій системі належить психологічній практиці як сфері надання кваліфікованої психологічної допомоги та послуг населенню. У самому широкому сенсі психологічна практика і психологи, які її здійснюють, покликані до-

сягати вельми гуманних, соціально значущих цілей — профілактики психічного здоров'я та забезпечення психологічного благополуччя населення. Тому науково-практичний аналіз проблем психологічного здоров'я сучасної людини та надання психологічних послуг населенню стає надзвичайно актуальним. Спроба цього аналізу з авторських позицій та подання узагальнень і пропозицій наводяться у даній статті.

Взагалі в науці не склалось однозначного підходу до визначення понять «психічне здоров'я» та «психологічне здоров'я». Іноді ці терміни вживають як тотожні, а іноді акцентують увагу на суттєвих відмінностях між ними, тому вважаємо за доцільне провести короткий змістовний аналіз цих дефініцій. Психічне здоров'я визначається як ментальне здоров'я, використовується для опису будь-якого рівня розумового, емоційного благополуччя або відсутності психічного розладу. Показниками психічного здоров'я є відсутність психічних захворювань, психічний розвиток, що відповідає віку, сприятливий функціональний стан вищих відділів центральної нервової системи. Протилежність психічному здоров'ю — психічні відхилення та психічні захворювання.

Психічне здоров'я не гарантує душевного здоров'я. При збереженні повної психічної адекватності людина може бути хвора душевно. У свою чергу, душевне здоров'я визначається як оптимальний для особистості, суспільства і життєвих перспектив душевний стан людини. На думку А. Б. Орлова, душа людини багатогранна. Кожна її грань

може давати людині і радість життя, і відчуття повноти існування, і душевний біль. Організм душі, подібно до організму тілесного, таїть у собі безліч і життєвих, і хворобливих проявів [1].

За сучасними уявленнями про здоров'я, між межами повного психічного здоров'я та проявами психопатології, що потребують медичного втручання, існує зона пограничних станів, коли людину не можна однозначно назвати ні хворою, ні здоровою — все залежить від критеріїв діагностики. Оцінювати стан здоров'я людини в цих випадках доцільно, використовуючи термін «психологічне здоров'я», що відображає значно більше різноманіття кількісних і якісних характеристик. Психологічне здоров'я — це не тільки душевне, але ще й особистісне здоров'я і визначається як оптимальне функціонування всіх психічних структур, що забезпечують стан душевного комфорту в соціальному середовищі.

У науковий лексикон термін «психологічне здоров'я» ввела І. В. Дубровіна [2; 3]. На її думку, «психологічне здоров'я передбачає інтерес людини до життя, свободу думок та ініціативу, активність і самостійність, відповідальність і здатність до ризику, віру в себе та повагу іншого, усвідомлення своєї індивідуальності, творчість у самих різних сферах життя і діяльності» [2, с. 41].

О. В. Хухлаєва під психологічним здоров'ям розуміє «динамічну сукупність психічних властивостей, що забезпечують гармонію між різними сторонами особистості людини, у тому числі між людиною та суспільством, а також можливість повноцінного функціонування людини в процесі життєдіяльності» [4, с. 5]. М. К. Смирнов визначає психологічне здоров'я як високий рівень соціально-психологічної адаптації, що виявляється в гармонійних стосунках з оточуючими, суб'єктивним відчуттям психологічного комфорту і високим потенціалом досягнення благополуччя в житті [5].

Антропологічна теорія розглядає психологічне здоров'я як стан, що характеризує процес і результат нормального розвитку суб'єктивної реальності в межах індивідуального життя. Індивідуальна норма психологічного здоров'я є те краще, що можливе в конкретному віці для конкретної людини за відповідних умов розвитку [6].

Загальноновизнано, що тілесне здоров'я людини взаємозумовлене її психологічним здоров'ям. Науковці і фахівці, зокрема лікарі, стверджують, що більшість тілесних хвороб зароджуються на рівні психіки і мають психологічну природу. Сучасні дослідження це підтверджують. Так, наприклад, прихована агресія може бути причиною виразкової хвороби («в'їдлива людина»); глибокі та не відпрацьовані образи, злість, ненависть іноді можуть бути причиною ракових захворювань; захворювання щитоподібної залози у жінок часто пов'язані з домашнім насильством, тиранією чоловіка та глибоким терпінням; нестача радості, психічне вигорання, любовні страждання — один із факторів серцево-судинних захворювань;

а захворювання на грип іноді є захисною реакцією організму та психіки, формою виходу з емоційно складної ситуації, несвідоме намагання взяти тайм-аут тощо [7].

Психологічне здоров'я людини пов'язане з її психологічним благополуччям, якістю життя в цілому. Виділяється «актуальне психологічне благополуччя» й «ідеальне психологічне благополуччя», у якому уявлення про «ідеальне» виступає глобальним інструментом оцінки людиною свого буття. Зараз активно вивчається зв'язок психологічного благополуччя з різними особливостями особистості (сенсожиттєвими орієнтаціями, суверенністю психологічного простору, стратегіями життя тощо) та її соціальними характеристиками, розробляється і надійний інструментарій для вимірювання психологічного благополуччя. Особливо актуальним на сучасному етапі розвитку суспільства стає вивчення психологічного здоров'я та благополуччя особистості в екстремальних умовах життєдіяльності, що, перш за все, зумовлено значним збільшенням кількості природних, антропогенних і техногенних екстремальних впливів на людину.

Таким чином, поняття «психічне здоров'я» — складова частина медичного підходу до феномена здоров'я. Психічно здоровою вважається людина, у якій відсутні клінічно виражені прояви психопатології та якій не встановлено діагноз психічного захворювання. Термін «психологічне здоров'я» в цьому сенсі більш нейтральний для сприйняття і має пряме відношення як до психічно здорової людини, так і до розвитку її особистісної індивідуальності. Водночас проблеми психічного та психологічного здоров'я тісно взаємопов'язані. Так, психологічні проблеми, що загострилися, за певних умов і факторів, наприклад, при генетичній схильності до психопатій або у разі глибоких потрясінь і психотравмуючих подій, можуть призвести до неврозу, психозу й інших психічних розладів, у тому числі необоротних. З другого боку, людина з психічними патологіями навряд чи може бути повноцінно психологічно здоровою та благополучною, принаймні в очах громадськості.

У цілому психологічне здоров'я людини та суспільства знаходиться в прямих залежності від історичних епох. Сьогодні модно порівнювати, що було за часів Радянського Союзу. Дійсно, було багато чого хорошого, і проблема психологічного здоров'я людей з різних причин не була такою гострою, як сьогодні. Наприклад, у суворі 30-ті–40-ві роки минулого сторіччя (репресії, війна) цієї проблеми просто не було, тому що у людей було домінантне завдання (потреба) — вижити фізично. У 70–80-ті роки — у період «застою» — питання психологічного здоров'я або замовчувалися, або вирішувалися партійними методами (ідеологічний і громадський вплив, психіатричні лікарні, дисидентство тощо).

Сьогодні ситуація інша. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2020 р. психічні розлади увійдуть до першої п'ятірки хвороб, які будуть лідувати за кількістю людських

працевтрат, пов'язаних із цими захворюваннями. Уже котрий рік поспіль Україна посідає перше місце за кількістю психічних розладів у Європі [8]. За одними даними, майже 2 млн українців щороку стають пацієнтами психіатричних лікарень. За іншими свідченнями, в Україні в середньому 2,5 % населення щороку звертаються за психіатричною допомогою до фахівців, а 72 % із таких людей переживають тимчасові або пограничні психічні розлади (депресії, неврози, зміни особистості через певні органічні розлади тощо), при цьому більшість із них залишаються практично здоровими, а частка таких пацієнтів виявляється з патологічними психічними розладами. До 80 % українців із психічними розладами жодного разу не зверталися до лікарів [8].

Проте в Україні набагато більше людей, які потребують психологічної допомоги немедикаментозного характеру. Практично кожна психічно здорова людина не менше одного-двох разів у житті переживає серйозні психологічні проблеми, для розв'язання яких вона потребує кваліфікованої допомоги. Серед факторів, які негативно впливають на психологічне здоров'я та благополуччя особистості, виділяють: хронічну втому; страх самотності; сильний страх за своє здоров'я; незадоволеність собою; стрес через сварку з близькими і друзями; стрес через втрату роботи; різноманітні побутові та трудові конфлікти; страх залишитися без грошей; хвороба, смерть близьких тощо.

Не випадково у січні 2005 р. на конференції в Гельсінкі була прийнята «Європейська декларація з охорони психічного здоров'я», у якій визнається, що психічне здоров'я та психічне благополуччя — це найважливіші передумови для гідної якості життя і продуктивної діяльності окремих осіб, сімей, місцевих громад і народів у цілому, тому що вони дозволяють людям сприймати своє життя як повноцінне та значуще і бути активними та творчими членами суспільства [9]. Взагалі в резолюціях Ради Європейського Союзу, рекомендаціях Ради Європи та резолюціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, починаючи з 1975 р., визнається важливе значення діяльності, спрямованої на зміцнення психічного здоров'я, а також наявність безпосереднього взаємозв'язку між проблемами психічного здоров'я, з одного боку, і соціальної маргіналізації, безробіття, безпритульності та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю й інших психоактивних речовин — з другого.

Слід зазначити, що в Україні в цілому організована система психіатричної та медико-психологічної допомоги населенню на підставі закону України «Про психіатричну допомогу» [9]. Але це, як правило, медикаментозна допомога хворим людям, а не особистостям, які розвиваються. І якщо такі проблеми, як наркоманія, алкоголізм, СНІД, що вражають десятки і сотні тисяч людей, сьогодні хоча б на слуху, існують різні програми, у тому числі державні, щодо розв'язання та профілактики цих негативних явищ, то проблема

психологічного здоров'я, надання якісних психологічних послуг населенню дійсно знаходиться «в застої», у результаті чого реально, явно чи приховано страждають мільйони людей, а зрештою і саме суспільство.

На наш погляд, проблема психологічного здоров'я сьогодні вийшла за межі окремої людини чи певних малих соціальних груп. Дана проблема в Україні набула вже національного характеру і стає все більш масштабною. За останні 20 років, напевно, не було тієї сфери життєдіяльності, яка б не реформувалася, іноді по кілька разів. Невдачі реформ, їх непослідовність дуже боляче б'ють по душевному стану людей, вони починають жити в постійному очікуванні найгіршого.

Соціальні інститути суспільства, покликані регулювати і розв'язувати численні соціально-особистісні й інші проблеми і протиріччя, відстають від реалій нового століття та фактично не справляються зі своїми завданнями, особливо у сфері духовного життя, психічного благополуччя і здоров'я людей. Відсутність цілісної та реально функціонуючої державної та суспільної системи забезпечення психологічного здоров'я особистості дорого обходиться і людині, і суспільству. Зростаюча кількість розлучень і кинутих дітей, неадекватність вибору професії, низька продуктивність праці та систем управління, загрозливо зростаюча соціальна та творча апатія, деградація, низька задоволеність життям і невміння долати життєві труднощі та проблеми, що виникають, високий ступінь залежності (від наркотиків, алкоголю, гри тощо), захворюваності та смертності — усе це результат психологічних дефектів і невідповідності психосоціального розвитку особистості сучасної людини соціально-економічним, політичним, інформаційним, технологічним, екологічним та іншим процесам, що відбуваються.

Вищенаведене зумовлює сьогодні доцільність і необхідність масованого використання досягнень психології, рівень розвитку якої достатній для зростання її ролі в суспільстві. Зокрема, значний потенціал для профілактики та покращання психологічного здоров'я має психологічна практика, яка, крім профілактики та корекції психічних і психологічних розладів, покликана виконувати й інші завдання, наприклад, допомагати у діагностиці та розвитку, особистісному та професійному зростанні, оптимізації діяльності та міжособистісних стосунків, удосконаленні бізнес-процесів, сприяти впровадженню організаційних інновацій тощо.

Повсякденна професійна психологічна практика сприяє зростанню усвідомлення суспільством цінності людської індивідуальності. Соціальне замовлення на психологічні послуги базується на доступному суспільній свідомості уявленні про зміст таких послуг, їх можливості допомагати людям у психологічних труднощах, на які не реагують ніякі інші соціальні інститути. Впливає на цей процес публіцистична і науково-популярна література, що аналізує проблеми сучасної людини, а також засоби масової інформації. Не-

обхідність у застосуванні конкретних психологічних знань і послуг усе більше починають усвідомлювати і представники різних галузей соціальної практики: вчителі, лікарі, юристи, менеджери, політики тощо. Без цих знань їм усе складніше вирішувати свої базові завдання — цілеспрямовано взаємодіяти з людьми, керувати ними. Кількість та інтенсивність практичних психологічних проблем робить їх чутливішими до пропаганди психологічних знань.

Проте, незважаючи на вищеописані проблеми у галузі психологічного здоров'я українців, надання психологічних послуг населенню відбувається дуже повільно, неорганізовано та безсистемно. Сьогодні прийнято говорити про те, що наші люди не дуже-то звикли ходити до психолога. Причини цього різні: традиції, менталітет, дорожнеча послуг, відсутність інформації тощо. У цьому контексті також слід визначати і низьку громадську активність самих психологів і їх професійних спільнот. До речі, у США та країнах ЄС уже давно діє система психологічної допомоги населенню. Надання психологічних послуг організовано спільнотами (асоціаціями) практикуючих психологів, які встановлюють стандарти процесів і якості виконання послуг, стандарти кваліфікації й акредитації психологів-практиків.

Для розв'язання вищенаведених проблем психологічного здоров'я та створення і розвитку ефективної системи надання психологічних послуг населенню пропонується здійснити такі першочергові завдання:

- розвиток дієвої системи надання якісної та доступної психологічної допомоги населенню й організаціям, конструктивний діалог і співпраця з різними інститутами громадянського суспільства й органами місцевого самоврядування з цих питань;

- сприяння психологічному просвітництву населення, у тому числі розповсюдженню психологічних знань з питань збереження та відновлення психологічного здоров'я;

- всебічне зміцнення сім'ї як одного з найважливіших соціальних інститутів, що сприяють психологічному здоров'ю та благополуччю людей;

- удосконалення нормативно-правового регулювання системи забезпечення психологічного здоров'я та надання психологічних послуг населенню;

- удосконалення діяльності засобів масової комунікації та реклами з питань охорони психологічного здоров'я населення.

Організація якісної системи психологічних послуг також відповідає концептуальним положенням новітньої наукової галузі — ноетики, зокрема з питань запобігання та розв'язання психосоціальних проблем, що пов'язані з тотальною інформатизацією та технологізацією життя і суспільства [10].

Висновки

Отже, загальноновизнано, що зростаючі проблеми сучасного життя як на рівні макро- і мікросоціуму, так і на рівні практично кожної окремої людини мають пряму або опосередковану пси-

хологічну зумовленість. Підвищення рівня психологічного здоров'я людей і суспільства в цілому стає не тільки завданням гуманізації соціальних відносин і підвищення якості життя, а загалом умовою національного буття та перспектив державного розвитку. У найближчі терміни має бути створена повноцінна нормативно-правова база, спрямована на збереження психологічного здоров'я нації, що включає доступну систему надання психологічної допомоги населенню, як, наприклад, це організовано в розвинених країнах.

Багато проблем психологічного здоров'я, розвитку особистості, кар'єри, сім'ї, кризові ситуації, масові депресії, стреси тощо можуть і повинні розв'язуватися саме за допомогою функціонування якісної та дієвої системи надання психологічних послуг населенню. Перспективи розвитку психологічної практики та підвищення попиту на послуги психологів-практиків зумовлюються зростаючою залежністю економіки, політики, охорони здоров'я, освіти й інших сфер суспільного життя і діяльності від повноти розуміння та врахування психологічних закономірностей поведінки людей. Потенційним джерелом соціального замовлення психологічних послуг є рівень психологічної культури населення, тісно пов'язаний з усвідомленням цінності людського життя.

Сьогодні назріла необхідність як спільнотам психологів, так і відповідним державним інститутам виробити концепцію комплексної та ефективної системи психологічного обслуговування населення для формування самодостатньої, цілісної, внутрішньо гармонійної та загалом психологічно здорової особистості.

ЛІТЕРАТУРА

1. Орлов А. Б. Психология личности и сущности человека. Парадигмы, проекции, практики / А. Б. Орлов. — М. : Академия, 1995. — 272 с.
2. *Практическая психология в образовании* : учеб. пособие / под ред. И. В. Дубровиной. — 4-е изд. — СПб. : Питер, 2004. — 592 с.
3. Дубровина И. В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности / И. В. Дубровина // Вестник практической психологии образования. — 2009. — № 3. — С. 17–21.
4. Хухлаева О. В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников / О. В. Хухлаева. — М., 2003.
5. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе / Н. К. Смирнов. — М. : Аркти, 2006. — 320 с.
6. Шувалов А. В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья / А. В. Шувалов // Вопросы психологии. — 2004. — № 6. — С. 18–33.
7. Бурбо Л. Твое тело говорит: люби себя! Самая полная книга по метафизике болезней и недугов / Л. Бурбо [пер. с фр.]. — М. : ООО Издательство «София», 2007. — 336 с.
8. Брут А. Психічне здоров'я нації — під загрозою? [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://h.ua/story/17415/>.
9. Україна приєдналась до Європейської декларації щодо охорони психічного здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.likar.info/novosti-Ukrainy/news-9322-ukrayina-prijednalas-do-yevropeyskoyi-deklaratsiyi-schodo-ohoroni-psihichnogo-zdorovya/>.
10. Запорожан В. Н. Путь к ноетике / В. Н. Запорожан. — Одесса : Одес. гос. мед. ун-т, 2008. — 284 с.

УДК 159.923.35:111.11-044.372(043.3)

Ю. Є. Кокоріна

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА КОРЕКЦІЯ ЕКЗИСТЕНЦІЙНОЇ КРИЗИ ОСОБИСТОСТІ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 159.923.35:111.11-044.372(043.3)

Ю. Е. Кокорина

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО КРИЗИСА ЛИЧНОСТИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В данной статье рассматриваются психологические особенности предупреждения и коррекции экзистенциального кризиса личности, представлен теоретический и эмпирический анализ проблемы исследования экзистенциального кризиса, научные подходы относительно его структуры и возможных путей преодоления и профилактики, а именно: определен способ предупреждения и коррекции экзистенциального кризиса личности — экзистенциально-аналитический тренинг.

Ключевые слова: экзистенциальный кризис, экзистенциальные означающие, ценностные ориентации, защитные механизмы, копинг-стратегии.

UDC 159.923.35:111.11-044.372(043.3)

Y. E. Kokorina

PREVENTION AND CORRECTION OF EXISTENTIAL CRISIS OF PERSONALITY

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The article deals with the psychological features of prevention and correction of existential crisis of personality. The theoretical and empirical analysis of existential crisis research problem, scientific approaches as for its structure and possible ways of overcoming and prophylaxis are presented.

Key words: existential crisis, existential denoting, value orientations, defense mechanism, coping-strategies.

Актуальність дослідження

Звернення до питання про попередження та корекцію екзистенційної кризи, формування конструктивних стратегій подолання екзистенційної кризи не втрачають своєї актуальності для наукового дискурсу в контексті збереження та підтримки психічного здоров'я людини. Сьогодні у зв'язку зі складними соціально-економічними та політичними реаліями актуальним постає питання про модус буття особистості у кризових умовах та її ресурси, що забезпечує не просто її виживання, але й повноцінне автентичне буття (В. П. Андрущенко, І. Д. Бех, В. М. Бондаровська, І. В. Бринза, О. І. Головаха, Л. В. Губерський, В. Г. Кремень, І. В. Кряж, С. Б. Кримський, Ю. М. Швалб та ін.).

Розуміння кризи як фундаментальної категорії людського буття відстежується в роботах як зарубіжних, так і вітчизняних учених (Б. Г. Ананьєв, Л. І. Анциферова, О. Г. Асмолов, Дж. Бюджен-тал, Ф. Є. Василюк, П. П. Горностай, Е. Еріксон, Т. С. Кириленко, О. О. Кронік, Д. О. Леонтьєв, І. П. Маноха, Д. Маттесон, Р. Мей, С. Л. Рубін-

штейн, Л. В. Сохань, В. І. Слободчиков, Т. М. Титаренко та ін.).

У процесі переживання кризи відбувається зміна поглядів, ставлення до життя, трансформація ціннісно-сислової сфери, що посилює внутрішні протиріччя особистості, загострює тяжкі смислові життєві переживання, ускладнює планування та розгортання життєдіяльності (Ф. Є. Василюк, В. В. Знаков, В. В. Козлов, Р. Мей, В. С. Мухіна, В. І. Слободчиков, І. Ялом, К. Ясперс та ін.).

Психологічна допомога та підтримка були у сфері наукових інтересів таких дослідників, як О. Г. Асмолов, І. В. Бринза, І. В. Дубровіна, І. В. Єршова-Бабенко, О. О. Кулягінова, С. В. Кривцова, А. Г. Лідерс, Н. В. Муха, В. В. Ряшина, О. С. Ткаченко, В. Франкл, І. Ялом та ін. У дослідженнях указаних авторів розроблені основні підходи до екзистенційних проблем самовизначення, окреслені характеристики людини як суб'єкта життя, показані теоретичні та практичні можливості рішення питань психологічної підтримки.

Проте, незважаючи на широкий спектр досліджень, проблема критеріїв ефективності попередження та корекції екзистенційної кризи є най-

більш невизначеною, оскільки залишається відкритим питання критеріїв, за якими кризовий стан можна визначити як екзистенційний, та не позначені шляхи виходу особистості з екзистенційної кризи. Досить дискусійним зараз залишається питання про дефініцію категорії «психологічна допомога», оскільки немає певної ясності у визначенні таких понять, як «психологічна корекція», «психологічне консультування», «психотерапія», які тісно пов'язані між собою. Відсутність специфічних кризових технологій і технік, перш за все, пов'язана з унікальністю переживання кожною людиною екзистенційної кризи.

Складність, багатогранність і недостатня розробленість психологічних особливостей попередження та корекції екзистенційної кризи особистості й обумовили актуальність теми даної статті.

Мета роботи — на підставі осмислення результатів теоретичних та емпіричних досліджень способів попередження і корекції екзистенційної кризи особистості обґрунтувати основні ознаки екзистенційної кризи та запропонувати психологічні засоби її попередження та подолання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати існуючі в науці погляди на проблему екзистенційної кризи та способи її попередження і корекції.

2. Уточнити чинники, що визначають зміст екзистенційної кризи у досліджуваних респондентів.

3. Виділити критерії, на підставі яких можна будувати прогноз про зарахування особистості до групи осіб, які переживають екзистенційну кризу.

4. Визначити показники, що характеризують екзистенційну кризу.

5. Виділити візуальні та вербальні символи екзистенційної кризи особистості та простежити взаємозв'язок візуальних символів із ціннісно-сисловою сферою особистості, системою захистів, копінг-стратегій; розробити спосіб попередження та корекції екзистенційної кризи.

Об'єкт дослідження — процес переживання екзистенційної кризи.

Предмет дослідження — психологічні способи попередження та корекції екзистенційної кризи.

Відповідно до поставлених завдань, застосовувався такий комплекс теоретичних і емпіричних методів дослідження: аналіз і узагальнення матеріалів літературних джерел; метод наукового спостереження, метод психодіагностичного обстеження, який включав низку психодіагностичних методик, спрямованих на вирішення завдань дослідження: тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО) Д. О. Леонтьєва; методика вивчення цінностей особистості (Ш. Шварц); опитувальник рівня суб'єктивного контролю (РСК), розроблений на базі шкали локусу контролю Дж. Ротте-

ра Є. Ф. Бажиним, О. О. Голинкіною, О. М. Еткіндом; опитувальник «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index) Плутчика — Келлермана — Конте; методика діагностики духовної кризи (ДДК) Л. В. Шутової, О. В. Ляшук; опитувальник адаптивної поведінки С. І. Хаїрова, створений на базі опитувальника WOCQ R. Lazarus і S. Folkman; проективна методика: MAPI картковий тест (MARI Card Test) Дж. Келлог.

Інтерпретація отриманих результатів здійснювалася на основі використання кількісних порівняльно-статистичних методів із подальшим якісним аналізом і узагальненням результатів.

Результати дослідження та їх обговорення

Сучасні дослідники відзначають, що у зв'язку зі збільшенням впливу шкідливих чинників (як зовнішніх, так і внутрішніх) на людину спостерігається підвищення уваги до пошуку дієвих методів психологічної допомоги населенню, які б сприяли протидії дистресам, надмірному психо-емоційному напруженню, виникненню непродуктивних внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів (Ф. Ю. Василюк, І. В. Єршова-Бабенко, В. В. Козлов, Ю. О. Кисельов, І. Ялом та ін.).

Сьогодні у системі психологічної допомоги населенню існує багато класифікацій способів і методів психокорекції, психологічного консультування, серед яких найбільшого розповсюдження набули психоаналітичний, біхевіоральний, екзистенційно-гуманістичний, клієнт-центрований, когнітивний, арт-терапевтичний напрями та ін. Проте, незважаючи на різноманітність наведених напрямів, сучасна ситуація потребує від фахівців системного та комплексного підходів, інтеграції кращих сторін різних напрямів з метою пошуку єдиного начала та перевірки на практиці їх роботи (С. Л. Братченко, Дж. Бюджен-тал, Р. Кочюнас, Р. Мей, І. Ялом та ін.). Найповнішим інтегральним підходом у попередженні та корекції екзистенційної кризи особистості є арт-терапевтична техніка, зокрема малюнок, у межах якої виникає можливість достатньо безболісної особистісної інтеграції (Т. Ю. Колошина, О. І. Копитін, Дж. Келлог, М. Мілнер, К. Г. Юнг) через і завдяки тим символам, які породжує сама людина.

Категорія «кризи» знайшла своє відображення в наукових працях як вітчизняних (Б. Г. Ананьєв, Л. І. Анциферова, Ф. Є. Василюк, П. П. Горно-стай, Т. С. Кириленко, В. В. Козлов, І. П. Маноха, Т. М. Титаренко та ін.), так і зарубіжних (Дж. Бюджен-тал, Р. Мей, Г. Олпорт, Е. Еріксон, В. Франкл, К. Ясперс, І. Ялом та ін.) дослідників. Багатозначність такого поняття, як «криза», розглядається дослідниками по-різному: разом із поняттям «екзистенційна криза» (М. Хайдеггер, І. Ялом, Р. Мей та ін.) використовується по-

няття «духовна криза» (Л. В. Шутова, О. В. Лящук), «психодуховна криза» (Р. Асаджолі, В. В. Козлов), «трансперсональна духовна криза» (С. Гроф, К. Гроф).

Таким чином, наведені змістовні характеристики екзистенційної кризи в контексті застосування арт-терапії створюють умови для реалізації в дослідженні системно-структурного й екзистенційно-гуманістичного підходів, які передбачають цілісне та глибинне вивчення людини та її життєвої ситуації.

У даному дослідженні взяли участь 250 осіб віком від 25 до 35 років — студенти, аспіранти, викладачі Одеського національного медичного університету, а також батьки Центру розвитку «Пелікан». Структура вибірки характеризується розподілом респондентів за статтю. З вищезначеної вибірки були визначені досліджувані (102 особи), що переживають кризу у різних часових проміжках — минуле, сьогодення, майбутнє. Виявлено, що відсоток жінок (81 %), які переживають екзистенційну кризу, у наведеній віковій групі від 25 до 35 років вищий, ніж чоловіків (21 %).

Після збору емпіричних даних були зроблені обробка й аналіз отриманих результатів.

Використання статистичної процедури факторного аналізу дозволило виявити смислові конструкти, що визначають зміст екзистенційної кризи, куди увійшли шість чинників:

I чинник (17,928 % дисперсій) — із загальною назвою «Криза у минулому», або криза з регресивними тенденціями, тобто наявність переживання кризи у минулому та сьогоденні, але зменшення переживання кризи в майбутньому;

II чинник (18,618 % дисперсій) — «Криза в майбутньому», або криза з прогресивними тенденціями, тобто наявність переживання кризи в сьогоденні та майбутньому і відсутність кризи у минулому;

III чинник (15,07 % дисперсій) — «Смисло-життєві орієнтири»;

IV чинник (11,846 % дисперсій) — «Ціннісні орієнтації» — виражає зв'язок з нормативними цінностями й ідеалами;

V чинник (11,596 % дисперсій) — «Криза в сьогоденні», або криза пікова, що може указувати на переживання емоційного шоку та розчарування життям;

VI чинник (8,72 % дисперсій) — «Захисна поведінка» — виражає взаємозв'язок із стратегіями поведінки і захисними механізмами психіки.

На підставі отриманих даних виділили п'ять груп досліджуваних, що переживають екзистенційну кризу в різних часових проміжках:

— у першу групу (I) увійшли досліджувані, що переживають екзистенційну кризу, але прагнуть позбутися цього почуття «втечею» в роботу і повсякденні турботи, т. з. стагнаційна криза — 43 (42,2 %) особи;

— другу групу (II) утворили досліджувані, які відчувають кризу в даний час — 19 (18,7 %) осіб;

— до третьої групи (III) увійшли особи, які відчувають кризу з прогресивними тенденціями — 13 (12,8 %) осіб;

— четверту групу (IV) утворили особи, які відчувають кризу з регресивними тенденціями — 16 (15,7 %);

— у п'яту групу (V) увійшли особи, які періодично входять у кризу, тобто низинна криза — 11 (10,6 %) осіб.

Установлено, що значущими змінними, які визначають відмінності між кризовими групами, стали:

— криза в минулому, криза у сьогоденні, криза в майбутньому, невдачі в минулому, невдачі у сьогоденні, невдачі в майбутньому, самотність у минулому, страждання у минулому, страждання в майбутньому, реактивне утворення та досягнення індивідуальні ($p < 0,001$);

— гріх у майбутньому та безпека індивідуальна ($p < 0,001$); самотність у сьогоденні, самотність у майбутньому, мета, локус Я, проекція, конформність індивідуальна, стимуляція індивідуальна, безпека нормативна ($p < 0,01$);

— духовна криза, гріх у сьогоденні, відповідальність у сьогоденні, смерть у майбутньому, безглуздя в минулому, безглуздя в майбутньому, самоконтроль, регресія, заміщення, інтелектуалізація, інтернальність у зоні невдач, інтернальність у зоні міжособистісних стосунків, конформність нормативна, доброта нормативна, досягнення нормативні ($p < 0,05$).

При цьому актуальним змістом для групи «криза» стають переживання кризи у сьогоденні ($p < 0,001$) із включенням у неї переживань духовного змісту ($p < 0,05$), з відчуттям самотності ($p < 0,01$) і прийняттям відповідальності ($p < 0,05$) за власне життя, розуміння власного місця у світі, можливості знайти рішення екзистенційних проблем, що підтверджується низькими показниками за шкалою інтернальності (внутрішній локус контролю) в зоні невдач і в зоні міжособистісних стосунків. Основною захисною поведінкою стає самоконтроль ($p < 0,05$), що свідчить про наявність активної життєвої позиції, здатність конструктивно долати більшість труднощів і розв'язувати проблеми. Захисними механізмами на даному етапі проживання кризи стають реактивне утворення ($p < 0,001$) та регресія ($p < 0,05$). Основними ціннісними орієнтаціями особистості в даному кризовому періоді стають звернення до власних цінностей, таких як традиція ($p < 0,001$) та індивідуальні досягнення ($p < 0,001$), а також нормативна безпека ($p < 0,01$).

Актуальним змістом для групи «криза з прогресивними тенденціями» стають кризові переживання, спрямовані у майбутнє ($p < 0,001$), відчуття гріха у сьогоденні ($p < 0,05$), який переходить у майбутнє ($p < 0,001$), що посилюється від-

чуттям самотності в майбутньому ($p < 0,01$), безглуздя в майбутньому ($p < 0,05$) і актуалізації страху смерті в майбутньому ($p < 0,05$). Існує позитивний зв'язок між вищеназваними показниками та показником «ціль у житті» ($p < 0,01$).

Основними захисними механізмами стали: проекція ($p < 0,01$), заміщення ($p < 0,05$) та інтелектуалізація ($p < 0,05$). При цьому спостерігається позитивний зв'язок з названими вище захисними механізмами та високим показником інтернальності в зоні невдач ($p < 0,05$). Основними ціннісними орієнтаціями в даному кризовому періоді стають нормативні ідеали, такі як доброта ($p < 0,05$), досягнення ($p < 0,05$) та індивідуальна стимуляція ($p < 0,01$).

Актуальним змістом для групи «криза з регресивними тенденціями» стає переживання кризи у сьогоденні ($p < 0,001$), яке супроводжується відчуттям невдачі у сьогоденні ($p < 0,001$), самоти ($p < 0,01$), гріха ($p < 0,05$) і відповідальності ($p < 0,05$), при цьому спостерігається позитивний зв'язок із високими показниками за шкалою «локус Я» ($p < 0,01$). Основними захисними механізмами стали проекція ($p < 0,01$), інтелектуалізація ($p < 0,05$) та реактивне утворення ($p < 0,001$).

При цьому спостерігається позитивний зв'язок із названими вище захисними механізмами та високим показником інтернальності у сфері невдач ($p < 0,05$). Основними ціннісними орієнтаціями в даному кризовому періоді стають, з одного боку, нормативні ідеали, такі як конформність ($p < 0,05$) і доброта ($p < 0,05$), з другого боку, індивідуальні пріоритети — конформність ($p < 0,01$), традиції ($p < 0,001$) та досягнення ($p < 0,001$).

Актуальним змістом для групи «низинна криза» стають переживання кризи в минулому ($p < 0,001$) та майбутньому ($p < 0,001$) із включенням у нього переживань духовного змісту ($p < 0,05$), де відчуття невдачі в минулому ($p < 0,001$) призводить до відчуття невдачі у сьогоденні ($p < 0,001$) і майбутньому ($p < 0,001$) з прийняттям відповідальності в минулому ($p < 0,01$); відчуття самоти в минулому ($p < 0,001$) призводить до страждання в минулому ($p < 0,001$), а потім відчуття самотності передається у майбутнє ($p < 0,01$), що призводить до страждань у майбутньому ($p < 0,001$).

Актуальним стає переживання безглуздя в минулому ($p < 0,05$) та гріха у сьогоденні ($p < 0,05$). Основними захисними механізмами стають регресія ($p < 0,05$), проекція ($p < 0,01$), заміщення ($p < 0,05$) та інтелектуалізація ($p < 0,05$), з якими існує позитивний зв'язок за шкалою інтернальності в зоні невдач ($p < 0,05$) та інтернальності в зоні міжособистісного спілкування ($p < 0,05$). Основними цінностями в даному кризовому періоді стають, з одного боку, нормативні ідеали, такі як конформність ($p < 0,05$), доброта ($p < 0,05$), досягнення ($p < 0,05$) і безпека ($p < 0,01$), з другого боку, індивідуальні пріоритети — стимуляція ($p < 0,01$), досягнення ($p < 0,0001$) і безпека ($p < 0,001$).

Актуальним змістом для групи «стагнація» стає переживання кризи в минулому ($p < 0,001$), забарвлене невдачами в минулому ($p < 0,001$), стражданнями у минулому ($p < 0,001$), безглуздя у минулому ($p < 0,05$), відповідальністю в минулому ($p < 0,01$), яка переходить у сьогодення ($p < 0,05$). При цьому спостерігається позитивний зв'язок із високими показниками за шкалами «мета у житті» ($p < 0,01$) і «локус Я» ($p < 0,01$). Основними захисними механізмами стають зрілі захисти: регресія ($p < 0,05$) і реактивне утворення ($p < 0,001$), з якими існує позитивний зв'язок за шкалою інтернальності в зоні невдач ($p < 0,05$) та інтернальності в зоні міжособистісного спілкування ($p < 0,05$). У даній групі були виділені такі ціннісні пріоритети: стимуляція ($p < 0,01$), досягнення ($p < 0,001$) та безпека ($p < 0,001$).

У результаті процедури дискримінантного аналізу були виділені значущі змінні, на підставі яких можна створювати прогноз щодо зарахування людини до однієї з кризових груп, куди увійшли такі шкали: криза в минулому, криза у сьогоденні, незадоволеність у сьогоденні, гріх у майбутньому, регресія, проекція, реактивне утворення, нормативна доброта, індивідуальний гедонізм, індивідуальна безпека.

Великого значення набуває оцінка ступеня близькості конкретного стану до того чи іншого класу, що важливо для оцінки рівня психоемоційного стану осіб, які знаходяться в зонах переходу з однієї групи в іншу (табл. 1).

Функція 1 є межею відмінностей між функцією «криза» та функцією «криза з прогресивними тенденціями»; функція 2 є межею відмінностей між функцією «криза з прогресивними тенденціями» та функцією «криза з регресивними тенденціями»; функція 3 є межею відмінностей

Таблиця 1

Змінні моделі розпізнавання груп на основі канонічного дискримінантного аналізу

Категорія аналізу	Стандартизовані коефіцієнти канонічних дискримінантних функцій			
	Функція 1	Функція 2	Функція 3	Функція 4
Криза в минулому	1,180	1,151	-0,444	0,339
Криза у сьогоденні	-1,135	-1,643	0,370	0,250
Незадоволеність у сьогоденні	0,747	0,083	0,438	0,186
Гріх у майбутньому	-0,352	0,628	0,299	-0,531
Регресія	0,646	-0,074	0,600	-0,126
Проекція	-0,725	0,568	-0,408	0,533
Реактивне утворення	0,378	-0,572	-0,454	-0,213
Доброта нормативна	-0,511	0,177	0,316	0,742
Гедонізм індивідуальний	-0,549	0,079	-0,524	0,006
Безпека індивідуальна	0,732	0,211	0,176	0,140

між функцією «криза з регресивними тенденціями» та функцією «криза низинна»; функція 4 є межею відмінностей між функцією «криза низинна» та функцією «стагнаційна криза».

На підставі дискримінантного аналізу було виділено дві канонічні дискримінантні функції: функція 1 (горизонтальна вісь) пов'язана з такими показниками, як переживання екзистенційної кризи та механізми психологічного захисту, саме за ними відбувається розділення між групами «низинна криза» та «криза з прогресивними тенденціями» й об'єднання груп «криза» та «криза з регресивними тенденціями». Друга канонічна дискримінантна функція пов'язана з такими показниками, як «екзистенційна даність існування».

Найбільше розрізняються між собою такі групи:

— «криза» та «криза з прогресивними тенденціями». Та, перш за все, відмінності пов'язані зі зміщенням переживання екзистенційної кризи у бік сьогодення у разі з групою «криза» або майбутнього — у разі з групою «криза з прогресивними тенденціями», що сформовані зрілими захисними механізмами, такими як інтелектуалізація, проєкція;

— «низинна криза» та «криза з прогресивними тенденціями» — відмінності між двома групами пов'язані з домінуванням копінг-стратегії самоконтролю в групі «криза з прогресивними тенденціями» та зниженням даної копінг-стратегії в групі «низинна криза»; зміщення переживання екзистенційної кризи у бік майбутнього або кризове переживання, що виникає періодично;

— «криза з регресивними тенденціями» та «низинна криза» — зниження переживання екзистенційної кризи в групі «криза з регресивними тенденціями» або кризове переживання, що виникає періодично в групі «низинна криза»; використання різних захисних механізмів — проєкції та реактивного утворення (криза з регресивними тенденціями) або регресії та інтелектуалізації (низинна криза).

Дослідження можливостей використання арттерапевтичних методик і технік при роботі з екзистенційною кризою як найбільш важливим моментом внутрішньопсихічного життя особистості, її особистісного зростання, специфічного й унікального процесу індивідуалізації дозволило зосередитися на роботі з малюнками в колі (Дж. Келлог, К. Г. Юнг) [1; 5].

Отримані під час дослідження малюнки у колі було розподілено за стадіями Великого кола, представленого Дж. Келлог (MARI Card Test).

При цьому було виділено дві стадії розвитку особистості: 6-ту стадію «Парадоксальне розщеплення. Двобій з драконом», де $\chi^2 = 8,586$ ($p < 0,1$), дана стадія є характерною для групи «криза з регресивними тенденціями»; та 10-ту стадію «Брама смерті», де $\chi^2 = 11,205$ ($p < 0,01$), дана стадія є характерною для групи «низинна криза».

Аналіз візуальних символів, отриманих шляхом малювання, дозволив виділити ті символи, що характерні для кризових груп. Такими символами стали:

1) для групи «криза»: шапка — $\chi^2 = 8,526$ ($p < 0,1$); овал — $\chi^2 = 8,737$ ($p < 0,1$); чорний колір — $\chi^2 = 8,458$ ($p < 0,1$);

2) для групи «криза з регресивними тенденціями»: хмари — $\chi^2 = 10,356$ ($p < 0,05$); овал — $\chi^2 = 8,737$ ($p < 0,1$); дощ — $\chi^2 = 13,385$ ($p < 0,01$);

3) для групи «низинна криза»: квадрат — $\chi^2 = 8,067$ ($p < 0,1$); паркан — $\chi^2 = 16,182$ ($p < 0,01$); яблуна — $\chi^2 = 9,709$ ($p < 0,05$); акваріум — $\chi^2 = 9,934$ ($p < 0,05$); правий бік листа — $\chi^2 = 8,817$ ($p < 0,1$);

4) для групи «стагнація»: люди — $\chi^2 = 7,796$ ($p < 0,1$); яблуна — $\chi^2 = 9,709$ ($p < 0,05$).

У ході застосування контент-аналізу було досліджено семантичний простір екзистенційної кризи особистості й описані екзистенційні означаючі суб'єкта, через які він бачить свою екзистенцію, а через них і можливості до самодослідження, самоспостереження за тим, як і навколо яких означаючих будується його мислення і життя, що, у свою чергу, по-новому висвітлює способи та прийоми психокорекційних заходів, спрямованих на подолання кризових переживань особистості. Категоріями аналізу стали страх смерті, самотність, свобода, гріх, страждання, відповідальність, безглуздість.

Дані екзистенціали були взяті з методики «Діагностика духовної кризи» (Л. В. Шутова, А. В. Ляшук), яка стала головною тестовою методикою при виявленні екзистенційної кризи [2–4].

Були отримані такі смислові одиниці:

— «Страх смерті» включає в себе смислові одиниці, найчастіше представлені в оповіданнях респондентів за ступенем значущості: «загроза життю» ($p < 0,03$), «не боюся смерті» ($p < 0,02$), «страх смерті близьких» ($p < 0,02$), «страх невідомості» ($p < 0,02$), «порожнеча» ($p < 0,01$), «страх не встигнути щось зробити» ($p < 0,01$);

— «Самотність» включає в себе такі смислові одиниці, найчастіше представлені в оповіданнях респондентів за ступенем значущості: «не відчуваю підтримки» ($p < 0,04$), «немає односторонності» ($p < 0,03$), «відчуваю себе самотньо (порожнеча)» ($p < 0,02$), «ніхто не розуміє» ($p < 0,02$), «недостатність себе» ($p < 0,01$), «стан відчуження» ($p < 0,01$), «час для обдумування про себе» ($p < 0,01$);

— «Свобода» включає в себе такі смислові одиниці, найчастіше представлені в оповіданнях респондентів за ступенем значущості: «вирішувати (робити вибір)» ($p < 0,04$), «робити, що хочу» ($p < 0,04$), «не підлаштовуватися під інших» ($p < 0,02$), «незалежність (без обмежень)» ($p < 0,02$), «свій простір» ($p < 0,01$);

— «Гріх» включає в себе такі смислові одиниці, найчастіше представлені в оповіданнях респон-

Таблиця 2

**Категоріальна модель контент-аналізу
екзистенційної кризи**

Категорія аналізу	Частота використання		Коефіцієнт використання	
	абс. t_i	відн. $p_i = t_i / \sum t_i$	Рівноманітність, невизначеність за К. Шенноном	Внесок категорій у загальне різно- маніття, %
Страх смерті	102	0,11	0,623	12
Самотність	145	0,16	0,99	20
Свобода	126	0,13	0,664	13
Гріх	115	0,12	0,649	13
Страждання	120	0,13	0,744	14
Відпові- дальність	123	0,16	0,809	17
Безглуздя	104	0,12	0,662	13
L-95	$\sum t_i = 835$	$\sum p_i = 0,92$	$H = 5,141$	100

дентів за ступенем значущості: «робити щось погане» ($p < 0,04$), «біблійні гріхи» ($p < 0,03$), «спосіб життя» ($p < 0,02$), «відсутність моралі», «погане ставлення до людей», «почуття провини перед собою» ($p < 0,01$);

— «Страждання» включає в себе такі смислові одиниці, найчастіше представлені в оповіданнях респондентів за ступенем значущості: «переживання негативних емоцій» ($p < 0,05$), «утиск», «нестача любові», «почуття власної меншовартості», «самозвинувачення», «нестача чогонебудь», «неможливість витримувати навколишню дійсність», «смуток» ($p < 0,01$);

— «Відповідальність» включає в себе такі смислові одиниці, найчастіше представлені в опові-

даннях респондентів за ступенем значущості: «турбота про інших» ($p < 0,04$), «відповідати за свої вчинки» ($p < 0,03$), «відповідати за своє життя», «виконання доручення», «розуміння того, що щось залежить від мене» ($p < 0,02$), «необхідність для морального життя», «серйозне ставлення до чогось» ($p < 0,01$);

— «Безглуздість» включає в себе такі смислові одиниці, найчастіше представлені в оповіданнях респондентів за ступенем значущості: «виконання марної роботи», «нерозуміння сенсу» ($p < 0,03$), «даремне існування», «відсутність мети» ($p < 0,02$), «безвихідь — смуток», «невпевненість у своїх діях» ($p < 0,01$).

Як видно з наведеної табл. 2, найбільша факторна вага притаманна таким категоріям, як «самотність» (20 %) і «відповідальність» (17 %).

Продовжуючи дослідження в межах визначення найбільш прийнятних способів попередження та корекції екзистенційної кризи особистості, звернемо увагу на конкретну форму психологічної допомоги, а саме групову психотерапію, завдяки якій створюються умови, де через стосунки з іншими людьми суб'єкт приходить до відносин із собою.

Метою даного екзистенційно-аналітичного тренінгу стало вивчення життєвого простору суб'єкта і пошук шляхів подолання проблеми.

Для виявлення впливу тренінгу на показники духовної кризи використовувалося порівняння вибірок до і після впливу тренінгу за допомогою t -критерію Ст'юдента для парних вибірок.

Як видно з наведеної табл. 3, статистично вірогідні відмінності виявлені в такій змінній, як «криза в минулому».

Після проведення тренінгу були встановлені відмінності для показників «криза в минулому» ($p < 0,01$), «самотність у минулому» ($p < 0,05$), «гріх у минулому» ($p < 0,05$).

Далі кластерним аналізом (метод Варда) досліджувані були розподілені за показником «екзистенційна криза» на три групи, у яких ця криза переживалася в минулому, сьогодні або майбутньому. Після розподілу на кризові групи був зроблений порівняльний аналіз даних, отриманих до проходження тренінгу та після такого. На підставі виявлених результатів можна зробити висновок про те, що підсумком тренінгу стало посилення взаємозв'язку між показниками духовної кризи.

За допомогою регресійного аналізу був проаналізований масив даних, отриманих при тестуванні респондентів до проведення тренінгу, а також вивчено захисні механізми, їх можливу зміну після проходження тренінгу.

За допомогою регресійного аналізу були виявлені системні взаємозв'язки між показником «криза в минулому» і психологічними захистами (табл. 4). Для кризи в минулому найбільш актуальними захисними механізмами стали реактивне утворення ($p < 0,005$), регресія ($p < 0,001$) і замі-

Таблиця 3

Вплив тренінгу на змінну «криза»

Змінна	До		Після		t	p
	М	σ	М	σ		
Духовна криза	41,62	14,77	42,79	10,95	-0,44	0,661
Екзистенційний вакуум	45,65	13,48	48,87	11,59	-1,69	0,101
Криза в минулому	39,92	18,13	46,60	15,32	-3,08	0,004*
Криза в сьогодні	41,21	14,45	43,27	15,96	-0,81	0,422
Криза в майбутньому	37,73	14,81	38,15	12,09	-0,22	0,830

Примітка. * — рівень значущості $p < 0,01$.

Таблиця 4

Порівняльний аналіз захисних механізмів

Змінна	До		Після		t	p
	М	σ	М	σ		
Заперечення	59,50	27,44	62,52	29,33	-0,50	0,618
Витискування	56,26	27,41	65,23	27,78	-1,57	0,122
Регресія	68,42	22,82	76,68	19,85	-1,89	0,063
Компенсація	52,03	25,99	56,60	23,38	-0,90	0,369
Проекція	63,64	27,89	74,76	28,59	-1,86	0,068
Заміщення	51,13	24,43	61,53	23,44	-2,09	0,041*
Інтелектуалізація	60,96	27,28	71,26	26,62	-1,83	0,072
Реактивне утворення	69,75	22,60	77,23	18,36	-1,81	0,074

Примітка. * — рівень значущості $p < 0,05$.

щення ($p < 0,003$), тобто до проходження тренінгу коефіцієнт множинної кореляції, що відображає зв'язок між змінною «криза в минулому» із сукупністю показників психологічних захистів, становив $R = 0,338$, після тренінгу $R = 0,666$. Коефіцієнти детермінації становили $R^2 = 0,114$ до тренінгу і $R^2 = 0,666$ після тренінгу. Відповідно 11,4 % варіації показників змінної «криза в минулому» зумовлені варіаціями показників психологічних захистів.

У регресійну модель до тренінгу увійшли психологічні захисти — реактивне утворення, регресія, заміщення. При цьому такі психологічні захисти, як реактивне утворення та регресія, мають позитивний кореляційний зв'язок, а заміщення — негативний. Після тренінгу частка дисперсії змінної «криза в минулому», яка залежить від варіації психологічних захистів, зростає до 66,6 %. При цьому в дану модель входить тільки заміщення з негативним коефіцієнтом. Критерій Фішера в

моделі до проходження тренінгу становив $F = 8,824$ ($p < 0,001$); після тренінгу $F = 2,592$ ($p < 0,031$), що вказує на вірогідність моделей. Характер кореляційних зв'язків у регресійній моделі до тренінгу показує, що переживання кризи в минулому дифузне, розпливчасте та пов'язане з реактивним утворенням, регресією та заміщенням. Після тренінгу переживання стає гострішим, чіткіше локалізованим, втрачає зв'язок з реактивним утворенням і регресією, послаблюється із заміщенням.

Висновки

Таким чином, основними чинниками, що визначають зміст екзистенційної кризи, є: суб'єктивне кризове переживання в одному з трьох часових вимірюваннях (минуле, сьогодення або майбутнє); зрушення у бік цінностей смислу, складових змісту життя; наявність захисної поведінки, яка дозволяє упоратися з екзистенційною фрустрацією та виробити адаптивні стратегії поведінки, а також зрілі психологічні захисні механізми. А також виявлено, що екзистенційно-аналітичний тренінг є якісною психологічною допомогою суб'єктам, які переживають екзистенційну кризу, і може бути застосований у практичній роботі психологів.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала»* / под ред. А. И. Копытина. — СПб.: Речь, 2002. — 80 с.
2. *Кокорина Ю. Є.* Порівняльна характеристика суб'єктів, які переживають екзистенціальну кризу / Ю. Є. Кокорина // Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. — 2011. — Вип. 19. — С. 220–232.
3. *Кокорина Ю. Е.* Экзистенциальные означающие субъекта / Ю. Е. Кокорина // Вісник Харківського національного університету ім. В. М. Каразіна. — 2012. — № 1009. — С. 19–26.
4. *Лакан Ж.* Функция и поле речи и языка в психоанализе / Ж. Лакан. — М., 1995. — 135 с.
5. *Юнг К. Г.* Человек и его символы / К. Г. Юнг. — М.: Серебряные нити, 2002. — 304 с.

УДК 159.923:165.194

Е. В. Медянова

КОГНИТИВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЦЕННОСТНОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА-МЕДИКА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

УДК 159.923:165.194

О. В. Медянова

КОГНИТИВНІ СКЛАДОВІ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ЦІННІСНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТА-МЕДИКА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

У статті порушено проблему впливу когнітивних складових особистості на розвиток її ціннісної сфери у студентів-медиків під час первинної професіоналізації.

Ключові слова: когнітивні складові особистості, ціннісна сфера особистості, когнітивні стилі, типи мислення, ціннісний конфлікт, студенти-медики.

The article deals with the problem of the influence of the cognitive components of a personality on the development of its value sphere of medical students during the initial professionalization.

Key words: cognitive components of personality, value sphere of personality, cognitive styles, types of thinking, conflict of values, medical students.

Социально-экономические изменения, которые переживает украинское общество в последние десятилетия, и глобальные изменения всей цивилизации, связанные с развитием информационного общества, приводят к неизбежным трансформациям ментальности человека и ценностно-нормативных ориентаций личности. Отсутствие четких ценностных предписаний со стороны современного социума, несовпадения и противоречия между ценностями, разделяемыми представителями различных социальных, этнических, профессиональных сообществ, рост скорости и объемов информационных потоков усложняют задачу выработки собственной ценностной позиции личности (И. П. Волошук, В. П. Иванчук, А. В. Камбур, Х. П. Казанов), особенно при недостаточном развитии ее когнитивных возможностей. Повышение требований к когнитивным составляющим личности профессионалов (В. А. Данильян, Г. П. Климова) актуализирует необходимость их развития и пересмотра некоторых теоретических представлений, касающихся характера и принципов их влияния на развитие ценностной сферы субъекта, в частности с целью предотвращения деструктивного влияния прагматизации и индивидуализации социальных ценностей на традиционно гуманистическую направленность специалистов социэкономических профессий (Д. С. Мацко, А. А. Ярошенко, Л. А. Коберник, Т. Ю. Коренюгина).

Несмотря на разработанность проблематики развития ценностей личности, факторов их развития в философии, социальной и возрастной психологии (Л. И. Анциферова, А. Г. Асмолов, Б. Г. Ананьев, С. С. Бубнова, И. С. Кон, Д. А. Леонтьев, Б. Ф. Ломов, В. С. Мухина, А. В. Петровский, С. Л. Рубинштейн, М. С. Яницкий, А. С. Шаров, К. Клакхон, Г. Клагес, А. Маслоу, М. Мид, М. Роккич, Ш. Шварц, Э. Шпрангер, К. Юнг и др.), где преимущественно рассматриваются внешние факторы и механизмы развития ценностных ориентаций личности, в общей психологии актуальным остаются вопросы влияния внутриличностных факторов на развитие ценностей личности.

Особая актуальность дальнейшей разработки темы развития ценностной сферы личности и факторов, влияющих на нее, в рамках общей психологии вызвана широким внедрением в постнеклассическое знание [1] научного направления второй половины XX в., изучающего процессы поведения и становления сложных нелинейных

самоорганизующихся систем, включающих человека, личность, — синергетики (И. Пригожин, Г. Хакен, С. П. Курдюмов и др.). Это дает возможность рассмотреть столь сложные объекты исследования как ценностная сфера и когнитивные составляющие личности адекватными им методами, используя методологические возможности психосинергетики [2] как постнелассической методологии исследования психики и сложных психомерных систем (концептуальная модель «целое в целом») [3].

Большинство исследований когнитивной и ценностной сфер личности студенческой молодежи социэкономических профессий в отечественной психологии (А. Ю. Антропова, Т. В. Власов, Л. В. Зубова, Н. И. Иванцев, А. П. Иванчук, Т. А. Кадыкова, Л. В. Романюк, С. Н. Симоненко, М. С. Яницкий, Д. С. Мацко и др.) проведены на контингенте будущих психологов и учителей. Однако остается нерешенным вопрос взаимодействия этих сфер личности у студентов-медиков, что является актуальным для психологического сопровождения профессионального медицинского образования.

Таким образом, социальная и психолого-педагогическая значимость, недостаточная психологическая теоретическая и практическая разработанность проблемы влияния когнитивных составляющих личности на развитие ценностной сферы студентов-медиков обусловили постановку **цели** исследования — теоретически обосновать и эмпирически исследовать влияние когнитивных составляющих на развитие ценностной сферы личности студента-медика.

Объект исследования: когнитивные факторы развития ценностной сферы личности.

Предмет исследования: индивидуально-психологические, личностные и интегральные когнитивные составляющие как фактор развития ценностной сферы личности студента-медика.

Методы исследования:

— *теоретические:* анализ научной литературы, систематизация и обобщение теоретических и эмпирических данных;

— *эмпирические* — констатирующий и формирующий эксперименты, наблюдение, анкетирование и тестирование;

— *статистические* методы обработки данных — корреляционный, факторный анализ, t-критерий Стьюдента, которые осуществлялись с помощью компьютерной программы SPSS 19.0.

В психодиагностический комплекс вошли: а) для исследования ценностной сферы личности — методика для изучения ценностей личности Ш. Шварца, методика диагностирования реальной структуры ценностных ориентаций личности С. С. Бубновой; б) для исследования когнитивных составляющих личности — методика исследования типов мышления в модификации Г. В. Резапкиной; методика Дж. Кагана «Сравнение сходных изображений»; методика «Скрытые фигуры» в модификации Л. Л. Терстоуна; методика 16-PF Р. Кеттелла.

Исследование проводилось на базе Одесского национального медицинского университета в течение 2008–2012 гг. В нем принимали участие студенты первого курса медицинского факультета в количестве 249 человек.

Проведенный теоретический анализ показывает, что развитие представлений о ценности личности происходило на протяжении всей истории научной психологии в соответствии с ростом ее методологических возможностей от частного к общему. Исследование рефлексивных (осознанных) ценностных образований, которые нашли свое отражение в концепциях Б. С. Алишева, С. С. Бубновой, Г. Клагеса, К. Клакхон, М. Рокича, Г. Триандиса, А. С. Шарова, Ш. Шварца, М. С. Яницкого и др., так и не привели к методологическому и терминологическому единству в исследуемом вопросе.

В современной психологии сформировалось направление, рассматривающее, наряду с рефлексивными, и нерефлексивные (неосознанные) ценностные образования (Ю. Н. Кузнецова, Н. С. Розов). Это отразилось во вхождении в терминологическое поле общей психологии интегрального понятия — ценностной сферы личности. С позиции психосинергетического подхода, ценностная сфера личности — это сложная, нелинейная, самоорганизующаяся система/среда с иерархической/неиерархической структурой, включающей в себя осознанные и неосознанные ценностные образования, которые находятся на разных стадиях развития. Развитие ценностной сферы личности отражается в изменениях ее структуры: гармонизации (уменьшение конфликтности между уровнем идеалов и приоритетов поведения), росте иерархичности (ранговой подчиненности ценностей), ценностной адаптации (перестройке структуры ценностной сферы при изменении ценностной среды), согласовании ценностей с личностными и профессиональными задачами индивидуума.

Влияние когнитивных составляющих на процесс развития личности и ее ценностной сферы признается многими исследователями и связывается:

а) с процессом активизации когнитивной деятельности (Л. А. Копысова, Л. В. Ахметова, М. Н. Чаркова, Т. А. Ратанова, Т. Н. Березина);

б) с ведущим видом деятельности (когнитивной) в определенных периодах развития личности (Э. Р. Гизатулина, И. П. Волошук);

в) с возникновением режима взаимодействия между когнитивными и ценностными аспектами личности (С. А. Купцова), в частности с влиянием уровня сформированности высших мыслительных операций на систематизацию и иерархизацию ценностей (И. Д. Бех, Н. И. Ганнусенко, И. В. Дубровина, И. С. Кон, Ш. Шварц и др.).

Когнитивные составляющие личности обобщенно разделяются на:

а) интегральные — когнитивные стили (Б. Г. Ананьев, М. А. Холодная);

б) индивидуально-психологические — уровни обобщения показателей различных когнитивных процессов (Н. И. Чуприкова, Г. В. Резапкина);

в) феноменологические, рассматривающие индивидуальные особенности отдельных когнитивных феноменов: мышления, интеллекта, внимания, памяти и др.;

г) личностные, отражающие индивидуальное развитие когнитивных свойств личности (личностный фактор интеллекта и др.).

В период ранней профессионализации происходит закладка профессионального мышления, усвоение ценностей профессиональной группы как основа будущей индивидуальности профессионала. Уровень и механизмы влияния сформированности когнитивных составляющих на рост личности профессионала как макросистемы, состоящей из разноуровневых подсистем [4], в том числе и ценностной сферы, недостаточно изучены и требуют дальнейшей разработки.

В соответствии с целью исследования был проведен констатирующий эксперимент, который реализовывался в следующих направлениях: 1) изучение взаимосвязи когнитивных и ценностных характеристик личности студента-медика; 2) исследование особенностей ценностной сферы личности групп студентов-медиков с доминированием отдельных когнитивных составляющих личности; и формирующий эксперимент, который реализовывался в следующих направлениях: 1) развитие когнитивных составляющих личности студентов-медиков с помощью методики «Удаление лишнего» (И. В. Ершова-Бабенко) в сочетании с композиционно-организационным структурированием занятия, учитывающим нелинейность процесса обучения [5]; 2) исследование влияния процесса развития когнитивных составляющих на состояние ценностной сферы студентов-медиков контрольной и экспериментальной групп.

Методом корреляционного анализа выявлены когнитивные составляющие личности, имеющие статистически значимые связи ($p \leq 0,001$ и $p \leq 0,05$) с показателями структуры ценностной сферы личности студента-медика: это фактор личностного интеллекта В (с 44 % ценностных показателей) и

индивидуально-психологические показатели уровня развития типов мышления: наглядно-образного (с 38 %), творческого (с 31 %) и предметно-действенного (с 23 %). Интегральные когнитивные и ценностные показатели имеют статистически значимые связи между собой и с индивидуально-психологическими показателями преимущественно на уровне тенденции ($p \leq 0,1$).

Факторный анализ позволил сгруппировать показатели исследуемых когнитивной и ценностной сфер. В результате избрана пятифакторная модель, содержащая следующие факторы: «Полезависимость/поленезависимость», «Рефлексивность», «Гуманитарный тип мышления как фактор развития эстетико-гедонистической направленности ценностной сферы личности», «Деятельность–здоровье» и «Тип мыслителя» [6].

В дальнейшем было проведено исследование особенностей ценностной сферы личности студентов-медиков в зависимости от доминирующих когнитивных параметров.

Для групп поленезависимых студентов-медиков (ПНЗ) характерны структурированность ценностной сферы личности на уровне нормативных идеалов и признаки ее активной перестройки на уровне приоритетов поведения, для полезависимых (ПЗ) — стабильность структуры ценностной сферы личности и более высокий уровень конфликтности отдельных ценностей, для группы с переменным показателем стиля (ПЗ/ПНЗ) — недифференцированность и несбалансированность ценностной сферы личности между ценностями одного уровня. Таким образом, когнитивный стиль «Полезависимость/поленезависимость» влияет на скорость адаптации ценностной сферы личности при изменении ценностной среды.

Когнитивный стиль «Рефлексивность/импульсивность» влияет на направленность ценностной сферы личности: на доминирование тех или иных ценностей в ее структуре. Для группы рефлексивных студентов-медиков характерна социально-гуманистическая направленность ценностной сферы личности с элементами максимализма, сфокусированность на благополучии своих близких, социальная пассивность и пониженная коммуникабельность. В целом направленность ценностной сферы личности данной группы более соответствует историческим ценностям украинского этноса, идеалам старших поколений, воспитанных на советских ценностях. Для группы импульсивных студентов-медиков характерна индивидуалистическая и прагматическая направленность ценностной сферы личности, лояльное отношение к прагматическим ценностям: материальному благосостоянию, власти и возможности достижения желаемого социального уважения и доминирования с помощью богатства, социальной власти или активной социальной позиции.

Для респондентов с разными уровнями развития типов мышления характерно доминирование

в структуре ценностной сферы личности различных секторов. Для лиц с выраженностью предметно-действенного мышления (ПД+) характерны центрирование на консерватизме, гуманистическая направленность ценностной сферы и высокий уровень значимости собственного здоровья, а для лиц с низким уровнем развития предметно-действенного мышления (ПД-) свойственно снижение потребностей в помогающем поведении, в социальной активности и в получении эстетического удовольствия. При выраженности абстрактно-символьного мышления (АС+) отмечается центрирование ценностной сферы на уровне идеалов на биполярной оси «Открытость изменениям — консерватизм», снижение весового значения полюса «Самовозвышение», рост значимости в практических ценностях просоциального и личностного секторов. Для лиц с выраженностью наглядно-образного мышления (НО+) характерны высокий уровень дифференцированности и бесконфликтности структуры ценностной сферы личности (ее сбалансированность) и высокий уровень значимости гуманистического сектора, а при низком уровне развития данного типа (НО-) — высокий уровень конфликтности структуры ценностной сферы личности. Уровень развития словесно-логического мышления влияет на значимость ценностей профессиональной группы — «Конформизм» и «Универсализм»; при этом конфликтность структуры ценностной сферы возрастает при снижении уровня развития данного типа мышления (СЛ-). Яркость проявления креативного мышления определяет соотношение веса полюсов в биполярной оси «Открытость изменениям — Консерватизм» и значимость гуманистического сектора в структуре ценностной сферы личности студента-медика как на уровне идеалов, так и на уровне поведения. Фактор личностного интеллекта влияет на развитие гуманитарной направленности ценностной сферы с одновременным ростом стремления к самовозвышению с помощью личностных достижений, а не за счет социального статуса, богатства или власти.

Таким образом, количественный и качественный анализ данных, полученных на констатирующем этапе эксперимента, подтвердил влияние индивидуально-психологических когнитивных составляющих и фактора личностного интеллекта на ценностную сферу личности студентов-медиков.

По итогам формирующего этапа эксперимента отдельные показатели когнитивных составляющих контрольной и экспериментальной групп статистически значимо изменились. Показатели уровней развития предметно-действенного, словесно-логического, наглядно-образного и креативного типов мышления обеих групп изменились незначительно. Уровень развития предметно-действенного типа мышления групп изменился в разных направлениях: в контрольной группе он снизился на 0,58 %, а в экспериментальной —

**Сравнительный анализ направления
изменения соотношения полюсов биполярных осей
для экспериментальной и контрольной групп
в ходе формирующего этапа эксперимента**

Уровень	Полюс			
	Открытость изменениям	Консер- ватизм	Само- возвы- шение	Само- транс- цендент- ность
Экспериментальная группа				
Уровень норма- тивных идеалов	↑	↑	↑	↓
Уровень приори- тетов поведения	↓	↑	↓	↑
Контрольная группа				
Уровень норма- тивных идеалов	↓	↓	↑ t=5,79	↓ t=-4,67
Уровень приори- тетов поведения	↑	↓ t=-4,26	↑	↓

Примечание. * — $p \leq 0,01$; ↑ — рост значения показателя,
↓ — снижение значения показателя.

вырос на 1,14 %. Уровень владения навыком абстрактно-символьного мышления контрольной группы за период формирующего этапа эксперимента снизился на 13,24 %, данное изменение статистически значимо $t=2,137$ ($p \leq 0,05$), а уровень развития данного типа мышления в экспериментальной группе вырос на 12,70 %, и данное изменение статистически значимо на уровне тенденции $t=-0,856$ ($p \leq 0,1$). Изменение уровня личностного интеллекта в группах также произошло в противоположных направлениях. В контрольной группе данный показатель после периода формирующего этапа эксперимента статистически значимо упал на 7,08 % $t=2,237$ ($p \leq 0,05$). У студентов экспериментальной группы он вырос на 4,29 %. Статистическая значимость данного изменения не обнаружена.

Таким образом, с помощью формирующего влияния на когнитивные составляющие личности экспериментальной группы удалось не только развить уровень владения навыками абстрактно-символьного мышления студентов, развить личностный интеллект студентов, но и предотвратить естественное снижение данных показателей (продемонстрированное контрольной группой), обусловленное особенностями учебной нагрузки.

Качественный и статистический анализ изменений ценностной сферы личности после формирующего этапа эксперимента у студентов контрольной и экспериментальной групп на обобщенном уровне биполярных осей позволяет проследить тенденции изменения ее структуры (табл. 1). В экспериментальной группе на уровне нормативных идеалов происходит рост весовой значимости биполярной оси «Открытость изменениям — Консерватизм» и полюса «Самовозвышение» за счет снижения весовой значимости полюса «Самотрансцендентность». А на уровне приоритетов поведения происходит снижение весовой значимости полюсов «Открытость изменениям» и «Самовозвышение» и рост полюсов «Консерватизм» и «Самотрансцендентность». Статистическая значимость данных изменений не обнаружена. В контрольной группе наблюдается стойкое снижение весовой значимости полюса «Консерватизм», при этом на уровне приоритетов поведения это снижение статистически значимо $t=-4,26$ ($p \leq 0,01$). Полюс «Открытость изменениям» в данной группе также находится в конфликтном состоянии — изменения на уровнях идеалов и поведения происходят в различных направлениях. По биполярной оси «Самовозвышение — самотрансцендентность» в контрольной группе происходит стойкое изменение на обоих уровнях — рост полюса «Самовозвышение» и снижение весовой доли полюса «Самотрансцендентность». При этом изменения на уровне идеалов статистически значимо для полюса «Самовозвышение» $t=5,79$ и для полюса «Самотрансцендентность» $t=-4,67$ ($p \leq 0,01$) (см. табл. 1). Таким образом, в

обеих группах на уровне нормативных идеалов происходит снижение значимости полюса «Самотрансцендентность» и рост значимости полюса «Самовозвышение». Однако в экспериментальной группе на уровне приоритетов поведения включается обратный процесс. Полученные данные можно интерпретировать как стойкое изменение структуры ценностной сферы личности студентов-медиков в процессе обучения, вызванного его особенностями, проявляющегося в виде снижения значимости самотрансцендентных ценностей и росте значимости индивидуалистических ценностей в области идеалов. Однако в экспериментальной группе эти изменения на уровне приоритетов поведения (более мобильном) удалось остановить и обратить вспять — повысить значимость самотрансцендентных ценностей в практическом поведении студентов-медиков.

Таким образом, формирующий этап эксперимента подтвердил влияние когнитивных составляющих на развитие структуры ценностной сферы личности студентов-медиков в период первичной профессионализации и возможность снизить ее конфликтность и неструктурированность без непосредственного воздействия на ценностные структуры за счет активизации процесса личностной самоорганизации. Это позволило не только стабилизировать ценностную сферу личности студентов-медиков, повысить ее адаптивные возможности, скорость реструктуризации при вхождении в ее структуру профессиональных ценностей, но и уменьшить деструктивное воздействие на гуманистический сектор личностных ценностей процесса обучения в медицинском вузе.

Выводы

1. Теоретико-методологический анализ психологической литературы по исследуемой теме позволил прийти к заключению о том, что изучение процесса развития ценностной сферы личности происходило на всех этапах развития общей психологии. На постнеклассическом этапе развития науки сформировался психосинергетический подход, с позиций которого ценностная сфера личности рассматривается как сложная, нелинейная, самоорганизующаяся система/среда с иерархической/неиерархической структурой, включающая в себя осознанные и неосознанные ценностные образования, находящиеся на различных стадиях развития.

2. По итогам анализа данных, полученных на констатирующем этапе эксперимента, выявлены такие когнитивные составляющие личности студентов-медиков, имеющие наиболее высокий уровень взаимосвязи с особенностями структуры ценностной сферы, как уровни развития наглядно-образного, креативного и предметно-действенного мышления, фактор личностного интеллекта.

3. Факторный анализ полученных данных позволил выявить комплекс факторов, характеризующий преимущественное влияние когнитивных составляющих личности на особенности структуры и конфликтности ее ценностной сферы: 1) фактор, характеризующий влияние поле-независимости и радикализма в мышлении на снижение уважения к культурным (в том числе религиозным) обычаям и идеям; 2) фактор, выявляющий позитивное влияние рефлексивного когнитивного стиля на развитие конформизма; 3) фактор, характеризующий влияние высокого уровня развития трех типов мышления — наглядно-образного, словесно-логического и творческого — на рост потребности в удовольствиях: эстетическом, чувственном, интеллектуальном; 4) фактор зависимости направленности ценностной сферы личности на активные действия ради сохранения здоровья человека и достижения благополучия социума от уровня развития предметно-действенного мышления; 5) фактор, характеризующий влияние развития высших типов мышления на ценностное предпочтение — самостоятельность мысли.

4. С помощью качественного анализа установлено, что для респондентов с различными доминирующими когнитивными составляющими характерны различные особенности структуры и конфликтности ценностной сферы личности. А интегральные когнитивные составляющие — когнитивные стили — влияют еще и на скорость процесса адаптации ценностной сферы личности студента-медика к изменениям ценностной среды.

5. На формирующем этапе эксперимента выявлено, что развитие когнитивных составляющих личности студентов-медиков в ходе целена-

правленного воздействия привело также к изменению структуры и конфликтности их ценностной сферы: повышению дифференцированности ценностей, снижению уровня максимализма в ценностной сфере, снижению рассогласованности (конфликтности) между уровнем идеалов и приоритетов поведения по большинству ценностей. Под влиянием расширившихся когнитивных возможностей личности возрос консерватизм ее ценностной сферы, а также снизилась потребность в самовозвышении и деструктивное влияние особенностей учебного процесса на гуманистический сектор ценностной сферы личности.

Проведенное исследование не охватывает всего круга актуальных вопросов, которые касаются проблемы влияния когнитивных составляющих личности на развитие ценностной сферы студентов-медиков. Перспективными представляются исследование влияния и других когнитивных составляющих на данный процесс, выявление доминирующего влияния различных когнитивных составляющих на различных стадиях исследуемого процесса развития личности профессионала-медика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Степин В. С. От философии науки — к философской антропологии / В. С. Степин // Познающее мышление и социальное действие ; отв. ред. Н. И. Кузнецова. — М., 2004. — 544 с.
2. Ершова-Бабенко И. В. Психосинергетические стратегии человеческой деятельности. (Концептуальная модель) / И. В. Ершова-Бабенко // Монография. — В. : NOVA KNYHA, 2005. — 360 с.
3. Ершова-Бабенко И. В. Концептуальные модели психосинергетики: концепция пространственно-временного осевого центрирования психики, головного мозга и личности (на примере высокоскоростной травмы с диффузным повреждением) / И. В. Ершова-Бабенко // Интегративна антропология. — 2011. — № 1 (17). — С. 16–33.
4. Санникова О. П. Феноменология личности / О. П. Санникова. — Одесса : СМІЛ, 2003. — 253 с.
5. Медянова О. В. Когнітивні фактори гармонізації структури цінностей особистості студентів-медиків / І. В. Ершова-Бабенко, О. В. Медянова // Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах України III–VI рівнів акредитації : Всеукр. наук. навч.-метод. конф., 12–13 травня 2011 р., Тернопіль : матеріали. — Тернопіль : ТДМУ, 2011. — С. 391–392.
6. Медянова Е. В. Факторы развития ценностной сферы личности студентов-медиков в период первичной профессионализации / Тенденції розвитку вищої освіти в Україні: європейський вектор : Міжнар. наук.-практ. конф., 21–22 березня 2013 р., Ялта : матеріали. — Ялта: РВНЗ КТУ, 2013. — Ч. 1. — С. 126–129.

УДК 329.8(420)

М. М. Кулачинський, канд. політ. наук

«КЛЕГГОМАНИЯ» У ПЕРЕДВИБОРЧИХ ПЕРЕГОНАХ ДО БРИТАНСЬКОГО ПАРЛАМЕНТУ У ТРАВНІ 2010 р.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 329.8(420)

М. М. Кулачинский

«КЛЕГГОМАНИЯ» В ПРЕДВЫБОРНЫХ ГОНКАХ В БРИТАНСКИЙ ПАРЛАМЕНТ В МАЕ 2010 г.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В статье была рассмотрена сущность парламентских выборов 2010 г. в Великобритании, которые продемонстрировали свою неоднозначность и беспрецедентность из-за привлечения такого вида политической борьбы, как теледебаты, и многочисленных Интернет-порталов. Никогда еще британская нижняя палата не видела в качестве политических союзников две крайне противоположные силы тори и либерал-демократов, которые впервые создали политический союз и несут общую ответственность. Кроме того, имеем теперь и общее правительство, в котором либерал-демократы впервые, находясь в союзе с тори, заняли первые правительственные должности в кабинете консерватора Дэвида Камерона.

Ключевые слова: Британия, выборы 2010, Д. Камерон, Г. Браун, Н. Клегг, Лейбористская партия Великобритании, Либерально-демократическая партия, Консервативная партия, коалиционное правительство Великобритании.

UDC 329.8(420)

М. М. Kulachinsky

“CLEGGMANIA” DURING BRITISH PARLIAMENTARY ELECTIONS IN MAY 2010

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The article discusses the essence of parliamentary elections 2010 in Great Britain, that showed the ambiguousness and unprecedentedness by bringing in of such type of political fight as TV debates and numerous the Internet of portals. Never before the British lower chamber saw as political allies two extremely opposite forces of Tory and liberal-democrats, that first created a political union and bear the general responsibility. In addition, we have also common government, in that liberal-democrats being in an union with Tory first held first governmental positions in the cabinet of conservative David Cameron.

Key words: Britain, elections 2010, D. Cameron, G. Brown, N. Clegg, Labour party of Great Britain, Liberal-democratic party, Conservative party, coalition government of Great Britain.

Однією з найбільш примітних і неординарних за своїми наслідками особливостей передвиборчої кампанії 2010 р. стала участь лідерів трьох провідних партій: Девіда Камерона від консерваторів, Гордона Брауна від лейбористів і Ніка Клегга від ліберал-демократів — у теледебатах країни. Нагадаймо той факт, що для Британії не властиве на політичній арені таке явище, як теледебати, яке прийшло сюди з-за океану.

Більше того, вже сам факт участі представника від лібдемів Ніка Клегга був певною мірою неординарним рішенням, оскільки вперше у післявоєнній історії його порівнювали з лідерами «головних» партій, тим самим істотно піднімаючи шанси «третьої» партії на успіх. В останні дні перед виборами лідери лейбористів і консерваторів та їх команди намагалися «відіграти назад». Як видно з результатів голосування, в якійсь мірі їм вдалося понизити рейтинг ліберал-демократів. Проте відсунути їх на узбіччя політичного процесу вже не вдалося.

Першим і, здавалося б, головним результатом теледебатів, особливо першого раунду, який відбувся 15 квітня 2010 р., став несподіваний зліт

рейтингу ліберальних демократів та їх лідера. Подальші опитування громадської думки зафіксували сенсаційний результат: близько 60 % телеглядачів віддали перевагу (з точки зору справленого на них враження) Клеггу, тимчасом як Камерону і Брауну — відповідно 22 і 17 %. Зрозуміло, що за цим зріс рейтинг і самої партії [3].

Відразу після такої сенсації заговорили про «феномен Клегга», «клеггоманію», а репортери в один голос заявили, що після У. Черчилля жоден з партійних лідерів Великобританії не досягав такого високого рівня популярності. У наступні дні рейтинг ліберальних демократів знизився, хоча вони ще довго продовжували йти майже рівень з лейбористами.

Проте результати виборів не підтвердили очікування ліберальних демократів у тому, що «тектонічне зрушення» в перевагах електорату (як назвав відмічені вище зміни Нік Клегг) дозволить їм звільнитися від кліше «третьої партії».

Як відмічають відомі британські оглядачі, теледебати відтепер посядуть провідне місце в ході подальших виборчих кампаній загальнонаціонального рівня, бо жодна партія вже не зможе, не

завдавши собі шкоди, відмовитися від них. Впровадження теледебатів у практику передвиборчої боротьби не лише багато в чому міняє сам хід перегонів, але й істотно впливає на їх результат [2].

«Кабінетне правління» і кабінет міністрів у Великобританії вже досить давно стали втрачати присмак колективного органу, який відіграє провідну роль в ухваленні найважливіших політичних рішень (про це писали компетентні британські аналітики і не лише вони). Найяскравіше «президентський» стиль правління демонструвала Маргарет Тетчер, а після неї Тоні Блер. Добре відомо, як Блер буквально нав'язав своїм колегам рішення про вторгнення в Ірак [6].

Подібним же чином приймалися і багато інших рішень у сфері внутрішньої та зовнішньої політики.

Сам же лідер лібдемів заявив, що він захоплений тим, що теледебати, які давно пропонувалися, нарешті відбудуться. Після винятково поганого року для політиків, зокрема через скандал про компенсації витрат, дебати дають змогу зацікавити, знову захопити людей політикою.

Нік Клегг, як відомо, має ще й українське коріння. Він є правнуком Олександри Гнатівни Закревської, старшої сестри Марії Закревської-Бенкендорф-Будберг, відомої серед британців як чарівна шпигунка Мура Будберг, або «російська Мата Харі» [1].

Олександра Гнатівна Закревська, у свою чергу, була дочкою представника останнього, п'ятого покоління роду Закревських на полтавській землі Гната Платоновича Закревського, головного прокурора Сенату Російської Імперії, людини ліберальних поглядів і європейської освіченості, статті якого з'являлися у багатьох тодішніх російських журналах і торкалися гострих юридичних проблем.

До речі, цей родовий маєток Закревських у 1840-х роках п'ять разів відвідував Тарас Шевченко і навіть сватався до однієї з прабабусь Ніка Клегга Ганни Іванівни Закревської, образ якої відомий в історії завдяки чудовому портрету, створеному Великим Кобзарем [1].

За п'ять років перебування в парламенті Клегг зміг вивести свою партію з політичної тіні на передові позиції, повторюючи своє незмінне гасло про те, що політикові у Великобританії час працювати по-новому.

Незважаючи на своє слов'янське коріння, сам Клегг ніколи не мучився питанням, куди рухатися країні: до Європи чи Азії. Лідер ліберал-демократів є одним із найпроєвропейських британських політиків.

Він говорить французькою, іспанською, німецькою та голландською мовами, вчився в Угорщині та США, одружений з іспанкою, виступає за поглиблення зв'язків Великобританії з Євросоюзом. Вступивши в коаліцію з євроскептиками-консерваторами, Клеггу довелося відмовитися

від своїх амбітних планів щодо приєднання до зони євро, проте поки що угода ця «підвішена» на п'ять років — до наступних парламентських виборів 7 травня 2015 р. [4].

Ліберал-демократи традиційно належать до центристів, але на політичній арені схилиються до лівих лейбористів. Клегг і сам приєднався до них після роботи в «лівих» виданнях і виступає за широку соціальну підтримку найменш забезпечених верств населення.

Нік Клегг увійшов до парламенту від англійського округу Шеффілд-Хеллам усього кілька років тому — у 2005 р. Уже через два роки він зміг очолити свою партію під протекцією колишнього лідера лібдемів сера Мінгуса Кемпбелла. Таким чином, у 40 років Клегг став наймолодшим в історії Великобританії партійним лідером [5].

Із самого початку, і Клегг любить це повторювати, він прийшов у політику, щоб змінити політичну систему Великобританії. Під цим гаслом він послідовно вів свою партію до нинішніх виборів.

Фінансово-економічна криза та всі перелічені нами прорахунки лейбористів насамкінець змусили британський електорат вибрати так званий підвішений парламент, що само по собі є рідкістю у політико-правовій системі Великобританії. Жодна з політичних сил не має у парламенті впевненої більшості, тому партіям, які перемогли на виборах, доводиться озиратися одна на одну, і, головне, вони мають враховувати думку виборців. У такому парламенті кожна з двох великих політичних партій прагне заручитися підтримкою «третьої партії», наприклад ліберал-демократів, що, у свою чергу, приводить до ситуаційного коректування політичної платформи, з якою та чи інша політична сила йшла на вибори. Та виникає питання, чи був до цього прецедент альянсу торі з лібдемами? Відповідь проста — ні. Хоча спроба такого альянсу раніше була. Так, ще у 1974 р. лідер консерваторів Едвард Хіт, який програв парламентські вибори, намагався заручитися підтримкою лідера лібдемів Джеремі Торопа, але дістав відмову [12]. А тут новий лідер лібдемів Нік Клегг став другою людиною у кабінеті консерватора Девіда Камерона у чині віце-прем'єра. Цікаво, що така посада вводилася в країні дуже рідко, за досить вагомих причин, наприклад, у роки Другої світової війни (прем'єр консерватор Уїнстон Черчилль, віце-прем'єр лейборист Клемент Еттли).

Нік Клегг після виборів заявив, що голоси своєї партії він віддасть найсильнішій політичній силі [11], якою виявилися «молоді торі». Політичний альянс торі та лібдемів будувався за такою формулою: «вступити в союз з торі — значить не мати серця, вступити в союз з лейбористами — значить не мати голови». Зрозуміло, що він складається з компромісу обох партій, в якому консерватори погодилися з тим, що реформа виборчої

системи має трансформуватися з мажоритарної в плюральну, тимчасом як лібдеми погодилися на скорочення дефіциту державного бюджету за рахунок скорочення соціальної сфери.

Зрозумілим є те, що міцність сучасної британської політичної коаліції побудована на зовнішній загрозі для країни у вигляді світової фінансово-економічної кризи. Тут необхідно відсунути свої політичні амбіції та розбіжності на задній план задля спасіння економіки країни. Однак слід підкреслити й той факт, що з покращанням економічної ситуації в країні даний політичний альянс буде слабнути і партії знову на перше місце поставитимуть інтереси свого виборця.

Ліберал-демократи сподіваються на те, що реформування виборчої системи дасть їм можливість приходити до парламенту країни та претендувати на державні посади або одноосібно, або у складі різних коаліцій. Бо саме пропорційна система (система єдиного перехідного голосу), яка практикується на регіональному рівні в країні, дасть їм цю можливість.

Голосуванню у стані лібдемів передували гарячі дискусії в пресі, у тому числі публікація в щотижневику «Обсервер» статті колишнього глави ліберал-демократів Чарльза Кеннеді, який пообіцяв, що проголосує проти укладеної угоди з торі, оскільки цей союз «назавжди зруйнує плани створення прогресивного лівоцентристського союзу у британській політиці».

Свої серйозні сумніви у правильності зробленого Клегом кроку також висловили й інші екслідери лібдемів Педді Ешдаун і Мензіс Кемпбелл, а також Девід Стил — колишній багаторічний глава Ліберальної партії Великобританії, яка була материнською партією лібдемів [9].

Проте Клегг, який ніколи не виключав прихід лібдемів до влади на правах коаліційної сили, зумів утримати внутрішньопартійну ситуацію під надійним контролем. Не виключено, що на позицію однопартійців Клегга не останній вплив зробила заява Камерона, який пообіцяв, що Клегг, призначений заступником глави уряду, увійде до «ядра кабінету міністрів», представленого переважно консерваторами [10].

Коаліції ще належить переконати виборців у тому, що створені шляхом раптового союзу таких різних сил парламентська більшість і кабінет міністрів будуть працездатними, ефективними у своїх діях і, нарешті, довговічними.

Отже, останні парламентські вибори 2010 р. продемонстрували тенденцію збільшення кількості регіональних партій, які отримали 28 депутатських мандатів. Можливим є той факт, що у недалекому майбутньому провідні партії Британії зможуть привернути на свою сторону «малі партії» як, наприклад, лібдемів. А це багато чи мало, а додаткова підтримка будь-якої провідної британської партії у парламенті, а за можливого сучасного прецеденту — і в уряді.

Зрозумілим є те, що зводити «моніторингову демократію» лише до Інтернету чи до теледебатів означало б серйозно переоцінювати її значення і недооцінювати багато інших її видів. Загальний підсумок виборів у Великобританії не зводиться ні до їх суто конкретних результатів, ні навіть до тих змін, яких зазнає партійна система країни. Вибори-2010, як і вибори-2008 у США, позначили новий вектор політичного розвитку, який істотно змінить сам характер сучасної політики і який заслуговує найглибшого і усебічного вивчення.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Полтавские корни британского политика № 1* [Електронний ресурс]. – Режим доступа : http://poltava-arenda.com.ua/read/poltavskie_korni_britanskogo_politika__
2. *Первые британские предвыборные дебаты: правящая партия упустила шанс* [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://ria.ru/world/20100430/228443767.html#13810764908553&message=resize&relto=register&action=addClass&value=registration>
3. *Хабаров А.* Предвыборные теледебаты в Великобритании: дуэль на троих, где каждый сам за себя [Електронний ресурс] / А. Хабаров. – Режим доступа : <http://www.vesti.ru/doc.html?id=356548>
4. *Ник Клегг: самый большой счастливчик британской политики* [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://ria.ru/politics/20100513/233754790.html#13810596854853&message=resize&relto=register&action=addClass&value=registration>
5. *Человек недели: Ник Клегг* [Електронний ресурс]. – Режим доступа : http://www.euromag.ru/man_of_week/25915.html
6. *Кэрролл П.* Московские уроки для лондонских политиков [Електронний ресурс] / П. Кэрролл // Российская газета. – Режим доступа : <http://www.rg.ru/2010/06/10/rbth-londontandem.html>
7. *Nick Clegg's speech to the Liberal Democrat conference* [Electronic resource] // The Guardian Monday 20 September 2010. – Access mode : <http://www.theguardian.com/politics/2010/sep/20/nick-clegg-speech-liberal-democrat>
8. *Clegg N.* Only the Liberal Democrats listen to Britain [Electronic resource] / N. Clegg // The Guardian, Wednesday 21 April 2010. – Access mode : <http://www.theguardian.com/commentisfree/2010/apr/21/duopoly-parallel-universe-lib-dem>
9. *Riddell Mary.* Nick Clegg's authority is secure, but his party has been hollowed out [Electronic resource] / Mary Riddell // The Telegraph 17 Sep 2013. – Access mode : <http://www.telegraph.co.uk/news/politics/nick-clegg/10315582/Nick-Cleggs-authority-is-secure-but-his-party-has-been-hollowed-out.html>
10. *Grice A.* David Cameron is smiling now. But Nick Clegg could have last laugh [Electronic resource] / A. Grice // The Independent Friday 27 September 2013. – Access mode : <http://www.independent.co.uk/voices/comment/david-cameron-is-smiling-now-but-nick-clegg-could-have-last-laugh-8845181.html>
11. *Election 2010.* Swingometer [Electronic resource]. – Access mode : http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/politics/election_2010/8574653.stm
12. *Ананьева Е. В.* Сломался ли маятник двухпартийной системы Британии? / Е. В. Ананьева // Великобритания перед всеобщими выборами 2010 г. / под ред. А. А. Громько [и др.]. – М. : Ин-т Европы РАН ; Рус. сувенир, 2010. – С. 24–36.



ТРУД АКТУАЛЬНЫЙ И УНИКАЛЬНЫЙ

В. Н. Запорожан, И. Л. Бабий, С. Р. Галич и др.
Врожденные пороки развития. Практическое руководство. Одесса, ОНМедУ, 2012, 320 с., илл.

Книжная полка учебной и научной литературы пополнилась прекрасным изданием — вышло в свет практическое руководство по врожденной патологии развития. Это первое в отечественной литературе систематизированное современное практическое обобщение разрозненных сведений по животрепещущей проблеме. Авторы этого коллективного труда — крупные ученые, клиницисты, внесшие неоценимый вклад в становление и развитие в Украине основ репродукции человека, эмбриологии и тератологии.

Рецензируемая книга состоит из двух разделов.

Первый раздел «Общая часть» содержит сведения об эмбриональном развитии человека (гл. 1). Авторы отошли от традиционного начала — изложения эмбриогенеза, аргументированно систематизируют концепции начала жизни (метаболическая теория, неврологическая концепция). Такой подход крайне актуален, выхаживание глубоко недоношенных детей стало реальностью. В этой связи требуют пересмотра как сроки прерывания беременности, так и критерии его выполнения по медицинским показаниям (летальность, тяжелая инвалидизация).

В этой главе изложена «История изучения эмбриогенеза». Очень краткий подраздел, но написан четко и лаконично. Систематизированы сведения о догадках древних об эмбриональном развитии. Приведены аргументированные дока-

зательства приоритета Аристотеля в раскрытии основ образования зародыша. Считаем досадным упущением авторов, что нет даже упоминания о наших выдающихся эмбриологах, каковыми являются К. Ф. Вольф, А. Н. Северцов, И. И. Мечников, К. М. Бэр, А. О. Ковалевский и др.

В следующем подразделе «Эмбриональный этап жизни человека» предоставлена научная информация о процессе оплодотворения, дроблении и формировании бластулы. Эра фактического материала иллюстрирована хорошего качества рисунками, видеоматериалами внедрения сперматозоида в яйцеклетку, биопсии эмбриона. Выгодно отличают эту часть научного материала сведения о регуляторной активности материнских и зародышевых генов, вкратце изложены основные моменты действия генов в раннем развитии, их участие в возникновении эмбриональной патологии. Нарушение процесса имплантации логично увязывается с развитием бесплодия, гидросальпинкса и эндометриоза. Авторы избрали оригинальный подход к изложению процесса формирования зародышевых листков — по неделям. Это помогает читателю рассматривать ход событий до восьмой недели развития, формирования и образования у зародыша отдельных анатомических структур.

На наш взгляд, следовало бы больше внимания уделить характеристике плодного периода.

В конце этой главы содержатся сведения о регуляции функции яичников, что подтверждено оригинальной схемой. Считаем уместным включить в этот подраздел сведения об участии шишковидной железы (гипоталамо-гонадно-эпифизарные связи) и роли биологических ритмов в обеспечении функционирования гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы.

В главе 2 «Общие понятия о врожденных пороках развития» нашло отражение краткое изложение понятийного материала, эпидемиологии, этиологии и классификации. Авторы обосновывают место и роль врожденных пороков среди заболеваемости и смертности новорожденных. Подраздел «Критические периоды внутриутробного развития» содержит ценную информацию, полезную для клиницистов. Авторы не только придерживаются критических периодов, выдвинутых П. Г. Светловым, но и дополняют текст новыми сведениями, касающимися возникновения осложнений беременности.

Нам кажется, что этот материал логично рассматривать в подразделе «Эмбриональный этап жизни человека». Вместе с тем, такое замечание не принципиально. Главное, что авторы акцентируют внимание читателя на тесной взаимосвязи организма матери и плода, на негативных последствиях неконтролируемого использования лекарственных препаратов, преодолевающих плацентарный барьер, не лишенных тератогенного эффекта.

Очень кратко представлены сведения о наследственно обусловленных заболеваниях. И хотя это несколько выходит за пределы программного материала учебного руководства и детально изложено в соответствующих учебниках и научных руководствах («Генетическая медицина», автором которого является акад. В. Н. Запорожан, «Медицинская генетика», «Клиническая генетика» и др.), имело смысл расширить изложение взаимосвязи наследственной патологии и структурных врожденных дефектов. И хотя бы только с целью обосновать единство среды и организма, наследственности и изменчивости, части и целого.

В этой главе приведены некоторые понятия, определяющие врожденные пороки развития. Их перечень краток и неполон. Очевидно, при переиздании книги будет полезным дополнить её терминологическим словарем.

Весьма ценную научную информацию и полезные практические рекомендации почерпнет читатель из главы 3 «Окружающая среда и состояние материнского организма как факторы риска врожденных пороков развития». Клинические размышления акушера-гинеколога, педиатра обосновывают, что в современных условиях с целью предупреждения пороков развития целесообразно придерживаться не только профилактических стратегий: уменьшение числа врожденных аномалий путем предотвращения неблагоприятных воздействий экологических факторов;

снижение количества рожденных детей с глубокими, несовместимыми с жизнью дисэмбриогенезами (прерывание патологических беременностей) и стратегия реабилитации детей с врожденными пороками развития. Текстовый материал подкреплен красочными таблицами, в которых содержится весьма ценная информация об экологических факторах, связанных с дефектами развития, приведены соответствующие ссылки.

Глава 4 называется «Роль гестационной фармакотерапии в формировании врожденных пороков развития». Из названия этой главы следует пристальное внимание авторов касательно выбора лекарств для лечения беременных, приведен полный перечень лекарственных средств, обладающих тератогенным и эмбриотоксическим действием (категория D). Авторы впервые обратили внимание на гестационную фитотерапию. Сделан акцент на опасность неконтролируемого и необоснованного использования биологически активных добавок во время беременности. Учитывая широкую распространенность в аграрном секторе генетически модифицированных растений и их продуктов, назрела необходимость указать на возможные негативные последствия их использования для человека и, особенно, для беременной.

В главе 5 «Пренатальная диагностика врожденных пороков развития» авторы излагают показания для такой диагностики, маркеры распознавания патологии биохимическими методами, раскрывают положительные стороны и негативные последствия для матери и плода инвазивных методов.

Практические рекомендации для клинициста содержатся в главе 6 «Особенности ведения беременности и родоразрешения при наличии врожденных пороков развития плода». Здесь же приведен алгоритм тактики ведения беременности при врожденных пороках развития.

Второй раздел рецензируемой книги «Специальная часть» включает 8 глав. Материал изложен в соответствии с МКБ-10.

Глава 1 «Врожденные пороки центральной нервной системы и органов чувств» содержит сведения о частоте и распространенности тех или иных уродств, их возникновение увязано с эмбриогенезом различных структур головного и спинного мозга, обоснованы методы диагностики, клиника, тактика ведения беременности, прогноз и профилактика. Такого принципа авторы придерживаются при изложении различных нозологических форм пороков развития мозга, органов зрения и слуха. Материал этой главы богато иллюстрирован прекрасными, оригинальными, а частью заимствованными цветными фотографиями, рентгенограммами, сканами, микропрепаратами.

Глава 2 «Врожденные пороки кожи и ее производных» заслуживает особого внимания. Здесь приведены фенотипические проявления различных дефектов, которые проявляются кос-

метическими аномалиями. Они-то нередко и доставляют серьезные трудности в общении с окружающими.

Глава 3 «Врожденные аномалии развития костей и мышечной системы (опорно-двигательного аппарата)» описывает нарушения, являющиеся причиной инвалидизации детей. Неизгладимые впечатления доставляют читателю фотографии многообразной врожденной патологии. Авторы очень корректно и аргументированно излагают тактику ведения таких больных, приводят конкретные рекомендации к устранению имеющихся дефектов.

Глава 4 «Врожденные пороки развития органов дыхания» посвящена патологии, нередко диагностирующейся с появления младенца на свет, — первый вдох, первый крик сопровождаются серьезными нарушениями газообмена с немедленными проявлениями дефектов. Авторы небезосновательно уделили пристальное внимание изложению эмбриогенеза органов дыхания. Рассматривая формирование бронхолегочной системы в эволюционном плане, следует указать на ряд морфогенетических особенностей у человека. Поэтому кроме ранних пороков, нередко встречаются поздние проявления, на 6–8-м месяце беременности.

Описание фенотипических проявлений пороков развития органов дыхания сопровождается многочисленными высокого качества иллюстрациями, которые служат серьезным подспорьем для восприятия материала.

Глава 5 «Врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы» содержит описание одного из наиболее частых врожденных дефектов. Изложение причин возникновения, последствий, диагностики и тактики ведения беременности потребовало от авторов скрупулезного труда. И, надо признать, к их чести они блестяще справились с непростой задачей. Глава написана доходчиво, изобилует многими клиническими примерами и описанием сложных ситуаций, так важных для дифференциальной диагностики. Как и в других главах, самой высокой оценки заслуживает прекрасно представленный иллюстративный материал.

Глава 6 посвящена описанию врожденных пороков развития органов пищеварения. И хотя патология этой системы существенно уступает как по частоте, так и по распространенности другим врожденным дефектам, она имеет серьезные последствия для жизни ребенка. Нередко только хирургическим вмешательством можно устранить дефект. В руководстве приводятся обоснованные критерии такой тактики. В описании отдельных нозологий содержится ценная информация и для теоретиков, и для клиницистов (неонатологов, педиатров, детских хирургов).

Глава 7 «Врожденные пороки органов мочеобразования и мочевыделения» описывает, как отмечают авторы, одну из наиболее частых патологий, которая достигает до 40 % пороков всех органов и систем.

Давая высокую оценку представленному материалу, акцентируем внимание на сложности дифференциальной диагностики, лечебной тактики при хронической почечной недостаточности.

Вряд ли целесообразно было вводить в эту главу сведения об атрезии вагины, о врожденных аномалиях яичек (монорхизм, анорхизм, полиорхизм), гипоплазии яичка, крипторхизме, которые обоснованно не вошли в классификацию, приведенную авторами. Не следует предлагать свою терминологию при изложении эмбриогенеза, как-то: «средняя почка», «окончательная почка» — вместо общепринятых эмбриологических терминов: «первичная почка», «вторичная (тазовая) почка», которые отражают филогенетическое развитие мочеобразующих органов.

Глава 8 «Врожденные пороки лица и шеи. Врожденные насращения губы и неба» содержит полезную информацию для медиков различных специальностей — ЛОР-врачей, стоматологов, косметологов и др. Авторы уделяют пристальное внимание важности медико-генетического консультирования семьи для расчета риска повторения патологии.

Как и ранее, самых высоких слов заслуживают авторы при подборе презентации магнитно-резонансной томографии, ультразвукового сканирования и др.

Завершает рецензируемую книгу «Список литературы», который явится хорошим путеводителем в весьма сложном лабиринте исследований в эмбриологии, неонатологии, инструментальной диагностике, детской хирургии, косметологии. Приводятся «Список сокращений», «Предметный указатель» и «Список врожденных пороков развития» (в соответствии с МКБ-10).

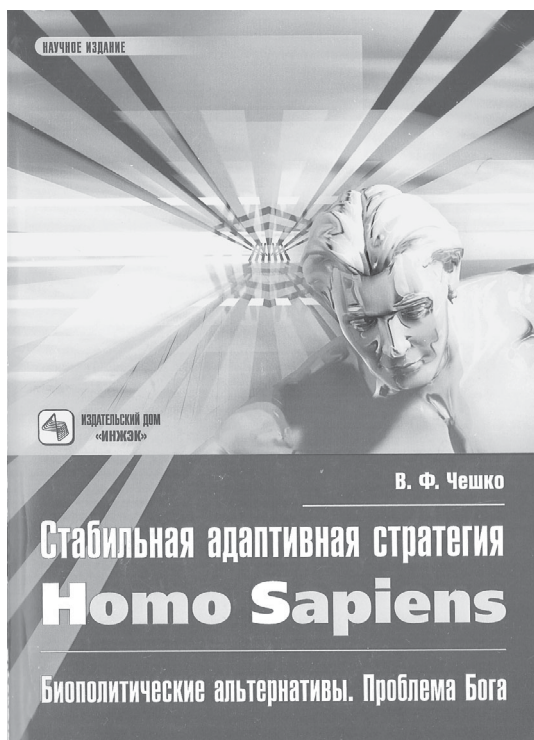
При переиздании книги следует обратить внимание на небольшой тираж. Уже сегодня это руководство стало библиографической редкостью.

Считаем, что в книгу следует также ввести «Терминологический словарь» и «Словарь дисморфозов».

В заключение можно поздравить авторов с прекрасным трудом. Книга В. Н. Запорожана и соавторов «Врожденные пороки развития» как по стилю изложения, макетированию, дизайну, оформлению, практической значимости, оригинальности, так и по научной ценности, нужности должна быть поставлена в ряд весьма важных и весомых изданий и выдающихся событий начала XXI века в развитии медицинской науки и практики.

**Член-корреспондент НАПН Украины,
доктор медицинских наук, профессор
В. П. ПИШАК,**

**кандидат медицинских наук
М. А. РИЗНИЧУК
Буковинский государственный
медицинский университет
(Черновцы, Украина)**



QUO VADIS, HOMO?

(Вместо рецензии)

Чешко В. Ф. Стабильная адаптивная стратегия Homo sapiens. Биополитические альтернативы. Проблема Бога. Монография. Харьков, 2012, 596 с.

Et ait ecce Adam factus est quasi unus ex nobis sciens bonum et malum nunc ergo ne forte mittat manum suam et sumat etiam de ligno vitae et comedat et vivat in aeternum.

И сказал Господь: вот, Адам стал как один из Нас, зная добро и зло; и теперь как бы не простер он руки своей, и не взял также от дерева жизни, и не стал жить вечно.

Бытие, 3, 22

Когда мы овладеем всеми этими шарами Вселенной, и всеми их уладами, и всеми их знаниями, будет ли с нас довольно?... Нет, мы пойдем мимо и дальше.

Уолт Уитмен

Совершенно ошибочен взгляд прагматизма, что истина есть полезное для жизни. Истина может быть вредна для устройства обыденной жизни.

Николай Бердяев

Настоящие заметки навеяны чтением рукописи книги известного украинского философа и биолога, иностранного члена РАЕН, проф. В. Ф. Чешко, опубликованной Харьковским издательством [1].

Рискнем утверждать, что уверенность в собственном богоподобии, способности и долге изменить реальность (мир сущего) в соответствии со своими представлениями о некоей идеальной модели этой реальности (мир должного) есть важнейший атрибут адаптивной стратегии человечества на протяжении последних тысячелетий его существования. Но в той же мере стало тривиальностью характеризовать современное состояние нашего мира как кризисное. Об этом говорят

и естествоиспытатели, и экономисты, и политологи, и экологи, и климатологи, и философы. Но каждый из них вкладывает в слово «кризис» свой специфический для их профессиональной сферы смысл. Мы оказались в точке эволюционной кривой бытия *Homo sapiens*, где наблюдается суперпозиция нескольких фаз кризисного развития, каждый со своей амплитудой и своим периодом колебаний, охватывающих разные сферы социоприродной реальности и разные уровни ее организации. В результате этого масштабы кризисных явлений приблизились к верхней границе цивилизационного кризиса и, очевидно, в ближайшие десятилетия приобретут глобально-эволюционную природу.

Фактор, определяющий вектор современного развития техногенной цивилизации, — это переход социальных рисков за грань экзистенциального, ставящего вопрос о существовании человечества или сохранении им того, что называют самоидентичностью, — права по-прежнему называть себя людьми, сохранении преемственности социобиологической эволюции. Мы привыкаем и нас приучают к мысли, что эволюционная и культурная история человека разумного близится к завершению, за которым все отчетливее просматриваются контуры послечеловеческого будущего разумной жизни, трансформации ноосферы в техносферу. Эта проблема всего за 10–15 лет перешла из стадии отвлеченного философствования в период эмпирического, практически прикладного исследования.

Как известно, наука (по крайней мере, естествознание) не содержит в самой себе критериев социальной значимости полученных ею теоретических и практических результатов. Поэтому по мере усиления важности коэволюционных связей научных разработок с судьбами Цивилизации, Культуры, Разума не только методологические принципы и идеи естествознания проникают внутрь социогуманитарного знания (как это было ранее), но и логические конструкты и методологические принципы гуманистики «врастают» в ткань естественно-научных теорий.

Стержнем менталитета Запада выступает стремление человека к некоему предельному идеалу: *per aspera ad astra* — через тернии к звездам. Оно дополняется второй стержневой конструкцией, освящающей и одновременно ставящей пределы этому идеалу: *ad imaginem suam ad imaginem Dei* — по образу и подобию Божьему. К этому необходимо добавить третью составляющую, которая изначально акцентировала богоизбранность, абсолютный приоритет уникальности человеческой личности: *unus ex nobis* — один из нас, — говорит Господь, обращаясь к ангелам, об Адаме — прародителе рода человеческого, отдававшем плод Познания Добра и Зла. Тем самым актуализация стремления сблизить мир Сущего и мир Должного получает характер движения к Абсолюту, конечной цели («точке Омега», как назвал ее П. Тейяр де Шарден).

Ныне концепт «по образу и подобию» утрачивает свое системоформирующее значение по отношению к ментальности современного человека. Концепт «один из нас» претерпел радикальную трансмутацию и теперь воспринимается как абсолютизация индивидуальности каждого экзистенциального жизненного проекта каждого человеческого существа. И при этом мы получаем в свои руки техническую возможность осуществления самых радикальных актов самоконструирования — своего тела, своего сознания, своей природной и культурной среды обитания. Эта возможность предоставляется тем, что в книге

называется технологиями управляемой эволюции, или High Hume технологиями.

Структура генно-культурного и технокультурного баланса современной цивилизации покоится на иной мировоззренческой триаде:

- 1) *per aspera ad astra* — через тернии к звездам;
- 2) *unus ex nobis* — один из нас;
- 3) *my body is my choice* — мое тело — мое дело.

Эта взрывчатая смесь абсолютного индивидуализма грозит взорвать линию антропогенеза астросферой индивидуальных экзистенциальных проектов, что будет означать конец человечества как некоей целостности разумных существ. (Во избежание неправильного толкования: речь не идет о приятии или неприятии известного лозунга феминистского движения.) Автор книги имеет в виду нечто другое — свойственную современной западной цивилизации антиномию индивидуализма и гуманизма, которая в условиях общества риска чревата антагонизмом и деконструкцией системы обеспечения общечеловеческой самоидентичности. Экстремальный феминизм и экстремальный феминизм оба являются частными проявлениями разрушения связки репродуктивных и сексуальных поведенческих стереотипов, т. е. общей дестабилизации стабильной адаптивной стратегии человечества. Лозунг «мое тело — мое дело» в новом социокультурном и мировоззренческом контексте означает практически ничем не ограниченную возможность произвольного конструирования собственной психосоматической субстратной основы.

Таким образом, одним из наиболее существенных и мощных системоформирующих факторов эволюции современной цивилизации становится то, что автор называет глобальной биополитикой.

Предмет биополитики как междисциплинарной области исследования можно определить как изучение феномена биовласти. Под ним в современной социологической и политологической литературе понимается способность (прямая или опосредованная общественным мнением, СМИ, массовой культурой и ментальностью) властных структур социума контролировать отправление биологических функций отдельных индивидуумов и манипулировать этим процессом.

Концептуальный каркас настоящих очерков составляет несколько постулатов, вытекающих из модели стабильной эволюционной стратегии *Homo sapiens*, включающей суперпозицию трех основных типов адаптаций — биологических, культурных и технологических:

1. Наличие в техногенной цивилизации двух автономных подсистем — собственно индустриальной и аграрной (суб)цивилизации.
2. Расслоение научного знания в обществе риска на опасную и предупреждающую науку.
3. Замещение/вытеснение логико-эмпирической верификации верификацией социальной и,

как следствие, неизбежная идеологизация и политизация современного (человекомерного) естествознания.

4. Переход общества риска в следующую фазу — управляемой эволюции.

Рассматривая реалии прогресса технологий управляемой эволюции в социополитическом контексте общества риска, автор приходит к выводу о наличии двух устойчивых аттракторов будущей эволюционной истории земной цивилизации:

— постгуманизм — самоконструирование разумной жизни, почти неизбежно связанное с концом биологической истории *Homo sapiens*;

— новое Средневековье — коллапс техногенной цивилизации.

Обсуждаются перспективы третьего пути — социополитическое регулирование и контроль техногенеза (наиболее адекватным брендом этого пути, на наш взгляд, было бы «*Дао биоэтики*»), поскольку именно биоэтика, с точки зрения авторской концепции, служит вербально-логическим конструктом, способным потенциально заменить религиозную идеологию как элемент, обеспечивающий единство человечества и преемственность социокультурной наследственности.

В числе важных выводов, сделанных в книге, отметим два, имеющих принципиальное значение для современной концепции научного познания.

Первый касается расслоения единого в классической науке процесса научного познания на две составляющие — «*опасное знание*», которое отвечает изначальному вектору эволюции техногенной цивилизации — преобразованию мира соответственно идеальному образу желательного будущего; и «*предупреждающее знание*», социальная функция которого — выявление и расчет рисков, порождаемых «научно-техническим прогрессом», т. е. «опасным знанием».

Второй касается инкорпорации в современное естествознание неустранимых впоследствии ценностных элементов. Как следствие, во-первых, достоверность и обоснованность современных научных теорий, а не только технологические разработки становятся предметом публичного обсуждения. Структура научной теории меняется, наиболее адекватной ее моделью становится полицентрическая сеть (интерпретационная теория), а не аксиоматическая (дедуктивно-иерархическая) система. И, во-вторых, процедура верификации не только в социогуманитарных, но и в естественных науках выходит на первый план.

Этот, казалось бы, сугубо эпистемологический вывод имеет самые существенные политические аспекты. Социальная верификация, в отличие от ее позитивистского аналога — верификации эмпирической, — это процесс, далекий от линейной однозначности, исход его предсказать трудно.

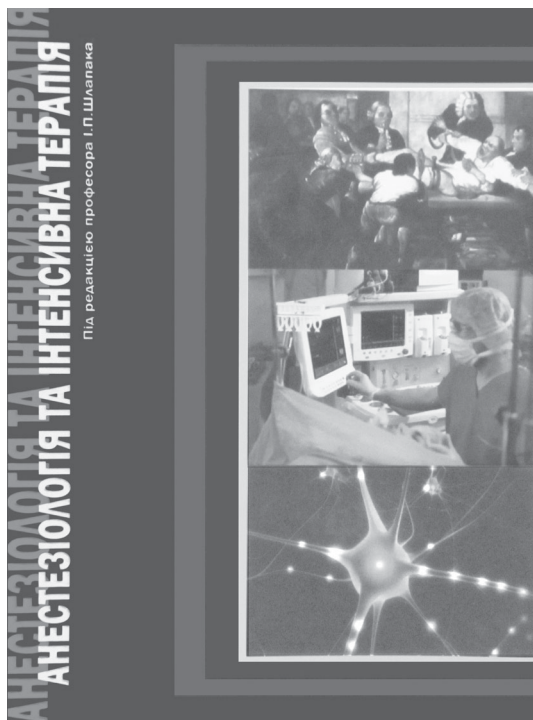
Политизация современной науки становится фактом. То, что казалось локальными эпизодами российско-советской истории (лысенковщина, например), ныне выглядит «всего лишь» экстремальным проявлением социальных реалий техногенной цивилизации в эпоху информационных и биотехнологий. А следовательно, результат и течение научно-технологического развития все более становятся ареной столкновений манипуляционных технологий Власть → Наука, Наука → Власть, Научная школа I → Политическая партия I → Научная школа II и т. д.

Коммерциализация и политизация науки, таким образом, служат дополнительным источником политических и цивилизационных коллизий, источником социального риска.

В целом понимание идей, составляющих содержание книги, требует серьезных усилий, это — предмет не для легкого чтения, но, преодолев этот барьер, оторваться от чтения становится все труднее и труднее.

В конце концов, принимая на себя сознательную ответственность за перспективы собственной эволюции, человечество вступает в новую эпоху и оказывается перед лицом трагических конфликтов и жестоких чудес «научного прогресса». Все это неизбежные спутники вечного стремления человечества к Счастью и Добру, Свободе и Справедливости. По своему могуществу человечество становится равным Богу, и переложить ответственность за последствия своего незнания, эгоизма и легкомыслия больше не на кого... Устоим ли мы — носители Разума — перед иррациональными последствиями использования тех сил, которыми овладели, чтобы выжить? Никто, кроме нас и наших потомков, не ответит на эти вопросы. Чтобы выжить в этом мире, надо его исследовать и уметь изменять. Такова судьба и предназначение Человека во Вселенной. Высокая и трагическая судьба. Иной нам не дано...

В. И. ГЛАЗКО
академик РАСХН,
доктор сельскохозяйственных наук,
профессор



ПОБАЧИВ СВІТ ПЕРШИЙ ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ПІДРУЧНИК З АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ СИСТЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Анестезіологія та інтенсивна терапія. Підручник.
За редакцією проф. І. П. Шлапака. К., Ніка Прінт,
2013. Т. 1. 550 с.

Побачив світ перший том підручника «Анестезіологія та інтенсивна терапія» за редакцією професора І. П. Шлапака. Підручник рекомендований для лікарів-інтернів і лікарів-анестезіологів різного рівня підготовки, а також для лікарів хірургічного профілю і лікарів-консультантів (терапевтів, кардіологів тощо).

Унікальність цього наукового видання полягає в тому, що підручник, який нещодавно побачив світ, написаний колективом авторів, які працюють у провідних наукових і лікувальних установах, де займаються проблемами анестезіології та інтенсивної терапії в Україні. У цьому проекті був задіяний великий колектив авторів — фахівці 22 кафедр і курсів, відділів і відділень закладів післядипломної освіти, науково-дослідних інститутів і великих клінічних лікарень України.

Працювали над підручником такі відомі фахівці в галузі анестезіології та інтенсивної терапії, як завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України, лауреат Державної премії України в галузі науки та техніки, д-р мед. наук, професор О. М. Клігуненко, завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії, медицини невідкладних станів та лабораторної діагностики ФІПО Донецького НМУ імені М. Горького, чл.-кор. НАН та НАМН України, д-р мед. наук, професор В. І. Черній, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», д-р мед. наук, професор Л. В. Усенко та ін.

Анестезіологія та інтенсивна терапія — одна з провідних галузей медицини, що розвивається

швидкими темпами. Це досить молода спеціальність, яка знаходиться на перехресті фундаментальних галузей медицини, таких як хірургія та терапія, фізіологія та патологія, фармакологія та токсикологія, вона тісно пов'язана і з багатьма іншими розділами медичної науки. Приступаючи до підготовки підручника, автори ставили перед собою мету — систематизувати величезні масиви інформації з позиції доказової медицини відповідно до сучасної програми післядипломної підготовки лікарів.

Кілька слів про структуру видання. Підручник складається з п'яти розділів, які для зручності користування розділені на дві книжки.

У першому розділі описані історія й організація анестезіології та інтенсивної терапії в Україні та світі. Важливе місце в цій частині посідає висвітлення можливостей застосування методів доказової медицини й інформаційних технологій у практичній роботі анестезіолога. Описані юридичні та деонтологічні аспекти в анестезіології та інтенсивній терапії, а також можливі професійні шкідливості в анестезіології.

Сучасний лікар повинен володіти фундаментальними знаннями з фізіології та патофізіології невідкладних станів. Саме тому другий розділ присвячений основам клінічної фізіології для анестезіолога. У розділі знайшли відображення проблеми клінічної фізіології серцево-судинної системи, органів дихання, травлення та вивідної системи, описані механізми основних порушень водно-електролітного обміну та кислотно-лужної рівноваги.

У повсякденній практиці лікарю доводиться призначати фармацевтичні препарати, вибираючи їх з великого арсеналу медикаментів. Через це

третій розділ присвячений клінічній фармакології основних засобів для наркозу, місцевих анестетиків, опіоїдів, міорелаксантів і засобів для інфузійно-трансфузійної терапії.

Четверта частина цього підручника присвячена загальним питанням хірургічного знеболювання та інтенсивної терапії. Тут розміщено інформацію щодо ведення періопераційного періоду, особливостей застосування різних методів анестезії, проблемам післяопераційного знеболювання, респіраторної підтримки та клінічного харчування.

У кожному розділі надано список рекомендованої літератури, а для самоконтролю знань і навичок подані контрольні запитання та тестові завдання. Для зручності пошуку матеріалів у кінці тому розміщено докладний предметний покажчик.

У створенні підручника взяли участь автори кількох наукових колективів, представники не тільки різних регіонів України, а й різних анестезіологічних шкіл. При такому підході могла проявитися деяка різниця в поглядах на певні теоретичні положення. І тут треба зазначити, що під час підготовки матеріалів до друку колектив редакторів під керівництвом головного редактора — доктора медичних наук, професора І. П. Шлапка — намагався максимально зберегти думку авторів. І не тільки тому, що подібні розбіжності важко усунути, а здебільшого тому, що автори є не тільки викладачами, а й відомими клініцистами. Їх погляди та підходи базуються на великому практичному досвіді, ціна якого — життя багатьох вилікуваних хворих.

Анестезіологію і сьогодні називають «невідомою спеціальністю». За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я, анестезіологія посідає 4-те місце в госпітальній службі, залишаючись при цьому найбільш невідомою. Анестезіологія в США входить у десятку найпрестижніших професій, але лише 50 % пацієнтів вважають представників цієї професії лікарями, в Україні лише 30 % населення має якесь уявлення про те, чим займається лікар-анестезіолог. Часто анестезіологи називають себе «бійцями невидимого фронту». І в цьому є своя правда. Насправді, в анестезіології поєдналися дві заповітні мрії людства — позбавлення від болю та воскресіння після смерті.

Саме питанням інтенсивної терапії критичних станів, які часто обтяжують перебіг різноманітних захворювань, присвячений другий том (5-й розділ) підручника, який готується до друку. Крім сучасних рекомендацій з діагностики та лікування основних невідкладних станів, з якими доводиться мати справу лікарям різних фахів, другий том також включає інформацію про окремі питання анестезіології, розділ про особливості інтенсивної терапії в педіатрії та розділ, присвячений лікуванню основних видів отруєнь.

Сподіваємося, що підручник стане у пригоді не тільки анестезіологам, але й усім фахівцям, які читають журнал «Інтегративна антропологія».

З повагою до читачів журналу «Інтегративна антропологія»

Колектив авторів підручника

*Передплатуйте
і читайте
журнал*

ІНТЕГРАТИВНА АНТРОПОЛОГІЯ

У ВИПУСКАХ ЖУРНАЛУ:

**Передплата приймається
у будь-якому
передплатному пункті**

Передплатний індекс 08210

- ◆ Методологія інтегративних процесів
- ◆ Генетичні аспекти біології та медицини
- ◆ Патологічні стани і сучасні технології
- ◆ Філософські проблеми геронтології та геріатрії
- ◆ Дискусії

УДК 576.895.1(47+57)(092)

А. Д. Тимченко, д-р биол. наук, проф.,
К. К. Васильев, д-р. мед. наук, проф.,
А. В. Шевеленкова, канд. мед. наук, доц.,
С. П. Пашолок, канд. мед. наук, доц.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ГЕЛЬМИНТОЛОГИИ

(к 135-летию со дня рождения академика
Константина Ивановича Скрябина)

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

УДК 576.895.1(47+57)(092)

А. Д. Тимченко, К. К. Васильев, А. В. Шевеленкова, С. П. Пашолок
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ГЕЛЬМІНТОЛОГІЇ
(до 135-річчя від дня народження академіка Костянтина Івановича Скрябіна)
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

У статті знайшли відображення історичні аспекти розвитку гельмінтологічної науки, а також віхи творчого шляху видатного вченого, який створив нові напрями у біологічній, медичній, ветеринарній і сільськогосподарській науках, заснував школу радянських гельмінтологів, талановитого педагога, невтомного організатора і пропагандиста науки, активного громадського діяча, Героя Соціалістичної Праці, академіка К. І. Скрябіна (1878–1972).

Ключові слова: К. І. Скрябін, гельмінти, гельмінтологія, гельмінтогеографія, гельмінтоантропонози, біогельмінти, геогельмінти, дегельмінтизація, девастація.

UDC 576.895.1(47+57)(092)

A. D. Timchenko, K. K. Vasylyev, A. V. Shevelenkova, S. P. Pasholok
HISTORICAL ASPECTS OF HELMINTHOLOGY
(to 135-th Anniversary of Academician Konstantin Ivanovich Skryabin)
The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

In this paper were reflected historical aspects of helminthological science as well as milestones career outstanding scientist, creator of the new directions in the biological, medical, veterinary and agricultural sciences, the founder of the school of Soviet helminthologists, talented teacher, a tireless organizer and promoter of science, an active public figure, Hero of Socialist Labor, Academician K. I. Skryabin (1878–1972).

Key words: K. I. Skryabin, helminthes, helminthology, helminthogeography, helminthoantropozes, biohelminthes, geohelminthes, dehelminthization, devastation.

Гельминтология стала для меня целью жизни, радостью творчества.

К. И. Скрябин

Константину Ивановичу Скрябину принадлежит особое место в истории гельминтологии. Он основоположник школы советских гельминтологов, академик трех всесоюзных академий — АН СССР, ВАСХНИЛ и АМН СССР, лауреат Ленинской и Сталинских (дважды) премий, Герой Социалистического Труда, депутат Верховного Совета СССР. Был организатором первых в Советском Союзе научно-исследовательских гельминтологических учреждений общепаразитологического, медицинского, ветеринарного и сельскохозяйственного профилей — Всесоюзного института гельминтологии, гельминтологического отдела Инс-

титута медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е. И. Марциновского, Гельминтологической лаборатории АН СССР.

Гельминтология как наука начала зарождаться еще во второй половине XVIII — начале XIX вв. Основоположником гельминтологии обычно называют Карла Асмунда Рудольфи (K. A. Rudolphi; 1771–1832) — немецкого натуралиста, ботаника и зоолога шведского происхождения, иностранного члена-корреспондента Петербургской академии наук. Во второй половине XIX — начале XX вв. растет число работ по проблемам фаунистики и систематики гельминтов



К. И. Скрябин

(лат. *“helminthes”*, греч. *“helmis”*, *“helminthos”* — червь, глист; синоним: черви паразитические) — червей-возбудителей гельминтозных болезней человека, животных и растений. Проводятся также экспериментальные исследования по выявлению жизненных циклов гельминтов. На этот период приходится деятельность немецкого зоолога Макса Брауна (М. Braun; 1850–1930). В 1880–1886 гг. он работал в Российской Империи, в Дерптском (позднее Юрьевском, а ныне Тартуском, Эстония) университете, именно в дерптский период он сделал знаменитое открытие по установлению жизненного цикла лентеца широкого.

В Швейцарии, в университете Невшателя (Universite de Neuchatel) работал зоолог Отто Фурман (Otto Fuhrmann; 1871–1945), известный своими исследованиями по систематике ленточных червей. В 1908 г. он выдвинул так называемый «принцип Фурмана», согласно которому по фауне паразитических червей можно судить о филогенетическом родстве их хозяев.

Недалеко от Парижа, в городке Мезон-Альф, в Альфортской ветеринарной школе (Ecole nationale veterinaire d'Alfort) проходила деятельность профессора А. Райе (A. Rayet), заведующего кафедрой естественной истории. Он вошел в историю гельминтологии, прежде всего, исследованиями собственно круглых червей.

В Российской Империи в этот период работал профессор Петербургской военно-медицинской академии, зоолог Н. А. Холодковский (1858–1921), автор «Атласа человеческих глист» (1898–1899) в трех выпусках. Вместе с тем надо отметить, что, являясь зоологом широкого профиля, работавшим на стыке биологии и медицины, в гельминтоло-

гии он интересовался очень незначительной группой ленточных червей.

В начале прошлого века в области гельминтологии начал работать молодой ветеринарный врач Константин Иванович Скрябин. Он родился 25 ноября (7 декабря) 1878 г. в Петербурге в семье железнодорожного служащего. Уже в школьные годы у мальчика проявился интерес к книгам о животных и растениях, за что соученики его прозвали «естественником», но в соответствии с семейными традициями Костя Скрябин получал среднее образование в реальном училище, а не в классической гимназии, аттестат зрелости которой открывал путь в университет, на естественное отделение.

В 1898 г. Костя окончил Томское реальное училище, судьба питомцев которого была в большей или меньшей степени предопределена — они мечтали стать инженерами, поэтому поступали в инженерно-технические вузы. Профессия инженера в ту эпоху — эпоху строительства Великого Сибирского Пути — была очень популярна и соблазнительна в материальном отношении. Однако, следуя своему призванию, юный Скрябин решил идти не по трафаретной дороге в политехнический институт, а избрал путь, чреватый неожиданностями.

Чтобы поступить в университет, необходимо было сдать экзамен по латинскому языку в объеме полного курса классической гимназии (древние языки в реальном училище не преподавались), однако в ветеринарные вузы в досоветской России можно было поступать окончившим реальные училища и имеющим удостоверение о сдаче экзамена по латинскому языку только в объеме четырех классов гимназии. Весной 1900 г. Костя Скрябин сдал экзамен по латинскому языку в объеме четырех классов в Томской гимназии и затем направил документы в Юрьевский ветеринарный институт, куда был принят. В маленьком академическом городке Юрьеве (ныне Тарту, Эстония) прошли счастливые студенческие годы его жизни. В 1905 г., получив диплом ветеринарного врача с отличием, К. И. Скрябин был направлен в Туркестанский край, где проработал шесть лет. Два года он возглавлял ветеринарный пункт в Чимкенте (ныне Шымкент, Казахстан) — уездном городке с 12 тыс. жителей, через который проходила крупнейшая артерия Туркестана — Ташкентско-Верненский тракт (тракт, соединяющий Ташкент и Верный, ныне Алматы, Казахстан), а затем был пунктовым ветеринарным врачом в городе Аулие-Ата, что был центром торговли скотом с 15 тыс. жителей, на том же пыльном Ташкентско-Верненском тракте. Именно в Аулие-Ата (современный Тараз, Казахстан), К. Скрябин приобрел вкус к гельминтологической науке, начал разрабатывать методику полных гельминтологических вскрытий и собирать гельминтологическую коллекцию.

В декабре 1909 г. К. И. Скрябин с супругой Елизаветой Михайловной, урожденной Кутателадзе, едет в Москву, чтобы участвовать в работе XII Всероссийского съезда естествоиспытателей и врачей, а также II Всероссийского съезда ветеринарных врачей. На последнем съезде он сделал три доклада. Как изголодавшийся человек жадно набрасывается на хлеб, так Скрябины «набросились» на культурные ценности Москвы. В Художественном театре они увидели «Трех сестер». Пьеса настолько была актуальна, что заставляла их посмотреть как бы со стороны на собственную жизнь, на то общество, в котором они вращались. Страстная жажда сестер осмысленной жизни, озаренной высокими идеалами, наполненной действенным трудом, была понятна и близка интеллигенции. В те глухие годы мечты сестер, их тоска будоражили и волновали интеллигенцию, которую реакция лишила общественной и политической жизни. В чем смысл и цель жизни, в чем предназначение человека, что делать, чем жить? Пьеса Чехова давала ответ на этот вопрос — «надо работать, только работать!». «На спектакле, — вспоминал на закате своей долгой жизни Скрябин, — мы будто глотнули свежего воздуха». Из Москвы Скрябины возвращались в Аулие-Ата бодрыми и радостными, с яростным желанием жить и творить [12].

Работа наполняла жизнь Скрябина глубоким смыслом, делала ее содержательной и нужной, и ему захотелось сделать свою работу более творческой. В 1911 г. Скрябин добился разрешения прослушать курсы усовершенствования ветеринарных врачей в Петербурге на базе ветеринарной лаборатории Министерства внутренних дел. Семья Скрябиных отправилась в столицу. Гельминтологическая коллекция была упакована в небольшой сундучок, с которым, как с портфелем, Скрябин не расставался ни на минуту, как с огромной ценностью. В Петербурге он не только успешно окончил курсы повышения квалификации, но и получил разрешение продолжить работу в ветеринарной лаборатории в качестве прикомандированного специалиста.

Кроме того, в 1912 г. К. И. Скрябин получил заграничную командировку сроком на два года для научного усовершенствования в области гельминтологии (июнь 1912 г. — июль 1914 г.). В императорской России выработалась прекрасная традиция: молодых, начинающих ученых посылать за границу для стажировки за казенный счет. Причем давали командировку длительную — на два года — и предоставляли право командированному самому выбрать университеты, лаборатории, клиники, где он предпочитал усовершенствоваться и под руководством каких профессоров желал бы овладеть методиками и проводить исследования.

К. И. Скрябин выбрал Кенигсберг (ныне Калининград), Невшатель и Париж. Кафедру зоо-

логии в Кенигсбергском университете в те годы возглавлял знаменитый гельминтолог профессор М. Браун, кафедрой зоологии в Невшательском университете руководил специалист-цестодолог профессор О. Фурман, а в парижском предместье работал маститый нематодолог профессор А. Райе (в Альфортской ветеринарной школе). Ехал в научную командировку К. Скрябин не с пустыми руками, с ним был богатый гельминтологический материал, собранный им в Туркестане.

По завершении двухлетней заграничной командировки совершенно по-иному представлялись К. Скрябину и объем гельминтологии, и ее содержание, а также те задачи, которые могли бы стоять перед этой интересной наукой. Ученый сознавал, что наступил желанный момент, когда он мог считать себя специалистом-гельминтологом. Под руководством профессора М. Брауна К. И. Скрябин научно разработал свою туркестанскую коллекцию трематод, под руководством профессора Фурмана — коллекцию по цестодам, а у профессора Райе — коллекцию нематод.

После возвращения на родину, обдумывая вопрос о теме диссертации, К. Скрябин пришел к выводу, что ее можно сформулировать так: «К познанию гельминтофауны домашних животных Туркестана» и включить в нее весь разработанный им за границей материал. В 1915 г. в Юрьевском ветеринарном институте К. И. Скрябин успешно защитил магистерскую диссертацию.

В связи с Первой мировой войной (1914–1918) Варшавский ветеринарный институт был эвакуирован в Новочеркасск и стал функционировать как Донской ветеринарный институт. В последнем в 1917 г. было разрешено открыть кафедру паразитологии — первую в России. На вакантную должность заведующего кафедрой был избран К. И. Скрябин. В декабре 1917 г. Скрябин с семьей уехал в Новочеркасск.

В это трудное время — период гражданской войны — профессор К. И. Скрябин старался с головой уйти в науку и не касаться той враждебной жизни, что шла за окнами института. Он всегда считал, что человек должен уметь преодолевать любые трудности и невзгоды, никогда не отступать от своей цели и при любых обстоятельствах, как бы они ни были тяжелы, выполнять свой долг, коим он считал комплексную разработку гельминтологии.

С 1920 г. жизнь и деятельность профессора К. И. Скрябина протекала в Москве. Именно здесь ему суждено было стать ученым с мировой известностью, создать крупнейшую школу гельминтологов, на которой лежала печать личности ее лидера. Член-корреспондент Академии наук СССР В. Л. Контримавичус отмечал: «Собственным примером Константин Иванович прививал нам свои нормы поведения <...>. Годы работы со Скрябиным сформировали во мне те

научные принципы, навыки, мировоззрение, если хотите, которые емко называются школой» [1].

К. И. Скрябин стал тем ученым, благодаря усилиям которого в СССР произошла институционализация гельминтологии как самостоятельной научной дисциплины. По его инициативе были созданы первые в стране научные гельминтологические учреждения как ветеринарного и общепаразитологического, так и медицинского профилей. С 1920 г. он возглавил созданный им гельминтологический отдел Государственного института экспериментальной ветеринарии. Этот отдел с 1932 г. стал Всесоюзным институтом гельминтологии (ныне — Всероссийский научно-исследовательский институт гельминтологии им. К. И. Скрябина Российской академии сельскохозяйственных наук; ВИГИС). В 1943 г. К. Скрябин организовал гельминтологическую лабораторию АН СССР (теперь — Институт паразитологии Российской академии наук). Наконец, в 1921 г. учреждено гельминтологическое отделение в Тропическом институте (сейчас Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е. И. Марциновского).

В 1922 г. К. И. Скрябин основал постоянную комиссию по изучению гельминтофауны России, которая стала предтечей Всесоюзного общества гельминтологов, образованного в 1940 г., а ныне ставшего Всероссийским обществом гельминтологов им. К. И. Скрябина. И наконец, в 1923 г. начал выходить «Русский журнал тропической медицины» (под редакцией Е. И. Марциновского и К. И. Скрябина) с рубрикой «Гельминтология и глистные болезни» (ныне журнал называется «Медицинская паразитология и паразитарные болезни»).

В Одессе 10–11 мая 1954 г. состоялась торжественная сессия отделения биологических наук Академии наук Украинской ССР, посвященная 300-летию воссоединения Украины с Россией, на которую был командирован академик К. И. Скрябин, возглавлявший делегацию Академии наук СССР. Заседания сессии проходили в зале Одесского дворца культуры моряков имени А. М. Горького. Празднично украшенный зал Дворца заполнили многочисленные участники сессии. Среди них академик В. П. Филатов; члены-корреспонденты АН СССР Е. Н. Мишустин и Н. А. Красильников — специалисты в области микробиологии почвы; член-корреспондент АМН СССР, патофизиолог П. Д. Горизонтов; из Института физиологии им. И. П. Павлова — И. Т. Курцин. Первое заседание сессии вступительной речью открыл президент АН Украинской ССР академик А. В. Палладин. Там же 11 мая состоялись второе и третье заседания торжественной научной сессии. Вечером на заключительном заседании с докладом «К истории творческого сотрудничества русских и украинских ученых в деле изучения гельминтов в Донбассе» выступил академик К. И. Скрябин [13; 15].

В одесской газете «Знамя коммунизма» была опубликована короткая заметка академика Скрябина — «Содружество ученых». Он писал: «Хочется от всей души выразить пожелание, чтобы творческие связи деятелей науки наших народов из года в год еще более расширялись, крепли, углублялись».

Недавно я, вместе с другими учеными Москвы, побывал в Одессе на торжественной научной сессии отделения биологических наук Академии наук Украинской ССР, встречался с украинскими деятелями науки. Нет сомнения, что эта встреча сыграет положительную роль в дальнейшей работе каждого из нас — участников сессии. Мы должны еще чаще практиковать совместную комплексную разработку сложнейших научных проблем, имеющих актуальнейшее значение для развития народного хозяйства.

Большую пользу принесет планомерное командирование молодых ученых Украины к выдающимся специалистам России в качестве стажеров, аспирантов и докторантов, а также командирование научной молодежи России к крупнейшим научным авторитетам Украины.

Эти мероприятия еще сильнее сблизят и укрепят единство и нерушимую дружбу между нашими братскими народами» [9].

В другой одесской газете — «Чорноморська комуна» — была помещена статья К. И. Скрябина «Творча співдружність російських і українських учених-гельмінтологів». Это было, по существу, изложение его доклада, в переводе на украинский язык, на сессии отделения биологических наук 11 мая 1954 г. [10].

С 12 по 14 мая проходила юбилейная научная сессия профессорско-преподавательского состава Одесского университета им. И. И. Мечникова, в работе которой приняли участие приехавшие гости — представители АН СССР, АН УССР и др. Кроме пленарного заседания, состоялись и секционные. Особенно выделялась Биологическая секция, которая собирала аудиторию до 700 человек. На этой секции выступил академик К. И. Скрябин, рассказав о распространении гельминтозов в СССР и дав научное пояснение проблеме девакации (лат. *devastation* — опустошение) — комплексу мероприятий, направленных на полную ликвидацию паразитарных заболеваний и их возбудителей, т. е. полному уничтожению того или иного гельминта как зоологического вида (термин введен им в 1944 г.) [5; 14].

К. И. Скрябин посетил Институт глазных болезней, где академик В. П. Филатов любезно показал своих больных, рассказал о работе. Гость присутствовал на операции, которую проводил ученик академика Филатова — Владимир Евгеньевич Шевелев (1910–1978), разговаривал с людьми, которые были слепы от рождения, а благодаря операции прозрели. «У них изумительная, светлая, детски наивная улыбка, выражение под-

линного счастья», — отметил в своих воспоминаниях К. И. Скрябин.

В заключении необходимо отметить, что в свой приезд в Одессу К. И. Скрябин много выступал перед студентами университета, сельскохозяйственного и медицинского институтов. К сожалению, мы не располагаем более подробными сведениями о выступлении знаменитого академика перед студенчеством Одесского медицинского института. Впрочем, К. И. Скрябин, по свидетельству его внука — видного ученого в области молекулярной биологии, биотехнологии и генетической инженерии, профессора Константина Георгиевича Скрябина — всю жизнь день за днем вел дневники, 60 томов которых хранятся в архиве Академии наук, а значит, возможно, они содержат дополнительные данные о пребывании академика в нашем городе.

Тот же К. Г. Скрябин свидетельствует, что его дед абсолютной пунктуальностью был похож на Паганеля. И далее: «Я никогда не видел деда без жилетки и галстука. Он свободно говорил на английском, немецком, французском языках и считал, что читать Флобера в переводе неприлично. Дед делил человечество на две части — тех, кто вежлив, и тех, кто невежлив со швейцарами. <...> Н. С. Хрущев стал уважать деда, когда за границей узнал, что К. И. Скрябина там считают великим ученым. По настоянию Н. С. Хрущева дед выступил на Пленуме ЦК (7.03.1962 г. — *авт.*), где сказал свою знаменитую фразу: “Если институт состоит из стариков — это трагедия. Если только из молодежи — это комедия”» [2].

Академик К. И. Скрябин был научным руководителем многочисленных (более чем 350) гельминтологических экспедиций по изучению гельминтофауны людей, а также домашних и диких животных почти во всех регионах СССР, что позволило выявить очаги наиболее опасных гельминтозов и обусловило возможность проведения планомерных мероприятий по борьбе с ними. По материалам этих экспедиций было описано свыше 500 новых видов гельминтов, из них около 200 открыто лично академиком К. И. Скрябиным. Он опубликовал более 700 научных трудов, посвященных морфологии, филогении, систематике, экологии и эпидемиологии гельминтов, а также различным проблемам ветеринарной, медицинской и сельскохозяйственной гельминтологии [3–8; 11].

В 1925 г. К. И. Скрябин предложил термин дегельминтизация (де- + гельминты) — комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оздоровление населения, домашних и промысловых животных от гельминтов. В более широком смысле, дегельминтизация — освобождение от гельминтов не только человека и животных, но и окружающей среды.

Он же вводит понятия о био- и геогельминтах. Биогельминты (био- + гельминты) — общее на-

звание гельминтов, для завершения жизненного цикла которых необходима смена хозяев. Вызываемые ими заболевания — биогельминтозы. Геогельминты (греч. *geo* — земля + гельминты) — паразитические гельминты человека и животных, развивающиеся, в отличие от биогельминтов, без промежуточных хозяев. В 1952 г. ученик академика К. И. Скрябина Е. С. Шульман предложил выделить дополнительную группу — контактные гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз), особенности развития которых не позволяют отнести их ни к био-, ни к геогельминтам.

Константина Ивановича любили и уважали коллеги и подрастающая молодежь того времени. Он никогда никого не обидел — ни словом, ни делом, всегда всем помогал. Приходя к нему за консультациями по возникающим вопросам гельминтологии, соавтор этой статьи (А. Д. Тимченко) неизменно сталкивался с понятным и доступным изложением сути решаемого вопроса. К концу беседы К. И. Скрябин обязательно обращал внимание на устройство курсантов в общении, тотчас же поднимал телефонную трубку, просил коменданта создать оптимальные для проживания и отдыха условия. Порой спрашивал о месте рождения, роде деятельности родителей и при необходимости какой-либо помощи безотлагательно положительно решал любой вопрос. Он проявлял какую-то особенную, отеческую, заботу, и курсанты и работающая молодежь это чувствовали.

При проведении конференций Всесоюзного общества гельминтологов, которое включало не менее 2000 членов, Константин Иванович активно, внимательно и доброжелательно обращался к любому, интересовался финансированием гельминтологических отделов при санитарно-эпидемиологических станциях, практически решал вопросы, направленные на улучшение социально-экономической ситуации в регионах.

При выезде в вузы Украины Константин Иванович активно контактировал с членами ученых советов, оказывая, при необходимости, им не только научную, но и материальную помощь, в качестве депутата Верховного Совета СССР обращался в административные органы и содействовал положительному решению вопросов.

Константин Иванович тесно и длительно дружил с заведующим кафедрой паразитологии, зоологии и дарвинизма Харьковского ветеринарного института, доктором ветеринарных наук, профессором Михаилом Александровичем Палимпсестовым, блестяще владевшим английским и немецким языками, знавшем досконально периодическую иностранную научную литературу и печатавшим свои научные труды не только в Союзе, но и за рубежом.

Весомый вклад академика К. И. Скрябина и его большой научной школы в развитие гельминтологии сформировал в Украине новых по-

следователей в решении этой довольно сложной и весьма актуальной науки. Так, в 1993 г. В. И. Кресюн, Ю. И. Бажора, С. С. Рыбалова, излагая клинические аспекты иммунофармакологии, подчеркнули значимость эозинофилии при шистосомозе (бильгарциозе). В. П. Пишак и Ю. Н. Нечитайлов в монографии «Гельминтозы у детей» (2000) на современном уровне изложили вопросы клиники, течения, диагностики, лечения и профилактики гельминтозов у детей разного возраста. В 2006 г. Г. Г. Дранник, А. С. Прилуцкий, Ю. И. Бажора описали аллергены гельминтов (аскариды, эхинококка, трихинеллы), при этом авторами было показано, что наибольшую аллергенность имеют их личиночные стадии.

В учебнике «Медицина біологія» (2009), написанном научными сотрудниками медицинских вузов Украины под редакцией члена-корреспондента АПН Украины, проф. В. П. Пишака и заслуженного деятеля науки и техники Украины, проф. Ю. И. Бажоры (учебник удостоен Государственной премии Украины в области науки и техники), большое внимание уделено вопросам гельминтологии, подробно описаны пути проникновения гельминтов в организм хозяина, их атипическая локализация, указаны роль гельминтов как стрессоров и обусловленный ими в организме хозяина иммунный ответ, подробно изложены методы лабораторной диагностики, терапии и профилактики гельминтозов, а также вопросы охраны от гельминтов окружающей среды.

В 2010 г. В. Н. Запорожан, Ю. И. Бажора, В. И. Кресюн раскрыли особенности молекулярной эпидемиологии окружающей среды, отметив, что доля внешней среды в формировании здоровья населения достигает 30 %, в которой, что естественно, существуют и различные гельминтозные агенты.

Академик К. И. Скрябин скончался в Москве 17 октября 1972 г. на 94-м году жизни.

Светлая память о Константине Ивановиче Скрябине и глубочайшее уважение к нему как выдающемуся Ученому и прекрасному Человеку навсегда сохранится в сердцах тех, кто имел счастье непосредственно общаться с ним.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Контримавичус В. Л.* Вечные истины [Электронный ресурс] / В. Л. Контримавичус // Смена. – 1982. – № 1332. – Режим доступа : <http://smena-online.ru/stories/vechnye-istiny>.
2. *Скрябин К. Г.* Хочу жить в России, чтобы продолжить дело своей семьи [Электронный ресурс] / К. Г. Скрябин. – Известия. – 2009, 30 января. – Режим доступа : <http://izvestia.ru/news/345007>
3. *Скрябин К. И.* Гельминтозы человека / К. И. Скрябин, Р. С. Шульц. – Ч. 1–2. – М.–Л. : Медицина, 1929–1931.
4. *Скрябин К. И.* Основы общей гельминтологии / К. И. Скрябин, Р. С. Шульц. – М. : Медгиз, 1940.
5. *Скрябин К. И.* Девастация в борьбе с гельминтозами и другими болезнями человека и животных / К. И. Скрябин. – Фрунзе : Медицина, 1947.
6. *Скрябин К. И.* Трематоды животных и человека / К. И. Скрябин. – Т. 1–26. – М.–Л. : Медицина, 1947–1978.
7. *Скрябин К. И.* Определитель паразитических нематод / К. И. Скрябин. – Т. 1–4. – М.–Л. : Медицина, 1949–1954.
8. *Скрябин К. И.* Основы нематодологии / К. И. Скрябин. – Т. 1–10. – М.–Л. : Медицина, 1949–1961.
9. *Скрябин К. И.* Содружество ученых / К. И. Скрябин // Знамя коммунизма. – 1954, 22 мая. – № 102 (3684). – С. 2.
10. *Скрябин К. И.* Творча співдружність російських і українських учених-гельмінтологів / К. І. Скрябін // Чорноморська комуна. – 1954, 20 травня. – № 103 (9406). – С. 2.
11. *Скрябин К. И.* Строительство гельминтологической науки и практики в СССР. – Т. 1. – М. : Медицина, 1962.
12. *Скрябин К. И.* Моя жизнь в науке / К. И. Скрябин. – М. : Изд-во политической литературы, 1969.
13. *Торжественная сессия отделения биологических наук Академии наук Украинской ССР* // Знамя коммунизма. – 1954, 11 мая. – № 94 (3676). – С. 1–2.
14. *Тульчинська В. П.* Ювілейна наукова сесія професорсько-викладацького складу університету / В. П. Тульчинська // За наукові кадри. – 1954, 23 травня. – № 15 (414). – С. 2.
15. *Юбилейная сессия отделения биологических наук Академии наук Украинской ССР* // Знамя коммунизма. – 1954, 12 мая. – № 95 (3677). – С. 1.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

для журналу «Інтегративна антропологія»

До розгляду приймаються статті, які відповідають тематиці журналу й нижченаведеним вимогам.

1. Стаття надсилається до редакції у двох примірниках, підписаних усіма авторами. Вона супроводжується направленням до редакції, завізованим підписом керівника та печаткою установи, де виконано роботу, а для вітчизняних авторів — також експертним висновком, що дозволяє відкрити публікацію. До неї на окремому аркуші додаються відомості про авторів, які містять учене звання, науковий ступінь, прізвище, ім'я та по батькові (повністю), місце роботи та посаду, яку обіймає автор, адресу для листування, номери телефонів і факсів. Якщо у статті використано матеріали, які є інтелектуальною власністю кількох організацій і раніше не публікувалися, автор має надати дозвіл кожної з цих організацій на їх публікацію.

До розгляду приймаються лише статті, виконані з використанням комп'ютерних технологій. При цьому до матеріалів на папері обов'язково додають матеріали комп'ютерного набору та графіки на дискеті або диску CD ROM — теж у двох примірниках.

Автори повинні повідомити, для якої рубрики (розділу) призначена стаття. Основні рубрики (розділи) журналу: «Лекції Нобелівських лауреатів», «Методологія інтегративних процесів», «Онто- і філогенез», «Генетичні аспекти біології та медицини», «Клонування: медицина, етика, право», «Репродукція. Медичні, етичні та соціальні проблеми», «Проблеми біоетики», «Патологічні стани і сучасні технології», «Інтелект: проблеми формування та розвитку», «Соціальні та екологічні аспекти існування людини», «Людина і суспільство», «Філософські проблеми геронтології та геріатрії», «Людина і Всесвіт», «Життя і смерть: єдність та протиріччя», «Дискусії», «Книжкова полиця», «Листи до редакції».

2. У першу чергу друкуються статті, замовлені редакцією. Не приймаються до розгляду статті, що вже були надруковані в інших виданнях, а також роботи, які за своєю сутністю є переробкою опублікованих раніше статей і не містять нового наукового матеріалу або нового наукового осмислення вже відомого матеріалу. За порушення цієї умови відповідальність цілком покладається на автора.

3. Мова статей — українська для вітчизняних авторів, російська для авторів з інших країн СНД, а також англійська.

4. Вимоги до статей залежно від категорії.

Матеріал **дослідницької статті** загальним обсягом до 8 сторінок повинен бути викладеним за такою схемою:

- а) індекс УДК;
- б) ініціали та прізвище автора (авторів), науковий ступінь;
- в) назва статті;
- г) повна назва установи, де виконано роботу;
- д) постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
- е) аналіз останніх досліджень і публікацій, у яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор;

ж) виділення нерозв'язаних раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;

з) формулювання цілей статті (постановка завдання);

и) виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;

к) висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку;

л) література — не більше 15 джерел;

м) два резюме — мовою статті й англійською обсягом до 800 друкованих літер кожне за такою схемою: індекс УДК, ініціали та прізвище автора (авторів), назва статті, текст резюме, ключові слова (не більше п'яти) для авторів із країн СНД та англійською і російською — з інших країн.

Проблемна стаття загальним обсягом до 10 сторінок містить погляд автора на актуальні проблеми. Структура статті — за авторським бажанням. При перевищенні вказаного обсягу необхідне попереднє погодження з редакцією.

Оглядова стаття має бути загальним обсягом до 12 сторінок; список літератури — не більше 40 джерел.

Листи до журналу загальним обсягом до 1,5 сторінки мають на меті обговорення матеріалів, розміщених у журналі «Інтегративна антропологія» або в інших виданнях.

Рецензії загальним обсягом до 2 сторінок містять відомості про нові книжки, CD ROM, виставки, семінари та фільми згідно з тематикою журналу.

Зауважимо: загальний обсяг містить усі елементи публікації, тобто заголовні дані, власне статтю чи повідомлення, перелік літератури, резюме, ключові слова, таблиці (не більше трьох), графічний матеріал (не більше двох рисунків або фото) тощо, крім відомостей про авторів. Але вільна площа окремих аркушів, на яких розміщено невеликі таблиці, рисунки та ін., із загального підрахунку вилючається.

5. Текст друкують на стандартному машинописному аркуші (ширина полів: лівого, верхнього та нижнього по 2 см, правого — 1 см), сторінка тексту повинна містити не більше 32 рядків по 64 знаки у кожному.

У статтях повинна використовуватися міжнародна система одиниць СІ.

Текст бажано друкувати шрифтом Times New Roman (Times New Roman Cyr) 14 пунктів через півтора інтервали й зберігати у файлах форматів Word for Windows або RTF (Reach Text Format) — це дозволяє будь-який сучасний текстовий редактор.

Не слід імпортувати у текст ніякі об'єкти: таблиці, графіки, рисунки тощо.

6. Таблиці можна створювати лише засобами того самого редактора, який застосовано для набору основного тексту. Їх слід друкувати на окремих сторінках; вони повинні мати нумерацію та назву.

7. Графічний матеріал може бути виконаним у програмах Excel, MS Graph і поданим у окремих файлах відповідних форматів, а також у форматах TIF, CDR або WMF. При цьому роздільна здатність штри-

хових оригіналів (графіки, схеми) повинна бути 300–600 dpi B&W, напівтонових (фотографії та ін.) 200–300 dpi Gray Scale (256 градацій сірого). Ширина графічних оригіналів — 8,5 та 17,5 см.

Рисунки та підписи до них виконують окремо одне від одного; підписи до всіх рисунків статті подають на окремому аркуші. На зворотному боці кожного рисунка простим олівцем слід вказати його номер і назву статті, а за необхідності позначити верх і низ.

Відповідні місця таблиць і рисунків потрібно позначити на полях рукопису. Інформація, наведена в таблицях і на рисунках, не повинна дублюватися.

8. Список літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, а скорочення слів і словосполучень — відповідно до ДСТУ 3582-97 та ГОСТ 7.12-93 і 7.11-78.

Звертаємо увагу авторів на те, що оформлення списку літератури за новим ДСТУ суттєво відрізняється від попереднього. Для тих, хто не має доступу до повного тексту ДСТУ, на сайті Одеського медуніверситету наведено приклади оформлення бібліографічних записів. Доступ за посиланням <http://odmu.edu.ua/index.php?v=1179>.

У рукопису посилання на літературу подають у квадратних дужках згідно з нумерацією за списком літератури. Література у списку розміщується згідно з порядком посилань на неї у тексті статті. Якщо на-

водяться роботи лише одного автора, вони розміщуються за хронологічним порядком.

На кожну роботу в списку літератури має бути посилення в тексті рукопису.

9. Редакція залишає за собою право рецензування, редакційної правки статей, а також відхилення праць, які не відповідають вимогам редакції до публікацій, без додаткового пояснення причин. Рукописи авторам не повертаються.

10. Статті, відіслані авторам для виправлення, повинні бути повернені до редакції не пізніше ніж через три дні після одержання. В авторській коректурі допустиме виправлення лише помилок набору.

11. Статті треба надсилати за адресою:

Редакція журналу «Інтегративна антропологія», Одеський національний медичний університет, Валіховський пров., 2, Одеса, 65082, Україна; e-mail: pustovit-svetlana@rambler.ru

12. З усіма питаннями і за додатковою інформацією слід звертатися за телефонами:

+38-(095) 605-97-01

+38-(048) 723-54-58

+38-(048) 723-29-63

+38-(048) 723-49-59

Редакційна колегія

THE MANUAL OF ARTICLE STYLE for the Journal “Integrative Anthropology”

Editorial Board considers only the articles being up to the journal thematics and the following requirements.

1. The article is sent to Editorial Board in two copyrights with signatures of all authors. It is accompanied by the directive to Editorial Board with a signature of the director and a stamp of the establishment. The authors of our country have to give conclusions of experts allowing an open publication as well as information about the authors with indication of surname, name and patronymic (in full), scientific rank, working place, post, address, phone and fax numbers. If the materials which are intellectual property of some organizations and have never published before are used in the article, the author should take a permission of each of these organizations on the publication.

It is obligatory to send the computer version of the article on a disket or a disk CD ROM in two copies.

The authors should indicate the name of a chapter to which the article is sent. The main chapters of the journal are following: “Lectures of Nobel prize winners”, “Methodology of integrative processes”, “Onto- and phylogenesis”, “Genetic aspects of biology and medicine”, “Cloning: medicine, ethics, law”, “Reproduction. Medical, Ethic, and social problems”, “Problems of bioethics”, “Pathological states and modern technologies”, “Intellect: problems of formation and development”, “Social and ecological aspects of person’s existence”, “Person and society”, “Philosophical problems of gerontology and geriatrics”, “Person and Universe”, “Life and death: unity and opposites”, “Discussions”, “Bookshelf”, “Letters to Editorial Board”.

2. The articles ordered by Editorial Board of the journal are published first of all. The articles, which have been

already printed in other editions, as well as the works which after the essence are processing of the articles published before and do not contain a new scientific material or new scientific comprehension of the known material, are not considered. For the violation of this condition full responsibility rests with the author.

3. The working languages of the journal are Ukrainian, Russian, and English.

4. Requirements to the articles depending on category.

The material of a **research article** with general volume of up to 8 standart pages should be as following:

a) code UDC;

b) surname and initials of an author (authors), scientific rate;

c) the heading of the article;

d) the full name of the establishment where the article is done;

e) the set of a problem in general and its connection with scientific or practical tasks;

f) analysis of last researches and publications refering to which the author begins solving of the problem;

g) enlightening of not solving parts of the general problem the article is devoted to;

h) the aims of the article;

i) presentation of the main research information with entire grounding of recieved scientific results;

j) the research conclusions and perspectives of further work in this branch;

k) literature — no more than 15 references.

l) 2 abstracts in article’s and English languages (volume up to 800 printed letters) according to the following scheme: code UDC, initials and author’s surname, the

heading of the article, abstract's text, key words (no more than 5).

Problem article (general volume is up to 10 pages) shows the author's point of view to the actual problems. Structure of the article is as the author thinks the best. If the volume is more, it is necessary to submit it to Editorial Board's approval.

Review article should be with general volume up to 12 pages. References are no more than 40 items.

Letters (general volume is up to 1.5 standart pages) discuss the material published in "Integrative Anthropology" or other issues.

Reviews (general volume is up to 2 standard pages) present an information about new books, CD ROM, exhibitions and films in interest of the journal.

Notes: general volume contains all the publication elements, i.e. headings, an article or a message, references, abstracts, key words, tables (no more than three), graphical data (no more than 2 drawings or fotos), except the information about authors. The papers containing pictures, tables and so on are expelled from general counting.

5. Text is printed on a standard paper of A4 format (width of fields: from the left, above and below — 2 cm, from the right — 1 cm), a page should contain no more than 32 lines with 64 signs in each.

The SI (System International) should be used in the articles.

Text should be sent in Times New Roman (Times New Roman Cyr), 14 points, 1.5-spacing throughout the text and saved in files of such formats as Word for Windows and RTF (Reach Text Format).

You should not import any tables, drawings, and pictures in the text.

6. Tables can be created by means of that text-processor which is used for the basic text type-setting. They should be on a separate page with its legend doubled-spaced above the table.

7. Grafical data can be sent in such programmes as Excel, MS Graph and given in the separate files of the proper formats, and also in such formats as TIF, CDR, or WMF. Resolution for drawing originals must be 300–600 dpi B&W, for foto originals — 200–300 dpi Grey Scale (256 gradations of gray). Width of graphical originals — 8.5 and 17.5 cm.

Pictures and their legends are done separately from one another. All the picture legends are given on a separate paper. You should mark the heading and the number of the article with a pencil on the back side of every picture, if it is necessary, you should mark top and bottom.

You should mark the proper places for pictures and tables on fields of the manuscript. The information presented in tables and pictures cannot be duplicated.

References are given in square brackets according to the literature list numeration. Literature in a list should be composed according to the reference order in the article. If the articles are of the same author, they should be presented in a chronological order.

It should be reference on each work in a reference list.

We draw your attention to the fact that the literature list design is essentially different from the previous one according to a new State Ukrainian standard (SUS). The persons who have not a full text of SUS may find it at the site of the Odessa Medical University, where examples of the literature list design are given. Access by the reference <http://odmu.edu.ua/index.php?v=1179>.

8. Editorial Board has the right to review, correct and refuse those articles which don't meet Editorial Board requirements without explaining the grounds. Manuscripts are not returned back.

9. The articles sent to the authors for correcting should be returned back until three days after the receipt. There can be allowed mistakes only in a type-setting in an author's proof-reading.

10. You should send the articles to the following address:

Editorial committee of the journal "Integrative Anthropology", The Odessa National Medical University, Valihovsky lane, 2, Odessa, 65082, Ukraine; e-mail: pustovit-svetlana@rambler.ru

11. For any questions and supplementary information you can apply by following telephone numbers:

+38-(095) 605-97-01
+38-(048) 723-54-58
+38-(048) 723-29-63
+38-(048) 723-49-59

Editorial Board

ОСНОВНІ РУБРИКИ ЖУРНАЛУ

ІНТЕГРАТИВНА АНТРОПОЛОГІЯ

INTEGRATIVE ANTHROPOLOGY
International Medical and Philosophical Magazine

Лекції Нобелівських лауреатів

Методологія інтегративних процесів

Онто- і філогенез

Генетичні аспекти біології та медицини

Клонування: медицина, етика, право

Репродукція. Медичні, етичні та соціальні проблеми

Проблеми біоетики

Патологічні стани і сучасні технології

Інтелект: проблеми формування та розвитку

Соціальні та екологічні аспекти існування людини

Людина і суспільство

Філософські проблеми геронтології та геріатрії

Людина і Всесвіт

Життя і смерть: єдність та протиріччя

Дискусії

Книжкова полиця

Листи в редакцію

