# РЕФЕРАТ

**на тему**

“Основы медицинской этики, психологии, деонтологии;

**научно-технический прогресс**

**в медицине”**

## Автор: Русаков Дмитрий

### Группа – 2 мед 11

**г. Мурманск**

**2002 г.**

1. **ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ПСИХОЛОГИИ, ДЕОНТОЛОГИИ.**

БИОЭТИКА представляет собой важную точку философского знания. Фор­мирование и развитие биоэтики связано с процессом трансформации традицион­ной этики вообще, медицинской и биологической этики в частности. Оно обу­словлено, прежде всего, резко усиливающимся вниманием к правам человека (в медицине - это права пациента, испытуемого и т.д.) и созданием новых медицин­ских технологий, порождающих множество проблем, требующих решения, как с точки зрения права, так и морали.

Кроме того, формирование биоэтики обусловлено грандиозными изменениями в технологическом оснащении современной медицины, огромными сдви­гами в медико-клинической практике, которые стали возможными благодаря ус­пехам генной инженерии, трансплантологии, появления оборудования для под­держания жизни пациента и накопления соответствующих практических и теоре­тических знаний. Все эти процессы обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, перед родственниками больных, перед средним медперсоналом. Существуют ли пределы оказания медицинской помощи, и каковы они в поддер­жании жизни смертельно больного человека? Допустима ли эвтаназия? С какого момента следует отсчитывать наступление смерти? С какого момента зародыш можно считать живым существом? Допустимы ли аборты? Вот лишь некоторые из тех вопросов, которые встают перед врачом, а также перед широкой общест­венностью при современном уровне развития медицинской науки.

**Исторические модели моральной медицины.**

Для того чтобы понять, какие морально-этические и ценностно-правовые принципы лежат в основе современной биомедицинской этики, следует хотя бы кратко охарактеризовать их развитие в различные исторические эпохи.

1. **Модель Гиппократа («не навреди»).**

Принципы врачевания, заложенные «отцом медицины» Гиппократом (460-377гг. до н.э.), лежат у истоков врачебной этики как таковой. В своей знаменитой «Клятве», Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом.

Несмотря на то, что с тех пор прошли многие века, «Клятва» не потеряла своей актуальности, более того, она стала эталоном построения многих этические документов. Например, Клятва российского врача, утвержденная 4-ой Конферен­цией Ассоциации врачей России, Москва, Россия, ноябрь 1994, содержит близкие по духу и даже по формулировке принципы.

1. **Модель Парацельса («делай добро»)**

Другая модель врачебной этики сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.). В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Па­рацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духов­ный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям ду­ховного наставника и послушника, так как понятие pater (лат. - отец) в христиан­стве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента оп­ределяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное проис­хождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

1. **Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).**

В основе данной модели лежит принцип «соблюдения долга» (deontos по-гречески означает «должное»). Она базируется на строжайшем выполнении пред­писаний морального порядка, соблюдение некоторого набора правил, устанавли­ваемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой «кодекс чести», несоблюдение которого чревато дисциплинар­ными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия.

**4. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»).**

Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомеди­цинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций че­ловеческого организма на тканевом, клеточном и субклеточном уровне. Некото­рые проблемы, стоящие перед современным обществом, были упомянуты в самом начале данной работы. Поэтому как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

**Принцип информированного согласия.**

«Опекунская» модель отношений между людьми теряет свои позиции в об­щественной жизни. Взяв старт в политике, идея партнерства проникла в самые сокровенные уголки жизни человека.

Не осталась в стороне и медицина. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества. Нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым.

Центром движения за права пациентов явилась больница, символизирую­щая всю современную медицину с ее разветвленностью, насыщенной разнообраз­ной аппаратурой и - повышенной уязвимостью пациента.

Американская ассоциация больниц стала активно обсуждать вопросы прав пациентов и одобрила билль о правах пациентов в конце 1972 г. Среди прав пациента, принятых Американской ассоциацией больниц, первостепенное значение имеет право на информацию, необходимую для *информированного согласия.*

Под информированным согласием понимается добровольное принятие па­циентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемен­та этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Пер­вый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

1) о характере и целях предлагаемого ему лечения;

2) о связанном с ним существенном риске;

3) о возможных альтернативах данному виду лечения.

С этой точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению явля­ется центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения дру­гой цели, даже если этой целью является здоровье.

Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьез­ность, вероятность его материализации и внезапность материализации. В некото­рых штатах Америки законодательные акты содержат перечни риска, о котором врач должен информировать пациента. Но одновременно с этим встает вопрос: Как и в каком объеме информировать пациента? В последнее время большое вни­мание получает «субъективный стандарт» информирования, требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспосабливали информацию к конкретным интере­сам отдельного пациента.

С точки зрения этики, «субъективный стандарт» является наиболее прием­лемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента, признает независимые информационные потребности и желания лица в процессе принятия непростых решений.

В начальный период формирования доктрины информированного согласия основное внимание уделялось вопросам предоставления информации пациенту. В последние годы ученых и практиков больше интересуют проблемы понимания пациентом полученной информации, а также достижение согласия по поводу лечения.

Добровольное согласие - принципиально важный момент в процессе приня­тия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подра­зумевает неприменение со стороны врача принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии решения пациентом. В связи с этим можно говорить о расширении сфе­ры применения морали, моральных оценок и требований по отношению к меди­цинской практике. Правда, пусть жестокая, сегодня получает приоритет в меди­цине. Врачу вменяется в обязанность быть более честным со своими пациентами.

Под компетентностью в биоэтике понимается способность принимать решения. Выделяются три основных стандарта определения компетентности:

1) способность принять решение, основанное на рациональных моти­вах;

2) способность прийти в результате решения к разумным целям;

3) способность принимать решения вообще.

Таким образом, основополагающим и самым главным элементом компе­тентности является следующий: лицо компетентно, если и только если это лицо может принимать приемлемые решения, основанные на рациональных мотивах. Именно поэтому проблема компетентности особенно актуальна для психиатрии.

Существует две основные модели информированного согласия - *событий­ная и процессуальная.*

В *событийной модели* принятие решения означает событие в определенный момент времени. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и состав­ляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предостав­ляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о воз­можных альтернативах и их риске и преимуществах. Взвесив полученную инфор­мацию, пациент обдумывает ситуацию, и затем делает приемлемый с медицин­ской точки зрения выбор, который в наибольшей степени соответствует его лич­ным ценностям.

Напротив, *процессуальная модель* информированного согласия основывает­ся на идее о том, что принятие медицинского решения - длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение здесь подразделяется на несколько стадий, которые могут быть охарактеризованы с помощью основных задач, которые они ставят:

1) установление отношений;

2) определение проблемы;

3) постановка целей лечения;

4) выбор терапевтического плана;

5) завершение лечения.

В этой модели пациент играет более активную роль по сравнению с относи­тельно пассивной ролью в событийной модели.

В целом поворот к доктрине информированного согласия стал возможен благодаря пересмотру концепции целей медицины. Традиционно считалось, что первая цель медицины - защита здоровья и жизни пациента. Однако нередко дос­тижение этой цели сопровождалось отказом от свободы больного, а значит, и ущемлением свободы его личности. Пациент превращался в пассивного получа­теля блага.

Главная цель современной медицины - благополучие пациента, и восста­новление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов.

Уважение автономии индивида является одной из основополагающих цен­ностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, что­бы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно.

Таким образом, сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являться исключением

**Биоэтика и практическая медицина.**

Биоэтика, возникшая около 20 лет назад явилась ответом на так называемые «проблемные ситуации» в современной клинической практике. Широкое обсуж­дение «проблемных ситуаций» в современном обществе стало манифестацией идеологии защиты прав человека в медицине. В связи с последним обстоятельст­вом некоторые основополагающие проблемы биоэтики оказались исключительно близки по содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при оказа­нии медицинской помощи.

Дилемма патерналистского и непатерналистского подходов в современной медицине является «красной нитью» для всей биоэтики. Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента основана на том, что жизнь человека - при­оритетная ценность, «благо больного - высший закон» для врача, полноту ответ­ственности за принятие клинических решений берет на себя врач. Напротив, непатерналистская модель исходит из приоритета моральной автономии пациента, в силу чего ключевой становится категория прав пациента.

**Эвтаназия.**

Термин «Эвтаназия» происходит от греческих слов "evos" - «хорошо», и thanatos - «смерть», означая буквально «добрая», «хорошая» смерть. В современном по­нимании, данный термин означает сознательное действие или отказ от действий, приводящие к скорой и безболезненной (не всегда) смерти безнадежно больного человека, с целью прекращения некупируемой боли и страданий.

На практике применяется достаточно четкая классификация эвтаназии.

1) Medical decision concerning end of life (MDEL), или «медицинское решение о конце жизни». MDEL можно разделить на две большие категории:

а) *Собственно эвтаназия -* случаи активного участия врача в смерти пациента. Это, собственно, производимое врачом убийство больного с *информирован­ного согласия* (см. выше) последнего;

b) *Ассистируемый врачом суицид* (Phisician assisted sucide - PAS), когда врач приготовляет смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.

2) Случаи, когда роль врача сводится к *согласованному с пациентом* отказу от на­значений, позволяющих продлить жизнь больного, или же к осуществлению мер и/или увеличению доз облегчающего страдания лекарства (например, обезболи­вающего или снотворного), в результате чего жизнь больного сокращается. В ос­новном - это прием опиоидных анальгетиков. Также, к данной группе следует от­нести *сознательное* информирование безнадежно больного о смертельной дозе принимаемого им препарата.

В настоящее время в обществе имеется две противоположных подхода к проблеме эвтаназии: либеральный и консервативный. Сторонники каждого под­хода приводят свои аргументы в пользу эвтаназии.

Сторонники эвтаназии, хотя бы в форме прекращения лечения, считают ее допустимой по нескольким соображениям:

• Медицинским - смерть, как последнее средство прекратить страдания больного.

• Заботы больного о близких - «не хочу их обременять собой».

• Эгоистическим мотивам больного - «хочу умереть достойно».

• Биологическим - необходимость уничтожение неполноценных людей из-за угрозы вырождения человека, как биологического вида, вследствие накопление патологических генов в популяции.

• Принцип целесообразности - прекращение длительных и безрезультат­ных мероприятий по поддержанию жизни безнадежных больных, чтобы использовать аппаратуру для реанимации вновь поступивших с меньшим объемом поражений.

• Экономические - лечение и поддержание жизни ряда неизлечимых больных требует применения дорогостоящих приборов и лекарств.

Последние три принципа уже широко использовались в фашистской Герма­нии: государственная политика уничтожения «неполноценных», умерщвление тяжелораненых вследствие дефицита медикаментов и госпитальных ресурсов в конце войны.

**3. Аборты, ЭКО и контрацепция.**

Отношение к проблеме медицинского аборта неоднозначно со времен ан­тичности до наших дней. В «Клятве» Гиппократа (V в. до н.э.) четко сформулиро­вано: «...Я не вручу никакой женщине абортивного пессария...». Напротив, Ари­стотель в «Политике» пишет, что если «...должен родится ребенок сверх поло­женного числа, то следует прибегнуть к аборту, прежде, чем у зародыша появится чувствительность к жизни...». В «Клятве российского врача» и «Этическом ко­дексе российского врача», принятых на 4-й конференции Ассоциации врачей Рос­сии в 1994г. отношение к искусственному прерыванию беременности никак не отражено.

Следует также отметить и юридический аспект данной проблемы. Сама операция искусственного прерывания беременности прошла путь от полного за­прещения под страхом смертной казни до полной легализации в наши дни, как права женщины распоряжаться функцией собственного тела.

Революционным достижениями XX века является возможность контрацеп­ции и искусственного оплодотворения. Контрацепция длительное время отверга­лась христианством, которое признавало единственной формой предупреждения зачатия воздержание в браке. Это сформировало воззрения врачей, продержавшиеся до начала XX века, и только в конце нашего столетия врачебным сослови­ем была принята официальная политика медицинской помощи по контрацепции. ЭКО была неоднозначно встречено духовенством, так как данная процедура, с одной стороны, вмешивается в сам процесс зарождения жизни, а с другой - все-таки позволяет иметь желанного ребенка в бесплодном браке. Нельзя не отметить, что христианские ученые даже самых либеральных взглядов признают только оп­лодотворение спермой мужа, так как, по их мнению, донорство в подобной ситуа­ции угрожает разрушить сам институт семьи, освященный Богом.

Аборт и ЭКО тесно связаны со статусом эмбриона, со сроком, с которого следует считать его живым существом. В первом случае уничтожается всякий эм­брион, во втором уничтожаются «эмбрионы-дублеры».

С точки зрения католицизма со времен Ф. Аквинского «одушевление» про­исходит на 40-й после зачатия у мужчин и на 80-й день - у женщин. Врачи дли­тельное время считали плод живым со времени его первого шевеления, регистра­ции сердцебиения. Несколько в стороне стоит вопрос жизнеспособности (способ­ности выжить вне организма матери), связанный с формированием легочной сис­темы (не ранее 20 недель от зачатия).

С точки зрения современной биологии и эмбриологии человек как биологи­ческий индивидуум формируется сразу после слияния родительских половых кле­ток, когда образуется неповторимый набор генов.

Таким образом, врач должен решить для себя вопрос «когда считать эмбри­он человеком?», что бы произвести аборт или уничтожение «запасного» эмбрио­на, не нарушив заповеди «не убий».

**Проблемы онкологических заболеваний:**

**Роль среднего и младшего медперсонала в лечении онко-больных.**

Медицина не всесильна, знания о некоторых онкологических заболеваниях недостаточны и поэтому ранее от больных скрывался диагноз. Врачей или медицинских сестер, если они давали безнадежному больному прочесть историю болезни, выгоняли с работы. В настоящее время медицинское законодательство России "списано " с либеральных голландских законов и больной имеет полное право знать о том, чем он болеет. И если человек все равно вскоре помрет, то возникает нравственная проблема: что лучше: цинично сказать человеку правду о его здоровье и лишить его последней надежды или лучше "ложь во спасение" и ложные надежды.

В 1997 году Российской ассоциацией медицинских сестёр принят Этический Кодекс медицинских сестёр России. Он содержит принципы и нормы, которые конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной деятельности медицинской сестры.

Сестринский процесс состоит из 5-ти основных этапов:

1)сестринское обследование, сбор информации;
2) выяснение проблем пациента и формулировка сестринского диагноза;
3) определение целей ухода и планирование сестринской деятельности;
4) реализация планируемых действий;
5) оценка эффективности проводимых мероприятий.

Остановимся более подробно на 4-ом этапе - реализации планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения и реабилитации пациентов. Медицинской сестре в ходе своей работы приходится осуществлять просветительскую деятельность. Сестринский процесс должен включать в себя обсуждение с пациентом и его близкими всех возможных проблем, с которыми он может столкнуться вследствие своего заболевания, а также оказание помощи в их решении, естественно в пределах сестринской компетенции.

Медицинская сестра рассказывает больному о подготовке к диагностическим процедурам, о процессе лечения и целесообразности тех процедур и манипуляций, которым он подвергается, о соблюдении рациональной диеты. Важным моментом при работе с пациентами является простота речи. Целесообразно использовать короткие фразы в действительном залоге, а также слова, состоящие не более чем из двух-трёх слогов. В объяснениях медицинских терминов должен использоваться тот язык, который больной понимает.

Пациенту важно объяснить также:

1) цель приёма назначенного лекарственного средства;
2) потенциальные побочные эффекты и действия больного в случае их возникновения;
3) время и способ приёма лекарственного препарата;
4) правила хранения лекарственного препарата;
5) продолжительность лечения;
6) последствия в случае несоблюдения режима лечения.

Болезнь оказывает влияние на человека в целом. Она может изменить привычный образ жизни, заставить пациента отказаться от любимого дела, нарушить эмоциональное равновесие. Подавленное настроение значительно ухудшает течение заболевания.

Работа медицинской сестры, если она проводится на высоком профессиональном уровне, повышает уверенность больного в благоприятном исходе болезни, учит пациента жить со своей болезнью более полноценно.

Особенностью образования онкологических больных и потенциальных пациентов в онкологии является то обстоятельство, что, по данным социологических исследований, подавляющее большинство населения никогда не хотело бы слышать такие слова как "рак" и "онкология" ни по отношению к своим родным и близким, ни, тем более, по отношению к себе. Онкология и всё, что связано с понятием "рак", для большинства населения по-прежнему покрыто "страшными" тайнами.

Если в отношении других заболеваний (болезни органов желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания) ведущими специалистами проводится активная просветительская работа с широким привлечением средств массовой информации, то в онкологии эта информация распространяется энтузиастами в узком кругу медиков, и, как следствие, образовавшийся информационный вакуум активно используется непорядочными людьми. Газеты и журналы обильно усыпаны объявлениями типа "Избавлю от любых недугов". В рекламных рубриках разнообразные нетрадиционные специалисты предлагают быстрое, качественное и гарантированное исцеление от рака. "За содержание рекламных объявлений редакция ответственности не несёт" - это можно прочитать в любой газете и журнале. Однако именно содержание рекламных объявлений и привлекает читателей. И чем более волшебные обещания будут даны рекламодателем, тем больший спрос это будет иметь среди читателей. Таковы особенности рекламного жанра. И выстраиваются очереди онкологических больных к специалистам нетрадиционной медицины. Подобные методы лечения оборачиваются для больных безвозвратной потерей времени и денег, а также прогрессированием опухолевого процесса.

А в это время, малочисленные и малоимущие благотворительные фонды занимаются психологической поддержкой онкологических больных. Врачи-энтузиасты пытаются при помощи "подручных средств" довести до населения информацию о возможностях и методах диагностики и, прежде всего, самодиагностики злокачественных опухолей. Важность самостоятельной диагностики опухолей наружной локализации чрезвычайно высока. Однако популярность самообследования среди населения не высока. Зачастую онкологический больной вспоминает об утраченной возможности ранней самодиагностики злокачественной опухоли, будучи уже прикованным к больничной койке онкологического учреждения.

Сегодня врачи-онкологи решают проблемы ранней диагностики злокачественных опухолей, совершенствуют существующие методы лечения и осуществляют поиск новых схем лечения онкологических больных. При этом они стремятся обеспечить больному максимально возможное качество жизни, а его близким и родственникам - минимальные затраты на его лечение.

Возможно, уже наступают времена, когда образование потенциальных пациентов онкологических учреждений по значимости будет сопоставимо с образованием онкологических больных, где роль медицинской сестры будет, несомненно, высока.

Бурный рост злокачественных опухолей и успех онкологической науки требуют на сегодняшний день участия в лечебно-диагностическом процессе не только медицинского персонала, но самих пациентов и их родственников. Зачастую только внимательное отношение пациента к своему здоровью и умение пользоваться приёмами самообследования позволяют выявить злокачественную опухоль на ранних стадиях, что значительно улучшает результаты лечения пациента и прогноз заболевания. Чаще злокачественные опухоли выявляются в распространённых стадиях и требуют значительных усилий со стороны медицинского персонала, больного и его родственников. Только совместными усилиями удаётся добиться тех результатов лечения злокачественных опухолей, которые уже сегодня позволяют человечеству смотреть в будущее с определённой долей оптимизма.

Результаты социологических исследований в развитых странах показывают, что население больше всего боится онкологических заболеваний. У людей укоренилось представление о раке как о фатальной болезни. А между тем прогресс онкологической науки позволяет уже сейчас добиваться выздоровления у значительного числа больных, в то время как 40 лет назад удавалось помочь одному больному из пяти. Сегодня онкологи знают, при каких опухолях можно полностью вылечить больного, при каких - значительно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни. Наступил период осторожного оптимизма с научным и индивидуальным подходом к лечению каждого больного.

Одним из способов лечения злокачественных новообразований является лекарственная терапия. Надо отметить, что психологически пациенты больше настроены на проведение хирургического лечения и лучевой терапии, чем на химиотерапию. Определенный страх у них вызывают побочные явления этого метода лечения. В этой ситуации роль медицинской сестры неоспорима. Доверие больных к медицинским сёстрам высоко, так как медицинские сестры по долгу службы проводят с ними значительно больше времени, чем врачи. Особенно важными являются беседы пациентов и медицинских сестёр в вечернее время. Медицинская сестра обладает возможностью настроить больного на благоприятный результат лечения и на преходящий характер побочных эффектов.

К сожалению, в нашей стране пока нет единой программы образования пациентов. Попадая на приём к другому специалисту или обращаясь к новой дежурной медсестре, пациент может услышать совершенно противоположные рекомендации. Сразу в мыслях больного человека возникает вопрос: "Кому верить?". Очень печально, что нередко пациент выслушивает и критику медиков в адрес своих коллег. Это недопустимое нарушение медицинской этики подрывает как личный авторитет медицинских работников, так и медицины в целом. Но все-таки, в настоящее время усилиями врачей и медицинских сестёр ведётся просветительская работа с пациентами и их родственниками. Может быть, эта работа происходит пока еще спонтанно, и качество её напрямую связано с личностью медицинского работника и его профессионализмом.

Назрел момент создать единые методические рекомендации для медицинских сестер по работе с онкологическими пациентами с учетом специфики отделений, использующих различные методы лечения. Первым опытом издания специальной литературы для медсестер, работающих с онкологическими пациентами, явилось "Пособие по онкологии для медицинских сестер" под редакцией проф. В.А. Горбуновой. Оно было издано по материалам 1го Общеобразовательного семинара для медицинских сестер онкологических стационаров, который прошел в рамках VII Российского национального конгресса "Человек и лекарство" в апреле 2000 г.

1. **НАУЧНО – ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРЕГРЕСС:**

**Достижения современной медицины.**

**Сосудистые осложнения сахарного диабета:**

**Как уберечь зрение?**

У больных сахарным диабетом одним из наиболее частых проявлений сосудистых осложнений является диабетическая ретинопатия, приводящая к значительному снижению зрения и, как следствие, полной слепоте и инвалидности. В специализированные офтальмологические центры при данной патологии часто попадают больные с уже выраженными диабетическими изменениями, которые, несмотря на наличае современных методов лечения, приводят к развитию слепоты. Коварство данной патологии заключается в том, что больные сахарным диабетом на ранних стадиях диабетической ретинопатии не наблюдают снижения зрения, а также в то, что выявление поражения сетчатки на ранних стадиях заболевания в обычной поликлинике представляет определенные трудности.

Многолетний поиск способов выявления и лечения диабетической ретинопатии позволил создатб комплексный метод оценки состояния глаза и стадии сахарного диабета, позволяющий проводить раннюю диагностику диабетической ретинопатии и назначать соответствующее лечение.

Эффективным и безопасным методом лечения диабетической ретинопатии является пересадка островковых клеток поджелудочной железы новорожденных кроликов. Культура клеток с помощью шприца вводится или в прямуюмышцу живота или как можно ближе к патологическому очагу – непосредственно за глазное яблоко.

Такой метод лечения диабетической ретинопатии у больных сахарным диабетом дает следующие изменения:

* Стабилизируется течение лабильных форм инсулинзависимого диабета;
* Повышается степень компенсации заболевания и снижается потребность (на 20-80%) во вводимом инсулине или сахароснижающих препаратах;
* Исчезает склонность к развитию гипогликемических состояний и кетоацидлза;
* Приостанавливается развитие различныхосложнений – нефропатии, ретинопатии и др.

**Аппарат квантовой терапии**

**«ВИТЯЗЬ»**

Принцип квантового подходак человеческому оргнизму предполагает, что вся информация о нем содержится не в клетках, а в квантаз организма. Клеток для такого количества информации у человека явно недостаточно. Наследственная информация хранится в человеческом организме в виде квантовой голограммы, которая способна восстанавиваться после болезни под определенным воздействием внешних природных факторов. Для обработки, восстановления и реализации заложенной программы клетки человеческого организма используют микроволновое излучение санти- и милиметрового диапазона, световые, лазерные и акустические поля. То есть именно те способы, на которых были вслепую основаны все древние терапевтические системы: йога, тибетская медицина, ушу, акупунктура и даже лечение якутских знахарей.

В основе квантовой медицины лежит воздействие на организм солнечным и космическим светом, лазерными лучами и биоэнерголучами. То есть именно теми факторами, которых так не хватает городскому жителю, оторванному от естественной природной среды. Аппарат «Витязь» – это, по сути, домашний лазер, помогающий организму восстановиться в первозданном виде. Это не аналог лекарства или физиотерапии, помогающей снять приступ какой-либо болезни, «Витязь» - это уникальный инструмент, позволяющий устранить не проявления болезни, а саму её причину. По последним исследованиям медиков, с его помощью можно вылечить более 150 болезней, причем 92 человека из 100 навсегда забывают о своих недугах. Организм не просто сам изгоняет из себя болезнь, но и восстанавливает свои разрушенные ресурсы, в нем просыпается генетическая память. Поскольку исследования непрерывно продолжаются в ведущих российских клиниках и в Центре квантовой медицины, ежемесячно к списку излечиваемых «Витязем» болезней добавляется еще 2 – 3 недуга.

Предположим, Вы долгие годы мучаетесь отложением солей. С помощью воздействия на кванты своего организма, Вы можете не просто избавиться от солей – организм сам восстановит сбой в программе, и соли больше не будут откладываться в нем. «разве я забыл, каким был в 18 лет? – словно спросит организм сам себя. – Ведь не было никаких отложений. Зачем же они мне нужны, если это больно?». Это, конечно, упрощенное, но наиболее близкое к истине объяснение принципа действия прибора. Всего несколько севансов – и Вы навсегда забудете, чтотакое пародонтоз, простататит, облысение, косоглазие. Не придется больше ходить по врачам. «Витязь» - это ваш домашний доктор любой специализации. Он сам себе и гинеколог, и кардиолог, и педиатр, и даже ветеринар и цвеовод. Причем он абсолютно безвреден даже для грудных младенцев: в отличае от классиеской акупунктуры, он воздействует не на акупунктурную точку, точно попасть в которую может лишь специалист, а на акупунктурную зону - то есть эффект не изменится, если луч немного отклонится от нужной точки.

«Витязь» - отличное средство для профилактики любых болезней. Специальный курс для поднятия иммунитета – и Вы, и ваши дети неуязвимы в период эпидемий гриппа. То же самое касается и аллергиков, которые могут провести курсы лечения «Витязем» перед весенним цветнием. По сути «Витязь» вожно сравнить с целой клиникой: для того чтобы излечить 150 разных болезней, понадобится огромное помещение с целым штатом врачей и дорогостоящим оборудованием. У владельцев «Витязя» есть возможность соединить всё это в одном маленьком приборе с десятком кнопок. Единственное, чего он не может – принимать роды и вырезать аппендицит. Только там, где требуется срочное хирургическое вмешательство, он бессилен. В остальных же случаях «Витязь»не просто врач. Он не только лечит. Он – излечивает.

**Список литературы.**

* Силуянова И. В., «Современная медицина и православие», М., Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры», 1998г.
* Журнал «Вопросы философии», № 3, 1994 г.
* Современная философия: словарь и хрестоматия. «Феникс», Ростов-на-Дону, 1995г.
* Философия. Учебник для высших учебных заведений. «Феникс», Ростов-на-Дону, 1995г.
* Магазаник Н. А. Искусство общения с больными. - М.: Медицина, 1991. -110,[2] c.
* Угрюмов В. Л. О медицинской деонтологии. // Клинич. медицина. - 1993. - N 3. - C. 9-11.
* Яровинский М. Я. Медицинский работник и пациент : (Конспект лекции). // Мед. помощь. - 1996. - N 5. - C. 32-39
* Журнал «БизнесМЕДИЦИНА» №8 (2000), №4(2000)
* Асеев А. В. Отношение студентов медицинского института к онкологическим больным. // Вопр. онкологии. - 1992. - N 7. - C. 851-854.
* Петровский Б. В. Вопросы врачебной этики и современность. // Вестн. Рос. АМН. - 1996. - N 11. - C. 3-5.