

Факт возникновения НПР в первичной медицинской документации указывают «часто» или «всегда» более половины врачей (101 – 72%) в 2010 г. После посещения семинары больше врачей ответили, что они «часто» или «всегда» регистрирует НПР в картах пациентов-121 (86%). Однако, по данным исследований, в стационарах г. Волгограда лишь в 4% историй болезни указан факт возникновения НПР [4].

В 2011 году знание о необходимости заполнения карт-извещений о подозреваемой НПР выявлено у 129 (87%) опрошенных, что достоверно ($p=0,001$) больше, чем в 2010 (68 – 48%).

Следует отметить, что большинство опрошенных (121 – 86% врач в 2010 г. и 128 – 91% в 2011) считает важным выявление и регистрацию НПР, однако за всю свою клиническую практику до проведения семинаров лишь 6 (4%) врачей заполняли карты-извещения о подозреваемых НПР. К 2011 году уже 26 (19%) докторов отправляли информацию о возникших НПР в ЦМБЛС.

Основной причиной своей низкой активности по заполнению карт-извещений о НПР в 2010 г. врачи назвали: «низкую осведомленность о проблеме НПР» – 96 (68,57%). Однако после посещения семинаров лишь 27 (19%) опрошенных выбрали этот вариант ответа ($p=0,001$). Практически не изменилась позиция врачей к таким причинам редкого заполнения ими извещений о НПР как: «загруженность бумажной работой» – 61 (44%) в 2010г. и 58 (41%) в 2011; «сомневаюсь, что это действительно НПР» – 34 (24%) в 2010г. и 30 (21%) в 2011; «боязнь показаться некомпетентным» – 14 (10%) в 2010г. и 11 (8%) в 2011. Несмотря на подробные разъяснения на семинарах о том, что вся система мониторинга направлена на улучшение качества ЛП, у врачей сохраняется «боязнь административных мер», так ответили 36 (26%) докторов в 2010 г. и 32 (23%) в 2011 г.

Выводы. Исследование позволило выявить необходимость проведения школ-семинаров по вопросам безопасности ЛС, так как они позволяют улучшить понимание проблемы НПР практикующими врачами и увеличить эффективность выявления и регистрации НПР на постмаркетинговом этапе применения лекарственных препаратов. В целом отмечено позитивное отношение врачей к проводимой работе по мониторингу безопасности лекарственных средств. Отмечается готовность врачей к сотрудничеству с ЦМБЛС по выявлению и регистрации НПР. По-прежнему наиболее частой причиной развития НПР остаются антибактериальные препараты. Нами выявлен рост осведомленности и активности врачей разных специальностей в вопросах безопасности лекарственных средств в 2011 году по сравнению с 2010 годом. В то же время у докторов сохраняется боязнь административных мер, в

связи с чем, необходим более тщательный алгоритм взаимодействия всех компетентных органов, отвечающих за мониторинг безопасности ЛС, с учетом позиции врачей.

Таким образом, вопросы безопасности фармакотерапии в постмаркетинговый период применения ЛС являются прерогативой лечащих врачей и зависят, прежде всего, от их профессиональной сознательности и врачебной этики. В этой связи, важна роль этической экспертизы безопасности лекарственной терапии не только на этапе клинического исследования ЛС, но и в период его применения в клинической практике.

Литература

1. Федеральный закон Российской Федерации от 12.04. 2010 N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета. 2010. №5157.
2. Петров В.И. Учить биоэтике будущего//Биоэтика.-2012.-№2(10). –С.4-6.
3. Петров В.И., Смусева О.Н., Соловкина Ю.В. Совершенствование мониторинга безопасности лекарственных средств в регионах на примере Волгоградской области//Профилактическая и клиническая медицина. 2011. Т.3, № 40. С.73-76.
4. Смусева О.Н. Регистрация нежелательных лекарственных реакций в первичной медицинской документации//О.Н.Смусева, О.В.Шаталова, Ю.В.Соловкина, Н.А.Воронкова//Вестник ВолГМУ. - 2011. - №4(40). - С.37-39.
5. How patient reporters identify adverse drug reactions: a qualitative study of reporting via the UK Yellow Card Scheme/Krska J. [et. al.]// Drug Saf. 2011. Vol. 34, №5. P. 429 - 36.
6. Novel Data-Mining Methodologies for Adverse Drug Event Discovery and Analysis/Harpaz R. [et. al.]// Clin Pharm Ther. 2012. Vol. 91, № 6. P.1010-1021.
7. Biclustering of adverse drug events in the FDA's spontaneous reporting system/ Harpaz R. [et. al.] //Clin. Pharmacol. Ther. 2011. Vol. 89. P.243–250.
8. Basch E.. The Missing Patient Voice in Drug-Safety Reporting// N. Engl. J. Med. 2010. Vol. 362, №10. P.865–869.

УДК 616.31-053.9:15

ЗНАЧЕНИЕ БИОЭТИКИ В РЕАЛИЗАЦИИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В СТОМАТОЛОГИИ

Фирсова И.В.

*доктор медицинских наук, профессор, зав.
кафедрой терапевтической стоматологии,
Волгоградский государственный медицинский
университет, pin177@rambler.ru*

Крайнов С.В.

*аспирант кафедры терапевтической
стоматологии, Волгоградский государственный
медицинский университет, krajnosergej@yandex.ru*

Попова А.Н.

*кандидат медицинских наук, доцент кафедры
терапевтической стоматологии, Волгоградский
государственный медицинский университет,
kseni4ka91@bk.ru*

Статья посвящена социально-психологическим особенностям больных пожилого возраста, комплексному подходу в понимании старости, как сложного феномена, детерминированного не только клинико-биологическими, но и психо-эмоциональными причинами. Авторы обосновывают важность геронтостоматологии, необходимость комплексной реализации геронтологического подхода и исключительную роль биоэтики – как теоретического и методологического базиса модернизации системы оказания стоматологической помощи лицам старшего возраста.

Ключевые слова: геронтология, стоматология, биоэтика, психология, старение, старость, комплаентность.

THE ROLE OF BIOETHICS IN THE REALIZATION OF GERONTOLOGICAL APPROACH IN DENTISTRY.

Firsova I.V.

*Doctor of medical sciences, professor, Head of the chair of
the therapeutic stomatology, Volgograd State Medical
University, pin177@rambler.ru*

Krainov S.V.

*Post-graduate student of the chair of the
therapeutic stomatology, Volgograd State Medical
University, krajnosergej@yandex.ru*

Popova A.N.

*Ph.D., Assistant Professor of the chair of the therapeutic
stomatology, Volgograd State Medical University,
kseni4ka91@bk.ru*

The article is about some social and psychological peculiarities of elderly patients. It also deals with a team approach to senility as a complex phenomenon determined not only by clinical but also psychoemotional factors. The authors substantiate the importance of geriatric dentistry and the need for the use of an integrated gerontological approach as well as the remarkable role of bioethics as a theoretical and methodological basis of updating dental care to the needs of elderly patients.

Keywords: gerontology, dentistry, bioethics, psychology, aging, senility, compliance.

Сегодня совершенно очевидным является факт постарения населения, то есть увеличения абсолютного и относительного числа лиц пожилого (60 – 74 года), старческого возраста (75 – 89 лет), а также долгожителей (старше 90 лет) [3, 4]. Данная тенденция начала особенно ярко проявляться со второй половины XX века. Любопытно, что причинами такого рода перемен (в возрастно-половой пирамиде, а также структуре воспроизводства населения) стали достижения нашей цивилизации в экономике, социальной политике, культуре и, безусловно, медицине. В результате возник своеобразный парадокс развитых в социально-экономическом плане стран – люди стали жить лучше, однако рождаемость (определяющий фактор естественного движения населения) начала падать, и одновременно возросла доля лиц старших возрастных групп. Таким образом, именно общественный прогресс, во всех его проявлениях, стал едва ли не основной причиной «малодетности» (когда рождаемость снижается до уровня, недостаточного для воспроизводства населения) [3].

Сегодня мы стоим на рубеже серьезных перемен: «эпоха молодых» сменяется «веком пожилых», и эти перемены, безусловно, скажутся на социальном и экономическом благополучии большинства стран, вынудят пересмотреть сложившиеся устои в медицине и организации здравоохранения. Иными словами, общество должно **приспособиться** к тому, что значительной его частью будут люди старшего возраста [8].

Однако важно понимать, что старость – это **полноценный** период жизни человека, имеющий свои возрастные задачи и возможности самоактуализации [2, 6].

Старость – это безусловный феномен, до конца не понятый и не разгаданный человечеством. Мы ее боимся, стараясь как можно дальше отодвинуть время ее прихода. Но, вместе с тем, она манит нас таинственностью, ибо еще на заре своего возникновения человек мечтал о победе над ней, то есть о бессмертии. Существует множество теорий старости, однако, ни одна из них не способна в полной мере ответить на вопросы, касающиеся ее сути [8].

И все же, современный уровень развития гуманитарных наук (например, социологии медицины и биоэтики), к которым все чаще рефлексировала медицина наших дней, дает нам верное представление о том, что старость зависит не только от инволютивных изменений в организме, но и от **психологического статуса** человека, а также (что немаловажно) от общественных стереотипов (ведь в разные эпохи стариками становились в различном возрасте). В современном же мире молодость продлена не только за счет увеличения продолжительности жизни и достижений в медицине, но и благодаря изменившимся взглядам на старость [5, 6].

Иными словами, понятие «старость» складывается не только из сугубо медицинских и демографических показателей. Роль социума (а также

самоощущения человека) в его определении играет весьма важную роль. Значит, и при лечении пожилых людей необходимо отталкиваться в том числе от социально-психологических детерминант [8].

В зарубежной геронтологии весьма популярны четыре основополагающих критерия старения, разработанных еще в 60-е годы XX века Б. Стрехлером [1]:

1. Старение – универсальный процесс;
2. Старение – прогрессирующий, непрерывный процесс;
3. Старение – свойство любого живого организма;
4. Старение сопровождается дегенеративными изменениями.

Да, старение – это, безусловно, **универсальный и прогрессирующий биологический процесс**, однако, в случае человека, он **реализуется в конкретных социокультурных, общественных условиях**, поэтому значение личностных, психологических и социальных аспектов здесь крайне важно [5].

Сегодня все чаще можно встретить сравнение гериатрии и педиатрии. Действительно, такого рода ассоциации имеют место быть (и старики и дети – это пациенты, имеющие ряд физиологических, и, что не менее важно, психологических отличий). Во многих докладах постоянно говорится о важности геронтологии вообще и **геронтостоматологии** в частности, однако на деле мы практически не наблюдаем **дифференцированного подхода к лечению пациентов старших возрастных групп**. Кроме того, по-прежнему спорным остается вопрос о принадлежности геронтостоматологии: составной частью чего она является? Стоматологии, или же геронтологии? Очевидно, что геронтостоматологию целесообразно выделить в **отдельную подотрасль** [8].

В современных диссертационных работах, статьях и даже монографиях основной упор делается на анатомо-физиологические особенности пожилых, характер инволютивных процессов, происходящих в организме, показатели общесоматической полиморбидности; и это правильно, поскольку рассматривается **биологическая** основа старости. Однако данный подход, на наш взгляд, **не является полным** и требует доработки и расширения. Старость – это не только совокупность дегенеративных изменений органов и систем, это еще и серьезные социально-психологические, психо-эмоциональные перестройки личности, которые коррелируют с клиническими проявлениями едва ли не любой патологии (в том числе и стоматологической), а, значит, должны быть учтены и оценены врачом.

Лечение болезни – это всегда нечто большее, нежели правильно поставленный диагноз и адекватно назначенная терапия (согласно современным стандартам). Это еще и

взаимодействие врача с пациентом (что приобретает особое значение в случае пожилых людей). И такой важный фактор успешности лечения, как комплаентность – безусловно, рефлексировать с тем, насколько пациент старшего возраста симпатизирует доктору, а последнее, в свою очередь, зависит от того, насколько врач понимает «старого человека» и, возьмем на себя смелость сказать – насколько он понимает «старость» [7, 9].

Казалось бы, стоит ли тратить время грамотному терапевту на «задушевную» беседу с пожилым пациентом, которая выходила бы за рамки сбора анамнеза? Ведь больной обследован, диагноз поставлен, препараты выбраны, положительная динамика наблюдается, но пациент недоволен! Почему?! Ответ прост – пожилой человек ждал от общения с врачом еще чего-то. И скорее всего, своим знакомым он скажет: «больше к этому врачу я не пойду, а пойду к другому – он приятнее, **умеет выслушать...**». Такая ситуация не редкость, и очень часто больные старших возрастных групп выбирают более «милых» докторов, которые далеко не всегда являются самыми грамотными.

Таким образом, именно в **комплексном** понимании старости таится успех лечения пожилого человека.

Так что же такое старость? Сегодня ученые выделяют несколько ее **видов**: хронологическую, физиологическую, психологическую и социальную [1].

Хронологическая старость – это возраст, то есть количество прожитых лет (именно этот показатель доминирует в оценке пожилого человека); **физиологическая** – состояние здоровья (то есть биологические аспекты старения); **психологическая** – осознание индивидуумом своего места в возрастной структуре (личностная оценка себя, как стареющего человека; именно этот «уровень» старости представляется нам наиболее сложным для понимания); и, наконец, **социальная** – постарение населения в целом (демографические показатели).

Как было отмечено выше: говоря о старении, мы, зачастую представляем лишь биологическую составляющую этого сложного процесса, но даже с этой позиции, далеко не всегда клиницист (особенно стоматолог) оценивает соответствие паспортного (хронологического) возраста биологическому, а, значит, определение **темпа** старения (*ускоренного* – когда биологический возраст опережает паспортный, и *замедленного* – когда наблюдается обратная ситуация) остается без должного внимания [1, 4].

Различают несколько **типологий** старости. Так, например, А.Г. Вишневский предложил классифицировать старость в зависимости от характера деятельности пожилого человека [4]:

- Первый тип – активная, творческая старость (человек закончил свою трудовую деятельность, но продолжает участвовать в общественной жизни; таким

образом, он хорошо адаптирован к новым условиям и своей социальной роли и не считает себя ущемленным).

- Второй тип – имеет место хорошая социальная и психологическая приспособленность пожилого человека, однако его энергия направлена на устройство жизни: материальное благополучие, самообразование, отдых.

- Третий тип – здесь пожилой человек находит главное приложение силы и своей энергии в семье (она становится для него смыслом жизни, поэтому ни хандрить, ни скучать ему некогда), в данном типе преобладают женщины. Однако, в силу возможных конфликтов и «недопониманий» с близкими – удовлетворенность жизнью у таких пожилых несколько ниже, чем у представителей первых двух групп.

- Четвертый тип – люди, заикнувшиеся на заботе о своем здоровье, что порождает разнообразные формы активности и даже способно дать пожилому человеку определенное моральное удовлетворение. Такие люди склонны к преувеличению значения своих болезней и аггравации.

Важна также **стратегия** старения, которую выбирает себе человек, то есть то, как он будет преодолевать возрастной кризис. М.В. Ермолаева выделяет две основные стратегии эмоционального старения [1, 5]:

1. Стратегия, предполагающая сохранение дальнейшего личностного роста;
2. Стратегия биологического выживания (сохранение себя, как индивида).

Совершенно очевидно, что с точки зрения качества жизни пожилого человека – вторая модель менее состоятельна и конструктивна, поскольку с возрастом наблюдаются последовательные инволютивные изменения в организме, а, следовательно, данная стратегия не сможет обеспечить приемлемый эмоциональный фон, что, напомним, весьма важно в условиях лечения болезни.

Первая же стратегия, способна справиться с формированием субъективной удовлетворенности жизнью и с принятием себя в условиях старения, а, следовательно, иным может быть и диалог врача с пациентом.

К сожалению, наиболее часто у лиц старших возрастных групп можно наблюдать пониженный эмоциональный фон, то есть преобладание второй стратегии, однако вряд ли данный аспект не поддается коррекции, хотя бы частичной [5].

Нужно помнить, что пожилой человек сталкивается с большим количеством **проблем**:

1. Снижение когнитивных способностей;
2. Нарастание общесоматической полиморбидности;

3. Социализация после трудовой деятельности;

4. Принятие старости;

5. Одиночество;

6. Потребность в социально-медицинской помощи

И то, как он будет решать эти проблемы – зависит от выбранной им стратегии старения. Иными словами, данные особенности эмоциональной сферы не могут оставаться без внимания врача, поскольку от них должна зависеть модель взаимоотношений «врач-пациент».

В этой связи, для понимания врачом старости и **стареющего человека** (без этого говорить о полноценном лечении пожилых нельзя) – стоит обратиться к помощи **биоэтики**.

Впервые понятие «биоэтика», как известно, ввел В.Р. Поттер, считавший ее своего рода «мостом» между «фактами» и «ценностями». Им были использованы два греческих слова: *bíos* (жизнь), представляющее факты жизни и науки о жизни, и *éthos* (мораль), относящееся к ценностям и обязанностям. Таким образом, биоэтика возникает как часть теории морали, превращаясь в регулятор нравственного отношения ко всему живому (последнее является предметом биоэтики), а также отношений в области медицинского обслуживания (отношение к человеку, как живому существу, является ее приоритетной ценностью) [7].

Представляется, что особую роль биоэтика играет при реализации геронтологического подхода в целом и геронтостоматологического – в частности. Причем, особое внимание следует уделить таким основным понятиям биоэтики, как взаимоотношение «врач-пациент», а также «этика» и «деонтология».

Итак, о каких же особенностях пожилого и старческого возраста необходимо помнить практическому врачу?

Сегодня, для оценки качества и эффективности проводимой терапии любой патологии широко используется показатель **комплаентности** больного. Иными словами, «приверженность» лечению – есть важнейший гарант его успешности. Когда речь идет о больных пожилого и старческого возраста, то этот показатель приобретает еще большую важность, поскольку комплаентность во многом зависит от воли и концентрации внимания пациента, а в старшем возрасте, как известно, наблюдается снижение когнитивной активности и познавательной деятельности. При реализации комплексного геронтологического подхода это необходимо учитывать [6, 9].

Тем не менее, сегодня известно, что основная часть умственных навыков пожилого человека остается сохраненной, однако весьма ощутимо меняется скорость выполнения умственных, аналитических операций. С другой стороны, пожилой и старческий возраст

характеризуются стремлением к основательности и точности (в отличие от молодых людей, которые гораздо охотнее действуют наугад, «импровизируя», и «доверяясь случаю») [10].

Общение врача и пациента – это всегда обмен информацией. И то, как будет подана информация от доктора (в какой форме), в какой степени она будет адаптирована для человека старшего возраста – будет зависеть и показатель комплаентности [9].

Люди старших возрастных групп хуже воспринимают информацию, их сенсорная (кратковременная) память уже не столь эффективна, и для обработки и сохранения «входящих» данных требуется больше времени, поэтому если врач говорит слишком много и насыщенно, то пожилой человек просто не успевает справиться с таким потоком слов.

Изменения происходят и в долговременной памяти: пожилые гораздо легче запоминают нужную, необходимую им информацию, особенно если она **структурирована** в виде *инструкции, классификации* или *схемы*, то есть когда запоминаемый материал **организован** [5, 6].

Важно помнить, что и психическая активность пожилых лиц падает, они быстро устают, поэтому доктор должен не только давать собеседнику **передохнуть**, но также создавать условия для наилучшего восприятия сказанного, поскольку пожилые легко отвлекаются и теряют нить разговора.

Люди старших возрастных групп всегда тяжело воспринимают и переживают свою болезнь, тревожась и нередко впадая в депрессию. Зачастую, столь ярко окрашенный эмоциональный фон связан со страхами не столько перед самой болезнью, сколько перед вероятностью стать беспомощным, недееспособным и зависимым от других.

Пожилые **плохо адаптируются к новому**, и, понимая это, подсознательно не желают принимать новый распорядок дня, новую обстановку, новые правила, диктуемые им болезнью. Поэтому такие пациенты часто замыкаются и «уходят в себя» [6, 7].

Важно помнить, что познавательные возможности во многом зависят от самооценки пожилого человека, его внутреннего настроя, поэтому психологические составляющие общения врача с пациентом в данной ситуации играют едва ли не определяющую роль [2].

Подобно детям, пожилые нуждаются в постоянном **«поощрении»** своих действий, что как бы демонстрирует больному его дееспособность, повышая тем самым показатели комплаентности и эффективности терапии.

Пожилые люди склонны к «ностальгированию», поэтому расспросы о прошлом воспринимаются ими весьма положительно, что нужно использовать врачу при сборе анамнеза, как бы незаметно вставляя интересующие вопросы, **добываясь** правильных

ответов, вызывая не пациента, а, скорее, **собеседника**, на откровенный разговор. То есть важно продемонстрировать заинтересованность врача не только в патологии, но и, что куда более важно, **в судьбе** пожилого пациента. Ощущение **«участия врача»** очень важно для больного старшего возраста, это, своего рода, основа комплаентности в геронтологии.

Всегда нужно помнить, что уход человека на пенсию, потеря друзей и «приобретение» болезней приводят к резкому сужению круга возможной его деятельности. Именно поэтому в данной возрастной группе чувство одиночества и ненужности преобладает и доминирует [5].

Представляется, что эффективное лечение лиц пожилого и старческого возраста не может обходиться и без оценки уровня их депрессии и стрессовой нагрузки, что имеет особое значение в условиях стоматологического приема. К примеру, тест Спилберга, оценивающий личную и ситуативную тревожность, и содержащий всего 40 вопросов, может вполне справиться с этой задачей и помочь врачу сориентироваться в выборе стратегии своего поведения с пациентом.

Типичным явлением для старших людей является возрастно-ситуационная депрессия, когда наблюдается равномерное и стойкое снижение настроения без наличия нервно-психического расстройства. Такого рода депрессия сопровождается чувством **пустоты** и **ненужности** окружающим, а также **негативности будущего** [5, 6].

Таким образом, с возрастом человек становится более ранимым, а, значит, требует к себе чуткого и внимательного отношения не только со стороны родных и близких, но и со стороны врачей. Особенно, когда речь идет о стоматологическом приеме, который априори является существенным **стрессовым фактором**.

Особое место в гериатрии, с нашей точки зрения, занимает лечение патологии челюстно-лицевой области. На стоматологическом приеме можно обнаружить значительно большую стрессовую нагрузку, а, значит, комплексная реализация **геронтологического подхода** (с привлечением не только современных медицинских знаний, но и клинической психологии, медицинской этики и биоэтики в целом) более чем оправдана и необходима.

В чем же заключаются особенности стоматологического приема, как стрессового фактора у пожилого человека? На наш взгляд эти особенности сводятся к следующему:

- У большинства пожилых людей имеется априорное мнение о болезненности всех стоматологических процедур (раньше, в отсутствии эффективных анестетиков, манипуляции действительно были весьма болезненными, а переход к современным стоматологическим технологиям остался, во многом, незамеченным для пожилых людей). Хотя, разумеется, стоматофобия не является

критерием отличия пожилого пациента от молодого.

- Обращение пожилого человека к стоматологу происходит, как правило, по поводу зубного протезирования, заболеваний пародонта (являющихся главной причиной потери зубов в старшем возрасте), а также патологий слизистой оболочки полости рта (многие, из которых сопровождаются болезненностью и канцерофобией). Страх перед невосполнимой утратой естественных зубов (сохранность которых существенно влияет на показатели качества жизни) лишь усложняет эмоциональное восприятие стоматологического приема. Кроме того, наличие ортопедических конструкций в полости рта (**особенно съемных**) изменяет **самовосприятие** пожилого человека. Это для него всегда стресс. Иными словами, беззубая челюсть – один из самых ярких и неприятных признаков старения.

- Стоматологическое лечение (особенно зубное протезирование) – это весьма затратный вид медицинской помощи. Финансовый вопрос всегда интересует и беспокоит пожилого человека (особенно в условиях российской действительности).

- Общение пациента и врача-стоматолога – всегда чуть более **тесное**, нежели со специалистами иного профиля, поэтому эмоциональная окраска такого рода взаимодействия крайне важна для пожилых людей (для которых личностные качества доктора ничуть не менее важны, чем его профессиональные навыки и умения). Соответственно, если врач не в полной мере следует принципам этики и деонтологии – это может крайне негативно сказаться на восприятии пациентом всего лечения.

Подводя итог вышесказанному, следует отметить, что реализация геронтологического подхода (в том числе в стоматологии) не может быть состоятельна без комплексного понимания старости, а, следовательно, при работе с пожилыми пациентами, врач должен руководствоваться положениями, которые, с нашей точки зрения, помогут выработать правильную стратегию поведения с больными старших возрастных групп и, тем самым, повысить эффективность лечения:

1. Врач должен оценивать и учитывать вид и типологию старости, а также темп и стратегию старения.

2. Врач должен помнить об основных проблемах пожилого и старческого возраста.

3. В процессе общения с пожилым пациентом, врач должен учитывать психо-эмоциональные особенности и когнитивные изменения, имеющие место у лиц старших возрастных групп.

4. При работе с пожилыми пациентами врач должен уделять особое

внимание эмоциональной составляющей, а также уровню стрессовой нагрузки (последнее особенно актуально в условиях стоматологического приема).

Представляется, что геронтологический подход может стать своеобразным предиктором смены научной и практической парадигм медицины, поскольку гериатрия является своего рода «интегратором» клинических знаний, а также психологии и биоэтики. Геронтостоматология в состоянии быть авангардом такого рода изменений, поскольку привнесение в нее сведений о социально-психологических особенностях пожилых является необходимой мерой, единственной, способной обеспечить качественное, комплексное лечение пациентов старших возрастных групп.

Медицинские и демографические причины становления и выделения геронтостоматологии не вызывают сомнений, равно как не должны вызывать сомнений и причины социально-психологические, и главную роль в понимании последнего должна сыграть именно **биоэтика**, дающая ответы на самые главные вопросы о жизни, а, значит, и о таком сложном феномене, как старость.

Литература

1. Анцыферова Л.И. Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности.// Психологический журнал РАН. Москва, 1996, том 17, № 6. С. 35-46.
2. Бороздина Л.В, Молчанова О.Н. Особенности самооценки в позднем возрасте.// Вестник Московского Университета. Сер. 14. Психология. №1- М.: Издательство МГУ, 1999. - с.20-30.
3. Бреев Б.Ю. К вопросу о постарении населения и его депопуляции. // СОЦИС.- М., 1999, №2. С.61-66.
4. Вишневский А.Г., Васин С.А., Романова А. Возраст выхода на пенсию и продолжительность жизни// Вопросы экономики. – 2012. - №9. – С. 88-109.
5. Ермолаева М. Практическая психология старости,- М.: Эксмо-Пресс, 2002.- 320с.
6. Максимова С.Г. Социально-психологическая адаптация: особенности формирования и развития у лиц пожилого и старческого возраста. — Барнаул: Издательство Алтайского Госуниверситета, 1999.-145с.
7. Седова Н.Н. Биоэтика как прикладная философия// Биоэтика. – 2010. – Т.1, №5. – С.7 – 10.
8. Скачкова О.В. Клинические возможности и социальные перспективы геронтостоматологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2009 – 24 с.
9. Фирсова И.В., Михальченко Д.В., Малюков А.В. Комплаентность пациента в стоматологической практике// Социология медицины. – 2009.-№1.-С.20 – 23.

10. Schmidt I.W. Memory and ageing: beliefs, performance and effects of training.- Groningen, 2000. 307с.

Альбертин С.В.

*старший научный сотрудник ФГБУН
Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН,
См.-Петербург, salber1@rambler.ru*

В статье рассматриваются возможности разработки и использования нейроимплантатов при лечении нейродегенеративных заболеваний мозга. Анализируются проблемы микрочипирования структур мозга, играющих определяющую роль в формировании памяти и самосознания человека. Обсуждаются психологические, социальные и этические последствия разработки новейших когнитивных технологий для так называемого, усиления и улучшения сенсорных и мыслительных способностей человека.

Ключевые слова: *нейроимплантация, медицина, хирургия, этические, психологические и социальные аспекты.*

ETHICAL ASPECTS OF MODELING IN MEDICINE AND NEUROSURGERY

S.V. Albertin

*Pavlov Institute of physiology of the Russian
Academy of Sciences, St. Petersburg*

An article describes the possibilities in the development and using of neuroimplants under treatment of neurodegenerative diseases in humans. The problems related to neuromodeling of brain structures playing the key role in memory and mentality of man are analysed. Psychological, social and ethical consequences of neuromodeling directed to strengthen and improve of sensory and mental abilities of humans are discussed.

Key words: *neuromodeling, medicine, neurosurgery, ethical, psychological and social aspects.*

Широко известны успехи медицины в создании и последующем вживлении искусственно смоделированных и изготовленных из биологически совместимых материалов различных тканей организма (костной, покровной, соединительной), биологически активных веществ (плазма крови, гормоны и т.п.) и органов (искусственные почка, сердце, хрусталик и роговица глаза и т.д.). Существуют медицинские имплантаты в виде электронных устройств, осуществляющие непрерывный контроль за состоянием здоровья. Моделирование широко применяется в хирургии при протезировании опорно-двигательного аппарата, в челюстно-лицевой и пластической хирургии, связанной с исправлением различных дефектов и достижения требуемых косметических эффектов, восстановлении дефектов опорно-двигательного аппарата, утраченного слуха и зрения, или компенсации их функций с помощью разработанных инновационных технологий.

ПРИКЛАДНАЯ БИОЭТИКА APPLIED BIOETHICS

УДК 615:614.25

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ И НЕЙРОХИРУРГИИ