

В настоящее время различные такие уровни и понятия автономии, как свобода от патерналистского вмешательства, тем более от авторитарного диктата со стороны любого агента, включая государственные и особенно транснациональные корпорации, способность к самоопределению; способность действовать на основе рациональных принципов и правил в соответствии с тем, как данный человек понимает свое благо, личное достоинство и счастье; способность обдумывать эти принципы и правила, влиять на их формирование и реформирование в ходе публичного обсуждения. В свою очередь различают и ряд аспектов ответственности: спонтанно обретенный статус или обязательства (например, ответственность родителей); сознательно принятый статус или обязательства (ответственность профессионала, а также человека, самостоятельно принявшего на себя обязательства); юридическая ответственность.

Рассмотренный контент относится в равной мере как к пациентам, так и к медицинским специалистам, определяя комплементарность их прав и обязанностей [1].

Список литературы

1. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биэтика – 2015 – № 1(15) – С.58–60.
2. Доника А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей // Экология человека. – 2017. – № 2. – С.52–57.

БИОЭТИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ «БЛАГА» В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Жолудь Д.С., Доника А.Д.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,
e-mail: addonika@yandex.ru*

Проблема повышения качества медицинской помощи обуславливает поиск скрытых потенциалов в междисциплинарном поле социологии, медицины, права и экономики. Особый интерес представляют эксплицированные в современных исследованиях пациент-ориентированные техники оказания медицинских услуг. В основе их разработки лежит интериоризация пациентом своей роли в рассматриваемых общественных отношениях [2]. В свою очередь «краеугольным камнем» пациентского восприятия «роли больного» является понимание им биоэтического феномена «блага для здоровья», широкий диапазон которого показали результаты социологических опросов и психологических тестов: «избавление от страданий», «забота», «предотвращение болезни и (или) инвалидизации», «восстановление или улучшение здоровья», «психологическая польза» и др. На первый взгляд может показаться, что определить потребности, касающиеся здоровья, не так уж и сложно. Хорошо известны обычные причины,

побуждающие обратиться к врачу. При этом пациент ожидает, что врач сможет выявить какую-то проблему, связанную с болезнью, скажет, что у него «инфекция» или что его «состояние требует дальнейшего изучения», которое будет включать серьезные обследования. Существует стандартная классификация болезней к которой прибегают врачи при проведении таких обследований. Поэтому очень заманчиво сделать такой вывод: быть здоровым – значит быть свободным от любой из болезней, фигурирующих в этом списке, а быть больным – значит страдать от одной или нескольких таких болезней. Таким образом, может сформироваться ложное представление, что как только врач определяет заболевание, он тем самым определяет и потребности в здоровье. Отсутствие болезни означает отсутствие потребности в получении медицинской помощи, так что в этой ситуации нет возможности получать благо для здоровья. Наличие же болезни, означает наличие потребности в лечении, и возможности лечения, ведущего либо к излечению, либо к временному облегчению проявлений болезни; и то, и другое, является благом для здоровья. Такое ложное представление о «блага для здоровья» является причиной медиализации.

Список литературы

1. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биэтика – 2015. – № 1(15). – С.58–60.
2. Доника А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей // Экология человека. – 2017. – № 2. – С.52–57.

ФЕНОМЕН ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ БАКТЕРИЙ

Журлов О.С.

*Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург,
e-mail: jurlov1968@mail.ru*

Значительный рост резистентности бактерий к антибактериальным препаратам и повышение устойчивости к эффекторам врожденного иммунитета, на фоне увеличения количества иммунокомпроментированных пациентов и лиц с иммунодефицитными состояниями способствует росту постоперационных инфекционных осложнений. Поэтому, одним из важных направлений исследований является расшифровка механизмов формирования устойчивого бактериального фенотипа (морфотипа), обладающего резистентностью к антибактериальным препаратам и эффекторам врожденного иммунитета.

В ряде публикаций [4, 5], авторы пытаются объяснить повышение антибиотикорезистентности клинических изолятов бактерий формированием «особого» бактериального фенотипа (с измененным метаболизмом, низкой скоростью роста или переходом в некультивируемое

состояние). Наличие связи между фенотипической изменчивостью бактерий и устойчивостью к антибактериальным препаратам было замечено ещё в 1942 году [6]. В статье авторы описывали резистентный фенотип *S.aureus*, устойчивый к пенициллину с «нерастущими», находящимися в состоянии покоя клетками.

Сегодня устойчивость к антибактериальным препаратам связывают с определенным генотипом бактерий. Считается, что при плазмидной локализации генов антибиотикорезистентности происходит внутривидовое и межвидовое распространение устойчивости к антибактериальным препаратам, а при хромосомной локализации селекция устойчивого клона, а все не подтвержденные случаи наличия R-плазмид объясняются «особым» фенотипом бактерий. Вместе с тем, известно, что клинические изоляты бактерий плохо растут на искусственных питательных средах, не типизируются иммунными сыворотками и характеризуются особыми фенотипическими свойствами (антигенной специфичностью, морфо-физиологическими и физико-химическими свойствами).

Наш опыт культивирования бактерий на синтетической среде М9 (Na_2HPO_4 , KH_2PO_4 , NH_4Cl , MgSO_4 , CaCl_2 , 20% глюкоза) показал, что рост клинических изолятов *E.coli* может ингибироваться соединениями, присутствующими в низких концентрациях в качестве примесей солей. Более 50% бактерий, из всей выборки клинических изолятов *E.coli*, можно было бы назвать «покоящимися» бактериями, т.к. у них практически отсутствовал рост. Однако, при высеивании на плотную питательную среду «покоящиеся» эшерихии по количеству КОЕ не отличались от инокулята культуры.

Зачастую, использование исследователями дискуссионных методических подходов, способствует высказыванию обоснованных критических замечаний [7], что не способствует дальнейшему изучению феномена формирования фенотипической толерантности бактерий.

Сравнение динамики роста на синтетической среде М9 клинических изолятов *E.coli*, выделенных от больных с инфекционно-воспалительной патологией из мочи и урогенитального тракта (пиелонефрит, цистит, простатит) и с заболеваниями желчевыводящей системы (гнойный холангит, холецистит), нами было показано, что высокая динамика роста отмечалась у клинических изолятов *E.coli* выделенных из мочи (пиелонефрит). Кроме того, клетки *E.coli*, выделенные при пиелонефрите, отличались высокой степенью гидрофобности поверхности от гидрофильных эшерихий и грибов рода *Malassezia*, выделенных из очагов гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей [1, 2, 3].

Поэтому, интерес представляют механизмы формирования фенотипической толерантности

бактерий, с оппозитными характеристиками физико-химических свойств, в сочетании с их устойчивостью к антибактериальным препаратам и эффекторам врожденного иммунитета.

Список литературы

1. Бачурская Н. С., Брудастов Ю.А., Журлов О.С. Гидрофобные свойства грибов рода *Malassezia* // Вестник ОГУ. – 2006. – №12. – С. 32–34.
2. Брудастов Ю.А., Гриценко В.А., Журлов О.С., Чертков К.Л. Характеристика гидрофобных свойств бактерий при их взаимодействии с сывороткой крови // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1997. – №4. – С. 73–77.
3. Журлов О.С., Гриценко В.А., Брудастов Ю.А. Влияние температуры культивирования на физиологические и физико-химические свойства *Escherichia coli* K12 // Вестник ОГУ. – 2009. – №12. – С.106–110.
4. Antignac A., Sieradzki K., Tomasz A. Perturbation of cell wall synthesis suppresses autolysis in *Staphylococcus aureus*: evidence for coregulation of cell wall synthetic and hydrolytic enzymes // J. Bacteriology. – 2007. – Vol.189(21). – P.7573–7580.
5. Chan YG.Y., Frankel M.B., Dengler V. et al. *Staphylococcus aureus* mutant lacking the LytR-CpsA-Psr family of enzymes release cell wall teichoic acids into the extracellular medium // J. Bacteriol. – 2013. – Vol. 20. – P.4650–4659.
6. Hobby G.L., Meyer K., and Chaffee E. Observations on the mechanism of action of penicillin. Exp. Biol. Med. – 1942. – Vol.50. – P.281–285. doi: 10.3181/00379727–50–13773
7. Kim J-S and Wood TK. Persistent persister misperceptions // Front. Microbiol. – 2016. – Vol.7. – P.21–34. doi: 10.3389/fmicb.2016.02134.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИЦИНЫ: БОРЬБА С УЯЗВИМОСТЬЮ ПАЦИЕНТА

Никулина Н.А., Доника А.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

Интеграция принципов биоэтики в современную медицинскую практику обусловлена синхронизацией национального текущего законодательства в области здравоохранения с международным, демонстрируя развитие пациент-ориентированной стратегии. В свою очередь ряд биоэтических принципов еще не нашли полного принятия в современной российской клинике [2]. Статья 8 Всеобщей Декларации о биоэтике и правах человека (2005) «Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности» раскрывает содержание одноименного принципа. Принцип уважения уязвимости человека выражает озабоченность в связи с хрупкостью человеческих существ. Функционирование человеческих существ как целостных и единых организмов можно легко настроить и расстроить, так что их здоровье и само существование окажется под угрозой. Данный принцип связан с принципом неприкосновенности личности. Необходимо проводить различие между несколькими аспектами уязвимости. Биологическая или телесная уязвимость – относится к хрупкости человеческого организма, вызываемой: естественными угроза-