

«эрой знаний, информации и коммуникации». Тем самым, были определены глобальные ценностные векторы развития современной цивилизации. Технический прогресс, который является неотъемлемой составляющей информационного общества, трактуется многими современными исследователями в терминах «этического вакуума». Две ведущие тенденции современности – глобальное развитие информационных технологий и углубление кризиса культуры – оказываются глубоко взаимосвязанными. Феномен информационного общества появляется в контексте той духовной ситуации, которую называют кризисом культуры. Эти явления взаимосвязаны, они порождены одним направлением развития западной цивилизации, о кризисе которой говорили многие влиятельные философы, в том числе О. Шпенглер, Э. Гуссерль, Х. Ортега-и-Гассет, Й. Хейзинга, К. Ясперс, М. Хайдеггер, Г. Марсель, М. Хоркхаймер, Т. Адорно, Мэмфорд, Г. Маркузе, Ю. Хабермас, П. Слотердаик и др. В качестве неизменного фактора, постоянно присутствующего во всех размышлениях на тему кризиса, является западноевропейская техника. Развитие техники выступает связующим звеном между развитием информатики и нарастанием кризиса. Основой нравственных противоречий информационного общества является моральная дилемма, которую можно определить как результат вызова, полученного в ходе кризиса, связанного с развитием техники. В этом смысле сама моральная дилемма является вызовом традиционной культуре, в которой проявляется несоответствие технического прогресса и нравственности общества. В ходе работы выявлены следующие моральные дилеммы информационного общества: дилемма свободы и смысла, дилемма технофилии и технофобии, дилемма универсального и локального, дилемма информационного блага и информационного зла, дилемма свободы и ответственности работника СМИ. Характер этих дилемм свидетельствует о духовно-нравственном кризисе современного человека, кризисе смысла его существования. Особую значимость для целей нашего исследования представляют моральные дилеммы информационного свойства, которые характеризуют нравственную логику современной информационной культуры: 1) противоречие между высокой информированностью общества и недостоверностью информации; 2) противоречие между изобилием информации и ее избыточностью, ненужностью, бессмысленностью; 3) противоречие между широким распространением информации и ее недоступностью; 4) противоречие между информационной насыщенностью современного человека и деструктивным влиянием информации на психику человека; 5) противоречие между свободой слова и мнения и манипуляцией сознания. В целом, моральные дилеммы информационного общества обналичивают два существенных противоречия: 1) противоречие между культурным и техническим развитием; 2) противоречие между техническим развитием и нравственностью.

Шейнюк Ю.П., Вейс Е.В.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Бутолина К.М.

Новообразования центральной нервной системы (ЦНС) встречаются относительно редко (менее 2% в структуре общей онкозаболеваемости), однако высокая смертность и инвалидность пациентов обуславливают медицинскую и социальную значимость проблемы. Показатель одногодичной летальности при данной патологии – один из худших в онкологии (в Беларуси в 2008г. – 45,8%). Цель исследования – дать клиничко-морфологическую характеристику опухолей ЦНС по данным исследования операционного материала в 2006-2011гг. Материалом для исследования стал операционный материал из архива Гродненского областного патологоанатомического бюро. Результаты. За анализируемый период опухоли ЦНС были диагностированы у 302 больных: в 2006г. – 46 случаев, в 2007г. – 57 случаев, 2008г. – 49 случаев, 2009г. – 59, 2010г. – 43 и в 2011г. – 48 случаев. Средний возраст больных 54,2 года. Соотношение мужчин и женщин колебалось от 1:1 в 2007г. (41% мужчин, 59% женщин) до 1:2,3 в 2006г. (30,2% мужчин, 69,8% женщин). Локализовались новообразования в подавляющем большинстве случаев в больших полушариях головного мозга (90,8%). В мозжечке опухоли диагностировались в 5,6% случаев, в спинном мозге – в 3,6%

наблюдений. Первичные опухоли составили 264 (87,4%) случая, а вторичные (метастатические) – 38 (12,6%) случаев. Из всего многообразия микроскопических форм первичных новообразований ЦНС, самыми частыми были астроцитарные опухоли – 61,7% случаев. Среди них отмечались глиобластома (45,4%), астроцитомы (7,2%), анапластическая астроцитома (5,7%), глиосаркома (3%) и плеоморфная ксантоастроцитомы (0,4%). Вторыми по частоте были менингососудистые опухоли (29,5%): различные варианты менигиомы и анапластическая менигиома. У 3% больных диагностированы олигодендроглиальные опухоли. Единичными наблюдениями были представлены эпендимарные опухоли (анапластическая эпендимомы и субэпендиомы), эмбриональные опухоли (медуллобластома), хориоидкарциномы, опухоли периферических нервов (невринома, нейрофиброма), а также гемангиобластома, гемангиоперицитомы, доброкачественная остеобластома и примитивная нейроэпителиальная опухоль. Метастатические опухоли были представлены недифференцированным раком (29%), плоскоклеточным раком (26,3%), аденокарциномой (26,3%), меланомой (10,5%), светлоклеточным раком (5,3%) и лимфосаркомой (2,6%). Источник этих опухолей в большинстве наблюдений был неизвестным, а в отдельных случаях метастазы в головной мозг давали опухоли толстой кишки, молочной железы, почки, легкого, меланомы кожи. При оценке по степени злокачественности (по Grade) опухоли распределились следующим образом: высокозлокачественные опухоли G-4 и G-3 встречались в 50% и 8% случаев соответственно, опухоли G-1 – в 31,8% случаев, G-2 – в 10,2% случаев. В 35 (12,3%) наблюдениях отмечались рецидивы анапластической астроцитомы и глиобластомы, выявленные через 5-13 месяцев после оперативного удаления первичной опухоли. Таким образом, проведенное исследование показало, что новообразования ЦНС встречались чаще у женщин в возрастной группе 51-60 лет. Преобладали высокозлокачественные опухоли, наиболее частой из которых была глиобластома. Изучение морфологических особенностей и клинического поведения опухолей ЦНС позволит оценить прогноз и скорректировать хирургическое и послеоперационное лечение пациентов.

Шейфер Ю.А., Чопанов С.А.

ИСКУССТВЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Гельберг И.С.

В настоящее время все более актуальным становится вопрос о возможностях лечения пациентов с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ). Нередко у этих пациентов не удается добиться заживления даже относительно свежих полостей распада. Одним из методов, повышающих эффективность лечения деструктивного туберкулеза легких, является искусственный пневмоторакс (ИП). Цель работы: оценить эффективность ИП у больных деструктивным туберкулезом легких с МЛУ МБТ. Материалы и методы: Под наблюдением находилось 68 больных деструктивными формами туберкулеза легких с МЛУ, из которых было 50 мужчин (73,5%) и 18 женщин (26,5%). Возраст пациентов составил от 20 до 50 лет. Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада был диагностирован у 50 пациентов (73,5%) и кавернозный у – 18 (26,5%). Вновь выявленные пациенты составили 38,2% (26 человек), рецидивы 25% (17 человек), неудача в лечении – 36,8% (25 человек). МЛУ МБТ к основным препаратам наблюдалась у 32 пациентов (47%), к основным и резервным у – 36 (53%). Все больные были разделены на две группы. Основную группу составило 34 человека, у которых химиотерапия сочеталась с ИП. Группу сравнения составили 34 человека, у которых использовалась только химиотерапия. Длительность существования полости распада от начала химиотерапии до наложения ИП составила: 3 месяца – 8 пациентов (23,5%); 4 месяца – 10 пациентов (29,4%); 5-6 месяцев – 5 пациентов (14,8%); 7 – 9 месяцев – 8 пациентов (23,5%); более 9 месяцев – 3 пациента (8,8%). Эффективность ИП определялась по прекращению у пациента бактериовыделения и закрытию полостей распада. Результаты и обсуждение: Длительность курса лечения ИП составила: до 4 месяцев – 7 (20,6%); 4-6 месяцев – 18 (52,9%); 6-8 месяцев – 5 (14,7%); 9-10 месяцев – 4