

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ



ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
І ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ
(НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ)»
20-21 лютого 2020 року



М. ЗАПОРІЖЖЯ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
І ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ
(НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ)»
20-21 лютого 2020 року

М. ЗАПОРІЖЖЯ

УДК 614.253(063)

З-41

Редколегія:

Боярська Л. М. – завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМУ, кандидат медичних наук, професор;

Утюж І. Г. – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ, доктор філософських наук, професор;

Котлова Ю. В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМУ;

Сенетий Д. П. – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

Касаткіна К. А. – викладач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ.

Збірник матеріалів І Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (20-21 лютого 2020 року). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. – 188 с.

Автори матеріалів несуть повну відповідальність за достовірність наданої у доповідях інформації й точність наведених цитат. Точка зору автора не завжди може співпадати з позицією редколегії.

ЗМІСТ

1. ФІЛОСОФІЯ МЕДИЦИНИ – ІНТЕЛЕКТУАЛЬНО-НАУКОВИЙ ПРОЕКТ ХХІ СТ.: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

<i>Утюж І.Г., Спиця Н.В.</i> Медицина та філософія: методологічний синтез реалізації нової парадигми «4Р»	7
<i>Боярська Л.М.</i> Лікарські помилки	9
<i>Клименко В. А., Дробова Н. М.</i> Значення етики наукових досліджень в медичній галузі	12
<i>Венцель Н. В.</i> Зростання нерівності у сфері доступу до медичних послуг у контексті четвертої промислової революції	13
<i>Герасімчук Т. С.</i> Взаємодія лікар-пацієнт	15
<i>Дмитрякова Г. М.</i> Діалектика розуміння функціональних розладів шлунково-кишкового тракту у дітей	16
<i>Кірченко Р. Ю., Потапенко С. В.</i> Етика та права. Навіщо нам ці інструменти?	23
<i>Коваленко О. В.</i> Соціальні виклики у сфері медичного обслуговування внутрішньо переміщених осіб в Україні	25
<i>Ковтун Н. М., Ковтун Ю. В.</i> Трансформація медичних послуг в умовах четвертої індустріальної революції: соціально-філософський аналіз	27
<i>Кривенко В.І., Непрядкіна І.В., Федорова О.П., Пахомова С.П., Титова І.С.</i> Реалізація принципу дистрибутивної справедливості в умовах університетської клініки ЗДМУ	30
<i>Макарова А. О.</i> Архетиповий підхід до медичної діяльності	33
<i>Марушко Т.В., Онуфреїв О.Є.</i> Увєїт при ювенільному ідіоматичному артриті. Аналіз захворювання в Україні	35
<i>Павленко Н. В.</i> Проблема взаємодії філософії і медицини	37
<i>Боярська Л. М.</i> Жорстоке поводження з дітьми – нагальна проблема суспільства	38
<i>Самойленко О. В., Йованович А. Д.</i> Медицина та філософія: єдність та розбіжності	42
<i>Сепетий Д. П.</i> Біоетика як сучасний етап розвитку медичної етики ...	44
<i>Сумченко С. В.</i> Філософські проблеми, породжені практичним використанням сучасних біотехнологій	47
<i>Омелянчук О. А.</i> Психотипи личности и акцентуации характера пациента	50

залучені у процеси діагностики та лікування, що відображено юридично в обов'язковому оформленні «інформованих згод». Таким чином, спілкування між лікарем і пацієнтом стає більш рівноправним: перетворюється з отримання вказівок останньому на діалог майже рівних учасників процесу діагностики та лікування. Виконується гарантоване законом право пацієнта на автономію (самостійне прийняття рішень). Змінюється погляд на роль лікаря в лікувальному процесі і взагалі в суспільстві.

Негативні прояви нової конвергентної моделі взаємовідносин полягають в недотриманні деякими пацієнтами лікарських рекомендацій, що приводить до зниження ефективності лікування, при цьому відповідальність за наслідки такі пацієнти покладають на медичних працівників; інколи «сумніви» пацієнтів або батьків хворих дітей перетворюються на безкінечне обговорення методів обстеження та лікування в різних лікувальних закладах, коли емоційною складовою підмінюється раціональне вирішення проблеми, особливо, коли «обізнаність» є цитуванням фейків з інтернету. Це створює значний психологічний тиск на медичних працівників і є однією з причин відмови молодих лікарів від практичної лікувальної діяльності. В Україні наразі ситуація ускладнена відсутністю чіткої законодавчої бази, що визначає права та обов'язки пацієнтів і лікарів.

Таким чином, за умови чіткого усвідомлення своєї відповідальності та рівня компетентності, взаємоповаги конвергентна (партнерська) модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом або його батьками має стати домінуючою.

ДІАЛЕКТИКА РОЗУМІННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ

Дмитрякова Г. М. Запорізький державний медичний університет

Біологічне і соціальне - це два класи стійких компонентів, що складають структуру людини як цілісної системи. Органічне ціле виникає лише тоді, коли між вихідними компонентами створюється система стійких внутрішніх зв'язків, і на цій основі вся система набуває цілісний характер і нові якості. Співвідношення біологічного і соціального слід розуміти не як знаходження поруч, а як супідрядність, в рамках якого соціальне грає пріоритетну, інтегративно-перетворюючу роль [3].

У здорової людини біологічне і соціальне знаходяться в динамічній, але стійкій рівновазі. З точки зору діалектики, у дитини раннього віку в визначенні його рівня здоров'я домінує біологічне, а в міру дорослішання і соціалізації дитини все більш значущим є вплив на рівень здоров'я соціальних факторів (способу життя, харчування, соціально-

економічного рівня сім'ї, доступності освіти, рівня охорони здоров'я, екології тощо). Здоров'я визначає процес адаптації біологічної сутності людини до соціально створеної реальності. Якщо ж організм потрапляє в умови, коли інтенсивність впливу факторів зовнішнього середовища переважає можливості його адаптації, настає стан, протилежний здоров'ю, тобто хвороба, патологія [1].

Порушення рівноваги біологічного і соціального, як основа патології адаптації, особливо яскраво простежується на прикладі функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГІР). Функціональні гастроінтестинальні розлади – найбільш поширена патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей, в основі якої лежать комбіновані морфологічні і фізіологічні відхилення, пов'язані з порушеннями моторики ШКТ, захисного слизового бар'єру, імунної функції, складу кишкової мікробіоти, вісцеральної гіперчутливості, розладу з боку центральної нервової системи.

Діалектика розуміння відносин соціального і біологічного залежить від розвитку науки. Саме визначення функціональних розладів несе в собі діалектичний сенс: воно передбачає відсутність в основі захворювання структурних, морфологічних, метаболічних, біохімічних порушень, які можуть бути виявлені сучасними методами дослідження. Але в основі будь-якої функції лежить морфологія, іноді ультраструктурного рівня, і коли методи дослідження стануть більш досконаліми, з'явиться можливість виявлення морфологічних змін при функціональних розладах. І тоді ця патологія може перейти в категорію органічної, в якій біологічне домінує над соціальним. Так сталося з виразковою хворобою, яка довгий час вважалася стрес-індукованою патологією, але відкриття *H.pilory* змістило акценти на інфекційний чинник в її патогенезі.

За останні роки у всьому світі простежується тенденція збільшення числа ФГІР у дітей. Популяційні дослідження показали, що 28-46% дітей шкільного віку скаржаться на болі в животі щотижня. Тільки в 10% випадків в основі цих скарг лежать органічні причини [5].

Ця проблема привертає увагу дослідників усього світу в силу поширеності цієї патології та низької ефективності медикаментозних методів лікування. На Американському тижні гастроентерології в Сан-Дієго 22 травня 2016 року була сформована нова біопсихосоціальна модель ФГІР (Drossman, 2016), яка пояснює, як генетичні, соціокультурні та середовищні фактори можуть надавати великий вплив на психосоціальний розвиток людини, його особистісні якості, сприйнятливості до стресів і навички подолання труднощів. Ці фактори також багато в чому визначають схильність до розвитку ФГІР, включаючи порушення моторики, вісцеральної гіперчутливості, зміни мукозального

імунітету і складу мікробіоти[2]. У дитячому віці, в силу пластичності дитячого організму, ці процеси стають ще більш помітними.

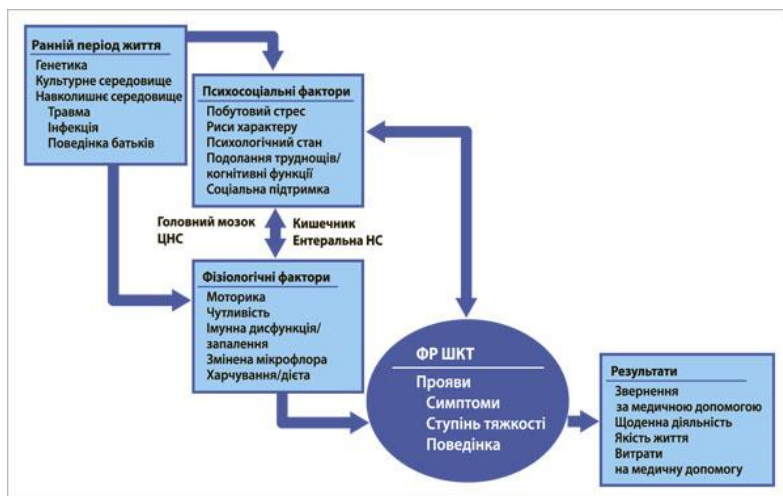


Рис. Біопсихосоціальна концептуальна модель ФР ШКТ (Drossman, 2016)

Вважають, що ФГР є продуктом взаємодії між психологічними факторами і зміненою кишковою фізіологією через вісь «головний мозок-кишківник» і передбачає в своєму патогенезі порушення церебро-інтестинального взаємодії. Тому на Римському форумі було запропоновано відмовитися від терміна «функціональні розлади» і називати цю патологію «Порушення церебро-інтестинальної взаємодії» («disorders of gut-brain Interaction») або «розлади взаємодії між головним мозком і шлунково-кишковим трактом» [10].

Біопсихосоціальна модель ФДР наочно представляє єдність біологічного і соціального у формуванні здоров'я шлунково-кишкового тракту людини. Вона показує взаємозв'язок спадково-конституціональних, біологічних, соціальних факторів і стану мікробіома на формування ФГР. Серед усіх цих факторів, роль кожного з яких дуже важлива і може мати самостійне значення в формуванні ФДР, найбільш актуальною останнім часом стає роль соціального стресу. Соціальні конфлікти, війни, забруднення навколишнього середовища, урбанізація, інтернет-залежність призводить до підвищення рівня тривоги і напруженості в суспільстві. Ці причини ведуть до психологічних розладів у вигляді тривожних, невротичних і депресивних розладів, в першу чергу, у дорослих, а потім і у дітей, внаслідок індукції і копіювання дитиною поведінки дорослого. Погіршення економічного добробуту громадян і суспільства в цілому веде до робочої міграції працездатного населення і

діти, позбавлені природних переваг повної сім'ї, виховуючись родичами старшого покоління, стають «соціальними сиротами» з формуванням різних емоційних і поведінкових порушень.

Але не можна применшувати роль і біологічних факторів: при однакових психологічних тригерах хвороба розвивається лише у тих осіб, у яких є генетична, морфологічна і фізіологічна основа для цього.

Чому при психологічних розладах страждає, в першу чергу, саме шлунково-кишковий тракт? Це пояснюється тісним зв'язком ШКТ з нервовою системою. Центральна нервова система (ЦНС) через вегетативні структури й механізми регуляції (синтез нейротрансмітерів, активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, модуляція морфології та функцій мозком, нейрогенез), надає потужний регулюючий вплив на всі функції шлунково-кишкового тракту, в т.ч. на склад і функції мікробіома. А мікробіом, в свою чергу, виробляючи в процесі життєдіяльності мікробні метаболіти та нейротрансмітери, впливає за їх допомогою на функції нервової системи. Багато мікроорганізмів шлунково-кишкового тракту синтезують такі ж нейротрансмітери, які синтезуються і в ЦНС: дофамін та норадреналін, що продукуються родом *Bacillus*; гамма-аміномасляна кислота (ГАМК), яка продукується родом *Bifidobacteria*; серотонін, який секретується родами *Enterococcus* та *Streptococcus*; норадреналін та серотонін, які продукуються родом *Escherichia*; ГАМК и ацетилхолін, що виробляються сімейством *Lactobacillus*. Потрапляючи через гематоенцефалічний бар'єр в мозок, ці речовини модулюють його роботу[15].

Все це стає особливо помітним при стресі, коли на тлі підвищення концентрації глюкокортикостероїдів порушується бар'єрна функція кишківника, що є відомим як явище «протікання кишківника» (Maes et al., 2009). В результаті відбувається міграція бактерій и розвивається запалення зі більшенням концентрації прозапальних цитокінів імунною системою (Gareau et al., 2008). Це веде до порушення взаємодії осі «головний мозок – кишківник»[15].

Особлива роль в регуляції осі «головний мозок – кишківник» належить серотоніну. Серотонін, як нейротрансмітер, бере участь у регуляції сну, апетиту, настрою, навчання, пам'яті, а також в роботі травної, дихальної та серцево-судинної систем і системи гемостазу. 90-95% серотоніну синтезується ентерохромафінними клітинами кишківника, и тільки 5-10% його утворюється в серотонінергічних нейронах центральної нервової системи. Серотонінергічна система особливо сприйнятлива до змін мікробіома[11].

Біопсихосоціальна модель ФГПР передбачає, що індивідуальна біологія (наприклад, генетична схильність, фізіологія шлунково-кишкового тракту), поведінка і когнітивні процеси вищого порядку (наприклад,

копінг, переконання в хворобі, аномальна центральна обробка стимулів кишечника), а також соціальне та фізичне середовище індивідуума впливають на формування ФГПР за допомогою їх взаємодії один з одним. В основі моделі лежить визнання того, що ФГПР включають порушення регуляції у взаємодіях між когнітивними і емоційними центрами центральної нервової системи (ЦНС), імунною системою, нейроендокринною системою і кишковою нервовою системою[14].

Для визначення частки ФГПР в структурі патології шлунково-кишкового тракту у дітей, факторів ризику їх розвитку та динаміки захворюваності ми провели аналіз структури патології дітей, пролікованих в КНП «МДЛ №5» ЗМР м. Запоріжжя за 2018 – 2019 рр. з патологією шлунково-кишкового тракту, що супроводжувалася абдомінальним больовим синдромом. Було опрацьовано 328 (144 за 2018 р. і 184 за 2019р.) історій хвороб. Вік дітей коливався від 9 до 16 років. Дівчата склали 60%, хлопчики 40%. Серед скарг у дітей переважали абдомінальний біль, диспепсичні явища (нудота, блювота, відрижка, порушення стулу) і вегетативні симптоми: головний біль, болі в серці, стомлюваність, запаморочення тощо. Діти отримували необхідне клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження. До функціональних захворювань відносили ті стани, коли не вдавалося виявити морфологічних, генетичних, метаболічних та інших змін, якими можна було б пояснити клінічні симптоми, що спостерігалися. Результати дослідження показали зростання функціональної патології в 2019 р на 15% в порівнянні з 2018 р.: з 54% у 2018р. до 69% у 2019р.

З огляду на зв'язок формування ФГПР зі станом психологічної сфери, ми провели аналіз психологічного статусу дітей за допомогою психолога. Психологічні портрети дітей з порушеннях церебро-інтестинальної взаємодії після тестування характеризувалися наступним: підвищений рівень ситуативної тривоги, придушення емоцій, фрустрація, емоційна напруга, травматизація дитячо-батьківських відносин. У 67% випадків домінували тривожні розлади.

Аналіз причин формування емоційних і поведінкових розладів у дітей виявив наявність, в першу чергу, шкільної фобії, буллінгу, проблем у спілкуванні з однолітками, соціальну нерівність, гіперопіку і егоцентристські принципи виховання дитини, драматизацію суб'єктивних відчуттів.

Все це накладало відбиток на характер перебігу хвороби: відзначалося тривале збереження симптомів, нестабільність вегетативного статусу і відсутність адекватної реакції на фармакологічне лікування. Тому дітям проводилися корегуючі заняття з психологом, а при виписці давалися рекомендації щодо продовження поведінкової, в тому числі сімейної, терапії в «Клініці дружній до молоді».

Наші данні корелюють з даними інших досліджень, які показують, що основними порушеннями психологічного статусу при ФГР є тривожні розлади, розлади настрою, специфічна тривога, що відноситься до страху вісцеральних відчуттів [10].

Визначення психологічного статусу дитини при ФГР продиктоване необхідністю психологічної корекції в структурі лікувальних призначень. Практика і численні дослідження показують, що тільки фармакологічне лікування при ФГР неефективне. Помірний ефект показують пробіотичні дієти, когнітивно-поведінкова терапія і гіпнотерапія[4, 12].

Одна з труднощів в роботі з ФГР полягає в тому, що немає ніяких біохімічних маркерів або структурних відхилень, які можна було б використовувати для об'єктивної діагностики або моніторингу прогресування цих порушень. Діагнози засновані на історії хвороби і фізикальному огляді[8].

Для оцінки патології, як функціональної, важливо, по-перше, визначити наявність симптомів тривоги, які характерні для органічної патології, наприклад, лихоманка, дисфагія, постійна блювота, кров в випорожненнях, анемія, прискорене ШОЄ і т.п. По-друге, оцінити психічний статус дитини, порушення в її емоційній сфері. По-третє - виявити тригери, які сприяють прояву ФГР (стреси, взаємини в сім'ї, шкільні фобії тощо), усунення яких є неодмінною запорукою ефективного лікування.

Проблема оцінки психологічного статусу дитини полягає в тому, що його порушення мають «донозологічний» характер і розглядаються як характерологічні особливості і поведінкові проблеми дитини. Ані батьки, ані педіатрі й гастроентерологи, до яких потрапляють діти, не зв'язують ці психологічні порушення з патологією шлунково-кишкового тракту. Це приводить до необґрунтованого інструментального обстеження і неефективного, а часто й непотрібного медикаментозного лікування. У той час як дитині необхідні спеціалісти з психічного здоров'я (психологи, психотерапевти, психіатри).

На жаль, практичні лікарі недостатньо інформовані про методи діагностики і корекції психологічного та емоційного статусу дитини. Ця проблема загальна для педіатрів всього світу. Міжнародні дослідження вказують на високий рівень поширеності цих розладів і низький рівень компетенцій педіатра з надання допомоги таким дітям [9,6]. Це потребує включення в програми навчання педіатрів розділів, присвячених діагностиці та корекції «донозологічних» психологічних порушень. На допомогу лікарю первинної ланки для визначення психологічного статусу дитини з ФГР запропоновані швидкі опитувальники або оціночні шкали [13, 16].

Висновки:

1. Діти з ФГІР мають порушення психологічної адаптації, що вимагає відповідної оцінки і корекції.
2. ФГІР вимагають командного підходу до ведення пацієнта з включенням фахівців з психічного здоров'я дитини.
3. У програми навчання педіатрів необхідно включати компетенції в області психічного здоров'я дітей.

Література:

1. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження : колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. – Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017. – 488 с
2. В.Г. Майданник Римські критерії IV (2016): що нового? Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології Липень/Серпень. – 2016. – Том 10. – №1.
3. Философия: Учебник для вузов / Под общ. ред. В. В. Миронова. – М.: Норма, 2005. – 673 с.
4. Abbott, Rebecca A.; Martin, Alice E.; Newlove-Delgado, Tamsin V.; More Recurrent Abdominal Pain in Children: Summary Evidence From 3 Systematic Reviews of Treatment Effectiveness Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 67(1):23-33, July 2018.
5. Buonavolontà R, Boccia G, Turco R, Quitadamo P, Russo D, Staiano A. Pediatric functional gastrointestinal disorders: a questionnaire on pediatric gastrointestinal symptoms based on Rome III criteria. Minerva Pediatr. 2009 Feb;61(1):67-91.
6. Cori M. Green, Jane Meschan Foy, Marian F. Earls, Committee on psychosocial aspects of child and family health, mental health leadership work group Achieving the Pediatric Mental Health Competencies Pediatrics, Nov 2019, 144 (5).
7. Dinan T.G., Stilling R.M., Stanton C., Cryan J.F.. Collective unconscious: how gut microbes shape human behavior. J Psychiatr Res 2015; 63:1-9.
8. Ilan J.N. Koppen The pediatric Rome IV criteria: what's new? Journal Expert Review of Gastroenterology & Hepatology Volume 11, 2017 - Issue 3.
9. Jane Meschan Foy, Cori M. Green, Marian F. Earls, Committee on psychosocial aspects of child and family health, mental health leadership work group Mental Health Competencies for Pediatric Practice Pediatrics, Nov 2019, 144 (5).
10. Marc A. Benninga, Samuel Nurko, Christophe Faure, Paul E. Hyman, Ian St. James Roberts, and Neil L. Schechter Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler/Gastroenterology 2016;150: 1443–1455.

11. O'Mahony SM, Clarke G, Borre YE, Dinan TG, Cryan JF. Serotonin, tryptophan metabolism and the brain-gut-microbiome axis. *Behav Brain Res* (2015) 277:32–48.

12. Paul E. Hyman, *Chronic and Recurrent Abdominal Pain Pediatrics in Review* 2016, Vol. 37 No. 9.

13. *Pediatric Functional Abdominal Pain Treatment and Referral Guidelines* Departments of Pediatrics at Carolinas Health Care. URL: <https://www.communitycarenc.org/media/files/ped-ab-pain-guidelines.pdf>

14. Quigley EMM, Hongo M, Fukudo S (eds): *Functional and GI Motility Disorders*. *Front Gastrointest Res*. Basel, Karger, 2014, vol. 33, pp. 104-116.

15. Riccardo Calvani, Anna Picca, Maria Rita Lo Monaco, Francesco Lani, Roberto Bernabei, and Emanuele Marzetti *Of Microbes and Minds: A Narrative Review on the Second Brain Aging Med(Lausanne)2018;553*. Published online 2018 Mar 2.

16. Електронний ресурс: www.aap.org/mentalhealth

ЕТИКА ТА ПРАВА. НАВІЩО НАМ ЦІ ІНСТРУМЕНТИ?

Кірченко Р. Ю., асоційований член ГО «Україна без тортур»,

монітор «Національного превентивного механізму»,

співзасновник «Братерства Першої Статті»;

Потапенко Сергій Валерійович,

асистент, кафедра дитячих хвороб,

Запорізький державний медичний університет

Мета: на простій, навіть буденній аналогії, показати актуальність практичного застосування етичних рамок пацієнта, лікаря, людини у професійній діяльності та повсякденному житті.

Актуальність теми: «До того часу, поки лікар є обізнаним та вмілим клініцистом, етика не має значення».

«Етика вивчається в родині, а не в лікарській школі».

«Лікарська етика вивчається на підставі спостережень дій старших лікарів, а не з книг та лекцій».

«Етика є важливою, але наш навчальний план уже переповнений, і немає місця для викладання етики».

Такі вислови ми можемо зустріти і сьогодні. Хоча ще у 1789 французька декларація прав людини та громадянина стверджує: «Невігластво, забуття прав людини або нехтування ними є єдиною причиною суспільних катаклізмів».

І таких прикладів, подібних стверджень, безліч. Після значних соціальних потрясінь, після великих бід, людство знов тим чи іншим шляхом повертається до розуміння високої цінності людського життя, необхідності попередження трагічних подій і важливості