

ВИТЕБСКАЯ ЕПАРХИЯ РИМСКО-КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
УПРАВЛЕНИЕ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА



Проблемы врачебной этики в современном мире

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**10 июня
2021 г.**

Витебский облисполком
г. Витебск, ул. Гоголя, 6,
конференц-зал

Витебская епархия Римско-Католической Церкви
в Республике Беларусь
Управление по здравоохранению Витебского облисполкома

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

XVII Международная
медицинская конференция

(Витебск, 10 июня 2021 г.)

Тезисы докладов



Минск
«ПРО ХРИСТО»
2021

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

П78

ISBN 978-985-7206-53-7

© Витебская епархия Римско-
Католической Церкви в РБ, 2021

© Оформление. УП «Издательство
«ПРО ХРИСТО», 2021

Дорогие братья и сёстры во Христе!

10 июня 2021 г. Витебская епархия Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь и Витебский облисполком проводят XVII Международную медицинскую конференцию «Проблемы врачебной этики в современном мире» и приглашает принять в ней участие врачей-христиан, независимо от конфессиональной принадлежности, представителей духовенства, учёных, всех людей доброй воли, интересующихся данной проблематикой.

XVII Международная медицинская конференция «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

В конференции принимают участие медики, священнослужители, дипломаты из Беларуси, Ватикана, Польши, России, Украины, Швейцарии, Шри-Ланки.

Официальные языки конференции:

белорусский, русский, английский.

Направления работы конференции:

Проблемы врачебной этики и влияние пандемии COVID-19 на систему здравоохранения

Регистрация участников конференции состоится 10 июня 2021 г. с 10:00 до 10:30 (Витебский облисполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал).

Конференция будет проходить:

10 июня 2021 г. 10:30–15:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ — 10 июня (Витебский облисполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал)

Регламент устного выступления — до 20 минут.

Выступление в обсуждении доклада — до 3 минут.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

- Владимир ТЕРЕНТЬЕВ, председатель Витебского областного Совета депутатов
- Владимир ПЕНИН, заместитель председателя Витебского областного исполнительного комитета
- Епископ Олег БУТКЕВИЧ, ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь
- Священник Клеменс ВЕРТ SJ, ксёндз-лицензиат, эконом Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь (куратор проекта)
- Геннадий ЕГОРОВ, начальник главного управления идеологической работы и по делам молодёжи Витебского облисполкома
- Михаил ВИШНЕВЕЦКИЙ, начальник главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома
- Алексей ГАПАНОВИЧ, заместитель главного врача по ОМР УЗ «Витебская областная клиническая больница»
- Людмила ЕРМОЛОВА, врач УЗ «Витебская областная клиническая больница»
- Ядвига СИПАЙЛО, педагог ГУО «Гимназия № 7 г. Витебска»

ПРОГРАММА

XVII Международной медицинской конференции «ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

Регистрация участников состоится 10.06.2021 г. (Витебский обл-исполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал) с 10:00 до 10:30.

10 июня 2021 г.

Пленарное заседание.

10:30

Открытие конференции, приветствие участников

- ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь епископ Олег Буткевич;
- председатель Витебского областного Совета депутатов Владимир Терентьев;
- заместитель председателя Витебского областного исполнительного комитета Владимир Пенин;
- начальник Главного управления организации медицинской помощи, экспертизы, обращений граждан и юридических лиц Министерства здравоохранения Республики Беларусь Александр Пацеев;
- начальник главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома Михаил Вишневецкий;
- апостольский нунций в Республике Беларусь его преосвященство архиепископ Анте Йозич.

Доклады:

11:00

Валерия Соколичик, канд. филос. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», замести-

PROGRAM

of the XVII International Medical Conference “PROBLEMS OF MEDICAL ETHICS IN THE CONTEMPORARY WORLD”

Registration of participants will take place on June 10, 2021 (Vitebsk Oblispolkom, 6 Gogol St., conference hall) from 10:00 to 10:30.

June 10, 2021

Plenary session.

10:30

Opening of the conference, welcoming the participants:

- Bishop of the Vitebsk Diocese of the Roman-Catholic Church in the Republic of Belarus His Excellency Aleh Butkevich;
- Chairman of the Vitebsk Oblast Council of Deputies Vladimir Tserentsyev;
- Vice Chairman of the Vitebsk Oblast Executive Committee Vladimir Penin;
- Head of the Central Board on Organization of Medical Care of the Ministry of Health of the Republic of Belarus Alexander Patseev;
- Head of the Health Care Department of the Vitebsk Oblast Executive Committee Mikhail Vishnevetskiy;
- Apostolic Nuncio in the Republic of Belarus, Archbishop Ante Jozić.

Presentations:

11:00

Valeria Sokolchik, Candidate of Sciences in Philosophy, Associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare of the State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of

тель председателя Комитета по биоэтике Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь

«Информация как важный ресурс Public Health в ситуации пандемии: этические вызовы»

11:20

Андрей Кирпиченко, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГУО «Витебский государственный Орденa Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«Особенности выявления депрессий врачами общей практики»

11:40

Иван Жильцов, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой персонализированной и доказательной медицины ФПК и ПК ГУО «Витебский государственный Орденa Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«Этические аспекты проведения интенсивной терапии пациентам с COVID-19»

12:00

Татьяна Матвейчик, канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», зав. курсом «Организация сестринского дела», г. Минск, Беларусь

«Нравственные аспекты деятельности медицинских сестёр в период пандемии COVID-19: сопереживание, доброта и участие»

12:20

Владимир Быстряков, протоиерей, канд. хим. наук, доцент кафедры химии и естественнонаучного образования ГУО «Витебский государственный университет имени П. М. Машерова», г. Витебск, Беларусь

«Отношение руководства РПЦ и верующих к санитарным мерам в деятельности храмов в России во время пандемии COVID-19»

Postgraduate Education», Deputy Chairman of the Committee on Bioethics of the Republic of Belarus, Minsk, Belarus

“Information as an important Public Health resource in a Pandemic: Ethical Challenges”

11:20

Andrey Kirpichenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, State Educational Establishment “Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University”, Vitebsk, Belarus

“Features of detecting depression by general practitioners”

11:40

Ivan Zhiltsov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Personalized and Evidence-Based Medicine of Faculty for Advanced Studies and Retraining State Educational Establishment “Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University”, Vitebsk, Belarus

“Ethical aspects of conducting intensive care for patients with COVID-19”

12:00

Tatiana Matveichik, Candidate of Sciences in Medicine, Associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare of the State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education», Head of course “Organization of nursing”, Minsk, Belarus

“The moral aspects of nursing during the COVID-19 pandemic: empathy, kindness and involvement”

12:20

Vladimir Bystryakov, Archpriest, Candidate of Chemical Sciences, Associate Professor of the Department of Chemistry and Natural Science Education, State Educational Establishment «Vitebsk State University named after P. M. Masherov», Vitebsk, Belarus

“The attitude of the leaders of the Russian Orthodox Church and believers to sanitary measures in the activities of churches in Russia during the COVID-19 pandemic”

12:40

Александр Огороков, д-р мед. наук, профессор кафедры терапии №2 ФПК и ПК, ГУО «Витебский государственный Орден Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«Особенности ведения пациентов сахарным диабетом при наличии у них коронавирусной инфекции COVID-19»

13:00

Александр Денисенко, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины ГУО «Витебский государственный Орден Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«О влиянии пандемии COVID-19 на количество суицидов»

13:20

Александр Чиркин, д-р биол. наук, профессор кафедры химии и естественнонаучного образования ГУО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова», г. Витебск, Беларусь

«Приверженность принципам здорового образа жизни как профилактика COVID-19»

13:40

Анджей Пазера, заведующий рентгено-радиологическим отделением клиники La Chaux-de-Fonds, Швейцария

«COVID-19»

14:00

Дискуссия.

Заключительное слово — ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь епископ Олег Буткевич.

В программе возможны изменения.

12:40

Alexander Okorokov, Doctor of Medical Sciences, Professor of Therapy Department № 2 of Faculty for Advanced Studies and Retraining State Educational Establishment "Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University", Vitebsk, Belarus

"Features of the management of patients with diabetes mellitus infected with coronavirus COVID-19"

13:00

Alexander Denisenko, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pathological Anatomy with the Course of Forensic Medicine, State Educational Establishment "Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University", Vitebsk, Belarus

"Impact of the COVID-19 pandemic on the number of suicides"

13:20

Alexander Chirkin, Doctor of Biological Sciences, Professor of the Department of Chemistry and Natural Science Education of the State Educational Establishment "Vitebsk State University named after P.M. Masherov", Vitebsk, Belarus

"Commitment to the principles of a healthy lifestyle as a prevention of COVID-19"

13:40

Andrzej Pazera, Head of the X-ray and Radiology Department of the Clinic La Chaux-de-Fonds, Switzerland

"COVID-19"

14:00

Discussion.

Conclusion – Bishop of the Vitebsk Diocese of the Roman-Catholic Church in the Republic of Belarus His Excellency Aleh Butkevich

The program is subject to change.

Тезисы докладов
XVII Международной
медицинской конференции

**«ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»**

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ И ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

БИОЭТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ НАУКИ И УЧЕНЫХ

А. А. Заздравнов, д-р мед. наук, профессор Кафедры общей практики — семейной медицины и внутренних болезней
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

О. И. Заздравнова, д-р филос. наук, профессор Кафедры философии, исторических и социальных дисциплин
Харьковский национальный аграрный университет
г. Харьков (Украина)

Основоположник биоэтики В. Р. Поттер в своих работах зафиксировал образовавшуюся пропасть между этическими ценностями цивилизации и биологическими основами существования всего живого, обосновывая необходимость систематического и всестороннего исследования человеческого поведения в рамках наук о жизни и здоровье. В биоэтике все проблемы центрированы вокруг человека и способов освоения мира через удовлетворение не только материальных, но и духовных потребностей [1]. Вторжение биоэтики в многопрофильную сферу научного знания сопрягается с её краеугольным постулатом: жизнь в её целостности и исторической необходимости должна предстать предметом наивысшего человеческого интереса. Само существование человека может быть обеспечено лишь коэволюцией, предполагающей сосуществование различных природных и социальных формообразований, сотворчество человека с природой и с миром ноотехнических реалий. Коэволюционная установка позволяет человеку по-новому осознавать свою миссию в мире, под-

водя его к идее универсального единства мира, обладающего атрибутом самоорганизации. Человек в этом случае должен рассматриваться в контексте элемента вселенского бытия и не претендовать на какие-либо привилегии в силу того, что он обладает разумом. Отсюда следует, что высшее назначение человеческого бытия состоит в сохранении и обеспечении гармоничного сосуществования жизненного мира человека и природы, их постоянной коэволюции [2].

Таким образом, коэволюционная установка исследователя становится необходимым условием выработки механизмов нравственной регуляции всей научной базы современной цивилизации. Другими словами, весь наличный научный потенциал пропускается через сито коэволюционной установки на предмет возможности его соучастия в складывающихся структурах биоэтики. В таком случае, традиционные научные дисциплины как бы обретают легитимность на «вторую жизнь» в эволюционирующем социуме и надёжный вектор своего развития. В данной формирующейся реальности биоэтика предстаёт не в качестве врача современных наук, а как маяк, освещающий фарватер движения мыслей в поисках истины.

Современная наука старается привести свой категориальный аппарат к требованиям времени. Так, всё чаще содержание понятий «природа» и «человек» рассматривается в контексте их соотношения. Подобный подход содействует интеграции в единое концептуальное целое разнообразных и противоречивых составляющих «феномена человека», естественно-научного и социогуманитарного типов мышления, компонентов природной и социальной сфер жизни и представлений о них. Речь идёт о принципиально новых мировоззренческих ориентирах современной науки, уже не отвергающей внерациональное знание, воплощённое в вере, духовности, морали, интуиции. В поле научного интереса возвращаются и обретают развитие идеи П. Тейяра де Шардена, П. Флоренского, А. Швейцера, В. Вернадского, Рерихов, Е.П. Блаватской, В. Соловьёва.

Биоэтика акцентирует внимание на том, что человечество вступает в мир, в котором как на коллективном уровне, так и в повседневной жизни человека нравственные и экзистен-

циальные проблемы, ранее изымавшиеся при исследованиях социальной жизни, начинают занимать центральное положение на всех уровнях рефлексивного знания. Процесс растущей индивидуализации смысложизненных нарративов вызывает резкий рост рефлексивной активности индивида.

Динамизм, многомерность, глобальность современного естественно-научного освоения мира обуславливают радикальные изменения в самом научном познании, охватившие практически все его структурные уровни: предметную область, проблемное поле, концептуальные основания, сферу технологических применений. Выявление и осмысление закономерностей научно-технического прогресса призвано способствовать выработке взвешенного отношения ко всему сущему и прежде всего к феномену жизни. А. Швейцер отмечает что традиционная этика во всех своих разновидностях «занимается нашим отношением к людям, вместо того чтобы иметь предметом наши отношения ко всему сущему ...» [3]. Наряду с этим не следует подвергать сомнению способность науки к постоянному углублению и интеграции эмпирического и умозрительного знания об окружающем мире. М. Хайдеггер в связи с этим отмечает: «Мироотношение, пронизывающее все науки как таковые, заставляет их искать само по себе сущее, чтобы сообразно его существу, содержанию и способу существования сделать его предметом фронтального исследования и обоснованного определения. В науках — соответственно их идее — происходит подход вплотную к существенной стороне всех вещей» [4].

На нынешнем этапе развития цивилизации довольно высок риск ядерных катастроф, нарушений генетического баланса в биосфере, негативных последствий манипуляции с человеческим сознанием. Экология, генетика, атомная энергетика, медицина требуют взвешенных решений при практической реализации своих теоретических наработок. Проблема реконверсии науки и перевод на биоэтическое направление научных исследований — сложнейшая задача, которую способны решить не только и не столько политики и государственные деятели, но, прежде всего, сами учёные, проявившие в себе способность возложить ответственность за совершаемые деяния на самих

себя. Ярчайшим примером могут послужить жизненные позиции выдающихся учёных-ядерщиков — академиков А. Д. Сахарова и В. А. Легасова. Важно отметить, что осознание личной ответственности учёного формируется в двух разнопорядковых актах сознания — в выборе поступка согласно разумному основанию и в выборе самого этого основания. И если первый акт сознания может быть замкнут на исключительно рациональных формах (для данного времени и данного социума) освоения мира, то второй предполагает известную самостоятельность в выборе духовных ориентиров, которые далеко не всегда вписываются в рамки рациональности. Именно во втором случае важно не скатиться на позиции личного произвола, безотносительно к требованиям общественной нравственности, не оказаться «по ту сторону добра и зла». Родовая и профессиональная атрибутика учёного иницирует его в своих поступках подниматься выше субъективного произвола; его сознанию открывается собственная уникальность с возможностью персонализации в социальном пространстве.

Биоэтическое направление научного знания охватывает целый блок развития современной человеческой цивилизации, обладающий выраженным катализирующим эффектом на развитие духовной и материальной жизни социума. Представляется крайне важным не упустить инициативу втягивания в орбиту биоэтических инноваций всего ресурса человеческого знания, преодолевая узкоутилитарный взгляд на науку только как на производительную силу. Без духовной компоненты бессмысленно рассуждать о том, как действовать в направлении обеспечения возможности гармоничного пребывания человека в мире и природе. Тем более что научная деятельность и практическая реализация её результатов нередко не совпадают по ценностно-культурной значимости этих двух векторов освоения мира человеком. Традиционные научные знания не предусматривают каких-либо рекомендаций и указаний на особенность их применения в различных обстоятельствах. Между тем, реалии таковы, что установки биоэтики как бы врастают в «ткань» отдельных сфер человеческой жизнедеятельности, радикальным образом изменяя их традиционные характери-

стики. А поскольку этот процесс обнаруживает тенденцию расширения масштаба и разнообразия форм воздействия на весь комплекс элементов социального бытия, то он, по нашему мнению, свидетельствует о достаточном основании полагать, что на наших глазах подспудно вызревают атрибутивные признаки новой цивилизации.

Литература

1. Старжинский В. П., Цепкало В. В. Трансдисциплинарность как новация постнеклассической науки // Национальная философия в глобальном мире : тезисы Первого белорусского философского конгресса / Национальная академия наук Беларуси, Институт философии ; редкол.: В. Г. Гусаков (пред.) [и др.]. — Минск: Беларуская навука, 2017. — С. 136–137.
2. Заздравнов А.А., Заздравнова О.И. Биоэтические аспекты коэволюции человека и природы // София.- 2018.- №1.— С. 116–121.
3. Альберт Швейцер — великий гуманист XX века. Москва: Наука, 1970. — 240 с.
4. Хайдеггер М. Время и бытие. Статьи и выступления. Москва: Республика, 1993. — 447 с.

CORONAVIRUS (COVID-19) VACCINE: WHAT TO KNOW

Eng. Chris Harris
Bachelor of Software Engineering,
(Graduate of Vitebsk State University named after P.M. Masherov)
Colombo (Sri Lanka)

SARS-CoV-2, the virus that causes coronavirus disease 19 (COVID-19), has spread rapidly around the world.

Millions of people have contracted the virus, and it has contributed to nearly 2 million deaths. Researchers have been working around the clock to develop effective vaccines, which people started receiving in December 2020. This article looks at the types of COVID-19 vaccine, how they work, their safety, and how to get one.

Which vaccines have approval?

Different vaccines are now available in various countries. In the United States, vaccines need approval from the Food and Drug

Administration (FDA). First, they need to pass through three phases of tests to prove that they are safe and effective. The last stage, phase 3, involves tens of thousands of participants.

At the time of writing, two vaccines have FDA approval for use in the U.S.:

- the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine,
- the Moderna COVID-19 vaccine.

The Pfizer-BioNTech vaccine, developed in Germany, received FDA approval in the form of an emergency use authorization on December 11, 2020. In a phase 3 trial involving more than 43 000 people, around half received a placebo and half received two doses of the vaccine, 21 days apart. The results showed that the vaccine was 95% effective at protecting against COVID-19.

The Moderna vaccine, developed in Cambridge, MA, received approval for emergency use in the U.S. on December 18. In a phase 3 trial, 30 000 volunteers received either a placebo or two doses of the vaccine, 28 days apart. The results indicated that the vaccine was 94% effective.

Other vaccines

Other vaccines that have approval for use in various countries include:

- The Oxford AstraZeneca vaccine, in the United Kingdom.
- Coronavac, developed by Sinovac, in China.
- The Sputnik V vaccine, in Russia.
- Covaxin, developed by Bharat Biotech, in India.

Meanwhile, the Novavax vaccine is currently undergoing phase 3 trials, as is Janssen's COVID-19 vaccine. Both were developed by companies based in the U.S. A person can keep up to date with the latest vaccine developments in the country using the Regulatory Affairs Professionals Society's COVID-19 vaccine tracker.

Are the vaccines safe?

A vaccine needs to pass through several stages of trials before the manufacturer can apply for approval from a country's health authority. In the U.S., the FDA gives this approval, and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) also work to ensure public safety. Vaccine trials involve ever-larger numbers of people. The last stage, phase 3, includes tens of thousands of participants.

At first, the specific long-term effects of any new medical treatment, including a vaccine, are unknown. The key is to balance the potential risks of getting a vaccine that has undergone extensive testing with the known dangers of developing COVID-19.

Getting the vaccine

Vaccine doses are currently limited. For this reason, the first to receive the vaccine will be healthcare workers, residents of long-term care facilities, first responders, and people aged 75 years and older. As more doses become available, everyone will be able to receive it.

A person may need to pay an administrative fee for the vaccine. Insurance companies will reimburse this, and people without insurance can seek reimbursement from the Department of Health and Human Services' Provider Relief Fund. Otherwise, the vaccine is free.

To learn when the vaccine becomes available, check with local and state health departments regularly. The CDC provide a directory [here](#).

How do vaccines work?

Vaccines prompt the immune system to make antibodies to defend against specific diseases. In other words — they make the immune system behave as if the body already had this illness. Vaccines achieve this without making the person sick. After vaccination, the person develops immunity to the disease. Their body can fight off the infection if exposure to the pathogen, such as the novel coronavirus, occurs.

An effective vaccine stimulates the immune system without kicking it into overdrive. Developing a vaccine that works without causing unwanted side effects is the goal for researchers. Vaccines also need to be safe for everyone, including people with allergies, young children, people who are pregnant or breastfeeding, older adults, and people with underlying health conditions.

Preventing infection

While waiting for a vaccine, people need to take other steps to protect themselves and others from COVID-19.

The CDC recommend the following ways of reducing the risk of infection:

- wearing a face covering in public,
- washing the hands with soap and hot water frequently, for at least 20 seconds at a time,
- using a hand sanitizer, with at least 60% alcohol, when washing the hands is not possible,
- covering any sneeze or cough with a tissue, disposing of this at once, and washing the hands,
- avoiding touching the face,
- regularly cleaning and disinfecting surfaces that people frequently touch, such as doorknobs,
- limiting or avoiding handshakes,
- staying home and away from others if sick,
- staying at least 6 feet away from people who are not housemates,
- avoiding crowds whenever possible,
- avoiding poorly ventilated places whenever possible,
- being watchful for any symptoms, including a high fever and a cough.

If a person has a mild or asymptomatic form of COVID-19, it is still crucial to limit contact with others, especially older adults and people with weakened immune systems. If anyone needs medical care for what may be COVID-19 symptoms, call ahead to let the clinic or hospital know about the problem and wear a face mask on the way. The CDC also recommend that anyone who may have been exposed to the virus:

- contacts a healthcare provider,
- keeps track of their symptoms,
- isolates at home, staying away from others as much as possible,
- seeks emergency medical care for any severe symptoms, such as difficulty breathing.

Some common COVID-19 symptoms include:

- a fever,
- a persistent cough,
- a loss or change in sense of smell or taste.

Maintaining a balanced diet, staying active, and making other healthful choices can also help. There is no evidence that home or alternative remedies can help prevent COVID-19.

Summary

COVID-19 is a major health challenge throughout the world. Experts and authorities are working to develop and administer vaccines and enact other preventive measures.

The goal is for everyone to have access to a COVID-19 vaccine. While waiting for it to become available, follow all guidance from public health authorities and medical experts.

COVID — 19

*Médecin chef docteur Andrzej Pazera
Réseau hospitalier neuchâtelois, Département d'imagerie médicale
La Chaux-de-Fonds (Switzerland)*

Tegoroczna praca lekarzy na całym świecie upływała i nadal upływa pod znakiem walki z koronawirusem. Nie będę mówił o statystyce w poszczególnych krajach, bo to i tak nie ma znaczenia dla opisanego, jaka jest atmosfera w szpitalach w kraju, gdzie żyję i pracuję już 40 lat.

Mam przywilej mieszkania i pracowania w kraju statystycznie, ogólnie rzecz biorąc, bardzo bogatym. Niestety, jednak ma to i swoje negatywne strony, chociaż podobne do tych w krajach dużo biedniejszych. Ludzie bardzo się oddalili od siebie i chociaż nie mówię, że to źle, bo jak wiemy utrzymywanie odległości jest ważnym czynnikiem w broniении się przed zakażeniem kropelkowym, ale zarazem mamy przecież możliwości kontaktu chociażby dzięki nowoczesnym mediom.

Ludzie starsi, seniorzy, chociaż już bardzo liczni posługują się nimi, pozostawali sami często w izolacji, to były bardzo trudne chwile i bardzo często odejścia z tego świata bez zobaczenia najbliższych, bo wstępy do domów starców, szpitali nawet na chwilę były często niemożliwe. Tam, gdzie był ksiądz-kapelan, a to tutaj jest niestety nieczęstą rzeczywistością, był on właśnie tym w pewnym sensie współcierpiącym i towarzyszem pomagającym tym ludziom. Bezduśność i samoobrona kosztem innych bez braku wczucia się w tę trudną sytuację nie były rzadkie. Nie brakowało

nam, pracownikom szpitali czy domów opieki dla seniorów (często „porzuconych niemalże” przez najbliższych), środków indywidualnej ochrony. Jednakże serca personelu tych placówek nie powinny się zamykać, ale i to nie mnie jest oceniać. Były i dalej jest stres, zmęczenie i nieufność między personelem także co do przyszłości pomimo zapowiedzi szczepień i to już wkrótce.

Wielu lekarzy i innych pracowników sami przechorowali COVID (ja także) lub też przeplacili życiem, ale taka jest nasza rola, aby być przy chorych, a nie uciekać od nich, gdy epidemia zalewa całe grupy ludzi. Miejmy nadzieję że następny kongres będzie już inny i w innej lepszej atmosferze niż ten, chociaż piszę te zdania w grudniu, a w czerwcu jak będzie tego nie wiemy, oby dużo lepiej lub całkiem dobrze. Serdecznie pozdrawiam wszystkich obecnych na kongresie.

ETHICAL RESPONSES TO THE COVID-19 PANDEMIC — LESSONS FROM SRI LANKA

*Dr. Richie Anderson MD, Doctor of Medicine
Medical officer Peoples Hospital, Medical officer suwasiri Hospital
Sri Lanka*

The COVID-19 pandemic has undoubtedly become an era-defining challenge for the entire world. It has implications not only in the public health sector but also in the global economy and political landscape. The prevention strategy that has been followed in Sri Lanka is unique. Early action taken by the government and the ministry of health, being one of pre-emptive quarantining and isolation of suspected contacts even before they developed symptoms, was vital to contain the spread of the disease. During the early phase, a nationwide lockdown in the form of a curfew was imposed which helped mitigate the spread of the virus. However, due to several lapses, there was a threat of community transmission; this was swiftly brought under control through ongoing government interventions. Thus, strict social/physical distancing measures enforced by the government, together with

an increase in testing capacity, prevented widespread community transmission. Strictly containing the outbreaks as and when they were identified made it easier to bring the spread under control through contact tracing. In this article, we give an account of the strategy taken by Sri Lanka to mitigate the pandemic and comment on the lessons learned concerning the ethical responses to the COVID-19 crisis.

The COVID-19 pandemic has spread alarm and panic the world over, with many countries unprepared to respond quickly, and sometimes ethically, to the disease outbreak. Even countries that had faced pandemics such as influenza in the past failed in the face of the COVID-19. Hence, the current pandemic has demonstrated unequivocally that every country should have a plan that can be executed effectively during future pandemics. In response to this public health emergency, the World Health Organization (WHO) has put forth best practice guidelines (World Health Organization 2020). The importance of recent changes in international health regulations was emphasized by the WHO, which included that all public health emergencies of international concern should be notified without delay. Furthermore, there needs to be a national focal point to respond in such a situation. Having core capacities that are urgently needed, and recommended measures to implement without delay to safeguard the public, is of paramount importance (Ferhani and Rushton 2020). In this article, we outline the strategy that has been adopted by Sri Lanka, which at the time of writing has only 13 reported deaths (i.e. 0.6 per 1 million people) attributable to COVID-19. Against this apparent public health success story, we assess the ethical lessons to be learned from adopting a strategy such as that deployed by Sri Lanka.

Sri Lanka took strong measures to manage and mitigate the crisis at the initial stages of the pandemic. Since the first local case of COVID-19 was confirmed in March 2020, the country went into extremely stringent lockdown within days. This curfew style lockdown adopted by Sri Lanka is different from the lockdown that was seen in many other countries, such as the UK, many European countries and America. The curfew and lockdown began on the 20th of March 2020, with complete restrictions on people's movements

and prohibition of social gatherings. Unlike the lockdowns seen in other countries, where citizens were able to drive to the grocery store or a walk in the park, the curfew imposed by the Sri Lankan authorities ensured that people stayed at home. This was mainly to prevent non-essential travel those who were essential workers or had a valid reason to leave their homes required a curfew pass from the area police. Workplaces, schools and businesses were unexpectedly closed. Only private sector, government, grocery and food retailers and essential service providers were given permission to continue services and make deliveries to residential areas. The new regulations caused major disruptions of lives and income of the Sri Lankan people. A COVID-19 task force was immediately implemented under the leadership of the president which consisted of a team of multidisciplinary experts such as epidemiologists, medical administrators, infectious disease specialists, military teams, police, social workers, politicians and media teams. The military played a leading role in response to the crisis, from overseeing quarantine centers to contact tracing, while the police managed the curfew, responding to reports of violations and arresting suspected violators. According to some media outlets quoting police reports, “more than 56,000 curfew violators have been arrested after curfew was imposed on March 20th 2020” (News 1st 2020). Even though having armed forces involved in the mitigation strategy may not seem ethically sound, this move was seen as an institutional strategy for crisis management. Sri Lanka being a low-middle income country had no option but to use all available resources to tackle and prevent the epidemic. The use of the military could be seen as restricting individual freedom and autonomy. However, that had to be balanced with the effects of COVID-19. Military involvement differs in terms of their tasks, their mission and the force used in any given situation. In this instance, it was to build national resilience against the pandemic and hence was seen in a positive light.

The government implemented further strict measures, including a temporary suspension of inbound flights and on-arrival visas, mandatory quarantine of travelers arriving from high-risk countries in special quarantine centers and regularly disinfecting

marketplaces and public transport stations, all of which have successfully reduced the rate of disease transmission. Major celebrations, such as the Sinhala and Tamil New Year, and Vesak, which is the most important period in the Buddhist calendar, were confined to the households. Subsequently, during July 2020, Sri Lanka rapidly increased its testing, and the number of confirmed cases reached 3 363 as of September 2020, with more than 3 230 recoveries and only 13 deaths (Epidemiology Unit 2020 a, b, c, d). Therefore, we believe there are lessons to be learned from Sri Lanka's mitigation strategy.

Policy and Regulations

In Sri Lanka, we have learned many lessons as policymakers, healthcare workers and a community. The international health regulations are implemented under the Quarantine and Prevention of Disease Ordinance Act & Public Security Ordinance (Section 16 — Curfew subject to Gazette of Sri Lanka (<http://www.documents.gov.lk/en/gazette.php>). Through the ordinance which is updated from time to time via gazette notifications, a mandatory 14-day quarantine at a center and further 14 days of self-quarantine for all inbound passengers were imposed. This further reduced the likelihood of the disease spreading in the community. The strict adherence to the measures enforced through the Quarantine and Prevention of Disease Ordinance Act could be further strengthened by making the wearing of face masks, mandatory quarantine and social distancing which are considered only as guidelines issued on COVID-19 prevention, legally binding, at least during an outbreak, so that more citizens follow these measures stringently.

Maintaining a Steady Supply Chain

In the face of rapidly escalating cases, even the most developed countries went short of medical facilities, including intensive care beds, face masks, personal protective equipment, sanitizers, intubation and ventilation equipment and lab facilities to screen and confirm cases (Mikhael and Al-Jumaili 2020). Therefore, surveillance of these capacities at timed intervals to face future situations should be emphasized. Particularly as a developing nation, we felt the need to establish a mechanism to manufacture laboratory and medical equipment and to ensure a continuous

food supply chain in the face of the closure of ports and airports.

A Phased Lockdown

During the past few months, many Sri Lankans faced economic hardships due to a long lockdown period, which commenced on the 20th of March in Colombo and Gampaha districts, until the middle of May. An early and very strict lockdown was essential in the name of public health and to prevent limited health resources from being overwhelmed. However, as this was not sustainable in ethical or economic terms, a phased lockdown was implemented in mid-May, where there was a slow easing of restrictions. This phased return to a more open society, as opposed to a strict and complete lockdown for a long period, is ethically viable as it does not disproportionately restrict civil liberties and economic freedom. Another feature of Sri Lanka's unique strategy was that not all districts experienced lockdown to the same degree. While the districts of Colombo and Gampaha experienced the most stringent lockdown, the other districts were relatively less strict. Furthermore, even though the strict lockdown did not seem ethically sound, given the number of ICU beds available in Sri Lanka, it was the opinion of the public health experts that we employ a method known as "the hammer and the dance". This method involved a two-phase strategy (Assenza et al. 2020), where an initial strong confinement stage (the hammer), was followed by a more relaxed phase (the dance). The relaxed phase was implemented once the local transmission reached a point that could be curtailed with community measures such as wearing a facemask, good hand hygiene practices and social distancing.

The government's preventative measures, while indispensable, have led to the economy taking a major downturn, particularly as the pandemic comes in the wake of the 2019 Easter bomb attacks (United Nations Sri Lanka 2020). The disruption of livelihoods has caused concern in some communities, particularly among daily wage earners, who felt the effects of the pandemic the most. The Sri Lankan Government struggled to support these people economically, and although the government has expressed concern for the low-income earners, emergency food relief and other basic support were delayed. By mid-April, the government

had arranged for financial support to those citizens whose livelihoods had come to a standstill, and a sum of Rs 5000 was granted to each person. Many local charities collaborated with the authorities to supply dry rations and other essential items to those who had fallen on hard times. We must, therefore, have a plan to support the daily wage earners and small businesses until the country returns to normalcy. Locking down a country and exiting the lockdown is a difficult process and it is therefore imperative to have a pre-prepared plan for future pandemics. As stated above, the public health measures implemented by the Sri Lankan Government could have been argued by some as non-ethical as it could be seen as an undue infringement on an individual's autonomy as well as an interference with civil liberty. However, in a broader context, preventing death due to the lack of resources if the number of cases of COVID-19 reached overwhelming figures, as seen in our neighboring country India, would have outweighed the ethical concerns pertaining to the enforced lockdown.

Free Healthcare for All

The most important asset for Sri Lankans was the free healthcare system, which enabled the country to face a public health problem of such magnitude with confidence. Both curative and preventive healthcare systems are free in Sri Lanka. The private healthcare system mainly works in the curative aspect with some contribution to preventive care as well, like cancer screening and screening for non-communicable diseases. The strength of our preventive health system is one key determinant behind the success in facing the epidemic. It was therefore vital that this resource was protected from being overwhelmed during the pandemic crisis as mentioned above. Due to the curfew and strict lockdown measures imposed by the government, our healthcare system was thus protected.

In the context of healthcare workers, the importance of continued medical education with concepts of good medical practices was felt more than ever before. An example is the skill of intubation, which was deemed to be crucial in the management of severe cases. Every healthcare worker should have sound knowledge regarding notification and surveillance systems of a specific disease. To this end, responsible authorities need to

organize awareness programs for healthcare workers. This is also a good opportunity to educate medical practitioners on medical ethics, especially as it was found that in a recent survey 81.2% of doctors did not have sufficient knowledge of medical ethics. However, most (> 90%) of the participants had expressed their willingness to learn (Ranasinghe et al. 2020).

Procedures for handling an emerging/re-emerging infection, including evidence-based clinical practice, epidemiological surveillance, investigation and control measures, implementing preventive measures with behavioural, environmental changes, laws and regulations, monitoring and evaluation and research should also be streamlined (World Health Organization 2018). In Sri Lanka, when suspected COVID-19-positive cases were admitted to the hospital, the hospital ward setting was changed to prevent the spread of the disease. Guidelines were issued early on from respective professional colleges, with guidance from the WHO, to enable a quick response. These guidelines were readily accessible via the Ministry of Health Epidemiology Unit website www.epid.gov.lk (Epidemiology Unit 2020 a, b, c, d). The importance of a global partnership in handling a pandemic was felt very strongly in this instance.

Accountability of Citizens and Community Awareness

Taking into account the experiences and lessons learned from the COVID-19 pandemic, not only is the government's response vital but every citizen should have a plan to prepare for and respond to future pandemics. Many Sri Lankans started home gardening to face problems with food supply; thus, the importance of being self-sufficient was strongly felt among the citizens (Rodrigo 2020). The majority of Sri Lankans have a high literacy rate owing to the free education system and hence, they were equipped with basic skills to understand and implement necessary preventive strategies such as wearing a face mask, hand hygiene measures and social distancing, all of which were strictly enforced by the government. Adherence to directed self-discipline either volunteered or forced (in some instances) is one other key determinant to the success in fighting this crisis. "Vidya dadathi vinayang", a saying by Lord Buddha, means "being informed or knowledgeable, generates

discipline". Furthermore, we did not have people overtly objecting to or flouting the rule of mask wearing, as seen in America, Australia and Europe. Literacy in information and communications technology was also vital, with the concept of working from home and homeschooling children during the lockdown period. Due to the feasibility and convenience of working from home, some companies decided to continue this concept indefinitely, even after the pandemic settled with time. In the face of such a pandemic, the Sri Lankan people understood that the suffering caused by being irresponsible affects everyone in society, including oneself and one's family.

Local governments, while providing fundamental facilities, should under the directive of the provincial director of health services arrange awareness programs with the help of the area medical officer of health (MOH) and public health inspectors (PHI), to increase awareness at a community level, thus promoting autonomy and preparedness at a micro-level in case of a future pandemic.

Role of the Media

The mass media in collaboration with the Sri Lankan Government was an important aspect of our fight against COVID-19. Media support was vital for the dissemination of correct information, de-stigmatization and myth-busting efforts executed by the government. A substantial amount of funding, donated by various organizations, was spent on media advertisements to control the spread of the disease. Positive health behaviour was greatly advocated through the mass media as it played a major role in preventing COVID-19 (Health Promotion Bureau 2020). However, the issue of false or misleading news was also strife in the media, and as citizens, we learned that getting updated with accurate information from responsible parties was vital to prevent unnecessary panic caused by fake news. There have been instances of unethical behaviour by the local media, who had reported identifiable personal information about COVID patients as well as publicizing the ethnicity of the patients who died due to COVID-19. This leads to the stigmatization of these persons and their families in society (Ayub 2020). Some international media

outlets also picked up and reported on this unethical reporting by local media, urging Sri Lankan authorities to act (Mukhopadhyay 2020). The International Press Institute has reported 426 media freedom violations during the COVID-19 pandemic, and nearly half of these violations were reported from Asia (International Press Institute 2020).

While the crisis strengthened the society and improved social cohesion, as shown by examples of social solidarity and community initiative from all parts of the country, at the same time, incidences of stigmatization and exclusion counter these positive narratives. For example, there were media reports that when a person was found to be tested COVID positive in the community, not only the individuals' family but the whole street was quarantined. However, the regional epidemiologist claimed that they took an evidence-based approach towards controlling clusters, stating in an article "first-line contacts are the immediate home contacts of the index case. These contacts undergo mandatory testing and immediate isolation as they are at an increased risk of contracting COVID-19 and are most likely to spread it to others. The second and third contacts are kept under the radar and closely monitored" (Hettiarachchi 2020).

Ethics of Care in Sri Lanka's Response

The ethics of care, which emphasizes solidarity, care and responsibility to the most vulnerable people in society, was important in Sri Lanka's successful response to the pandemic. The phrase "ethics of care" was initially coined by psychologist Carol Gilligan (1982) and has its origins in feminist theory. Gilligan studied how little girls looked at ethics and found that in relation to boys, the moral development of girls usually came from compassion instead of being justice based. Her theory proposed that ethics should be focused on relationships and dependent on the context of the situation, instead of emphasizing autonomy and rules. The philosopher Nel Noddings (1984) further contributed to the theory by considering that values such as justice, equality and individual rights should operate together with values such as care, trust, mutual consideration and solidarity. In a recent paper describing Vietnam's successful response to the COVID-19 pandemic, which

attributed Vietnam's success partly to the ethics of care prevalent in Vietnamese society, Ivic (2020) stated that "In light of ethics of care, the requirement for practicing social distancing for the good of vulnerable groups (elderly, ill, and so forth) represents the social responsibility towards our shared communities". Similarly, in Sri Lanka during the COVID-19 pandemic, care ethics was seen in several different scenarios. It was manifested in the way people adhered to social distancing rules and the wearing of face masks, to protect the vulnerable groups. Peaceful and amicable adherence to the stringent curfew and lockdown by most citizens was also an example of care ethics. As seen in Vietnam (Ivic 2020), the ethics of care overcame binary oppositions: we/they, young/old, public/private, wealthy/poor; this is observed in Sri Lanka's successful response as well. Many private sector companies offered their hotels and services for quarantine purposes and well-to-do citizens gave charitable donations of food to the needy and less fortunate. Furthermore, the ethics of care justifies an initial curfew-like lockdown to get the pandemic under control and was vital in the initial few weeks of the pandemic. However, if a resurgence in COVID-19 cases occurs, this might prove not to be the case.

The decision by the government to open the country's main international airport was primarily to prevent the economy from sinking further and salvaging the jobs and livelihoods of many citizens. In this context, it does not infringe upon the ethics of care principle. When considering preparedness in the context of care ethics, it is vital that essential health services must be freely available to all citizens to minimize COVID-19-related fatalities as well as additional deaths from the pandemic, especially with respect to chronic diseases. Free access to infection prevention, control, testing and treatment is vital to protect communities. Crucially, controlling a pandemic—disease detection, communication and containment efforts—all depend upon community engagement in terms of public cooperation, solidarity and responsibility.

Conclusions

The strategy employed by Sri Lanka, where an initial stringent lockdown period of 8 weeks was followed by the gradually easing of the lockdown, a phased approach, is an example of an ethically

sound measure. This method can be further justified as one that would prevent our health system from being overwhelmed, thus saving many lives. The Buddhist teachings of self-discipline that prevails within Sri Lankan society have likely played a role in the adherence to the strict rules set by the government during the curfew and lockdown periods.

As the number of fatalities from the COVID-19 pandemic is low in Sri Lanka, many lessons can be learned from the country's response to the crisis, from an ethical perspective. The way forward would be to have, firstly, ethics of care and self-discipline among the majority of people in society. The early strict curfew and lockdown followed by a phased out easing of the lockdown were necessary. Even though there are ethical concerns with this approach, it was vital in Sri Lanka's successful response to the pandemic. However, this is a good lesson for future pandemics and an opportunity to establish an ethically sound system with broader dissemination of ethical practices among all healthcare workers. Secondly, due to the issue of fake news being spread by social and mass media, it is important to use reliable sources of information. Thirdly, a strong and free healthcare system and a robust public health and community care system, such as that which is present in Sri Lanka, are important to combat a health crisis. Finally, to have a plan in place for disaster preparedness and especially to financially support people who have fallen on hard times is important. Having overcome past crises such as the civil war and the Easter attacks of 2019, Sri Lanka will no doubt find a way to renewed prosperity in the aftermath of the COVID-19 storm.

НРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: СОПЕРЕЖИВАНИЕ, ДОБРОТА И УЧАСТИЕ

Т. В. Матвейчик

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»
г. Минск (Беларусь)

Нравственные проблемы в оказании медицинской помощи издавна волнуют человеческое сообщество, и пандемия COVID-19 обострила их для всех людей, а не только для 14% лиц, получающих паллиативную помощь, из которых 85% онкологические пациенты, а также больные с инсультом, ВИЧ, а теперь и с тяжелой формой коронавирусной инфекции [1].

Неотъемлемая часть подхода к заботе о здоровье и укреплении паллиативной помощи отражена в ряде резолюций Всемирной ассамблеи здравоохранения, ВОЗ, Европейского совещания по правам человека в 1994 г., Министерства здравоохранения Республики Беларусь [2].

Согласно политике ВОЗ Здоровье 2020 и Здоровье 2030, Целям устойчивого развития (Цель 3) осуществляется адаптация ролей и обязанностей медицинской сестры (МС) и помощника врача (Пвр) на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапе оказания медицинской помощи [3,4].

Продолжает развиваться и совершенствоваться структура оказания помощи на 4 772 койках в больницах сестринского ухода (БСУ), на 290 койках отделений медико-социальной помощи, в 17 отделениях паллиативной помощи на 479 коек для 463 взрослых и 16 детей и в 4 хосписах [1]. Заведующие структурными подразделениями в БСУ и хосписах составляют 1,57% от всего кадрового состава, но это высококвалифицированные кадры, уд. вес лиц с квалификационными категориями составляет по Республике Беларусь 80,05%.

Подготовка специалистов со средним специальным медицинским образованием в Республике Беларусь, дальнейшее повышение их квалификации осуществляются в 14 медицин-

ских колледжах по 175 программам продолжительностью 40-80 ак. часов, на курсах повышения квалификации медицинских колледжей. Образовательные программы для взрослых по профилю «Здравоохранение» реализуются в ГУО «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов» на курсах переподготовки, а также в ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» [5].

Согласно потребности практического здравоохранения и рекомендациям ВОЗ увеличен объём целевого набора в медицинские колледжи с 47% до 56%. Растёт интерес к профессии, о чем свидетельствует увеличение конкурса при поступлении в колледжи с 1 до 4,6 чел. на место.

Обучение МС и Пвр новым технологиям ухода, осуществляемое в медицинских колледжах и вузах, включает вопросы биомедицинской этики, введённые в учебные программы с 2017 г. Деятельность Белорусского Общества Красного Креста (БОКК) является лучшим примером сочетания обучения технологиям ухода и высоконравственным идеалам гуманизма [6-9]. Основным постулатом в обучении является завет И. Кронштадтского: «Сестра милосердия должна научить больного полюбить свою болезнь». Обучение МС милосердия БОКК согласно многолетнему международному проекту «Укрепление службы сестёр милосердия» базируется на комплексном подходе. Слова св. Тихона Задонского лежат в основе содержания их деятельности: «Милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует перед Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрёл в своём сердце милосердие, потому что молитва без милости — как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов».

Знакомство с деятельностью российских лейб-медиков XVII-XIX вв. являет прообраз семейного врача и пример не только высокого уровня профессионализма, благотворительности, но и нравственности. За свой человеческий и врачебный подвиг последний лейб-медик царской семьи Е. П. Боткин, не оставивший своих пациентов и после их ареста, и, не будучи

арестованным, разделил участь венценосных страстотерпцев до смерти, в 2016 г. причислен к лику святых страстотерпцев. Это единственный врач XX столетия, удостоившийся подобной милости у Господа, действовавший по совету преп. Нектария, старца Оптинского: «Творите добро ближнему, делайте внешнее, а когда оно будет в исправности, то и внутреннее образуется. Но, сделав добро, не гордитесь, а благодарите Господа: «Твоим благословением, Господи, совершил я это». Помните завет из Библии: «Без Меня не можете делать ничего».

Обучение основам биомедицинской этики является перспективным направлением в обучении всех МС, способствует социализации и возрастанию роли в обеспечении лучшего качества организации деятельности среднего и младшего медицинского персонала с применением новых технологий, этики, права и психологии делового общения [10-15]. Это направление соответствует акценту в докладе ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.» [16]. Материально-техническое обеспечение труда врачей, МС, акушеров, Пвр, междисциплинарное взаимодействие и этическая составляющая мотивации их труда в период пандемии COVID-19 способствует более полному раскрытию их потенциала [17-18].

Международные этические принципы не являются новыми для МС в эпоху борьбы с COVID-19. Впервые они были приняты на заседании Большого Совета МСМС в Сан-Пауло (Бразилия, 1953), впоследствии пересмотрены во Франкфурте (Германия, 1965), затем в Мексике (1973, 2006). Рекомендации по применению принципов и Рекомендации по распространению Свода правил были выработаны профессиональным служебным Комитетом МСМС в 1974 г. [19]. В настоящее время МС руководствуются постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. № 64 и др. [4].

В период первого подъёма заболеваемости пациентов коронавирусной инфекцией МС столкнулись с негативными эмоциями пациентов, которые не новы: страхом, злостью на себя и других, грустью по утрате самостоятельности, зависимости как способа избежать перегрузки и временной беспомощностью. Выяснилось, что МС не владеют информацией о том, как

уместно выразить соболезнование родственникам ушедших пациентов [11]. В связи с возникшей в нынешнее время распространения коронавирусной инфекции потребностью в профессиональных кадрах Пвр, акушеров, особенно МС-анестезистов осуществляется экстренное повышение их квалификации врачами-инфекционистами и военными врачами.

Неожиданность пандемии COVID -19 произвела разрушительный эффект на здоровье населения всех стран мира. Медицинские и этические вопросы оказания помощи заболевшим и остальным жителям разных стран вскрыли неожиданные проблемы. Одной из них был вопрос необходимости делать выбор врачами в условиях дефицита аппаратов ИВЛ, КТ, средств индивидуальной защиты медицинских работников.

Комитетом по биоэтике (ДН-Bio) в 2014 г. опубликовано «Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни» для облегчения выполнения принципов, закрепленных Конвенцией о правах человека и биомедицины (Конвенция Овьедо, ETS No 164, 1997) [19]. В работе рассматриваются этические и правовые рамки процесса принятия решений, сам процесс и выводы-рекомендации. Поскольку данный вопрос касается деятельности врача и врачебных консилиумов, для МС будет полезным напоминание принципов, составляющих основы фундаментальных прав, закрепленных в Европейской конвенции по правам человека:

- право автономии, признание законных прав личности на свой выбор;
- принцип принесения пользы и непричинения вреда на основе свободного информированного согласия перед любым медицинским вмешательством;
- право на отзыв пациентом информированного согласия отражено в Статье 5 Конвенции о правах человека и биомедицины;
- право на защиту от негуманного и унижительного обращения зафиксировано в Статье 3 Конвенции о правах человека и биомедицины;
- принцип справедливости — предоставлять только соответствующее лечение с учётом ожидаемых эффектов для здо-

ровья пациента. Важно знать, что если в ситуации конца жизни может ставиться вопрос ограничения или прекращения лечения, не приносящего больше никакой пользы, то вопроса о прерывании ухода, включая паллиативное лечение, предназначенное для сохранения качества жизни пациента, возникать вообще не должно.

Принцип справедливости в равном праве на доступ к медицинской помощи закреплён в Статье 3 Конвенции о правах человека и биомедицины. Паллиативный уход — интегральная часть здравоохранения и правительства должны гарантировать активный уход, направленный на контролирование боли и других симптомов, обеспечение поддержки в борьбе с психологическими и социальными проблемами, а где возможно — и духовной поддержки пациента и членов его семьи.

Участники процесса принятия решений (все члены бригады, осуществляющей уход, и те, кто близок к пациенту) оценивают способность пациента понимать существенную информацию, оценивать ситуацию и последствия лечения, способность размышлять, сравнивать альтернативы и взвешивать риски и способность сформулировать выбор, выразить и обосновать.

В случае невозможности участия пациента в процессе принятия решения ориентируются на выраженные ранее пожелания («предварительные распоряжения» или «завещания жизни», письменно осуществляемые уполномоченным доверенным лицом).

Процесс принятия коллективного решения состоит из трёх главных стадий: индивидуальной, коллективной и заключительной [2, 19].

Из опыта работы с людьми, заражёнными коронавирусной инфекцией, можно представить портрет «идеального» пациента:

- у такого человека нет потребительского экстремизма;
- отсутствует непрофессиональная осведомлённость о болезни;
- нет потребности жаловаться, но присутствует необходимость договариваться;
- при отсутствии налаженного ухода и дефиците чего-либо

у пациента нет намерения жаловаться на самого незащищённого участника — МС;

- у такого пациента присутствует готовность брать вместе медперсоналом ответственность за своё здоровье.

Ошибки старших МС в случае работы в условиях коронавирусной инфекции могут случиться по неопытности, но существуют типичные ошибки при выписке, учёте, хранении и утилизации психотропных веществ и наркотических средств [20]. Для предотвращения нарушений выписки, учёта, хранения и утилизации психотропных веществ и наркотических препаратов, работа главных (старших) МС подлежит контролю со стороны администрации всех уровней управления (вплоть до уголовной ответственности) [12-14, 20].

В связи с тем, что встреча человечества с пандемией коронавирусной инфекции выявила ряд проблем для общества и конкретного пациента, для тех медицинских работников, кто был подготовлен к работе в условиях физических и эмоциональных перегрузок и высоким темпам и объемами работы, навык оказания психологической поддержки оказался очень востребованным [10, 11, 15, 21, 22].

В связи с этим МС, как и врачи, могут оказать психологическую поддержку, если:

- заметив подавленность пациента, обеспечат ему анонимную бесплатную круглосуточную консультацию психотерапевта или кризисного психолога, он-лайн помощь;

- будут стимулировать пациента на планирование ближайшего позитивного будущего, на воспоминания о приятных жизненных моментах;

- будут поддерживать в больном человеке надежду на выздоровление, и поощрять проявления юмора;

- окажут помощь пациенту в преодолении временных трудностей, которая добавит оптимизма и бодрости и самим врачующим;

- позволят пациенту выражать свои отрицательные эмоции (злость, тревогу, сожаление об упущенных возможностях), не принимая их на свой счёт, учитывая, что это проявление болезни. При этом необходимо пресекать развитие синдрома выжившего, проявляя сочувствие к утратам;

– будут особо наблюдательными при лечении пациентов с психическими расстройствами в анамнезе; о суицидальных мыслях и их намерениях необходимо немедленно сообщать врачу [21, 22-24].

Резюме. Анализ опыта преодоления пандемии в Китае свидетельствует о том, что необходимо следить за информацией о распространении инфекции на сайтах ВОЗ (who.int/ru) и Министерства здравоохранения Республики Беларусь (minzdrav.gov.by/ru).

Рекомендации экспертов состоят в необходимости изучения и оперативного использования опыта эпидемиологов Китая. Стратегия изоляции, применение методов диагностики способны снизить уровень заражения людей, они базируются на высоком уровне насторожённости граждан, скорости реагирования системы здравоохранения на складывающуюся ситуацию, выявлении потенциальных больных, их немедленной изоляции, установлении контактов и путей возможного заражения [26].

Недостаточно высокий уровень социальной ответственности у части инфицированных коронавирусной инфекцией пациентов в РФ, например, наказуем в уголовном порядке. Отечественным законодателям, педагогам и медицинским работникам Республики Беларусь предстоит прививать населению ответственность за заведомое заражение больших групп других людей (при невыполнении режимов изоляции, рукопожатиях, не соблюдении принципа «социального дистанцирования» в общественных местах).

Перспективой совершенствования качества медицинской помощи становится развитие этики и духовного наполнения профессии через систему дополнительного образования взрослых и деятельность в сестринских сообществах МС.

Прогностический характер организации медицинской помощи под руководством Министерства здравоохранения Республики Беларусь позволяет сдерживать натиск злой инфекции, на переднем рубеже борьбы с которой стоят врачи и МС, фельдшера скорой помощи и много других добрых людей — волонтеров.

Вследствие смещения акцентов с борьбы с ХНИЗ на преодоление пандемии COVID-19 в перспективе предстоит сделать анализ недостатков наблюдения, сроков диспансеризации, полноты объема диагностических исследований, нарушения этики у текущего контингента наблюдаемых, чтобы после завершения пандемии вернуться к плановой деятельности по диспансерному наблюдению привычных категорий населения.

Подвижническая, информационно-педагогическая деятельность МС, акушерок, Пвр становится актуальным фактом работы с населением по поводу обоснованных вызовов скорой медицинской помощи, транспортировки, правил респираторной гигиены и др.

Деятельность медицинских работников по преодолению угрозы для человечества будет и впредь базироваться на мобилизации и переориентации пациента на его будущее после болезни, на ценности, важные до болезни, на предложении людям ощущения стабильности и спокойствия.

Литература

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2019 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2019. — 300 с.
2. Матвейчик Т.В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе: учебное пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]. — Минск: Ковчег, 2018. — 288 с.
3. Якаб, Ж. Здоровье-2020 — достижение целей здоровья и развития в сегодняшней Европе / Ж. Якаб, А. Д. Цурос // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. — 2014. — № 2. — С. 4–14.
4. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] //БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентств. — Режим доступа: <http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/>. — Дата доступа: 22.10.2019.
5. Матвейчик Т.В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: монография / Т. В. Матвейчик. — Минск: Ковчег, 2018. — 171 с.
6. Глушанко В.С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: монография /В.С. Глушанко [и др.]; под ред. ген. секретаря БОКК В.В. Колбанова. — Витебск: ВГМУ, 2008. — 185 с.
7. Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия /БОКК; под ред. В.П. Сытого. — Минск: БелСэнс, 2011. — 341 с.

8. Мороз И.Н. Медико-социальная помощь пожилым: монография / И.Н. Мороз [и др.]. — Минск: Попурри, 2013. — 232 с.

9. Матвейчик Т.В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Петров, А.А. Кралько. — Минск: БелМАПО, 2011. — 237 с.

10. Матвейчик Т.В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т.В. Матвейчик [и др.]. — Минск: БелМАПО, 2014. — 303с.

11. Матвейчик Т.В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис. и др. мед.-соц. деятельность: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.]. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. — 368 с.

12. Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики /А.П. Зильбер.- М.: МЕДпресс-информ,2008. — 839 с.

13. Иванюшкин А.Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этико-правовые аспекты. — М.: Авторская академия, 2010. — 112 с.

14. Кралько А.А. Медицинское право: учеб.-методическое пособие в 3-х томах /А.А. Кралько. — Минск: БелМАПО,2019. –Т.I. — 154 с.; Т.II — 150 с.

15. Марченко-Тябут Д.А. Технологии делового общения /Д.А. Марченко-Тябут [и др.]. — Минск: БелМАПО, 2015. — 58с.

16. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров: доклад ВОЗ: Копенгаген, 2020. —16 с.

17. Матвейчик Т.В. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие для студентов / Т.В. Матвейчик [и др.]. — Минск: БелМАПО, 2017. — 295 с.

18. Матвейчик Т.В., Шишко Г.А. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, Г.А. Шишко. — Минск: Ковчег, 2019. — 290с.

19. Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни // Комитет по биоэтике Совета Европы: Совет Европы, май 2014. — 32 с. <https://www.youtube.com/channel/UCSvQ4Nts3s1bDU1faM4PxXg>.

20. Матвейчик Т.В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре: учебно- метод. пособие /Т.В. Матвейчик. — Минск: БелМАПО, 2020. — 203 с.

21. Матвейчик Т.В., Вальчук Э.Э. Управление сестринским процессом в стационаре (для руководителей больниц сестринского ухода): монография / Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук.- Минск,2009. — 216 с.

22. Матвейчик Т.В. Организация сестринского дела : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. — Минск: Выш. шк., 2006. — 301 с.

23. Проблемы врачебной этики в современном мире //Тезисы докладов XVI международной медицинской конференции. — Витебск. Управление здравоохранения Витебского облисполкома; Витебская Епархия Римско-католической Церкви в Республике Беларусь. — Витебск, 2020. — 127с.

24. Матвейчик Т.В. Особенности работы медицинской сестры с пациен-

том в период пандемии коронавирусной инфекции //Вестник медицинского института им. Меграбяна. Научно-методический журнал. — №9. — Армения, Ереван: Менарк, 2020. — С.31-40.

25. Дегтярев Ю.Г. «Коронавирус: вопросы и ответы» //Медицинские знания . — 2020. — №2. — С.3-6.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ НАЛИЧИИ У НИХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

*А. Н. Окороков, доктор мед. наук,
профессор кафедры терапии №2 ФПК и ПК*

ГУО «Витебский государственный Ордена Дружбы Народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Коронавирусная инфекция приобрела в настоящее время характер пандемии и, к сожалению, часто завершается летальным исходом. Пациенты, страдающие сахарным диабетом, весьма предрасположены к инфицированию коронавирусом и относятся к группе риска наиболее тяжёлого течения этой инфекции. Следует также отметить, что для сахарного диабета чрезвычайно характерна коморбидность. Пациенты с сахарным диабетом очень часто одновременно имеют ожирение (это особенно характерно для сахарного диабета 2-го типа), различные формы ишемической болезни сердца, артериальную гипертензию, хронические заболевания лёгких и почек. Наличие указанной патологии у пациентов с сахарным диабетом значительно увеличивает риск заражения и тяжёлого течения COVID-19. В настоящее время сформировалась представление о том, что пациенты с сахарным диабетом и артериальной гипертензией составляют как раз ту группу пациентов, у которых COVID-19 протекает наиболее тяжело и наиболее часто приводит к летальному исходу.

Входными воротами для COVID-19 являются эпителиальные клетки верхних дыхательных путей, желудка и кишечника. Вирус связывается вначале с рецепторами к ангиотензинпревращаю-

щему ферменту 2-го типа (АПФ-2). Эти рецепторы представлены на клетках эпителия дыхательных путей, почек, пищевода, мочевого пузыря, кишечника, яичек, сердца, надпочечников, гипоталамуса, гипофиза. Установлено наличие рецепторов к АПФ-2 также в клетках островков Лангерганса поджелудочной железы, что обуславливает прямое повреждающее действие коронавируса на островки, в частности на β -клетки, и нарушает секрецию инсулина. Указанное обстоятельство объясняет увеличение частоты развития сахарного диабета у пациентов с COVID-19. Следует подчеркнуть, что коронавирусная инфекция повышает риск развития сахарного диабета 2-го типа у лиц с ожирением, метаболическим синдромом и предиабетом (нарушенной гликемией натощак, нарушенной толерантностью к глюкозе), а также у лиц пожилого возраста. Важно также отметить, что декомпенсации уже имеющегося сахарного диабета, нарастание уровня гипергликемии способствует значительному увеличению репликации коронавируса в лёгочной ткани.

Сахарный диабет приобретает следующие особенности течения при присоединении коронавирусной инфекции (1):

- значительно увеличивается гликемия (нередко выше 13-14 ммоль/л);
- существенно увеличивается риск развития кетоацидотической и гиперлактацидемической комы;
- возрастает риск развития кетоацидоза даже при нормальной гликемии или незначительном её увеличении;
- в 10-15% случаев повышается риск развития гипогликемии;
- у некоторых пациентов возможно развитие инсулинорезистентности;
- возрастает риск развития синдрома гиперкоагуляции не только как выявленного лабораторно синдрома, но часто с выраженной клинической симптоматикой (развиваются тромбозы и тромбозмболии, в частности, в лёгочную артерию);
- существенно возрастает риск присоединения тяжёлой бактериальной инфекции и септического состояния (наиболее часто у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа) с полиорганной недостаточностью;

- значительно увеличивается риск развития тяжёлого острого респираторного дистресс-синдрома;
- возможно быстрое, иногда значительное похудание даже у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и ожирением;
- повышение температуры тела, тошнота, рвота, нередко диарея.

Ведение пациентов с сахарным диабетом при присоединении COVID-19 зависит от степени тяжести коронавирусной инфекции (1).

Следует обратить внимание на психологические аспекты проблемы. Пациент, страдающий сахарным диабетом и уже научившийся жить с этим неизлечимым, но компенсирующимся заболеванием, при присоединении коронавирусной инфекции часто впадает в депрессию, теряет веру в выздоровление, находится в состоянии тяжёлого психологического стресса, что, конечно, может ухудшить течение, как сахарного диабета, так и течение COVID-19. Учитывая это, врач должен проводить большую психотерапевтическую работу с пациентом и внушать уверенность в благополучном исходе сложившейся ситуации. Врач должен проявить выраженный гуманизм по отношению к пациенту и вникнуть в его переживания и понять их, сочувствовать ему. Следует отметить, что среди личностных характеристик врача всегда должна присутствовать *способность к эмпатии или к сочувствию* — способность понять эмоциональное состояние пациента, посочувствовать ему, что будет способствовать улучшению его физического и психического статуса.

Лёгкое течение COVID-19 характеризуется следующими особенностями: общее состояние в целом удовлетворительное; одышка и боли в грудной клетке не беспокоят; пациент жалуется на кашель, слабость, ощущение першения, иногда боль в горле, насморк; температура тела не превышает 38°C; на компьютерной томографии (КТ) лёгких данных за пневмонию нет.

При лёгком течении коронарвирусной инфекции возможно продолжение лечения сахарного диабета амбулаторно с достижением целевых уровней гликемии натощак до 6,1 ммоль/л,

после еды — не более 6,1-7,8 ммоль/л. Целесообразно проводить самоконтроль гликемии каждые 4-6 часов, ежедневно проводить определение кетоновых тел в моче. Диета пациента такая же, какая была и прежде, т.е. рекомендуется сбалансированное питание с количеством калорий в зависимости от массы тела, с оптимальным содержанием белков и жиров, с исключением легко усваиваемых углеводов. Рекомендуется употребление жидкости до 2-2,5 л в сутки, по 100 мл каждые 2 часа. Следует продолжать ранее назначенное лечение сахарного диабета в зависимости от его типа (СД 1-го типа или СД 2-го типа).

Обычно приходится у пациентов с СД 1-го типа увеличивать дозу инсулина короткого действия или аналогов инсулина ультракороткого действия перед едой на 5-10%. В зависимости от уровня гликемии утром натошак решается вопрос об увеличении вечерней дозы базального инсулина длительного действия.

Лечение пациентов с СД 2-го типа продолжается в том же режиме, что и до коронавирусной инфекции, вид и дозы антигипергликемических препаратов остаются теми же.

Средняя степень тяжести COVID-19 имеет следующие характерные особенности: сознание не нарушено, пациента беспокоит выраженная слабость, одышка при физической нагрузке, выраженное ощущение давления в груди, возможен кашель с трудно отделяемой мокротой, выраженный насморк, ринорея, нередко боли в мышцах. Температура тела выше 38°C, частота дыхания более 22 в мин., сатурация (насыщение крови кислородом) <95%. При КТ лёгких выявляется пневмония.

Пациент с СД и средней степенью тяжести COVID-19 подлежит госпитализации. Целевой уровень гликемии у большинства пациентов соответствует 6,1-7,8 м натошак и 7,8-10 ммоль/л после еды, контроль гликемии следует проводить каждые 2-4 часа, контроль ацетона в моче 2 раза в сутки. Необходимо проверять содержание в крови электролитов натрия, калия, хлоридов, показатели кислотно-щелочного равновесия 1 раз в день до стабилизации состояния. Целесообразно проверить состояние свёртывающей системы крови и решить вопрос

о применении антикоагулянтной терапии с профилактической целью при отсутствии противопоказаний. При наличии лихорадки, диареи, симптомов интоксикации рекомендуется дезинтоксикационная инфузионная терапия, приём внутрь жидкости до 2-3 л в сутки.

Особенности ведения пациентов с СД 1-го типа при среднетяжёлом течении COVID-19 заключаются в следующем:

- увеличение дозы базального инсулина на 15-20% под обязательным контролем гликемии натошак;
- увеличение дозы инсулина короткого действия перед едой на 10-15% под тщательным контролем гликемии перед очередной инъекцией инсулина.

Особенности лечения СД 2-го типа при среднетяжёлом течении COVID-19:

- следует отменить метформин, ингибиторы натрийглюкозного ко-транспортера, агонисты рецепторов глюкагоноподобного полипептида-1;
- возможно продолжение лечения ингибиторами дипептидилпептидазы 4-го типа (кроме саксоглиптина) и препаратами сульфонилмочевины (кроме глибенкламида);
- при гликемии выше 13-15 ммоль/л, сохраняющейся более 24 часов, необходимо переводить пациента на режим базис-болюсной терапии (начальная доза базисного инсулина 10 ЕД в сутки, болюсного инсулина короткого действия 4 ЕД перед завтраком, обедом, ужином), в последующем дозы базисного и болюсного инсулина титруются в зависимости от показателей гликемии.

Тяжёлое течение COVID-19 характеризуется следующей симптоматикой: сознание затемнённое, резко угнетённое, возможна дезориентация пациента в пространстве, времени, лицах; резко выраженная одышка, цианоз; частота дыханий в минуту превышает 30; по данным компьютерной томографии лёгких имеется выраженная пневмония с прогрессирующим течением (объём поражения лёгочной ткани увеличивается более чем на 50% через 24–48 часов); насыщение крови кислородом (сатурация) падает до величины менее 93%; АД систо-

лическое менее 90 мм рт.ст., АД диастолическое менее 60 мм рт.ст.; диурез менее 20 мл/час.

При крайне тяжелом течении COVID-19 развивается картина острого респираторного дистресс-синдрома — наиболее тяжелой формы острого воспалительного повреждения лёгких, характеризующейся острой дыхательной недостаточностью, манифестирующей гипоксемией и некардиогенным отёком лёгких. Тяжелеешая дыхательная недостаточность требует проведения инвазивной вентиляции лёгких. Развиваются септический шок, полиорганная недостаточность.

Особенности ведения сахарного диабета при тяжёлом течении COVID-19:

- пациенты госпитализируются в отделение интенсивной терапии и реанимации;

- целевой уровень гликемии натощак в пределах 6,1-7,8 ммоль/л, после еды — 7,8-10,0 ммоль/л, показатели гликемии следует проверять каждые 2-4 часа; при крайне тяжёлом течении COVID-19 целевой уровень гликемии 7,8-10,0 ммоль/л натощак и 7,8-11,9 ммоль/л после еды, проверять показатели гликемии следует каждые 2-3 часа, а при гликемии выше 13,0 ммоль/л каждый час;

- определение в моче кетоновых тел рекомендуется проводить 2 раза в сутки; контроль содержания электролитов в крови, показателей кислотно-щелочного равновесия следует проводить 2 раза в сутки;

- у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа отменяются все гипогликемизирующие пероральные препараты, которые они принимали ранее. Все пациенты с СД 1-го и 2-го типа лечатся только инсулином. Как правило, при тяжёлом и особенно крайне тяжёлом течении COVID-19 у пациентов с СД развивается выраженный кетоацидоз. Вводится в/в болюсно инсулин короткого действия в количестве 0,1-0,15 мг/кг, далее через инфузомат со скоростью 0,1 ед/кг/час. Скорость введения инсулина в последующем зависит от величины гликемии. Оптимальное снижение гликемии — это 3 ммоль/час и не более 4 ммоль/час. Если гликемия снижается менее чем на 3 ммоль/л/час в первые 3 часа, скорость введения инсулина увеличивается в 2 раза.

Если скорость снижения гликемии составляет 3-4 ммоль/л/час, инфузия инсулина продолжается с прежней скоростью. Если уровень гликемии снижается на 4-5 ммоль/л/час или гликемия снизилась до 13-14 ммоль/л, скорость введения инсулина снижается в 2 раза. При снижении гликемии на 5 ммоль/л/час и более, рекомендуется приостановить введение инсулина на 1 час, далее провести контроль гликемии и решить вопрос о продолжении инфузии инсулина;

- исследование коагулограммы (Д-димеры., фибриноген, протромбиновое время), при отсутствии противопоказаний назначаются антикоагулянты;
- проводится инфузионная дезинтоксикационная терапия.

Лечение кетоацидотической комы у пациентов с сахарным диабетом (2)

При тяжёлом и крайне тяжёлом течении COVID-19 у пациентов с СД возможно развитие кетоацидотической комы.

Клиническая картина кетоацидотической комы

Для кетоацидотической комы характерна следующая клиническая симптоматика:

- сознание у больного полностью утрачено;
- шумное дыхание Куссмауля с выраженным запахом ацетона в выдыхаемом воздухе;
- резкая сухость кожи, языка, губ, слизистой полости рта;
- тургор и эластичность кожи резко снижены;
- кожа холодная, температура тела снижена;
- зрачки сужены;
- тонус мышц снижен, сухожильные, периостальные рефлексы резко снижены или даже полностью отсутствуют;
- пульс учащённый, нитевидный, аритмичный, АД резко снижено, может не определяться при очень тяжёлом состоянии совсем;
- тоны сердца очень глухие, нередко аритмичны, часто ритм «галопа»;
- живот слегка вздут, брюшная стенка может быть ригидна или напряжена, при пальпации определяется плотная, увеличенная печень;

- мочеиспускание непроизвольное, может быть олигоанурия.

Лабораторные данные при кетоацидотической коме:

- общий анализ крови — нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ; количество лейкоцитов в крови $>15\,000$ в 1 мкл может указывать на инфекцию;

- в общем анализе мочи протеинурия, глюкозурия, резко положительная реакция на ацетон;

- гликемия может превышать 30 ммоль/л;

- повышено содержание в крови мочевины и креатинина; за 2-3 дня на фоне регидратации и инсулинотерапии уровни мочевины и креатинина обычно нормализуются, отсутствие нормализации может указывать на ОПН другой природы;

- транзиторное повышение трансаминаз и креатинфосфокиназы (КФК) как следствие протеолиза и субклинического рабдомиолиза при дефиците инсулина, для исключения ИМ необходимо определение в крови тропонинов и КФК-МВ-фракции;

- выраженная гипокалиемия, гипонатриемия;

- выраженный метаболический ацидоз (рН крови снижается до 7,1 и ниже); значительное снижение рН крови имеет плохое прогностическое значение, показатель рН ниже 6,8 свидетельствует о состоянии, несовместимом с жизнью, ацидоз подавляет сосудодвигательный центр, снижает тонус гладких мышц артериальной стенки и способствует развитию коллапса, уменьшает сократительную способность миокарда;

- умеренное повышение содержания амилазы в крови без панкреатита, что может быть причиной диагностической ошибки.

Лечебная программа при выведении больного из кетоацидотической прекомы и комы включает следующие направления:

- регидратация организма;

- устранение дефицита инсулина и нормализация углеводного обмена:

- восстановление электролитного баланса;

- борьба с ацидозом;

- борьба с шоком;

- восстановление запасов глюкозы (гликогена) в организме;
- борьба с отёком головного мозга;
- устранение патологических состояний, вызвавших кетоацидотическую кому.

Регидратация при гиперкетонемической коме

1. Регидратация начинается одновременно с инсулинотерапией.

2. В/в капельно вводятся 0,9% раствор хлорида натрия, раствор Рингера (изотонические кристаллоидные растворы являются основным компонентом инфузионной терапии): в течение 1-го часа — 1 л; в течение 2-го часа — 0,5 л; в течение 3-го часа — 0,5 л, далее каждый час по 0,25–0,3 л в течение 8 часов. Суммарное количество жидкости может составить до 6-8 л/сут, но не более 10% массы тела, суммарная длительность регидратации около 48 часов.

3. После достижения гликемии 14-11 ммоль/л подключают в/в капельное введение 5%-глюкозы 300-500 мл/час (всего 1-1,5 л в сутки). Введение глюкозы способствует угнетению кетогенеза, уменьшает энергетическое голодание клеток и позволяет избежать гипогликемии.

4. Диурез должен быть не менее 40-50 мл/час.

5. Введение жидкостей проводится под контролем ЦВД, при исходном гиповолемическом шоке (АДс <80 мм.рт.ст. или ЦВД <4 см водн.ст.) или отсутствии стабилизации гемодинамики в ходе регидратации вводятся коллоидные растворы (реополиглюкин, гидроксикрахмал).

Таблица 1 — Скорость регидратации при диабетическом кетоацидозе в зависимости от показателей ЦВД (И. И. Дедов, М. В. Шестакова, 2003)

Центральное венозное давление	Скорость введения жидкости
Менее 4 см водного столба	1 л/ч
5 -12 см водного столба	0,5 л/ч
Более 12 см водного столба	250-300 мл/ч

Устранение дефицита инсулина и нормализация углеводного обмена

Применяется методика постоянной внутривенной инфузии малых доз.

Важно лечение инсулином проводить с одновременной стабилизацией гемодинамики, так как транспорт инсулина в условиях нарушенной микроциркуляции затруднён и его метаболическая эффективность снижена.

Таблица 2 — Препараты инсулина, применяемые при кетоацидотической коме

Препарат	Производитель	Начало действия	Длительность действия, ч
Актрапид НМ-человеческий	Ново Нордиск (Дания)	15-30 мин	6-8
Хумулин R-человеческий	Элли Лилли (США)	15-30 мин	6-8
Генсулин R-человеческий	Польша	15-30 мин	6-8
Инсуман рапид-человеческий	Германия	30 мин	6-8
Моноинсулин ЧР	Белмедпрепараты	30 мин	8

В Республике Беларусь наиболее часто применяется моноинсулин ЧР.

Внутривенная инсулинотерапия применяется в режиме малых доз по одному из следующих вариантов.

Вариант 1.

Вначале вводится в/в болюсно инсулин короткого действия (ИКД) — 0,15 ЕД/кг (10-12 ЕД) в/в болюсно медленно, затем налаживается непрерывная внутривенная инфузия ИКД через инфузомат по 0,1 ЕД/кг в час, т.е. около 6-8 ЕД в час. Рекоменду-

емая инфузионная смесь для инфузомата: 50 ЕД ИКД + 2 мл 20% раствора альбумина или 1 мл крови пациента, объём доводят до 50 мл 0,9% раствором натрия хлорида, в этой смеси в 1 мл содержится 1 ЕД инсулина. Белок (альбумин или кровь) добавляют для предотвращения сорбции инсулина в системе.

Вариант 2 (используется при отсутствии инфузомата).

Вначале в/в болюсом вводится ИКД в количестве 0,15 ЕД/кг (10-12 ЕД), далее в/в капельно вводят ИКД со скоростью 0,1 ЕД/кг/час (около 6-8 ЕД/час) через обычную инфузионную систему.

Готовится следующая инфузионная смесь: 50 ЕД инсулина + 20 мл 20%-раствора альбумина или 10 мл крови пациента + изотонический раствор натрия хлорида до 500 мл. В этой смеси концентрация инсулина составляет 1 ЕД инсулина в 10 мл.

Скорость введения 20 кап/мин = 6 ЕД/час

Скорость введения 27 кап/мин = 8 ЕД/час

Скорость введения 33 кап/мин = 10 ЕД/час

Вариант 3.

Удобнее всего в отсутствие инфузомата вводить ИКД в/в 1 раз в час шприцем в «резинку» инфузионной системы.

В инсулиновый шприц набирают ИКД 0,1 ЕД/кг и доводят объём до 1 мл 0,9% раствором натрия хлорида, что позволяет ввести инсулин очень медленно (за 2-3 мин). Способ используют только в отсутствие инфузомата. Длительность фармакологического эффекта ИКД — до 60 мин, что делает возможным болюсное введение 1 раз в час.

Преимущества **Варианта 3:** полностью устраняется проблема сорбции инсулина, возможен точный учёт и коррекция введённой дозы, меньшая занятость персонала, чем в **Варианте 2.**

Если через 2 ч после введения инсулина по одному из приманенных вариантов гликемия не снижается, вводят повторно струйно 10 ЕД инсулина и далее в/в капельно 12-16 ЕД/час, после снижения гликемии до 15 ммол/л дозу вводимого в/в инсулина уменьшают вдвое.

При снижении гликемии до 14 ммоль/л добавляют к 0,9%-раствору натрия хлорида глюкозу 5%-раствор 1,0-1,5 л.

При гликемии 11-12 ммоль/л — вводят п/к 10-12 ЕД каждые 4 часа с последующей коррекцией дозы в зависимости от уровня гликемии. Подкожное введение инсулина проводится до полного устранения кетоацидоза, затем больной переводится на режим базисно-болюсной терапии инсулином.

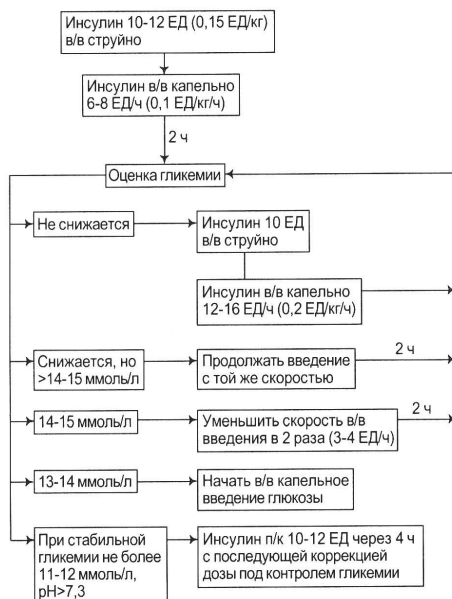


Рисунок 1 — Алгоритм коррекции гипергликемии с помощью постоянной внутривенной инфузии небольших доз инсулина (3).

Восстановление электролитного баланса

Борьба с гипокалиемией. При отсутствии возможности быстро определить уровень калия в крови введение калия хлорида следует начинать через 1-2 часа от начала или одновременно с инфузионной и инсулиновой терапией со скоростью 1,5 г/ч (около 40 мл 4% раствора KCl на изотоническом растворе натрия хлорида). При известном уровне калия в крови вводят в/в следующие количества калия хлорида:

Таблица 3 — Количество вводимого хлорида калия

Содержание калия в плазме, ммоль/л	Количество вводимого внутривенно капельно хлорида калия (в составе в/в капельного вливания)
Ниже 3	3 г/ч (40 ммоль/ч), т.е. 75 мл 4%-раствора калия хлорида в час
3 — 3,9	2 г/ч (27 ммоль/ч), т.е. 50 мл 4%-раствора калия хлорида в час
4 — 4,9	1,5 г/ч (20 ммоль/ч), т.е. 37,5 мл 4%-раствора калия хлорида в час
5 — 5,9	1 г/ч (13,4 ммоль/ч), т.е. 25 мл 4%-раствора калия хлорида в час
6 или выше	Раствор калия хлорида не вводится

О выраженности дефицита калия в крови в определённой степени можно судить по ЭКГ. При гипокалиемии ЭКГ появляются следующие изменения:

1. Зубец Т: уменьшение амплитуды, уплощение, сглаженность, при тяжелой гипокалиемии негативность; возможно слияние с зубцом U.

2. Интервал ST: смещение книзу от изолинии выпуклостью книзу, иногда горизонтально или косо нисходящее.

3. Зубец U: повышение амплитуды, прогрессирующее её увеличение при нарастании гипокалиемии, возможно слияние с зубцом Т и ложное удлинение ST. Отношение $T/U \text{ II} \leq 1$.

4. Зубец Р: обычно нормальный, но иногда становится выше и шире.

5. Сердечный ритм: возможны аритмии.

Борьба с дефицитом натрия и хлоридов производится путём внутривенного капельного введения изотонического раствора натрия хлорида (см. выше раздел регидратация), при выраженном дефиците натрия и хлоридов можно ввести внутривенно струйно 20-30 мл 10%-раствора натрия хлорида.

Борьба с ацидозом

Регидратация и инсулинотерапия способствуют нормализации нарушенного кислотно-щелочного баланса купированию кетоацидоза. Это объясняется тем, что регидратация нормализует способность почек реабсорбировать бикарбонаты, а инсулинотерапия ингибирует образование кетоновых тел и, следовательно, снижает концентрацию водородных ионов в крови, т.е. уменьшает выраженность ацидоза. Однако многие врачи считают, что пациенту с ацидозом обязательно следует вводить внутривенно натрия бикарбонат.

Следует отметить, что в настоящее время разработаны строгие критерии для внутривенного введения натрия бикарбоната. Бикарбонат натрия можно вводить только при pH крови ниже 7,0, особенно при коллапсе или угрожающей жизни гиперкалиемии, всегда под контролем кислотно-щелочного состояния, газового состава крови, содержания в крови калия, натрия. При pH 6,9-7,0 вводят 4 г бикарбоната натрия (100 мл 4%-раствора за 1 час), при более низком pH вводят 8 г бикарбоната натрия (200 мл 4%-раствора) за 2 часа. Риск введения натрия бикарбоната без определения pH превышает потенциальную пользу. Введение осуществляют медленно, в течение 40-45 мин, дополнительно следует ввести внутривенно капельно раствор калия хлорида (1,5 г калия хлорида, т.е. 75 мл 2%-раствора) во избежание усиления гипокалиемии.

При отсутствии возможности определить pH крови, но при наличии выраженного дыхания Куссмауля (яркий клинический признак ацидоза) и снижении содержания бикарбонатов крови до 5 ммоль/л и ниже (норма 20-24 ммоль/л) можно ввести 4%-раствор натрия бикарбоната внутривенно капельно в количестве 2,5 мл на 1 кг фактической массы тела, т.е. около 150-200 мл.

NB! Раствор натрия бикарбоната необходимо вводить отдельно от всех других средств.

NB! Натрия бикарбонат нельзя вводить внутривенно струйно, т.к. это может вызвать тяжёлую гипокалиемию и даже смерть пациента.

Необходимо помнить о следующих возможных отрицатель-

ных эффектах введения натрия бикарбоната внутривенно: гипокалиемия; внутриклеточный ацидоз (хотя рН крови может повышаться); гипокальциемия; замедление купирования кетоза; нарушение диссоциации оксигемоглобина и гипоксия; парадоксальный ацидоз ликвора и отёк мозга.

Борьба с шоком

Для борьбы с шоком вводят в/в полиглюкин 400 мл, 200 мл нативной плазмы в/в струйно, переливают в/в капельно изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера, дисоль, ацесоль, трисоль в количестве 20 мл/кг массы тела за первые 1-2 часа для восстановления ОЦК и нормализации АД. При отсутствии эффекта вводится в/в капельно допамин (допамин) со скоростью 10 мкг/кг/мин. Для этого 4 мл (160 мг) препарата растворяют в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида или реополиглюкина (1 мл полученного раствора содержит 400 мкг допина, 1 капля — 20 мкг). При массе тела больного 70 кг скорость вливания 10 мкг/кг/мин будет соответствовать 700 мкг/мин (35 капель в мин.).

При тяжелом шоке целесообразно дополнительно вводить внутривенно 30-60 мг преднизолона.

Восстановление запасов глюкозы (гликогена) в организме

После снижения гликемии до уровня 13 ммоль/л добавляется внутривенное капельное вливание изотонического 5%-раствора глюкозы.

В этот период рекомендуется не только проводить инсулинотерапию в виде п/к инъекций небольших доз инсулина (по 4 ЕД каждые 4 часа), но и добавлять инсулин в раствор глюкозы (на каждые 100 мл 5%-раствора глюкозы добавляют 2 ЕД инсулина, а после снижения гликемии до 10 ммоль/л — 1 ЕД инсулина).

Инфузии раствора глюкозы производят со скоростью 500 мл в течение 4 ч, за сутки можно ввести около 100-300 г глюкозы (т.е. около 2-3 л 5%-раствора глюкозы).

Борьба с отёком головного мозга

Опасным осложнением гиперкетонемической комы является отёк головного мозга. Летальность при отёке головного мозга может достигать 90%. Развитию отёка мозга может способствовать быстрое снижение осмолярности плазмы и гликемии на фоне интенсивной инфузионной терапии, а также передозировка вводимого внутривенно натрия бикарбоната.

Нередко отёк головного мозга развивается после периода улучшения состояния больного (после «светлого» промежутка). Обычно отёк головного мозга развивается спустя 4-6 часов от начала лечения.

Основные клинические признаки отёка головного мозга (при сохранённом сознании больного): ухудшение самочувствия; интенсивная головная боль и головокружение; тошнота, рвота; снижение или отсутствие реакции зрачков на свет; расстройство зрения, офтальмоплегия; «затемнённое» сознание.

Клинические признаки (независимо от состояния сознания больного): напряжение глазных яблок; отёк зрительного нерва; нестабильность гемодинамических показателей; часто ригидность мышц затылка; нарастающая лихорадка; отсутствие положительной динамики состояния сознания, несмотря на улучшение показателей гликемии

Эффективным методом раннего распознавания отёка мозга являются эхоэнцефалография и компьютерная томография головного мозга.

Для купирования отёка головного мозга рекомендуются следующие мероприятия:

- дегидратация головного мозга путём внутривенного введения 10 мл 2,4%-раствора эуфиллина на 10 мл изотонического раствора хлорида натрия;

- 4-8 мг (0,2-0,5 мг/кг) дексаметазона внутривенно;

- 80 мг фуросемида внутривенно, маннитола 1-2 г/кг массы тела внутривенно капельно в течение 30 мин.;

- в очень тяжёлых случаях производится люмбальная пункция;

- при нарушении дыхания пациент переводится на ИВЛ.

Лечение отёка головного мозга проводится совместно с неврологом.

Литература

1. М. Б. Анциферов, А. В. Андреева, Т. Н. Маркова Организация специализированной медицинской помощи взрослому населению с сахарным диабетом в условиях новой коронаровирусной инфекции COVID-19. — Москва, 2020 г.

2. И. И. Дедов, М. В. Шестакова, и др. «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом», 9-й выпуск, 2019 г.

3. Окорочков А. Н. Неотложная эндокринология/ А. Н. Окорочков. — М.: Мед. лит., 2011 г. — 192с.

ИНФОРМАЦИЯ КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС *PUBLIC HEALTH* В СИТУАЦИИ ПАНДЕМИИ: ЭТИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ

*В. Н. Соколыч, доцент кафедры ОЗиЗ БелМАПО,
руководитель Республиканского центра биоэтики*

г. Минск (Беларусь)

8 апреля 2020 года Комитет по биоэтике Республики Беларусь выступил с заявлением, в котором обозначил базовые биоэтические проблемы, связанные с пандемией COVID-19, в том числе те, которые представляют наибольшую актуальность для нашей страны [1]. На сегодняшний день многие из поставленных вопросов по-прежнему остаются открытыми. Найти ответы, извлечь и усвоить уроки принципиально необходимо — ведь пандемии были, есть и наверняка будут, следовательно, эти нерешённые вопросы неминуемо встанут перед человеком снова.

В ситуации пандемии «столпом» поддержания физического, психического и социального здоровья нации становится доверие системе здравоохранения. В данном случае организация здравоохранения становится системообразующим фактором не только в борьбе с пандемией, но и в формировании уверенности, оптимизма, позитивного настроения и психологической устойчивости населения в контексте стремительных темпов и повсеместности развития заболевания [2]. Безусловно, факторов, формирующих доверие национальному здравоохранению

— множество, но, один из важнейших в современном цифровом обществе — это умение работать с информацией, использовать её как для оказания медицинской помощи и «разгрузки» системы здравоохранения, так и для формирования доверия к медицинским работникам. Подача адекватной, прозрачной и объективной информации вкупе с умением защищать конфиденциальность этой информации в необходимых случаях становится мощным ресурсом системы здравоохранения при условии соблюдения правовых, этических и собственно профессиональных характеристик информации.

С организацией оказания медицинской помощи обычный гражданин в ситуации пандемии сталкивается, когда ему, либо его родственникам и друзьям, срочно нужна медицинская помощь. В этой ситуации человек не оценивает профессионализм действий медицинского персонала с точки зрения «правильности» лечения, а, скорее, оценивает доступность получения медицинской услуги, скорость её получения и отношение к нему медицинских работников. Колоссальное значение, соответственно, приобретает широкая доступность информации о том, куда можно обратиться, возможно ли получить консультацию по телефону/видеосвязи, каковы первичные действия при появлении первых симптомов заболевания и т.д. Согласно результатам онлайн-опроса, который был приведён в конце марта среди общественных организаций и инициатив Беларуси Растом (аналогичные результаты дали и другие опросы общественного мнения в Беларуси), 59% респондентов на вопрос, достаточно ли им информации о развитии ситуации с COVID-19 для принятия решений о дальнейшей деятельности, ответили отрицательно. И только 28% остались удовлетворены объёмом информирования. Остальные затруднились ответить [3]. Такая разбежка — более чем в 2 раза — заставляет задуматься и принять тот факт, что в вопросе информирования общества у нас есть существенные недоработки.

Если подходить к вопросу информирования взвешенно, важно, чтобы информация была не только этически и содержательно выверенной, но также доступной и разнообразной. С точки зрения её «этической взвешенности» представляе-

мая информация не должна включать непроверенные факты и домыслы; исключать то, что не имеет опоры в доказательной медицине; объективно передавать сведения о возможных рисках, доступных возможностях; очерчивать ясные критерии очерёдности получения медицинских услуг для тех, кто в этом нуждается; не содержать дискриминации в отношении разных, в том числе уязвимых слоёв населения (например, пожилых людей, людей с серьёзными хроническими заболеваниями, заключённых и т.д.). Доступность и разнообразие информации предполагает её размещение на всех популярных интернет-ресурсах (включая создание специальных ресурсов для населения)¹, телевидении, а также печать информационных листовок, проведение соответствующих онлайн-дискуссий, вебинаров и пр. В сложный момент пандемии колоссально полезными ресурсами для помощи населению и для «разгрузки» медицинского персонала становятся колл-центры (где могли бы работать студенты старших курсов медицинских колледжей и вузов, медицинские специалисты неклинического профиля), видеоматериалы для разных групп населения, размещённые на сайтах поликлиник, больниц, Министерства здравоохранения, а также повсеместная «просветительская» работа с населением, которую при загруженности системы здравоохранения можно «возложить» на эпидемиологов и санитарно-гигиенические службы, теоретические кафедры медицинских университетов, студентов младших курсов медицинских учебных заведений и т.д. Недооценка важности такой работы с населением приводит, во-первых, к росту недоверия системе (ощущение обывателя — «нас бросили»), во-вторых к перегрузке медицинских работников, которую можно было бы отчасти сократить.

Необходимой составляющей информирования населения является обсуждение на информационных порталах сложных вопросов по организации лечения/профилактики, что позво-

¹ Автор имеет в виду не только работу с имеющимися ресурсами — сайтами поликлиник, научно-практических центров, положительный пример такого рода просветительской работы — сайты Health.by и Рупор Covid. Info.by.

ляет человеку чувствовать себя, во-первых, причастным к принятию важных решений, и, во-вторых, понимать критерии и необходимость таких решений.

Один из наиболее сложных с точки зрения этики вопросов, который не проговаривается и информационно не освящается в нашем обществе — возможно из страха «напугать» население — вопрос о распределении ограниченных ресурсов (человеческих, материальных, в т.ч., например, аппаратов жизнеобеспечения) в ситуации пандемии. В данном случае прозрачность и гласность для населения имела бы гораздо более значимый эффект, чем фейковые «страшилки» о том, что стариков/инвалидов и т.д. просто не будут лечить, если не будет хватать ресурсов... Готово ли наше общество к обсуждению критериев распределения ограниченных ресурсов жизнеобеспечения в экстренных ситуациях? С точки зрения автора — готово, если это обсуждение ведётся грамотными специалистами прозрачно и открыто, с учётом биоэтических моментов, а решения принимаются коллегиально и оформляются в соответствующие краткие руководства (по аналогии с руководствами, которые приняли многие европейские страны). Первая подобная дискуссия в нашей стране состоялась в Республиканском центре биоэтики в сентябре 2020 года (в рамках проводимых центром онлайн свободных дискуссий) — <https://www.youtube.com/channel/UCSvQ4Nts3s1bDU1faM4PxXg>.

Среди рассматриваемых критериев, разработанных разными странами, нет абсолютного единства или строгой иерархии, каждый из критериев имеет немаловажное значение [4], соответственно рассматриваться они должны только в совокупности, взвешенно и, главное, коллегиально, при участии опытных работников, а также членов этических комитетов и комиссий. Безусловно, такие сложные вопросы должны решаться на местах, в конкретной ситуации каждого медицинского учреждения, но важно, чтобы решения, во-первых, опирались на подготовленные руководства (а не на стратегию распределение медицинских ресурсов в военных условиях и/или авторитарные решения), во-вторых, решения принимались при реальной необходимости, в-третьих, учитывалась важность этической

составляющей и этической взвешенности решений, а также принятие решений должно осуществляться при обязательном участии представителей комиссий по медицинской этике и/или членов этических комитетов.

Аналогичные «острые» вопросы, которые постоянно поднимаются в СМИ и соцсетях и относятся к этической составляющей информирования, — обсуждаемые в мире вопросы введения иммунных паспортов (ковид-паспортов) и испытания российской вакцины, 3-я фаза которых проводилась, в том числе и в Беларуси. Эти темы непосредственно затрагивают интересы каждого члена общества, напрямую касаясь защиты интересов уязвимых граждан, дискриминации и стигматизации. Соответственно каждый гражданин имеет право на получение понятных и прозрачных пояснений, прогнозов, сведений по обозначенным темам, излагаемых не только в газетных статьях, а как минимум компетентными специалистами системы здравоохранения. Как показали аналогичные онлайн-дискуссии центра биоэтики (апрель и сентябрь — <https://www.youtube.com/channel/UCSvQ4Nts3s1bDU1faM4PxXg>) вопросов у населения много, а продуманных ответов опять же нет...

При решении вопросов информирования населения (пациентов) в процессе лечения особенную актуальность приобретают вопросы информированного согласия и сохранение конфиденциальности данных (врачебная тайна). Информированное согласие пациента на соответствующее лечение (которое в ситуации постоянно обновляющейся информации является своего рода «экспериментальным» [5]) — неотъемлемая часть лечебного процесса; ясно, что в условиях абсолютной нехватки времени и срочности оказания помощи не всегда есть возможность обсуждать текст информированного согласия с пациентом (соответственно, вновь мы возвращаемся к вопросу о широкой просветительской работе среди населения, описании новых методов и способов лечения, их эффективности и мирового признания). Впрочем, даже в ситуациях нехватки времени каждый пациент заслуживает, чтобы ему было уделено внимание и разъяснены возможные риски, потенциальные проблемы и прогнозы лечения.

Много сложных вопросов в эпоху пандемии возникает с конфиденциальностью данных (врачебная тайна). На основные вопросы были даны ответы в этико-правовом видеоролике, посвящённом врачебной тайне и её реализации в ситуации с Covid-19, размещённом на ютуб-канале центра биоэтики — <https://www.youtube.com/channel/UCSvQ4Nts3s1bDU1faM4PxXg/>. Однако развитие пандемии порождает новые дилеммы, связанные с конфиденциальностью информации пациентов[6]. Одна из таких возникших дилемм — как медицинскому работнику передать информацию родственникам пациента, если пациент сам этого сделать не может, а посещения запрещены. Конечно, такие сложные моменты не оговорены ни в законе, ни в подзаконных актах. Наиболее правильный с точки зрения этики путь — в связи с чрезвычайностью ситуации и опираясь на человечность, предоставлять сведения родным по телефону, предварительно получив на это письменно оформленное разрешение пациента.

Ещё один вопрос, связанный с конфиденциальностью в эпоху пандемии, — продуманное и строго в соответствии с законом предоставление данных болеющих/переболевших Covid-19 пациентов только на основе официальных запросов. Комитет по биоэтике Республики Беларусь ещё в июне 2020 г. рассматривал обращение гражданина, данные о болезни которого оказались в районном исполкоме. Возможно, физического вреда разглашение данных не повлекло, но моральный вред, своего рода дискриминация и остракизм имели место.

Безусловно, вопросы информирования в контексте этических проблем пандемии гораздо шире обозначенных в статье. Важно понимать, что информирование в цифровом обществе приобретает всё большую значимость; управляющие системы, и конкретно *Public Health*, не могут позволить себе недооценивать значимость информирования. В ситуации пандемии, когда личные контакты должны быть минимизированы, а организация здравоохранения претерпевает изменения в соответствии с «Covid-запросом», вопросы информирования пациента и общества в целом, этические и биоэтические аспекты информации, проблемы правовой «коррекции» конфиденциальности,

исходя из реалий времени, требуют внимательного изучения и практической реализации.

Литература

1. Заявление комитета по биоэтике Республики Беларусь. — // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://bioethics.belmapo.by/news/statement-of-the-bioethics-committee-of-the-republic-of-belarus-08-04-2020> Дата доступа: 07.11.2020.

2. Williams, R., Kemp, V. J., Alexander, D. A. The Psychosocial and Mental Health of People Who Are Affected by Conflict, Catastrophes, Terrorism, Adversity and Displacement. // Conflict and Catastrophe Medicine, — London, Springer, 2014, p. 805-849.

3. Данные опроса 2020 г. «О влиянии коронавируса на гражданское общество Беларуси» — опрос проводился в рамках USAID/BRAMA Activity. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://ibb-d.by/2020/04/13/nko-i-covid19/> Дата доступа: 01.11.2020

4. Фоменко А. Распределение ограниченных ресурсов жизнеобеспечения в условиях COVID-19: этические и правовые аспекты// [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://bioethics.belmapo.by/article/the-distribution-of-the-limited-resources-of-life-support-in-terms-of-covid-19-ethical-and-legal-aspects> Дата доступа: 07.11.2020.

5. Guidance for Research Ethics Committees for Rapid Review of Covid-19 Research — WHO, March,31, 2020// [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.who.int/ethics/review-committee/en/> Дата доступа: 07.11.2020.

6. Сокольчик В., Орловская Е. Врачебная тайна в эпоху Covid-19// [Электронный ресурс] / Консультант Плюс. Беларусь. / ООО «ЮрСпектр». Нац. центр правовой информации. Республика Беларусь. — Минск, 2020.

7. Beauchamp, TL., Childress, JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press, 2012.

ЗНАЧЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЕЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Н. Н. Семёнова, ст. преподаватель,

О. А. Федчук, ст. преподаватель,

А. А. Буйнов, ст. преподаватель,

А. Г. Денисенко, к.м.н., доцент

г. Витебск (Беларусь)

Пандемия коронавирусной инфекции заставила человечество по-другому взглянуть на мир, оголила существующие про-

блемы, поставила перед обществом ряд вопросов, требующих детального рассмотрения, обсуждения и принятия взвешенных решений.

Распространение коронавирусной инфекции стало вызовом для системы здравоохранения по всему миру. Врачи столкнулись с беспрецедентной нагрузкой, и цифровые решения, способные её уменьшить, стали актуальны как никогда. Большинство людей стали осознавать значение и перспективы цифровых технологий в полной мере только сейчас. Пандемия COVID-19 послужила стимулом для появления целого ряда инновационных идей и стратегий.

В условиях пандемии медицинские работники подвергаются гораздо большему риску заражения, оказывая медицинскую помощь и, соответственно, контактируя с пациентами. Помочь в минимизации прямого контакта врача и пациента могут цифровые технологии. Например, онлайн-консультирование позволяет пациенту, не выходя из дома, в режиме реального времени связаться с врачом, указать симптомы, в свою очередь, врач, используя специальное приложение, может просмотреть электронную медицинскую карту конкретного пациента, и соответственно, назначить лечение либо скорректировать уже назначенное.

Среди инновационных технологий можно выделить, например, облачный сервис и технологии искусственного интеллекта, применяемый в проекте Microsoft *Healthcare Bot service*, позволяющем службам неотложной медицинской помощи легко создавать собственных чат-ботов для проверки людей на потенциальные симптомы. Такой виртуальный помощник обрабатывает несравнимо больше запросов, чем колл-центр, освобождая человеческие ресурсы для оказания непосредственной неотложной помощи пациентам. С марта 2020 г. организациями здравоохранения создано 1 230 таких ботов для оценки симптомов коронавирусной инфекции, которыми воспользовались 18 млн. человек [1].

Не менее важно использовать цифровые технологии для обмена данными между врачами внутри и за пределами медицинских учреждений. Не секрет, что у многих пациентов новая

коронавирусная инфекция вызывает осложнения в виде тяжёлых форм пневмонии, для лечения которой требуется госпитализация и помещение пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии. Стремительное увеличение количества заражённых пациентов, нуждающихся в госпитализации, оказывает сильнейшую нагрузку на всю систему здравоохранения — количество коек и единиц жизненно необходимого оборудования уменьшается, происходит нехватка персонала, имеет место психо-эмоциональное выгорание медицинских работников.

Помочь решить данную проблему может, на наш взгляд, внедрение современных цифровых технологий. Например, интеллектуальные информационные системы для отделений реанимации и интенсивной терапии позволят реаниматологам оказывать удалённую поддержку коллегам, которые работают непосредственно в отделении. Так, комплексное решение отдельных разработчиков для отделения реанимации и интенсивной терапии использует для этого камеры высокого разрешения, телеметрию, предиктивную аналитику, визуализацию данных и автоматическое формирование отчётов. Специальные алгоритмы отслеживают возможные ухудшения состояния пациентов, благодаря чему специалисты быстрее начинают принимать меры в критических случаях или, наоборот, если наблюдаются улучшения, то реанимационную койку можно освободить для других пациентов [1].

Бесспорно, что для качественной диагностики коронавирусной инфекции необходимы УЗИ, КТ и рентген-исследования, тем самым повышается нагрузка и на специалистов в области радиологии. И в этой области можно применить инновационные технологии. Например, в Ухане (КНР) в период пандемии в местных больницах использовали умное решение, распознающее признаки пневмонии, вызванной коронавирусной инфекцией, на КТ-снимках лёгких. Программа, созданная с использованием искусственного интеллекта, помогала проводить скрининг пациентов и ставить в приоритет непосредственный осмотр тех, у кого присутствуют тревожные симптомы. Исполь-

зую данное приложение, врачи могли вовремя изолировать пациента, а также быстрее провести диагностику.

Разумеется, цифровые технологии не способны решить все проблемы, возникающие в период пандемии, однако, их использование поможет в будущем способствовать укреплению системы здравоохранения.

Появление новых опасных для жизни человека вирусных инфекций (например, COVID-19) обуславливает интерес к различным видам цифровых технологий и искусственному интеллекту.

Задача технологий — справиться с встречающейся нехваткой кадров в здравоохранении, производстве и цепочках поставок, облегчить «социальное дистанцирование», диагностику и лечение, а также оптимизировать труд медицинских работников и персонала, занимающегося дезинфекцией в очагах распространения возбудителя заболевания, обеспечивая при этом безопасность работы указанного персонала [2].

Применение цифровых технологий в здравоохранении может способствовать успешному решению ряда задач, таких как скрининг населения, отслеживание инфекции, определение приоритетов в использовании и распределении ресурсов и др. Безусловно, значение цифровых технологий в современном мире огромно, однако, какой бы совершенной и прогрессивной не являлась медицинская цифровая технология, она не сможет полностью заменить специалиста, но существенно облегчит труд медицинских работников и поможет сохранить человеческие ресурсы в условиях пандемии.

Литература

1. Цифровые технологии и кибербезопасность в контексте распространения COVID-19 [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://ach.gov.ru/upload/pdf/Covid-19-digital.pdf>. — Дата доступа : 15.11.2020.
2. Роботы против вирусов 2020. Специальный отчет. [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://www.sberbank.ru/common/img/uploaded/analytics/about-issledovaniya/rav.pdf>. — Дата доступа : 15.11.2020.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИНА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

*В. Е. Шапкин, канд. мед. наук, доцент кафедры общей практики —
семейной медицины и внутренних болезней*

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Карантин, принявший всемирный характер вследствие пандемии COVID-19 в 2020 году изменил многие реалии жизни в планетарном масштабе. Например, существенно увеличилась сфера применения дистанционных медицинских услуг. Это не могло не повлечь за собой цепную реакцию разнообразных последствий. В настоящей публикации мы остановимся на этической составляющей дистанционной медицинской помощи. И выделим деонтологические аспекты её массового применения. Следует отметить, что удалённые методики не являются новыми в здравоохранении. Телемедицина используется уже достаточно давно [1]. Её наработки оказали существенную помощь во время карантина 2020 года. В частности, с этической точки зрения представляет интерес World Medical Association (WMA) Statement on the Ethics of Telemedicine, принятое в октябре 2018 года на 69-ой Генеральной Ассамблее WMA в Рейкьявике [2].

Дистанционность в медицине позволяет ограничить контакт инфицированных (или потенциально инфицированных) пациентов с другими людьми, в том числе с медицинскими работниками. Удалённое общение больных и врачей является важным механизмом, позволяющим успешно функционировать процессу самоизоляции, который является важным компонентом карантинных мероприятий в условиях пандемии COVID-19. С учётом технических возможностей двадцать первого века пациент может общаться с врачом при помощи телефонной, мобильной связи, интернета. Этот обмен информацией может включать передачу данных, различных документов, результатов

лабораторных и инструментальных исследований (например, в виде изображений). Само общение может происходить как по телефону, так и в интернете при помощи таких несложных и частично бесплатных сервисов как Google Meet и Zoom. Различные приложения-мессенджеры (Skype, Viber, WhatsApp и др.) делают эту коммуникацию весьма доступной и продуктивной, хотя никогда не заменят прямого контакта.

Вне зависимости от наличия или отсутствия карантина личное консультирование пациента врачом по-прежнему остаётся «золотым стандартом» клинической медицины. Поэтому их дистанционное общение в большинстве случаев должно осуществляться после предшествующего очного контакта. В определённой степени исключение составляют многочисленные пациенты семейных врачей/участковых терапевтов/участковых педиатров, т.к. данная категория врачей изначально «знает» свой контингент и ориентирована на долговременную его курацию, в том числе и в дистанционном режиме. Вообще, данная форма общения с больными *a priori* подразумевает удовлетворительное знание врачом истории болезни пациента. Причём для определения диагноза и назначения первоначального лечения эффективность дистанционности является довольно-таки сомнительной в виду большей вероятности врачебных ошибок. Но для динамического наблюдения за больным, а также контроля и коррекции уже назначенной терапии удалённый режим вполне приемлем.

Базисом отношений между врачом и пациентом во всех случаях должно быть взаимное доверие и уважение. Отсюда вытекает необходимость надёжной идентификации друг друга при дистанционном общении.

Безопасность конфиденциальных данных пациента в условиях систематического применения удалённого доступа требует дополнительного внимания со стороны лечащего врача. К сожалению, широчайшее распространение беспроводной коммуникации привело к не менее широкому развитию криминальных технологий, тесно связанных с нею. Такие термины как «киберпреступность», «киберполиция» уже давно стали обычными. Поэтому врачам все чаще приходится задумываться

об актуальных мерах безопасности, направленных на предотвращение несанкционированного доступа и нарушения идентифицируемой информации о пациенте.

Удалённое общение требует от врача дополнительного времени и усилий по надлежащему информированию пациентов, включающему обсуждение технических подробностей самого процесса консультаций, проблем конфиденциальности, политики координации с другими специалистами.

Привлечение консультантов также может создать дополнительные деонтологические трудности, если оно осуществляется дистанционно. Речь может идти о недоверии пациента к врачу, с которым он никогда непосредственно не контактировал. В свою очередь консультанту, который зачастую принимает эпизодическое участие в лечебно-диагностическом процессе, будет тяжелее разобраться в ситуации в случае удалённого контакта с больными и своими коллегами. В любом случае, консультации других врачей увеличивают нагрузку на лечащего врача, т.к. именно последнему придётся дополнительно заниматься вопросами организации консультативной помощи, за которую он по-прежнему остаётся ответственным.

Кроме того, широкое распространение дистанционного консультирования пациентов способно нарушить конфиденциальность самих врачей из-за их доступности 24/7. Поэтому является целесообразным информирование своих больных о рамках, в пределах которых ведётся удалённое общение. Также необходимо порекомендовать скорую неотложную медицинскую помощь в ситуации, когда имеет место явное ухудшение состояния, а контакт с лечащим врачом не доступен.

В целом, дистанционная медицина обладает большим позитивным потенциалом, который достойно проявил себя в условиях длительного карантина. Конечно, удалённый контакт не сможет охватить всю медицину — первичный контакт с пациентом, стационарная и неотложная медицинская помощь являются прерогативой очного общения. Но перманентное наблюдение за многочисленными хроническими больными, динамический контроль за выздоравливающими могут быть сферой компетенции дистанционного контакта и вне

карантина. Удалённое общение с пациентами требует определённой перестройки работы врача, в том числе и её этического компонента, который должен определить разумные рамки кооперации людей — как тех, кто болеет, так и тех, кто лечит. Следует подчеркнуть, что опыт, накопленный дистанционной медициной в условиях пандемии COVID-19, безусловно, является полезным для будущего развития сферы медицинских услуг. Ведь удалённый доступ в системе здравоохранения нужен не только во время пандемий и карантина, что доказывается интенсивным развитием телемедицины во всем мире в последнее десятилетие [1].

Литература

1. Кобринский, Б.А. Телемедицина в системе практического здравоохранения: практическое пособие / Б.А. Кобринский. — 2-е изд., стер. — Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2016. — 238 с.: ил.

2. WMA Statement on the Ethics of Telemedicine. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С COVID-19

*И. В. Жильцов, заведующий кафедрой доказательной медицины
и клинической диагностики ФПК и ПК*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Как известно, COVID-19 характеризуется преимущественно нетяжёлым течением заболевания: $\approx 85\%$ случаев протекают в лёгкой или среднетяжёлой форме, а $\approx 15\%$ — в тяжёлой, при этом $\approx 5\%$ заболевших требуется респираторная поддержка. При этом COVID-19 отличается высокой контагиозностью, существенно превышающей таковую других респираторных инфекций. Так, установлено, что показатель *basic reproductive rate* (R_0 , базовый коэффициент воспроизведения, среднее количество здоровых лиц, инфицированных от одного пациен-

та — источника инфекции) для COVID-19 составляет 2,4-3,4 (в среднем 2,87) [1]. Для сравнения, показатель *reproductive rate* для лёгочной чумы составляет 2,8-3,45 [2], что вполне сопоставимо с COVID-19, для сезонного гриппа — 1,28 (1,19-1,37), для пандемического гриппа 1918 г. (знаменитой «испанки») — 1,80 (1,47-2,27) [3]. Вследствие этого, заболеваемость COVID-19 огромна: только количество официально зарегистрированных случаев к 8 января 2021 года — более 88 миллионов [4], в то время как реальное количество заболевших может превышать официальные цифры в 2,6-17,5 раз (оценки варьируют для разных стран) [5]. Соответственно, системы здравоохранения ряда стран оказались перегружены. В большей степени эта проблема коснулась стран Западной Европы и Северной Америки, где многолетняя оптимизация системы здравоохранения привела к существенному сокращению количества стационарных и, в частности, реанимационных коек на единицу населения ввиду существенного смещения центра тяжести оказания медицинской помощи на амбулаторное звено. Так, в странах Западной Европы количество реанимационных коек на 100 тыс. населения составляет от 4,2 в Португалии до 38,7 в Германии (во Франции — 11,6, в Италии — 12,5) [6]. Считается, что в странах постсоветского пространства количество как стационарных, так и реанимационных коек на душу населения существенно выше, чем в странах Европейского Союза и США, хотя точные официальные цифры данных показателей отсутствуют в открытом доступе.

Предсказуемым образом, страны с наименьшим количеством стационарных и реанимационных коек на душу населения испытали наибольшие трудности в борьбе с новой коронавирусной инфекцией. Испания, Италия, затем Франция сообщали о картинах бедствия, граничащих с апокалиптическими — больницы были переполнены, врачей, коек и аппаратов ИВЛ не хватало. В оказание медицинской помощи пациентам с COVID-19 постепенно включились врачи всех специальностей и стационары всех профилей, включая частные косметологические клиники. В какой-то момент была прекращена госпитализация лёгких и среднетяжёлых случаев заболевания. Позднее возникли

большие проблемы этического толка в ходе принятия решений о предоставлении доступа пациентам к реанимационной помощи, прежде всего — к искусственной вентиляции лёгких, поскольку количество аппаратов ИВЛ оказалось ограниченным, и, что ещё хуже, быстро нарастить их число не представлялось возможным. Несколько позже о сходных проблемах заявили и США, которые также столкнулись с нехваткой реанимационных коек, аппаратов ИВЛ, квалифицированного медицинского персонала, защитных костюмов и т.д. Что интересно, ещё в октябре 2019 г. Университет Джона Хопкинса и журнал «The Economist» опубликовали рейтинг безопасности стран с точки зрения их устойчивости к воздействию эпидемий и рекомендации по их исправлению (т.н. Global Health Security Index) [7]. В рейтинг было включено 195 стран. Главный вывод этого исследования — национальные службы безопасности, отвечающие за защиту от эпидемий, критически ослаблены. Ни одна страна не готова отразить атаку эпидемии. Характерно, что первые места в рейтинге заняли США и Великобритания. Франция находится в нём на 11 месте, Испания — на 15-м, Италия — на 31-м, Китай — только на 51-м, РФ — на 63-м месте, Республика Беларусь — на 40-м. Реальность убедительно опровергла составителей рейтинга — в настоящий момент США лидируют как по заболеваемости, так и по смертности от COVID-19, а Великобритания находится на 5-м месте. Китай, лучше всех справившийся с эпидемией в своей стране, находится на 82-м месте по заболеваемости и на 44-м — по смертности, что в целом прямо указывает на несостоятельность подобных рейтингов — теория здесь должна обязательно проверяться практикой, что, к счастью для их составителей, не всегда возможно.

В ходе оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 вскрылось не менее двух существенных этических проблем.

Первая проблема — необходимость проведения медицинской сортировки пациентов перед началом ИВЛ. При этом приходилось учитывать, что, по словам одного из итальянских реаниматологов, «...пожилой человек проведёт на ИВЛ 2 недели и с вероятностью 95% умрёт, в то время как молодой человек проведёт на ИВЛ 5 дней и с вероятностью 90% попра-

вится» [8]. Соответственно, критериями для сортировки были: возраст (молодым отдавалось предпочтение перед пожилыми), род занятий (медицинским работникам, а также ценным специалистам иных профессий отдавалось предпочтение), наличие тяжёлых хронических сопутствующих заболеваний (лицам с отсутствием таковых отдавалось предпочтение), и даже происхождение/национальность (лицам с гражданством своей страны отдавалось предпочтение). Естественно, все эти принципы сортировки абсолютно неэтичны — ведь все больные одинаково заслуживают своевременного оказания полноценной медицинской помощи, и больше соответствуют медицине катастроф и военному времени, когда соображения целесообразности, как правило, превалируют над соображениями человечности ввиду вынужденной ограниченности доступных ресурсов здравоохранения. Тем не менее, сортировка поступающих в стационары была введена почти во всех западных странах, кроме, может быть, Германии, и привела к тому, что многим заболевшим было отказано не только в реанимационном пособии, но и в госпитализации, ввиду чего подобные пациенты во множестве умирали дома [9].

Республика Беларусь не столкнулась с подобной проблемой — реанимационных коек и аппаратов ИВЛ хватило как во время первой волны заболевания, так и во время второй, но никто не даст гарантий, что такая ситуация не может произойти в дальнейшем — человечество уже было свидетелем появления новых инфекционных заболеваний на протяжении последних 20 лет (помимо COVID-19, также SARS и MERS; уместно вспомнить описанную в 1984 году ВИЧ-инфекцию). Складывается впечатление, что человечество пока не знает этически безупречного решения данной проблемы, и соображения практической целесообразности в критических ситуациях всегда превалируют над этическими.

Вторая проблема заключается в том, что эффективные (по типу организованных в Китае) карантинные мероприятия, реально сдерживающие распространение COVID-19, потребовали существенных нарушений прав человека, в том числе на неприкосновенность личности, неприкосновенность жилища,

достоинство личности и свободу передвижения и выбора места жительства. Известно, что в Китае принудительно ограничивалось перемещение граждан по автомобильным дорогам как районного, так и государственного значения; было остановлено движение общественного транспорта; выход на улицу из жилищ, например, для закупки продуктов, осуществлялся в порядке строгой очередности; в эпицентре заболевания он был запрещён, и снабжение домохозяйств основными пищевыми продуктами взяли на себя службы доставки; известно также, что двери подъездов нарушителей заваривались наглухо. Также к нарушителям карантинных мероприятий применялись различные меры физического воздействия, вплоть до насильственной иммобилизации и лишения свободы. Тем не менее, в странах, менее жёстко настаивающих на строгом соблюдении ограничений, введённых в рамках карантинных мероприятий, остановить распространение заболевания не удалось, прежде всего, ввиду напрасных надежд на чувство гражданской сознательности и самодисциплину рядовых граждан. Складывается впечатление, что большая часть людей обязательно нарушит ограничивающие их запреты, если не будет вынуждена их соблюдать под угрозой тех или иных санкций со стороны государства, жёсткость которых будет дополняться их неизбежностью. Данная проблема в настоящее время тоже не имеет этически безупречного решения — необходимо выдержать социально приемлемый баланс между эффективным государственным принуждением и свободой личности, что на текущий момент не удалось ни одному государству.

В целом, поднятые этические вопросы требуют широкого общественного обсуждения, так как проблема в лице COVID-19, с которой столкнулось человечество, не является ни уникальной, ни завершившейся, и мы имеем все шансы в будущем столкнуться с её повторением.

Литература

1. Billah MA, Miah MM, Khan MN (2020) Reproductive number of coronavirus: A systematic review and meta-analysis based on global level evidence. PLoS ONE 15(11): e0242128. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242128>
2. Nishiura H, Schwehm M, Kakehashi M, Eichner M. Transmission potential of

primary pneumonic plague: time inhomogeneous evaluation based on historical documents of the transmission network. J Epidemiol Community Health. 2006; 60(7):640-645. doi:10.1136/jech.2005.042424

3. Biggerstaff, M., Cauchemez, S., Reed, C. et al. Estimates of the reproduction number for seasonal, pandemic, and zoonotic influenza: a systematic review of the literature. BMC Infect Dis 14, 480 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-480>

4. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

5. Phipps Steven J., Grafton R. Quentin and Kompas Tom 2020 Robust estimates of the true (population) infection rate for COVID-19: a backcasting approach R. Soc. open sci. 7200909 <http://doi.org/10.1098/rsos.200909>

6. https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_hospital_beds

7. <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>

8. <https://meduza.io/feature/2020/03/18/patsienty-s-covid-19-umirayut-odni>

9. <https://www.currenttime.tv/a/spain-coronavirus-mertvye/30506348.html>

О ВЛИЯНИИ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА КОЛИЧЕСТВО СУИЦИДОВ

А. Г. Денисенко, к.м.н, доцент

А. А. Буйнов, ст. преподаватель

О. А. Федчук, ст. преподаватель

Н. Н. Семенова, ст. преподаватель

Е. В. Цыбульская, ст. преподаватель

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Мировое сообщество в 2020 г. неожиданно столкнулось с глобальным потрясением, связанным с молниеносно распространяющейся эпидемией коронавируса SARS-CoV-2, получившего название COVID-19. Пандемия коронавируса сказывается не только на физическом, но и на психическом здоровье граждан. Перед обществом в условиях страха заразиться и умереть, введения карантина, экономического спада и т.д., на первый план выступают психологические проблемы. На декабрь 2020 г. общее число заражённых в мире приблизилось к 65 млн., умерло около 1,5 млн. человек.

Вместе с тем роль психической устойчивости в период карантинов и самоизоляции представляется особо значимой. Её высокий уровень усиливает моральное и физиологическое состояние людей, которым предстоит выдержать все испытания, дабы одолеть несчастье, сохранить силу и способность к сопротивлению, поддерживать родных, близких и более слабых, вносить позитивный дух в ситуацию, избежать паники, которая зачастую несёт сопоставимые по тяжести с эпидемией последствия [1,3].

Цель — оценить уровень суицидальной активности, связанной с психологическим расстройством здоровья у населения с COVID-19, и пути реализации соответствующих мероприятий для эффективного и действенного решения этой проблемы.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования стали литературные источники и данные электронных ресурсов; метод исследования — аналитический.

Результаты и их обсуждение. Суицидальное поведение при COVID-19 обусловлено психологической реакцией на пандемию, нарушениями психического статуса у пациентов, заболевших COVID-19, а также «постковидным» синдромом и др. В зарубежных медицинских изданиях активно обсуждается тема роста числа суицидов среди людей, перенёсших COVID-19, и анализируются психические и неврологические нарушения вследствие влияния коронавируса на организм и психику человека, имеющие потенциально серьёзные и долгосрочные последствия. В Китае [2] до 54% общей выборки населения сообщили об отрицательном влиянии эпидемии на психологическое благополучие. При этом у 16,5% проявились симптомы депрессии от умеренной до тяжёлой степени, у 28,8% — симптомы тревоги от средней до тяжёлой степени и у 8,1% — от умеренной степени до уровня серьёзного стресса. Подобные нарушения психики с отсутствием ощущения дальнейших перспектив способны провоцировать развитие суицидального поведения и увеличивать частоту суицидов. По данным тех же авторов установлено, что люди с высшим образованием, как правило, больше страдали от стресса, вероятно,

из-за осознания состояния своего здоровья. На уровень психологического стресса также повлияли доступность местных медицинских ресурсов, эффективность региональной системы общественного здравоохранения, а также меры профилактики и контроля, принятые в отношении эпидемической ситуации. По сравнению с 2019 г. в 2020 г. отмечалось снижение случаев суицидов у лиц с COVID-19, что учёные частично связывают с эффективными мерами профилактики и контроля, принятыми правительством Китая, включая общенациональный карантин, медицинскую поддержку и ресурсы со всей страны.

Развитию психических нарушений способствуют длительные социальные ограничения, информационный стресс, финансовые проблемы, боязнь заболеть и заразить близких людей, депрессия, домашнее насилие, и др. К факторам, провоцирующим опасность развития суицидального поведения, можно отнести хронический стресс, расстройства настроения, злоупотребление психоактивными веществами и т.д.

В условиях пандемии стали происходить самоубийства вследствие установления диагноза COVID-19. В период пандемии COVID-19 японские учёные выявили рост числа суицидов среди больных коронавирусом и рекомендовали врачам внимательнее относиться к таким пациентам, находящимся на лечении. По данным японских учёных ещё в 2014 г. во время вспышки атипичной пневмонии на Ближнем Востоке у пациентов наблюдались суицидальные настроения, появлялись различные психические проблемы.

В период пандемии человеку стоит думать не о своей тяжёлой участи и впадать в отчаяние, а о способах решения проблемы. При этом нужно позволять себе испытывать чувство тревоги за себя и близких, это абсолютно нормальная реакция. Главное — понимать, что это связано с болезнью.

Выводы. Таким образом, лица, совершившие суицидальные попытки, должны находиться под бдительным суицидологическим вниманием общества, поскольку в будущем их суицидальное поведение начинает усложняться и приводить к истинным суицидальным намерениям.

По нашему мнению, для решения проблемы с суицидаль-

ной активностью в период пандемии COVID-19 следует осуществлять общенациональное стратегическое планирование и координацию оказания психологической помощи во время пандемий, эпидемиологический мониторинг, скрининг, направление к специалистам и целевое вмешательство, чтобы уменьшить психологический стресс и предотвратить дальнейшие проблемы с психическим здоровьем.

Литература

1. Кекелидзе, З. И. Суициды в период пандемической самоизоляции / З.И. Кекелидзе // Российский психиатрический журнал. — 2020. — № 3. — С. 4-13.
2. Wang, C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China / C. Wang [et al.] // Int. J. Environ. Res. Public. Health. 2020. — Vol. 17, № 5. — P. 1729.
3. Кубарь, О. И. Этический комментарий к COVID-19 / О. И. Кубарь// Российский журнал «Инфекция и иммунитет». — 2020. — Т. 10, № 2. — С. 287-294.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

*А. А. Кирпиченко, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии
и наркологии с курсом ФПК и ПК*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

Депрессия продолжает оставаться распространённым психическим расстройством, от которого в мире страдает более 264 миллионов человек из всех возрастных групп. Распространённость депрессивных расстройств у населения экономически развитых стран Европы и США достигает 10%; хотя бы один эпизод тревожных расстройств регистрируется у 12-27% населения Европы, а у лиц с соматической патологией, тревожные и депрессивные расстройства встречаются в 2-3 раза чаще, чем в общей популяции.

Кроме того, депрессия является основной причиной инва-

лидности в мире и вносит значительный «вклад» в глобальное бремя болезней, может стать серьёзным нарушением здоровья, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжёлую форму. Она может приводить к значительным страданиям человека и к его плохому функционированию на работе, в школе и в семье. В худших случаях она может приводить к самоубийству. Ежегодно около 800.000 человек погибают в результате самоубийства — второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15-29 лет. Несмотря на наличие эффективных методов лечения психических расстройств, в странах с низким и средним уровнем дохода от 76% до 85% людей, страдающих нарушениями психического здоровья, не получают никакого лечения из-за отсутствия ресурсов, нехватки подготовленных поставщиков медицинской помощи и социальной стигматизации, связанной с психическими расстройствами. Ещё одним препятствием является неточная оценка состояния пациента. Во всех странах людям, страдающим депрессией, часто ставится неправильный диагноз, в то время как другим людям, не имеющим этого расстройства, иногда ставится ошибочный диагноз и назначаются антидепрессанты.

Актуальность депрессивных расстройств, например в России, убедительно подтверждается ростом продаж антидепрессантов ещё в «доковидное» время. В феврале 2020 года россияне начали покупать больше лекарственных средств из категории антидепрессантов по сравнению с тем же периодом 2019 года, что следует из данных аналитической *DSM Group* (анализировались розничные продажи за первые девять недель года и сравнивались с аналогичными данными за 2018 и 2019 года). С 17 по 23 февраля прирост продаж таких лекарств год к году в упаковках в розничном сегменте составил 6,8%, а с 24 февраля по 1 марта (последние доступные данные) — уже 11,5%. В стоимостном выражении за те же периоды продажи увеличились на 12,5% и 18,5% соответственно. Во время первой волны пандемии COVID-19 тенденция роста продаж антидепрессантов в России сохранилась.

Официально в Минске от депрессии страдает не более 0,1% населения при общемировом показателе в 5%. Цифра в 0,1%

скорее свидетельствует не о нераспространённости депрессии среди минчан, а о низкой обращаемости горожан к специалистам.

Инструменты для скрининга.

Согласно пункту 2.6 Приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении примерного перечня методов и методик оказания психологической помощи, рекомендуемых к применению в государственных организациях здравоохранения» для диагностики клинических проявлений эмоциональных расстройств в нашей стране рекомендованы [22]: Шкала оценки тревоги Гамильтона, Шкала оценки депрессии Гамильтона, Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг, Опросник депрессии Бека, Шкала самооценки депрессии Зунга, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Опросник выраженности психопатологических состояний. В работе врача общей практики наиболее приемлемо, по нашему мнению, использовать шкалу «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (далее HADS). Она соответствует требованиям краткости, простоты, безопасности и точности и может свободно и эффективно использоваться в качестве скринингового инструмента для рутинного использования в общей врачебной практике

Для получения достоверной информации о положении дел в лечении депрессий и смежных с ней расстройств нами было запланировано и проведено первое в Беларуси наблюдательное мультицентровое (более 10 учреждений здравоохранения) исследование применения пароксетина (в связи с наибольшим количеством назначений в Республике Беларусь в группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина СИОЗС (N06A4)) в лечении пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами. В задачи исследования входило изучение половозрастных характеристик, нозологического состава пациентов, наличия сопутствующей патологии, назначаемых дозировок пароксетина, длительности лечения и динамики тревожно-депрессивных расстройств на фоне лечения путём анализа анкет, заполненных врачами, назначавшими пароксетин. В исследовании приняли участие 79 врачей различных специальностей со всех регионов Республики Беларусь, кото-

рые предоставили данные по 846 пациентам в возрасте от 18 до 95 лет, в том числе 631 женщине и 215 мужчинам. Основные результаты по эффективности были опубликованы ранее.

В данной статье хотелось бы обратить внимание медицинской общественности на частоту и правильность использования диагностических шкал врачами при выявлении расстройств тревожно-депрессивного спектра, а также на правильность предположения диагнозов психических расстройств. Для оценки состояния пациентов до и во время лечения пароксетином врачи использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии, шкалу депрессии Гамильтона и шкалу тревоги Гамильтона (табл.).

**Таблица 1 — Шкалы, использованные врачами (n=79)
для оценки эффективности лечения пациентов (n=846)**

Шкала	Число врачей, использующих для оценки данную шкалу, n (%)	Число пациентов, оцененных по данной шкале, n (%)
Госпитальная шкала тревоги и депрессии	70 (88,6%)	706 (83,5%)
Шкала депрессии Гамильтона	24 (30,4%)	186 (22%)
Шкала тревоги Гамильтона	25 (31,6%)	207 (24,5%)

В подавляющем большинстве случаев врачами-не психиатрами предполагался диагноз, соответствующий современной МКБ-10 и требующий назначения препаратов из группы антидепрессантов, что говорит о наличии определённого диагностического опыта и умений у врачей первичного звена (таблица 2).

**Таблица 2 — Диагнозы, чаще всего предполагаемые врачами
первичного звена и в дальнейшем подтверждённые психиатрами**

Диагноз по МКБ-10	Количество пациентов
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	144 (17,02%)
Расстройство адаптации	128 (15,13%)
Генерализованное тревожное расстройство	85 (10,04%)
Органические расстройства (тревожные, депрессивные и эмоционально-лабильные)	81 (9,57%)
Соматоформная вегетативная дисфункция	77 (9,10%)
Паническое расстройство	70 (8,27%)
Эмоциональные и аффективные расстройства на фоне ХНМК и ДЭ	64 (7,56%)
Хронические болевые синдромы при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (позвоночник, суставы)	30 (3,54%)
Прочие	167 (19,73%)

По окончании исследования нами были получены объективные результаты, свидетельствующие о том, что врачи общей практики при оказании первичной медпомощи уже сегодня могут проводить диагностику психических расстройств, используя эффективные диагностические инструменты (госпитальную шкалу тревоги и депрессии, шкалу депрессии Гамильтона и шкалу тревоги Гамильтона) с последующим возможным лечением пограничных форм, а также хорошую переносимость пароксетина, оказывающим сбалансированное действие в отношении симптомов тревоги и депрессии и имеющим наибольшее число зарегистрированных показаний к применению среди СИОЗС (все виды тревожных расстройств и депрессия). Более того, результаты проведённого исследования показали,

что нежелательные явления при приёме пароксетина встречаются крайне редко, в основном в начале лечения, и выражаются в усилении тревоги, тошноте, головной боли, сердцебиении, головокружении, бессоннице, трудности засыпания и сонливости. Данные симптомы редуцируются при продолжении надлежащей терапии.

В дальнейшем, после адаптации этих шкал по критериям надёжности и валидности для белорусской популяции, врачи общей практики смогут использовать модифицированные шкалы, что объективно повысит точность диагностики и правильность назначения лечения. В этой связи, остаётся актуальной необходимость привлечения внимания общественности, СМИ и государственных органов к проблемам расстройств настроения и проводить соответствующие образовательные междисциплинарные программы по темам выявления и лечения психических заболеваний, особенно на современном этапе в условиях пандемии COVID-19.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА С ПАЦИЕНТАМИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Л. М. Пасиешвили, д-р мед. наук, профессор

Н. М. Железнякова, д-р мед. наук, профессор

Т. М. Пасиешвили, канд. мед. наук, доцент

Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков (Украина)

Работа семейного врача — врача общей практики — осуществляется в нескольких направлениях и в различных возрастных периодах пациентов. Это накладывает отпечаток как на проведение профилактических, лечебных, так и психологических мероприятий. Особый контингент работы врача составляют дети и подростки. В детском возрасте разговор идёт в большей степени о работе с членами семьи ребёнка (родители, бабушки, дедушки и другие родственники), что в значительной степени затрудняет, а иногда и просто блокирует ра-

боту семейного врача (СВ). В тоже время подростковый возраст имеет свои особенности: эндокринная перестройка организма вносит коррективы в поведение подростков; идёт развитие половых признаков, что приводит к возникновению вопросов сексуального характера; проявляется интерес к вредным привычкам: проба курения и употребление алкоголя, реже — наркотических веществ. Одновременно изменяется поведение подростка: большинство из них становятся нетерпимыми к окружающим, «вмешивающимся в их жизнь» родителям и другим родственникам, особенно когда в их понимании взрослые, не понимая и не принимая их ценности и взгляды, пытаются решить проблемы на свой лад и усмотрение. Такая нетерпимость к другим и возвышение себя как непонятого идеала, обида на «непонимание окружающих» заставляет подростка обособиться, «стать в позу», спрятаться в скорлупу и, тем самым, перевести решение своих проблем на случай или друзей, которые не всегда бывают объективны. В таком возрасте помощь при возникновении серьёзных проблем, особенно при появлении доверия к семейному врачу, который на протяжении многих лет работал в семье, переходит к последнему. Но это доверие не так просто завоевать у подростка, но в тоже время очень легко потерять. Прежде всего, разговор идёт о сохранении «тайны» общения с врачом на любом этапе, адекватной оценке проблемы с позиции подростка, серьёзному к ней отношению и эффективной помощи. При этом очень ревниво подростки воспринимают посвящение врачом в их проблемы родителей, хотя порой эти проблемы без их помощи не решить.

Если же это касается подросткового периода девушек, то довольно часто разговор идёт о первом сексуальном опыте, реже — «незапланированной» беременности, вопросах последующего общения с отцом ребёнка, особенно в ситуациях рождения ребёнка, дальнейшего пребывания в семье и её поддержки. Обращение к подругам в таких ситуациях неэффективны, особенно при отсутствии опыта последних, а вот общение с СВ, который может помочь при достаточном к ему доверии, может быть эффективным. На этом этапе СВ должен предложить конкретные мероприятия, но их разработка в такой си-

туации должна проводиться в полном доверии. При этом СВ на период работы с подростком должен стать психологом, т.к. в большинстве своём решение вопросов носит не медицинский (при отсутствии осложнений), а психологический характер.

При отсутствии такой экстремальной ситуации помощь СВ может понадобиться на этапе полового созревания подростков: появления месячных, проведение при этом гигиенических мероприятий, подготовка к возможному изменению поведения в этот период. У подростков мужского пола возникают свои проблемы, как в результате полового созревания, так и общения с однолетками, подростками другого пола и, тем более, при активном времяпрепровождении.

В подростковом периоде обращение к семейному врачу может происходить, в первую очередь, при наличии заболевания врождённого или приобретённого характера. При этом СВ своё общение с подростком не должен фокусировать только на заболевании (хотя этот вопрос и является основным). Требуется участие врача совместно с подростком и членами его семьи в вопросах разработки лечения, профилактики, поведения в обществе. При этом врачом решаются, казалось бы, нетипичные для медицины вопросы: возможность активного образа жизни, участия в спортивных секциях и каких именно, профессиональное ориентирование и ряд других. Т.е. семейным врачом решаются не только медицинские, но и социальные проблемы, причём их решение может выходить на первый план.

Особенно актуально общение СВ с подростками, имеющими хронические заболевания: сахарный диабет, пороки сердца, аллергические заболевания, болезни пищеварительного тракта. В такой ситуации решаются вопросы, связанные с диетическими рекомендациями. И порой СВ очень сложно решить казалось бы такие простые вопросы! Ведь бывает очень трудно объяснить подростку необходимые ограничения в питании, особенно если они касаются очень «востребованных» в таком возрасте продуктов: шоколад, цитрусовые, копчёности и др. Ещё сложнее заставить подростков регулярно принимать лекарственные препараты, особенно введение инсулина, кото-

рый при СД 1-го типа назначается несколько раз в день и пожизненно. Важно довести до сведения подростка, что он не калека, но деятельность его в этой жизни ограничена. При этом, конечно, изменяется психология пациента, изменения которой нужно предвидеть и по возможности сгладить. Постоянные беседы врача с проблемным пациентом должны быть обстоятельными, доходчивыми и эффективными, потому что порой они помогают не только в решении медицинской проблемы, но и социальной адаптации.

У здоровых подростков мужского пола возникают другие проблемы: повышенный травматизм, как в результате экстремальных видов спорта, так и «выяснения отношений»; страх перед подготовкой к призыву в армию и прохождением медицинской комиссии. Довольно сложно в этическом плане подростку строить отношения с девушками; решиться на первый сексуальный опыт и получить возможные при этом заболевания (гонорея, сифилис); желание поучаствовать во взрослой жизни и страхи перед более грозными ситуациями — беременность партнёрши или, например, СПИД. При этом с такими вопросами подростки чаще всего обращаются не к родителям, и в решении этих проблем приходится участвовать СВ. Поэтому доверие к такому «помощнику» должно быть полным и взаимным.

Таким образом, проблемы, которые приходится решать СВ в различные возрастные периоды пациентов, многообразны и требуют не только медицинской подготовки специалиста, но и других знаний: психологии, сексопатологии, объёма нагрузки при различных профессиях, объёма спортивной нагрузки. Также хорошо, если СВ может предвидеть особенности проявления эмоционального характера подростка в различных ситуациях, знать о взаимоотношениях в семье, иметь кредит доверия у членов семьи и др.

Наверное, не все возникающие вопросы в состоянии решить семейный врач. Иногда разобраться в проблеме поможет не только профессиональная компетентность врача, довольно часто помогают индивидуальные особенности характера и поведения СВ, уважение к нему как к компетентному, и, прежде

всего, доброжелательному собеседнику, которому доверяют. Этим качествам, к сожалению, невозможно научить в вузе! Тогда на помощь СВ приходят индивидуальные качества, приобретенные в процессе воспитания и работы над собой, а также умение оценить проблему и желание помочь в её разрешении!

Литература

1. Carlisle J. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. / Carlisle J., Shickle D., Cork M., McDonagh A. // J Med Ethics. — 2006. — №32(3). — P.133-137. doi:10.1136/jme.2004.011262.
2. Hopkins K.A. When Adolescent and Parents Disagree on Medical Plan, Who Gets to Decide? / Hopkins K.A., Ott M.A., Salih Z., Bosslet G.T., Lantos J. // Pediatrics August. — 2019. — №144(2). — e20190291. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0291>.
3. MacKenzie C.R. What would a good doctor do? Reflections on the ethics of medicine. / MacKenzie C.R. // HSS J. — 2009. — №5(2). — P.196-199. doi:10.1007/s11420-009-9126-7.
4. Menon S. Some Unresolved Ethical Challenges in Healthcare Decision-Making: Navigating Family Involvement. / Menon S., Entwistle V.A., Campbell A.V., van Delden J.J. M. // ABR. — 2020. — №12. — P.27-36. doi.org/10.1007/s41649-020-00111-9.

ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Н. М. Медвецкая, доцент кафедры ТМФК и спортивной медицины

ГУО «Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Процесс получения значительного объема различных знаний в общеобразовательных учреждениях предъявляет к учащимся высокие физические и нервно-психические нагрузки, что часто отражается на их здоровье и отношении к жизненным ситуациям. Несмотря на то, что в процессе обучения наставники стремятся сформировать позитивные личностные, социальные, коммуникативные установки, повысить устойчивость эмоциональных реакций, обучить владению

и применению на практике техник толерантного взаимодействия и техник конструктивного поведения в критических ситуациях, психика у некоторых обучаемых не всегда справляется с трудностями повседневной жизни.

В научной литературе наряду с психическим здоровьем употребляется авторами и термин «психологическое здоровье». Появление термина «психологическое здоровье» связывают с развитием гуманитарной методологии познания человека (Н. А. Мальнева). Тем не менее, в большинстве источников эти два термина употребляются как единые [1].

Психическое здоровье молодёжи является важным условием полноценного функционирования и развития человека в процессе его жизнедеятельности, адекватного восприятия и политически грамотной оценки происходящей действительности, что наиболее актуально в настоящий исторический момент.

Цель работы — изучить знания учащихся общеобразовательных учреждений о психическом здоровье

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУО «Средняя школа № 46 г. Витебска» и ГУО «Средняя школа № 10 г. Витебска». Проведено исследование методикой анкетирования для выявления наличия знаний учащихся и их уровня научных понятий о термине «психическое здоровье» и его составляющих.

Во время прохождения практики студентами ФСП и П и ФФК и С опрошены 94 учащихся школ города Витебска в возрасте 12-17 лет, из них 43% девочек и 57% мальчиков. Такое же исследование проводилось среди родителей (88 человек в возрасте от 26 до 57 лет, из них 77% женщин и 23% мужчин).

Методы исследования: теоретические (анализ научной и специальной литературы по теме исследования); эмпирические (эксперимент, анализ, интерпретация, количественная обработка данных).

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализированные данные позволяют сделать вывод о том, что часть респондентов, так или иначе, имеет представ-

ление о психическом здоровье личности. Психическое здоровье у подростков в первую очередь ассоциируется с состоянием спокойствия и гармонии, отсутствием конфликтов в семье и в окружении, здоровой нервной системой, положительным эмоциональным состоянием. Однако только небольшая часть из них посчитала, что адекватное восприятие происходящего в окружающем мире является признаком состояния благополучия и совпадает с одним из критериев психического здоровья, определенных Всемирной организацией здравоохранения, то есть соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.

Получены данные, что значительная часть респондентов имеет представление о психическом здоровье личности. В частности, 41% опрошенных учащихся назвали состояние спокойствия и гармонии их психическим здоровьем, 19% — отсутствие конфликтов в семье и в окружении, 17% — здоровая нервная система, 13% — положительное эмоциональное состояние, 6% — адекватное восприятие происходящего в окружающем мире, и только 4% — отказались отвечать (рисунок 1).



Рисунок 1 — Представление подростков о понятии «психическое здоровье».

У взрослых личностей (родителей) понятие «психическое здоровье» в первую очередь ассоциировалось с гармонией с самим с собой (58%). Практически одинаковое количество выборов получили у взрослых умение противостоять стрессовым ситуациям, пребывать в состоянии спокойствия (25%) и адекватное восприятие происходящего в окружающем мире (24%). Для них, в отличие, от подростков важна жизнедеятель-

ность без стрессовых ситуаций (18%) и здоровая нервная система (10%) (рисунок 2).



Рисунок 2 — Представление родителей о понятии «психическое здоровье».

По мнению подростков, на уровень психологического благополучия влияет много факторов, но основные из них забота о здоровье (91%), положительные эмоции (86%), взаимопонимание с родителями (83%), пребывание в хорошем настроении (73%), состояние спокойствия (58%), абстрагирование от проблем (11%).

Закключение. Здоровое функционирование личности как позитивный процесс, стремление к самореализации и самоактуализации — это базис психического здоровья личности. Тем не менее, понимание психического здоровья как *способности человека полноценно функционировать в условиях ограничения социокультурными нормами общества, социальной группы не нашло отражение в представлении данного понятия как детей, так и взрослых.*

К основным критериям психического здоровья относят соответствие между возрастом и уровнем зрелости эмоционально-волевой и познавательной сфер личности, соответствие между образами отражаемых объектов действительности и реакциями субъекта на них, способность ставить перед собой долгосрочные конкретные цели и достигать их, успешность социальных контактов. Обучение основам психического здоровья должно осуществляться на протяжении всех возрастных этапов. Огромную роль в формировании здоровой психики может и должна сыграть семья и школа [2].

Психическое здоровье является важным условием полноценного функционирования и развития человека в процессе его жизнедеятельности. С одной стороны, это условие адекватной реализации человеком своих возрастных, социальных и культурных ролей, с другой стороны, обеспечивает человеку возможность непрерывного развития на протяжении всей его жизни.

Литература

1. Дубровина, И. В. Психическое здоровье детей и подростков [Текст] / И. В. Дубровина. — М.: Академия, 2000. — 256 с.
2. Литницкая, Е. В. Проблема здоровья личности в психологии XIX–XX века / Е. В. Литницкая // Ярославский педагогический вестник. — 2012. — Т. 11. — №2. — С. 268–274

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

О. А. Федчук, ст. преподаватель
Н. Н. Семёнова, ст. преподаватель
А. Г. Денисенко, к.м.н., доцент
А. А. Буйнов, ст. преподаватель

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Одной из важнейших государственных задач является охрана здоровья населения, включающая в том числе обеспечение доступной и качественной медицинской помощи. С целью выработки и усовершенствования диагностических, терапевтических и профилактических методик, более глубокого изучения и понимания этиологии и патогенеза заболеваний проводятся биомедицинские исследования с участием человека.

Клинические испытания лекарственных средств представляют собой изучение диагностических, лечебных, профилактических, фармакологических свойств лекарственных средств

в процессе их медицинского применения пациентом, в том числе изучение процессов всасывания, распределения, изменения и выведения, путём применения научных методов оценок в целях получения доказательств безопасности и эффективности лекарственных средств, данных о нежелательных реакциях организма человека на медицинское применение лекарственных средств и об эффекте их взаимодействия с другими лекарственными средствами и (или) пищевыми продуктами [1].

Проведение испытаний нового лекарственного средства или метода лечения на людях вызвано необходимостью предотвращения развития возможных опасных побочных реакций в процессе применения препарата.

При проведении клинических испытаний принципиально новых, не применявшихся прежде лекарственных средств возникает ряд вопросов этико-правового характера. Это обстоятельство обусловлено тем, что субъектом изучения при этом выступает человек. При этом, если для соблюдения правовых норм необходимо неукоснительное выполнение определённых правил, то следование этическим принципам требует от медицинских работников порядочности, ответственности, честности, то есть качеств, которые невозможно регламентировать законодательными нормативами. Этические правила налагают определённые обязательства на врача и предоставляют пациентам гарантии безопасности.

Клинические исследования лекарственных препаратов проводятся при наличии добровольного письменного согласия пациента или его законного представителя на участие в проведении клинического исследования. Медицинские работники должны в полной мере проинформировать субъекта испытания или его представителей обо всех аспектах исследования, в том числе о сути, сроках проведения и возможных последствиях исследования, о свойствах лекарственного препарата, ожидаемой эффективности, оценке соотношения пользы и риска.

Пациенты имеют право отказаться от участия в клинических испытаниях лекарственных препаратов на любой стадии их проведения. Клинические исследования должны быть пре-

кращены в случае возникновения угрозы жизни и здоровью субъекта исследования, нарушения требований Правил надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза или норм медицинской этики и деонтологии, а также в случае недостаточной эффективности и безопасности исследуемых лекарственных препаратов.

При проведении исследований в сфере биомедицины в условиях распространения коронавирусной инфекции должны неукоснительно соблюдаться этические принципы испытаний. С целью поиска эффективного лекарственного средства для лечения COVID-19 проводятся национальные и международные клинические исследования. Всемирной организацией здравоохранения и её партнёрами организовано исследование с участием многих стран, в рамках которого проводится сравнение некоторых непробированных методов лечения коронавирусной инфекции. Данное международное исследование призвано дать надёжные данные о том, какие методы лечения являются наиболее эффективными.

Для прекращения глобальной пандемии необходимы средства диагностики для выявления вируса и сдерживания его распространения, вакцины для обеспечения долгосрочной защиты населения, лекарства для спасения жизни людей в краткосрочной перспективе и данные социальных наук для понимания поведенческих и социальных последствий пандемии. Важно, чтобы глобальная научная работа была скорой, надёжной, масштабной и координировалась на уровне множества стран [2].

Однако срочность и значимость поиска методов профилактики и лечения не должны препятствовать научности и этической грамотности, что усиливает роль этических комитетов при проведении процедуры выдачи разрешительных документов.

При проведении клинических испытаний лекарственных средств необходимо неукоснительное соблюдение научных, правовых и этических принципов. С целью обеспечения безопасности субъектов исследования требуется проведение разрешительной процедуры, состав и сроки которой варьируются в зависимости от государства проведения. Чёткая регла-

ментация порядка осуществления клинических исследований и строгое соблюдение нормативных правил и этических принципов выступают гарантией обеспечения гуманного и этичного отношения к субъектам исследования, соблюдения их неотъемлемых прав.

Литература

1. О лекарственных средствах : Закон Республики Беларусь от 20.07.2006 № 161-З (с изм. и доп.) // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2020.

2. Клиническое исследование препаратов для лечения COVID-19 «Solidarity»[Электронный ресурс] / Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. — Режим доступа: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>. — Дата доступа : 15.11.2020.

3. Международные этические руководящие принципы для исследований в области здоровья с участием людей [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2019/01/3027-CIOMS-EthicalGuidelinesRussianLayout2019-1.pdf>. — Дата доступа : 15.11.2020.

ОТНОШЕНИЕ РУКОВОДСТВА РПЦ И ВЕРУЮЩИХ К САНИТАРНЫМ МЕРАМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХРАМОВ В РОССИИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

*В. П. Быстряков, протоиерей, доцент кафедры химии
и естественнонаучного образования*

ГУО «Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Ограничительные меры в проведении богослужений, а также санитарные меры в храмах, вызванные распространением COVID-19, неоднозначно были восприняты священнослужителями и верующими во многих странах. Достаточно остро это проявилось в России, особенно в центральных городах. Возникли сомнения в конституционности действий властей, в том числе руководства санитарных служб. Биоэтика находится на стыке этики, медицины и права, где медицинский,

правовой и этический аспекты имеют равную значимость. На наш взгляд подобные ситуации и отношения общества и санитарно-эпидемиологических служб могут рассматриваться и с позиций биоэтики. Анализ этих российских событий полезен для выработки правильного подхода к этим вопросам не только у церковной общественности, но и руководства санитарного надзора и в других странах.

Цель работы — обзор изменений в деятельности храмов РПЦ в России с марта по декабрь 2020 г., связанных с распространением COVID-19, и реакции на эти изменения руководства и прихожан РПЦ.

Материал и методы. Проанализированы материалы доступные в интернете на сайтах patriarchia.ru, pravoslavie.ru, pravmir.ru и других.

Результаты и их обсуждение. В начале распространения COVID-19 руководство РПЦ достаточно долго избегало вводить массовые ограничения. В марте представители МП, в частности, председатель ОВЦС митр. Иларион, В. Легойда, заявляли, что храмы закрываться не будут. 17 марта патриарх Кирилл объявил о введении в храмах санитарных мер. Первоиерарх отметил, что РПЦ с пониманием относится к рекомендациям московских властей воздержаться от посещения религиозных объектов, однако храмы в столице закрываться не будут.

25 марта президент России Владимир Путин призвал россиян «побывать дома» и дал указания руководителям субъектов федерации принимать соответствующие обстановке меры на местах, чтобы предотвратить распространение инфекции. Первым попытался ввести запрет на посещение религиозных организаций (с 28 марта по 5 апреля) губернатор Санкт-Петербурга. В Санкт-Петербургской епархии РПЦ это решение назвали «противоречащим Конституции». Наместник Александро-Невской лавры еп. Назарий заявил, что священнослужители «не позволят «внешним» закрыть храмы собственными руками» духовенства, и «если это сделают силовые структуры, то все последствия будут на их совести». Подобные события произошли и в Карельской республике. В распоряжении главы Республики Карелия, написано, что гражданам запрещается «посещение...

объектов (территорий) религиозных организаций, за исключением священнослужителей и персонала». В Петрозаводской епархии, охватывающей приходы Карелии, было заявлено, что «служение Богу в храмах Божиих ...не отменяется».

Эти события были прокомментированы как юристами МП, так и на ряде юридических сайтов, в частности ФБК-Право. Юристы сходились во мнении, что решения властей Москвы и Московской области, в большей степени соответствует законодательству, нежели запрет или временное приостановление деятельности организаций в условиях отсутствия объявленного чрезвычайного положения или карантина. Что касается закрытия отдельных храмов, священники которых заболели коронавирусом, то такое закрытие является вполне обоснованным, если в установленном порядке в соответствующем храме был введён карантин. Пояснялось, что карантин может быть введён не только в целом на территории РФ, субъектов РФ, пунктах пропуска через государственную границу, но и в отдельных организациях. Право на введение карантина в организациях (в том числе в храмах) предоставлено главным государственным санитарным врачом на основании закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». В свою очередь закрытие храмов в период чрезвычайного положения (не связанного с карантином) является недопустимым в соответствии с Конституцией РФ, согласно которой права граждан на свободу вероисповедания (в т.ч. ст. 28 Конституции РФ) входят в число прав, которые не подлежат ограничению в период чрезвычайного положения (ст. 56 Конституции РФ). В соответствии с этим руководство МП 26 марта, вновь заявило, что не намерено прекращать богослужения в храмах и монастырях. Была выражена надежда, что региональные власти «не станут проявлять, «ревность не по разуму» (Рим. 10, 2) и учтут обстоятельства жизни верующих сограждан».

Тем не менее, в связи с ухудшением эпидемиологической ситуации, в апреле РПЦ пошло на закрытие храмов. Так с 5 апреля Петрозаводская Епархия приняла к исполнению распоряжение главы Карелии о закрытии храмов для посещения, сообщалось на сайте епархии. 12 апреля для прихожан

закрылись храмы в Москве и Подмосковье. На сайте МП сообщалось, что, как минимум, до конца недели, т.е. включая Пасху, в церкви будут пускать только священнослужителей и тех людей, чьё присутствие необходимо для богослужений. Подчёркивалось, что это связано с предписаниями санитарных властей. 14 апреля закрылись для прихожан храмы в Санкт-Петербурге. Сообщалось, что более половины регионов страны не станут закрывать храмы во время праздника, поскольку распространение коронавирусной инфекции, конечно, имеет отличие в различных регионах. Посещение ранее закрытых для прихожан храмов было разрешено только с 7 июня, на праздник Пятидесятницы. Рекомендовалось продолжать соблюдение санитарно-гигиенических мер, причём некоторые формы их соблюдения могли определить настоятели храмов. Вместе с тем, пожилых людей просили «не спешить и пока оставаться дома». Отдельной проблемой явилось посещение священниками пациентов «ковидных отделений».

Первая оценка прошедшего периода COVID-19 была дана 24 декабря патриархом Кириллом на Епархиальном собрании города Москвы. Патриарх указал, что, благодаря введению в храмах санитарно-профилактических мер, решение властей об ограничении доступа в храмы было принято позднее, равно как и снятие ограничений достигнуто раньше, чем это могло произойти в иных условиях. Тем не менее, закрытие храмов вызвало недоумение многих людей, спрашивавших, почему их насущная потребность была проигнорирована в условиях, когда не был введён комендантский час и продолжали работать рынки, торговля и транспорт. Принятое решение можно объяснить, по мнению патриарха, «лишь неполной осведомлённостью даже специалистов об особенностях новой инфекции».

Патриарх выразил обеспокоенность новыми тенденциями в жизни Церкви и общества, сопровождающими пандемию. Он заявил, что «распространение коронавирусной инфекции и его последствия стали для людей искушением», т.е. опасностью впасть в грех. Одним из последствий ограничений, введённых государственными властями, стало снижение числа участвующих в богослужениях людей. Для кого-то стало со-

блажном введение в храмах профилактических мер. При этом некоторые верующие, по словам патриарха, «пытались — по недомыслию или с лукавством — объявить соблюдение профилактических правил едва ли не отступлением от Православия». Патриарх подчеркнул, что большинство мер обусловлено предписаниями властей, но «никак не влияют на нашу веру в спасительное действие благодати Святого Духа».

Более подробно обсудить проблемы вызванные пандемией планируется на очередном архиерейском соборе РПЦ.

Заключение. В РПЦ и в российском обществе, также как и в других странах, продолжает обсуждаться соотношение положительных и отрицательных последствий так называемого локдауна. Выражается мнение, что власти, в том числе руководство санитарного надзора, в будущем должны осмотрительнее принимать решения ограничивающие свободы и права верующих. В послании Священного Синода РПЦ подчёркивается, что «незыблемыми должны оставаться предусмотренные законодательством нашей страны свобода совести и свобода вероисповедания, включая право верующих совместно участвовать в богослужениях даже в исключительных обстоятельствах».

ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-2019 СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

А. Н. Дударев, О. Н. Малах

ГУО «Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова»

И. Н. Дударева

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

Актуальность. Официальная информация о вспышке пневмонии неизвестной этиологии в городе Ухань появилась

31 декабря 2019 г. из центра ВОЗ в Китае. Уже 3 января 2020 г. это новое заболевание подтвердилось у 44 пациентов, которые были связаны с местным рынком животных и морепродуктов. Начиная с 21 января 2020 г. ВОЗ ежедневно публикует отчёты о текущей ситуации в рамках Международных медико-санитарных правил по пневмонии.

Согласно данным университета Джонса Хопкинса к концу декабря 2020 года в мире выявили более 80 млн. случаев заражения COVID-19. Свыше 1,7 млн. заразившихся умерли. Выздоровели более 45 млн. человек. Лидерами по числу заболевших коронавирусом стали: США — 18,7 млн. (скончались 330 тыс.); Индия — 10,1 млн. (147 тыс.); Бразилия — 7,4 млн. (190 тыс.); Россия — 3 млн. (53 тыс.); Франция — 2,6 млн. (62 тыс.). В середине декабря 2020 г. власти Великобритании сообщили об обнаружении в стране нового более патогенного штамма коронавируса. В Германии, США, России и ещё двух десятках стран начата вакцинация против COVID-19.

Всего за 2020 год в Республике Беларусь были зарегистрированы свыше 190 тысяч человек с положительным тестом на COVID-19. Выздоровели около 170 тысяч пациентов, у которых был подтверждён диагноз COVID-19. За год на территории страны умерли более 1 400 пациентов с выявленной коронавирусной инфекцией. Поэтому поиски способов лечения и популяризация профилактики данной болезни актуальны как в Республике Беларусь, так и за рубежом.

Государственные учреждения образования являются той средой, которая должна обеспечить условия для сохранения здоровья учащихся и приобретения ими навыков здорового образа жизни. Для развития данного направления необходима работающая система обучения, направленная на приобретение знаний о здоровье и профилактике инфекционных заболеваний, в том числе COVID-2019.

Цель работы — разработка методического сопровождения факультатива «Культура здорового образа жизни», в том числе тем по профилактике коронавирусной инфекции COVID-2019 с использованием информационно-коммуникативных технологий.

Материал и методы. На базе УО «Витебское государственное училище олимпийского резерва» проводился естествен-но-педагогический эксперимент, позволяющий своевременно определить проблемные зоны в организации деятельности по сохранению здоровья старшеклассников. В исследовании приняли участие учащиеся 8-11 классов ($n=67$) и 1 курса ($n=27$). Учебная программа факультатива «Культура здорового образа жизни» изучается в 10 классе УО «Витебское государственное училище олимпийского резерва» на протяжении всего учебного года (1 ч в неделю). Содержание факультатива включает теоретическую и практическую части.

Результаты и их обсуждение. Для достижения цели и решения, поставленных на факультативных занятиях задач нами в 2018-2020 г. было разработано методическое сопровождение «В помощь учителю» в виде электронного ресурса в образовательной системе *moodle*. Содержание электронного учебника «Культура здорового образа жизни» разбито на разделы: теоретический, практический и контроля знаний (рисунок 1).

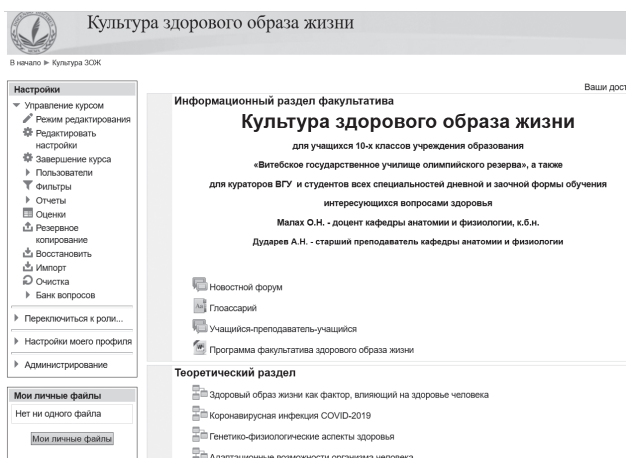
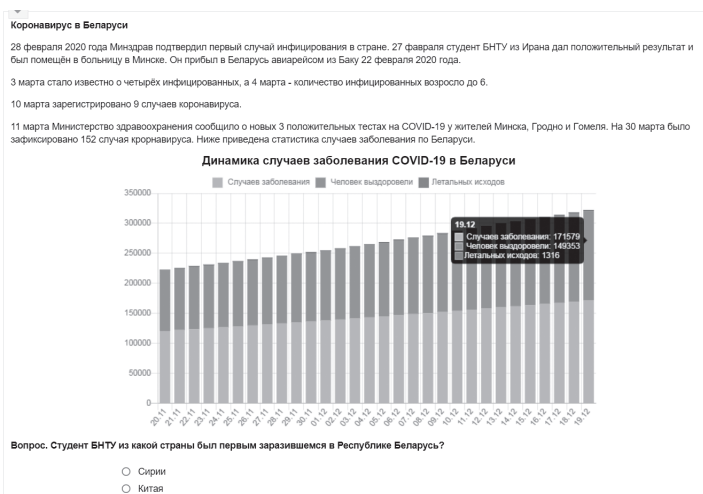


Рисунок 1 — Структура электронного учебника «Культура здорового образа жизни» в системе *moodle*.

Теоретический раздел включает интерактивные лекции по разделам учебной программы факультатива (рисунок 2). Современные, интерактивные лекции представляют собой совокупность веб-страниц с теоретическим материалом, в которые могут быть внедрены все виды мультимедиа; и веб-страниц с контрольными вопросами различных типов («множественный выбор» с одним или несколькими верными ответами, «ответ в виде текста», «ответ в виде числа», «на соответствие» и т.д.) [1, с. 115]. Интерактивные лекции способствуют индивидуализации обучения, что позволило повысить интерес и мотивацию учащихся.

По итогу изучения темы «Коронавирусная инфекция» обучающимся необходимо, используя текст и дополнительные источники литературы, составить памятку «Профилактика коронавирусной инфекции COVID-2019». В памятке учащимся нужно отразить основные правила, которые необходимо соблюдать каждому человеку в учреждении образования, для профилактики данного заболевания.



**Рисунок 2 — Элемент электронного учебника
«Интерактивная лекция»**

Задание носит творческий характер. Такой тип задания делает образовательный процесс более разнообразным, интересным и полезным для учащихся. Развивает самостоятельность, потребность думать, искать наиболее удачное выражение своих мыслей, нацеливает на рациональную организацию учебного труда, на формирование ответственности за результаты обучения и самоконтроль.

Практический раздел содержит подробные инструкции практических работ, презентации и qr-коды с соответствующими видеороликами, что делает материал наглядным. Контроль знаний в электронном учебнике «Культура здорового образа жизни» был основан на самоконтроле обучающихся (решение тестовых заданий и ситуационных задач). Элемент учебника «Тест» «предоставляет широкие возможности накопления и анализа статистики работы» учащихся [1, с. 118]. Контроль прохождения элементов электронного учебника, на наш взгляд, стимулирует самостоятельную работу учащихся.

Заключение. Таким образом, только комплексная работа по сохранению здоровья может дать высокие результаты в профилактике COVID-2019. Использование электронного учебника позволило сократить временные затраты учащихся, выполнять задания в любое удобное время и в любом месте, а также осуществлять учебную работу более ответственно.

Литература

Голенова, И. А. Организация внеаудиторной самостоятельной работы студентов по дисциплине «Биологическая физика» с использованием системы управления обучением Moodle / И. А. Голенова // Веснік Віцебскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя П. М. Машэрава. — 2017. — №4 (97). — С. 113-119.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ПРОФИЛАКТИКА COVID-19

*Т. А. Толкачева, декан факультета химико-биологических
и географических наук, канд. биол. наук, доцент*

*А. А. Чиркин, профессор кафедры химии
и естественнонаучного образования, д-р биол. наук*

УО «Витебский государственный университет
имени П. М. Машерова»
г. Витебск (Беларусь)

Актуальность. Человечество переживает вторую волну COVID-19, и естественный иммунитет населения против возбудителя пандемии ещё не сформирован. Поэтому актуальными остаются профилактические мероприятия на доклиническом этапе.

Цель работы — анализ подходов к повышению неспецифической и специфической резистентности организма в рамках соблюдения принципов здорового образа жизни.

Материал и методы. В работе приведён анализ публикаций биологических научных журналов и сайтов (Биомолекула, Медуза, N+1, Элементы, Врачи РФ и др.), посвящённых результатам инфицирования людей вирусом 2019-nCov.

Результаты и их обсуждение. У здорового человека система иммунитета не может быть хорошей или плохой. Но реактивность этой системы у людей разная. На неё влияют разные факторы окружающей среды, образ жизни, в том числе и возраст. Например, в пандемию коронавируса пожилых людей относят к группе риска, поскольку в старческом возрасте (старше 65 лет) способность системы иммунитета сопротивляться инфекциям снижается. Наиболее частыми факторами, которые снижают возможности системы иммунитета, являются: избыточный приём лекарств (в том числе антибиотиков, которые могут разрушать микробиом организма); некачественная еда (дефицит микроэлементов, ряда витаминов, незаменимых аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот и клетчатки) или недоеда-

ние; систематическое недосыпание; чрезмерное физическое или психическое напряжение; гипокинезия и сидячий образ жизни; частые солнечные ванны; стресс и неотреагированные реакции; эмоциональная опустошённость; алкоголь; курение; плохая экологическая ситуация.

Десять шагов для укрепления иммунитета

1. Регулярные физические упражнения. Частые и умеренные физические нагрузки помогают улучшить кровообращение. Упражнения помогают повысить количество циркулирующих и резидентных макрофагов, которые атакуют бактерии и других возбудителей, вызывающих заболевания верхних дыхательных путей. Проведённые исследования показали, что систематические занятия физическими упражнениями в рамках основных олимпийских видов спорта возможны уже в пубертатном периоде жизни. Систематические занятия физическими упражнениями обычно сочетаются с закаливанием и дыхательной гимнастикой. Полезны прогулки и пробежки в сосновых рощах, по берегам рек и озёр уникального в Европе Белорусского Полесья.

2. Продукты, повышающие иммунитет. Потребление добавок с витамином D может быть полезным для здоровья, особенно в борьбе с респираторными инфекциями, включая простуду и грипп. Витамин D также может образовываться при умеренном загораении на солнце. К продуктам, которые являются источниками витамина D, относят молоко, жирную рыбу. Повышают иммунитет чёрная смородина, черника, клюква, эхинацея, морепродукты, мясо, соки из яблок и моркови, зелёный чай, иван-чай (копорский чай), практически все цитрусовые и проростки злаков. Употребление ряда продуктов, таких как арбуз (содержит глутатион), зародыши пшеницы (витамины группы B и цинк), йогурт (пробиотики), шпинат (фолиевая кислота, витамин C), сладкий картофель (бета-каротин), брокколи (витамины A, C, глутатион), чеснок (фитонциды для бактерий и вирусов, гипохолестеролемическое действие), имбирь, гранатовый сок и многие другие, способствует укреплению иммунитета.

3. Обоснованное употребление лекарств. Чрезмерное употребление лекарств ослабляет систему иммунитета на фоне негативного влияния на печень, почки, репродуктивные органы. Люди, которые потребляют чрезмерное количество антибиотиков, имеют пониженные уровни цитокинов.

4. Ограничение употребления кофе, замена зелёным чаем. Высокий уровень кислотности кофе может препятствовать усвоению кальция, магния и калия из пищи. Это также может привести к некоторому обезвоживанию организма. Зелёный чай содержит полифенолы и флавоноиды, которые являются эффективными антиоксидантами.

5. Отказ от курения и алкоголя. Курение табака и употребление алкоголя могут подавлять систему иммунитета и увеличить риск инфекций. Желательно также избегать пассивного курения. Чрезмерное курение и алкоголь отрицательно воздействуют на работу сердца и лёгких. Необходимо отрицательно относиться к тезису о том, что у курящих лиц отмечена меньшая вероятность заражения коронавирусом.

6. Отказ от токсичных продуктов. Следует избегать пищевых добавок, искусственных красителей, ароматизаторов и консервантов, содержащихся в коммерческих продуктах питания. Длительное и чрезмерное потребление рафинированных сахаров и продуктов высокой степени переработки, содержащих химические добавки, консерванты и пестициды, ослабляет систему иммунитета. Способность лейкоцитов убивать бактерии значительно снижается после потребления простых сахаров. Поэтому желательно заменить сахар мёдом, уменьшить количество фастфуда, чипсов и других продуктов на основе перегретых масел.

7. Соблюдение правил гигиены. Большинство заражений развивается из-за переноса возбудителей с загрязнённых поверхностей к нашим глазам, носу или рту. Возможность заражения уменьшается при соблюдении правил гигиены: чистка зубов два раза в день, правильное мытьё рук после возвращения с улицы, контактов с посторонними людьми, перед приготовлением и употреблением пищи. Из-за плохой гигиены организм

подвергается воздействию большего количества патогенов, что в итоге может привести к заражению.

8. Соблюдение режима сна и бодрствования. Адекватный сон помогает системе иммунитета восстанавливаться, делая её намного более эффективной в борьбе с инфекциями и болезнями. Неадекватный сон в значительной степени связан с уменьшением количества Т-клеток. Люди, лишённые сна, чаще заболевают после воздействия вирусов. Спать необходимо при выключенном свете, поскольку на свету резко снижается выработка гормона сна — мелатонина. Также мелатонин обладает антиоксидантным и иммуностимулирующим действием.

9. Смейтесь от души. Смех улучшает иммунную защиту, а также психическое здоровье. Поэтому весело проводите время со своей семьёй и друзьями, ведите здоровый образ жизни. Смех — лучшее лекарство и, следовательно, отличный способ повысить иммунитет. Положительные эмоции связаны с биогенным амином серотонином, а из серотонина затем образуется мелатонин. Таким образом, эти два биорегулятора, являющиеся производными незаменимой аминокислоты триптофан, необходимы для функционирования системы иммунитета.

10. Поощрение — основной принцип здорового образа жизни. Считают, что в нормальном организме каждая удачно завершившаяся работа поощряется эндогенными системами счастья и удовлетворённости, например, эндорфинами, энкефалинами и некоторыми другими пептидами.

Закключение. Таким образом, приверженность принципам здорового образа жизни является основным фактором, повышающим неспецифическую и специфическую резистентность организма, в том числе и к действию патогенна — вируса 2019-nCov [1, 2].

Литература

1. Чиркин А. А. Система иммунитета и здоровый образ жизни // Біялогія і хімія. — 2020. — № 4 (82). — С. 3-16.
2. Чиркин А. А., Толкачева Т. А. Биология коронавирусной инфекции // Веснік ВДУ. — 2020. — №1(106). — С. 41-46.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ	5
ПРОГРАММА XVII Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире»	6

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ И ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>А. А. Заздравнов, О. И. Заздравнова</i> БИОЭТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ НАУКИ И УЧЕНЫХ	15
<i>Eng. Chris Harris</i> CORONAVIRUS (COVID-19) VACCINE: WHAT TO KNOW	19
<i>Andrzej Pazera</i> COVID-19	23
<i>Dr. Richie Anderson MD</i> ETHICAL RESPONSES TO THE COVID-19 PANDEMIC — LESSONS FROM SRI LANKA	24
<i>Т. В. Матвейчик</i> НРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: СОПЕРЕЖИВАНИЕ, ДОБРОТА И УЧАСТИЕ	35
<i>А. Н. Окороков</i> ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ НАЛИЧИИ У НИХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	44
<i>В. Н. Сокольчик</i> ИНФОРМАЦИЯ КАК ВАЖНЫЙ РЕСУРС <i>PUBLIC HEALTH</i> В СИТУАЦИИ ПАНДЕМИИ: ЭТИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ	60
<i>Н. Н. Семёнова, О. А. Федчук, А. А. Буйнов, А. Г. Денисенко</i> ЗНАЧЕНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЕЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	66
<i>В. Е. Шапкин</i> ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИНА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19	70

<i>И. В. Жильцов</i> ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С COVID-19	73
<i>А. Г. Денисенко, А. А. Буйнов, О. А. Федчук, Н. Н. Семенова, Е. В. Цыбульская</i> О ВЛИЯНИИ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА КОЛИЧЕСТВО СУИЦИДОВ	78
<i>А. А. Кирпиченко</i> ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	81
<i>Л. М. Пасиешвили, Н. М. Железнякова, Т. М. Пасиешвили</i> ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА С ПАЦИЕНТАМИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	86
<i>Н. М. Медвецкая</i> ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	90
<i>О. А. Федчук, Н. Н. Семёнова, А. Г. Денисенко, А. А. Буйнов</i> ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ	94
<i>В. П. Быстрыakov</i> ОТНОШЕНИЕ РУКОВОДСТВА РПЦ И ВЕРУЮЩИХ К САНИТАРНЫМ МЕРАМ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХРАМОВ В РОССИИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19	97
<i>А. Н. Дударев, О. Н. Малах, И. Н. Дударева</i> ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-2019 СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННО- КОММУНИКАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	101
<i>Т. А. Толкачева, А. А. Чиркин</i> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ПРОФИЛАКТИКА COVID-19	106

П78 **Проблемы** врачебной этики в современном мире :
XVII Международная медицинская конференция (Витебск,
10 июня 2021 г.) : тезисы докладов. — Минск : ПРО ХРИСТО,
2021. — 128 с.

ISBN 978-985-7206-53-7.

Конференция организована по инициативе Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь совместно с Витебским облисполкомом.

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

**XVII Международная
медицинская конференция
(Витебск, 10 июня 2021 г.)**

Тезисы докладов

Ответственная за выпуск А. Волчок
Технический редактор О. Глеков
Компьютерная вёрстка Э. Полиневской

Подписано в печать 30.04.2021.
Формат 84х108/32. Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 6,12. Уч.-изд. л. 5,46.
Тираж 70 экз. Заказ 826.

УП «ИЗДАТЕЛЬСТВО „ПРО ХРИСТО“».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/145 от 21.01.2014.
Пл. Свободы, 9, к. 2, 220030 г. Минск.
<http://pro-christo.catholic.by>; e-mail: pro-christo@catholic.by

Отпечатано в ОДО «Издательство “Четыре четверти”».
Ул. Б. Хмельницкого, 8-215, 220013, г. Минск.

В **XVII** МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«Проблемы врачебной этики в современном мире»
принимают участие медики, священнослужители, учёные

БЕЛАРУСИ



ПОЛЬШИ



ШВЕЙЦАРИИ



ВАТИКАНА



РОССИИ



ШРИ-ЛАНКИ



УКРАИНЫ



НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
- ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19
НА СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ISBN 978-985-7206-53-7



9 789857 206537