

ВИТЕБСКАЯ ЕПАРХИЯ РИМСКО-КАТОЛИЧЕСКОЙ ЦЕРКВИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

УПРАВЛЕНИЕ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА



Проблемы врачебной этики в современном мире

XVIII МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

**9 июня
2022 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

XVIII Международная
медицинская конференция

(Витебск, 9 июня 2022 г.)

Тезисы докладов



Минск
«ПРО ХРИСТО»
2022

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

П78

Проблемы врачебной этики в современном мире :
П78 XVIII Международная медицинская конференция (Витебск,
9 июня 2022 г.) : тезисы докладов. — Минск : ПРО ХРИСТО,
2022. — 124 с.

ISBN 978-985-7206-81-0.

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

УДК 614.253(043.2)

ББК 87.75я43

ISBN 978-985-7206-81-0

© Витебская епархия Римско-Католической Церкви в РБ, 2022

© Оформление. УП «Издательство «ПРО ХРИСТО», 2022

Дорогие братья и сёстры во Христе!

9 июня 2022 г. Витебская епархия Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь и Витебский облисполком проводят XVIII 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.

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

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

Официальные языки конференции:

белорусский, русский, английский.

Направления работы конференции:

Проблемы вирусных инфекций (COVID-19, ВИЧ/СПИД) и бактериальных инфекций, антибиотикорезистентность в современном мире.

Регистрация участников конференции состоится 9 июня 2022 г. с 09:30 до 10:00 (Витебский облисполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал).

Конференция будет проходить:

9 июня 2022 г. 10:00–15:00

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ — 9 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, председатель Конференции Католических Епископов в Беларуси
- Священник Клеменс ВЕРТ SJ, ксёндз-лицензиат, экономом Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь (куратор проекта)
- 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

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

Регистрация участников состоится 09.06.2022 г. (Витебский обл-исполком, ул. Гоголя, 6, конференц-зал) с 09:30 до 10:00.

9 июня 2022 г.

Пленарное заседание.

10:00

Открытие конференции, приветствие участников

- епископ Олег Буткевич, ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь, председатель Конференции Католических Епископов в Беларуси;
- Владимир Терентьев, председатель Витебского областного Совета депутатов;
- Владимир Пенин, заместитель председателя Витебского областного исполнительного комитета;
- Михаил Вишневецкий, начальник главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома;
- архиепископ Анте Йозич, апостольский нунций в Республике Беларусь.

Доклады:

10:30

Маргарита Досина, начальник отдела науки Министерства здравоохранения Республики Беларусь, канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории нейрофизиологии Института физиологии НАН Беларуси, секретарь ГЭС 9, ответственный секретарь журнала «Новости медико-биологических наук», г. Минск, Беларусь

PROGRAM

of the 18th International Medical Conference “PROBLEMS OF MEDICAL ETHICS IN THE CONTEMPORARY WORLD”

Registration of participants will take place on June 9, 2022 (Vitebsk Oblispolkom, 6 Gogol St., conference hall) from 09:30 to 10:00.

June 9, 2022

Plenary session.

10:00

Opening of the conference, welcoming the participants:

- Bishop Aleh Butkevich of the Vitebsk Diocese of the Roman-Catholic Church in the Republic of Belarus, Chairman of the Conference of Catholic Bishops in Belarus;
- Vladimir Tserentsyev, Chairman of the Vitebsk Oblast Council of Deputies;
- Vladimir Penin, Vice Chairman of the Vitebsk Oblast Executive Committee;
- Mikhail Vishnevetskiy, Head of the Health Care Department of the Vitebsk Oblast Executive Committee;
- Archbishop Ante Jozic, Apostolic Nuncio in the Republic of Belarus.

Presentations:

10:30

Margarita Dosina, Head of the Science Department of the Ministry of Health of the Republic of Belarus, Candidate of Biological Sciences, Leading Researcher of the Laboratory of Neurophysiology of the Institute of Physiology of the National Academy of Sciences of Belarus, Secretary of GES 9, Executive Secretary of the journal “News of Biomedical Sciences”, Minsk, Belarus

«Формирование приверженности пациентов к диспансерному наблюдению и лечению как метод профилактики ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь»

11:00

Валерия Сокольчик, руководитель Республиканского центра биоэтики, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, канд. филос. наук, г. Минск, Беларусь

«Уважение к пациенту — этическая основа поведения медицинских работников»

11:20

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

«Акушерки в профилактике антибиотикорезистентности в период пандемии COVID-19»

11:40

Владимир Цыркунов, д-р мед. наук, профессор кафедры инфекционных болезней ГрГМУ, главный редактор журнала «Гепатология и гастроэнтерология», главный внештатный инфекционист Гродненской области, Заслуженный деятель науки Республики Беларусь, г. Гродно, Беларусь

«Этика: ВИЧ, гепатиты, социальная справедливость»

12:00

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

«О влиянии алкоголя на течение коронавирусной инфекции в период пандемии COVID-19»

“Formation of patients’ adherence to dispensary observation and treatment as a method of preventing HIV infection in the Republic of Belarus”

11:00

Valeria Sokolchik, Head of the Republican Center for Bioethics, Associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare of the State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education», Candidate of Philosophical Sciences, Minsk, Belarus

“Respect for the patient is the ethical basis for the behavior of medical workers”

11:20

Tatiana Matveichik, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare of the State Educational Establishment «Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education», Minsk, Belarus

“Midwives in preventing antibiotic resistance during the COVID-19 pandemic”

11:40

Vladimir Tsyrukunov, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Infectious Diseases of the Grodno State Medical University, Editor-in-Chief of the journal «Hepatology and Gastroenterology»; Chief freelance Infectionist of the Grodno Oblast, Honored Scientist of the Republic of Belarus, Grodno, Belarus

“Ethics: HIV, hepatitis, social justice”

12:00

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

“The impact of alcohol on the course of coronavirus infection during the COVID-19 pandemic”

12:20

Валерий Булавкин, канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии с курсом ФПК и ПК УО «Витебский государственный Ордена Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«Опыт применения экстракорпоральной иммунотерапии ронколейкином пациентов с панкреатогенным сепсисом»

12:40

Александр Огороков, заслуженный врач Республики Беларусь, д-р мед. наук, профессор кафедры внутренних болезней и УЗД ФПК и ПК УО «Витебский государственный Ордена Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«Основы лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких и особенности ведения в условиях инфекции COVID-19»

13:00

Александр Денисенко, канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины УО «Витебский государственный Ордена Дружбы Народов медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

«К вопросу о посмертных морфологических изменениях внутренних органов у лиц, умерших от коронавирусной инфекции COVID-19»

13:20

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

«Социально-этические последствия длительной самоизоляции, обусловленной противозидемическими мерами по поводу COVID-19»

12:20

Valeriy Bulavkin, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Hospital Surgery with the course of Faculty for Advanced Studies and Retraining, State Educational Establishment "Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University", Vitebsk, Belarus

"Experience in the use of extracorporeal immunotherapy with roncoleukin of patients with pancreatogenic sepsis"

12:40

Alexander Okorokov, Honored Doctor of the Republic of Belarus, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Internal Diseases and Ultrasound of Faculty for Advanced Studies and Retraining, State Educational Establishment "Vitebsk State Order of Friendship of Peoples Medical University", Vitebsk, Belarus

"Fundamentals of treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease and features of management in conditions of COVID-19 infection"

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

"On the issue of post-mortem morphological changes in internal organs in persons who died from coronavirus infection COVID-19"

13:20

Ivan Zhiltsov, Doctor of Medical Sciences, Associate 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

"Socio-ethical consequences of long-term self-isolation due to anti-epidemic measures for COVID-19"

13:40

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

«Влияние пандемии COVID-19 на использование дистанционного обучения в зарубежных университетах»

14:00

О. Пётр Ашик SJ, профессор, ректор *Collegium Bobolanum* Католическая академия, г. Варшава, Польша

«Моральная сложность пандемии COVID-19»

14:20

Дискуссия.

Заключительное слово — епископ Олег Буткевич, ординарий Витебской епархии Римско-Католической Церкви в Республике Беларусь, председатель Конференции Католических Епископов в Беларуси.

В программе возможны изменения.

13:40

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 impact of the COVID-19 pandemic on the use of distance learning at foreign universities”

14:00

Fr. Piotr Aszyk SJ, professor, rector of *Collegium Bobolanum* Catholic Academy, Warsaw, Poland

“The Moral complexity of the COVID-19 pandemic”

14:20

Discussion.

Conclusion – Bishop Aleh Butkevich of the Vitebsk Diocese of the Roman-Catholic Church in the Republic of Belarus, Chairman of the Conference of Catholic Bishops in Belarus,

The program is subject to change.

Тезисы докладов
XVIII Международной
медицинской конференции

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

TREATMENT OF DEPRESSION BY GENERAL PRACTITIONERS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

*A. A. Kirpichenka, Ph. D.; A. G. Dzenisenka, Ph. D.; A. A. Buinou, M. D.;
V. S. Ogrizko, M. D.; E. V. Tsybulskaaya, M. D.*

Vitebsk State Medical University
Vitebsk (Belarus)

Today, more and more people are suffering from the consequences of the new coronavirus infection (COVID-19). Almost every fifth patient who has had a coronavirus infection has long-term symptoms for up to 3 months or longer. Postcoid syndrome is included in the International Classifier of Diseases (ICD-10), heading code U09.9 "Condition after COVID-19, unspecified".

Both physicians and patients are already well aware that post-covid syndrome always presents with psychiatric symptoms. And the most common of these symptoms are depression, anxiety, asthenia, and sleep disturbances.

In fairness, it should be clarified that both depressive and anxiety disorders were an urgent problem even in the "dock-like" times, when in Russia, for example, an increase in the sale of antidepressants of almost all groups was recorded.

It should be recalled that the main manifestations of depression are a decreased, depressed mood, loss of previous interests and the ability to get pleasure (anhedonia), as well as a decrease in activity, energy, ability to function. Additional symptoms are slow thinking, pessimistic assessment of the future, guilt or low self-es-

teem, thoughts of death, difficulty making decisions, sleep disturbance in the form of early morning awakenings, feeling of physical weakness, weakness, loss of appetite, weight loss, decreased libido, unpleasant sensations in the body for no apparent reason. A diagnosis of a depressive episode is when a patient has at least two of the main symptoms plus at least two of the additional symptoms for at least two weeks.

It is very important for us, healthcare professionals, to understand what is happening with this category of patients. And what happens is that most patients with, for example, depression have never gone to psychiatrists, do not go now and are not going to go to psychiatrists in the future. This is due to the fear of stigmatization by society (“everyone will think that I am abnormal”), self-stigmatization (“I am not crazy”), registration, taking psychotropic drugs (“I will become a plant”); the difficulties of passing medical commissions (driving, for employment, storage and possession of weapons, etc.) [1].

It is not uncommon for physicians of the somatic profile to also encounter obstacles to the organization of effective detection of borderline psychiatric pathology. First of all, this is a reluctance to delve into the issues of providing psychiatric care, which was motivated by the lack and lack of time during outpatient appointments, the heavy workload of providing assistance to patients with somatic diseases and the preparation of documentation, the lack of special training and knowledge in the field of mental health and psychopharmacotherapy.

Therefore, it is obvious that it is necessary not only for psychiatrists, but also for general practitioners to identify and treat non-psychotic mental disorders. After all, firstly, by law, general practitioners have recently been able to recognize and treat mild (so-called non-psychotic) mental disorders (Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus dated 02.03.2020 No. 13 Clinical Protocol “Diagnosis and treatment of patients with mental and behavioral disorders general practitioners”). Secondly, general practitioners are well aware that 20-25, and maybe 50% of their patients have so-called psychosomatic symptoms (latent depression, somatized anxiety, etc.). Indeed, according to the WHO, up

to 50% of the world population suffers from mental disorders at some point in their lives. Somatic standard therapy is ineffective in this case. First of all, treatment is required for the underlying mental disorder, and with it, somatic complaints go away with recovery. Thirdly, the provision of such assistance is quite realistic, despite the strict time regulations for admitting patients, and in the end, the correct recognition and treatment of such psychiatric disorders raises the prestige of a particular doctor and, logically, reduces the queues at the doctor's office. In most cases, the participation of a psychiatrist is not required.

Today, more and more general practitioners begin or continue to identify depression in their patients, conduct psychoeducational conversations and, necessarily with the patient's consent, prescribe adequate and appropriate psychopharmacotherapy. For the treatment of depression, antidepressants are used primarily throughout the world. Treatment with antidepressants is primarily within the competence of a psychiatrist or a psychotherapist. However, treatment can also be started by a general practitioner. There are many antidepressants of various groups, they have some differences, but a general practitioner can determine without much difficulty what antidepressant is needed for a particular patient right at the reception. Depression should only be treated with drugs that have proven to be highly effective (eg, mirtazapine, escitalopram, venlafaxine, and sertraline).

The above drugs are currently in the arsenal of a general practitioner, and their effectiveness has been proven in a comparative study conducted in 2009 and published in *The Lancet*, where mirtazapine, escitalopram, venlafaxine and sertraline were recognized as the most effective among 12 modern antidepressants [2].

In conclusion, it should be noted that the timely detection and correct treatment of depression by general practitioners benefits patients, increases the prestige of the doctor and significantly reduces the negative economic consequences of mood disorders.

References

1. Kirpichenka, A. A. Screening of anxiety and depression in general medical practice: current state of the art / A. A. Kirpichenko, A. N. Baryshev // *Bulletin of*

the Vitebsk State Medical University. — 2020. — Т. 19, No. 5. — С. 8–16. — Bibliography: p. 13–16 (30 titles). — Electron. version publ. — Access mode: <https://www.vsmu.by/informatsiya-o-fakultete/58-persons/1503-kirpichenko-andrej-aleksandrovich.html>

2. Andrea Cipriani, Toshiaki A Furukawa, Georgia Salanti, and other. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis (англ.) // The Lancet. — Elsevier, 2009. — 29 January.

К ВОПРОСУ О ПОСМЕРТНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЛИЦ, УМЕРШИХ ОТ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

А. Г. Денисенко, канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины с курсом ФПК и ПК

А. А. Буйнов, старший преподаватель кафедры патологической анатомии и судебной медицины с курсом ФПК и ПК

В. С. Огризко, старший преподаватель кафедры патологической анатомии и судебной медицины с курсом ФПК и ПК

А. А. Кирпиченко, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии

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

Всемирная организация здравоохранения в марте 2020 года объявила COVID-19 глобальной пандемией. Однако патогенез и патоморфология коронавирусной инфекции с поражением внутренних органов ещё недостаточно изучены. Результаты аутопсии имеют большое значение для лучшего понимания того, как эта инфекция влияет на организм человека.

Учитывая изложенное выше, мы поставили перед собой цель на основе литературных данных выявить особенности патоморфологических изменений в организме человека при коронавирусной инфекции.

Проведённый анализ литературных источников показал, что одной из особенностей вирусной инфекции COVID-19 яв-

ляется развитие наиболее тяжёлых форм у лиц в возрасте старше 65 лет, которые также часто имеют и другие хронические заболевания. Патологические изменения в организме, вызванные коронавирусной инфекцией, многообразны и затрагивают не только лёгкие, но и многие другие внутренние органы с возможным развитием их системного поражения [1].

На аутопсии головного мозга при COVID-19 обнаруживаются диффузные гипоксические и очаговые, разной величины ишемические повреждения (вплоть до развития инфарктов), микроангиопатия, васкулиты, диапедезные и сливные кровоизлияния, иногда прогрессирующие до геморрагических инфарктов и, реже, гематом [3].

Для миокарда характерны диффузные гипоксические, метаболические и разной величины ишемические повреждения, реже — микроангиопатия, петехиальные и сливные кровоизлияния. При тромбозах коронарных артерий (в отсутствие атеросклеротического поражения) у части умерших развивались мелкоочаговые, реже — трансмуральные инфаркты миокарда, что при выявлении микроскопической картины вирусного повреждения стенки венечной артерии, следует расценивать как проявление или осложнение COVID-19.

Основным морфологическим проявлением в лёгких является диффузное альвеолярное повреждение в сочетании с вовлечением в патологический процесс сосудистого русла лёгких и альвеолярно-геморрагическим синдромом. На аутопсии лёгкие увеличены в объёме и массе, а в их передних отделах наблюдается острое вздутие. Лёгочная ткань диффузно уплотнена и практически безвоздушна, с поверхности характерного «лакового» вида, на разрезе темно-вишнёвого или красно-бурого цвета, с участками ателектазов (дистелектазов), часто обширными сливными кровоизлияниями и нередко геморрагическими инфарктами. Также характерны множественные пристеночные и обтурирующие тромбы ветвей лёгочных артерий и вен разного калибра. На плевре могут обнаруживаться наложения фибрина. При присоединении бактериальной суперинфекции развивается фибринозно-гнойный плеврит [2].

В печени выявлялась жировая дистрофия разной степени выраженности. Характерны очаговые кровоизлияния и в отдельных случаях лимфоидная инфильтрация портальных трактов, сходная с реактивным межлочечковым гепатитом.

При исследовании почек были выявлены гипоксические, метаболические и ишемические повреждения — субстрат нередко наблюдающегося синдрома острой почечной недостаточности с некрозом эпителия извитых канальцев. Наблюдались ишемические инфаркты, вследствие тромбозов артерий почек разного калибра.

Селезёнка была в разной степени гиперплазирована, полнокровна, давала умеренный соскоб на срезе, встречались её инфаркты и тромбы в сосудах.

Патология желудочно-кишечного тракта представляет большой интерес в связи с сообщениями о кишечных клинических проявлениях COVID-19 и развитии катарального гастроэнтероколита. Однако изучение изменений слизистой оболочки затруднено посмертным аутолизом, и характер патологических изменений желудочно-кишечного тракта остаётся пока недостаточно изученным [4].

Таким образом, можно заключить, что патоморфологические изменения, возникающие при инфекции COVID-19, носят разнообразный характер, затрагивают различные органы и ткани, что свидетельствует о системном характере поражения.

Понимание особенностей характера и сути этих изменений способствует разработке перспективных направлений в диагностике и лечении данной коронавирусной инфекции.

Литература:

1. Коган, Е. А. Патологическая анатомия инфекции, вызванной SARS-COV-2 / Е. А. Коган [и др.] // Судебная медицина. — 2020. — Т. 6, № 2. — С. 8-24.
2. Ковалев, А. А. Исследование умерших с подозрением на коронавирусную инфекцию (COVID-19): Временные методические рекомендации / А. А. Ковалев [и др.] // М., — 2020. — 65с.
3. Зайратьянц, О.В. Патологическая анатомия COVID-19: Атлас /О.В. Зайратьянц [и др.] // М., ГБУ «НИИ ОЗММ — 2020. — 140с.
4. Maiese, A. Autopsy findings in COVID-19-related deaths: a literature review / A. Maiese [end all] // Forensic Science, Medicine and Pathology. — 2021. — Vol. 17. — P. 279-296.

ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИИ COVID-19

*А. Н. Окорочков, заслуженный врач Республики Беларусь,
профессор кафедры внутренних болезней и УЗД ФПК и ПК
УО «Витебский государственный Ордена Дружбы Народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

Определение, распространенность, актуальность и коморбидность ХОБЛ

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) — хроническое воспалительное бронхопульмональное заболевание, характеризующееся персистирующими респираторными симптомами и ограничением скорости воздушного потока в связи с обструкцией бронхов (нарушением бронхиальной проходимости), развитием эмфиземы лёгких, обусловленное чаще всего значительным воздействием вредных частиц или газов, и связанное с внутренними факторами, включая аномальное развитие лёгких.

ХОБЛ — одна из ведущих причин болезненности и смертности во всем мире. Распространённость ХОБЛ среди людей в возрасте ≥ 30 лет составляет 11,7%, в 2016 г. в мире было зарегистрировано около 251 млн. случаев этого заболевания (данные Исследования глобального бремени болезни) [1]. Ежегодно в мире около 3 млн. человек умирает от ХОБЛ. Распространённость ХОБЛ среди населения Земли продолжает увеличиваться, предполагается, что к 2030 г. в мире около 4,5 млн. человек умрёт от ХОБЛ и связанных с этим заболеванием осложнений, и ХОБЛ станет 3-ей причиной смерти после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Актуальность ХОБЛ усугубляется также выраженной коморбидностью при этом заболевании. Чрезвычайно характерно сочетание ХОБЛ и сердечно-сосудистых заболеваний. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) наблюдается у 64% пациентов с ХОБЛ, артериальная гипертензия (АГ) — у 78%, нарушения

сердечного ритма — у 80% пациентов. ХОБЛ, независимо от других факторов риска, в 2-3 раза увеличивает вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний [2]. Наиболее частой причиной смерти при сочетании ХОБЛ и ИБС являются жизнеугрожающие желудочковые аритмии [3]. Распространенность систолической или диастолической сердечной недостаточности у пациентов с ХОБЛ колеблется от 20% до 70% и в целом в 4 раза выше, чем в популяции у лиц старше 65 лет [4].

У молодых пациентов с ХОБЛ риска ИМ возрастает в 12 раз [5]. У пациентов с ХОБЛ значительно чаще наблюдается выраженный атеросклероз периферических артерий.

Остеопороз наблюдается у 50% пациентов с ХОБЛ и ассоциируется с эмфиземой лёгких, низким индексом массы тела и малым количеством жировой ткани, плохим прогнозом. Причины остеопении и остеопороза при ХОБЛ: системное воспаление, гиподинамия, курение, снижение уровня половых гормонов, гиперкапния, снижение массы тела. Связь между ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) и переломами была доказана в фармако-эпидемиологических исследованиях. Системные глюкокортикостероиды (ГКС) значительно увеличивают риск остеопороза и должны применяться при обострениях ХОБЛ по возможности короткими курсами.

Установлена взаимосвязь между ХОБЛ и раком лёгкого. Пожилой возраст и большой стаж курения повышает риск развития рака лёгкого.

Метаболический синдром и сахарный диабет 2-го типа часто встречаются у пациентов с ХОБЛ и ухудшают прогноз.

Нередко у пациентов с ХОБЛ имеется гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, которая является независимым фактором риска обострений и ухудшает состояние здоровья.

Довольно часто у пациентов с ХОБЛ наблюдается синдром обструктивного апноэ во сне, который значительно ухудшает жизненный прогноз. Во время сна у пациентов с ХОБЛ и обструктивным апноэ сна (ОАС) чаще наблюдаются продолжительные эпизоды снижения насыщения крови кислородом, гиперкапнии, и жизнеугрожающие аритмии сердца и более часто лёгочная гипертензия по сравнению с ХОБЛ без сочетания с ОАС.

Тревога и депрессия наблюдаются у 35–42% пациентов с ХОБЛ (Walsh J. W., Thomanson B. M., 2006) и ассоциируются с плохим прогнозом, более молодым возрастом, курением, женским полом, низким ОФВ₁, наличием кардиоваскулярных заболеваний.

Около 37–43% мужчин с ХОБЛ страдают эректильной дисфункцией, что усугубляет депрессию и течение сопутствующих кардиологических заболеваний.

По данным А. Chambellan и соавт. [6], анемия при ХОБЛ встречается в 12,6% среди мужчин и в 8,2% среди женщин, а доля больных с полицитемией составляет 8,4%. Анемия у пациентов с ХОБЛ относится к анемии хронических заболеваний, основной её причиной является системное воспаление, интоксикация. Анемия негативно влияет на жизненный прогноз пациентов с ХОБЛ.

Этиологические факторы и факторы риска развития ХОБЛ

Курение (активное и пассивное) — важнейший и наиболее изученный фактор риска ХОБЛ (90% больных ХОБЛ курят). Доказано также неблагоприятное влияние пассивного курения на лёгкие у детей и у взрослых. Под влиянием курения и постоянного раздражения слизистой оболочки бронхов происходит перестройка их секреторного аппарата, наблюдается гиперкриния и дискриния (избыточная секреция мокроты и изменение её свойств — она становится вязкой, густой, трудно откашливается), нарушается функция мерцательного эпителия, развивается хронический воспалительный процесс с обструкцией бронхов. У курильщиков наблюдается высокая частота респираторных симптомов и расстройств лёгочной функции, ускоренное ежегодное снижение объёма форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ₁) и повышенная смертность от ХОБЛ по сравнению с некурящими. Об интенсивности курения можно судить по индексу курильщика (количество выкуриваемых сигарет в день надо умножить на стаж курения (годы) и разделить полученное произведение на 20). Индекс курильщика (курения) > 10 является достоверным фактором риска развития ХОБЛ.

По данным массовых средств печати в Республике Беларусь курят 45% взрослого населения. Доля курящих мужчин — 65%, доля курящих женщин — 32%, доля курящих подростков — 45% среди мальчиков, 37% среди девочек. Средний возраст первой затяжки — 10 лет. 60% курящих обретают зависимость в возрасте до 25 лет.

*Профессиональные и экологические факторы —
вторая по значимости группа причин развития ХОБЛ*

Распространёнными и опасными поллютантами окружающей среды являются продукты сгорания топлива (диоксид серы, азота и углерода, свинец, угарный газ, бензопирен), выхлопные газы автомобилей, промышленные отходы (чёрная сажа, различные виды дыма, формальдегид и пр.), частицы почвенной и строительной пыли, попадающие в воздух в большом количестве при выполнении строительных, монтажных, ремонтных работ. Неблагоприятные метеоусловия (туман, выпадение осадков, низкие и высокие температуры воздуха, уменьшение скорости ветра) усиливают токсическое влияние аэрозолей на дыхательные пути.

Доля пациентов с ХОБЛ, обусловленной профессиональной деятельностью, составляет 19,2% среди всех обследованных и 31,1% среди никогда не куривших лиц (исследование *National Health and Nutrition Examination Survey*, США 2002 [7]).

Высокий уровень загрязнения городского воздуха способствует развитию и прогрессированию ХОБЛ.

Плохая экология жилища (загрязнение домашнего воздуха) — играет важную роль в развитии ХОБЛ. Речь идёт о накоплении в воздухе квартир и жилых домов диоксида азота, различных продуктов сгорания органического топлива, высокой влажности и гари от приготовления пищи при отсутствии адекватной вентиляции в жилых помещениях.

Генетическая предрасположенность к ХОБЛ

Наиболее документированным генетическим фактором риска является тяжёлый наследственный дефицит α 1-антитрипсина — основного ингибитора протеолитических ферментов сериновых протеаз в системном кровотоке и главного

ингибитора эластазы нейтрофилов (встречается менее чем в 1% больных ХОБЛ, особенно при выраженной эмфиземе). Этот дефект способствует развитию ХОБЛ, эмфиземы лёгких, бронхоэктазов.

С нарушением функции лёгких может быть также связан дефект гена MMR12, кодирующего матриксную металлопротеиназу и глутатион-S-трансферазу.

Возможна роль гена α -никотин-ацетихолинового рецептора, а также некоторых других генов.

У курящих братьев или сестёр, больных тяжелой ХОБЛ, характерен значительный семейный риск развития ограничения скорости воздушного потока.

Возраст и пол, как факторы риска развития ХОБЛ

Возраст часто относят к факторам риска развития ХОБЛ, известно, что по мере старения снижается объем форсированного выдоха за 1 сек., причём у курящих более значительно по сравнению с некурящими.

Для мужчин характерна более высокая распространённость ХОБЛ и смертность от этого заболевания. Однако в последние годы распространённость ХОБЛ стала почти одинакова среди женщин и среди мужчин, что, вероятно, связано с тем, что женщины курят так же много, как и мужчины. Кроме того, женщины более чувствительны к воздействию табачного дыма, чем мужчины.

Роль роста и размеров лёгких

Рост лёгких зависит от различных процессов, происходящих во время беременности и родов, а также от воздействия различных веществ на организм детей и подростков. Любой фактор, оказывающий неблагоприятное влияние на рост лёгких во время внутриутробного развития и в детском возрасте и вызывающий недостаточное развитие лёгких, может увеличивать индивидуальный риск развития ХОБЛ. Подтверждена положительная корреляция между массой тела ребёнка при рождении и ОФВ1 во взрослом возрасте (Lawlor DA, Ebrahim S, Davey Smith G. Association of birth weight with adult lung function: findings from the British Women's Heart and Health Study and a meta-analysis. Thorax 2005; 60(10): 851-8).

Факторы неблагоприятного развития в детском возрасте, в частности, перенесённые респираторные инфекции оказывают такое же влияние на функцию легких во взрослом возрасте, как и курение.

Инфекции

Перенесённые тяжёлые респираторные инфекции ассоциируются со снижением лёгочной функции и увеличением респираторных симптомов у взрослых. Перенесённые инфекции также провоцируют обострение ХОБЛ, носительство синегнойной палочки способствует частой госпитализации пациентов по поводу тяжёлого обострения ХОБЛ и является важным фактором риска летального исхода. Перенесённый туберкулёз лёгких предрасполагает к развитию ХОБЛ, а заражение ВИЧ обуславливает более раннее формирование эмфиземы лёгких, связанной с курением.

Социально-экономический статус

В GOLD (2021 г.) указывается, что бедность является фактором риска развития ХОБЛ. Риск развития ХОБЛ находится в обратной зависимости от социально-экономического статуса. В определённой мере это обусловлено загрязнением воздуха внутри помещений и атмосферного воздуха, скученностью людей, плохим питанием, инфекционными заболеваниями либо с другими факторами, которые определяются низким социально-экономическим статусом. Сильное загрязнение воздуха в жилых помещениях связано с использованием органического топлива — древесины и навоза. Такое топливо используется в странах с низким уровнем развития. Население таких стран в мире составляет около 3 млрд. человек.

Хронический бронхит, бронхиальная астма, гиперреактивность бронхов

Наличие хронического бронхита, особенно у молодых курящих людей увеличивает вероятность развития ХОБЛ.

БА может являться фактором риска развития ХОБЛ. В Тусонском эпидемиологическом исследовании (Silva G.E., 2004) у взрослых пациентов БА риск развития ХОБЛ был в 12 раз выше, чем у лиц без БА (при анализе данных учитывали статус курения) [8].

Оценка заболевания

Перед тем, как приступить к лечению пациента с ХОБЛ, необходимо произвести оценку заболевания, которая включает:

- определение степени тяжести ХОБЛ;
- оценку качества жизни (САТ-тест) и выраженности одышки (шкала mMRC);
- определение риска будущих неблагоприятных событий (частота обострений, госпитализаций);
- определение клинической группы ХОБЛ (А, В, С, D);
- оценку коморбидности.

Степень тяжести ХОБЛ (степень ограничения скорости воздушного потока) классифицируется в зависимости от величины ОФВ₁ (объема форсированного выдоха за 1-ую секунду) — таблица 1.

Таблица 1 — Классификация степени тяжести ХОБЛ

Пациенты с ХОБЛ [с постбронходилатационным показателем ОФВ ₁ /ФЖЕЛ <		
GOLD1	Легкая степень тяжести ХОБЛ	ОФВ ₁ > 80%
GOLD2	Средняя степень тяжести ХОБЛ	50% ≤ ОФВ ₁ < 80% от должного
GOLD3	Тяжелая степень ХОБЛ	30% ≤ ОФВ ₁ < 50% от должного
GOLD4	Крайне тяжелая степень ХОБЛ	ОФВ ₁ < 30% от должного

Таблица 2 — Шкала одышки mMRC (Medical Research Council — Британский медицинский исследовательский совет)

Модифицированная шкала одышки mMRC	
Выберите только один раздел и отметьте только один квадратик	
mMRC, степень 0 Я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке	<input type="checkbox"/>
mMRC, степень 1 Я задыхаюсь, когда быстро иду по ровной местности или поднимаюсь по пологому холму	<input type="checkbox"/>

mMRC, степень 2 Из-за одышки я хожу медленнее по ровной местности, чем люди того же возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе	<input type="checkbox"/>
mMRC, степень 3 Я задыхаюсь после того, как пройду примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности	<input type="checkbox"/>
mMRC, степень 4 У меня слишком сильная одышка, чтобы выйти из дому, или я задыхаюсь, когда одеваюсь или раздеваюсь	<input type="checkbox"/>

Оценка качества жизни

Для оценки качества жизни пациентов с ХОБЛ создан CAT-тест (COPD Assessment Test) под руководством P.W. Jones, профессора пульмонологии Университета святого Георгия (Лондон). Тест оценки ХОБЛ (CAT) позволяет оценить влияние ХОБЛ на повседневную жизнь и здоровье пациента. Количество баллов при выполнении теста находится в диапазоне от 0 до 40.

Таблица 3 — Оценочный тест по ХОБЛ (CAT-тест)

(Пациенту предлагается в каждом пункте поставить отметку в квадратике, наиболее точно отражающую его самочувствие в настоящий момент.)

Я никогда не кашляю	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Я постоянно кашляю	балл <input type="checkbox"/>
У меня в лёгких совсем нет мокроты (слизи)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Мои лёгкие наполнены мокротой (слизью)	балл <input type="checkbox"/>
У меня совсем нет ощущения сдавления в грудной клетке	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	У меня очень сильное ощущение сдавления в грудной клетке	балл <input type="checkbox"/>
Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на 1 лестничный пролет, у меня нет одышки	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Когда я иду в гору или поднимаюсь вверх на 1 лестничный пролет, у меня возникает сильная одышка	балл <input type="checkbox"/>

Моя повседневная деятельность в пределах дома не ограничена	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Моя повседневная деятельность в пределах дома очень ограничена	балл <input type="checkbox"/>
Несмотря на мое заболевание лёгких, я чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Из-за моего заболевания лёгких я совсем не чувствую себя уверенно, когда выхожу из дома	балл <input type="checkbox"/>
Я сплю очень хорошо	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Из-за моего заболевания лёгких я сплю очень плохо	балл <input type="checkbox"/>
У меня много энергии	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	У меня совсем нет энергии	балл <input type="checkbox"/>
Суммарный балл			<input type="text"/>

Сумма баллов указывает, насколько ХОБЛ влияет на качество жизни больного: 0-10 баллов — незначительное влияние; 11-20 — умеренное; 21-30 — выраженное; 31-40 — очень серьёзное.

Оценка риска обострений

Обострение ХОБЛ — острое событие, характеризующееся ухудшением респираторных симптомов, выходящим за границы их обычных ежедневных вариаций, и требующее изменения терапии.

Прогностическим признаком частых обострений (2 или более в год) является история предыдущих обострений. При наличии у пациента в предыдущем году даже одного обострения, приведшего к госпитализации (то есть тяжёлого обострения), пациента необходимо относить к группе высокого риска.

Ухудшение показателя ограничения воздушного потока ассоциируется с повышенной частотой обострений и риском смерти. При ХОБЛ2 (умеренное ограничение скорости воздушного потока) не более 20% пациентов могут испытывать частые

обострения, требующие лечения антибиотиками и/или системными ГКС. При ХОБЛ3 (тяжёлая степень) и ХОБЛ4 (крайне тяжёлая степень) риск обострений значительно возрастает.

Обострения способствуют снижению функции лёгких, ухудшению состояния здоровья и увеличению риска смерти.

Определение клинической группы пациента с ХОБЛ

Таблица 4 — характеристика групп А, В, С, D пациентов с ХОБЛ.

Категория пациентов	Характеристика	Число обострений в год	Оценка по шкалам	
			CAT	mMRC
A	Низкий риск, низкий индекс симптомов	0 или 1 обострение, не приведшее к госпитализации	<	0-1
B	Низкий риск, высокий индекс симптомов	0 или 1 обострение, не приведшее к госпитализации	≥ 10	≥ 2
C	Высокий риск, низкий индекс симптомов	≥2 или ≥ 1 обострений, приведших к госпитализации	< 10	0-1
D	Высокий риск, высокий индекс симптомов	≥2 или ≥ 1 обострений, приведших к госпитализации	≥ 10	≥ 2

Лечение пациентов с ХОБЛ

Согласно документу GOLD (2021г.)[9] основными целями лечения ХОБЛ являются следующие: снижение выраженности симптомов (облегчение симптомов; улучшение переносимости физической нагрузки; улучшение состояния здоровья); снижение риска (предотвращение прогрессирования ХОБЛ; предотвращение и купирование обострения; снижение смертности).

Основные направления лечения ХОБЛ представлены следующим образом:

- I. Снижение влияния факторов риска.
- II. Образовательные программы.
- III. Лечение ХОБЛ при стабильном состоянии (фаза контролируемого или стабильного течения ХОБЛ).
- IV. Лечение обострения заболевания (фаза неконтролируемого течения ХОБЛ).

Методы лечения ХОБЛ

- A. Лекарственное лечение.
- Б. Нефармакологическое лечение (отказ от курения, обязательная физическая активность, вакцинация).
- В. Лечение коморбидных состояний.
- Г. Кислородная терапия и хирургическое вмешательство при ХОБЛ (по определённым показаниям).

Лекарственное лечение ХОБЛ

Фармакологическая терапия играет огромную роль, так как может уменьшить симптомы, а также риск и тяжесть обострений.

Базисная фармакотерапия ХОБЛ включает следующие группы лекарственных препаратов:

- кратко и длительно действующие β_2 -агонисты (ДБА, ДДБА);
- длительно действующие холиноблокаторы (ДДХБ) — антагонисты мускариновых холинорецепторов;
- комбинированные в одном ингаляторе ДДБА/ДДХБ;
- комбинированные препараты ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) и ДДБА;
- тройная комбинированная терапия (ДДХБ+ДДБА+ИГКС);
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС);
- системные глюкокортикостероиды;
- метилксантины;
- ингибиторы фосфодиэстеразы 4 типа (ИФДЭ-4).

Лекарственные препараты для лечения ХОБЛ представлены в таблице 5.

**Таблица 5 — Лекарственные средства
для лечения ХОБЛ (GOLD, 2021) и формы их выпуска.**

Препарат	Ингалятор, мкг в 1 вдохе	Р-р для небулайзе- ра мг/мл	Для приёма внутри	Ампулы для инъ- екций, мг	Длитель- ность действия, час
β2-агонисты короткодействующие					
Фенотерол	100-200 (ДАИ)	1	0,05%(сироп) 2,5мг (табл.)		4-6
Левалбуте- рол	45-90 (ДАИ)	0,1; 0,21; 0,25; 0,42			6-8
Салбутамол (албутерол)	90,100,200 (ДАИ, ПИ)	1; 2; 2.5; 5 мг/мл	2, 4, 5мг (табл.) 8 мг (табл. медл. высвобожде- ния) 0,024%/0,4 мг (сироп)	0,1; 0,5мг	4-6 (12-замед- ленного высвобож- дения)
Тербуталин	500 (ПИ)		2,5; 5 мг (табл.)	0,2; 0,25; 1мг	4-6
β2-агонисты длительнодействующие					
Арформоте- рол		0,0075			12
Формотерол	4,5; 9 (ПИ)	0,01 (фор- тикс)			12
Индакате- рол	75; 300 (ДАИ)				24
Олодатерол	2,5; 5; (МТ)				24
Салметерол	25; 50 (ДАИ; ПИ)				12
Антихоленергические препараты короткодействующие					
Ипратропия бромид	20; 40 (ДАИ)	0,2			6-8

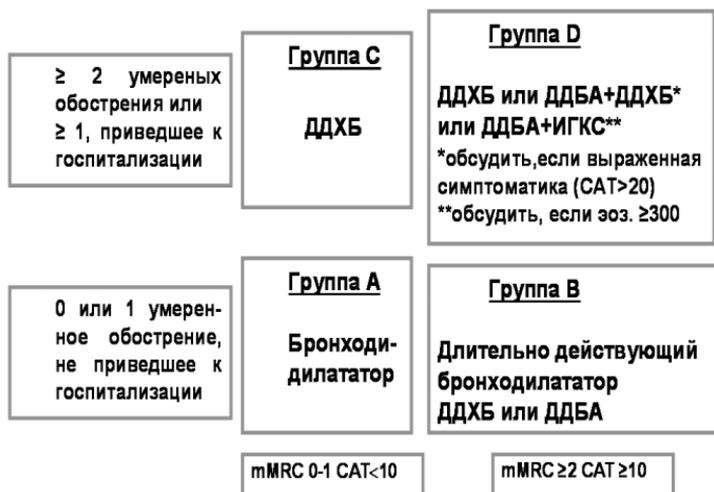
Окситропия бромид	100 (ДАИ)				7-9
Антихолинергические препараты длительнодействующие					
Гликопиррония бромид	50 (ПИ)				12-24
Аclidиния бромид	400 (ДАИ) 400 (ПИ)				12
Умеклидиний	62,5 (ПИ)				24
Тиотропий	18 (ПИ) 2,5-5 (МТ)				24
Гликопирролат					24
Ревафенацин (небулайзер)					24
Комбинация короткодействующего β 2-агониста и антихолинергического препарата в одном ингаляторе					
Фенотерол/Ипратропий	50/20 (МТ)	1,25/0,5 в 4 мл			6-8
Салбутамол/Ипратропий	100/200 (МТ) 75/15 (ДАИ)	0,5; 2,5 мг в 3 мл			6-8
Комбинация длительнодействующего β2-агониста и длительнодействующего антихолинергического препарата в одном ингаляторе					
Формотерол/ аклидиниум	12/400 (ПИ)				12
Формотерол/ Гликопирроний	9,6/14,4 (ДАИ)				12

Индакатерол/ Гликопирроний	27, 5/15, 6 110/50 (ПИ)				12-24
Вилантерол/ Умеклидинум	25/62,5 (ПИ)				24
Олодатерол/ тиотропиум	5/5 (МТ)				24
Метилксантины					
Аминофиллин			150-450 мг в табл. (сут. доза)	2,4% 5-10 мл амп. в/в	Варьиру- ет до 24 часов
Теofilлин медленного высвобо- ждения			100-600 мг (сут. доза), таблетки	250, 400, 500 мг	Варьиру- ет до 24 часов
Ингибитор фосфодиэстеразы 4-го типа					
Рофлумиласт			500 мг табл.		24 часа
Комбинация длительно действующего β2-агониста и ИГКС в одном ингаляторе					
Формотерол/ Беклометазон	6/100 (ДАИ, ПИ)				12
Формотерол/ Будесонид	4,5/160 (ДАИ); 4,5/80 (ДАИ); 9/320 (ПИ); 9/160 (ПИ)				12
Формотерол/ Мометазон	10/200 (ПИ); 10/400 (ДАИ)				12
Салметерол/ Флутиказона пропионат	50/100, 250, 500 (ПИ); 25/50, 125, 250 (ДАИ)				12

Вилантерол/ Флутиказона фураат	25/100 (ПИ)				24
Тройная комбинация ИГКС, длительнодействующего β2-агониста и длительно действующего антихолинергического препарата в одном ингаляторе					
Флутиказон/ вилантерол/ умеклиди- ний	100/25/62,5 мкг 1 раз в сутки (ДПИ)				24
Бекломета- зон/формо- терол/ гликопир- роний (препарат Тримбоу)	100/6/12,5 мкг 2 раза в стуки (ДАИ)				12
Будесонид/ Формоте- рол/ глико- пиролат	ПИ				12
Муколитические средства					
Эрдостеин			Капсулы 150 мг, 300 мг, 2 раза в день		12
Карбоци- стеин			Капсулы 375 мг по 2 капсулы 3 раза в день		
N-ацетил- цистеин			Табл. 600 мг, 1 табл. в день в ½ ста- кана воды		
Примечания: ДАИ-дозированный аэрозольный ингалятор; ПИ-порошковый ингалятор; МТ-ингалятор мягкого тумана					

Фармакологическое лечение стабильной ХОБЛ

Рисунок 1 — Начальное фармакологическое лечение стабильной ХОБЛ в зависимости от клинической группы пациента согласно GOLD 2021 (Global Strategy for Diagnosis and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2021).



Примечание: ДДХБ-длительно действующий холиноблокатор, ДДБА-длительно действующий $\beta 2$ -агонист, ИГКС-ингаляционный глюкокортикостероид; эоз — эозинофилы в периферической крови (количество клеток в 1 мкл).

Лечение стабильной ХОБЛ — группа А

Всем пациентам группы А должно быть предложено лечение бронходилататором короткого или длительного действия, основанное на его влиянии на одышку. У пациентов со спорадической одышкой может быть рекомендован препарат короткого действия, у остальных — препарат длительного действия; лечение избранным бронходилататором следует продолжать в том случае, если он вызывает улучшение, т.е. доказана его эффективность.

Лечение стабильной ХОБЛ — группа В

Начальная терапия должна состоять из бронходилататора длительного действия (ДДВА или ДДХБ). Ингаляционные

бронходилататоры пролонгированного действия превосходят бронходилататоры короткого действия, принимаемые по мере необходимости, т.е. в зависимости от обстоятельств — *pro re nata*. Нет доказательств по преимущественным рекомендациям одного класса продлённых бронходилататоров по сравнению с другим для начального облегчения симптомов в этой группе пациентов. У каждого пациента выбор должен зависеть от восприятия пациентом облегчения симптомов. Для пациентов с тяжёлой одышкой может рассматриваться начальная терапия двумя бронходилататорами. Пациенты группы В могут иметь сопутствующие заболевания, которые могут усиливать их симптоматику и влиять на их прогноз, и эти возможности следует изучить.

Лечение стабильной ХОБЛ — группа С

Начальная терапия должна состоять из одного бронходилататора длительного действия. В двух сравнительных исследованиях ДДХБ превосходили ДДБА в отношении профилактики обострений, поэтому рекомендуется начать терапию с ДДХБ в этой группе.

Лечение стабильной ХОБЛ — группа D

Терапию можно начинать с ДДХБ, так как они влияют как на одышку, так и на обострения.

Для пациентов с более тяжёлыми симптомами (CAT ≥ 20), особенно обусловленными усилением одышки и/или ограничением физических нагрузок, комбинация ДДХБ+ДДБА может быть выбрана в качестве начального лечения, что более эффективно (доказано сравнительными исследованиями). Преимущество ДДХБ+ДДБА по сравнению с ДДХБ для предотвращения обострений не было продемонстрировано.

У некоторых пациентов первоначальная терапия ДДБА+ИГКС может быть первым выбором. Это лечение имеет наибольшую вероятность снижения обострений у пациентов с количеством эозинофилов в крови ≥ 300 клеток/мкл.

Терапия ДДБА+ ИГКС также может быть первым выбором у пациентов с ХОБЛ с бронхиальной астмой в анамнезе.

ИГКС-терапия может вызывать побочные эффекты, такие как пневмония, поэтому эта терапия должна использоваться как

начальная только после того, как будут рассмотрены возможные клинические преимущества и риски.

В настоящее время Европейское агентство лекарственных средств одобрило новый препарат для лечения ХОБЛ *Тримбоу* — это комбинация трёх действующих агентов: ингаляционного кортикостероида (ИГКС), β_2 -агониста длительного действия (ДДБА), блокатора мускариновых рецепторов длительного действия — длительно действующего холиноблокатора (ДДХБ). В состав препарата входят ИГКС беклометазона дипропионат, ДДБА формотерола фумарат и ДДХБ гликопиррония бромид. Препарат *Тримбоу* применяется в виде ультрадисперсной лекарственной формы в фиксированной дозе 2 раза в день с помощью аэрозольного дозируемого ингалятора.

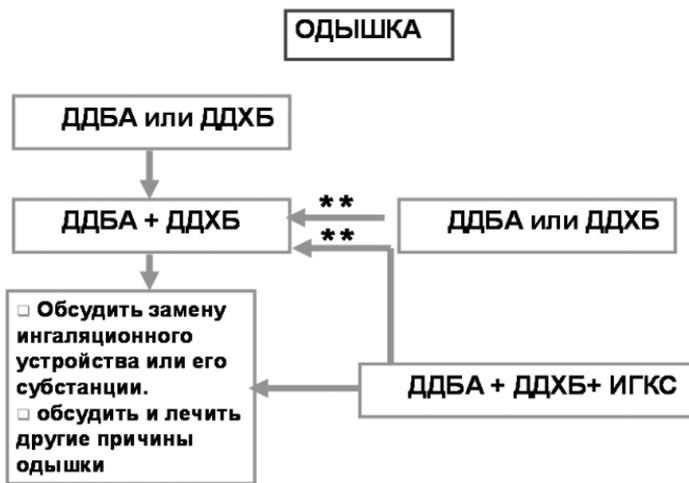
Препарат *Тримбоу* — первый одобренный к применению препарат с тройной фиксированной комбинацией действующих агентов для лечения пациентов с ХОБЛ. *Тримбоу* рекомендован для лечения пациентов с ХОБЛ, у которых не получен достаточный терапевтический эффект при применении комбинированной терапии, включающей ингаляционный кортикостероид (ИКС) и β_2 -агонист длительного действия (БАДД). *Тримбоу* особенно целесообразен для лечения пациентов с ХОБЛ, которые относятся к группе D. Эффективность препарата *Тримбоу*, в том числе и способность снижать частоту обострений, детально изучена и доказана в исследовании TRILOGY [Singh D. et al. Single inhaler triple therapy versus inhaled corticosteroid plus long-acting β_2 agonist for chronic obstructive pulmonary disease (TRILOGY) Accepted (2016) LANCET-D-16— 04974R1, S0140-6736(16)31354-X].

Последующее фармакологическое лечение (GOLD, 2021)

Отдельный алгоритм предусмотрен для ПОСЛЕДУЮЩЕГО лечения пациентов с ХОБЛ в зависимости от выраженности одышки. Это лечение по-прежнему основано на симптомах и обострениях, но рекомендации не зависят от группы GOLD пациента при постановке диагноза. Эти последующие рекомендации призваны облегчить ведение пациентов, получаю-

сих поддерживающее лечение, либо в начале после первоначального лечения, либо после нескольких лет наблюдения.

Рисунок 2 — Алгоритм ведения пациентов с ХОБЛ с одышкой (GOLD, 2020, 2021).



**** обсудить дезэскалацию ИГКС при наличии пневмонии, неубедительных показаниях или отсутствии эффекта ИГКС**

Для пациентов с постоянной одышкой или ограничением физических нагрузок при длительной монотерапии бронходилататорами рекомендуется использовать два бронходилататора. Если добавление второго бронходилататора длительного действия не улучшает симптомы, то лечение можно снова перевести на монотерапию, также рассмотреть замену ингаляционного устройства или его субстанции.

Для пациентов с постоянной одышкой или ограничением физических нагрузок при лечении ДДБА/ИГКС можно добавить ДДХБ для перехода к тройной терапии.

В качестве альтернативы следует рассмотреть возможность перехода с ДДБА/ИГКС на ДДБА/ДДХБ, если первоначальное показание для ИГКС было неуместным (например, ИГКС применялся для лечения симптомов при отсутствии обострений

в анамнезе) или отсутствовал ответ на лечение ИГКС, или если побочные эффекты ИГКС требуют прекращения.

На всех стадиях одышка, вызванная другими причинами (не ХОБЛ), должна быть проанализирована и лечиться надлежащим образом. Техника ингаляции бронходилататора и приверженность к лечению должны также рассматриваться как причины неадекватного ответа на лечение.

Лечение пациентов с ХОБЛ в случае присоединения COVID-19

11.03.2020 г. Всемирная организация здравоохранения официально объявила о пандемии COVID-19. В связи с этим актуально обсуждение проблемы ведения пациентов с ХОБЛ в условиях пандемии коронавирусной инфекции. Известно, что коронавирус проникает в организм человека через рецепторы ангиотензинпревращающего фермента 2-го типа (АПФ-2), который имеется практически в клетках всех органов человека, в том числе в лёгких, и может вызывать диффузное альвеолярное повреждение, что клинически проявляется вирусной двусторонней пневмонией разной степени выраженности и острым респираторным синдромом.

В настоящее время широко обсуждается вопрос о влиянии ХОБЛ и курения на риск заражения COVID-19. В работе J. M. Leung et al. [10] приводятся данные, согласно которым пациенты с ХОБЛ и курильщики имеют повышенные уровни экспрессии гена АПФ-2 в дыхательных путях по сравнению с никогда не курившими бывшими курильщиками, причём наибольшие изменения были получены у пациентов с ХОБЛ. Полученные данные позволили авторам сделать вывод о повышенном риске инфицирования COVID-19 пациентов с ХОБЛ и курильщиков. В работе Russo P. et al. [11] выявили значительное усиление никотином экспрессии АПФ-2 через $\alpha 7$ -никотинацетилхолиновый рецептор эпителиальных клеток бронхов. Следовательно, необходимо немедленно отказаться от курения с целью уменьшения риска заражения COVID-19.

Присоединение COVID-19 к ХОБЛ может резко ухудшить течение этого заболевания, так как может обусловить тяжёлую

дыхательную недостаточность, прогрессирующую гипоксемию и гиперкапнию в связи с тяжёлым поражением лёгких, изменениями местного и системного воспалительного ответа у больных ХОБЛ, дисбалансом микробиоты дыхательных путей, нарушением мукоцилиарного клиренса и архитектоники бронхов.

Рекомендуется осуществлять **ведение пациентов хронической обструктивной болезнью легких в случае присоединения COVID-19 в соответствии клиническими рекомендациями Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2021)**

1. Профилактика заражения SARS-CoV-2

Пациенты, страдающие ХОБЛ, должны соблюдать основные меры профилактики коронавирусной инфекции: 1) соблюдение социального дистанцирования; 2) частое мытье рук; 3) ношение маски в общественных местах.

С целью уменьшения риска заражения SARS-Co-2 целесообразно проводить удалённые консультации по телефону или через интернет. Предварительно необходимо оценить, нуждается ли пациент в обследовании (поликлиническом, стационарном) или будет достаточно телеконсультации.

В ходе телефонной или телеконсультации врач должен тщательно проанализировать анамнез пациента, предъявляемые им жалобы и сделать предварительное предположительное заключение о наличии или отсутствии у пациента симптомов COVID-19.

Во время беседы с пациентом необходимо оценить наличие и выраженность основных симптомов ХОБЛ: одышки (включая оценку выраженности по шкале mMRC), кашля, отхаркивания мокроты, изменения её количества и цвета, ограничение физической выносливости;

Если указанные условия не могут быть выполнены или если состояние пациента в настоящий момент ухудшилось, пациент должен лично прийти на приём к врачу), так как могут понадобиться дополнительные исследования и коррекция проводившегося ранее лечения.

2. Диагностическая тактика

- Тестирование на COVID-19 должно быть проведено у всех пациентов с ХОБЛ при наличии симптомов, свидетельствующих о возможности заражения SARS-CoV-2 (лихорадка, потеря обоняния или усиление одышки и кашля, даже если они слабо выражены).

- Выполнение спирометрии во время пандемии COVID-19 следует проводить у пациентов, которым необходимо срочная диагностика для подтверждения ХОБЛ или оценки функциональной способности лёгких. Перед проведением спирометрии необходимо исключить заражение SARS-CoV-2, в случае выявления коронавирусной инфекции — отложить спирографию до получения отрицательного результата.

- Выполнение запланированной бронхоскопии следует отложить до получения отрицательного результата теста ПЦР на SARS-CoV-2 в назальном мазке.

- Рентгенография грудной клетки (Rtg) у пациентов с лёгким течением COVID-19 и на ранних стадиях этой инфекции не рекомендуется в связи с низкой чувствительностью. Однако Rtg легких следует проводить пациентам с умеренно выраженными или тяжелыми симптомами COVID-19 и пациентам с нарастающей дыхательной недостаточностью для исключения бактериальной пневмонии, пневмоторакса).

- Компьютерная томография (КТ) является более чувствительным методом по сравнению с РГ, и позволяет визуализировать воспалительные изменения в лёгких даже у пациентов без клинической симптоматики пневмонии. Выполнение КТ лёгких чрезвычайно важно также при подозрении на тромбоэмболию лёгочной артерии — у пациентов с COVID-19 часто встречаются тромбоз глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии.

- Ультразвуковое исследование легких может также в ряде случаев выявить поражения, характерные для COVID-19.

3. Лечение пациентов с ХОБЛ в условиях пандемии COVID-19

Согласно рекомендациям GOLD 2021, пациентам со стабильной ХОБЛ во время пандемии COVID-19 рекомендуется:

- продолжение использования рекомендованных и при-

нимаемых ранее лекарственных средств, включая ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), согласно действующим рекомендациям;

- продолжение режима физической активности.

В настоящее время пока нет убедительных клинических данных, оценивающих однозначно влияние ингаляционных глюкокортикостероидов, ингаляционных бронходилататоров, рофлумиласта, макролидов и других лекарственных средств, применяемых в лечении ХОБЛ, на риск и течение COVID-19, поэтому пациентам с ХОБЛ рекомендуется продолжать ранее установленное фармакологическое лечение.

Большой интерес представляет работа Bridgewood С. и соавт. [12], в которой показан положительный клинический эффект рофлумиласта на COVID-19-ассоциированный пневмонит. Авторы объясняют это способностью рофлумиласта значительно уменьшать активность ключевых медиаторов воспаления: фактора некроза опухоли- α , интерлейкина-12, 17 и др. Кроме того, рофлумиласт проявляет антитромботический эффект, что очень важно в профилактике и лечении тромбозомболических осложнений при COVID-19.

4. Лечение COVID-19 у больных ХОБЛ

В настоящее время отсутствуют фундаментальные исследования, согласно результатам которых следовало бы модифицировать лечение COVID-19 у пациентов с ХОБЛ, поэтому у них рекомендуется такая же лечебная тактика, как и в других случаях COVID-19 в соответствии с существующими клиническими протоколами. Маркерами тяжёлого течения COVID-19 являются лимфопения, тромбоцитопения, повышенный уровень D-димера (маркер повышенной свёртывающей активности и риска развития тромбозомболического синдрома), С-реактивного белка, прокальцитонина (маркер присоединения бактериальной инфекции) и креатинина, повышенная активность креатинфосфокиназы (КФК), ферментов печени и лактатдегидрогеназы в сыворотке крови.

Не выявлено взаимодействия между противовирусным препаратом ремдесивиром (рекомендуется для лечения COVID-19)

и ингаляционными лекарственными средствами, применяемыми при ХОБЛ. Антибиотики не влияют на течение COVID-19, однако в рекомендациях GOLD (2021) предлагается применять антибиотики широкого спектра действия у больных COVID-19 при подозрении на бактериальную пневмонию, а также у пациентов, находящихся в тяжёлом состоянии (обычно у них присоединяется бактериальная пневмония).

У пациентов с ХОБЛ и COVID-19 значительно увеличивается риск тяжёлой дыхательной недостаточности и госпитализации в отделение интенсивной терапии. Применяя методы респираторной поддержки, персонал должен использовать соответствующие средства индивидуальной защиты, Целесообразно рассмотреть перевод пациентов в сознании и не интубированных в прон-позицию.

Инфекция COVID-19 увеличивает риск тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии лёгочной артерии в 2-4 раза. Риск венозной тромбоэмболии также повышен у больных ХОБЛ, поэтому пациентам, госпитализированным по поводу COVID-19 и ХОБЛ, следует проводить тромбопрофилактику. Чаще всего используется низкомолекулярный гепарин (НМГ), возможно лечение ривароксабаном.

Следует отметить, что применение небулайзеров увеличивает риск заражения медицинских работников, поэтому целесообразно вместо небулайзеров использовать дозированные ингаляторы.

Примерно у 30% пациентов, которые переболели COVID-19, сохраняются лёгочная дисфункция и лёгочный фиброз. При сохранении на момент выписки у пациента патологических изменений при рентгенографии лёгких следует рассмотреть проведение компьютерной томографии грудной лёгких через 6–12 месяцев.

Литература

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine. 2006 Nov 28; 209–224
2. Шилов А. М., Тарасенко О. Ф., Осия А. О. Особенности лечения ИБС в сочетании с ХОБЛ // Лечащий Врач. 2009, №7, с. 44–48.
3. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь лёгких и сопутствующие заболевания. Русский медицинский журнал, 2008; №2; с. 58-63.

4. Hogg K, Swedberg K, McMurray J. Heart failure with preserved left ventricular systolic function; epidemiology, clinical characteristics, and prognosis. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 317–327
5. Feary JR, Rodrigues LC, Smith CJ, Hubbard RB, Gibson JE. Prevalence of major comorbidities in subjects with COPD and incidence of myocardial infarction and stroke: a comprehensive analysis using data from primary care. *Thorax*. 2010 Nov; 65(11): 956-62.
6. Prognostic value of the hematocrit in patients with severe COPD receiving long-term oxygen therapy/ Chambellan [et. al.] // *Chest*. — 2006. - Vol. 129, N 3. - P. 831.
7. Eva Hnizdo, Patricia A Sullivan, Ki Moon Bang, Gregory Wagner Association between chronic obstructive pulmonary disease and employment by industry and occupation in the US population: a study of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*. 2002 Oct 15; 156(8): 738-46.
8. Silva GE1, Sherrill DL, Guerra S, Barbee RA. Asthma as a risk factor for COPD in a longitudinal study. *Chest*. 2004. - Jul. 126(1): 59-66.
- 9 The Global Strategy for Diagnosis and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease (updated 2021).
10. Leung J. M. et al. ACE-2 expression in the small airway epithelia of smokers and COPD patients: implications for COVID-19. *Eur. Respir. J*. 2020; 55(5)
11. Russo P. et al. COVID-19 and smoking: is nicotine the hidden link *Eur.Respir. J*. 2020; 55(6).
12. Bridgewood C. et al. Rationale for evaluating PDE4 inhibition for mitigating against severe inflammation in COVID-19 pneumonia and beyond. *Isr. Med. Assoc. J*. 2020; 22(6): 335-339.

К ВОПРОСУ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

*А. Г. Денисенко, канд. мед. наук, доцент;
О. А. Федчук, старший преподаватель;
Н. Н. Семёнова, старший преподаватель;
В. С. Огризко, старший преподаватель*

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
с курсом ФПК и ПК УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)

Конституция Республики Беларусь признаёт человека, его права и свободы высшей ценностью и целью государства.

Права и свободы человека являются основой любого общества, а степень их гарантированности, возможности реализации и защищённости выступает в качестве индикатора социальной обстановки и уровня стабильности в государстве.

В настоящее время мир столкнулся с чрезвычайной ситуацией в сфере общественного здравоохранения, обусловленной глобальной пандемией коронавирусной инфекции COVID-19. По состоянию на 15 декабря 2021 года всего с начала пандемии в мире было выявлено более 271 миллиона случаев заражения коронавирусной инфекцией COVID-19, в Республике Беларусь были зарегистрированы более 676 тысяч человек с положительным тестом на COVID-19. Пандемия затронула практически все сферы жизнедеятельности общества, оказала большое воздействие не только на функционирование экономики и общества, но и выявила проблемы в области гарантированности и обеспечения прав человека, поскольку в целях предотвращения распространения инфекции и снижения негативных последствий заболевания государства мира вынуждены были принимать чрезвычайные меры, в том числе ограничивающие права и свободы граждан. Таким образом, защита прав человека в условиях пандемии COVID-19 представляет собой сложную и вместе с тем актуальную проблему.

Вопросы соблюдения прав человека находятся под пристальным вниманием международного сообщества и международных организаций, в том числе Организации Объединённых Наций. В то же время органы государственной власти должны направлять максимальный объём ресурсов на борьбу с распространением заболевания и защиту жизни и здоровья населения, а также своевременно пересматривать свои меры реагирования с целью максимально возможного повышения их эффективности в борьбе с инфекцией и минимизации негативных последствий пандемии COVID-19.

В связи со сложившейся ситуацией в целях сохранения жизни и здоровья людей у государств мира нет иного выбора, кроме как проводить защитные мероприятия, в том числе носящие ограничительный характер. Вводимые отдельными странами

режимы изоляции, которые приводят к ограничению свободы передвижения и возможности пользования многими другими правами, направлены на замедление распространения вируса. В то же время, проводя комплекс мероприятий организационного, правового, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера, затрагивающих реализацию человеком своих трудовых, социальных, гражданских прав и свобод, государства устанавливают меры поддержки наиболее уязвимых отраслей экономики и отдельных категорий граждан.

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация привела к необходимости изменения порядка работы медицинских организаций, что непосредственным образом затрагивает право на охрану здоровья и обращение за медицинской помощью. Так, в целях снижения рисков распространения коронавирусной инфекции проводилось перепрофилирование учреждений здравоохранения, приостанавливалось проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, оказание плановой медицинской помощи, предусматривалась возможность удалённого оформления листков нетрудоспособности, выписки рецептов на лекарственные средства. В ряде стран в период пандемии COVID-19 отмечались нехватка мест в стационарах для госпитализации, затруднения в получении квалифицированной медицинской помощи, существенное увеличение времени ожидания бригад скорой медицинской помощи, недостаточность необходимого оборудования и лекарственных средств, предметов индивидуальной защиты и дезинфицирующих средств.

Введение ограничительных мер негативным образом сказалось на реализации гражданами своего права на труд и получение вознаграждения за труд. В условиях пандемии отдельные организации, работающие в сфере услуг, торговли, транспорта, общественного питания, развлечений, вынуждены были прекратить свою деятельность либо сократить штаты, установить работникам неполное рабочее время, снизить оплату труда для минимизации собственных издержек. Это привело к увеличению уровня безработицы и снижению

доходов населения. С учётом ситуации в экономике и на рынке труда государствами разрабатываются и принимаются меры по увеличению объёмов социальной поддержки с целью обеспечить гражданам достойный уровень существования. Выделяемые государственные субсидии, обусловленные требованием о сохранении штатной численности работников, способствуют сохранению рабочих мест, выплата пособий по безработице позволяет уменьшить негативные последствия проводимых ограничительных мероприятий.

Распространение коронавирусной инфекции COVID-19 отразилось на образовательном процессе во всем мире и оказало влияние и на реализацию права на образование. Многие государства вынуждены были полностью или частично закрыть учебные заведения и перевести учащихся на дистанционное обучение. На 15.04.2020 г. пандемией COVID-19 были затронуты более полутора миллиардов обучающихся в 191 стране мира, что составляет 91,3% всех учащихся на планете [1]. В данной ситуации системы образования столкнулись с проблемной ситуацией, обусловленной недостаточностью технических средств обучения субъектов образовательного процесса, некорректной работой платформ дистанционного обучения, необходимостью быстрой и массовой адаптации учебно-методических материалов, невозможностью проведения практических занятий в системе профессионального образования. В то же время, по нашему мнению, применение технологий дистанционного образования в непосредственном сочетании с эффективными педагогическими методиками является одним из важных факторов повышения качества обучения, оказывающим положительное влияние на формирование профессиональных компетенций.

Таким образом, в целях сдерживания распространения коронавирусной инфекции государства вынуждены проводить политику осуществления ограничительных мероприятий. В то же время важным представляется введение своевременных и адекватных компенсационных мер поддержки населения. На наш взгляд, нельзя не согласиться с мнением Верховного ко-

миссара ООН по правам человека М. Бачелет, отметившей, что «COVID-19 является тестом для нашего общества, мы все учимся и адаптируемся, реагируя на вирус. Человеческое достоинство и права должны быть в центре этих усилий, а не тем, о чём вспомнят в последнюю очередь».

Литература

1. Защита права человека в условиях распространения новой коронавирусной инфекции: Тематический доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. 2020 [Электронный ресурс]. — Официальный сайт Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. — Режим доступа: <https://ombudsmanrf.org/content/doclad2020>. — Дата доступа: 15.12.2021.

О ВЛИЯНИИ АЛКОГОЛЯ НА ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

А. Г. Денисенко, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины с курсом ФПК и ПК

А. А. Кирпиченко, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии

А. А. Буйнов, старший преподаватель кафедры патологической анатомии и судебной медицины с курсом ФПК и ПК

В. С. Огризко, старший преподаватель кафедры патологической анатомии и судебной медицины с курсом ФПК и ПК

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

В период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 важно, чтобы каждый человек был проинформирован о существующих рисках и опасностях для своего здоровья. В начале данной пандемии через социальные сети и другие каналы связи рассматривалось ошибочное мнение о том, что алкоголь якобы может убивать коронавирус.

Учитывая это, мы поставили перед собой цель изучить имеющиеся литературные данные о влиянии алкоголя на протекание коронавирусной инфекции у лиц, заразившихся COVID-19.

Материалом для исследования послужили литературные источники и данные электронных ресурсов. Был использован аналитический метод исследования.

Проведённый анализ показал, что регулярное употребление алкоголя ослабляет иммунную систему человека и, таким образом, снижает способность организма сопротивляться инфекционным заболеваниям.

Как правило, люди переносят коронавирус в лёгкой форме, однако злоупотребление спиртными напитками может ухудшить их самочувствие и течение болезни, тем самым переведя её в более тяжёлую форму. Это происходит за счёт снижения эффективности действия лекарственных препаратов, а также угнетения иммунной системы. Кроме того, после употребления алкоголя происходит сгущение крови, а это может привести к образованию тромбов или других осложнений [1].

Наблюдается нарушение кровообращения в капиллярах, при этом ухудшается кровоснабжение внутренних органов, что также нарушает работу иммунной системы и уменьшает сопротивляемость организма перед коронавирусной инфекцией COVID-19. У таких пациентов повышается риск развития тяжёлой формы заболевания с обширным поражением лёгких, развивается пневмонит и происходит как бы «ожог лёгочной ткани железом», выпадающим из распадающихся эритроцитов.

Журнал *«Alcohol Research»* утверждает, что чрезмерное употребление алкоголя способно сделать организм в 3-7 раз более восприимчивым к пневмонии. Злоупотребление алкоголем — фактор риска развития тяжёлого осложнения, острого респираторного дистресса. У человека, который уже заразился вирусной инфекцией COVID-19, алкоголь блокирует действие медикаментов и вызывает различные осложнения [2].

Перед вакцинацией против COVID-19 не следует употреблять алкоголь, который может утилизировать глюкозу и другие вещества. Таким образом, снижается положительный эффект вакцины.

После вакцинации активно вырабатываются антитела, которые уничтожают коронавирус. Отмечено, что в период после вакцинации не рекомендуется употребление спиртных напитков, так как химические вещества в их составе могут препятствовать формированию хорошего иммунитета, а также повышать риск развития аллергии.

При чрезмерном употреблении спиртных напитков в организме человека образуются алкогольные альдегиды, которые негативно влияют на работу иммунитета, также могут возникнуть метаболические расстройства, связанные с обменом углеводов, жиров, минеральных солей и белка, из которого строятся антитела (иммуноглобулины). Такая реакция грозит снижением их выработки.

Необходимо отметить, что пребывание на самоизоляции в сочетании с употреблением алкоголя может увеличить риск самоубийств. Суицидальное поведение при COVID-19 обусловлено психологической реакцией на пандемию, нарушениями психического статуса у пациентов, а также «постковидным» синдромом и др.

В зарубежных медицинских изданиях обсуждается тема роста числа суицидов среди людей, перенёвших COVID-19, и анализируются психические и неврологические нарушения вследствие влияния коронавируса на организм и психику человека, имеющие потенциально серьёзные и долгосрочные последствия. Наиболее часто диагностируются такие заболевания, как депрессия и тревожные расстройства. Употребление алкоголя усиливает симптомы панического, тревожного, депрессивного расстройства и других психических расстройств, которые являются факторами риска в проявлении бытового насилия и насилия в семье [3].

Таким образом, алкоголь и вирусная инфекция COVID-19 потенцируют друг друга, в результате чего возможны тяжёлые осложнения, как соматические, так и психологические, вплоть до развития терминального состояния и летального исхода.

В целях предупреждения осложнений, связанных с употреблением спиртных напитков во время пандемии данной инфекции, необходимо не нарушать правила вакцинации, исключить

употребление алкоголя, регулярно заниматься физическими нагрузками, которые способствуют укреплению здоровья.

Литература

1. Alcohol and COVID-19: what you need to know, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf

2. Understanding alcohol and the immune system during COVID-19, <https://adf.org.au/insights/alcohol-immune-system-covid-19/>

3. Miller, K. Can You Drink Alcohol After Getting the COVID-19 Vaccine? Doctors Set the Record Straight Currently, there is no evidence that booze interferes with the formation of antibodies, <https://www.prevention.com/health/a35418316/alcohol-after-covid-19-vaccine/>

АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

*Т. В. Матвейчик, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения*

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

Аннотация. Акцент на особенностях взаимодействия акушерок с переболевшими беременными с рисками постковидного синдрома обусловлен состоянием пандемии коронавирусной инфекции. Уменьшить их последствия является задачей медицинского образования и совместными действиями всех институтов общества.

Ключевые слова: акушерка, беременные, демографическая политика, особенности оказания помощи беременным, постковидный синдром (Long COVID).

Актуальность. Негативные тенденции в демографической ситуации возросли во многих странах мира в связи пандемией коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2 [1]. Информация Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и исследования о преодолении пандемии COVID-19 про-

демонстрировали увеличение контингента заболевших за счёт детей, молодёжи и беременных женщин [1], что потребовало своевременной подготовки среднего медицинского персонала, акушерок и медицинских сестёр (МС).

Обоснованность внимания к непрерывному образованию МС и акушерок подтверждает анализ Глобальной стратегии направлений укрепления сестринского и акушерского дела в мире на 2021-2025 гг. [3].

Цель и задачи исследования: анализ течения постковидного синдрома у беременных в научных исследованиях с целью предупреждения антибиотикорезистентности и улучшения эффективности практической деятельности акушерок.

Материал и методы: системный анализ, статистический, социально-гигиенический.

Результаты. Совместный доклад ВОЗ, Фонда ООН в области народонаселения и Международной конфедерации акушерок 18 мая 2021 г. [3] указал направления развития образования и практической деятельности в области оказания помощи матерям и детям в период пандемии.

Проблемы деторождения в Республике Беларусь, имевшие место в период до 2019 г., осложнили оказание акушерками медицинской помощи беременным: снижение рождаемости [4]; отсроченное рождение детей, сопровождаемое увеличением среднего возраста матери с 25,6 лет (2000 г.) до 29,4 лет (2019 г.).

О проблеме нездорового родительства, имевшего место в период до пандемии, свидетельствует статистика рождений (2018 г.). Например, из числа женщин, закончивших беременность, 27,1% при беременности страдали инфекциями мочеполовых путей, 23% — анемией, 6,2% — болезнями системы кровообращения, 4,4% — венозными осложнениями, 4,1% — отёками, протеинурией и гипертензивными расстройствами, 1,5% — сахарным диабетом [4]. Достижения в области генетики и перинатальной диагностики существенно снизили риск появления на свет заведомо тяжелобольных и нежизнеспособных детей, что обеспечивается гарантией соблюдения норм этики и нравственности по отношению к беременной.

Правовая основа современного родительства и этическая

составляющая взаимодействия акушерок важны для соблюдения прав пациента, они гарантируются на уровне государства [5,6]. Информированное согласие — это отсутствие принуждения как «выражения намеренной угрозы причинения вреда»; отсутствие «недолжного побуждения, т.е. предложения чрезмерной, лишённой гарантий, несоответствующей или неподходящей награды». Соблюдение конфиденциальности равнозначно термину «специальные персональные данные» в проекте Закона Республики Беларусь «О персональных данных».

В целях борьбы со страхом беременности и деторождения акушеркам полезно владеть статистикой изменения актуальности 15 ведущих причин смертности в мире в период 1990-2019 гг. (болезнь или травма): состояния, возникающие в перинатальном периоде, снизились с 3 до 11 места значимости; врождённые аномалии с 10 места снизились до 13.

Подключение культуры, искусства, СМИ, социальная реклама с примерами счастливого родительства сделает информацию приемлемой для молодёжи.

Ответственным разделом работы акушерки и МС становится обучение женщин приёмам самообследования молочных желёз. Профилактика маститов и образовательная, разъяснительная работа по обеспечению и поддержке грудного вскармливания входит в программу обучения МС и акушерок, поскольку именно сестринская педагогика обеспечивает индивидуальный подход к каждой женщине, зачатому плоду и ребёнку.

Профилактика антибиотикорезистентности

В основе антибиотикорезистентности лежит недостаточно высокая санитарная грамотность населения. В связи с неблагоприятными исходами лечения антибиотиками в последнее десятилетие были приняты соответствующие нормативные документы Министерства здравоохранения Республики Беларусь [9,10].

Почти треть беременных (2018 г.) страдали инфекциями мочеполовых путей, что требует их санации способами, исключая антибактериальную терапию (с учётом экстрагенитальной патологии, срока беременности и отягощённости перенесённой коронавирусной инфекцией).

К актуальным разделам работы акушерки относят такую важную технологию как подготовленные роды, а также профилактику заболеваний, передаваемых половым путём (ЗППП), представляющих угрозу фертильности населения. В общей структуре заболеваемости ЗППП сифилис, например, сократился с 3,2% в 2010 г. до 2,3% в 2018 г. [11]. Это обусловлено активной работой организаций здравоохранения по выявлению новых случаев. В 2018 г. отрицательный прирост в Республике Беларусь составил -22,6%. Поздний врождённый сифилис не регистрируется в Республике Беларусь более 20 лет, ранний врождённый сифилис — с 2011 г. [11]. В 2019 г. 2,6% пациентов обратились за медицинской помощью самостоятельно.

Врачами-дермато-венерологами сифилис выявлен у 29% больных, акушерами-гинекологами — у 9,2%, урологами — у 1,8% (2018 г.). Сохраняет значение роль акушерки в предупреждении распространения сифилиса посредством обследования контактных лиц. В 99% случаев больные были выявлены среди половых контактов, что привносит особую ответственность в деятельность акушерки за установление возможно большего числа контактов пациента. Активная профилактическая и просветительская деятельность медицинских работников совместно с семьями, педагогами и СМИ среди молодёжи привела к снижению удельного веса 18-19-летних пациентов с 3,7% (2010 г.) до 1,3% (2018 г.).

Продолжение пандемии коронавирусной инфекции является проблемой настоящего времени, иногда приводящей к затяжному течению, провоцирующему опасения в развитии бактериальных очагов в организме человека.

Длительный COVID, т.е. период течения болезни с сохраняющейся симптоматики более 4 недель, может вызывать физический, психологический и психиатрический симптомокомплекс. По оценкам Управления национальной статистики Великобритании, после острого периода COVID-19 симптомы сохраняются через 5 недель у каждого пятого, а в течение 12 недель или дольше — у каждого десятого (2.07.21) [7].

Кашель через 60 дней после болезни был у 22% наблюдавшихся пациентов Италии. Оценка продолжительности кашля

определяет диагностические подходы ведения таких людей. У пациенток с COVID-19 часто присоединяется бактериальная инфекция, представляющая опасность для нормального развития плода. Беременным с экстрагенитальной патологией из группы перинатального риска для плода бактериальные инфекции необходимо лечить с учётом особенностей: чаще всего применяют средства местного воздействия без антибиотиков в составе (свечи или ванночки); *антибиотикотерапию врач назначает только со второго триместра беременности. Несвоевременное принятие антибиотиков ослабляет иммунитет беременной и мешает организму бороться с вирусом.

Алгоритм ведения пациенток с затяжным кашлем:

- проверка на наличие симптомов тревоги и немедленное обследование и лечение;

- оценка влияния экологических и профессиональных факторов, включая курение (если это продолжается в процессе развития беременности);

- лечение наиболее частых причин кашля (кашель из верхних дыхательных путей, астма, эозинофильный бронхит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь);

- рассмотрение других причин (ХОБЛ, рак легкого, бронхоэктазы, синдром обструктивного апноэ сна, сердечные аритмии);

- рефрактерный хронический кашель.

Рядом учёных доказана эффективность монтелукаста (синглона) для базисной антибактериальной терапии, доказавшей результат через 3 недели после применения у 68% детей, уменьшении частоты, тяжести и длительности постинфекционного кашля, особенно с астматическим компонентом. Применение в лечении инфекции, вызванной вирусом SARS-COV-2, инозина пранобекса (гроприносина) усиливает клеточный иммунитет, не обладает антигенностью, не вызывает передозировку, обеспечивает физиологический иммунный ответ в разных возрастных группах [8].

Организация работы «Школы материнства» обуславливает для акушерки необходимость ориентироваться о положительной динамике факторов риска заражения ЗППП с целью пре-

дупреждения антибиотикорезистентности и современного подхода к постковидному синдрому.

Резюме. Идеология о ценностях материнства и отцовства продолжена примерами счастливого родительства, усилиями культуры, искусства, Церкви, СМИ совместно с медицинской и педагогической общественностью.

Успешность образовательно-просветительской работы в предупреждении нецелевого применения антибактериальной терапии проявится через определённое время. Всем образованным молодым людям и семьям должно быть известно, что инфекции, представляющие опасность для нормального развития плода, лечатся в настоящее время без применения антибиотиков, которые используют по назначению врача только со второго триместра беременности.

Литература

1. WHO COVID-19 Weekly Epidemiological Update Edition 48, published 13 July 2021 <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19> — 13 July 2021

2. Панкратов, О.В. Половое воспитание подростков и профилактика инфекций, передаваемых половым путем: учеб.-метод. пособие / О.В. Панкратов [и др.]; 2-е изд., перераб и доп. — Минск: БелМАПО, 2021. — 75 с.

3. Состояние акушерского дела в мире 2021 г.: доклад Фонда ООН и Международной конфедерации акушеров, 2021.

4. Демографический ежегодник Республики Беларусь: статистический сборник / Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2019. — 429 с.

5. Конституция Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). — Минск: Амалфея, 2006. — 48 с.

6. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21.10.2016 г. № 433–3 // Консультант Плюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2020.

7. Office for National Statistics. The prevalence of long COVID symptoms and COVID-19 complications (2020) <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/theprevalenceflongcovidsymptomsandcovid19complications> (accessed 2/07/2021).

8. Антонович Ж.В. Длительный COVID: определение, механизмы, клинические проявления, подходы к диагностике и лечению. Фокус на кашель / Рецепт. Спецвыпуск. Постковидный синдром: что известно сегодня? — 2021. — Том 24. — №4. — Ч.2. — С.23-44.

9. О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.11.2015 № 1301.

10. О медицинском применении отдельных лекарственных средств и порядке их отпуска из аптек: инструктивное письмо Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.07.2009 № 12-1-10/831-681.

11. Панкратов В.Г., Панкратов О.В. Циклический характер волн заболеваемости сифилисом на территории Республики Беларусь //Дерматология и венерология. — 2009. — №3(45). — С.75-82.

СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ САМОИЗОЛЯЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПРОТИВО-ЭПИДЕМИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПО ПОВОДУ COVID-19

*И. В. Жильцов, д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой
персонализированной и доказательной медицины ФПК и ПК
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
г. Витебск (Беларусь)*

Пандемия COVID-19 стала крупнейшей глобальной чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения в XXI веке. 30 января 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила COVID-19 чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. К 30 августа 2020 года во всём мире было зарегистрировано 24 854 140 случаев инфицирования и 838 924 случаев смерти от COVID-19. В то время как мир занимается поиском методов лечения и разработкой/клиническими испытаниями вакцин, многие правительства ввели ограничения на передвижение в масштабах всего сообщества, также известные как «самоизоляция» или «массовый карантин», как меры по предотвращению передачи COVID-19 от человека к человеку путём ограничения индивидуальной мобильности и личного общения. Эти ограничительные меры варьировались от рекомендаций по работе на дому и просьб без нужды не покидать жилища до обязательного закрытия школ, второстепенных предпри-

ятий и территориальных границ. По состоянию на июнь 2020 года около 4,4 миллиарда человек фактически оказались под домашним арестом из-за COVID-19; более 100 стран мира закрыли свои границы. По сравнению с тем же периодом 2019 года объем авиаперелётов по всему миру сократился на 63%, глобальный поток автомобильных перевозок сократился наполовину, а в 34 мегаполисах мира упал на 90%. Количество государственных границ, закрытых для сдерживания пандемии COVID-19, превысило аналогичные показатели во время предыдущих катастроф и бедствий за всё последнее столетие [1].

Воздействие пандемии COVID-19 и связанных с ней мер общественного здравоохранения выходит за рамки физического и психического здоровья и включает более широкое воздействие на благополучие с точки зрения того, что люди могут делать или кем быть. Оценка личных последствий, связанных с благополучием, является сложной задачей. Пандемия COVID-19 не только оказала глубокое психологическое воздействие, но и повлияла на личную свободу вести себя в соответствии с субъективно воспринимаемыми ценностями, помимо здоровья, например, на возможность посещать близких, участвовать в развлекательных мероприятиях, проводить время на свежем воздухе [2].

Противоэпидемические мероприятия, предпринятые в большинстве стран для ограничения распространения COVID-19, привели к социальной изоляции, которая серьёзно повлияла на психическое здоровье населения в целом во всем мире, вызвав учащение психических расстройств, депрессию и тревогу, часто связанные с изменениями в самочувствии и образе жизни, которые включают снижение физической активности, нездоровое питание, неадекватное качество сна и чувство одиночества. Семейный образ жизни также сильно пострадал: родители испытывали психологический стресс из-за нестабильного финансового положения, закрытия школ и снижения качества образовательных услуг. Дети и подростки также начали испытывать неблагоприятные эмоциональные реакции (стресс, беспокойство, беспомощность, социальные и поведенческие проблемы, тревогу и депрессию), а также

изменения в образе жизни — такие, как проблемы со сном, более частое использование компьютеров и гаджетов, снижение физической активности и нездоровые привычки в еде. Карантин повлиял на финансы домохозяйств, что оказало более сильное влияние на семьи с детьми, живущие в бедности и/или в условиях повышенной скученности. Также карантин в разной степени затронул людей с разным социально-экономическим статусом [3].

В ряде исследований, проведённых по всему миру, изучалось влияние ограничительных противоэпидемических мер на психическое здоровье. Быстрое введение мер карантина, изоляции и социального дистанцирования кажется наиболее эффективной стратегией сдерживания распространения вируса, но эти меры, если они принимаются в короткие сроки, могут вызвать тревогу. В исследованиях сообщалось о высоком уровне проблем с психическим здоровьем среди многих групп населения, подвергшихся карантину или изоляции. Распространённые проблемы с психическим здоровьем включали тревогу, депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), стресс и стигматизацию. Данные публикаций свидетельствуют о связи между посттравматическим стрессовым расстройством и карантином или изоляцией, в частности, у детей, пожилых людей и медицинских работников [4, 5].

Пандемия и последующие меры изоляции оказали негативное влияние на оказание медицинской помощи, что привело к ограничению спектра доступных медицинских услуг. Эти ограничения включали отсрочку амбулаторных визитов и не срочных хирургических вмешательств, сокращение второстепенных медицинских услуг и ограничение плановой госпитализации. Исследования показывают, что ограничение оказания медицинских услуг создаёт огромные проблемы для пациентов и поставщиков медицинских услуг. Несколькими авторами была предложена телемедицина в качестве потенциального решения, особенно на амбулаторном уровне. Была показана достаточно высокая эффективность дистанционной психотерапии при лечении распространённых психических расстройств, таких, как тревога, депрессия и ПТСР. Использование телеме-

дицины также оказалось оправдано при оказании ортопедической помощи. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что телемедицина в ортопедической помощи может быть безопасной и рентабельной, при высокой степени удовлетворённости пациентов и врачей. Ограничения предоставления реабилитационных услуг из-за мер изоляции увеличили, особенно среди пожилых людей, риск слабости, уменьшения мышечной массы, слабоумия, снижения когнитивных функций и депрессии, в частности, среди тех, кто находится на домашнем карантине или в условиях ограниченной подвижности. Показано, что существует ряд проблем со здоровьем, которые следует решать исключительно при личном посещении врача-специалиста, несмотря на риск передачи COVID-19 [5].

Влияние карантинных мер на инфекционный контроль, прежде всего в аспекте ограничения распространения COVID-19, было исследовано в ряде стран. В целом, домашняя изоляция доказала свою эффективность: показано снижение числа инфицированных на 72% в сравнении с полным отсутствием изоляции. Одно из исследований, выполненных в Китае, показывает снижение индекса контагиозности SARS-CoV-2 с 3,77 до 1,88 как следствие строгой изоляции граждан в их жилищах [6]. Прочие меры, предпринимаемые общественным здравоохранением — отмена массовых мероприятий, отслеживание контактов, усиление скрининга, карантин и использование масок, также могут способствовать сдерживанию распространения вируса. Фактически, комбинация различных ограничительных и контролирующих мер является наиболее эффективным способом сдерживания распространения заболевания, предотвращения коллапса служб здравоохранения и снижения смертности.

Ограничения на поездки также могут быть потенциально эффективными в сдерживании распространения COVID-19, в то время как скрининг симптомов при въезде и выезде из страны сам по себе вряд ли даст эффект. Тем не менее, доказательств эффективности карантинных ограничений, связанных с поездками, мало, а также очень мало достоверных данных о влиянии самоизоляции лиц, прибывающих из стран с объявленной эпидемией COVID-19, на снижение заболеваемости и смертности [5].

Закрытие школ повлекло за собой повышенный риск передачи инфекции от детей бабушкам и дедушкам, ущерб для благополучия детей, особенно среди наиболее уязвимых учеников, проблемы с питанием и снижение качества процессов обучения и социализации. Важно отметить, что дети лишаются возможности пользоваться плодами государственной социальной поддержки, проводимой в школах, такими, как программы сбалансированного бесплатного питания, мероприятия по соблюдению личной гигиены, кружки по интересам и спортивные секции. Социальная изоляция детей может повышать риск сердечно-сосудистых заболеваний, снижать физическую активность и оказывать негативное влияние на психическое здоровье, например, повышая вероятность высокого уровня депрессии и тревоги во время и после принудительной изоляции. Карантин у детей связан с тревогой, стрессом и депрессией. Изоляция и карантин связаны с повышенным риском обращения за психиатрической помощью и более высоким уровнем посттравматического стресса. Интересно, что во время карантина, несмотря на снижение качества жизни, было отмечено повышенное стремление мужчин к отцовству, хотя неизвестно, связаны ли эти изменения с увеличением показателей рождаемости [5, 7].

Исследования показывают большую уязвимость пожилых людей, чем других членов домохозяйств, к вторичной передаче инфекции. Одиночество, вызванное социальной изоляцией, связано с нарушением когнитивной функции у пожилых людей. Изоляция пожилых людей с последующим снижением социальной и физической активности во время вынужденной домашней изоляции была определена как серьёзная проблема, в том числе и ввиду их большей склонности к хроническим заболеваниям [8].

Согласно обобщённым данным социологических исследований, медицинские работники, находившиеся на карантине, имели более тяжёлые симптомы посттравматического стресса, чем население в целом, чувствовали себя стигматизированными, демонстрировали более избегающее поведение, общались о большей потере дохода и были более затронуты на

психологическом уровне. Карантин среди населения в целом был связан со снижением средних показателей благополучия, связанным с работой, а также со стрессом, выгоранием, фрустрацией, боязнью заражения, скукой, неадекватным снабжением и информированием. Наконец, изоляция и социальное дистанцирование были связаны с негативным психосоциальным воздействием на население в целом, увеличением распространённости депрессии, беспокойства, нарушений сна, злоупотребления алкоголем и страха заражения. Люди также беспокоились о своих близких [5].

Изоляция была связана с ростом расстройств, связанных с употреблением алкоголя, среди населения в целом. Социальная изоляция и карантин были определены как потенциальные факторы усиления злоупотребления психоактивными веществами. Также социальная изоляция была связана с насилием в семье и поведением, связанным с насилием в семье. Некоторые факторы, повышающие уязвимость женщин к насилию, усугублялись в период социального дистанцирования и изоляции. Карантин может усилить власть и контроль обидчиков над жертвами и спровоцировать насилие [9].

Было обнаружено, что изоляция и карантин связаны с увеличением потребления углеводов, а также более частым употреблением закусок, хотя и вместе с высоким потреблением фруктов и овощей, а также источников белка. Было обнаружено, что социальная изоляция вызывает снижение физической активности, а у детей — уменьшение времени, посвящённого спорту, и увеличение продолжительности сна и времени, проводимого перед экранами, что потенциально увеличивает распространённость избыточного веса и ожирения среди детей [10].

В целом было отмечено, что меры, применяемые для сдерживания вируса, такие как карантин, изоляция и социальное дистанцирование, имели важные экономические и социальные последствия. В частности, карантин ассоциировался с невозможностью работать, боязнью потери дохода, самим потеряннным доходом и снижением общей производительности труда, что привело к замедлению экономического роста. Более

того, выявились другие фундаментальные проблемы, такие, как нехватка или ненадёжность поставок средств гигиены и продуктов питания, а также неадекватность информации, особенно связанной с карантином.

Закрытие школ было связано с потерями в качестве преподавания/обучения и образования, а также с более широкими социальными последствиями и экономическим ущербом для работающих родителей, медицинских работников и других ключевых работников, вынужденных уйти с работы, чтобы ухаживать за детьми дома. Более того, исследование распространённости тревожности среди студентов-медиков во время пандемии выявило обеспокоенность по поводу экономических последствий, задержек в учёбе, отставания от учебной программы и влияния всего вышеперечисленного на повседневную жизнь [11].

Меры по изоляции и разобщению, связанные с карантином, имели далеко идущие экономические, социальные, правовые, этические и политические последствия — нередко очевидные и прогнозируемые. Тем не менее, политика отдельных стран сильно отличалась в том, насколько хорошо она учитывала потребности затронутых лиц, особенно социально маргинализированных. Директивные органы должны взвесить плюсы и минусы ограничений на передвижение, предпринять комплексные меры по преодолению социального неравенства, предоставлять четкие и последовательные рекомендации населению и проводить политику смягчения негативного воздействия противоэпидемических ограничений в связи с COVID-19, а также разработать национальные и международные стратегии разумных, взвешенных и научно обоснованных противоэпидемических мероприятий с прицелом на возможность появления в будущем таких же или ещё более разрушительных эпидемий новых инфекционных заболеваний.

Литература

1. Chu IY, Alam P, Larson HJ, Lin L. Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. *J Travel Med.* 2020;27(7):taaa192.

2. Simon, J., Helter, T.M., White, R.G. et al. Impacts of the Covid-19 lockdown and relevant vulnerabilities on capability well-being, mental health and social support: an Austrian survey study. BMC Public Health 21, 314 (2021).

3. Fasano MV, Padula M, Azrak MÁ, Avico AJ, Sala M, Andreoli MF. Consequences of Lockdown During COVID-19 Pandemic in Lifestyle and Emotional State of Children in Argentina. Front Pediatr. 2021;9:660033.

4. Jabłońska MR, Zajdel K, Zajdel R. Social and Psychological Consequences of COVID-19 Online Content at a Lockdown Phase — Europe and Asia Comparison. Sustainability. 2021; 13(16):9198.

5. Chiesa V, Antony G, Wismar M, Rechel B. COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures-a systematic review of systematic reviews. J Public Health (Oxf). 2021;43(3):e462-e481.

6. Lin YF, Duan Q, Zhou Y, et al. Spread and Impact of COVID-19 in China: A Systematic Review and Synthesis of Predictions From Transmission-Dynamic Models. Front Med (Lausanne). 2020;7:321.

7. Melo-Oliveira ME, Sá-Caputo D, Bachur JA, et al. Reported quality of life in countries with cases of COVID19: a systematic review. Expert Rev Respir Med. 2021;15(2):213-220.

8. Lithander FE, Neumann S, Tenison E, et al. COVID-19 in older people: a rapid clinical review. Age Ageing. 2020; 49(4): 501-515.

9. Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. Int J Gynaecol Obstet. 2020; 151(2): 180-187.

10. Zupo R, Castellana F, Sardone R, et al. Preliminary Trajectories in Dietary Behaviors during the COVID-19 Pandemic: A Public Health Call to Action to Face Obesity. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(19): 7073.

11. Viner RM, Russell SJ, Croker H, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. Lancet Child Adolesc Health. 2020; 4(5): 397-404.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ УНИВЕРСИТЕТАХ

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

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

По сведениям ООН к концу апреля 2020 года из-за пандемии COVID-19 почти все обучающиеся в мире были переведены на

дистанционное обучение (ДО). В данной работе представлен анализ опубликованных в 2021 году научно-методических статей в журналах *Journal of Educational Research Open*, *International Journal of Educational Development*, *Article Technology in Society*, *Computers in Human Behavior*, *Telematics and Informatics*, *Journal of Information Technology Education*, *Journal of Surgical Education*, *Nurse Education Today*, *Journal of Dental Sciences*, в которых исследователи зафиксировали возникавшие проблемы ДО студентов университетов, в том числе медицинских, проанализировали их и предложили пути решения.

В зарубежной литературе помимо термина ДО, также используются термины онлайн-обучение, электронное, мобильное обучение и другие.

Эксперты ЮНИСЕФ отметили, что в большинстве стран система образования в 2020 году не была полностью готова к такому быстрому переходу на ДО. Основную причину они видят в том, что не было запланировано и соответственно профинансировано развитие технологий и подготовка технического персонала и педагогов. Инновации должны сочетаться с инвестициями в людей, которые будут их использовать, и в развитие электронной информационно-образовательной среды. Что касается чисто технологических проблем после срочного перехода на ДО, жалобы на низкую скорость Интернета были естественно, прежде всего, у студентов в слаборазвитых странах. Тем не менее, даже в США некоторые студенты отметили технологические сбои, а также неопытность студентов и преподавателей в использовании онлайн-систем.

Исследователи единодушно признают решающую роль преподавателей в онлайн-образовании. ДО и смешанное обучение уже присутствовали в университетах в течение двух десятилетий, но степень их использования и принятия педагогами была разной. Руководству систем и учреждений образования необходимо понимать причины, по которым некоторые педагоги не принимают или не внедряют ДО. Установлено, что ДО требует иных усилий преподавателя, чем те, которые необходимы в традиционном обучении, специальных инструментов и методов обучения, поэтому, за рубежом онлайн-преподава-

теля часто называют по-особому — инструктор. Доказано, что доступность инструктора, общение с ним и обратная связь — важные факторы, влияющие на ДО. При этом участие преподавателя должно быть более интенсивным при адаптации студентов к новым условиям обучения. Когда студенты видят активное участие преподавателя в ДО, у них фиксируется более высокий уровень когнитивного присутствия. Обычно инструкторы тратят больше времени и энергии по сравнению с традиционным обучением, но, в тоже время, часто получают недостаточную поддержку от своих университетов.

Р. Шерер с соавторами изучили работу 739 преподавателей из 58 стран в семи регионах мира. Авторы разделили педагогов на три профиля: со стабильно высокой (профиль 3), непостоянной (2) и низкой готовностью (1) к проведению онлайн-обучения. К профилю 3, в основном, относятся преподаватели с опытом ДО, а также те, которым давалось больше дней на подготовку перехода на ДО. Профиль 1 содержал меньше всего преподавателей естественных наук и бизнеса. Авторы утверждают, что структура готовности к ДО многогранна и требует учитывать индивидуальные и контекстные факторы. Кроме того, восприятие институциональной поддержки и самоэффективность не обязательно сочетаются. В частности, хорошая поддержка может не компенсировать малую уверенность преподавателя в ДО. Тем не менее, именно образовательный менеджмент является ключевым фактором для улучшения ДО.

Основное внимание исследователей перехода к ДО во время пандемии COVID-19 было уделено изучению преимуществ и проблем ДО на основании отзывов студентов. В. аль-Мави с соавторами изучили мнение студентов и аспирантов университета Западного Мичигана о прошедшем периоде ДО. В исследовании восприятия ДО самый высокий рейтинг получила «гибкость ДО», а «взаимодействие» и «сотрудничество» напротив получили наименьшие рейтинги. Большинство студентов считают, что ДО «нарушило и ослабило взаимодействие и сотрудничество с однокурсниками и инструкторами», не улучшило их занятия и оценки, узнали они не так много, как на традиционных занятиях. Студенты предпочли очные занятия или

гибридное обучение дистанционному. Отрицательные оценки ДО преобладали у первокурсников, количество таких оценок уменьшалось в соответствии с повышением уровня образования. Большинство студентов согласилось с тем, что ДО обеспечивает выбор местоположения и время для занятий. М. Роман и А.-П. Плопяну обнаружили, что психологический стресс и напряжение под давлением изоляции отрицательно влияют на эффективность онлайн обучения. Поэтому студентам может потребоваться психологическая помощь.

Р. Али Абуналлох с соавторами на основе схемы «*Push-Pull-Mooring*» и теории защитной мотивации Роджерса установили, что преимущества ДО — факторы притяжения (мотивация ДО, воспринимаемая информация, совместное использование и социальное дистанцирование) и удерживающий фактор (воспринимаемая безопасность) существенно влияют на студентов. Эффект притяжения — основная сила, чтобы перейти на ДО и получить ожидаемые выгоды. «Экологическая угроза», как фактор выталкивания, в значительной степени связана с предполагаемыми преимуществами. Положительного влияния предполагаемого риска для здоровья, как фактора выталкивания, не было выявлено. Важным является обмен информацией, чтобы улучшить воспринимаемый выигрыш.

По итогам проведённого исследования Р. Али Абуналлох с соавторами полагают, что почти всё обучение может проводиться в форме электронного обучения за исключением практического обучения — работы с техникой, химическими и биологическими препаратами. Хотя клиническое обследование и лечение могут быть сложными для проведения с помощью электронного обучения, клиническое образование также можно в некоторой степени проводить с помощью электронного обучения. Юн-Пэн Юань с соавторами изучили применение мобильного обучения (МО) во время пандемии в Китае, применив «модель принятия мобильных технологий». Положительным аспектом МО явилась удаленная регистрация и механизм онлайн-вопросов и ответов (возможности подключения системы). Результаты показали, что «качество обучающего контента», «пользовательский интерфейс» и «коммуникации» значительно

вливают на восприятие обучающимися полезности и простоты МО. Были обнаружены существенные эффекты между мобильной полезностью, мобильной простотой использования и реакцией на опыт пользователя. Более важна в МО мобильная простота использования.

Х. Н. Филлипс отмечает, что грамотность в области информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) стала одним из аспектов преподавания и учёбы магистрантов педагогического факультета Кейптаунского университета во время пандемии, а её интеграция в программу обучения имеет центральное значение для развития будущих учителей. Чтобы удовлетворить различные потребности обучающихся, было применено сочетание синхронного и асинхронного обучения. Вынужденный переход к ДО ещё больше ослабил тех обучающихся, кто и ранее был неблагополучным в учёбе. Через несколько недель некоторые начали «ломаться» под давлением ИКТ, что повлияло на их эмоциональное благополучие. Многие почувствовали себя неадекватными и уязвимыми. Видеоконференции, телефонные звонки и текстовые сообщения плохая замена личному контакту, чувству принадлежности и эмоциональной поддержке.

В связи с большим количеством хирургических курсов ранее ДО не использовалось для обучения стоматологов. Д. Юй-Фонг Чанг с соавторами оценили эффективность смешанного обучения при изучении курса «Патологии полости рта и диагностика» в Тайваньском университете. Большинство студентов выразили мнение, что эффективность онлайн-обучения выше, чем реального, особенно с точки зрения эффективного использования времени и удобства обучения. Но также большинство студентов посчитали, что при проведении онлайн-экзамена были проблемы с удобством проведения и справедливостью оценивания.

Целью исследования Э. Виттенберга с соавторами было применение разработанного коммуникационного ресурса для обучения студентов сестринскому общению и приложения для смартфона — мобильного ресурса, включающего в себя методы коммуникации для медсестер. Результаты, в частности,

подтвердили большие возможности использования смартфонов в качестве образовательного компонента в клиническом обучении. В США была организована серия виртуальных совместных лекций по общей хирургии, в которых приняли участие 52 университета. Это позволило продолжить теоретическое образование студентов, при этом объём и разнообразие материала значительно расширились, а нагрузка лекторов снизилась.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*М. О. Досина, канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник
лаборатории нейрофизиологии Института физиологии
НАН Беларуси, начальник отдела науки Министерства
здравоохранения Республики Беларусь, секретарь ГЭС 9,
ответственный секретарь журнала
«Новости медико-биологических наук»*

г. Минск (Беларусь)

Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) в 2016 году предложила странам для борьбы с ВИЧ/СПИДом глобальную Стратегию ЮНЭЙДС на период 2016-2021 гг. под названием «Ускоренное принятие мер для искоренения СПИДа» (далее — глобальная стратегия ЮНЭЙДС «90-90-90»).

Республика Беларусь поддержала глобальную стратегию ЮНЭЙДС «90-90-90». Для достижения поставленной цели в стране в 2018 году был принят «План дополнительных мероприятий по обеспечению достижения глобальной цели Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) «90-90-90» на 2018-2020 годы».

Для обеспечения достижения поставленной глобальной цели в стране:

- обеспечена доступность тестирования на ВИЧ-инфекцию

(пройти тестирование, в том числе анонимное, возможно в любом учреждении здравоохранения, располагающим процедурным кабинетом).

В 2020 году протестировано 1 572 594 человек (16,6% от численности населения). Выявлено 1 427 новых случаев ВИЧ-инфекции, во всех случаях проведено эпидемиологическое расследование, взяты под диспансерное наблюдение врачей-инфекционистов 1 350 ВИЧ-позитивных пациентов (94,6%);

- в алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции включён в качестве скринингового теста экспресс-тест по крови;

- внедрено самотестирование посредством продажи экспресс-тестов на ВИЧ по слюне через аптечную сеть;

- тестирование среди групп высокого риска инфицирования ВИЧ (люди, употребляющие инъекционные наркотики (далее — ЛУИН), работники коммерческого секса (далее — РКС) и мужчины, имеющие сексуальные отношения с другими мужчинами (далее — MSM)) проводится в рамках предоставления им профилактических программ по ВИЧ-инфекции через стационарные и мобильные анонимные пункты профилактики, общественные центры на базе негосударственных некоммерческих организаций (далее — НГО), организаций здравоохранения с использованием экспресс-тестов по слюне. На мобильном анонимном консультативном пункте для ЛУИН используются экспресс-тесты на ВИЧ по крови, при получении положительного результата экспресс-теста на ВИЧ организован забор крови из вены для арбитражного исследования;

- реализуются проекты сопровождения представителей групп высокого риска инфицирования ВИЧ до верификации диагноза и постановки их на диспансерный учёт при получении первичного положительного результата экспресс-теста на ВИЧ;

- введён избирательный скрининг для эпидзначимых групп населения;

- страна с 01.01.2018 г. перешла на универсальный доступ к АРВ-терапии «выявил и лечи»;

- предусмотрено предоставление субсидий НГО на оказание услуг и реализацию проектов по формированию привер-

женности людей, живущих с ВИЧ (далее — ЛЖВ) диспансеризации и лечению;

- в структуру кабинетов/отделов диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами вводятся мультидисциплинарные команды.

Несмотря на предпринятые усилия и прогресс, стране не удалось выйти на целевые показатели по ВИЧ, намеченные на 2020 год согласно текущей Стратегии ЮНЭЙДС и Политической декларации ООН по СПИДу. Достигнутые индикаторы по состоянию на 31.12.2020 г. составили 81,6%–82,1%–80,1%.

В Республике Беларусь, согласно математической модели «Спектрум», оценочная численность людей, живущих с ВИЧ, составляет 28 000 человек. Зарегистрированы в системе здравоохранения как ВИЧ-позитивные по состоянию на 01.07.2021 г. 23 627 человек или 84,4% от расчётного числа ЛЖВ. Соответственно потери между первой и второй ступенью составили 15,6%.

Состоят на диспансерном наблюдении врачей-инфекционистов 23 111 пациентов или 82,5% от оценочного числа ЛЖВ (516 человек по официальным данным Департамента по гражданству и миграции выехали за пределы страны).

Получают антиретровирусную терапию 19 346 ЛЖВ или 83,7% от состоящих на диспансерном наблюдении и 69,0% от оценочного числа ЛЖВ. Таким образом, потери от предыдущей ступени составили 16,3%.

Имеют подавленную вирусную нагрузку в результате проводимой антиретровирусной терапии 15 183 пациента или 78,5% от получающих лечение и 54,2% от оценочного числа ЛЖВ. Потери от предыдущей ступени составили 21,5%.

Информация об организациях, участвующих в исследовании:

Государственное учреждение «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», отдел профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов.

Система профилактических мер, направленных на противо-

действие распространению ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь сформирована с 1989 года, когда был создан Республиканский центр профилактики СПИД. С 2003 года работу Центра продолжил отдел профилактики ВИЧ/СПИД, а с 2020 года отдел профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов, который является структурным подразделением Государственного учреждения «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья».

Отдел профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов выполняет решение следующих задач:

- эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами; мониторинг и оценку ситуации по ВИЧ-инфекции и парентеральным вирусным гепатитам;

- разработка нормативных правовых актов, государственных и региональных программ профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов;

- координация сотрудничества с министерствами, ведомствами, международными и негосударственными общественными организациями по вопросам выполнения профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов;

- организация и проведение информационно-образовательной работы с населением по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов, снижению стигмы и недопущению дискриминации в отношении ЛЖВ и с вирусами парентеральных вирусных гепатитов (в т.ч. путём реализации мероприятий информационной стратегии);

- взаимодействие со специалистами практического здравоохранения и научных кругов, других организаций и учреждений в целях определения наиболее эффективной тактики (методик, направлений) по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов.

Учреждение здравоохранения «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска, консультативно-диспансерное отделение по ВИЧ-инфекции осуществляет:

- диспансерное наблюдение за пациентами с ВИЧ-инфекцией и пациентами с парентеральными вирусными гепатитами;
- оказание специализированной медицинской помощи населению с ВИЧ-инфекцией, оппортунистическими заболеваниями (за исключением туберкулёза), парентеральными вирусными гепатитами;
- на функциональной основе координирует работу кабинетов/отделов диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами поликлиник в Республике Беларусь;
- организует обеспечение антиретровирусными препаратами пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Исследование «Формирование приверженности пациентов диспансерному наблюдению и лечению как метод профилактики ВИЧ-инфекции в странах — участницах исследования» проводилось в три этапа.

Первый этап — 2019 год

- создана рабочая группа и распределены объёмы работ специалистов, участвующих в работах по исследованию;
- протокол исследования утверждён главным врачом Государственного учреждения «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», локальным Этическим комитетом;
- проведено предварительное анкетирование 10 ВИЧ-положительных пациентов, состоящих на учёте в связи с ВИЧ-инфекцией согласно следующему алгоритму:
 - респондентам было предложено ознакомиться с информационным листком для респондентов. После получения согласия, выраженного в устной форме, на участие в предварительном анкетировании респондентам предлагалось к заполнению 5 анкет, входящих в протокол исследования и анкета обратной связи;
 - интервьюер отмечал время, затраченное каждым респондентом на заполнение анкет.

В исследование включались респонденты, отвечающие следующим критериям.

Критерии включения в исследование (пациенты):

- участники исследования имеют установленный диагноз ВИЧ-инфекции;
- имеется медицинская документация, подтверждающая факт установления клинического диагноза ВИЧ-инфекции; возраст 18 лет и старше;
- наличие факта обращения в центр в течение времени исследования; участник исследования является гражданином страны-участницы исследования;
- подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования (пациенты):

- ВИЧ-статус участника исследования не установлен;
- возраст менее 18 лет;
- невозможность кандидата полностью понять содержание и смысл информированного согласия на участие в исследовании (в связи с психическим расстройством, состоянием алкогольной или наркотической интоксикации, или другими подобными состояниями);
- невозможность кандидата полностью понять содержание и смысл процедуры анкетирования (в связи с психическим расстройством, состоянием алкогольной или наркотической интоксикации, или другими подобными состояниями);
- отсутствие гражданства страны проведения исследования.

По результатам предварительного анкетирования специалистами подготовлен отчёт, который включал в себя краткую общую информацию об эпидситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь.

Второй этап — 2020 год

Проанкетированы 100 ВИЧ-позитивных пациентов, состоящих на диспансерном учёте в организациях здравоохранения в связи с ВИЧ-инфекцией и отвечающих критериям включения в исследование согласно следующему алгоритму:

- с ВИЧ-инфицированными пациентами проводилась беседа о целях и задачах исследования, предлагалось прочитать

и, в случае согласия, подписать форму письменного согласия пациента на участие в исследовании;

- после подписания формы письменного согласия на участие в анкетировании респондентам кратко рассказывалось о предстоящей процедуре, а затем предлагалось к заполнению 5 анкет, входящих в протокол исследования, и анкета обратной связи.

Проанкетированы 15 специалистов, оказывающих помощь ЛЖВ, отвечающих критериям включения в исследование, согласно следующему алгоритму:

- со специалистом проведена беседа о целях и задачах исследования, предложено прочесть и, в случае согласия, подписать форму письменного согласия специалиста на участие в исследовании;

- после подписания формы письменного согласия на участие в анкетировании, специалисту ещё раз кратко рассказано о предстоящей процедуре, а затем предложено заполнить 3 анкеты, входящие в протокол исследования.

Критерии включения в исследование (специалисты):

- возраст более 20 лет;
- участник исследования имеет опыт непосредственной работы с ВИЧ-инфицированными пациентами;
- участник исследования является гражданином страны-участницы исследования.

Критерии исключения из исследования (специалисты):

- возраст менее 20 лет;
- отсутствие опыта непосредственной работы с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Проанкетированы руководитель отдела профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» и заместитель главного врача по амбулаторному разделу работы учреждения здравоохранения «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Респуб-

лики Беларусь по оказанию медицинской помощи пациентам с ВИЧ, согласно следующему алгоритму:

- руководители информированы о целях и задачах исследования; после подписания формы письменного согласия на участие в анкетировании, им предложено заполнить анкету для руководителя. По результатам анкетирования специалистами подготовлен отчёт, который включал в себя следующие разделы: актуальность, цели и задачи исследования;

- информация о специалистах, привлекаемых к проведению анкетирования;

- фотоматериалы каждого этапа анкетирования (место проведения, ёмкость/ящик для анкет, заполнение анкеты респондентом, без изображения его лица);

- краткие результаты проводимого анкетирования с указанием количества пациентов, принявших участие в исследовании, количестве пациентов, отказавшихся от участия в исследовании, причины отказа пациентов от участия в исследовании, трудности, возникшие при анкетировании;

- заключение.

Третий этап — 2021 год

- подготовка отчёта по исследованию «Формирование приверженности пациентов диспансерному наблюдению и лечению как метод профилактики ВИЧ-инфекции в странах-участницах исследования» о ходе выполнения исследования и по результатам данных, полученных по научно-исследовательской работе в Республике Беларусь;

- анализ эпидемической ситуации на 2019-2020 гг. (общее количество ВИЧ-инфицированных граждан, количество ВИЧ-инфицированных на диспансерном учёте/получающих медицинскую помощь по ВИЧ-инфекции, гендерный состав, основные пути передачи ВИЧ-инфекции в стране, основные группы риска заражения ВИЧ-инфекцией, количество пациентов, прервавших терапию по годам (2019, 2020), исключая умерших, показатели заболеваемости и поражённости).

Начиная с 1985 года и по состоянию на 1 января 2021 года в Республике Беларусь было выявлено 30 538 случаев ВИЧ-инфекции, проживают (за вычетом умерших и выбывших за пределы страны по официальным данным Департамента по гражданству и миграции) 22 855 человек. Показатель распространённости составляет 241,52 на 100 тысяч населения (0,24%). В 2020 году зарегистрировано 1 427 новых случаев ВИЧ-инфекции (15,12 на 100 тысяч населения), показатель заболеваемости в 1,5 раза ниже показателя за 2019 год (22,58 на 100 тысяч населения).

Общее количество случаев ВИЧ-инфекции в группе фертильного возраста 15-49 лет (подростки и взрослые) составляет 27 750 человек (удельный вес в общей структуре ВИЧ-инфицированных — 90,9%).

В Республике Беларусь преобладает половой путь передачи ВИЧ, на его долю в 2020 году пришлось 82,6% (1 179 человек) от выявленных новых случаев заражения. При этом гетеросексуальные контакты составили 77,1% (1 100 человек), гомосексуальные контакты — 5,5% (79 человек). Среди мужского населения гомосексуальный путь передачи составил 8,8% (79 из 899 мужчин). Доля парентерального пути передачи ВИЧ составила 15,6% (222 человека). Другие пути передачи — 1,8% (26 человек). В 2019 году доля парентерального пути передачи ВИЧ составила 17,0% (363 человека), доля полового пути передачи ВИЧ — 81,5% (1 741 человек), другие пути передачи — 1,5% (33 человека).

В целом по республике удельный вес женщин из общего числа ВИЧ-инфицированных составляет 39,4% (12 017 человек), мужчин — 60,6% (18 521 человек). В 2020 году удельный вес женщин — 37,0% (528 человек), мужчин — 63,0% (899 человек), в 2019 году женщин — 36,6% (783 человека), мужчин — 63,4 (1 354 человека). С 1987 года по 1 января 2021 года от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 4 439 детей, диагноз «ВИЧ-инфекция» подтверждён 322 детям, рождённым от ВИЧ-инфицированных матерей (7,3% от всех родившихся).

Всего в республике за весь период наблюдения с 1987 года по 1 января 2021 года среди детей в возрастной группе от 0 до

14 лет зарегистрировано 355 случаев ВИЧ-инфекции (1,2 % от всех зарегистрированных случаев).

В 2020 году от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 214 детей, зарегистрирован 1 случай ВИЧ-инфекции среди данного контингента, показатель передачи ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери ребёнку среди детей, родившихся в текущем году, составил 0,5%.

Кумулятивное число случаев 4-й стадии ВИЧ-инфекции на 1 января 2021 года — 7 061 (23,1% от всех зарегистрированных пациентов), в том числе за 2020 год данный диагноз установлен 220 пациентам (за 2019 год — 380). Таким образом, в динамике за 2019-2020 годы выявлено статистически достоверное снижение установления 4-й стадии заболевания ВИЧ-инфицированным пациентам (-160 случаев).

За весь период наблюдения (1987–01.01.2021 г.) среди ВИЧ-инфицированных пациентов умерло 7 257 человек (23,8% от всех зарегистрированных случаев), из них в 4-й стадии ВИЧ-инфекции 3 873 человек (12,7% от всех зарегистрированных случаев). За 2020 год по разным причинам умерло 558 человек, (2019 год — 675 человек), из них в 4-й стадии ВИЧ-инфекции умерло 236 человек (2019 год — 279 человек).

На диспансерном учёте в 2020 году состояло 22 855 больных, инфицированных ВИЧ, 81,6% от оценочного числа ЛЖВ. Получали антиретровирусную терапию 18 765 пациентов, включая больных, находившихся в местах лишения свободы. Охват лечением в 2020 году в Республике Беларусь составил 82,1% от числа живых, зарегистрированных лиц, с диагнозом ВИЧ-инфекция, состоявших на диспансерном наблюдении. Число лиц, прервавших антиретровирусную терапию, составило 1 611.

Мужчины менее привержены лечению и диспансеризации, чем женщины, их доля составила 65,9%, доля не приверженных лечению и диспансеризации женщин составила 34,1%.

Более трети ЛЖВ (32,8%) ранее принимали АРВ-терапию, но по разным причинам прервали, или отказались от терапии. Из них значимую группу (14,2%) составляют ЛЖВ, попадающие в места лишения свободы или освобождающиеся из мест лишения свободы. По причине миграции, как внутренней, так и внешней, отрыв от лечения имеют 10,9% ЛЖВ.

Анализ системы мер по повышению приверженности диспансерному наблюдению и лечению при ВИЧ-инфекции в стране, в том числе анализ нормативных документов по вопросу приверженности.

В современной медицинской литературе сформулированы различные определения приверженности, но в общем понимании приверженность не что иное, как отношение пациента к лечению, основанное на сформировавшемся у него уровне доверия медицинскому специалисту и предложенному методу лечения.

Учитывая, что важнейшим условием успешности лечения при ВИЧ-инфекции является вовлечение пациента в процесс лечения, принятие им на себя ответственности за своё здоровье, за изменение поведения, методологией формирования приверженности к лечению ВИЧ-инфекции стало консультирование, которое сочетает в себе информирование по вопросам, связанным со специфическим лечением ВИЧ-инфекции с оказанием пациенту психологической поддержки.

Государственная политика Республики Беларусь в области предупреждения распространения социально опасных заболеваний, ВИЧ направлена на формирование у населения знаний по проблеме социально опасных заболеваний, ВИЧ и навыков безопасной жизнедеятельности, что нашло своё отражение в Законе Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 345-З «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека» (принят Палатой представителей 19 декабря 2011 года, одобрен Советом Республики 20 декабря 2011 года).

Консультирование пациентов по вопросам ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь начинается с первых этапов оказания ему помощи. Каждое тестирование на ВИЧ должно сопровождаться до- и посттестовым консультированием. В 2011 году Министерством здравоохранения Республики Беларусь утверждены Рекомендации по применению добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (инструкция по при-

менению), регистрационный № 134-1211 от 23 декабря 2011 г.

В целях улучшения организации оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь утверждена «Инструкция о порядке организации работы консультативно-диспансерного отделения по ВИЧ-инфекции» от 17.07.2018 г. № 715 и штатные нормативы медицинских и других работников консультативно-диспансерного отделения (далее — КДО). Данным нормативным документом регламентировано создание на базе КДО кабинетов инфекционных заболеваний мультидисциплинарных команд (далее — МДК). В состав МДК при необходимости могут быть включены представители общественных организаций людей, живущих с ВИЧ, и/или ВИЧ-сервисных общественных организаций, зарегистрированных в установленном порядке в Республике Беларусь. Одной из основных задач МДК является обеспечение приверженности специфическому лечению ВИЧ-инфекции и профилактическому лечению оппортунистических заболеваний на основании результатов комплексной оценки клинического состояния пациента, уровня его социального функционирования и эффективности проводимых лечебно-диагностических и психосоциальных мероприятий.

В Республике Беларусь реализуется государственный социальный заказ на проекты по формированию приверженности диспансеризации и лечению. В соответствии с подпрограммой «Профилактика ВИЧ-инфекции» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 гг. на государственный социальный заказ в 2021 году предусмотрено финансирование в размере 861 тыс. рублей

В ходе исследования не было получено статистически значимых различий между влиянием таких факторов, как пол, возраст, стаж жизни с ВИЧ-инфекцией и семейное положение на стратегию поведения при обращении к врачу. Однако можно отметить некоторые тенденции, которые могут оказывать влияние на формирование стратегии обращения к врачу.

Преобладающая стратегия поведения участников опроса

было ожидание некоторое времени, если симптомы не проходят, респонденты обращаются к врачу (40,9 %).

В ходе исследования было показано, что из всех исследуемых социально-демографических показателей на паттерны поведения при обращении к врачу влияло только образование.

Самооценка возможности позаботиться о своём здоровье была представлена значениями в диапазоне от 1 до 10 баллов. $X = 8,53 + 2,03$. $Me = 10,0$ [7, 10]. $N = 109$.

Возможности самостоятельно позаботиться о своём здоровье в связи с ВИЧ-инфекцией:

- как хорошие и очень хорошие (от 8 до 10 баллов по визуально-аналоговой шкале) отметили 78 участников опроса (71,6%);

- как средние (от 5 до 7 баллов) — 23 респондента (21,1%);

- как ниже средних, включая невозможность самостоятельно позаботиться о своём здоровье, отметили 8 пациентов (7,3%).

Таким образом, 8 респондентов (7,3%) декларировали низкую возможность самостоятельно позаботиться о своём здоровье. Можно предположить, что низкая оценка возможности позаботиться о своём здоровье является барьером формирования приверженности, такие пациенты требуют повышенного внимания специалистов при планировании и проведении мероприятий по формированию приверженности диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции.

Полученные результаты позволяют оценить особенности изучаемого феномена — приверженности пациентов, инфицированных ВИЧ, диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции с позиций современных технологий формирования приверженности. Так, значение изучаемых показателей может рассматриваться в качестве факторов, благоприятствующих формированию желательного поведения в изучаемом контексте (ресурсы) и факторов, препятствующих этому процессу (риски).

При этом к ресурсам можно отнести:

- значение показателя доли лиц, указавших на наиболее

благоприятную для формирования желательного поведения стратегию обращения к врачу — незамедлительное обращение при наличии симптомов. Значение показателя в анализируемом материале составило 36,4%;

- значение показателя доли респондентов, высоко оценивших возможность самостоятельно позаботиться о своём здоровье (8-10 баллов). В анализируемом материале — 71,6%;

- удовлетворённость получаемой помощью в связи с ВИЧ-инфекцией (доля лиц, указавших в ответах на вопрос о потребностях в получении помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, что «всё есть», «всё устраивает»). Для Республики Беларусь значение показателя составило 27,2 %;

- доля лиц, выразивших положительное отношение к приёму АРТ, — 93,6%;

- доля респондентов, оценивших состояние своего здоровья на 8 и более баллов, — 66,4%;

- доля респондентов, оценивших готовность позаботиться о своём здоровье на 8 и более баллов, — 89,1%;

- доля респондентов, оценивших готовность посещать врача и принимать АРТ на 8 и более баллов, — 88,2%;

- доля респондентов, указавших на приём АРТ и получение медицинской помощи в связи с заболеванием, как на способ сохранения здоровья, — 30%;

- доля респондентов, отметивших факт проведения с ними беседы перед обследованием на ВИЧ (до-тестовое консультирование). В анализируемом материале 57 респондентов не ответили на вопрос анкеты. У 39 консультирование не проводилось, 11 затруднились с ответом. Полученные результаты не позволяют оценить качество дотестового консультирования в полном объёме, т.к. отмечается контаминирование ответов контентом послетестового консультирования при положительном результате;

- доля респондентов, получивших послетестовое консультирование при положительном результате в полном объёме, — 41,1%;

- доля респондентов, подтвердивших проведение с ними бесед по поводу лечения ВИЧ-инфекции, — 90%;

- доля респондентов, отметивших, что получают консультирование по вопросам лечения в полном объёме, — 48,6%.

К рискам, препятствующим формированию приверженности, в данном исследовании относятся:

- значение показателя доли лиц, указавших на наименее благоприятную для формирования желательного поведения стратегию обращения к врачу — когда «ситуация становится серьёзной». Значение показателя в анализируемом материале составило 16,4%;

- доля респондентов, указавших конкретные риски нарушения приверженности, — 45,3%. Среди возможных причин нарушения приверженности наиболее часто были названы ситуации, связанные с работой (33,3%);

- доля лиц, выразивших отрицательное отношение к приему АРТ — 5,5 %;

- доля респондентов, указавших на низкую (5 баллов и ниже) возможность самостоятельно позаботиться о своём здоровье. В анализируемом материале — 7,3%;

- доля респондентов, оценивших состояние своего здоровья на 5 и менее баллов, включая оценку «0 баллов», — 20,9%;

- доля респондентов, оценивших готовность позаботиться о своём здоровье на 5 и менее баллов (4,5 %);

- доля респондентов, оценивших готовность посещать врача и принимать АРТ на 5 и менее баллов (5,4%);

- доля респондентов, отрицающих факт проведения с ними беседы перед обследованием на ВИЧ, — 73,6%;

Значение показателей, характеризующих технологии формирования приверженности в регионе исследования:

- доля респондентов, подтвердивших проведение с ними бесед по поводу лечения ВИЧ-инфекции, — 90%;

- доля респондентов, отметивших, что получают консультирование по вопросам приверженности в полном объёме, — 48,6%;

- доля лиц, указавших, что с ними обсуждают вопрос отношения к приёму АРТ, — 61,5%;

- доля респондентов, указавших, что с ними обсуждают ожидаемые результаты лечения, — 72,3%;
- доля респондентов, указавших, что с ними обсуждают причины нарушения режима приёма лекарств, — 66,9%;
- доля респондентов, выразивших удовлетворение временем, затраченным на обсуждение вопросов, связанных со здоровьем, — 82,7%.

Исходя из полученных результатов, можно сделать **выводы** и указать возможность применения полученных результатов в существующей практике.

Изучение феномена приверженности пациентов, инфицированных ВИЧ, диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь с позиций современных технологий формирования приверженности показал:

- в стране в целом развиты условия, благоприятствующие формированию желательного поведения ЛЖВ в изучаемом контексте (ресурсы). Вместе с тем, система консультаций, как до- и послетестовых, так и по вопросам лечения, требует совершенствования;

- сравнительно невысокое значение показателя доли лиц, указавших на наиболее благоприятную для формирования желательного поведения стратегию обращения к врачу — незамедлительное обращение при наличии симптомов, (36,4%) способствует более поздней диагностике случаев ВИЧ-инфекции и, как следствие, распространению заболевания;

- исследование выявило особую группу ЛЖВ, которая требует к себе повышенного внимания и нестандартных подходов при формировании у них приверженности, — это группа ЛЖВ, демонстрирующая низкую самооценку состояния здоровья, возможность и готовность самостоятельно позаботиться о своём здоровье.

**ИЗМЕНЕНИЕ ПРОФИЛЯ
ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ
МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА
У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ
В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2017-2021 ГГ.**

А. М. Будрицкий, канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии с курсом ФПК и ПК, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

И. В. Кучко, канд. мед. наук, доцент кафедры фтизиопульмонологии с курсом ФПК и ПК, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

С. А. Моисеев, главный врач УЗ «Витебский областной клинический центр пульмонологии и фтизиатрии»

Е. С. Кубышко, заведующий отделом мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий УЗ «Витебский областной клинический центр пульмонологии и фтизиатрии»

г. Витебск (Беларусь)

Введение. Развитие лекарственной резистентности у *M. tuberculosis* — одна из главных причин недостаточно эффективной этиотропной химиотерапии. Пациенты с туберкулёзом, выделяющие лекарственно-устойчивые штаммы микобактерий туберкулёза (МБТ), длительное время остаются бактериовыделителями и могут заражать окружающих лекарственно-устойчивыми МБТ. Чем больше число пациентов, выделяющих лекарственно-устойчивые МБТ, тем выше риск распространения инфекции среди здоровых лиц и появления новых случаев заболевания с первичной резистентностью не только к основным, но и к резервным противотуберкулёзным лекарственным средствам. Лекарственно-устойчивый туберкулёз характеризуется более тяжёлым течением и длительными сроками лечения. В связи с этим изучение лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулёзным лекарственным средствам является одним из важнейших и приоритетных направлений в современной фтизиатрии.

Цель. Анализ профилей лекарственной устойчивости МБТ у пациентов за период 2017-2021 гг. по данным УЗ «Витебского областного клинического центра пульмонологии и фтизиатрии».

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни, амбулаторных карт и данных регистра «Туберкулёз».

Результаты и обсуждение. Проведён ретроспективный анализ профилей лекарственной устойчивости за период с 01.01.2017 г. по 30.11.2021 г. За период с 01.01.2017 г. по 31.12.2017 г. было зарегистрировано 216 пациентов с различными профилями лекарственной устойчивости МБТ, которые включали подтверждённый МЛУ-ТБ (множественно лекарственно-устойчивый туберкулёз), полирезистентный туберкулёз с устойчивостью к рифампицину (R), ШЛУ-ТБ (туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью), пре-ШЛУ (туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью в сочетании с устойчивостью к канамицину, амикацину, капреомицину) (МЛУ+Km/Am/Cm)); пре-ШЛУ (туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью в сочетании к офлоксацину, левофлоксацину, моксифлоксацину (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx)), монорезистентность к рифампицину (R). С подтверждённым МЛУ-ТБ было зарегистрировано за отчётный период 24,1% пациентов, с ШЛУ-ТБ — 31,5%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 31,9%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 4,2%, с монорезистентностью к (R) — 8,3%. Пациентов с полирезистентным ТБ с устойчивостью к рифампицину зарегистрировано не было в 2017 году. Количество пациентов, начавших лечение с подтверждённым МЛУ-ТБ составило 92,3%, с ШЛУ-ТБ — 88,2%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 88,4%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 100%, с монорезистентностью к (R) — 72,2%.

За период с 01.01.2018 г. по 31.12.2018 г. было зарегистрировано 178 пациентов с различными профилями лекарственной устойчивости МБТ. За отчётный период с подтверждённым МЛУ-ТБ было зарегистрировано 31,4% пациентов, с ШЛУ-ТБ — 19,7%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 29,2%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 3,4%, с монорезистентностью к (R) —

16,3%. Пациентов с полирезистентным ТБ с устойчивостью к (R) в 2018 году зарегистрировано не было. Количество пациентов, начавших лечение с подтверждённым МЛУ-ТБ составило 96,4%, с ШЛУ-ТБ — 94,3%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 100%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 100%, с монорезистентностью к (R) — 96,6%.

За период с 01.01.2019 г. по 31.12.2019 г. было зарегистрировано 145 пациентов с различными профилями лекарственной устойчивости МБТ. За отчетный период с подтвержденным МЛУ-ТБ было зарегистрировано 41,5% пациентов, с ШЛУ-ТБ — 31,0%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 17,2%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 5,5%, с монорезистентностью к (R) — 4,8%. Пациентов с полирезистентным ТБ с устойчивостью к (R) в 2019 году зарегистрировано не было. Количество пациентов, начавших лечение с подтверждённым МЛУ-ТБ составило 95%, с ШЛУ-ТБ — 84,4%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 92%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 100%, с монорезистентностью к (R) — 42,9%.

За период с 01.01.2020 г. по 31.12.2020 г. было зарегистрировано 118 пациентов с различными профилями лекарственной устойчивости МБТ. За отчётный период с подтверждённым МЛУ-ТБ было зарегистрировано 45,8% пациентов, с полирезистентным ТБ с устойчивостью к (R) — 1,7%, с ШЛУ-ТБ — 26,3%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 12,7% в, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 9,3 %, с монорезистентностью к (R) — 4,2%. Количество пациентов, начавших лечение с подтверждённым МЛУ-ТБ составило 100%, с полирезистентным ТБ с устойчивостью к (R) — 100%, с ШЛУ-ТБ — 96,8%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 93,3%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 100%, с монорезистентностью к (R) — 100%.

За период с 01.01.2021 г. по 30.11.2021 г. было зарегистрировано 83 пациента с различными профилями лекарственной устойчивости МБТ. За отчётный период с подтверждённым МЛУ-ТБ было зарегистрировано 31,3% пациентов, с полирезистентным ТБ с устойчивостью к (R) — 3,6%, с ШЛУ-ТБ — 13,3%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 1,2%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 15,7%, с монорезистентностью к (R) — 34,9%. Коли-

чество пациентов, начавших лечение с подтверждённым МЛУ-ТБ составило 96,2%, с полирезистентным ТБ с устойчивостью к (R) — 100%, с ШЛУ-ТБ — 81,8%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm) — 100%, с пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx) — 92,3%, с монорезистентностью к (R) — 100%.

Заключение. Профиль лекарственной устойчивости МБТ за последние 5 лет изменился в сторону достоверного ($p < 0,05$) увеличения числа пациентов с туберкулёзом с пре-ШЛУ и ШЛУ, что значительно ухудшает эффективность лечения и исход заболевания у данной категории пациентов. Достоверных изменений профилей лекарственной устойчивости в динамике у пациентов с монорезистентностью к (R) не выявлено.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ РОНКОЛЕЙКИНОМ ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ СЕПСИСОМ

*В. П. Булавкин, канд. мед. наук, доцент кафедры
госпитальной хирургии с курсом ФПК и ПК*

*Е. И. Скребло, старший преподаватель, зав. учебной частью
кафедры персонализированной и доказательной медицины ФПК и ПК*

*Е. С. Головки, старший преподаватель кафедры общей
и клинической биохимии с курсом ФПК и ПК*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

УЗ «Витебская областная клиническая больница»
г. Витебск (Беларусь)

В настоящее время доказана роль иммунологических механизмов в формировании и поддержании воспалительного процесса при панкреатогенном сепсисе. В связи с этим в комплекс традиционных методов лечения данной патологии показано включение методов коррекции иммунологических нарушений. В то же время эндогенная интоксикация, развивающаяся при септических состояниях, часто приводит к развитию

фармакорезистентности и, как следствие, неэффективности иммунокоррекции. Одним из путей оптимизации иммуномодулирующей терапии является применение препаратов в экстракорпоральном режиме.

Экстракорпоральная иммунотерапия (ЭИТ), основанная на использовании лечебного действия модифицированных иммуномодуляторами аутологических лейкоцитов, в настоящее время широко применяется в практической медицине. ЭИТ особенно показана тяжёлым пациентам, требующим достижения максимально быстрого лечебного эффекта, но имеющим отягощённый аллергоanamнез и противопоказания к стандартному применению лекарственных средств.

Цель работы — изучение клинико-иммунологической эффективности применения ронколейкина по экстракорпоральной схеме у пациентов с панкреатогенным сепсисом.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено с применением ЭИТ ронколейкином (рекомбинантный интерлейкин-2 человека) 75 пациентов с панкреатогенным сепсисом республиканского научно-практического центра «Инфекция в хирургии» на базе отделения гнойной хирургии УЗ «Витебская областная клиническая больница». Среди них мужчин было 59, женщин — 16. Средний возраст пациентов составил $43 \pm 1,21$ года. Курс ЭИТ состоял из одного экстракорпорального вмешательства. Все пациенты оперированы по поводу инфицированного панкреонекроза.

Методика получения моноклеарных клеток для ЭИТ. Используя сепаратор клеток крови Fresenius AS TEC 204, в программе MNC, получали 100 мл концентрата моноклеарных клеток периферической крови. Данный клеточный концентрат подвергали двукратному отмыванию 0,9% раствором натрия хлорида при 37°C дискретным методом (2200 об/мин, 20 минут). К полученному концентрату моноклеарных клеток добавляли ронколейкин в концентрации 500 000 МЕ на 200 мл 0,9% хлорида натрия и инкубировали при 37°C в течение 60 мин. После однократного отмывания 0,9% раствором натрия хлорида при 37°C, надосадочную часть удаляли, доводили до первоначального объема (100 мл 0,9% раствором натрия хло-

рида 37°C), ресуспендировали, оценивали жизнеспособность клеток и возвращали пациенту внутривенно капельно. Иммуномодулирующий эффект ронколейкина оценивали *in vitro* по влиянию на CD2-молекулы цитоплазматической мембраны мононуклеарных клеток в реакции розеткообразования (Е-РОК) и *in vivo* в динамике (до введения пациенту MNC, модифицированных ронколейкином, и через трое суток после экстракорпоральной иммунотерапии). Материалом для иммунологического исследования служила гепаринизированная (20 ЕД/мл) венозная кровь пациента. Лейкоциты выделяли методом отстаивания. После отмывания готовили рабочую суспензию в растворе Хенкса (концентрация 2–2,5×10⁶ кл/мл). Экспрессию CD-2 молекул на поверхности мононуклеаров изучали в реакции розеткообразования с эритроцитами барана. Функциональную активность нейтрофилов оценивали по способности к поглощению микроорганизмов и продукции активных форм кислорода (АФК). Поглотительную способность нейтрофилов определяли в реакции фагоцитоза *S.aureus* с последующим приготовлением окрашенных мазков и оценкой фагоцитарного индекса (ФИ), как процентного содержания нейтрофилов, поглотивших 2 и более микробных частиц. Выработку нейтрофилами АФК изучали в реакции спонтанного и стимулированного *S.aureus* теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТсп и НСТст соответственно) с микроскопической оценкой результатов. Как критерий активности воспалительного процесса определяли циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) в сыворотке крови методом ПЭГ-преципитации по Nachkova (ПЭГ М 6000; 4,16% раствор в боратном буфере рН 8,4). Оценивалась тяжесть состояния пациентов по шкале APACHE II (Knaus W.) в день ЭИТ и на 3 сутки. Использовались непараметрические статистические методы (парный критерий Вилкоксона). Данные представлены медианой (M±σ). Различия считали значимыми при p<0,05.

Результаты и обсуждение. Изучение влияния ронколейкина *in vitro* (таблица 1), показало разнонаправленный эффект препарата на активность экспрессии CD-2 молекул на аутологических мононуклеарах пациентов, что вероятно, обусловлено

индивидуальными особенностями иммунного статуса пациентов, в момент исследования.

Таблица 1 — Влияние ронколейкина на экспрессию CD-2 молекул на мононуклеарах *in vitro*.

Повышение экспрессии CD-2 молекул (n=17)		Снижение экспрессии CD-2 молекул (n=9)		Экспрессия CD-2 молекул не изменилась (n=9)	
Е-РОК до инкубации	Е-РОК после инкубации	Е-РОК до инкубации	Е-РОК после инкубации	Е-РОК до инкубации	Е-РОК после инкубации
41,31±10,01	50,8±10,06*	53,7±9,75	36,5±9,5*	43±12	44,9±11,6

Примечание: различие значимо *— $p < 0,05$

Исследование показателей иммунного статуса *in vivo* до и после ЭИТ показали, что модифицированные ронколейкином мононуклеары также оказывают разнонаправленный эффект. Направленность иммуномодулирующего действия ЭИТ ронколейкином, вероятно, зависела от стадии и активности заболевания, выраженности интоксикации, сочетания ЭИТ с другими лечебными мероприятиями (таблица 2).

Таблица 2 — Влияние ронколейкина на экспрессию CD-2 молекул на мононуклеарах, поглотительную способность нейтрофилов, выработку нейтрофилами АФК и продукцию ЦИК *in vivo*.

Показатель	До применения ЭИТ	После применения ЭИТ
Экспрессия CD-2 молекул (Е-РОК), %		
Стимулирующий эффект, n=20	43,7 ± 8,4	58,35±11,78**
Ингибирующий эффект, n=7	60,6±12,5	44,6±11,3*
НСТ спонтанный, %		
Стимулирующий эффект, n=10	11,5 ± 3,7	23,6±7,3**

Ингибирующий эффект, n=9	25,4±8,9	11,8±6,4*
НСТ стимулированный, %		
Стимулирующий эффект, n=9	32,8±9,6	57,56±8,9**
Ингибирующий эффект, n=10	55,2±7,9	36,1±8,1*
Фагоцитарный индекс, (S.aureus), %		
Стимулирующий эффект, n=11	54,4±13,7	73±13,3*
Ингибирующий эффект, n=12	75,6±13,9	58,3±12,7**
ЦИК, у.е.		
Стимулирующий эффект, n=10	81,9±40,1	123,7±34,9**
Ингибирующий эффект, n=11	122,9±20,2	88,5±16,6**

Примечание: различие значимо *– $p < 0,05$; **– $p < 0,01$

При этом клинически у 85 % пациентов, пролеченных с использованием ЭИТ, наблюдалось улучшение, что сопровождалось регрессом клиники полиорганной дисфункции. Резистентность к проводимой комплексной терапии отмечалась при достижении стартового значения АРАСНЕ II 14,63 балла.

Выводы. Проведённые исследования показали, что включение ронколейкина в экстракорпоральном режиме в комплексную терапию пациентов с панкреатогенным сепсисом даёт выраженный клинико-иммунологический эффект. Возможность достижения лучшего терапевтического эффекта в короткие сроки позволяет считать экстракорпоральный способ применения ронколейкина у пациентов с панкреатогенным сепсисом наиболее целесообразным.

ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

В. Ю. Земко, Ю. Г. Земко

УО «Витебский государственный медицинский университет»
УЗ «Витебская областная клиническая больница»
Витебск (Беларусь)

Введение. По данным ВОЗ, Республика Беларусь вошла в список 50 самых развитых стран по трансплантации согласно количеству ежегодно проводимых операций. Наиболее распространённой причиной, ведущей к смерти пациента в послеоперационном периоде, является присоединение бактериальной инфекции. Чаще всего возбудителями инфекций у реципиентов почечного трансплантата являются штаммы грамотрицательных бактерий, а именно *Escherichia coli* — 34,5% и *Enterobacter aerogenes* — 10,3%. Грамположительные бактерии выделяются в 37,9% случаев и представлены в основном *Enterococcus faecalis* и *Enterococcus faecium*.

Цель: проанализировать структуру микрофлоры и её антибиотикочувствительность при инфекционных осложнениях, развивающихся после трансплантации почки.

Материалы и методы. Исследовано 1305 изолятов из различных локусов в отделении хирургической гепатологии и трансплантологии УЗ «Витебская областная клиническая больница» за 2017-2020 гг.

Результаты. В отделении хирургической гепатологии и трансплантологии преобладает *K. pneumoniae* (43,49 %). После трансплантации почки выявлены *E. faecalis* (25%), *P. aeruginosa* (12,5%), *E. coli* (12,5%), *P. mirabilis* (12,5%). Отмечен рост резистентности *P. aeruginosa* к имипенему и меропенему (56% резистентных изолятов к имипенему и 52% — к меропенему в 2017 г., 100% резистентности к обоим антибиотикам в 2020 году) и относительное сохранение резистентности в пределах 33,3% для дорипенема в 2020 г. (37,5% резистентности в 2018 г. и 33,3% в 2019 г.). Установлено относительное снижение резистентности *K. pneumoniae* на 36,9% для имипенема

и на 28,7% для меропенема с 2017 по 2020 г. ($p < 0,05$ для обоих) в отличие от реанимационно-анестезиологического отделения, вероятно за счёт пребывания пациентов в боксированной палате.

Выводы. В отделении хирургической гепатологии и трансплантологии установлено преобладание представителей *K. pneumoniae* и рост грибковой флоры. Согласно результатам антибиотикочувствительности микрофлоры в отделении хирургической гепатологии и трансплантологии антибиотикопрофилактика карбапенемами перед гетеротопической аллотрансплантацией трупной почки пациентам является оправданной и целесообразной.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ-СПОРТСМЕНАМ С УЧЁТОМ ИХ АНТИДОПИНГОВОГО КОНТРОЛЯ

*Н. М. Медвецкая, канд. мед. наук, доцент кафедры теории
и методики физической культуры и спортивной медицины*

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

Актуальность. Болезни современного человека обусловлены прежде всего его образом жизни и повседневным поведением. Занятия спортом и физической культурой повышают уровень состояния здоровья населения в целом.

Но спортивная деятельность, направленная на достижение высоких результатов требует индивидуального подхода не только к организации тренировочного процесса, режима труда и отдыха студентов, но и оценки состояния их здоровья и своевременной профилактики нарушений различных систем организма, причиной которых являются большие физические и психические нагрузки во время их учебно-тренировочной деятельности.

Цель данного научного исследования — изучение и оценка качества проведения профилактического направления

медицинской помощи спортсменам различной квалификации с учётом их антидопингового контроля.

Материал и методы. Изучены планы работы и отчётная документация лечебно-профилактического учреждения здравоохранения «Витебский областной диспансер спортивной медицины».

Для выяснения наличия знаний по антидопинговому контролю у спортсменов проведено тестирование студентов факультета физической культуры и спорта, систематически участвующих в соревнованиях. Опросник теста разработан Национальным антидопинговым агентством Республики Беларусь и предложен для изучения во время научно-практического семинара по повышению квалификации специалистам по физической культуре и спорту на базе Учреждения образования «Витебское государственное училище олимпийского резерва».

Студенты факультета физической культуры и спорта в основном являются его выпускниками, имеют большой спортивный стаж и опыт участия в международных соревнованиях, что представляет научный интерес для наших исследований.

В медицине все мероприятия допинг-контроля наряду с образовательными программами служат основной составляющей любой антидопинговой программы. Допинг-контроль — это сложный многоступенчатый процесс, включающий планирование тестирования, предоставление информации о местонахождении, сбор и транспортировку проб, лабораторные исследования, запросы на терапевтическое использование, обработку результатов, проведение слушаний и рассмотрение апелляций. Каждый из разделов допинг-контроля основан на Кодексе, международных стандартах WADA, национальных антидопинговых правилах и национальном законодательстве [2].

Результаты и обсуждение.

Студентам предложено 11 вопросов с 5 вариантами ответов. Основные из них:

- Кто имеет право тестировать белорусского спортсмена?
- Когда спортсмена должны уведомить о тесте?
- В какой последовательности проходит процедура?
- Кто может присутствовать?

- Последовательность действий?
- Несовершеннолетний спортсмен?
- Списки запрещённых препаратов?
- Действия офицера допинг-контроля?

Ответы тестируемых были почти однотипными (в 95%), студенты показали высокую значимость данного контроля и выразили пожелания более углублённого изучения допингов и их вредное влияние на здоровье на учебных занятиях по спортивной медицине.

На вопросы анонимной анкеты о наличии знаний о запрещённых препаратах и их использовании студентами на тренировках и соревнованиях спортсмены не показали знания достаточного объёма информации. Этот факт может являться следствием того, что спортсмены, обучающиеся в университете, не имеют спортивной квалификации международного уровня и только 4 студента проходили допинг-контроль.

После изучения и проведения тестирования эти студенты утвердительно ответили на правильность прохождения ими допинг-контроля во время соревнований и, с их слов, пробы оказались отрицательными.

Характерно, что студенты на первое место для достижения спортивных результатов поставили ответ «хорошее питание с применением витаминов», «пищу богатую белками», в том числе и студенты из Туркменистана (мастера спорта) в тяжёлых видах спорта. Ответов, даже анонимных, о применении допингов не получено.

Данный результат может быть следствием того, что в УЗ «Витебский ОДСМ» проводится планомерная антидопинговая работа среди учащихся учебно-спортивных учреждений, спортсменов национальных команд, спортивных федераций.

Направления в работе: проведение врачами спортивной медицины антидопинговой работы среди учащихся области, спортсменов национальных команд, спортивных федераций, клубов; оказание консультативной помощи по вопросам применения разрешённых фармакологических препаратов и методов допинг-контроля при выездах врачей диспансера в закреплённые области.

Ежегодно в закреплённых ДЮСШ города врачами читаются тематические лекции «Допинг и спорт», «Запрещённые вещества и методы», «Допинг и спорт не совместимы», «Понятие о допинге». Врачами спортивной медицины активно оказывается консультативная помощь по вопросам применения разрешённых фармакологических препаратов, методов, допинг-контроля.

На сайте диспансера (www.sportdispanser.by) один из разделов посвящён антидопинговой работе. Тренеры и спортсмены могут получить актуальную информацию о запрещённых веществах и методах на текущий год (согласно Международному кодексу ВАДА), а также по некоторым вопросам непосредственно допинг-контроля. Там же размещена ссылка на официальный сайт Национального антидопингового агентства Республики Беларусь, где в «чёрных списках» Международного Олимпийского Комитета находится 142 препарата, не считая их аналогов и заменителей: 30 видов анаболических, 32 вида диуретиков, 4 вида пептидов, 42 вида стимуляторов, 34 вида наркотиков [3]. На учебных занятиях по предмету «Спортивная медицина» студенты детально изучают все разновидности запрещённых веществ и механизм их воздействия на организм.

Выводы. Таким образом, нами изучены вопросы наличия необходимых знаний у спортсменов о вреде допингов и правилах проведения у них антидопингового контроля и профилактической направленности работы учреждений здравоохранения.

Литература

1. Глушанко, В. С. Здоровый образ жизни и его составляющие: учеб.-метод. пособие / В. С. Глушанко [и др.] под ред. проф. В. С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2017.— 301с.
2. Платонов, В. Н., Олейник, С. А., Гунина, Л. М. Допинг в спорте и проблемы фармакологического обеспечения подготовки спортсменов. — М.: Советский спорт, 2010. — 308 с.
3. Репкина, Е. Н. Антидопинговый справочник спортивного журналиста. — М.: Транс Лит, 2010.— 48 с.

УВАЖЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ — ЭТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В. Н. Сокольчик, Руководитель Республиканского центра биоэтики, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, кандидат философских наук
г. Минск (Беларусь)

В сложной ситуации тотального распространения инфекции Covid-19 и других инфекционных заболеваний максимально обострились проблемы медицинской этики и коммуникации в учреждениях здравоохранения. Необходимые этико-коммуникативные алгоритмы, знания, умения охватывают все стороны взаимоотношений медицинского работника и пациента (а также родственников пациента), предполагают формирование устойчивых и продуманных паттернов поведения, способствующих как проявлению уважения к пациенту, так и предотвращению профессионального выгорания медицинского работника, установлению здоровой атмосферы внутри медицинского коллектива. В предлагаемой статье автор ставит своей задачей рассмотреть через призму медицинской этики проблему уважения автономии пациента, что предполагает не только признание права пациента на принятие решений относительно своей жизни и здоровья, но также право на уважение его личности, уважение его ценностей и желаний (если они не противоречат целям лечебного процесса, общественным интересами т.д.).

В последнее время в масс-медиа, блогах и социальных сетях появляется большое количество статей, написанных пациентами, которые делятся своим опытом пребывания в стационарах и не всегда адекватным отношением к ним медицинских работников. И чаще всего речь идёт не о проблемах собственно лечебного процесса, нехватке медикаментов, непрофессионализме врачей и т.д., а о нарушениях этических, выражающихся

в неумении слушать и слышать человека, тотальном нежелании (неумении?) видеть за болезнью человеческую личность.

Одной из самых «нашумевших» в конце 2021 г. стала публицистическая статья известной российской активистки паллиативного движения, создателя фонда помощи «Вера» Нюты Федермессер [1], в которой автор не только эмоционально делится своим опытом пребывания в реанимации, но и описывает наиболее значимые этические «провалы», которые, к сожалению, стали нормой в наших больницах.

Что нужно человеку, когда весь его привычный уклад жизни рушится из-за болезни и он попадает в лечебное учреждение? Новая аппаратура и грамотно выполненные медицинские процедуры, отлаженная логистика и высокий профессионализм специалистов? Да, этого пациент ждёт от лечебного учреждения, но в первую очередь — все мы люди, все мы надеемся на понимание, общение, помощь и принятие нас такими, какие мы есть... Формирование диалога с медицинским работником — это основание терапевтического альянса и своеобразный залог успеха лечения/выздоровления. Основу выстраивания такого диалога составляет уважение к пациенту и принятие его автономии, проявление эмпатии (как деятельного сочувствия), отсутствие снисходительного патернализма (умение общаться без давления и поучений), а также установки человекоцентризма и пациентоориентированности [2].

Автономия пациента — это уважение к нему, уважение его взглядов, ценностей и жизненной позиции. Это признание права пациента принимать решения относительно собственной жизни и здоровья, это право на поддержку, на информированность о диагнозе, прогнозах, лечении, право на понимание, наконец, право на отношение как к человеку, а не к объекту медицинских манипуляций и т.д. Неавтономные пациенты (не совершеннолетние, лица, признанные по закону недееспособными и люди, находящиеся в неотложных состояниях) имеют право на такое же уважение, принятие и нормальное отношение, как и автономные. Отличие состоит только в том, что решения по вопросам их жизни и здоровья принимают их официальные представители (опекуны, родители, близкие

родственники) [3, ст. 18]. При этом информирование и обсуждение с неавтономными пациентами диагноза, лечения и пр. связанных вопросов также необходимо, если это позволяет их состояние, адекватное понимание ситуации и окружающие обстоятельства.

Человекоцентризм — это понимание, что лечебное учреждение создано для пациента и во благо пациента, а также человекоцентризм ориентирует нас видеть в пациенте прежде всего человека, а не болезнь.

Пациентоориентированность предполагает стремление услышать пациента, понять его желания и надежды, постараться помочь. Для тех медицинских работников, кто измеряет свою работу материальными показателями и утверждает, что «бесплатная» медицина приводит к вседозволенности пациента (в противовес платным услугам) необходимо напомнить, что лечебное учреждение существует на деньги налогоплательщиков, т.е. любой обратившийся пациент уже(!) оплатил своё лечение и внимание/уважение к нему должно быть задачей каждого медицинского работника.

Эмпатия — проявление деятельного сочувствия. Сочувствие медицинского работника к пациенту должно проявляться не только и не столько в словах и эмоциональном «проживании» чужой ситуации, не столько в желании поделиться примерами из собственной жизни/практики, сколько в делах: помощи как медицинской, так и психологической, информационной и пр.[4].

Как видим, все эти четыре принципа взаимоотношений с пациентом тесно пересекаются между собой и, по сути, все говорят о главном — уважении к автономии пациента и стремлении его понять (и помочь).

С чего же начинается воплощение в жизнь этих принципов?

Сначала — прислушаться к пациенту и попытаться понять его самочувствие. О смешанном чувстве страха, уязвимости, зависимости, а иногда и ненужности, которое испытывает пациент, попадая в больницу, пишет, в частности, Нюта Федермессер [1], отмечая, что эти эмоции пациента, порождённые болез-

нию, от «больничного» окружения и отношения медицинских работников зачастую только усиливаются.

Во-первых, любой человек хочет, чтобы его слушали и услышали. Научиться грамотно слушать, задавать вопросы, проявлять заинтересованность к пациенту, поинтересоваться его состоянием (не только симптомами болезни, но и отношением к лечебному заведению и т.д.), услышать его позицию, страхи и ожидания, непростая, но вполне выполнимая задача для медицинского работника. Важно также постараться понять и запомнить, что для пациента ценно и значимо [5]. Совсем не обязательно врачу (медицинскому работнику) превращаться в «духовника», но помнить, что лечению предшествует установление контакта с человеком нужно всегда.

Первое практическое умение, через которое реализуется уважение к пациенту, — умение установить диалог с ним, научиться слышать. Для этого недостаточно вопросно-ответного взаимодействия, необходимо также соблюдение эмоциональной стабильности, позитивной настрой, умение подбирать нужные слова, знание психологических особенностей и реакций на контакт, а также понимание и принятие индивидуальных особенностей человека (например, пожилые люди могут действовать/говорить медленнее, религиозные пациенты должны иметь время на соблюдение ритуалов и т.д.). Уважение предполагает и понимание того, что у каждого человека разные потребности/темперамент/воспитание — соответственно, медицинскому работнику понадобится умение и желание проявить терпимость, доброту, поддержку без критики, агрессии и недовольства [6].

Правильно выстроенный диалог предполагает также владение навыками грамотной речи: отказ от использования банальностей, пошлостей, эвфемизмов и т.д. (например, для начала спросите, как к пациенту предпочтительнее обращаться). Необходимость исключить давление (осознанное и неосознанное) в разговоре с пациентом (его родственниками) требует от медицинского работника умения избегать категоричных суждений, быть тактичным, грамотно советовать и «направлять» без давления и поучений.

Право на информацию — ещё одна «ступенька» в проявлении уважения к пациенту. Информация, начиная с права знать диагноз, принимать решение по предложенным методам лечения и заканчивая правом знать, какие таблетки я принимаю и для чего (не только «1 красненькая и 2 жёлтые») — необходимая составляющая автономии пациента. Большое значение здесь имеет подписание добровольного информированного согласия (ИС) на основании вдумчивого прочтения (и объяснения врачом!) с последующим принятием решения (подписанием). Только в этом случае механизм ИС становится защитой пациента (получены и обсуждены прогнозы, перспективы, риски и пр.) и медицинского работника (пациент или его законный представитель действительно осознавая ситуацию, взял на себя ответственность за принятое решение). Роль медицинского работника при подписании ИС — терпеливо разъяснять в документе то, что непонятно, что вызывает вопросы у пациента, не торопить (по возможности), не давить и не относиться к документу формально.

В норме современных взаимоотношений медицинского работника и пациента следует исключать патернализм (понижение роли пациента и превозношение роли медицинского работника в процессе лечебного взаимодействия). Чаще всего патернализм проявляется в навязывание решений пациенту (врач/мед. сестра «знают лучше»), давлении на него, нежелании выслушать, категоричных высказываниях и предположениях о том, как пациент себя чувствует / как ему нужно поступить / как и что делать и т.д. Менторский тон, неумение слушать, категоричность медицинских работников приводят к тому, что пациент себя ощущает ничтожеством, не имеющим право принимать решение относительно себя самого и своей жизни [7].

Стремление пациента найти информацию в интернете — это тоже следствие неграмотного информирования или полного его отсутствия. Если пациент хочет знать, но медицинские работники не предоставляют ему нужной информации о болезни/лечении/рисках и т.д., неудивительно, что пациент ищет информацию у «гугла»/соседа/«целителей» и т.п.

Информирование как помощь пациенту (и его родственникам) включает не только информацию о болезни и лечении. Это помощь в нахождении необходимых ресурсов, которые могут облегчить жизнь пациенту и его семье. Это ресурсы «материальные» (например, какие лучше покупать предметы гигиены и где, как обустроить быт тяжелобольного человека и т.д.). Но также информирование необходимо и о ресурсах «нематериальных»:

- о медицинских (или паллиативных) ресурсах (где и когда пациент может получить помощь в отношении медицинской поддержки, лекарств, обезболивания и т. д.);

- о информационных ресурсах (где и когда пациенту помогут получить дополнительную информацию об альтернативных методах лечения, статистику о его заболеваниях и продолжительности жизни с этим заболеванием и т. д.);

- о ресурсах психологической и коммуникативной поддержки (когда и где пациент может получить помощь и поддержку со стороны сообщества пациентов, различных общественных организаций, волонтеров и пр.) и т.д. [2].

Такое информирование о ресурсах чрезвычайно важно не только для самого пациента, но и для его родственников: оно поможет им не растеряться в трудной ситуации, наладить быт, да и просто ощутить поддержку и получить совет медицинских работников. Но! Следует всегда помнить о принципе конфиденциальности («врачебная тайна»). Информация, которая принадлежит ЛИЧНО автономному пациенту (диагноз, лечение, все сведения о нем и др.), не разглашается. Исключения составляют:

- сообщение представителям пациента — тем, кто является таковым по закону (в том случае, если пациент сам не может принимать решение);

- сообщение человеку, который указан пациентом как лицо, которому он разрешает передавать информацию;

- сообщение официальное по официальному запросу соответствующих органов (на основании Закона о здравоохранении ответ даёт организация, а не конкретные сотрудники) [8].

В остальных случаях «задушевные» разговоры о пациенте

и его проблемах с любыми людьми (даже теми, кого вы считаете близкими ему, или с медработниками, не имеющими отношения к лечению данного пациента) абсолютно не допустимы.

Основы понимания психологии поведения и эмоций пациента в лечебном учреждении (особенно пациента, находящегося в тяжёлом состоянии) также необходимы медицинским работникам для формирования терапевтического альянса. Пациента, захваченного болезнью и находящегося в сознании, пугает боль, стыд, беспомощность, равно как и чужая для него больничная обстановка. Например, находясь в реанимации, он, в зависимости от состояния, прекрасно осознает трагизм своего положения, который осложняется беспомощностью, невозможностью увидеть родственников (особенно в ситуации ковид-инфекции), страхом смерти, нестерпимой болью и т.д. Этот трагизм усугубляется, если медицинские работники обращаются с пациентом как с неодушевлённым телом.

Сакраментальный вопрос, который часто звучит на занятиях по медицинской этике с врачами: почему в реанимации человек должен лежать голым? Есть ли такие санитарные нормы? Возможно ли в реанимационной палате организовать некое подобие ширм, чтобы пациенты могли чувствовать себя хотя бы психологически более комфортно и хотя бы отчасти уединённо? Такие дискуссии о возможности пересмотра «классических» взглядов на реанимацию часто возникают на занятиях с организаторами здравоохранения, реаниматологами и анестезиологами, а также с обычными пациентами, прошедшими опыт реанимации. Наиболее распространённые выводы таких дискуссий заставляют задуматься о том, всегда ли сложившиеся правила абсолютны вне зависимости от ситуации, пациента, больницы и т.д. Задуматься о чувствах пациентов, по возможности сохранить человеку чувство собственного достоинства и психологической защищённости зачастую не менее важно для медицинского работника, чем грамотно и самоотверженно исполнять свои профессиональные обязанности.

Максимально оберегать самостоятельность пациента ещё одна практическая установка, через которую проявляется уважение автономии пациента и человекоцентризм. Уважение —

категория не абстрактная и реализуется оно в простых и конкретных действиях, способствующих сохранению у пациента чувства собственного достоинства. Так, пока пациент способен пусть минимально себя обслуживать, задача медицинского работника этому способствовать. Иногда помощь пациенту необходима, чтобы дойти до туалета/подать судно (хотя насколько легче и удобнее надеть на пациента памперс), иногда заключается в том, чтобы помочь пациенту есть самостоятельно, а иногда помощь — это элементарное предложение поддержать, поднять, сопроводить и т.д. К сожалению, в большинстве случаев невозможность такого рода помощи объясняется нехваткой и загруженностью персонала, но парадокс в том, что даже при наличии времени/ресурсов постепенно и сама идея «помочь» становится абсурдной и излишней.

Уважение к пациенту проявляется и во внимании к тому, каков внешний вид предлагаемой в лечебном учреждении еды (актуальные вопросы для многих пациентов: «почему холодная?», «почему каша, сосиска, хлеб, масло, сыр и пр. «сервируются» в виде винегрета?» и т.д.). При отсутствии аппетита у тяжёлых пациентов этот «незначительный» фактор больничной еды (точнее её подачи) может также стать основанием для «отторжения» больницы и, как следствие, недоверия медицинским работникам.

На первый взгляд незначительные, но от этого не менее «острые» в вопросе уважения пациента «технологические» вопросы: как правильно поставить тумбочку для лежачего пациента, чтоб он мог дотягиваться рукой до лежащих на ней предметов, как и куда прикрепить табличку с ФИО пациента, чтобы, обращаясь, смотреть на пациента, а не на его ноги, нужно ли предупредительно стучать при входе в палату (палата — «приватная территория пациента»), нужно ли здороваться, нужно ли одевать новые перчатки обязательно в присутствии пациента (это касается и необходимости постелить чистую пелёнку для процедуры, опять-таки, в присутствии пациента) и т.д.[9].

К элементарным навыкам профессионального общения относятся обязательные правила (которые выполняются не задумываясь, «на автомате»): выключить звук мобильного при

общении с пациентом, необходимость стучаться (хотя бы формально) при входе в палату; спросить разрешения у пациента при проведении любой манипуляции и спросить, «как всё прошло» по окончании; умение здороваться с указанием на время суток (тяжёлым пациентам это может быть необходимо в силу их возможной дезориентации во времени); умение прощаться «до завтра», вселяя надежду; обязательное для среднего медицинского персонала требование грамотно отвечать на вопросы пациентов о предлагаемых ему препаратах (таблетках, инъекциях и т.д.), а также открывать препараты (например, таблетки) только в присутствии пациента.

Все вышеперечисленное — поддержка самостоятельности и собственного достоинства пациента, информирование, культура взаимодействия и т.д. — это не «лишняя работа», не частные/второстепенные вопросы, а основа, на которой складывается уважение и практическая помощь пациенту.

В процессе взаимодействия с пациентом, находящимся в тяжёлом состоянии, медицинский работник также постоянно общается с близкими родственниками пациентов. Постарайтесь понять и принять важность родственников для пациента. Для многих родственники — это та главная ниточка, которая связывает человека с жизнью, здоровьем, счастливыми моментами. Задачи медицинского персонала всех уровней при общении с родственниками включают следующее:

во-первых, при возможности максимально способствовать общению тяжелобольного пациента с родственниками (это «самое лучшее лекарство»);

во-вторых, информировать родственников (если они имеют право знать информацию по закону!) о состоянии пациента, делая это спокойно, взвешенно, без «натянутого» оптимизма и «убивающего» пессимизма, без иронии и сарказма, неуместных шуток и т.д.;

в-третьих, помочь, подсказать, познакомить родственников пациента с необходимыми им для ухода за пациентом ресурсами, научить правилам ухода, если требуется;

в-четвёртых (наверное, самое трудное) — сплотить для решения общей проблемы, при этом показав, что родственники

не остаются один на один с бедой и болезнью (это достигается «малыми» шагами: авторитетом и поддержкой медицинского работника, информационной помощью, ненавязчивым советом, а также употреблением местоимения «мы», которое подчёркивает, что люди не остались в беде одни — «НАМ нужно сделать...», «МЫ решим...», «НАМ нужно разделить обязанности» и т.д.) [10].

Немаловажным в формировании и применении этических норм в медицинском учреждении становится и соблюдение корпоративной культуры (уважать себя и своих коллег, не ставить друг друга в неловкое положение, соблюдать нормы корпоративной этики и т.д.).

Также значимо умение беречь себя и противостоять профессиональному выгоранию. Для этого, по мнению автора, прежде всего, нужно научиться проявлять деятельное сочувствие (эмпатию) взамен сопереживания и эмоционального погружения в проблему, научиться отвлечениям, постановке «границ», понять и прочувствовать разницу между советом/обучением и давлением/поучением (прежде всего в отношении пациента и его родственников), а также довести до автоматизма / алгоритмизировать некоторые стандартные этические и коммуникативные приёмы общения.

Подытоживая все вышесказанное, предлагаю суммировать высказанные «советы» и напоминания в общий список:

1. Пациентоориентированность и человекоцентризм не включаются автоматически, этому тоже нужно учиться, но главное — понимание, что лечебное учреждение для человека и лечим мы человека, а не тело/объект.

2. Эмпатия — это не просто сочувствие, это деятельное сочувствие, умение услышать и помочь!

3. Уважайте пациента! Для этого, прежде всего:

- уважайте его чувство собственного достоинства, его ценности и приоритеты,

- уважайте и поддерживайте самостоятельность пациента (старайтесь по возможности помочь максимально комфортно обустроить его быт в стационаре),

- уважайте решение пациента, если он намеренно/созна-

тельно отказывается от помощи. Вы можете объяснить и посоветовать, но не имеете морального права «давить», вынуждать и поучать.

4. Говорить пациентам правду необходимо, но делать это нужно аккуратно, продуманно, соотносясь с обстоятельствами и состоянием пациента. Помните, что говорить правду нельзя «на бегу», необходимо подготовить комфортную обстановку для беседы, «настроиться на волну» пациента (его родственников) и т.д. В крайнем случае, при отсутствии возможности говорить правду лучше «уйти от разговора», чем врать.

5. Помните, что вести беседу по поводу диагноза, лечения, прогноза и любой личной информации пациента возможно только с его законными представителями (если пациент не способен принимать решения) или с его явно выраженного согласия.

6. Не стоит недооценивать информирование и разные виды информационных ресурсов, которыми вы должны владеть и при необходимости поделиться с пациентом (его родными).

7. Соблюдайте профессиональную культуру труда и взаимоотношений (и это тоже про уважение к пациенту!) — вскрывайте лекарственные средства, надевайте перчатки и т.д. при пациенте.

8. Не используйте срочность/загруженность как повод для неуважения или исключения формальностей в общении (например, не считаю нужным поздороваться, постучать в дверь палаты и т.д.).

9. Поощряйте общение пациента с его близкими, это общение может стать лучшим лекарством для тяжелообольного и наиболее успешной терапией для него. Помните, что любовь рождает новые надежды, а разговоры с близкими замедляют время болезни.

10. Сохраняйте и уважайте корпоративную культуру и никогда не показывайте пациенту ваше негативное отношение к действиям других медицинских работников. Начинайте культуру общения с себя.

11. Берегите себя: устанавливайте границы общения с пациентом (его родственниками), временные рамки общения.

Вовремя научиться «переключаться» во избежание эмоционального выгорания на работе.

Конечно, все, что отмечено в «списке», необходимо, но при этом многие советы остались неучтёнными. Знания в области этики, права, психологии, теории коммуникации и, конечно, личный опыт помогут каждому медицинскому работнику выстроить правильные взаимоотношения с пациентом и помочь ему бороться с болезнью.

Литература

1. Федермессер, Н. Кто у нас трусы снимать не хочет?/ Н.Федермессер — [Электронный ресурс] — <https://www.pravmir.ru/eto-kto-u-nas-trusy-snimat-ne-hochet-nyuta-federmesser-o-narusheniyah-etiki-v-olniczah/?fbclid=IwAROWDTImOkIsJ6Jx4v3Z3lvJQw7LBOeJvvoal24G3hj7Ow7DU7S13IOosW0> (Дата доступа 12.2021г.)
2. Sokolchik V. Respecting the Autonomy of the Dying Patient/ Approaches to Death and Dying: Bioethical and Cultural Perspectives edited by Marta Szabat and Jan Piasecki — Krakow, Jagiellonian Universit Press, 2021 — 216 p. — P. 75
3. Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435 — XII «О здравоохранении» — [Электронный ресурс] — <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435> (Дата доступа 15.12.2021 г.)
4. Batt-Rawden, SA., Chisolm, MS., Anton, B, Flickinger, TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. Acad Med. 2013;88(8): 1171-1177.
5. Harvard Manage Mentor-coaching tools. Active Listening Self-Assessment — [Электронный ресурс] — http://www.mheducation.ca/college/mcshane4/student/olc/4obm_sa_08.html (Дата доступа 15.08.2017 г.).
6. Balaban, R. A physician's Guide to Talking About End-of-Life Care. J Gen Intern Med. 2000 Mar; 15(3): 195–200. — [Электронный ресурс] — <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495357/> (Дата доступа 15.05.2020г.).
7. Yahanda,AT, The Importance of Sharing Health Decisions AMA J Ethics. 2020;22(5):E 349-351.
8. Сокольчик, В., Орловская, Е. Принцип конфиденциальности в работе среднего медицинского персонала/ж. Главная медицинская сестра №12, 2021 — с. 37 — 41.
9. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract., 2000, 49(9): 796-804.
10. Сокольчик, В. Н. Коммуникация врача и пациента: на перекрестках этики и прав человека / Здравоохранение Беларуси №11 (884), 2020— с. 44 –50.

ЭТИКА: ВИЧ, ГЕПАТИТЫ, СОЦИАЛЬНАЯ СПРАВЕДЛИВОСТЬ

В. М. Цыркунов, д-р мед. наук, профессор кафедры инфекционных болезней ГрГМУ, главный редактор журнала «Гепатология и гастроэнтерология», главный внештатный инфекционист Гродненской области, Заслуженный деятель науки Республики Беларусь

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно (Беларусь)

Наиболее актуальными, современными и распространёнными в Республике Беларусь гемоконтактными инфекциями (ГКИ) являются ВИЧ-инфекция и парентеральные вирусные гепатиты (ПВГ) [1].

ВИЧ-инфекция является заболеванием, которое вызывает страх, неправильное понимание и неверное решение многих вопросов в жизни конкретного участника эпидемического процесса — ВИЧ-инфицированного. Чтобы этого не допустить, у нас в стране существует организационная структура и чёткая программа оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, которая включает мультидисциплинарную команду специалистов и врачей (инфекционист, фтизиатр, нарколог, социальный работник, другие специалисты по показаниям).

Однако наряду с пациентом в эпидемическом процессе всегда участвует медицинский персонал, постоянно подвергающий себя значительному риску инфицирования ВИЧ, оказывая различные виды медицинской помощи (амбулаторная, госпитальная, хирургическая, стоматологическая, косметическая, иные) ВИЧ-инфицированному пациенту, при этом, не зная его инфекционного статуса. По существующему законодательству ВИЧ-инфицированный пациент не обязан информировать медицинский персонал о своём ВИЧ-статусе. На мой взгляд, это неверно и противоречит морально-этическим принципам любого общества, которое должно заботиться о гражданах. Существующее положение касается заботы только об одной стороне — ВИЧ-инфицированном, и не зависит от его социального

статуса (наркоман или не наркоман). Но не о другой стороне, не менее важной — медицинских работников, которые добросовестно, ежедневно оказывают медицинскую помощь данному, в большинстве своём непростому контингенту. Предполагаю, что чиновник, апеллируя контраргументами, скажет, что любой медработник, оказывая помощь пациенту, независимо от его инфекционного статуса, обязан соблюдать строгие меры профилактики, чтобы исключить заражение от пациента, которого он обслуживает. Это не совсем так и граничит с нарушением прав человека, в частности медицинского персонала. Ведь не только медики, но и всё население соблюдают меры индивидуальной профилактики, однако в гололёд ломают ноги, при езде на автомобиле совершают аварии, во время еды может наступить асфиксия, при введении лекарств — анафилактический шок и т.д. Никто не может быть застрахован от несчастных случаев, в том числе и опытный хирург, который во время операции, думая не о себе, а о пациенте может повредить перчатку или уколоть себя иглой, выполняя сложные манипуляции. Но и это не главное.

Истинный источник страха — незнание (Дзонгсар Кхьенце). Незнание о ВИЧ-статусе пациента с гемоконтактной инфекцией, которому оказывается медицинская помощь, это ещё и не знание врачом того, что у данного пациента имеет место иммунодефицитное состояние, а также полный набор сопутствующих, ассоциированных с ВИЧ-инфекционной патологией инфекционных и неинфекционных болезней, способных передаваться окружающим, а также прогрессировать. Незнание врачом ВИЧ-статуса пациента может привести к необоснованному включению в план диагностики и лечения методов и лекарств, способных увеличить иммунодепрессию и ухудшить прогноз течения основной патологии [2].

Решение данного вопроса находится в компетенции законодательных органов. Это несложное, этически обоснованное решение, которое должно базироваться на уже существующих законах, которые не нарушат прав человека (пациента и врача). Необходимо добавить в закон о здравоохранении статью, что ВИЧ-инфицированный пациент при обращении за медицин-

ской помощью обязан информировать врача о своём статусе, а врач, оказывающий ему помощь обязан соблюдать врачебную тайну (эта часть формулировки уже существует в законе).

Приведение нынешней ситуации в соответствие с морально-этическими нормами позволит врачу иметь максимально полную информацию о здоровье пациента, что приведёт к повышению качества диагностики и лечения конкретного человека без нарушений его прав.

Парентеральные вирусные гепатиты (ПВГ). Существующая этическая проблема, затрагивающая принцип социальной справедливости, касается ПВГ, в частности хронического гепатита В (ХГВ) [3]. В нашей стране аналогичная задача, относящаяся к хроническому гепатиту С (ХГС), была успешно решена несколько лет назад на уровне Министерства здравоохранения. До настоящего времени в стране все пациенты с ХГС имеют право на получение бесплатного противовирусного лечения по месту жительства, эффективность которого близка к 100%.

Но, пациенты с ХГВ этого права лишены и находятся в неравных условиях, так как государство «заботится» о пациентах с ХГС, предоставляя им бесплатное лечение, а пациенты с ХГВ лишены такой же государственной поддержки. Кроме того, среди пациентов с ХГВ имеется незначительная часть, инфицированная вирусом В в учреждениях здравоохранения (внутрибольничные инфекции), и дети (в некоторых семьях по несколько детей) с врождённым или полученным ХГВ, лечение которого должны обеспечивать сами пациенты или родители детей.

В итоге нарушается принцип социальной справедливости. Так, наркоман, введивший себе наркотики и распространивший «заразу» вокруг себя, получает от государства полный пакет медицинского бесплатного пожизненного обеспечения, включая диагностику, лечение, консультации специалистов, лекарства, а человек, которого инфицировали вирусом В амбулаторно/стационарно или ребёнок, которому вирус В передала его мать, должны самостоятельно находить средства для диагностики и лечения ХГВ в течение всей жизни.

Полагаю, что пациентам с ХГВ, инфицирование которых

произошло не по их вине (с установленным внутрибольничным или врождённым механизмом передачи вируса В), в первую очередь детям и медицинским работникам, необходима государственная поддержка, а именно: включение их в группу пациентов для бесплатного противовирусного лечения (при наличии показаний), что отвечает принципу социальной справедливости — ключевому принципу белорусского государства, и повышает качество жизни такой категории граждан.

Литература

1. Mar'in, G.G. The assessment of economic loss during detection and examination of hemocontact virus hepatitis and HIV / G.G. Mar'in, P.I. Mel'nichenko, V.A. Novikov // *Voen Med Zh.* — 2007. — Vol. 328(2). — P. 46-8. Russian. PMID: 17508612.
2. Youngs, J. HIV and the right not to know / J.Youngs, J. Simmonds // *J Med Ethics.* — 2016. — Vo. 42(2). — P. 95-9. doi: 10.1136/medethics-2015-102956. Epub 2015 Nov 24. PMID: 26604262.
3. Sugarman, J. Ethics of HIV and hepatitis B cure research / J. Sugarman // *Curr Opin HIV AIDS.* — 2020. — Vo. 15(3). — P. 180-184. doi: 10.1097/COH.0000000000000618. PMID: 32102016.

ЭТИКА: ИНФЕКЦИИ, ИНФЕКЦИОНИСТЫ, СТУДЕНТЫ, СМАРТФОНЫ

В. М. Цыркунов, д-р мед. наук, профессор кафедры инфекционных болезней ГрГМУ, главный редактор журнала «Гепатология и гастроэнтерология», главный внештатный инфекционист Гродненской области, Заслуженный деятель науки Республики Беларусь

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно (Беларусь)

Важнейший аспект здравоохранения выражается самостоятельным этическим принципом — заповедью врача: «*не навреди*» [1]. Кроме инфекционных болезней нет другой в медицине специальности, которая бы характеризовалась таким большим количеством участников эпидемического и инфекционного процессов. Я имею в виду пандемии, эпидемии, вспышки инфекционных болезней, которые стремительно распростра-

няются среди миллионов людей по всему миру. Особую актуальность в этическом понимании имеют инфекции, механизмы передачи которых не всегда могут успешно регулироваться профилактической деятельностью человека: врождённые, половые, гемоконтактные, внутрибольничные и другие, включая «новые» инфекции.

Этика, являясь одной из форм идеологии, представляет собой учение о морали (нравственности), её развитии, принципах, нормах и роли в обществе. Относительно специальности инфекциониста этика — это совокупность норм поведения конкретной профессиональной группы специалистов. Нормы поведения инфекциониста не только определяются его должностными обязанностями, но и зависят от условий его работы, взаимоотношений с коллегами, должного внимания руководства, объективной оценки его работы, оплаты труда, соответственно вкладу в процесс [2].

Профессиональная этика складывается из общего и частного. Общие принципы профессиональной этики предполагают: солидарность, точное понимание долга и чести, особую форму ответственности, обусловленную, как предметом, так и родом деятельности. Частные принципы вытекают из конкретных условий, содержания и специфики той или иной профессии и выражаются в моральных кодексах — требованиях по отношению к специалистам. В представленном тезисе коснусь двух конкретных профессиональных аспектов: образовательного и клинического.

Образовательный аспект. Несколько лет назад я предложил администрации нашего университета, чтобы на первом занятии по клиническим дисциплинам на всех клинических базах, на которых студенты впервые станут общаться с пациентами, приобретая практические навыки, преподаватели под роспись знакомили всех обучающихся с основными документами, в которых приведены нормативные требования по соблюдению медицинской этики. Знание этих документов необходимо любому практикующему специалисту, работающему в медицинской отрасли, включая студентов, непосредственно общающихся с людьми (здоровыми, пациентами, родственниками).

Закон о здравоохранении: статьи, касающиеся медицинской этики и деонтологии (принципов, норм и правил поведения медицинских, фармацевтических работников при выполнении ими должностных обязанностей); особенностей оказания медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, включая ВИЧ-инфекцию и другие; порядок предупреждения пациентов о наличии у них венерических заболеваний и (или) ВИЧ; о правах и обязанностях пациентов; о предоставлении информации, касающейся состояния пациента (врачебная тайна); клятве врача Республики Беларусь.

Положения Конвенции о защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS No.164); наличию и деятельности в каждом учреждении здравоохранения комитетов (комиссий) по вопросам медицинской этики и деонтологии.

Будущие врачи обязаны знать, что в настоящее время высокотехнологические средства коммуникации (мобильные телефоны, иные устройства, которыми располагает каждый пациент, его родственники, врачи и студенты) позволяют незаметно для собеседника (пациента, врача) фиксировать (фотофиксация, аудиозапись разговоров), передавать и выкладывать в сеть любую информацию, включая запрещённую и по закону не подлежащую разглашению. Будущие врачи должны помнить, что данный аспект этики и деонтологии находится не только в плоскости нравственности и профессиональной этики, но и уголовного права.

Клинический аспект. В жизни любого человека имеют место четыре определяющих выбора, влияющих на качество его жизни, два из которых не зависят от него (рождение и смерть), а два полностью зависят от человека (выбор жены/мужа и выбор профессии). Два последних могут сделать человека счастливым в случае принятия единственного и верного решения. Выбор профессии врача/медсестры/санитарки, работающих в условиях инфекционного стационара, это своего рода самопожертвование, на что осознанно идёт человек, понимая какую

опасность представляют для него окружающие инфекционные агенты, которые способны инфицировать не только медицинский персонал, но также их родственников и других лиц в случае формирования семейного/производственного очага.

Какова степень этической оценки государством реальных эпидемических условий (опасность, потенциальный вред, вероятность внутрибольничных инфекций), в которых находится работник инфекционного стационара (персонал больниц, сотрудники кафедр) в течение рабочего дня и как соблюдается принцип социальной справедливости в этико-правовом плане, применительно к работе врачей-инфекционистов кафедры и больницы?

Разделение инфекционистов на два условных лагеря (больничные и кафедральные) обусловлено различиями организационной структуры медицинских учреждений, к которым относится инфекционная больница (практическое здравоохранение) и медицинский университет (медицинское образование). Однако цели и задачи, которые поставлены перед врачами-инфекционистами, работающими на кафедре и в больнице, одинаковые, пациенты одни и те же, ответственность одинаковая, но, судя по зарплате, вредности различные, несмотря на одинаково опасные для здоровья условия работы, связанные с риском инфицирования. Причина различия в существующем законодательстве, согласно которому врачи-инфекционисты больницы весь день находятся как бы «у постели больного», а врачи-инфекционисты кафедры — эпизодически, проводя занятия в учебных классах, не подвергая себя негативному влиянию заразных агентов. Это заблуждение, так как время, необходимое для инфицирования различными возбудителями инфекционных болезней, для всех одинаковое и соответствует не часам и суткам, а минутам и секундам. Все специалисты, независимо от категории, званий и должностей обязаны соблюдать одинаковые требования по соблюдению санэпидрежима, используя стандартизированные средства индивидуальной защиты.

Решение данного вопроса находится не столько в естественно-научном, сколько в этико-правовом поле, предусма-

тривающем индивидуальный (дифференцированный) подход и контроль, основанных на выработанных объективных законодательных нормах. С другой стороны, нельзя допустить уравниловки, чтобы специалист, который работает в учреждении здравоохранения с опасными/вредными условиями труда, получал надбавку без учёта характера его работы.

Жизнь восстановила принцип этической, профессиональной и социальной справедливости, причём на самом высоком уровне: глава государства принял решение об увеличении денежных выплат врачам, работающим с пациентами COVID-19, объединив тем самым в правах врачей инфекционистов больниц и кафедр. А ведь COVID-19, будучи не самой высококонтагиозной инфекцией, по своему морально-психологическому воздействию на человека значительно уступает таким инфекциям, как туберкулёз, ВИЧ-инфекция, гемоконтактные гепатиты и другие. Полагаю, что установленные инфекционистам надбавки за вредность сохранятся после снижения эпиднапряжения COVID-19.

Литература

1. Hongladarom, S. The «do no harm» principle and ethical theory / S. Hongladarom // J Med Assoc Thai. — 2000. Vol. 83(10). — P. 1278-82. English, Thai. PMID: 11143497.
2. Этика инфекционной патологии / Под общей ред. О.И. Кубарь. — СПб.: ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2014. — 116 с.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ	5
ПРОГРАММА XVIII Международной медицинской конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире»	6
<i>A. A. Kirpichenka, A. G. Dzenisenka, A. A. Buinou, V. S. Ogrizko, E. V. Tsybulskaya</i> TREATMENT OF DEPRESSION BY GENERAL PRACTITIONERS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC	17
<i>А. Г. Денисенко, А. А. Буйнов, В. С. Огрязко, А. А. Кирпиченко</i> К ВОПРОСУ О ПОСМЕРТНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЛИЦ, УМЕРШИХ ОТ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	20
<i>А. Н. Окороков</i> ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИИ COVID-19	23
<i>А. Г. Денисенко, О. А. Федчук, Н. Н. Семёнова, В. С. Огрязко</i> К ВОПРОСУ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	47
<i>А. Г. Денисенко, А. А. Кирпиченко, А. А. Буйнов, В. С. Огрязко</i> О ВЛИЯНИИ АЛКОГОЛЯ НА ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	51
<i>Т. В. Матвейчик</i> АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19	54
<i>И. В. Жильцов</i> СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ САМОИЗОЛЯЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПРОТИВО-ЭПИДЕМИЧЕСКИМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПО ПОВОДУ COVID-19	60
<i>В. П. Быстряков</i> ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ УНИВЕРСИТЕТАХ	67

<i>М. О. Досина</i> ФОРМИРОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	72
<i>А. М. Будрицкий, И. В. Кучко, С. А. Моисеев, Е. С. Кубышко</i> ИЗМЕНЕНИЕ ПРОФИЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ В ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2017-2021 ГГ.	88
<i>В. П. Булавкин, Е. И. Скребло, Е. С. Головки</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ РОНКОЛЕЙКИНОМ ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТОГЕННЫМ СЕПСИСОМ	91
<i>В. Ю. Земко, Ю. Г. Земко</i> ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ	96
<i>Н. М. Медвецкая</i> ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ-СПОРТСМЕНАМ С УЧЁТОМ ИХ АНТИДОПИНГОВОГО КОНТРОЛЯ	97
<i>В. Н. Сокольчик</i> УВАЖЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ — ЭТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	101
<i>В. М. Цыркунов</i> ЭТИКА: ВИЧ, ГЕПАТИТЫ, СОЦИАЛЬНАЯ СПРАВЕДЛИВОСТЬ	113
<i>В. М. Цыркунов</i> ЭТИКА: ИНФЕКЦИИ, ИНФЕКЦИОНИСТЫ, СТУДЕНТЫ, СМАРТФОНЫ	116

Научное издание

**ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

**XVIII Международная
медицинская конференция
(Витебск, 9 июня 2022 г.)**

Тезисы докладов

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

Подписано в печать 30.04.2022.
Формат 84x108 1/32. Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 6,65. Уч.-изд. л. 6,23.
Тираж 60 экз. Заказ 936.

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”».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий
№ 3/219 от 21.12.2013.
Ул. Б. Хмельницкого, 8-215, 220013, г. Минск.



Тезисы докладов
Международных конференций
«Проблемы врачебной этики в современном мире»
в электронном виде доступны в Интернете:
<http://med-konf.pro-christo.catholic.by/>

ISBN 978-985-7206-81-0



9 789857 206810