

Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности.

**ГИППОКРАТ**

газета  
для здоровых  
и больных

ЕГО ВЕЛИЧЕСТВО —

# пациент

Ежемесячная газета

Выпускается с 2001 года

Апрель 2020 № 4 (192)

**ОДЕССКИЙ МЕДУНИВЕРСИТЕТ — ОДЕССИТАМ**

## В НОМЕРЕ:

- |   |        |   |        |
|---|--------|---|--------|
| ● Вебинар по вопросам лечения COVID-19    | стр. 1 | ● Новая коронавирусная болезнь — вызов цивилизации? | стр. 4 |
| ● Интервью с академиком В. Н. Запорожаном | стр. 2 | ● Паника...   | стр. 6 |
|   |        | ● Работаем дома?                                    | стр. 8 |

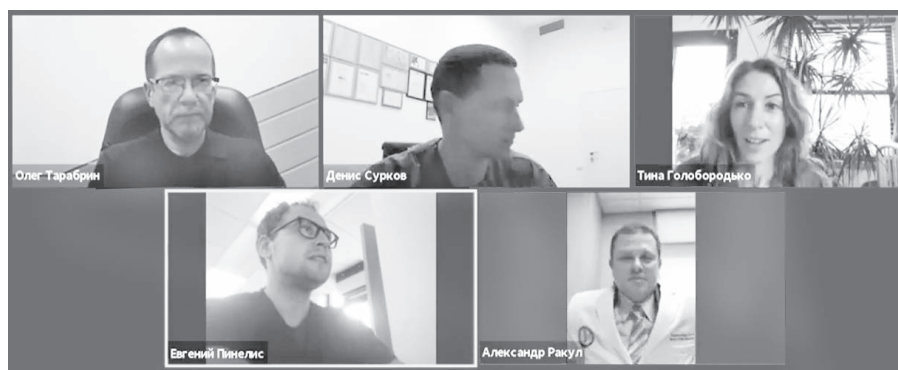
## СМИ ПИШУТ...

# ОНМедУ ПРИСОЕДИНИЛСЯ К ВЕБИНАРУ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ И ЛЕЧЕНИЮ COVID-19 С УЧАСТИЕМ АМЕРИКАНСКИХ ВРАЧЕЙ

Одесский национальный медицинский университет присоединился к вебинару по вопросам лечения COVID-19 с участием украинских и американских врачей.

Вебинар инициировал бизнесмен Андрей Ставницер, курирующий борьбу с распространением COVID-19 в Одессе. Модерировал дискуссию и. о. проректора Одесского национального медицинского университета, заведующий кафедрой анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний профессор Олег Тарабрин. «Мы на стадии подготовки, и ваш опыт имеет для нас большое значение, ведь вы сейчас — в эпицентре пандемии. Ваш опыт очень важен — отметил Олег Тарабрин.

К видеосвязи присоединились профессор кафедры детской реаниматологии Военно-медицинской академии Днепра Денис Сурков,



анестезиолог The Brooklyn Hospital Center Евгений Пинелис (Нью-Йорк), доцент Albert Einstein College of Medicine, интернист Montefiore Weiler Hospital Валентина Голобородько (Нью-Йорк), выпускник ОНМедУ, Калифорнийского университета и Гарварда, medical group administrator больничной сети Kaiser Permanente Александр Ракул (Окленд, Калифорния) и другие.

Сейчас в медучреждениях только Нью-Йорка пребывают около 14 000 пациентов с COVID-19. Американские коллеги поделились опытом лечения пациентов, в том числе в тяжелых состояниях, методиками и протоколами лечения, а также опытом организации работы реанимационных отделений.

По материалам интернет-ресурса «Волнорез»

# ВАЛЕРИЙ ЗАПОРОЖАН О РАБОТЕ НА КАРАНТИНЕ, УКРАИНСКОЙ НАУКЕ И ЦИФРОВИЗАЦИИ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Пандемия COVID-19 создала новые экономические условия, от адаптации к которым зависит выживаемость бизнесов, институций и целых отраслей. Наименьшие убытки понесут те, кто уже работает онлайн или готов к цифровой трансформации. В этом кроются не только вызовы, но и возможности. В условиях кризиса долгожданная диджитализация коснулась в Украине даже столь консервативных здравоохранения и образования. О новых точках роста, лечении и обучении в условиях карантина, о медреформе и шансах украинской медицинской науки говорим с главой Ученого совета Одесского национального медуниверситета, почетным доктором 19 зарубежных университетов и ассоциаций академиком Валерием Запорожаном.



— Карантин стал проблемой для Одесского медуниверситета?

Скорее — вызовом. За предыдущие годы нам удалось создать добротную информационно-технологическую инфраструктуру, поэтому перевод студентов на дистанционное обучение не составил труда. Это немного непривычно для всех, но большого ущерба учебному процессу не принесло. Студенты «посещают» онлайн-лекции и мастер-классы, готовятся к ОСКЭ (Объективный структурированный клинический экзамен. — Ред.) при помощи видеоуроков на нашем youtube-канале. Мы довольно давно работали над онлайн-обучением и оказались готовы к такому повороту. Что касается университетских клиник, то они, в соответствии с постановлением Кабинета Министров, приостановили амбулаторный прием и переведены в режим полной готовности. Они не вошли в перечень клинических баз для приема пациентов с COVID-19. Но если ситуация начнет выходить из-под контроля и мы получим соответствующее указание от Министерства здравоохранения, будем во всеоружии.

Что касается сотрудников, могу заверить, что никто не потеряет работу, это для меня вопрос принципиальный. Зарплаты выплачиваем в полном объеме, никаких сокращений и урезаний не будет. Сейчас много и правильно говорят об ответственности. Людей — за свое здоровье, работодателей — за своих сотрудников. В Одесском медуниверситете работают тысячи людей, которых мы не имеем права подвести. Даже в тяжелые 1990-е, когда ученые, педагоги и инженеры вынужденно уходили торговать на рынки, мы сохранили коллектив и зарплаты. Так что карантин — это не первое испытание, которое, я уверен, наш коллектив пройдет в полном составе.

— Вы лично знакомы с новым министром Максимом Степановым?

Да, он довольно долго работал в Одесской облгосадминистрации. Мы встречались по вопросам, связанным с университетом и клиниками.

— Что можете о нем сказать?

Что он, как и его предшественник (Илья Емец. — Ред.), возглавил министерство в самое сложное для здравоохранения время. Каждый украинец лично заинтересован в том, чтобы он справился.

— Министр пока публично не представлял свое видение медреформы. Сказал лишь, что это второй после коронавируса приоритет. Вам известна его позиция?

Даже если так, с моей стороны было бы некорректно говорить за него. Из его публичных выступлений в СМИ мне запомнилось: необходимо обязательное медицинское страхование. Это обнадеживает. Хотим мы того или нет, но мир движется в сторону коммерциализации. Поэтому и здравоохранение в Украине рано или поздно придет к страховой медицине. О ней еще со времен президента Ющенко говорят, и пока никто не предложил ничего лучшего. Проблема только в том, что дальшие разговоры дело не заходило, и вместо страховой медицины мы имеем то, что имеем.

— С этого года в Украине меняется принцип финансирования вузов. Теперь оно будет зависеть не от количества бюджетников, а от качества подготовки. Как Вы к этому относитесь?

Позитивно. Знаете, пандемия показала, что украинцы не могут позволить себе жить на одну зарплату — ее может не стать в любой момент. Так и государственные учреждения не могут и не должны сидеть на шее у государства. Оно, безусловно, должно помогать, финансировать, в первую очередь, научные разработки, но не содержать. Корреляция финансирования и качества образовательных услуг будет стимулировать уни-

верситеты становиться лучше, расширять международное партнерство, бороться за гранты и вкладываться в профессиональную подготовку. Вузов у нас много, конкурентная борьба между ними должна поощряться. Для Одесского медуниверситета нововведения не стали ни шоком, ни вызовом. Потому что все, что мы делали, всегда было направлено на качество обучения. Создана достаточная материально-техническая база. Во главе обучения поставлен компетентный подход.

Еще 4 года назад, будучи ректором, я создал Центр контроля за качеством образования. Это оснащенная комната на 300 компьютеров, где любой студент может готовиться к «КРОКам»: проходить пробные тесты, проверять свои знания, подтягивать «хвосты». Вторая функция центра — автоматизированный допуск или недопуск к сессии. Студент проходит тест — и система, которой безразлично, кто перед ней сидит, ставит оценку.

Еще один аспект — ответственность университета перед студентами. Поступая в медицинский, они должны быть уверены в том, что получат необходимые навыки, будут профпригодными и востребованными. Поэтому, кроме оценок, важный показатель — трудоустройство. Мы всегда работали в этом направлении. Поддерживаем отношения с департаментами здравоохранения всех областей, мониторим рынок, проводим ярмарки вакансий. Еще до пандемии была идея разработать реестр выпускников. Но коронавирус многое поставил на паузу.

— Вы сказали, что давно работали над онлайн-обучением. Какую цель вы перед собой ставили, учитывая, что о пандемии тогда никто и подумать не мог?

Мы хотим в течение 5 лет весь учебный контент всех кафедр «упаковать» в онлайн. Студент заболел, просит у товарища переписать конспект. Вы знаете, что кон-

пекты иногда никакой критики не выдерживают. Вместо того чтобы переписывать, студент может сам просмотреть видеолекцию. Плюс это отличный вариант на случай академического отпуска.

Кроме того, у нас уже несколько лет работает онлайн-библиотека. Доступны все учебные материалы на разных языках, включая английский. Наша библиотека — часть глобальной сети, где можно найти учебники, по которым учатся студенты Йельского университета, Стэнфорда и десятков других вузов. Сейчас на базе библиотеки разрабатываем дистанционный курс последипломного обучения онлайн, чтобы врачи со всей Украины могли прослушать лекции, сдать экзамен и получить свой сертификат. Такой же подход в перспективе можно применять и к заочникам. Я считаю, это очень актуальный и конкурентный подход к образованию.

Мне нравится концепция государства в смартфоне. Технологии — это всегда эффективность и прозрачность. Мы хотим провести аудит и реализовать большой проект «электронный университет»: оцифровать рабочие места, ввести понятный и измеримый KPI для каждого преподавателя, ректора и ректора, свести учебные материалы в единую базу данных.

Еще одна идея — постепенно перевести наши «бумажные» научные журналы в электронные англоязычные издания. С 1997 года при университете работает издательство, мы выпустили более 500 наименований пособий, учебников и книг. Это важно, но для развития науки, повышения индексов цитирования, престижа украинской медицины надо оцифровываться.

**— Вам не кажется, что в условиях хронического недофинансирования уже в ближайшие годы украинская наука исчезнет как явление?**

Ситуация тяжелейшая, но я против категоричности. Наука — абсолютно убыточная область. В любой стране мира это затратно и неприбыльно: условно одно исследование из тысячи даст результат. Поэтому наука не может существовать без грантов, а у наших ученых к ним доступа нет, к сожалению. Например, «Горизонт 2020». Сколько бы мы не подавали туда заявок, а это полгода работы, результат — ноль. Гранты дают Европе, которой верят. Украинцы же могут быть только соисполнителями гранта. Мы пытаемся выйти из этой ситуации — и создали Институт трансляционной медицины. Почему такое название? Иными словами, от стола исследователя — к постели больного. Направление обрело популярность в последние десятилетия. Суть в том, что ученые занимаются максимально практически исследованиями, которые приведут к качественному улучшению диагностики и лечения, профилактики, мониторинга и т. д.

**— Ваш университет готов к таким исследованиям?**

Несколько примеров. Мы сможем определять чувствительность к химиопрепаратам. У таких пациентов нет времени и денег на эксперименты, нужно быстрое и точное решение. Сможем определять предрасположенность к онкологическим заболеваниям и метаболическому синдрому. Это состо-

яние, которое включает огромное количество симптомов: ожирение, нарушение гормонального фона и другие. С нашим оборудованием мы сможем предсказывать развитие этого синдрома на очень ранних стадиях. Есть большая перспектива по части ранней диагностики любой формы рака. Работаем с двумя итальянскими университетами, аналогов их исследованиям на территории Украины нет. Речь идет о прогнозе риска развития рака по так называемым экзосомам. Это частички, выделяемые в межклеточное пространство клетками, которые только начали онкотрансформацию. Мы подготовили людей, всю юридическую часть и площадку для общих научных исследований в этой области.

Есть много акушерских патологий, которые мы можем исследовать и диагностировать на ранних этапах. Наш университет выглядит очень хорошо, у нас есть все условия и современное оборудование, чтобы запустить эти проекты.

**— Вы часто вспоминаете об оборудовании. Вас критиковали за излишние траты, что тренажеры и симуляторы не по карману государственному университету.**

Государственное финансирование — это треть университетского бюджета. Мы оказываем качественные образовательные услуги и зарабатываем на этом. Учим студентов из более чем 50 стран мира, первыми в Украине перешли на английский язык преподавания. Мы закупили это оборудование и будем закупать его в будущем, потому что, во-первых, оно необходимо. Во-вторых, мы не можем позволить себе учить студентов на аппаратах середины прошлого века. У нас когда-то была Счетная палата — и они спрашивали, зачем нам все это, если в районных больницах стоит оборудование 1960-х годов. Логика в этом вопросе нет.

В нашей университетской клинике на Тенистой практически во всех учебных комнатах есть связь с операционной. Камера охватывает операционное поле, хирург комментирует все свои действия. Мы так работаем. Недавно у нас был профессор из Израиля, директор Медицинского центра гинекологии и акушерства и неотложных состояний Тель-Авивского университета и директор центра симуляционных технологий того же университета. Он подтвердил, что наши симуляционные классы и профессиональный уровень специалистов не уступают общемировым. Это — основа компетентностной подготовки, позволяющая нашим студентам не просто знать предмет, но и развивать именно практические навыки, уметь применить их в лечении пациентов.

**— Что за симуляционное оборудование и как оно используется в учебном процессе?**

Это роботизированные манекены, полностью повторяющие анатомию и физиологию человека. В мире никто не подпустит выпускника к пациенту, пока он не доведет свои практические навыки до автоматизма при помощи симулятора. На них студенты изучают строение органов, учатся проводить операции, делать УЗИ и т. д. Симулятор сам оценивает действия студента, не преподаватель. С помощью таких тренажеров сдают также государственные экзамены.

В мире давно работает эта система, мы же в Украине начали не с того — с клинически ориентированного экзамена, не сформировав компетентностный подход к обучению.

Как проходит экзамен? Нет преподавателя, нет комиссии, нет дрожащих от страха студентов. Есть несколько кабинетов, так называемых станций, оборудованных ноутбуком, манекенами, симулятором и всеми необходимыми инструментами. В каждом кабинете висит задание, на выполнение у студента — 5 минут. Студенту присваивают номер, никаких фамилий — полная анонимность. За каждое задание студент получает определенное число баллов, затем они суммируются и абсолютно объективно оценивают знания и умения, устраняют коррупционные риски и субъективность преподавателя. Психологи анализировали результаты и состояние студентов и пришли к выводу, что они меньше подвергаются стрессу и лучше справляются с заданиями.

Кстати, еще одно наше новшество — станция «Коммуникативные навыки». С этого года начинаем больше внимания уделять именно коммуникации врача с пациентом. Это направление в нашей стране зря недооценивают, ведь именно от общения зависит и взаимное доверие, и сбор информации для диагностики и лечения.

**— Пандемия коронавируса сказалась на международной работе университета?**

Весь мир на паузе, и мы не исключение. Чтобы привлечь иностранных специалистов, дать студентам доступ к мировому опыту и знаниям, мы еще в 1990-х создали так называемый Институт почетных докторов. На сегодняшний день у нас их около 20. Это большая гордость, что такие люди читают лекции нашим студентам. Среди них в свое время был выдающийся Кристиан Барнард, автор первой в мире пересадки сердца. Вольфганг Хольцкрегон, автор метода пренатального скрининга — раннего определения патологий плода. Есть предварительная договоренность с молекулярным биологом университета Вирджинии Наталли Колман, которая может стать научным супервайзером нашего университета. Она специализируется на клеточных технологиях в области ранней диагностики и лечения злокачественных новообразований. Специалистов такого уровня на нашем пространстве очень мало. Но коронавирус вмешался в наши планы. Эта работа продолжится, как только мир справится с пандемией.

**— У Вас есть идеи, когда это может произойти?**

Этого никто не знает. Даже ВОЗ призывает не рассчитывать слишком на то, что вирус перестанет распространяться в летнее время. Поэтому нам остается только сохранять бдительность, заботиться о близких и извлекать уроки. Напомню, что в начале XX века «испанка», которая казалась непреодолимым бедствием, дала мощнейший импульс для развития систем здравоохранения, которые в будущем стали ведущими в мире. Поэтому вслед за новой пандемией последует развитие медицинских технологий, и это обнадеживает.

# НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ БОЛЕЗНЬ — ВЫЗОВ ЦИВИЛИЗАЦИИ?

Жизнь нашей страны и мирового сообщества кардинально изменилась в течение 2020 года в связи со вспышкой новой (а значит, уже пугающей) быстро распространяющейся болезни. С 11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила о начале пандемии COVID-19 (по определению, при пандемии заболевает 50 % населения). Заболевание зарегистрировано в 190 странах мира. Во всех СМИ, интернете главная тема — новая коронавирусная болезнь. В большом потоке информации неискушенному гражданину сложно разобраться. Нарастают напряжение, тревога, страх, паника. Поэтому цель статьи — изложить уважаемому читателю научно обоснованные данные о новом заболевании, которое на сегодняшний день еще изучается. Предупрежден — значит вооружен.



Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 года присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, — COVID-19 (“Coronavirus disease 2019”). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 года присвоил официальное название возбудителю инфекции — SARS-CoV-2.

Коронавирусы — большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать человека и некоторых животных (млекопитающих). Они являются одними из возбудителей острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), и у взрослых обычно вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести.

В конце 2002 года появился новый коронавирус (SARS-CoV) — возбудитель атипичной пневмонии, который вызывал тяжелое поражение легких — острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) у людей. Природным резервуаром SARS-CoV являются летучие мыши, промежуточные хозяева — верблюды и гималайские циветты. За период эпидемии в 37 странах мира зарегистрировано более 8000 случаев, из них 774 со смертельным исходом. С 2004 года новых случаев не зарегистрировано.

В 2012 году появился новый коронавирус MERS (MERS-CoV) — возбудитель ближневосточного респираторного синдрома. Его природным резервуаром являются од-

ногорбые верблюды. С 2012 года по 31 января 2020 года зарегистрировано 2519 случаев, из которых 866 закончились летальным исходом. Все они возникли на Аравийском полуострове (из них 82 % — в Саудовской Аравии). Новые случаи заболевания MERS-CoV продолжают регистрироваться.

Новый коронавирус SARS-CoV-2 предположительно является рекомбинантным вирусом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронавирусом. Генетически SARSCoV-2 сходен с SARS-CoV по меньшей мере на 79 %. Входные ворота возбудителя — эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника.

Начальным этапом заражения является проникновение SARS-CoV-2 в клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (ACE2). Рецепторы ACE2 представлены на клетках эпителия легких, кишечника, почек, кровеносных сосудов, однако основной и быстро достижимой мишенью являются альвеолярные клетки II типа (AT2) легких, что определяет развитие пневмонии. К этому вопросу мы вернемся, когда будем говорить о факторах риска тяжелого течения COVID-19.

#### Пути передачи

Основным источником инфекции является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания (до появления симпто-

мов). Передача вируса осуществляется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактным путями. Ведущим путем является воздушно-капельный, который реализуется через микроаэрозоль, возникающий при кашле, чихании и разговоре на близком (менее 2 метров) расстоянии. Контактный путь передачи осуществляется во время рукопожатий и других видах непосредственного контакта с инфицированным человеком, а также через пищевые продукты, поверхности и предметы, загрязненные вирусом. При комнатной температуре SARS-CoV-2 может сохранять жизнеспособность на различных объектах окружающей среды в течение 3 суток (по некоторым данным, от 4 часов до 9 суток).

#### Клинические проявления

Инкубационный период составляет от 2 до 14 суток, в среднем 5–7 суток. Есть данные, что он может продлиться до 24 суток. Для COVID-19 характерно наличие симптомов ОРВИ: повышение температуры тела (> 90 %); кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты — 80 %); одышка (55 %); утомляемость (44 %); ощущение заложенности в грудной клетке (> 20 %).

Наиболее тяжелая одышка развивается к 6–8-му дню от начала заболевания. Среди первых симптомов могут быть боли в мышцах (11 %), спутанность сознания (9 %), головные боли (8 %), кровохарканье (5 %), диарея (3 %), тошнота,

рвота, сердцебиение. Данные симптомы в начале заболевания могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела.

У 80 % пациентов заболевание протекает в легкой форме. Средний возраст пациентов в Китае составил 51 год, тяжелые формы развивались у 25 % пациентов, 10 % требовалось проведение искусственной вентиляции легких. Наиболее тяжелые формы развивались у пациентов старше 60 лет. Среди сопутствующих заболеваний у пациентов с COVID-19 часто встречаются гипертоническая болезнь (73 %), сахарный диабет (32 %), ишемическая болезнь сердца (30 %), болезни почек, онкозаболевания и другие.

Дети и подростки менее восприимчивы к SARS-CoV-2.

#### *Лабораторная диагностика*

Для лабораторной диагностики COVID-19 применяется метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для исследования обычно берут мазки из носоглотки и/или ротоглотки. Результат получают через 48 часов.

Согласно приказу МЗ Украины от № 722 от 28.03.2020 г., обследование проводят у лиц, подозрительных на COVID-19: с симптомами ОРВИ (острое начало, лихорадка, кашель или затруднение дыхания), которые за 14 дней до начала заболевания имели контакт с подтвержденным или вероятным случаем заболевания COVID-19 или посещали страны с высокой, по данным ВОЗ, заболеваемостью COVID-19. Вероятный случай заболевания COVID-19 устанавливают при невозможности однозначной трактовки результатов лабораторной диагностики. Подтвержденный случай — при наличии лабораторного подтверждения COVID-19.

Контактными лицами являются те, которые проживают в одном доме/квартире с больным COVID-19; лица, которые имели прямой контакт (рукопожатие) или контакт со слизистыми выделениями больного (перебывали в зоне кашля, касались использованных салфеток) без средств индивидуальной защиты (СИЗ); находились в радиусе менее 1 метра с больным COVID-19 в закрытом помещении в течение 15 минут и более без СИЗ или неправильно их использовали. Даже при условии использования СИЗ контакт в самолете в пределах двух сидений, обслуживающий персонал, экипаж, а в случае частого кашля заболевшего, все пассажиры авиарейса могут считаться контактными. К контактным относят медработников или других лиц, оказывающих помощь больным, лабораторным работникам.

Контактные должны наблюдаться в течение 14 дней с момента последнего незащищенного контакта и находиться на самоизоляции.

#### *Профилактика и контроль новой коронавирусной инфекции (ПКИ)*

Цепочка инфекционного процесса: возбудитель инфекции — резервуар инфекции — «входные ворота» инфекции — механизм передачи — «выходные ворота» инфекции — восприимчивый организм — возбудитель инфекции. Разрыв любого звена прекратит распространение заболевания.

#### *Общие рекомендации ВОЗ по ПКИ:*

1. Уменьшение контакта с людьми. У многих людей COVID-19 протекает малосимптомно: небольшое повышение температуры, насморк, редкий кашель. Такие люди являются «хорошими» переносчиками инфекции. В общественных местах важно соблюдать дистанцию с другими людьми в 1,5–2 метра. А если у человека есть признаки простуды, еще больше.

2. Частое мытье или обработка рук, особенно после контакта с заболевшими людьми. Гигиена рук — наилучший способ предотвращения инфицирования в медицинских учреждениях и среди населения.

Руки нужно мыть сразу после посещения людных мест или касания предметов, которые находились в людных местах (верхняя одежда, компьютер, мобильный телефон); перед едой. Для мытья достаточно использовать обычное мыло, проточную воду, свежее или одноразовое полотенце. Руки следует мыть в течение 40–60 секунд. После возвращения с улицы домой следует умыться. Если нет источника воды, то руки можно обработать обеззараживающими спирто-содержащими средствами, которые втирают в течение 20–30 секунд. При встрече не надо здороваться за руку, обниматься, целоваться, независимо от отсутствия симптомов ОРВИ у человека.

3. Очень важно соблюдать респираторную гигиену/кашлевой этикет для предупреждения распространения респираторных заболеваний. Процедуры респираторной гигиены: при кашле или чихании отвернитесь от других людей, прикройте нос и рот платком или салфеткой, после использования салфетки незамедлительно выбросьте ее в мусор. При отсутствии платка или салфетки прикройте рукавом, вымойте руки с мылом или используйте антисептик.

Выбор СИЗ зависит от длительности контакта и интенсивности симптомов у больного. Это могут быть медицинская маска, респиратор № 95, лицевой щиток, защитные очки, халат, фартук, перчатки, медицинские головные уборы. Правила выбора СИЗ регламентированы приказом МЗ Украины № 722.

ВОЗ не рекомендует носить маску здоровым людям для защиты от вирусной инфекции. Но в настоящее время в Украине действуют условия карантина, которые обязывают ношение медицинской маски всеми людьми в общественных местах. Лица с симптомами ОРВИ, лица, осуществляющие домашний уход за больным COVID-19 или подозрением на него, должны обязательно использовать медицинские маски. Принципы использования СИЗ: всегда мойте руки до и после использования СИЗ. Используйте СИЗ по своему размеру, одевайте до предполагаемого контакта или зоны повышенного риска и снимайте сразу после выхода из нее. Никогда не используйте одноразовые СИЗ повторно. Проводите обработку и дезинфекцию СИЗ многократного использования каждый раз после их применения. Загрязненные или поврежденные СИЗ необходимо сразу снять (маска, респиратор не должны быть влажными). При оказании помощи больному не прикасайтесь к СИЗ, если это произошло, следует выйти в чистую зону и заме-



**5** нить СИЗ. Всегда аккуратно снимайте СИЗ (от грязного к чистому) во избежание самозаражения. Маску следует менять каждые 2 часа.

#### Принципы лечения COVID-19

Пациенты с легкой формой заболевания лечатся амбулаторно под контролем врача! Критерии легкого течения: температура до 38 °С, которая хорошо контролируется приемом жаропонижающего препарата; сухой кашель без затруднения дыхания, отсутствие нарушения сознания. Симптоматическое лечение включает увеличение потребления жидкости до 2,5–3 литров в сутки, при отсутствии противопоказаний; назначение назальных капель на основе морской соли, при необходимости — сосудосуживающих капель; откашливающие и бронхорасширяющие препараты (при необходимости). Лечение лихорадки рекомендуют начинать при температуре выше 38 °С и ее плохой переносимости (головные боли, повышение артериального давления, сердцебиение, перебои в работе сердца). Используют только парацетамол по 500–1000 мг 4 раза в день, не более 4 г в сутки. Применение известных натуральных средств, применяемых для лечения и профилактики обычных ОРВИ — лук, чеснок, продукты пчеловодства, препараты на основе эхинацеи, заманихи, лимонника и другие.

Пациенты подлежат госпитализации, если у них есть жалобы на одышку (увеличение частоты дыхательных движений более 20 в минуту), удушье, затруднение дыхания, кровохаркание, тошнота, рвота, понос, нарушение сознания, заторможенность.

Факторы риска тяжелого течения COVID-19: тяжелые хронические заболевания легких и сердечно-сосудистой системы, почек, снижение иммунитета, тяжелые аллергические заболевания, сахарный диабет, аутоиммунные заболевания. Такие пациенты должны быть госпитализированы при подтверждении у них COVID-19.

По наблюдениям китайских медиков, применение лекарств группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов ACE2 для лечения сопутствующей гипертонической болезни повышало риск тяжелого течения и неблагоприятных исходов. Считают, что эти препараты могут увеличить численность рецепторов ACE2 и усилить вирусную связь. Однако Американская ассоциация сердца и другие авторитетные организации не рекомендуют прекращать прием уже предписанных лекарств этой группы, считая, что они не увеличивают риск заражения.

Для лечения тяжелых форм COVID-19 используют противовирусные препараты: лопинавир в комбинации с ритонавиром; противомаларийные препараты: хло-

рохин, гидроксихлорохин, препараты интерферонов. На стадии клинических испытаний — умифеновир, ремдесивир, фавипиравир. В Китае при тяжелом ОРДС с хорошим результатом применяли тоцилизумаб. Схемы и протоколы лечения продолжают изучаться и совершенствоваться.

На стадии разработки находится вакцина, есть первые успешные результаты применения ее на животных, но процесс создания и апробации вакцины очень трудоемкий, необходимо время.

Полноценное здоровье человека в первую очередь зависит от его психического здоровья. ВОЗ предупреждает, что необходимо ограничить просмотр новостей о COVID-19, рационально использовать время во время карантина, вести здоровый образ жизни, вести дневник, уделить время семье, поддерживать контакты (по телефону и интернету) с близкими и друзьями, оказывать посильную поддержку нуждающимся. В каждой ситуации необходимо найти положительные стороны! Например, уделить время любимому делу, изучить его до тонкостей и довести до совершенства!

Уважаемые читатели, берегите себя и своих близких! Береженого Бог бережет!

Будьте здоровы!

**Е. В. НАЙДЕНОВА,**  
к. мед. н.,  
доцент кафедры общей практики

## АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

# ПАНИКА... ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ИЛИ РАЗНОВИДНОСТЬ ПОВЕДЕНИЯ ТОЛПЫ?

Паника — одна из форм поведения. Большинство определений паники связано с проявлением массового страха перед реальной или воображаемой угрозой, состоянием периодического испуга, ужаса, нарастающих в процессе взаимного заражения ими. Это состояние, сопровождающееся резким ослаблением волевого самоконтроля, когда эволюционно примитивные потребности, прямо или косвенно связанные с физическим самосохранением, подавляют потребности, связанные с личностной самооценкой.

Сам термин «паника» происходит от имени греческого бога Пана, покровителя пастухов, пастбищ и стад, вызвавший своим гневом «неистовство стад», которые под его влиянием бросались в

огонь или пропасть. Непосредственным поводом к панике становится появление определенной ситуации, шокирующего стимула, что прерывает привычные формы поведения. Чтобы паника возник-

ла, этот стимул должен быть или очень интенсивным, или совсем неизвестным ранее, то есть таким, чтобы вызвать сосредоточенность внимания на себе. Первая реакция на такой стимул — потрясение и восприятие ситуации как кризисной. Потрясение, как правило, вызывает смущение. В такой ситуации человек осуществляет неуравновешенные и торопливые попытки интерпретировать событие в рамках собственного опыта или

вспоминает аналогичные ситуации из опыта других. Ощущение остроты, необходимости быстрого принятия решения мешает логическому осмыслению кризисной ситуации и вызывает страх. Если первый страх не подавлен, то реакция индивида усиливается. Испуг одних сказывается на других, в свою очередь, усиливая страх первых. В этом случае особенно большое значение имеет характер первого движения, когда все внимание участников какого-то события концентрируется именно на нем: все готовы к действиям и ждут развития событий.

Паника относится к таким психологическим явлениям, которые трудно поддаются изучению и пониманию. Ее нельзя непосредственно фиксировать, поскольку, во-первых, никогда заранее не известно время ее возникновения; во-вторых, в ситуации паники трудно оставаться наблюдателем — в том и состоит ее грозная сила, что любой человек, попав в ситуацию паники, в той или иной степени подвергается ей. Во время паники начинают одновременно действовать сразу несколько социально-психологических механизмов влияния на поведение человека. Срабатывают механизмы коммуникативного, перцептивного и интерактивного воздействия. Ситуация паники всегда сопровождается заражением и внушением. Она может возникать как в малой группе в ситуации непосредственного общения, так и в толпе, большом регионе или в обществе в целом.

Очень часто паника инициируется слухами, средствами массовой информации, социальными, политическими событиями. Показателен в этом отношении пример возникновения массовой паники в штате Нью-Джерси в США 30 октября 1938 года. В этот день по радио передавали инсценировку романа Г. Уэллса «Война миров». Передача велась в виде репортажа с места высадки воинственных существ, которые сеяли вокруг смерть и разрушения. Перед этой передачей слушателей ознакомили с сообщениями, которые якобы поступили от известных астрономов, о том, что к Земле приближаются «марсианские объекты». Сразу после передачи в штате Нью-Джерси, на территории которого будто бы началась война, возникла большая паника. Люди старались как можно быстрее выбраться из опасного района, захватывая машины и автобусы. В этой ситуации масса ра-

диослушателей различных возрастных и образовательных слоев (1 млн 200 тыс. человек!) пережили состояние, подобное массовому психозу, поверив во вторжение марсиан на Землю. Хотя многие из них точно знали, что по радио передается инсценировка литературного произведения, почти 400 тыс. человек лично засвидетельствовали «появление марсиан». Это явление было специально проанализировано американскими психологами. В их выводах в основном подчеркивались психологические особенности пропаганды средств массовой информации, в частности радио, а также поведения людей, которые поддались панике.

Предположительно панические нарушения имеют наследственное происхождение. В системе психоанализа возникновение данного нарушения наблюдается в результате безуспешной и бессознательной защиты против патологических импульсов, которые вызывают тревогу. Панические расстройства возникают на фоне депрессии, истерии, страха открытых пространств, генерализованной тревоги, различных социальных фобий, алкогольной зависимости, медикаментозной зависимости и расстройств личности.

Приступы паники чаще всего возникают спонтанно, однако иногда они могут быть вызваны физическим переутомлением, сексуальной активностью, чрезмерным возбуждением. Главный признак панического нарушения — ярко выраженный страх, ассоциированный с приближающейся смертью. Во время атаки наблюдается тахикардия, усиленное отделение пота, учащенное дыхание. При приступе человек старается удалиться с места, которое стало причиной атаки, и пытается найти помощь. В межприступный период у человека может наблюдаться тревожное ожидание новой атаки. Панические атаки отличаются непродолжительными периодами, во время которых больной страдает от сильного страха и дискомфорта.

Паническое расстройство — достаточно частая проблема. Каждый год оно фиксируется у шести миллионов человек, у женщин в два раза чаще, чем у мужчин. Это 2,7 % населения США. Обычно панические атаки происходят у молодых. Статистика не учитывает людей, у которых панические атаки случались только один раз и не перетекали в расстройство.



Что делать, если у вас началась паническая атака? Желательно, чтобы вы на момент приступа не оставались одни, что снижает негативное влияние и делает ощущение во время атаки менее болезненными. Хорошо, если человек осознает, что с ним происходит, но, увы, так бывает совсем не всегда. Если панические атаки происходят часто (в этом случае речь может идти о паническом расстройстве), люди, как правило, постепенно обучаются способам борьбы с приступами. Кому-то помогают дыхательные упражнения, кому-то мышечная релаксация. Кто-то старается отвлечься на домашнюю работу, сериал или занять себя хоть каким-то делом, например, вязанием, вышиванием. Важно убедить себя, что тревогу и панику вызывают не какие-то объективные факторы, а просто временное состояние организма. Само по себе это состояние не опасно — никто от панического расстройства не умирает, оно не может перейти в шизофрению или какие-то иные психические заболевания.

Вот как выглядит памятка, которую советуют носить с собой людям, подверженным паническим атакам. Парадоксально, но одно из главных правил борьбы с паникой — не бороться с паникой:

— смириться с паникой, не пытайтесь бороться;

— представьте себе свою панику, что она где-то вне, и вы смотрите на нее со стороны;

— живите, как обычно, делайте вид, что все в порядке;

— сохраняйте позитив.

Что-то у меня начинается паника из-за отсутствия у меня паники во время всеобщей паники!!! Так что никогда не паникуйте, ладно?

**Г. А. ВОЛОХОВА,**  
к. мед. н., доцент кафедры  
физиологии

# РАБОТАЕМ ДОМА?

Период вынужденной изоляции превратил для многих домашний компьютер в рабочий, стерев границы между кухней и офисом. Удаленная работа перед монитором, всевозможные ZOOM- и Skype-конференции, Viber- и Telegram-чаты — именно здесь сейчас проходит основная часть жизни, которая сменяется не активным отдыхом, а еще несколькими часами в Facebook и Instagram.

Мы работаем и отдыхаем дистанционно, делаем гимнастику перед монитором и смотрим сериалы, совершаем покупки онлайн и учим языки, интернет стал единственным способом коммуникации с миром в эпоху коронавируса.

Так ли безопасна диджитализированная жизнь, и к чему могут привести тысячи часов один на один с экраном компьютера и телефона?

Начнем обсуждение с двух самых распространенных «компьютерных» недугов — синдрома «компьютерной мыши» и синдрома «сухого глаза».

## Синдром «компьютерной мыши»

Название этого синдрома говорит само за себя: синдром «компьютерной мыши», он же «туннельный синдром», характеризуется болью, онемением, покалыванием в пальцах, слабостью в руке и запястье. Особенно это касается большого, указательного, среднего и половины безымянного пальцев.

К возникновению этого состояния приводит неудобное положение руки в сочетании с длительным изгибом в запястье и большим количеством мелких стереотипных движений, приводящих к стойкому напряжению мышц и нарушению кровообращения, что, в свою очередь, влечет за собой отек нерва, сдавление нерва в канале запястья, в том самом туннеле, где через одно узкое отверстие проходят девять мышечных сухожилий и один срединный нерв.

У специалистов существуют несложные тесты, подтверждающие этот диагноз. Дабы не перегружать читателей медицинской терминологией, предлагаю запомнить их простые названия:

Тест «молитва» — сложите ладони на уровне груди, как при молитве. Опустите соединенные ладони как можно ниже, удерживайте их в согнутом положении. В норме боль и нарушения чувствительности появляются не раньше чем через 60 секунд.

Тест «встречаем солнце» — поднимите вытянутые руки над головой и удерживайте их максимально долго. Результат аналогичен первому тесту: боль и нарушения чувствительности появляются не раньше чем через 60 секунд.

Тест «бутылочный» — поднимите литровую бутылку с водой за горлышко большим и

указательным пальцами. Если она выскользывает, то у вас серьезный «туннельный синдром».

Хочу порекомендовать небольшой комплекс упражнений, который при регулярном выполнении сможет предотвратить появление или уменьшить выраженность «туннельного синдрома»:

— сожмите и разожмите пальцы рук в кулаки, поворачивайте ими;

— потрясите расслабленными кистями, постепенно поднимая их в стороны и вверх;

— по очереди делайте кольцо, прижимая с усилием каждый палец к большому пальцу;

— понажимайте одной ладонью на другую так, чтобы ладонь и запястье наклонялись в противоположную сторону;

— используйте мягкий маленький мячик для рук, перекачивайте его в ладони и сжимайте по очереди между всеми пальцами.

Также необходимо помнить о правильном положении не только кисти и пальцев, но и всей руки во время работы за компьютером. Хочу обратить внимание на важность наличия опоры для локтя. Для этой цели разработаны специальные крепления в офисной мебели — «computerarmsupport». Помимо этого, в настоящее время доступны альтернативные конструкции клавиатур, компьютерных мышей, специальные подставки под запястье.

Если все же «туннельный синдром» случился именно с вами, то для купирования боли и предотвращения рецидива врачи рекомендуют специальные ортезы, бандажи, лангеты на запястье, которые можно приобрести в аптеке.

## Синдром «сухого глаза»

Синдром «сухого глаза», «зрительный компьютерный синдром» — это состояние, которое является расплатой за многочасовое визави с экраном монитора в пересушенном воздухе кондиционированных помещений.

Обычно человек моргает около двадцати раз в минуту. При работе с компьютером и смартфоном частота моргания снижается примерно втрое, что приводит к частичному высыханию пленки слезной жидкости, защищающей и увлажняющей глаз.

Основные симптомы, характерные для этого состояния, — это ощущение сухости и песка в глазах, зачастую к вечеру, покраснение глаз и колющая боль в глазах, ощущение



жжения, инородного тела в глазу, повышенное слезотечение, особенно на ветру, ощущение усталости глаз и «размытого зрения», а также дискомфорт при ношении контактных линз.

Если и вы обнаружили у себя несколько подобных симптомов, но все же вынуждены продолжать проводить за компьютером много часов подряд, то хочу дать вам один простой, но очень важный совет — моргайте, чтобы глаза постоянно увлажнялись!!! В качестве базовой терапии синдрома «сухого глаза» специалисты рекомендуют препараты искусственной слезы, которые увлажняют поверхность глаза, стимулируют работу слезной железы и замедляют испарение влаги.

Помимо этого, в профилактических целях раз в полчаса-час во время работы за компьютером глаза надо прикрывать ладонями на несколько секунд и делать несложные упражнения для глаз — специальную «глазную гимнастику»:

— посмотреть вверх, затем прищурить нижние веки, чтобы они задрожали, после выполнить круговые движения глазами яблоками по часовой и против часовой стрелки, подвигать ими вправо-влево, задерживаясь в крайних точках на 10–15 секунд;

— устремить взгляд на удаленный предмет за окном, внимательно рассмотреть в него около 15 секунд, а затем резко перевести взгляд на более близкую «мишень», не изменяя положения головы.

Искренне надеюсь, что, закончив чтение этой статьи, вы непременно сделаете эту несложную гимнастику для глаз, ну а об остальных проявлениях «офисного синдрома», о мерах профилактики и способах восстановления мы продолжим разговор в следующем номере.

**О. Г. ЮШКОВСКАЯ,**  
д. мед. н., профессор,  
заведующая кафедрой физической  
реабилитации, спортивной  
медицины, физического  
воспитания и валеологии

Редактор выпуска И. В. Барвиненко  
Ответственные секретари  
А. В. Попов, Р. В. Мерешко  
Учредитель и издатель — Одесский  
национальный медицинский  
университет

Адрес редакции:  
65082, Одесса, ул. Ольгиевская, 13. Тел. 723-29-63.  
Свидетельство о регистрации: ОД № 685 от 29 марта 2001 г.  
Подписано к печати 14.04.2020. Тираж: 500. Заказ 2180.  
Напечатано в издательстве Одесского национального медицинского  
университета, 65082, Одесса, ул. Ольгиевская, 13. Тел. 723-29-63.