

DOI 10.31483/r-126587

Матвейчик Татьяна Владимировна

**ВОПРОСЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ
В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА КОМАНДОЙ ВРАЧА,
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И УЧИТЕЛЯ**

***Аннотация:** социально ориентированное государство – Республика Беларусь более 20% бюджета страны расходует на систему здравоохранения, о чем известно из доклада 19.12.2024 г. на заседании Мингорисполкома о принимаемых мерах по развитию системы здравоохранения члена Совета Республики по образованию, науке, культуре и социальному развитию В.А. Кондратовича.*

Представлен анализ новых подходов к вторичной профилактике одного из наиболее распространенных заболеваний эндокринной системы – сахарного диабета (СД) в деятельности врачей и медицинских сестер (МС) системы первичной медицинской и специализированной медицинской помощи, которые позволяют обеспечивать качество жизни пациентам.

Рассмотрены аспекты взаимодействия команды врача и МС с такими пациентами с точки зрения пользы для труда и жизни биомедицинской этики, философии и экономики.

***Ключевые слова:** биомедицинская этика, врач, команда, медсестра, пациент, сахарный диабет, философия, экономика.*

***Abstract:** a socially oriented state, the Republic of Belarus, spends more than 20% of the country's budget on the healthcare system, as is known from the report of 19.12.2024 at a meeting of the Minsk City Executive Committee on measures taken to develop the healthcare system by member of the Council of the Republic for Education, Science, Culture and Social Development V.A. Kondratovich.*

The article presents an analysis of new approaches to the secondary prevention of one of the most common diseases of the endocrine system – diabetes mellitus (DM)

in the activities of doctors and nurses in the primary medical and specialized medical care system, which can ensure the quality of life for patients.

Aspects of the interaction of the doctor's team and the MS with such patients from the point of view of the benefits for work and life of biomedical ethics, philosophy and economics are considered.

Keywords: *biomedical ethics, doctor, team, nurse, patient, diabetes mellitus, philosophy, economics.*

Актуальность. Темп прироста числа пациентов, больных сахарным диабетом (СД) в год составляет 5–8%, а за последние 20 лет их число в Республике Беларусь увеличилось в 3 раза [1]. Это создает дополнительную нагрузку на систему здравоохранения, в связи с чем актуальность оценки компонентов медицинской помощи – этической, философской и экономической составляющей при сахарном диабете (СД) созвучна девизу, избранному Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) к Международному дню борьбы с диабетом на 2024–2026 гг. Он гласит: «Диабет и благополучие» и означает, что при наличии надлежащего доступа к лечению СД и поддержке благополучия каждого пациента у людей есть шанс иметь достойное качество жизни. Для страны это было особенно актуально в Год качества, объявленный Президентом Республики Беларусь на 2024 год [2].

Известно, что в нашей стране созданы условия для дальнейшего повышения качества жизни людей: поддерживается высокий уровень безопасности, обеспечен равный доступ к медицинскому обслуживанию, образованию, создаются новые рабочие места, сохраняется высокий уровень социальной защиты.

«Мы видим возрастающий спрос на ценности социального государства... Возвращение к этим ценностям – вопрос качества жизни людей: духовной сферы, экономического благополучия, социальной справедливости. Все здесь взаимосвязано», – было отмечено Президентом Республики Беларусь А.Г. Лукашенко на совещании, посвященном вопросам проведения Года качества. Эта мысль продолжена в новом Указе Президента Республики Беларусь от 17 января

2025 г. №31 об объявлении 2025–2029 гг. пятилетней качества, которая касается организации жизнедеятельности людей.

Принципиально новые подходы к оказанию медицинской помощи проявляются в приверженности к высоким стандартам, базирующимся на принципах биомедицинской этики (БМЭ) с учетом экономики и возможностей государства.

Материал и методы: аналитический, статистический, библиографический.

Результаты и обсуждение. Влияние аспектов БМЭ возросло благодаря ее связующим действиям на развитие медицинской науки. Она соединяет в себе исследования в сфере медицины, биохимии, этики и юриспруденции. Основоположник БМЭ Р.В. Поттер в 1971 г. считал: «Биоэтика – наука о выживании, призванная соединить две культуры – естественнонаучное (биологическое) и гуманитарное знание», а американский ученый Г. Йонас через 20 лет назвал ее «Этика предвидения и ответственности» [3].

В современной диабетологии наука и технологии развиваются таким образом, что каждый пациент может оказаться в ситуации личностного выбора: считает ли он оправданным развитие науки в таких направлениях, как клонирование, редактирование генома эмбриона, развитие нанотехнологий, применение в медицине искусственного интеллекта, сращивание тела человека с кибернетическими устройствами? Принимает ли конкретный человек эти технологии в свою жизнь или нет. Ведь если люди будут массово не принимать те или иные технологии, они просто не приживутся, такие инновации никому не нужны [4].

Объединение культуры биологических знаний о природе СД указывает на его значение в объединении с гуманитарным знанием, позволяющим обеспечить пациентам комфорт течения болезни и качество жизни. Поведение пациента с СД обусловлено не только его воспитанием, образованием, культурой, но и иными влияниями.

Поведение человека в обществе регулируется правом и моралью. Право всегда будет отставать от темпов развития науки и технологий, а значит регуляция новых объектов и социальных отношений, возникающих в биомедицине («дизайнерские дети», суррогатное материнство, редактирование геномов и др.) все

больше будет зависеть от этических ориентиров. «Задача биоэтики в том, чтобы для каждого человека развитие науки не стало адом мучительного чувства вины, экзистенциальной неопределенности и боли. Биоэтика не обещает рая, но показывает путь к нему. Именно поэтому биоэтику называют профессией будущего...» [3].

Оценить каждому человеку последствия, положительные либо отрицательные, сложных технологий – непросто. Пациенты с СД нуждаются в пояснении врача или МС, показе плюсов и минусов поведения и образа жизни конкретно для него и нельзя исключить, что эксперт может быть ангажирован, но другого способа разобраться нет, потому что любое знание сейчас нагружено личностной позицией врача (МС), теоретическими и ценностными предпосылками, – поэтому важно, чтобы люди это понимали [4].

Сохраняет актуальность девиз, принятый ранее: «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща» для осуществления цели по реализации политики ООН «Здоровье-2020» и развиваемой далее до 2030 г [5]. Согласно «Целям устойчивого развития» (ЦУР) на принципах охвата всех этапов жизни к 2030 г. в Европе страны обязаны снизить уровень заболеваемости и смертности за счет создания единой профилактической среды от четырех основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), включая болезни системы кровообращения (БСК), СД, хронические респираторные заболевания (ХРЗ) и рак – на одну треть от уровня 2015 г.

Другими документами, в которых поставлены задачи по предупреждению НИЗ [6] согласно подпрограмме 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний», предложены пути совершенствования первичной профилактики в т.ч. СД [7]. Доказана роль факторов риска (ФР) на развитие СД. Согласно исследованию ВОЗ (STEPS 2016–2017) [8] известно, что избыточную массу тела (ожирение) имеют 25,4% взрослых, из которых преобладает оно у женщин – 63,5%, и около 8% детей. Особого внимания педиатров заслуживают дети группы риска. 4% дошкольников имеет избыточную массу тела, а у школьников ожирение составляет 7,5%, избыточную массу тела фиксируют у примерно 25%.

Это показывает поле воздействия профилактической педиатрии на фактор риска развития СД и актуализацию физических нагрузок в детском возрасте, о чем ниже.

Девиз Всемирного дня борьбы с диабетом на 2024–2026 гг. «Диабет и благополучие»: подчеркивает значимость междисциплинарного сотрудничества клиницистов с учеными и межведомственного взаимодействия в обеспечении комфорта и благополучия пациентов, поскольку известно:

- 36% пациентов с СД испытывает стресс;
- 63% опасаются развития осложнений и страх;
- 28% с трудом сохраняют оптимистичный прогноз для жизни с диабетом.

Для того, чтобы иметь ориентиры для продвижения информации о СД среди населения, ЕРБ ВОЗ и европейское отделение Международной федерации борьбы с диабетом договорились о достижении глобальных целевых ориентиров к 2030 г. и превысить их:

- 80% людей с СД поставлен правильный диагноз, что уже половина лечения;
- 80% людей надлежащим образом его контролируют (проверяют уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) 2 раза в год, пока что данные по стране свидетельствуют о том, что он возрастает (2022 год – было 1,28 тестов на оценку уровня компенсации, в 2023 г. – 1,54);
- 60% пациентов старше 40 лет получают статины, позволяющие держать под контролем уровень холестерина;
- 100% с СД 1 имеют доступ к приемлемой стоимости инсулина и средствам самоконтроля уровня гликемии.

Данные ориентиры необходимы для того, чтобы «...обеспечить функционирование биоэтики одновременно и как исследовательской междисциплинарной области, и как академической дисциплины, изучаемой в медико-биологических направлениях подготовки, и как социальной практики принятия решений в сфере исследований живых систем в здравоохранении...» [3].

С целью понимания эффективности проводимого обучения у больных СД в Республике Беларусь активно изучается приверженность к лечению, для чего используются различные варианты опросников. Наибольшее значение придается использованию Шкалы Мориска-Грина, хотя известны и другие шкалы оценки приверженности о принятии идеологии обучения и переходу к новому образу жизни пациентов с хроническими заболеваниями, включая СД [9].

Приверженность к особому образу жизни, лекарственной терапии у каждого заболевшего СД врачам и МС предстоит мотивировать и стимулировать, для чего в стране созданы и функционируют «Школы сахарного диабета» («ШСД») [10].

О значении обучения пациентов, заболевших СД, свидетельствует крылатая фраза основоположника терапевтического обучения пациентов, всемирно известного диабетолога Э.П. Джослина: «Отсутствие обучения диабету так же опасно, как отсутствие инсулина». Обучение пациентов служит основной цели – профилактике осложнений сахарного диабета.

Пионерами в создании «ШСД» и распространении знаний о нем в мире считают Школу Джослина в США, Стено-центр в Дании. Традиционно высокий уровень знаний о СД можно получить в Германии и ведущих эндокринологических центрах Российской Федерации. Вскоре после принятия в 1989 г. Сент-Винсентской декларации, направленной на снижение количества осложнений СД в Республике Беларусь, началась работа по организации «ШСД». Первая из них в Республике Беларусь была открыта на базе эндокринологического отделения детской городской клиники №3 г. Минска. Основной принцип работы – вовлечение пациента в процесс лечения, а не только обучение техническим приемам контроля уровня гликемии.

С целью терапевтического обучения на 2023 гг. в Республике Беларусь было открыто 223 школы, из них 221 для взрослых и 11 – для детей, предусмотрено штатное расписание, зависящее от мощности учреждения здравоохранения. Должности медицинских работников «ШСД» включают врача-эндокринолога –

0,5–1,0 ставки, медицинской сестры – 0,5–1,5 ставки, медицинского психолога – 1,0 ставка.

О значении мотивационного консультирования издан ряд публикаций [7; 10–12]. Примеров мотивационного консультирования подростка медицинским работником по теме снижения калорийности, изменения режима питания и мотивации на физическую активность достаточно [13–18]:

- подготовка пациента к принятию решения о своем здоровье (через совет с семьей в коллективистских культурах – Китай, Япония; приглашение в паре с родителем по выбору ребенка). Завершение этапа – подпись об информированном согласии [19];

- создание атмосферы доверия (приветствие, теплый взгляд в глаза, комплимент) и диагностика психотипа («незнайка», «знайка», «болтун», «молчун») и настройка на то, чтобы думать и говорить, как пациент [10; 11; 20; 21];

- вовлечение в разговор посредством вопросов с фокусом на причине болезни [12];

- демонстрация возможностей лечения с опорой на мотив подростка и принятые им ценности (безопасность, мода, ценность с технологией убеждений [22];

- завершение диалога вопросами: «В чем сомнения?», «Что осталось непонятным?» и «Когда начинаем?». Убеждение с помощью формулы САЛО (С – статистика, А – авторитетное мнение, Л – личный опыт, О – отзывы других пациентов) [13].

Ставка на комплексный подход и включение в команду психолога способствует улучшению эффективности и качества обучения пациентов. Задача медицинского психолога во многом сконцентрирована на обеспечении мотивации пациента к обучению и осознанному и добровольному овладению им практическими навыками по изменению образа жизни [23].

Все пациенты, прошедшие первичное обучение в «ШСД», понимают жизненную важность медикаментозного лечения для компенсации болезни и каче-

ства жизни, именно это постоянно объясняют медицинские работники. Критерием правильности обучения служат показатели гликированного гемоглобина (HbA1c).

Для специалистов, работающих в многопрофильной команде ВОП, требуются особые компетенции, не обусловленные спецификой профессиональной деятельности [11; 20; 23; 24]:

- достигать взаимопонимания с пациентом и его семьей благодаря эмоциям сопереживания, уважения и чуткости к культуре человека [15; 18; 21; 22; 25; 26];

- содействовать реализации права пациента на первичную медицинскую помощь наилучшего качества, расширению прав и возможностей для активного осмысленного участия пациента в ведении собственного заболевания (партисипативность) [11; 12; 19; 20; 27];

- совместно с пациентом и членами его семьи [14; 28] эффективно действовать в области достижения показателей здоровья, обусловленных конкретной болезнью (для СД – уровень HbA1c);

- использовать вовлечение (мотивацию) пациентов и граждан в ответственный диалог, хотя это и очень сложный процесс, предстоящий для обеспечения достижения успехов в профилактике НИЗ [7; 15–17; 19; 25; 29; 30];

- инклюзивный подход для пациентов с СД состоит в оптимальной физической нагрузке пациента на фоне диеты. Лекарства на основе инкретина обеспечивают надежные результаты в улучшении функции бета-клеток, достижении гликемического контроля и содействии снижению веса [7; 12; 29; 32–38].

Известно, что полная ремиссия без приема лекарств может быть достигнута не у всех, особенно у людей с тяжелой резистентностью или дефицитом инсулина, но ранний и агрессивный гликемический контроль остается важнейшей стратегией. Поддержание HbA1c ниже 6,5% с момента постановки диагноза снижает риск долгосрочных осложнений и смертности. Более того, рассмотрение более широкого определения ремиссии, охватывающего лиц с устойчивым контролем над приемом лекарств, может предложить более всеобъемлющий и ин-

кклюзивный подход к лечению этого хронического заболевания...» [39]. Существующая проблема медикаментозного лечения не может быть решена только усилиями медицины. Возможность лежит в партисипативности, осознанном соучастии пациента в борьбе за здоровье и компенсацию СД.

Идеология мотивации поведения человека в пользу здоровья относится к новым понятиям, рассматриваемым с точки зрения БМЭ в диабетологии. Медицинское сообщество пропитано смысловыми принципами патологии, основывающимися на патологоцентристской модели оказания медицинской помощи, что не всегда позволяет врачу в своей работе ставить на первое место профилактику болезней, используя здравоцентристский подход: врач- здоровый пациент – здоровое общество.

Суть медицинской составляющей при обучении в «ШСД» состоит в обеспечении больных СД полной информацией о заболевании и сопутствующих проблемах. Предполагается, что если человек знает о свойствах и качествах действий, отрицательно влияющих на ухудшение здоровья, то будет воздерживаться от ненужного поведения. Образовательная модель закрепляет выработку нового стереотипа поведения заболевшего человека в отношении собственного здоровья. Осуществление радикально-политической модели воздействия на сознание детей и подростков связано с тем, что те, кто выдвигает инициативу, сами проводят ее на практике ...» [12; 14; 30; 31].

Для содействия поведению, полезному для компенсации СД, возникновению соответствующего поведения часто нужно изменить внешние обстоятельства, чему способствуют законодательные акты, значимая правовая база, которые могут улучшить среду обитания, способствующую ЗОЖ [14; 30–40].

Однако, роль государства не следует ни преувеличивать, ни преуменьшать. На пациента должен действовать принцип потенцирования эффектов/синергизм факторов и законы психологии [17; 18; 22; 26], что обеспечивает наиболее полный переход обучаемых на новый уровень понимания жизненных задач.

Препятствиями для эффективного управления диабетом, особенно СД 1, являются отсутствие знаний и серьезного понимания заболевания, терапевтического режима и потенциальные осложнения диабета. Многие из проблем, возникающих в подростковом возрасте, приводящих к ухудшению управления СД, связаны с поведенческими, эмоциональными и когнитивными изменениями.

На качество взаимодействия с пациентами влияет уровень подготовленности в области диабетологии Пвр и МС психологии и командной деятельности [11; 23; 25; 36; 41–45].

Постепенное движение от теории к практической реализации лежит в основе принципа: медицинские технологии повышают качество жизни. От знания – к инновации и качеству жизни – таков путь больного СД ребенка в школе СД, и этот путь активно поддерживают союзные государства Россия и Беларусь. На это указывают приказы Министерств здравоохранения «О порядке проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп населения» вышли примерно в одно время: в России – Приказ от 27.04.2021 №404н, в Республике Беларусь – Постановление от 30 августа 2023 г. №125 [19; 33–36] и другие документы и исследования [7; 46].

В ходе семинара с международным участием «Практико-ориентированные направления диабетологической помощи в Республике Беларусь», приуроченного к Всемирному дню борьбы с диабетом 14.11.2024 г. в УО «Белорусский государственный медицинский университет» в очередной раз было привлечено внимание общественности к проблемам для обсуждения и решения.

Лекарства представляют собой экономически эффективный метод лечения, однако оценка 50% пациентов несоблюдения долгосрочной терапии хронических заболеваний, преднамеренное и непреднамеренное несоблюдение приема лекарств означает распространенную и постоянную проблему здравоохранения [4].

Соблюдение приема лекарств определяется как «степень, в которой поведение пациентов соответствует согласованным рекомендациям врача», подчерки-

вая важность решений пациентов и подчеркивая изменяемый аспект несоблюдения. Учитывая долю пациентов с СД, которые не соблюдают собственные намерения по регулярности приема лекарств, усилия по улучшению соблюдения приема медикаментов представляют собой возможность улучшить результаты компенсации в отношении здоровья.

Эффективность системы здравоохранения во многом обусловлена особенностью между желанием пациентов улучшить показатели самочувствия и своей компенсации заболевания (HbA1c) и преобладанием у 50% из них отсутствия мотивации на соблюдение собственных решений по систематическому и постоянному приему лекарств, соблюдению диеты и режима физических нагрузок, требующих волевых усилий [15].

Мотивация на соблюдение особого режима жизни при СД изучена рядом авторов [16–18; 41; 42].

Основной принцип работы «ШСД» – вовлечение пациента в процесс лечения, а не только обучение техническим приемам. При этом получать знания должны не только пациенты, но и врачи-эндокринологи и МС, которые ведут учебный процесс. Это называется «обучение обучающихся». Врач должен полностью «окунуться в диабет» и «ощутить проблемы изнутри», чему способствуют программы «имитации ощущений диабетика». Например, врач должен контролировать гликемию (колоть себе пальцы) до 7 раз в сутки, делать инъекции физиологического раствора (вместо настоящего инсулина) минимум 3 раза в сутки при помощи шприцев или шприц-ручек, рассчитывать количество хлебных единиц для каждого приема пищи и пр. Так полностью имитируются ежедневные проблемы, с которыми сталкиваются люди с СД.

Будем помнить, что возможность противостоять отдельным негативным факторам и повышать качество жизни для пациента во многом зависит от уровня компенсации заболевания. В этой связи для улучшения прогноза уместным становится осознанный выбор пациентом образа жизни, нейтрализующего имею-

щиеся в семье факторы риска: коррекция питания, повышение физической активности, интерес к иному, более расширенному уровню знаний о СД прикладного характера, учитывающим личные предпочтения пациента и др.

Изучение мотивации средних медицинских работников к освоению новых навыков (основ сестринской педагогики), проведенное в 2018 г. [42], позволило сделать вывод, что в период до пандемии коронавирусной инфекции никаких предпосылок для массового ухода МС из профессии, связанных с необходимостью особых навыков и знаний по работе на участке врача общей практики с пациентами с СД, не было, за исключением демографического фактора старения как населения страны в целом, так и среди МС (2019 г. 13,4% лиц старше трудоспособного возраста) [1; 2; 47]. При этом известно, что уровень мотивации средних медицинских работников в приобретении ими новых профессиональных знаний, умений и навыков, был доказан средним [18].

Это подтверждает закон Р.М. Йеркса и Д.Д. Додсона [17; 18], согласно которому наилучший результат достигается при средней интенсивности мотивации. Для того, чтобы ситуация вызвала реакцию на стресс, надо ее интерпретировать как несущую угрозу социальной оценке (негативной или ведущей к социальному неприятию).

В случае использования мотивации согласно цитате Цицерона о том, что «Страсть есть чрезмерно сильное движение души» – это означает, что избыток эмоций в любом деле (но не в любовных отношениях) не полезен для достижения качества деятельности, для этого нужен оптимум мотивации (табл. 1).

Кроме этого, существует обратная зависимость между уровнем достаточной мотивации и степенью сложности задачи. Примерами данных выводов служат: провалы отличников на важных экзаменах, например, на подтверждение квалификационной категории; неудачи в похудении среди лиц, которые всерьез берутся за дело; отказы в приеме на работу людям, которые продолжительное время готовились к собеседованию. Крах происходит в этом случае из-за чрезмерной мотивации.

МС следует понимать это в отношении с мотивацией [15–18] на образ жизни, полезный для здоровья пациента с неинфекционным заболеванием, для чего важен умственный настрой, но не чрезмерный. Ориентиром оптимума мотивации служат такие критерии (табл. 1).

Таблица 1

Критерии признаков оптимума мотивации (Р.М. Йеркс, Д.Д. Додсон)

Признаки наступления оптимума мотивации	Признаки утраты оптимума мотивации
Устойчивый настрой в заданном направлении	Нарастающее напряжение, переходящее в нервозность
Адекватная реакция на происходящее, включая непредвиденные сложности	Повторяющиеся ошибки. Подмена искреннего энтузиазма на чисто волевой настрой
Стойкий интерес к процессу работы	Желание бросить начатое. Нарастание тревоги и страха
Поиск творческого решения задач	Паника и неспособность спокойного восприятия непредвиденных обстоятельств

Использование в практике закона Р.М. Йеркса и Д.Д. Додсона позволяет спланировать грамотное достижение пациентом цели, определяя достаточный, но не чрезмерный и безопасный уровень мотивации.

Рост спроса на услуги здравоохранения и экономический эффект отсутствия приверженности назначаемым лекарственным средствам – современная тенденция в мире.

Почти половина всех взрослых и около 8% детей (в возрасте 5–17 лет) во всем мире имеют хронические заболевания. Это, наряду со старением населения, увеличивает спрос на эффективность имеющихся ресурсов здравоохранения [4].

Важным компонентом системы предупредительной помощи является возможности государства финансировать всю систему мероприятий и программ укрепления здоровья людей. Известно, что экономическая эффективность НИЗ в детстве является максимальной и зависит от нескольких факторов, в т.ч. исходных факторов риска, стоимости лекарств или других мер, процедур возмещения, внедрении превентивных стратегий. При затратах на профилактику с детства в объеме 12% достигается 60% эффективности, в то время, как 88% первичной,

вторичной и последующей профилактики среди взрослых обеспечивают не более 40% эффекта [29].

В определенной степени это касается проблем финансирования программ борьбы с СД, являющихся дорогостоящими. Так, известно, что ежегодные расходы на несоблюдение приема лекарств варьируют от 100 до 290 млрд долларов США в США, 1,25 млрд евро – в Европе и 7 млрд австралийских долларов в Австралии. 10% госпитализаций у пожилых людей связаны с несоблюдением режима приема лекарств, при этом типичному несоблюдающему режим приема лекарств пациенту требуется три дополнительных визита к врачу в год, что приводит к увеличению расходов на лечение на 2000 долларов в год.

Согласно ряду исследований, установлено, что меры, направленные на реализацию ЗОЖ являются более экономически эффективными, чем медикаментозные вмешательства на популяционном уровне [48]. Профилактика БСК путем изменения образа жизни или применение лекарств, с точки зрения затрат является доказанной и эффективной (Европейское общество кардиологов, 2012).

Статистика по удорожанию медикаментозного лечения свидетельствует о росте социального бремени для государств [48]. При СД предполагаемая экономия затрат, связанная с улучшением несоблюдения режима приема лекарств, составляет от 661 миллиона до 1,16 миллиарда долларов [48].

В этой связи понятно желание государства искать пути возможной экономии расходов на лечение НИЗ. Путь этот лежит в использовании всего спектра знаний, умений и навыков средних медицинских работников, которые до организации участка ВОП не в полной мере их применяли [11].

Таким образом, роль МС в диабетологии существенно возросла: «Чтобы сделать незримую профессию медицинской сестры заметной, необходимо объединить наши усилия в достижении высокого статуса профессии, профессионального роста, сохранив доброту и милосердие», что и происходит в настоящее время [7; 11; 20; 23; 25; 42; 45].

Особенности работы в диабетологии МС и Пвр обусловлены тем, что возрос уровень их образования, а также появлением института ВОП и специалиста – помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) [11; 20], а также востребованностью практического здравоохранения в работе «ШСД») [7; 10; 14; 19]. Получение МС и Пвр знаний в области диабетологии в системе дополнительного образования поддержано в БГМУ, высказано рядом ученых страны. Перефразирование слов А. Дистервега: «Плохая медсестра преподносит истину, хорошая учит ее находить» описывает суть нового направления профилактической работы на участке ВОП с пациентами с СД:

- изменение стратегии по отношению к здоровью, перенос акцентов с лечебного на профилактический уровень на основе отказа от модели патологоцентристской и переход к модели здравоохраненческой [27];

- выбор жизненных приоритетов населения страны в пользу осознанного и добровольного акцента на мотивационных факторах ЗОЖ (партисипативность) [20; 27; 42];

- увеличение доли пожилых и старых лиц в структуре всех пациентов, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях (демография) [1; 47];

- приобретение медицинским персоналом навыков сестринской педагогики по обучению пациентов в «ШСД».

Особенности общения МС с пациентами с СД базируются на нейтральности и фактах.

Принципы взаимодействия: «слово имеет значение» [49]. Общение между людьми, живущими с СД 2 и членами медицинской команды лежит в основе интегрированной помощи, поэтому клиницисты должны понимать, какое значение имеет речь и слово врача (МС). Разговор МС с пациентом при лечении СД должен быть нейтральным, свободным от предрассудков и основываться на фактах; базироваться на рисках и преимуществах (фокусироваться на том, что оказывает эффект), уважительно и инклюзивно; поощрять сотрудничество; быть ориентированным на человека.

Людей, живущих с СД, не следует называть «диабетиками», описывать как «несоблюдающих требования» или обвинять их в состоянии здоровья, недопустимо навешивать ярлык на человека за наличие болезни.

В период обучения пациентов в «ШСД» особый раздел занимает его мотивация на физические нагрузки, поскольку новые исследования в области диабетологии указывают на то, что снижение массы тела в основном рассматривалось как стратегия улучшения уровня HbA1c и снижения риска осложнений, обусловленных этим. Однако недавно было высказано предположение, что потеря веса на 5–15% должна быть основной целью лечения многих людей, живущих с СД 2 [49].

Важным в работе МС, работающей в команде ВОП, является не только донести до пациента понимание особенностей коррекции гипергликемии при СД, но обеспечить его осознанное участие в снижении массы тела, возрастании физических нагрузок, что является сложным разделом деятельности.

Состояние детского ожирения в Европейском регионе

ВОЗ и Республике Беларусь

С 1990 г. показатели ожирения среди взрослых увеличились более чем вдвое, а среди подростков – в четыре раза. При этом, в 2022 г. избыточную массу тела имели 37 млн. детей в возрасте младше 5 лет и более 390 млн. детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет, из них 160 млн. страдали ожирением (по состоянию на 1 марта 2024 г.).

В 2022 г. были пересмотрены глобальные задачи Всемирной ассамблеи здравоохранения в области питания, которые ранее были направлены на сдерживание показателей избыточной массы тела у детей, борьбу с НИЗ к 2025 г., поскольку на заседании ее 75 сессии принят новый план по ускорению мер по борьбе с ожирением (план ликвидации детского ожирения – ЕСНО) [49].

Согласно этому, акцент сделан на усиление предупредительных действий на уровне оказания первичной медицинской помощи, призванной активно выявлять таких детей и оказывать им помощь.

Европейским региональным бюро ВОЗ отводится роль Инициативы по эпидемиологическому надзору за детским ожирением (COSI). Д-р Булл об этом писал: «ВОЗ настоятельно рекомендует странам принять меры для корректировки условий, в которых вероятность развития ожирения у детей возрастает, а фактор коморбидности отягощает прогноз [50]. Так, страны должны стремиться уменьшить потребление дешевых калорийных продуктов питания глубокой переработки с низким содержанием полезных веществ. Им также следует сократить время, которое дети проводят у экранов и посвящают малоподвижным видам досуга, и способствовать повышению уровня физической активности, развивая подвижный отдых и спорт» [12; 14; 28; 31].

По опубликованным данным, избыточная масса тела и ожирение наблюдаются у каждого третьего школьника (у 29% детей в возрасте 7–9 лет) в 33 странах Европейского региона ВОЗ, во многих из них распространенность продолжает расти. Распространенность избыточной массы тела выше среди мальчиков (31%), чем среди девочек (28%). Согласно отчету известно, что все дети (87%) в Регионе проводят за играми на открытом воздухе как минимум один час в день; 43% детей ежедневно употребляют в пищу фрукты, и 34% ежедневно употребляют в пищу овощи. Публикации ученых свидетельствуют, что наиболее важным является привитие здоровых навыков поведения с детских лет в семье [28–32].

Причинами избыточной массы тела и ожирения являются дисбаланс между потреблением энергии (питанием) и ее расходом (физической активностью). Ожирение – многофакторное заболевание, обусловленное средовыми, психосоциальными факторами, генетической предрасположенностью. У части пациентов выявляют один ведущий этиологический фактор (прием лекарственных препаратов, наличие заболеваний, сниженную подвижность, медицинские процедуры, моногенное заболевание/генетический синдром).

Условия среды, повышающие вероятность ожирения у отдельных лиц, групп населения, складываются под воздействием таких факторов, как ограниченная доступность здоровых продуктов питания по приемлемым для населения

ценам, недостаточные возможности для повседневной безопасной и легкой физической мобильности всех людей, а также неразвитость нормативно-правовой базы.

Развитию ожирения дополнительно способствует отсутствие эффективных мероприятий системы здравоохранения, позволяющих выявлять случаи избыточного набора веса и накопления жировой ткани на ранних стадиях, в следствие чего в Республике Беларусь сделан акцент на превентивные мероприятия в системе ПМП и учреждениях образования [14; 29–31], а также на междисциплинарные взаимодействия ученых и практиков, о чем свидетельствует тематика и состав участников медицинских научно-практических конференций за 2021–2025 гг. [48].

Одним из доказательств важности предупреждений нарушений жирового обмена в раннем детском возрасте является понимание последствий эпидемии ожирения. Так, согласно оценкам, в 2019 г. превышение оптимальных значений индекса массы тела (ИМТ) стало причиной 5 млн случаев смерти от НИЗ (сердечно-сосудистые заболевания, СД, рак, неврологические расстройства, ХРЗ и расстройства пищеварения [30; 49; 51].

Глобальный характер данной проблеме придает рост показателей ожирения в странах с низким и средним уровнем дохода, в т. ч. среди менее обеспеченных социально-экономических групп населения. Еще 20 лет назад он считался характерным только для стран с высоким уровнем дохода, в настоящее время доказано, что это обусловлено двойным бременем неполноценного питания, которому ранее не придавалось значения, которое коснулось и качества питания в Республике Беларусь СД [8; 51].

Тенденции к недоеданию и ожирению имеют место одновременно в одной и той же стране, одной группе населения и одном домашнем хозяйстве. Дети в странах с низким и средним уровнем дохода чаще страдают от ненадлежащего питания на этапе внутриутробного развития, младенчества и раннего детского возраста. Одновременно им приходится питаться продуктами с высоким содер-

жанием жиров, сахаров, соли и калорий и недостатком микроэлементов, поскольку такие продукты, как правило, стоят дешевле, но отличаются более низким качеством пищи. В сочетании со сниженной физической активностью, такие особенности питания вызывают резкий подъем распространенности детского ожирения на фоне нерешенной проблемы недоедания или некачественного питания [49].

Не последнее значение для бремени финансовых расходов социально ориентированного государства на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков с риском (изменением) жирового обмена посредством раннего предупреждения и работы с факторами риска имеет оценка экономических последствий, как это сделано в отношении СД [49]. Доказано, что эпидемия ожирения порождает серьезные экономические последствия. В отсутствие мер по решению проблемы к 2030 г. глобальные издержки, связанные с избыточной массой тела и ожирением, достигнут 3 трлн долл. США в год, а к 2060 г. превысят 18 трлн долл. США.

В соответствии с тенденциями по предупреждению такого заболевания, как СД, акцент в Республике Беларусь, как и в РФ, согласно публикациям [7; 32] делается на направленность обучения педиатров и МС (Пвр) на выявление и помощь детям с избыточной массой тела и ожирением, согласно разграничению этих понятий.

Врачи разграничивают эти состояния, но для Пвр и МС эти вопросы недавно включены в учебные программы базового и дополнительного медицинского образования. Единый подход к диагностике и наблюдению за такими пациентами способствует лучшим результатам компенсации и благоприятен для их мотивации к поведению, полезному для компенсации и предупреждению осложнений [7].

Избыточная масса тела – состояние, характеризующееся избыточными жировыми отложениями в организме. Диагноз при этом состоянии ставится путем измерения веса и роста человека и расчета индекса массы тела (ИМТ) по формуле: $\text{вес (кг)}/\text{рост}^2 (\text{м}^2)$. Ожирение – комплексное хроническое заболевание, при

котором избыточное накопление жировой ткани может отрицательно влиять на состояние здоровья, способствует повышению риска СД 2, сердечно-сосудистых заболеваний, негативно влиять на состояние опорно-двигательного аппарата, репродуктивной функции, повышать риск развития некоторых видов рака, влияет на качество жизни (сон и подвижность).

Диагноз «ожирение» ставится согласно критериям ИМТ. Индекс массы тела является косвенным маркером полноты, поэтому для диагностики ожирения могут быть полезны измерения окружности талии. Критерии ИМТ для определения ожирения у младенцев, детей и подростков различаются в зависимости от возраста и пола.

У детей в возрасте до 5 лет критерием ИМТ считают:

- избыточная масса тела – если соотношение «масса тела/рост» превышает медианное значение, указанное в Стандартных показателях физического развития детей (ВОЗ), более чем на два стандартных отклонения;

- ожирение – если соотношение «масса тела/рост» превышает медианное значение, указанное в Стандартных показателях физического развития детей (ВОЗ), более чем на три стандартных отклонения. Для детей Республики Беларусь целесообразно пользоваться отечественными табличными нормами физического развития.

Для детей в возрасте 5–19 лет избыточная масса тела и ожирение по ИМТ определяют иначе:

- избыточная масса тела – если показатель ИМТ для соответствующего возраста превышает медианное значение, указанное в Стандартных показателях физического развития детей (ВОЗ), более чем на одно стандартное отклонение;

- ожирение – если превышение медианного значения, указанного в Стандартных показателях физического развития детей (ВОЗ), составляет более двух стандартных отклонений.

Избыточная масса тела и ожирение, а также обусловленные ими НИЗ поддаются профилактике и лечению, что особенно заметно в отношении политики «Здоровой школы» [29; 42].

На индивидуальном уровне сокращению риска развития ожирения способствует принятие профилактических мер на каждом этапе жизненного цикла, от периода перед зачатием и вплоть до первых лет жизни в соответствии с девизом: действовать раньше, действовать вовремя и действовать сообща» [5]. Эти меры включают:

- соблюдение норм набора веса во время беременности, о чем информируют акушеры-гинекологи, акушерки и МС [43];
- обязательное грудное вскармливание в первые 6 мес. после рождения ребенка с его продолжением до достижения ребенком возраста 24 мес. или дольше;
- приучение ребенка к здоровому питанию, физической активности, избеганию малоподвижности и полноценному сну независимо от текущей массы тела ребенка;
- ограничение времени, проводимого ребенком за экраном [14; 31];
- ограничение потребления сахаросодержащих напитков и высококалорийных продуктов питания и поощрение здоровых пищевых привычек с уменьшением потребления калорий, источником которых является общее содержание жиров и сахаров в рационе, при увеличении доли фруктов и овощей, а также бобовых, цельнозерновых и орехов [30; 31];
- здоровый образ жизни (правильное питание, регулярная физическая активность, продолжительность и качество сна, отказ от табака и алкоголя, эмоциональная саморегуляция) [14; 30].

Согласно действующим нормативным правовым актам медицинским работникам следует:

- регистрировать рост и вес пациентов, обращающихся в организации здравоохранения и обучающихся в учреждениях образования [19; 33–36];
- консультировать пациентов по вопросам здорового питания и образа жизни;
- в случае постановки диагноза «ожирение» обеспечивать комплексное лечебно-профилактическое ведение пациента, в т. ч. по вопросам полезного питания, физической активности, а также медицинского и хирургического лечения;

– контролировать другие факторы риска НИЗ (уровень глюкозы и липидов в крови, артериальное давление) с учетом наличия сопутствующих заболеваний и инвалидности, включая психические расстройства [31].

Поскольку проблема ожирения – предмет скорее социальной, нежели индивидуальной ответственности, ключ к ее решению заключается в формировании благоприятной экологической и социальной среды, в которой здоровое питание и регулярная физическая активность являются наиболее доступными и экономически приемлемыми формами повседневного поведения населения в целом. Полноценная борьба с ожирением возможна только при условии комплексных и системных, взаимно скоординированных межведомственных усилий [52], включающих производство и сбыт продуктов питания, приемлемых для населения цен на них, корректировку более общих детерминант здоровья (например, сокращение масштабов нищеты). Такие стратегии и меры включают:

– комплексные меры нормативно-правового характера, направленные на создание благоприятной для здоровья продовольственной среды, обеспечивающей доступность более здоровых вариантов питания [7];

– меры в секторе здравоохранения, разработанные и обеспеченные необходимыми ресурсами в целях выявления факторов риска, профилактики, лечения и ведения заболеваний [30].

Пищевая промышленность может сыграть важную роль в поощрении здорового питания за счет принятия мер, предлагаемых белорусскими учеными:

– снижение содержания жира, сахаров и соли в переработанных пищевых продуктах [29];

– обеспечение доступности и ценовой приемлемости полноценных вариантов питания для всех групп населения;

– ограничение маркетинга пищевых продуктов с высоким содержанием сахаров, соли и жиров, особенно продуктов, предназначенных для детей и подростков;

– обеспечение доступности здоровых пищевых продуктов и поощрение регулярной физической активности на рабочих местах.

Изложенное позволяет сделать выводы по предупреждению ожирения среди населения как фактору риска развития СД:

- существуют причины развития ожирения у детей в разных регионах, поэтому привлечение внимания к проблеме есть начало борьбы;
- особое внимание акушер-гинекологов, неонатологов, педиатров должно быть направлено на устранение факторов риска в пренатальном, натальном в постнатальном периоде развития плода и ребенка;
- в культуру здоровья средствами массовой информации вводить потребность в увеличении доли фруктов и овощей в рационе детей личным примером взрослых, а также воспитание потребности в движении, физкультуре;
- нормативное и сознательно обусловленное ограничение использования детьми современных цифровых устройств согласно возрасту и состоянию здоровья не только во время обучения в ДДУ или школе, но, в первую очередь, дома [14].

ВОЗ советует две стратегии по кадровому вопросу: обучения работников необходимым компетенциям в борьбе с НИЗ и более эффективного использования существующих медицинских работников. Для Республики Беларусь это институт ВОП, укрепленный Пвр и МСОП, чьи функции значительно разнообразились, возросли не только компетентность, но и практическое владения навыками обучения пациентов контролю гликемии на дому [7; 10–12; 19; 20].

Необходимость междисциплинарного взаимодействия врачей, МС (Пвр) и педагогов в учреждениях образования не нуждается в доказательствах [14; 30]. Обмен информацией о состоянии здоровья и эффективности разнообразных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний у детей и подростков перед школьным педсоветом является одной из их задач. Полезны обучающие мероприятия для педагогического коллектива по правилам поведения и оказанию первой помощи, которым в настоящее время уделяется большее значение [37].

Несколько основных постулатов, которыми должны владеть учителя образовательного учреждения, в которых учатся дети с СД [10; 12; 19].

1. СД 1 является аутоиммунным заболеванием.
2. Частое мочеиспускание, жажда и голод – спутники СД 1.
3. Детям с СД следует дозированно принимать пищу по собственному графику.
4. Сладкие перекусы им не запрещены.
5. Ребятам с СД необходимо носить с собой все нужные приспособления для диагностики и лечения под контролем родителей и учителей.
6. Высокий или низкий уровень сахара может сказываться на поведении и познавательной функции, поэтому признаки утомления у этих ребят возникают быстрее, на что педагог должен соответственно реагировать.
7. Гипо- и гипергликемия требуют безотлагательных действий. Врач или Пвр школьного медицинского кабинета должны обучить алгоритму действий в случаях особых состояний у таких пациентов всех педагогов.
8. Кто-то должен отвести ученика в медицинский кабинет в случае снижения уровня сахара в крови.
9. Детям с СД нужны особые условия обучения.
10. СД 1 – непредсказуемое заболевание.
11. Сочувствие окружающих и понимание для таких детей и подростков имеют большое значение.
12. Стресс, болезни, физические нагрузки и переживания влияют на уровень гликемии у ребенка.
13. Ученик имеет право на конфиденциальность личной информации.

Для повышения эффективности формирования компетенций и навыков пациента к образу жизни с СД предпочтительным является психолого-педагогический подход в деятельности всех лиц, окружающих пациента. Особенно сложной является работа с ребенком. Учет склонностей к поведенческим реакциям подростков, обусловленным информацией о хроническом заболевании, ведущем к изменениям привычного образа жизни с определенными ограничениями, важнейшим становится особый подход врача и МС к обучению пациентов в «ШСД». Он включает глубокое понимание психологии пациента в целом и конкретного

впервые заболевшего ребенка, в частности всеми лицами, имеющими общение с ним в семье, школе, на отдыхе. В этой связи, обусловленным является включение психолога в команду специалистов «ШСД», который обеспечит анализ и коррекцию отношений ребенка с окружающей средой.

Обсуждения, акцент на интересах пациента, постепенное включение в коллективную деятельность с социумом на фоне индивидуальных заданий осуществляются в максимально доброжелательной психотерапевтической среде.

Медицинским работникам, осуществляющим профилактическую деятельность среди населения, несколько практических советов от Международного общества эндокринологов: EASD/ADA 2022–2024 для тех, кто работает с СД 2:

- признать пожизненный и развивающийся характер СД 2;
- определить вариант СД и координировать его обучение с командой в «ШСД».

С 2020 г. А.С. Аметов возглавляет сетевую кафедру ЮНЕСКО по теме «Биоэтика сахарного диабета как глобальная проблема», работа которой заключается в продвижении интегрированной международной сетевой системы научных исследований, обучения, обмена знаниями, опытом, информацией и документацией в областях, связанных с диабетом. Согласно мнению этого авторитета, целесообразны подкрепляющие мотивацию повторные курсы обучения в «ШСД» каждые 5 лет, что поддержано эндокринологами в Республике Беларусь.

Научные открытия вдохновляют на поиски вариантов преодоления осложнений, пониманию механизмов развития такой проблемы как СД. Так, Нобелевская премия по медицине и физиологии в 2024 г. В. Амброса и Г. Равкана за новаторское открытие микро РНК (небольшие молекулы РНК) и их решающую роль в регуляции генов свидетельствует о научном прорыве в лечении аутоиммунных заболеваний эндокринного генеза.

Найдите свои местные ресурсы, организации и последовательность обращения пациентов в случае возникновения вопросов для специалиста с более высокой компетенцией в диабетологии.

Общая разносторонняя помощь Пвр (МС) имеет значение при лечении СД.

Индивидуализация ухода обусловлена сложностью патогенеза СД.

При оказании интегрированной помощи пациентам с СД 2 его рассматривают как личность в отношении конкретных предпочтений и ценностей, социальных детерминант здоровья, барьеров на пути к лечению, сопутствующих заболеваний, степени гипергликемии, рисков осложнения и чувствительности к побочным эффектам лекарств.

Обеспечить внимание тому, как баланс рисков и преимуществ каждого вмешательства доводится до сведения каждого пациента, живущего с СД, в «ШСД» и на профилактическом приеме или индивидуально.

В комплексном лечении СД 2 формирование здорового поведения занимает центральное место во время постановки диагноза и на протяжении всего течения болезни.

Содействие здоровому поведению и контролю за массой тела пациентов с СД

Полезное для сохранения компенсации и предупреждения осложнений СД поведение включает здоровое питание, регулярную физическую активность, достаточный сон и отказ от курения. Поведение, связанное со здоровьем, всегда следует оценивать и принимать во внимание, когда гликемические цели не достигаются и когда начинаются новые фармакотерапия или вмешательства (например, метаболическая хирургия).

Всем людям с СД 2 предлагают разработку личного плана питания в контексте диабета, но необходимость в дополнительных диетических рекомендациях должна со временем переоцениваться. Не существует единого режима питания, рекомендованного для всех людей с СД 2; многие схемы питания могут быть эффективными для достижения целей лечения, структурированный план питания основывается на предпочтениях конкретного человека.

Значение контроля массы тела, целью которого является достижение ремиссии, невозможно переоценить, что подтверждают научные исследования. Контроль веса стал краеугольным камнем лечения СД 2, при этом имеются данные, свидетельствующие о том, что значительная потеря веса может вызвать ремиссию.

Ремиссия, определяемая как устойчивый уровень HbA1c ниже 6,5% в течение как минимум 3 месяцев без приема лекарств, может быть достигнута с помощью различных подходов, включая образ жизни, медицинские и хирургические вмешательства.

Метаболическая бариатрическая хирургия обеспечивает значительные показатели ремиссии, особенно для пациентов с тяжелым ожирением. Интенсивные изменения образа жизни, включая низкокалорийные диеты и физические упражнения, также продемонстрировали значительный потенциал [39]. Важность 24-часового физического поведения при диабете типа 2 подтверждает доказанный факт необходимости содействия позитивному настрою пациента [12; 39].

На важность удовлетворенности пациентов в процессе их взаимодействия с позитивным настроем (эмпатия) указывает изучение влияния поперечного опроса в клинических больницах (2023). Исследование показало, что существует корреляция между уровнем удовлетворенности пациентов и уровнем морально-нравственной чувствительности врачей к пациентам. Иначе говоря, повышенный уровень эмпатии врачей (Пвр, МС) увеличивает уровень удовлетворенности пациентов. Поскольку нет достаточных научных доказательств по этому вопросу, полученные результаты могут стать отправной точкой для дополнительных оценок.

Авторы [54] изучали нравственную чувствительность медиков и КЖ пациентов. Поскольку существует прямое взаимодействие между эмпатией врача и уровнем удовлетворенности пациента, медицинским работникам и педагогам целесообразно повышать уровень сочувствия для общения и ухода за пациентами [21; 22; 25; 26].

Организаторы здравоохранения могут использовать результаты исследования, чтобы подчеркнуть важность моральной чувствительности при принятии нравственно обусловленных решений в рабочей среде и предотвратить непоправимый и навязанный ущерб из-за несоблюдения принципов профессиональной этики в системе здравоохранения [25; 46].

Обсуждение вызовов времени, касающихся качества жизни и борьбы с СД в целом позволяет констатировать следующее.

1. Необходимой чертой здравоохранения и социальной поддержки в XXI веке является ключевое изменение подходов, при котором пациенты получают больше полномочий и возможностей участия в собственном лечении;

2. Диабет и благополучие пациента базируются на принципах БМЭ. Ключевая цель биоэтики – найти компромисс между сохранением здоровья человека и возможным медицинским вмешательством. БМЭ изменяет статус пациента: он больше не является только объектом медицинских манипуляций, а выступает в качестве полноправного субъекта, самостоятельно принимающего решения о здоровье. Биоэтика занимается этическими вопросами, возникающими во взаимоотношениях между науками жизни, биотехнологией, медициной, политикой, правом, философией [3].

3. Известен вклад в развитие предупреждения СД посредством создания «ШСД» ученых Республики Беларусь: Заслуженного деятеля науки, д.м.н. профессора Е.А. Холодовой, доцента к.м.н. К.А. Радюк, доцента к.м.н. И.К. Билодид, И.К. Кунавич. К работе в «ШСД» в настоящее время привлечены все ведущие эндокринологи, обеспечивающие своевременный доступ пациентов и их родителей к получению высококвалифицированной помощи, специальных знаний и практических навыков.

4. Идеология мотивации поведения человека в пользу здоровья относится к новым понятиям. Медицинское сообщество пропитано смысловыми принципами патологии, не санологии, что не всегда позволяет врачу в своей работе ставить на первое место профилактику болезней.

5. Мода на ЗОЖ среди молодежи приобретает большую популярность. Задачей текущего периода является предотвратить мимолетный энтузиазм, что вполне вероятно, если идея не становится для человека принципом жизни [13]. Пандемия COVID-19 способствовала быстрому развитию on-line «ШСД», который позволил экономить время пациентов и достаточно эффективен. Необходимо упомянуть и о многочисленных «ШСД» на интернет-платформе YouTube.

6. Система здравоохранения Беларуси по-прежнему дополнительно работает согласно межведомственного информационного проекта «Школа – территория здоровья» (ШТЗ/ SHE), который начал функционировать с 2017 г. Проект, способствующий широкому вовлечению студентов медицинских и педагогических вузов и колледжей, использованию курсов повышения квалификации в системе дополнительного образования и других мероприятий в отношении оказания помощи больным НИЗ. Последовательная реализация концепции ШТЗ/SHE во многом возложена на МС [14; 42]. Это обеспечивает равный доступ к проекту для детей разного возраста, уровня здоровья и особенностями психофизического развития; применение разумных разнообразных инициатив от средних медицинских работников для приобретения слушателями школ нужных для сохранения здоровой жизни знаний, умений и навыков [10; 41].

7. Качество жизни пациентов – это направление действий команды ВОП, МС с пациентами [26; 31; 41; 44].

8. В осуществлении борьбы с НИЗ профилактическая функция МС и Пвр возросла и обуславливает их новое место в первичной и вторичной профилактике СД в рамках диспансеризации, междисциплинарного и межведомственного взаимодействия [14; 30; 42].

9. В Республике Беларусь аспекты по здоровьесбережению и профилактике заболеваний подрастающего поколения в настоящее время решаются в рамках требований клинического протокола [33–37].

10. Одним из компонентов лечения наряду с сахароснижающей терапией и самоконтролем, провозглашают обучение в «ШСД» как это рекомендовано новыми протоколами лечения взрослым и детям [33; 34], программой [36], международными организациями.

11. Обучение в «ШСД» дает возможность уменьшить риск возникновения ургентных состояний (кома кетоацидотическая, гипогликемическая и др.), что позволяет существенно снизить потребность в стационарном лечении и возник-

новении хирургических осложнений, пациенты овладевают техникой мониторинга гликемии в домашних условиях, адаптацией доз инсулина в зависимости от питания и физической нагрузки.

12. Доказанной тенденцией является совершенствование нормативной правовой базы в пользу охвата качественным обучением не только пациентов, но и тех, кто учит их жить с болезнью с наименьшими потерями, без осложнений.

13. ВОЗ советует две стратегии по кадровому вопросу: обучения работников необходимым компетенциям в борьбе с НИЗ и более эффективного использования существующих медицинских работников. Для Республики Беларусь – это институт ВОП, укрепленный Пвр и МСОП, чьи функции значительно разнообразились, возросли не только компетентность, но и практическое владения навыками обучения пациентов контролю гликемии на дому [36].

14. Для совершенствования информирования и мотивации пациента с СД на сохранение и укрепление своего здоровья, профилактику осложнений модель междисциплинарного взаимодействия в работе МС с пациентом, больным диабетом, является основой. Успешное функционирование «ШСД» зависит от квалификации и подготовленности кадров эндокринологических отделений, в том числе медицинских сестер, к педагогической деятельности [29], умению использовать весь методологический ряд преподавания основ профилактики НИЗ специалист особой направленности – Пвр. Одной из миссий медицинских работников является создание благоприятных условий для практической готовности пациента с СД к активному применению знаний. Основопологающий момент – переход к принципам «умение применять знания» (mass-usag of knowledge) и «самостоятельная учеба» (reproduction of knowledge).

15. Профилактическое консультирование – новый элемент в обучении в «ШСД». В ходе выполнения профессиональных обязанностей Пвр и МС выделяется время для общения с пациентом и его родителями/семьей, что способствует приобретению ими новых навыков по вопросам жизнеобеспечения и по обучению поведению, укрепляющему и сохраняющему здоровье [30]. Чаще востребован краткий обмен информацией по интересующему пациента вопросу.

16. Обучение должно быть адаптировано для каждого ребенка в соответствии с возрастом, длительностью СД, образом жизни, способностью к обучению и др. Приобретение знаний носит систематизированный и непрерывный характер, в «ШСД» направляются пациенты, не проходившие обучения (первичный цикл) или уже прошедшие обучение (повторные циклы), для поддержания уровня знаний и мотивации или при появлении новых терапевтических целей и технологий. Рекомендуется для обучения больных с СД 1 использовать специально разработанные структурированные программы, адресованные конкретному пациенту [11].

17. Работа Пвр и МС по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков в организованных коллективах учреждений образования характеризуется разнообразной просветительской деятельностью в рамках межнациональных стратегических инициатив и программ, действующих в Республике Беларусь:

- «Школы, содействующие сохранению здоровья учащихся»;
- «Комплексная программа укрепления здоровья школьников»;
- «Школы, заботящиеся о детях»;
- инициатива FRESH (Focusing Resources on Effective School Health – «Формирование ресурсов для эффективного школьного здравоохранения»);
- сеть SHE – School for health in Europe (Школы здоровья в Европе).

Подобная практика, как и работа с факторами риска ХНИЗ, стали основой программно-целевой деятельности системы здравоохранения в Республике Беларусь и базисом здоровьесбережения подрастающего поколения [19; 29]. Политика «здоровой школы» вышла на государственный уровень. Основные положения, касающиеся сохранения здоровья учащихся, социально-психологического климата, формирования устойчивой мотивации к ЗОЖ, медицинского обслуживания учащихся, закреплены в Кодексе Республики Беларусь об образовании от 13 января 2011 г. №243-З.

1. Материально-техническое обеспечение медицинских кабинетов организаций здравоохранения и учреждений образования значительно влияют на качество медицинской помощи пациентам с СД. Современное школьное оборудование обычно включает разнообразные технические средства обучения: наглядные пособия, разные модели глюкометров, тест-полосок, шприц-ручек, буклеты и флаеры (о технологии, личной гигиене после физических занятий, способах инъекций инсулина, об уходе за стопами и др.).

2. Особой заслугой в сфере образовательной деятельности следует считать создание и систематическое издание специализированных медицинских журналов, ориентированных на врачей и на пациентов. На русском языке выходят журналы «Сахарный диабет», «Проблемы Эндокринологии», «Эндокринология новости, мнения, обучение», что несомненно сближает ученых и врачей других дружественных стран. С 1991 г. издается единственный в России и СНГ моно тематический информационно-образовательный профессиональный медицинский журнал «Диабет. Образ жизни» (гл. редактор проф. А.С. Аметов), предназначенный для пациентов с СД, их родственников, врачей-специалистов и населения в целом. В Республике Беларусь с 2000 по 2015 год включительно издавался журнал «Жизнь с диабетом», который помогал читателям самостоятельно управлять заболеванием (гл. редактор О.Л. Сверкунова). С самого начала организации работы школ «ШСД» просматривалось широкое международное сотрудничество белорусских и российских ученых. Со стороны Республики Беларусь в этой работе активное участие принимали профессора д.м.н. Л.И. Данилова, Т.В. Мохорт, доцент А.А. Романовский и др.

3. Основное направление научно-практического сотрудничества в области качества жизни пациентов с СД – проблема достижения качественного гликемического контроля. В настоящее время в реальной клинической практике доступными стали средства самоконтроля и непрерывного мониторингирования гликемии, помповые дозаторы, инновационные классы сахароснижающих лекарственных препаратов. Однако целевого уровня гликемического контроля, а тем более ком-

бинированных критериев, включающих гликемические и не гликемические эффекты, по-прежнему достигает ограниченный круг пациентов, что представляет широкое поле совместной с пациентом деятельности.

4. В рамках помощи детям с СД эндокринологи постоянно сталкиваются с новыми теоретическими и практическими вызовами, которые по возможности в деятельности системы здравоохранения. Например, использование принципа верховенства иерархии головного мозга, в случаях, когда приоритетность энергопотребностей головного мозга меняет инсулинорезистентность и ведет к нарушению толерантности к глюкозе.

Научное обсуждение в рамках Всемирного дня борьбы с диабетом в Республике Беларусь позволило увидеть то, что делать и в какую сторону развиваться диабетологии как науке и клинической дисциплине:

- информировать население о факторах риска развития СД [4; 8; 54] и имеющихся возможностях по его раннему выявлению, что очень внимательно воспринимают студенты, чьими действиями будет развиваться профилактическая педиатрия и эндокринология;

- осуществление имеющихся для каждого заинтересованного человека возможностей раннего выявления и первичной (вторичной) профилактики осложнений. Так, в 2021 г. контроль компенсации по уровню HbA_{1c} составлял 1,28 теста в год на 1 пациента, в 2023 – 1,54, что расширяет информационные и технические возможности самоконтроля при СД. Благодаря массовому внедрению флеш-мониторинга глюкозы стало возможным достижение лучшей компенсации СД при уменьшении количества инвазивных манипуляций;

- возрастание партисипативности (соучастия в общей работе врача с пациентом) для повышения личной заинтересованности пациента в самоконтроле.

Заключение. Аспекты БМЭ, финансирование и экономика в оказании диабетологической помощи командой врача является существенным решением вызовов времени, в основе которой лежит психолого-педагогический подход. Терапевтическое обучение больных СД включает в себя организацию длительного/пожизненного активного амбулаторного обучения и наблюдения с учетом

индивидуальных особенностей соматического статуса, наличия осложнений СД и сопутствующих заболеваний, возраста, уровня физических и учебных нагрузок, пищевых привычек, социально-экономического положения, национальных особенностей.

Разработка и внедрение персонифицированных программ обучения, активно осуществляется в Республике Беларусь, включая дистантные формы обучения с помощью телемедицины и интернета, игровые и интерактивные программы, электронные базы данных.

Неотъемлемой частью деятельности эндокринологической службы стало обучение больных детей, их родителей в «ШСД». Несомненным остается факт, что подобные разработки являются дополнением к традиционной форме оказания медицинской помощи, оставаться обязательными компонентами комплексного и многофакторного управления заболеванием, направленного на улучшение качества жизни пациентов.

Несомненную помощь во вторичной профилактике СД и его осложнений оказывают профессиональное взаимодействие с пациентом на основе гуманистических элементов биомедицинской этики, экономики, мотивации и партисипативности пациента.

Внимание государства проявляется в оценке деятельности врачей в целом, о чем было сказано в выступлении заместителя Председателя Всебелорусского народного собрания, Заслуженного деятеля науки Республики Беларусь, д.м.н., профессора А.Н. Косинца на встрече с коллективом БГМУ 15.02.2025 г.: «Деятельность врача есть подвиг, который совершается ежедневно», а также в изменении системы оплаты их труда в постановлениях Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 января 2025 г. №9 и от 7 февраля 2025 г. №18 об увеличении заработной платы.

Список литературы

1. Демографический ежегодник Республики Беларусь: стат. сб. / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь; редкол.: И.В. Медведева [и др.]. – Минск: Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2019. – 429 с.

2. Котова Е.П. Роль среднего медицинского персонала в оказании медицинской помощи в Год качества в Республике Беларусь / Е.П. Котова, Т.В. Матвейчик // Современные аспекты здоровьесбережения: сб. материалов юбилейн. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 60-летию мед.-профилакт. фак. УО «БГМУ» (Минск, 24–25 окт. 2024 г.) / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т; редкол.: С.П. Рубникович, А.В. Гиндюк, Т.С. Борисова. – Минск, 2024. – С. 43–46.

3. Гребенщикова Е.Г. Биоэтика в XXI веке: вызовы и перспективы / Е.Г. Гребенщикова, А.Г. Чучалин // Медицинская этика. – 2021. – Т. 9. №2. – С. 10–15. DOI 10.24075/medet.2021.012. EDN WXSXXQ

4. Bach P.B. New math on drug cost-effectiveness / P.B. Bach // The New England Journal of Medicine. 2015. Vol. 373. №19. P. 1797–1799.

5. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию // БелТА [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/> (дата обращения: 22.10.2019).

6. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы: постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 19 янв. 2021 г. №28 // Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028> (дата обращения: 03.04.2020).

7. Практика работы медицинской сестры по организации помощи детям, больным сахарным диабетом: учебные программы «от инноваций – к качеству жизни» в условиях Союзного государства / Е.Е. Петрайкина, К.И. Григорьев, Т.В. Матвейчик, О.Ф. Выхристюк // Медицинская сестра. – 2024. – Т. 26. №3. – С. 3–11. DOI 10.29296/25879979-2024-03-01. EDN IMELNQ

8. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 / Европ. регион. бюро Всемир. орг. здравоохранения, М-во здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск: Страновой офис ВОЗ, 2017. – 247 с.

9. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению – преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике / Ю.В. Лукина, Н.П. Кутишенко, С.Ю. Марцевич, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т. 19. №3. – С. 232–239. DOI 10.15829/1728-8800-2020-2562. EDN RIYCQR

10. Матвейчик Т.В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета»: учеб.-метод. пособ. / Т.В. Матвейчик, И.К. Билодид, А.А. Романовский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск: Ковчег, 2010. – 132 с.

11. Матвейчик Т.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи / Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: Ковчег, 2016. – 243 с.

12. Содействие здоровому образу жизни: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, А.П. Романова [и др.]; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск: РИПО, 2011. – 276 с.

13. Берестова О. Успешный врач. Как сделать пациента здоровым, а доктора счастливым / О. Берестова. – СПб.; М.; Минск: Питер, 2022. – 208 с.

14. Борисова Т.С. Медико-гигиеническое сопровождение детей и подростков организованных коллективов: учеб.-метод. пособ. / Т.С. Борисова, Н.В. Самохина, А.В. Кушнерук; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск: БГМУ, 2022. – 72 с.

15. Максвелл Д. Мотивация решает все: как настроить себя и окружающих на успех / Д. Максвелл; пер. с англ. О.Г. Белошеев. – Минск: Попурри, 2009. – 156 с.

16. Колосницына М.Г. Мотивация персонала и методы оплаты труда в здравоохранении / М.Г. Колосницына // Мотивация и оплата труда. – 2010. – №3. – С. 170–178. EDN MSNGYV

17. Йеркс Р.М. Отношение силы стимула к скорости формирования привычки / Р.М. Йеркс, Дж.Д. Додсон // Журнал сравнительной неврологии и психологии. – 1908. – Т. 18. №5. – С. 459–482.

18. Русак С.М. Мотивация медицинских сестер к деятельности в условиях профессионального стресса / С.М. Русак, Т.В. Матвейчик // Современные аспекты здоровьесбережения: сб. материалов юбилейн. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 60-летию мед.-профилакт. фак. УО «БГМУ», Минск, 24–25 окт. 2024 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т; редкол.: С.П. Рубникович, А.В. Гиндюк, Т.С. Борисова. – Минск, 2024. – С. 571–575.

19. О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 30 авг. 2023 г. №125 // Национальный правовой интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22340377> (дата обращения: 29.01.2025).

20. Матвейчик Т.В. Управление сестринской деятельностью / Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2021. – 248 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/620098.pdf> (дата обращения: 27.05.2022).

21. Матвейчик Т.В. Медицинская сестра и пациент: эффективная коммуникация: учеб.-метод. пособ. / Т.В. Матвейчик, Г.В. Гатальская; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: БелМАПО, 2022. – 153 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/621372.pdf> (дата обращения: 27.05.2022).

22. Сильверман Дж. Навыки общения с пациентами / Дж. Сильверман, С. Керц, Дж. Дрейпер; пер. с англ. – М.: ГРАНАТ, 2018. – 304 с.

23. Матвейчик Т.В. Факторы успешности работы команды врача общей практики / Т.В. Матвейчик // Семейный доктор. – 2020. – №1. – С. 4–8.

24. Матвейчик Т.В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: моногр. / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: БелМАПО, 2013. – 184 с. EDN TLTGPT

25. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении: учеб.-метод. пособ. / А.Т. Щастный [и др.]; Витеб. гос. ордена дружбы народов мед. ун-т; под ред. А.Т. Щастного. – Витебск: ВГМУ, 2018. – 309 с. EDN ARSJZD

26. Ван Эдвардс В. Наука общения. Как читать эмоции, понимать намерения и находить общий язык с людьми / В. ван Эдвардс; пер. с англ. О. Тереньтевой. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2018. – 372 с.

27. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Минск, 2017. – 119 с.

28. Гурьянова М.П. Семья и здоровье ребенка: состояние проблемы и приоритетные направления научных исследований / М.П. Гурьянова, П.И. Храмцов // Вопросы школьной университетской медицины и здоровья. – 2023. – №2. – С. 4–14. EDN TVFQLG

29. Матвейчик Т.В. Состояние и достижения в профилактике неинфекционных школьно-обусловленных заболеваний детей и подростков организованных коллективов в деятельности средних медицинских работников / Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2023. – 112 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BGMU/T625525.pdf> (дата обращения: 29.01.2025).

30. Гузик Е.О. Здоровье учащихся Республики Беларусь и пути минимизации факторов риска его формирующих / Е.О. Гузик; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: БелМАПО, 2020. – 334 с.

31. Гигиена детей школьного возраста и подростков: учеб. пособие / Т.С. Борисова, М.М. Солтан, Н.В. Бобок; под ред. Т.С. Борисовой. – Минск: Новое знание, 2021. – 624 с.

32. Валитов Б.И. Терапевтическое обучение больных – неотъемлемый элемент комплексного подхода в лечении сахарного диабета / Б.И. Валитов // Терапия. – 2015. – №4. – С. 84–88. EDN VMHRMF

33. Диагностика и лечение пациентов с сахарным диабетом (взрослое население): клин. протокол: утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 21 июня 2021 г. №85 / М-во здравоохранения Респ. Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtocol/1КП_Диагностика_и_лечение_пациентов_сахарным_диабетом_взр_население_пост_МЗ_21_06_2021_№85.pdf (дата обращения: 29.01.2025).

34. Диагностика и лечение пациентов с эндокринологическими заболеваниями (детское население): клин. протокол: утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 23 авг. 2019 г. №90 / М-во здравоохранения Респ. Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtocol/КП%20Диагностика%20и%20лечение%20пациентов%20с%20эндокринологическими%20заболеваниями%20\(детское%20население\)%2023.08.2019%20№90.pdf](https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/CProtocol/КП%20Диагностика%20и%20лечение%20пациентов%20с%20эндокринологическими%20заболеваниями%20(детское%20население)%2023.08.2019%20№90.pdf) (дата обращения: 29.01.2025).

35. О совершенствовании системы обучения пациентов с сахарным диабетом: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 23 янв. 2020 г. №47 // Пех: информ. правовая система (дата обращения: 29.01.2025).

36. Структурированная программа обучения пациентов с сахарным диабетом 1-го типа: учебно-метод. пособ. / А.Ю. Майоров, О.Г. Мельникова, Ю.И. Филиппов [и др.]; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Нац. мед. исслед. центр эндокринологии. – М.: НМИЦ Эндокринологии, 2023. – 180 с. DOI 10.14341/B.2023.DM1. EDN SRUOYU

37. О совершенствовании деятельности учебно-тренировочного центра: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 14 апр. 2023 №527 // Пех: информ. правовая система (дата обращения: 29.01.2025).

38. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the

Study of Diabetes (EASD) / M.J. Davies, V.R. Aroda, B.S. Collins [et al.] // *Diabetologia*. – 2022. Vol. 65. №12. P. 1925–1966. DOI 10.1007/s00125-022-05787-2. EDN RGLJHX

39. Facilitating Positiv Health (2022) 65:1925–1966
<https://doi.org/10.1007/s00125-022-24>.

40. Глобальный доклад по диабету / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2018. – 85 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275388/9789244565254-rus.pdf> (дата обращения: 29.01.2025).

41. Матвейчик Т.В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее / Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2020. – 223 с.

42. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект: моногр. / И.А. Бондаренко, С.С. Воеводина, Е.П. Гетман [и др.]; под ред. И.А. Бондаренко, О.А. Подкопаева. – Самара: Поволж. науч. корпорация, 2018. – 316 с.

43. Матвейчик Т.В. Сестринское дело: вчера, сегодня, завтра (1999–2025) / Т.В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2023. – 74 с.

44. Современные вызовы образования и психологии формирования личности: моногр. / редкол.: Ж.В. Мурзина (гл. ред.), О.Л. Богатырева. – Чебоксары: Среда, 2022. – 172 с.

45. Об утверждении положения о работе команды врача общей практики: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 16 нояб. 2018 г. №1185[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://4gr.by/assets/files/VOP/pr-n1185mz-rb-ro-ovr-16.11.18.pdf> (дата обращения: 29.01.2025).

46. О правилах медицинской этики и деонтологии: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 7 авг. 2018 г. №64: с изм. и доп. от 14 дек. 2023 г. // ЭТАЛОН: информационно-поисковая система (дата обращения: 29.01.2025).

47. Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 1 января 2021 г. и среднегодовая численность населения за 2020 г.: стат. бюл. / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь. – Минск: Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2021. – 181 с.

48. Современные аспекты здоровьесбережения: сб. материалов юбилейн. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 60-летию мед.-профилакт. фак. УО «БГМУ», Минск, 24–25 окт. 2024 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т; редкол.: С.П. Рубникович, А.В. Гиндюк, Т.С. Борисова. – Минск, 2024. – 724 с.

49. Stewart S.F. Medication nonadherence: health impact, prevalence, correlates and interventions / S.F. Stewart, Z. Moon, R. Horne // *Psychology & Health*. 2023. Vol. 38. №6. P. 726–765.

50. *Diabetologia* (2022) 65:1925–1966 <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05787-2>]. EDN RGLJHX

51. Беялов Ф.И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф.И. Беялов. – 10-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 544 с. EDN ZHZSFT

52. Дети и молодежь Республики Беларусь: стат. сб. / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь; редкол.: И.В. Медведева [и др.]. – Минск: Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2018. – 133 с.

53. Does moral sensitivity contribute to patient satisfaction? A cross-sectional survey in educational hospitals / M. Taheri, M. Abbasi, M. Tavakol [et al.] // *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2023. Vol. 64. №1. P. E40-E47. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.1.2163.

54. Gregg B. Political Bioethics / B. Gregg // *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2022. Vol. 47. №4. P. 516–529. DOI 10.1093/jmp/jhac008. EDN JFRQND

Матвейчик Татьяна Владимировна – канд. мед. наук, доцент УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь.
