

## МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

*Исполняющий обязанности*

*главного редактора*

Абаев Юрий Кафарович

*Редакционная коллегия:*

Е. М. Бильдюк (отв. секретарь)

Л. И. Алехнович

А. А. Астапов

И. В. Василевский

Ю. Г. Дегтярев

Н. И. Доста

Л. Э. Кузнецова

А. Е. Кулагин

Г. В. Кулагина

Т. В. Матвейчик

В. К. Милькаманович

В. Г. Панкратов

С. М. Русак

Н. Ф. Сивец

Р. А. Часнойть

В. П. Шиманович

С. Ф. Южик

Адрес редакции: ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск  
Телефон +375 17 226-21-48. E-mail: medznania@tut.by  
<http://www.medsestra.by>

Подписные индексы:

для организаций — 749062

для индивидуальных подписчиков — 74906

Стиль-редактор Е. М. Бильдюк

Компьютерная верстка С. А. Шуляк

Свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 563 от 20.07.2009, выданное Министерством информации Республики Беларусь

Подписано в печать 02.12.2021

Тираж 1498 экз.

Заказ

Государственное предприятие

«СтройМедиаПроект».

ЛП № 02330/71 от 23.01.2014.

Ул. В. Хоружей, 13/61, 220123, г. Минск

При использовании материалов журнала ссылка на «Медицинские знания» обязательна.

© Учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение», 2021

Научно-практический журнал

для специалистов

со средним

медицинским

образованием

6(138)

ноябрь – декабрь, 2021

Издается с 1999 года

Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

### СОДЕРЖАНИЕ

От редакции \_\_\_\_\_ 2

Тема номера

*Ю. К. Абаев*

Дискиты у детей \_\_\_\_\_ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

*В. К. Милькаманович*

Потребление алкоголя как злободневный фактор риска здоровья человека \_\_\_\_\_ 9

Трибуна преподавателя

*И. Д. Шилейко, Л. И. Алехнович,*

*Л. В. Батуревич, Т. Е. Автухова*

К вопросу о вакцинации против COVID-19 \_\_\_\_\_ 17

*Т. А. Гюрджян*

Болезни века – компьютерный зрительный синдром и синдром сухого глаза \_\_\_\_\_ 20

История, факты, события

*Т. В. Матвейчик*

Сестринское дело: новые реалии в образовании и науке (к 90-летию Белорусской медицинской академии последипломного образования) \_\_\_\_\_ 24

Простая кулинария \_\_\_\_\_ 31

## От редакции

### *Дорогие коллеги!*

В последнее время наблюдается тревожная тенденция, меняется парадигма медицины: врачу не доверяют, его рекомендации ставят под сомнение, более того, пациент склонен лечить себя сам, а если и обращается к медикам, то нередко диктует, что ему нужно назначить.

В чем причина данного явления? Их несколько. Во-первых, изменилось отношение людей к здравоохранению. В советской системе охраны здоровья коммерческой составляющей не существовало, медицина была по-настоящему бесплатной, не было ощущения, что на болезни кто-то может заработать. С тех пор как в учреждениях здравоохранения появились кассы и прејскуранты, у пациента возникают естественные вопросы: настолько ли все серьезно, чтобы отдавать деньги за обследование и лечение? действительно ли так дорого стоит эта операция, или здесь чья-то выгода? Во-вторых, антиреклама медицины, которая нередко создают СМИ. В погоне за тиражами печатных изданий и рейтингами телеканалов журналисты наперегонки публикуют сообщения о неблагоприятных исходах лечения, причем выводы об ошибках медиков нередко делают еще до завершения разбирательства. В-третьих, вина самого медицинского сообщества. Самозабвенно занимаясь лечением, медики не задумываются о том, что им уготовано контрольно-надзорными органами за то, что они не знают нормативно-правового обеспечения медицинской деятельности. Для них в дилемме «что важнее – хорошо лечить или правильно заполнить бумаги» ответ чаще будет в пользу первого варианта. Наконец, еще одна причина – появление в законодательстве термина «медицинская услуга». Здравоохранение по формальному признаку подведено под одни правила с другими сферами деятельности, где есть заказчик и исполнитель. Пациент заказывает услугу, медик исполняет заказ, то есть поставлен в положение «чего изволите?».

Понятие «медицинская помощь» в законе «О здравоохранении» определяется как «комплекс медицинских услуг». Эта ошибочная трактовка привела к тому, что на медицинскую деятельность распространилось влияние закона «О защите прав потребителей». Основная идея закона: любая услуга, будь то ремонт обуви, мойка автомобиля или операция по пересадке органа, должна быть качественной, а если оказана не качественно, заказчик вправе потребовать от исполнителя переделать заказ и выплатить компенсацию морального ущерба. И что особенно важно, закон провозглашает – потребитель всегда прав. Бесспорно, с точки зрения заказчика такое право, данное ему законом, это хорошо. Однако при оказании медицинской помощи нельзя гарантировать, что результат всегда удовлетворит пациента. Более того, иногда медицинская помощь изначально не может быть качественной на 100%, если рассматривать ее с позиции закона «О защите прав потребителей». Невозможно гарантировать полное выздоровление во всех случаях после инсульта или обещать родителям, что их глубоко недоношенный 500-граммовый ребенок выживет. Например, пациенту в тяжелейшей ситуации оказана медицинская помощь, его спасли от смерти, но после этого он должен всю жизнь принимать лекарства, будет иметь физические ограничения и окажется в инвалидной коляске. Это можно считать качественно оказанной услугой? С точки зрения медика – да, с точки зрения закона «О защите прав потребителей» – нет. Если следовать букве закона, человек, который пришел к врачу больным, должен выйти от него здоровым независимо от тяжести болезни. Не абсурд ли?

Критерии качества, которые разрабатываются внутри медицинского сообщества, не имеют ничего общего с положениями закона «О защите прав потребителей». Для хирургического вмешательства они совсем не такие, как для костюма, сшитого портным, или для супа, сваренного поваром в ресторане. Между тем защищенный и вдохновленный законом потребитель медицинских услуг, он же заказчик, не получив того, что он хотел, вправе предъявить претензии и потребовать наказания для исполнителя. В соответствии с законом пациент будет прав, а медик нет. О каком уважении и доверии общества к медицинским работникам после этого можно говорить? Формулировка «медицинская помощь – это комплекс медицинских услуг» в законе «О здравоохранении» является источником негативных последствий, которые сопровождают медицинскую деятельность. Необходимо устранить причину конфликта – отказаться от термина «медицинская услуга» и пересмотреть решение о распространении закона «О защите прав потребителей» на систему здравоохранения.

Дорогие друзья, приближаются Новый год и Рождество – самые яркие, неповторимые праздники. Отзываясь в сердцах сказочной мелодией, они щедро дарят веселье и смех, радость и добро, а главное – веру в чудо. Пусть 2022 г. принесет удачу, придаст сил для вдохновенного и плодотворного труда. Желаем крепкого здоровья, осуществления надежд, благополучия и успехов!

*Светлого праздника Рождества Христова и счастливого Нового года!*

С уважением,  
профессор

Ю. К. Абаев



Профессор Ю. К. Абаев

## ДИСКИТЫ У ДЕТЕЙ

Редакция журнала «Здравоохранение»

Воспаление межпозвоночного диска известно под различными диагнозами: дискит, спондилодисцит, межпозвоночный остеохондрит и др. У взрослых воспалительный процесс в межпозвоночном пространстве обычно является осложнением дискэктомии. У детей развитие дискита связывают с гематогенной инфекцией и травмой. Впервые межпозвоночный дискит у ребенка описал Л. Мауер в 1925 г. Заболевание длительное время рассматривалось как малодеструктивная, благоприятно протекающая форма остеомиелита позвоночника. В отечественной литературе дискитам в детском возрасте уделено недостаточно внимания. Неосведомленность медиков и отсутствие характерных клинических проявлений данного заболевания приводит к многочисленным диагностическим ошибкам и неправильному лечению.

Возраст детей с дискитами варьирует от 1,5 до 15 лет. Наиболее часто данное заболевание наблюдается у детей 4–10 лет, у мальчиков встречается чаще, чем у девочек. Частота дискитов различных отделов позвоночника у детей: шейного – 56,3%, грудного – 18,7%, поясничного и пояснично-крестцового – 25,0%. Возможен двойной уровень поражения дисков. Зависимости частоты поражения какого-либо отдела позвоночника от возраста детей не установлено.

Средняя продолжительность заболевания до госпитализации обычно составляет 10–14 сут. Развитию дискита могут предшествовать различные инфекционные болезни и травма, зачастую не относящаяся к области поражения. Направительные диагнозы: шейный лимфаденит, остеомиелит позвоночника, коксит, гонит, радикулит, острый аппендицит и др. Исследования позвоночника у большинства детей, как правило, не производят.

Этиология межпозвоночного дискита в детском возрасте до конца не выяснена. Большинство авторов придерживаются инфекционной природы заболевания, не исключают значения предшествующей травмы. В культурах из дискового пространства в 30% наблюдений выделяют *S. aureus* (наиболее часто), *S. epidermidis*, *Kingella*, *Salmonella spp.* и др. В 70% посевы стерильны. Травма спо-

собствует высвобождению из диска тканевых энзимов, среди которых фосфолипаза А<sub>2</sub>, известная как потенциальный стимулятор воспаления *in vitro*.

У половины пациентов детского возраста с дискитами выявляют аномалии позвонков – сращение или добавочный позвонок, люмбализация SI, *spina bifida* и др. При пороках развития позвонков создается повышенная нагрузка выше и ниже пораженного сегмента позвоночника, что может быть предрасполагающим фактором развития дискита. Подтверждением является более частая локализация межпозвоночного дискита в подвижных отделах позвоночника – шейном и поясничном.

Межпозвоночный диск эмбриона хорошо кровоснабжается, получая питание из трех главных источников: сосудов периоста, аксиальных сосудов хорды и сосудов тела позвонка. Редукция питающих сосудов диска начинается с момента рождения ребенка и завершается к началу третьей декады жизни. Это объясняет значительную частоту дискитов у детей по сравнению со взрослыми. Микроорганизмы достигают межпозвоночного диска гематогенным путем, проникая в терминальные сосуды на периферии диска в зоне *annulus fibrosus* или путем прямого распространения возбудителей с замыкательных пластинок тел прилежащих позвонков.

Исследование биоптатов пораженных дисков обнаруживает признаки как острого, так и хронического воспаления. В результате воспалительного процесса, вследствие деградации белково-полисахаридного комплекса внутриклеточного матрикса диска и потери способности связывать воду межпозвоночное дисковое пространство сужается. Развивающееся уплотнение коллагеновой пластинки *annulus fibrosus* ограничивает подвижность в межпозвоночном пространстве и уменьшает мобильность позвоночника.

Межпозвоночный дискит развивается постепенно и характеризуется маломанифестным течением. Заболевший ребенок обычно оказывается у специалиста не ранее чем через 2–3 недели, а то и позднее, от начала заболевания. В клинической картине наблюдаются раздражительность, хромо-

## Тема номера

та, нежелание стоять, сидеть или ходить. Пациенты среднего и старшего возраста отмечают неясные боли в шее, спине, пояснице, животе, нижних конечностях. Важно отметить усиление болей в спине при поднятии тяжести. Дети младшего возраста не жалуются на боли в спине, но могут жаловаться на боли в животе. Возможно вздутие живота и развитие запора. Боли в спине часто не привлекают внимания медика, несмотря на появление закрепощенности туловища, сколиоз и анталгическую позу вследствие спазма паравертебральных мышц.

Анализ клинического течения дискитов у детей позволяет выделить несколько синдромов. *Воспалительный синдром* характеризуется лихорадкой и признаками интоксикации. *Болевой синдром* – ребенок жалуется на боли в шее, спине, пояснице. При этом боль не всегда соответствует локализации пораженного диска. *Статодинамический синдром* – наличие хромоты, нежелание стоять, сидеть или ходить. *Рефлекторно-тонический синдром* – повышение тонуса шейных (кривошея), параспинальных мышц с уменьшением или ликвидацией физиологических изгибов позвоночника, появление его сколиотической деформации (анталгическая поза). *Абдоминальный синдром* обусловлен воспалением межпозвоночных дисков нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Характеризуется болями в животе, периодическим напряжением мышц и болезненностью передней брюшной стенки, иногда вздутием живота и болями при дефекации.

*Нейропатический синдром* развивается вследствие вовлечения корешков шейного, плечевого, поясничного или крестцового сплетения. Заинтересованность чувствительных волокон проявляется расстройствами чувствительности, тогда как поражение двигательных волокон – симптомами двигательных расстройств. Дискит шейного отдела позвоночника от C<sub>I</sub> до C<sub>IV</sub> (шейное сплетение) может сопровождаться невритом *n. occipitalis minor*, *nn. supraclavicularis*, *n. accessorius* и др. Дискит от C<sub>IV</sub> до T<sub>I</sub> (плечевое сплетение) может проявиться невритом *n. subclavius*, *nn. thoracales anteriores et posteriores*, *n. supraclavicularis*, *nn. subscapulares* и др. При воспалении дисков поясничного отдела позвоночника (поясничное сплетение) возможно развитие неврита *n. iliohypogastricus*, *n. cutaneus femoralis lateralis*, *n. femoralis* и др. При диските пояснично-крестцового отдела (крестцовое сплетение) можно обнаружить признаки неврита *n. ishiadicus*, *n. piriformis*, *n. quadratus femoris*, *n. gluteus superior et inferior* и др. Выявление нейропатического синдрома помогает топической диагностике дискита. У детей младшего возраста чаще обнаруживаются воспалительный, статодинамический и абдоминальный синдромы,

старшего возраста – болевой, статодинамический, рефлекторно-тонический и нейропатический синдромы.

Начало межпозвоночного дискита сопровождается повышением температуры тела до 37,5–38,0 °С. Состояние большинства детей соответствует средней тяжести. Клиническая картина *дискита шейного отдела позвоночника* характеризуется болевым синдромом. Характерны вынужденное положение головы (симптоматическая кривошея), сглаженность лордоза и напряжение мышц шеи. При нагрузке на голову у половины детей выявляется болевая реакция в зоне поражения. Также обнаруживается болезненность в проекции остистых отростков и паравертебральных точек на уровне пораженного и смежных сегментов. Боли в области шеи уменьшаются при фиксации головы руками. Иногда выявляются менингеальные знаки. У всех детей определяются увеличенные, умеренно болезненные, поверхностные и глубокие лимфатические узлы шеи при отсутствии воспалительных изменений в ротоглотке.

При *диските грудного отдела позвоночника* дети жалуются на боли в спине. При локализации в верхнегрудном отделе боли носят опоясывающий характер и усиливаются при вдохе (симптоматическая межреберная невралгия). При локализации очага воспаления в нижнегрудном отделе отмечаются боли в животе и ригидность поясничного отдела позвоночника.

В клинической картине *дискита поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника* на первый план также выходит болевой синдром. В начальной стадии заболевания наблюдаются хромота, боли в пояснице, животе, иногда в ягодицах, бедрах, тазобедренных и коленных суставах. Дети в состоянии стоять, сидеть на корточках и вставать, однако при этом сохраняют поясничный отдел позвоночника ригидным. Наклоны туловища в стороны ограничены, сгибание вперед невозможно. Иногда дети отказываются ходить и находятся в постели в вынужденном положении на спине, испытывая боли в пояснице при изменении положения туловища. Отмечаются сглаженность поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, сколиоз, а также болезненность остистых отростков и паравертебрально на уровне пораженного сегмента. Сидя в постели, пациенты предпочитают опираться руками позади ягодиц. Возможны абдоминальная боль, снижение брюшных рефлексов, наличие симптомов Вассермана, Мацкевича, Ласега, непостоянство коленного и ахиллова рефлексов. Иногда выявляется симптом Гуверса: поднимаясь на ноги из положения лежа ничком, ребенок принимает коленно-локтевое положение, затем, вставая, руками последовательно захватывает голени,

коленные суставы и бедра. Активные движения в тазобедренных и коленных суставах ограничены, пассивные – сохранены. При диските LV–SI возможно болезненное мочеиспускание, при воспалении дискового пространства SI–SII – боли при акте дефекации.

При лабораторном исследовании крови имеют место умеренный лейкоцитоз, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации, возрастание СОЭ до 30–40 мм/ч и повышение уровня острофазных белков (СРБ, церулоплазмينا, серомукоидов). У половины пациентов выявляют диспротеинемию и дисгаммаглобулинемию. Посев на гемокультуру, как правило, отрицательный.

При рентгенологическом исследовании решающим диагностическим признаком дискита является сужение межпозвоночного пространства. Выделяют четыре фазы рентгенологических проявлений дискита.

✓ I фаза (1–2-я недели) – на спондилограмме обнаруживают сглаженность физиологических изгибов позвоночника соответственно уровню поражения. Примерно в половине наблюдений выявляют врожденные аномалии позвоночника: сросшиеся и добавочные позвонки (в шейном отделе), люмбализацию SI, *spina bifida* и др.

✓ II фаза (3–5-я недели) – появляется снижение высоты межпозвоночного пространства, иногда сопровождающееся остеопорозом тел смежных позвонков. Как правило, наблюдается сужение одного дискового пространства, хотя возможно и двойное поражение. При наличии дискита в шейном отделе возможны минимальный антелистез и нестабильность позвонков.

✓ III фаза (6–10-я недели) – изъеденность замыкательных пластинок тел соседних позвонков и более заметное сужение дискового пространства.

✓ IV фаза (11–16-я недели) – продолжается сужение дискового пространства с развитием склероза замыкательных пластинок позвонков.

Вследствие раздражения зон роста контактирующего позвонка возможны увеличение его тела (*vertebra magna*), изменение формы (трапециевидная, снижение высоты, шиповидные разрастания). У детей старшего возраста при разрушении диска тела позвонков могут спаиваться.

Компьютерная томография (КТ) обладает более высокой разрешающей способностью по сравнению с рентгенографией и позволяет обнаружить сужение дискового пространства на 2-й неделе, а также выявить эрозии замыкательных пластинок тел смежных позвонков и деструктивные изменения диска и зоны субхондрального склероза тел смежных позвонков. Кроме того, при данном исследовании визуализируются конфигурация, раз-

меры спинномозгового канала, опухоли, гематомы и др. К недостаткам метода можно отнести некоторые ограничения, связанные с высокой лучевой нагрузкой.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) обладает рядом преимуществ перед другими методами лучевой диагностики. К ним относятся неинвазивность, отсутствие ионизирующего излучения, высокая контрастность изображения. Метод позволяет в течение 1-й недели от начала заболевания выявить воспалительный процесс в межпозвоночном диске и окружающих тканях, оценить состояние позвоночного канала, обнаружить протрузию дисков и фрагментов концевых пластинок тел позвонков в спинномозговой канал. Пораженный диск вызывает снижение сигнала в режиме T1 (гипоинтенсивный) и гиперинтенсивный сигнал в режиме T2. МРТ позволяет проводить раннюю дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний позвоночника с новообразованиями и травматическими повреждениями.

Сканирование с  $Tc^{99m}$  медронатом (пирофосфатом) или  $Ga^{67}$  цитратом является чувствительным методом, позволяющим определить очаг воспаления в межпозвоночном дисковом пространстве через 3–7 сут. после начала заболевания. Сцинтиграфия позволяет не только обнаружить локализацию, но и определить стадию воспалительного процесса. Однако метод не обладает высокой специфичностью, так как накопление радиофармпрепарата происходит наряду с пораженным диском в смежных позвонках, а также в опухолях и зоне перелома. Сцинтиграфию целесообразно использовать как скрининговый метод у детей младшего возраста при сложности топического выявления очага поражения.

УЗИ и тепловизионный метод исследования малоинформативны в диагностике дискита и имеют вспомогательное значение. При дискитах шейной локализации УЗИ верифицирует увеличенные лимфатические узлы, локализующиеся как поверхностно, так и вдоль сосудисто-нервного пучка. При поясничных дискитах паравертебрально выявляются участки нарушения структурной четкости мышц (миозит). При тепловизионном исследовании обнаруживают участок гетерогенной гипертермии в зоне поражения с распространением на смежные области позвоночника с  $\Delta t$  1–2 °С, а также зоны снижения или повышения температуры кожи (вазомоторные расстройства), косвенно свидетельствующие о нейропатии, сопутствующей дискиту.

Учитывая благоприятное течение межпозвоночного дискита у детей, биопсия, как правило, не показана, однако такая необходимость может возникнуть в случае фулминантного течения за-

## Тема номера

болевания, при подозрении на абсцедирование, туберкулез, грибковую инфекцию, при отсутствии эффекта от антибактериального лечения и хроническом течении болезни. Пункция межпозвоночного пространства осуществляется под флюороскопическим контролем – через параспинальные мышцы ниже латерального отростка позвонка. При пункции в поясничном отделе необходимо помнить о локализации нижней полой вены и аорты, которые располагаются непосредственно впереди позвоночника.

Дифференциальную диагностику дискита необходимо проводить с остеомиелитом позвоночника, кокситом, гонитом, туберкулезным спондилитом, менингитом, болезнью Гризеля, а при наличии абдоминального синдрома – с острым аппендицитом. Хромата и жалобы на боли в тазобедренном и коленном суставах, наблюдающиеся при дискитах поясничного отдела позвоночника, нередко расцениваются как *коксит* или *гонит*. Однако при диските пассивные движения в суставах сохранены, а проявления воспалительного процесса отсутствуют. Боли в животе, лихорадка, а также изменения в анализах крови воспалительного характера заставляют иметь в виду *острый аппендицит*. Наблюдение и использование при необходимости дополнительных методов исследования (УЗИ, лапароскопия) помогают в правильной диагностике. При болях в области фланков и поясницы может предполагаться *инфекция мочевыводящих путей*. Исследование мочи помогает постановке диагноза.

При *болезни Гризеля* кривошея обусловлена ротационным смещением атланта при асимметричной контрактуре прикрепляющихся к атланту и основанию черепа околопозвоночных мышц (*mm. rectus capitis ant. et lat.*). Кривошее предшествует воспалительный процесс в зеве и носоглотке. В верхнешейном отделе позвоночника пальпируется выступающий остистый отросток СII, а со стороны глотки на задней стенке появляется возвышение, соответствующее сместившемуся атланту. На рентгенограмме, выполненной через открытый рот пациента, обнаруживается подвывих атланта – смещение позвонка кпереди с одновременным поворотом вокруг вертикальной оси.

При наличии головных болей, болей в области шеи, спины, мышечного спазма и менингеальных знаков можно заподозрить *менингит*, однако отсутствие очаговой симптоматики и отрицательные результаты спинномозговой пункции позволяют исключить данный диагноз. При *остром гематогенном остеомиелите позвоночника* наблюдаются тяжелое течение заболевания и деструктивные изменения в позвонках. Правильной

диагностике помогает КТ. Дифференциальной диагностике с *туберкулезным спондилитом* помогают рентгенологическое исследование органов грудной клетки и специфические пробы. Необходимо помнить о более медленном течении туберкулезного процесса, множественности поражения позвонков и преимущественной локализации в грудном отделе позвоночника. При этом наблюдается более выраженная деструкция тел позвонков.

При *болезни Шейермана – Мау*, как и при диските, отмечается сужение межпозвоночного пространства, однако кифотическая деформация спины, характерная клиновидная форма позвонка, локализация в грудном отделе позвоночника и отсутствие воспалительного синдрома позволяют поставить правильный диагноз. *Травма* также может стать причиной сужения дискового пространства. В этом случае большое значение имеет тщательно собранный анамнез. Дифференциальная диагностика также проводится с редко встречающимися заболеваниями: опухолью спинного мозга, синдромом Гийена – Барре (Guillain – Barre), поперечным миелитом, полиомиелитом, мышечной дистрофией.

Лечение дискита в детском возрасте в основном консервативное и включает постельный режим, разгрузку позвоночника, иммобилизацию – головодержатель (воротник Шанца), корсет. При проведении антибиотикотерапии целесообразно учитывать сведения о невысокой проницаемости антибиотиков в ткани межпозвоночного диска у детей старшего возраста, что обусловлено снижением кровотока в нем. Выбор антибиотиков осуществляется эмпирически, имеется в виду более частое выделение из пораженного дискового пространства *S. aureus*. Повышение активности фосфолипазы А<sub>2</sub>, наблюдающееся при патологии межпозвоночного диска, обуславливает рациональность применения нестероидных противовоспалительных препаратов, снижающих активность данного фермента. В комплекс лечения входят неспецифические противовоспалительные (ибупрофен), антигистаминные препараты и дезинтоксикационная терапия.

Эффект от лечения наблюдается довольно быстро. Уже через 2–3 сут. уменьшается болевой синдром, появляется способность более активно двигать головой и туловищем. Первые 2–3 недели дети находятся в постели, после чего разрешается дозированная ходьба, при грудной и поясничной локализации дискита – при помощи костылей. Проводятся лечебная гимнастика по общеукрепляющей методике и физиотерапевтическое лечение. Период иммобилизации в большинстве случаев не превышает 4 недель. Длительность



## Тема номера

тельное. Боли и болезненность в пояснично-крестцовой области отсутствуют. Общий анализ крови: лейкоцитарная формула в норме, СОЭ – 12 мм/ч. Рентгенограмма пояснично-крестцового отдела позвоночника: плохо прослеживается нижний контур тела LV в переднем отделе, верхний контур SI нечеткий. Сохраняется сужение дискового пространства LV–SI. Реовазография: артериальное кровенаполнение правой пояснично-крестцовой области неустойчивое, незначительно снижено. Сосудистый тонус и венозный отток в норме. Незначительный интерстициальный отек мягких тканей. Заключительный диагноз: дискит LV–SI. Ребенок выписан домой.

Ребенок осмотрен через 1 год, 3 и 5 лет, жалоб у родителей нет. Развивается нормально. Подвижность в поясничном отделе позвоночника сохранена. Рентгенограмма пояснично-крестцового отдела позвоночника: увеличение тела LV, снижение высоты дискового пространства LV–SI, склерозирование замыкательных пластинок LV и SI.

Межпозвоночный дискит в детском возрасте не столь редкое заболевание, как принято считать. Ранняя диагностика трудна, так как жалобы пациента и клинические проявления заболевания неспецифичны, вследствие чего исследование позвоночника во многих случаях не проводится. При этом правильная диагностика чрезвычайно важна, она позволяет предотвратить напрасные процедуры и вмешательства (спинномозговая пункция, лапаротомия, артротомия и др.).

Дискит следует предполагать, если у ребенка имеется:

- ухудшение общего состояния;
- повышение температуры тела;
- неясные боли в шее, спине, животе или нижних конечностях, причина которых не может быть установлена.

Настороженность медицинских работников в отношении данного заболевания и использование лучевых методов исследования (МРТ, КТ) позволят улучшить диагностику и результаты лечения дискитов у детей.

### Использованная литература

1. Беляев М. К. Остеомиелит позвоночника у детей / М. К. Беляев, Ю. Д. Прокопенко, К. К. Федоров // *Детская хирургия*. – 2006. – № 1. – С. 39–42.

2. Гэлли Р. Л. Неотложная ортопедия. Позвоночник / Р. Л. Гэлли, Д. У. Спайт, Р. Р. Симон. – М., 1995. – 432 с.

3. Мусалатов Х. А. Клиника, диагностика и лечение межпозвоночного остеохондрита / Х. А. Мусалатов, В. В. Колесов // *Хирургия*. – 1997. – № 8. – С. 61–63.

4. Кузнецихин Е. П. Хирургическое лечение детей с заболеваниями и деформациями опорно-двигательной системы / Е. П. Кузнецихин, Э. В. Ульрих. – М., 2004. – 568 с.

5. Ульрих Э. В. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках / Э. В. Ульрих, А. Ю. Мушкин. – СПб., 2002. – 187 с.

## Уважаемые читатели и руководители учреждений здравоохранения!

*Начата подписка на журнал «Медицинские знания»  
на первое полугодие 2022 года.*

*Информируем вас, что оформить подписку можно не только в отделениях почтовой связи, но и в киосках торгового республиканского унитарного предприятия «Белсоюзпечать», а также при помощи платежно-справочных терминалов, через систему «Интернет-подписка» (подробности на сайте РУП «Белпочта» [www.belpost.by](http://www.belpost.by)).*

### **Подписные индексы:**

*для организаций – 749062*

*для индивидуальных подписчиков – 74906*

**Не забудьте своевременно оформить подписку!**



*Профессор В. К. Милькаманич*

## ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ КАК ЗЛОБОДНЕВНЫЙ ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

*Белорусский государственный университет*

Обезьяна, однажды опьянев от бренди, никогда к нему больше не притронется.  
И в этом обезьяна значительно умнее большинства людей.  
*Чарльз Дарвин*

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что бремя связанных с алкоголем проблем растет во многих странах мира. Общие нормы морали даже в самых благополучных государствах допускают периодический прием спиртных напитков (за исключением стран, исповедующих ислам). Официальные статистические данные указывают на то, что каждый шестой мужчина, достигший возраста 18 лет, ежедневно употребляет алкоголь. По данным Всемирной организации здравоохранения в настоящее время в мире насчитывается около 140 млн алкоголиков.

Нарастание потребления алкоголя несет за собой увеличение заболеваемости населения, смертности, сокращение средней продолжительности жизни.

Установлено, что алкоголь сильнее влияет на здоровье населения и приносит больше человеческих жертв, чем самые тяжелые эпидемии. Следует учитывать, что эпидемии происходят эпизодически, тогда как алкоголизм стал непрекращающейся эпидемической болезнью.

Всемирная организация здравоохранения в 1975 г. признала алкоголь наркотиком и определила алкоголизм как зависимость человека от алкоголя. Поэтому надо признать неправомерным термин «злоупотребление». Ведь если есть злоупотребление, значит, есть употребление не во зло, а во благо, то есть полезное. Но такого употребления нет. Более того, нет безвредного потребления алкоголя. Любое, в том числе и в «малых» количествах, потребление спиртных напитков есть злоупотребление. Даже если пить сухое вино и небольшими дозами, но употреблять его чаще, чем один раз в неделю, мозг не способен в такой отрезок времени восстановиться от наркотического отравления.

Потребление, а не злоупотребление алкоголя, — это глобальная социально-медицинская проблема здоровья населения всего общества, в котором в первую очередь под угрозу ставится здоровье подрастающего поколения (детей, подростков, молодежи), а также будущих матерей. Ведь алкоголь особенно активно влияет на несформировавшийся организм, постепенно разрушая его.

При попадании внутрь организма алкоголь разносится по крови и поступает во все клетки, губительно действуя на них, вплоть до разрушения.

Систематический прием спиртных напитков неизбежно приводит к формированию зависимости, сначала психической, а затем и физической, которая является обязательным признаком алкоголизма.

Алкоголизм — это тяжелая хроническая болезнь, в большинстве случаев трудноизлечимая. Она характеризуется неудержимым влечением к спиртному, изменением степени его переносимости и деградацией личности. Для алкоголика опьянение представляется наилучшим психическим состоянием.

Алкоголь во всех содержащих его напитках (водке, ликере, пиве, спирте, вине и т. д.) действует на организм так же, как и другие наркотические вещества и типичные яды, такие как хлороформ, эфир и опиум во всех его разновидностях. Он избирательно действует на центральную нервную систему, преимущественно на ее высшие центры. При повторном приеме алкоголя поражение центров мозговой деятельности продолжается от 8 до 20 дней. Если же употребление алкоголя имеет место длительное время, то работа этих центров уже не восстанавливается.

Согласно экспертным оценкам по вине алкоголя ежегодно в мире умирает около 1,8 млн человек, что составляет 3,2% уровня общей смертности.

В Беларуси удельный вес связанной с алкоголем смертности составляет около 4,5% уровня общей смертности. В нашей стране уровень смертности от алкоголя среди мужчин в 4 раза выше, чем среди женщин, а среди сельских жителей — в 2,5 раза выше, чем среди городских.

Наибольший удельный вес в структуре алкогольной смертности занимают острые алкогольные отравления (50% у мужчин, 56% у женщин). Далее следуют алкогольная кардиомиопатия (13% у мужчин, 14% у женщин), алкогольный цирроз печени (10% у мужчин, 15% у женщин). Наиболее высокий уровень алкогольной смертности отмечается среди мужчин в возрасте 45–65 лет.

## Наблюдение, реабилитация и уход

### Основные социально-медицинские проблемы, связанные с потреблением алкоголя

Следует сказать, что нет такого заболевания, течение которого не ухудшилось бы от употребления алкоголя, как и нет органа у человека, который бы не страдал от приема спиртных напитков. Однако больше всех и тяжелее страдает мозг. И это легко понять, если учесть, что именно в мозгу происходит наибольшее его накопление. Если концентрацию алкоголя в крови принять за единицу, то в печени она будет 1,45, в спинномозговой жидкости – 1,5, в головном мозге – 1,8. В случае острых алкогольных отравлений клиническая картина может быть неоднородной, но при вскрытии наибольшее поражение наблюдается в мозгу. Происходит омертвление участков вещества мозга.

У лиц, употребляющих спиртные напитки, возникает феномен агрегации эритроцитов – образование конгломератов из эритроцитов разной величины и плотности. В норме ни у людей, ни у животных этот феномен практически не обнаруживается. Агрегаты эритроцитов закупоривают мелкие сосуды, ухудшают кровоток и таким образом неблагоприятно влияют на обмен веществ. Крайнюю степень агрегации эритроцитов принято обозначать термином «сладжинг». Это приводит к тяжелым последствиям. Диаметр мельчайших капилляров, которые подводят кровь к отдельным мозговым клеткам, приближается к диаметру эритроцита, и если здесь происходит агрегация эритроцитов, они закрывают просвет в капиллярах. Снабжение мозговой клетки кислородом прекращается. Такое кислородное голодание, если оно продолжается 5–10 мин, приводит к омертвлению, то есть необратимой утрате, мозговой клетки. Чем выше концентрация спирта в крови, тем сильнее процесс агрегации эритроцитов, тем больше мозговых клеток гибнет.

Изменения структуры головного мозга возникают уже после нескольких лет употребления алкоголя. У пьющих людей и даже уже бросивших пить рано проявляется так называемое старческое слабоумие. Под влиянием алкоголя нарушаются и замедляются такие умственные функции, как восприятие, внимание, память. Критика ослабевает, утрачивается возможность внимательно выслушивать других, следить за правильностью речи, контролировать свое поведение.

При употреблении алкоголя страдают все самые тонкие функции мозга, все высшие чувства. Любой творческий работник, употребляя алкоголь, наносит непоправимый вред своим способностям и делу, которому посвятил свою жизнь.

К числу грубых нарушений психики под влиянием алкоголя следует отнести рост числа само-

убийств. Они происходят в 80 раз чаще, чем среди трезвенников.

Как бы ни были велики расстройства в умственной работе мозга, вызванные алкоголем, все же главнейшие изменения имеют место в психической жизни и характере пьющего человека.

Возникают упадок нравственности, равнодушные к обязанностям и долгу, к другим людям и даже членам семьи. Это проявляется очень рано, еще когда умственные и мыслительные акты остаются почти неизменными.

Падение нравственности сказывается в резкой степени на ослаблении чувства стыда. Между тем стыд не только держит в известных границах психическую сторону человека, он является одним из основных начал нравственной жизни, делает человека чутким к мнению других, охраняя от всего, что постыдно в нравственном смысле.

С психологической точки зрения протекание алкогольной зависимости носит циклический характер. Это так называемое естественное течение алкоголизма – постепенная сменяемость фаз, определяющих отношение к алкоголю у самих алкоголиков и членов их семей.

На *первой фазе* переживается дистресс, накапливается психофизическое напряжение, снижается фрустрационная толерантность. Это может проявляться в недовольстве успехами в профессиональной деятельности, семейной ситуацией, отношениями с родственниками и друзьями. Возникает ощущение усталости, пустоты, скуки, в некоторых случаях одиночества. На этом этапе мысль об употреблении алкоголя еще не ясна и не оформлена, но у человека возникает стойкое желание снять напряжение, расслабиться.

На *второй фазе* потребность расслабиться оформляется в конкретно очерченное желание выпить, появляются мысли об алкоголе. Алкоголик уже точно знает, что он выпьет, только не знает, когда это произойдет. Он может терпеливо дожидаться подходящего момента (наступления выходных, праздников, отъезда жены, снижения контроля за ним со стороны окружающих и пр.), а может спровоцировать возникновение подходящих для употребления спиртного ситуаций (придумывать мнимые поводы, провоцировать супруга на конфликт, уходить из дома и т. д.). На данной фазе любые действия окружающих, направленные на сдерживание алкоголика, неэффективны. По поведенческим и эмоциональным индикаторам близкие люди, как правило, распознают, что алкоголиком уже принято решение. У них возрастает тревога в ожидании срыва и возникает чувство беспомощности как следствие невозможности контролировать происходящее.

*Третья фаза* представляет собой непосредственное употребление алкоголя и удовлетворение

потребности. Длительность этой фазы характеризуется толерантностью к алкоголю, а также наличием либо отсутствием внешних сдерживающих факторов, например необходимости идти на работу в понедельник. Окружающие люди во время этой фазы избирают один из двух самых распространенных способов поведения: либо смиряются и пассивно ждут, когда алкоголик удовлетворит свою потребность, либо активно противостоят ему, пытаются контролировать дозу, деньги, организуют тотальную слежку и т. п. Как правило, все способы заканчиваются поражением близких людей, поскольку арсенал алкоголика более обширен. При этом, какая бы тактика во взаимоотношениях с алкоголиком на этой фазе ни была избрана, они нередко покрывают его пьянство, обманывая окружающих и устраняя последствия его поведения.

*Четвертая фаза* характеризуется похмельным синдромом (синдром отмены, абстинентный синдром). Это фаза психологического раскаяния алкоголика и переживания мнимой победы его близкими людьми. Мнимой эту победу можно назвать потому, что на самом деле не окружающие вынуждают алкоголика прекратить пить, а он сам принимает решение остановиться.

Центральным аспектом данной фазы является реальное физическое и психологическое страдание алкоголика и членов его семьи, ядром которого становятся чувства вины, стыда, подавленности, апатии, разочарования в собственных силах. Пытаясь справиться с чувством вины, алкоголик старается заглядеть ее перед окружающими как на поведенческом, так и на эмоциональном уровне. Нередко он покладист и предупредителен, заверяет окружающих в намерении бросить пить навсегда и часто сам искренне верит в это, ориентируясь на свое собственное актуальное самочувствие и перенасыщенную потребность. Может высказывать готовность обратиться за помощью к специалистам: наркологам, психологам, в группы анонимных алкоголиков, демонстрирует решимость, которая убеждает близких и заставляет их поверить в искренность его желания окончательно бросить пить.

После нормализации отношений с окружающими в результате активного испуительного поведения и некоторого восстановления самоуважения (за счет принятого решения не пить) наступает фаза ремиссии. Алкоголик постепенно втягивается в привычный ритм жизни, редко что-то кардинально меняет в своем мироощущении и отношениях с окружающими, достигает привычного эмоционального баланса и функционирования. Со временем последствия последнего приема алкоголя забываются. Длительность данной фазы индивидуальна, но, если алкоголик и его семья ничего

не предпринимают, она, как правило, заканчивается наступлением первой фазы – цикл замыкается.

#### **Особенности мужского алкоголизма**

Мужчины на протяжении многих лет не воспринимают тягу к спиртному как что-то опасное и относятся к ней достаточно спокойно, поэтому они не видят ничего постыдного в употреблении спиртосодержащих напитков в общественных местах, дома и даже на работе. Заболевание прогрессирует у них гораздо медленнее, чем у женщин, поэтому в течение длительного времени они могут контролировать свое состояние, дозу и качество спиртного.

У многих мужчин после 40 лет постепенно возникает алкогольный бред ревности. Он составляет около 3% всех алкогольных психозов. Вначале больной отмечает, что жена стала относиться к нему невнимательно, затем с неприязнью. Все чаще, по его мнению, она проявляет холодность в интимных отношениях и уклоняется от них. Одновременно ему кажется, что жена начинает тщательно следить за своим внешним видом, все чаще куда-то уходит, постоянно задерживается, а придя домой, выглядит необычно оживленной и смущенной. Больной становится грубым, возбудимым, требует объяснений, но поведение жены, по его мнению, все ухудшается. Подозрения о неверности становятся постоянными. Систематизация бреда сопровождается появлением вербальных иллюзий. Больной начинает следить за женой, обращается за помощью в различные инстанции и может применить в отношении жены насильственные действия.

#### **Особенности женского алкоголизма**

В последние годы доля женского алкоголизма в структуре заболеваемости населения неуклонно возрастает. В развитых странах мира положение женщины за последние десятилетия сильно изменилось, женщины в настоящее время участвуют во всех сферах человеческой деятельности. Это делает их экономически независимыми, способными вне семьи воспитывать детей. Изменение положения женщины в обществе приводит и к негативным последствиям, в том числе и к пьянству и алкоголизму. Этому способствуют тяготы жизни, одиночество, психотравмирующие ситуации, особенности эмоционального реагирования, профессия, социальная микросреда.

У женщин алкоголизм развивается в среднем в 25–35 лет. Традиционно положение женщины в обществе складывается исходя из ее биологической природы, предназначенной для продолжения рода и вынашивания плода, кормления ребенка, воспитания детей, то есть функций матери, домохозяйки, работницы.

Наиболее распространенными мотивами для приобщения женщин к алкоголю являются чувство одиночества, жизненной неустойчивости, от-

## Наблюдение, реабилитация и уход

сутствие перспектив. Есть, конечно, и другие причины. Случается, например, что муж-алкоголик склоняет к выпивкам и жену, вовлекая ее сначала в бытовое пьянство, в результате чего возникает алкоголизм. Это можно объяснить тем, что она не знает, как отучить его от пагубной привычки, отчаивается и присоединяется к нему от безысходности.

Характерной чертой женского алкоголизма является потребность к выпивке в одиночку, по статистике 1 из 13 женщин принимает спиртное ежедневно. Женщины употребляют спиртное преимущественно меньшей крепости и в меньших дозах; медленнее осознают влечение к алкоголю, чаще скрывают и отрицают факты алкогольного поведения; реже используют алкогольные суррогаты, чаще принимают с алкоголем лекарственные вещества, назначаемые для коррекции нервно-психических нарушений, у них реже отмечаются палимпсесты и амнезии опьянения. Запой бывают более короткими, реже наблюдаются алкогольные психозы, которые, однако, возникают раньше, чем у мужчин.

Отмечаются более ранние и глубокие изменения личности, чаще встречаются поражения соматоневрологической сферы. Женщины гораздо чаще, чем мужчины, госпитализируются как психически больные и дольше находятся в стационарах. Это связано с более глубокими эмоциональными и невротическими расстройствами, приводящими к «вторичному» алкоголизму.

Алкоголизм приводит к преждевременному увяданию женщин: рано стареет кожа, появляются глубокие морщины, лицо становится одутловатым, молочные железы – дряблыми, угнетаются функции половых желез. Обычно к 30–35 годам у пьющих женщин нарушается менструальный цикл, еще раньше снижается способность к деторождению.

Что касается материальных условий и эмоционального фона жизни детей пьющей матери, то они во много раз хуже, чем в семье, где болен алкоголиком отец. И это понятно, так как пристрастие женщин к алкоголю приводит к угасанию инстинкта материнства и утрате потребности заботиться о детях. Все эти чувства вытесняются постоянным стремлением добыть спиртное.

Семья, в которой у жены возникла болезненная потребность к ежедневной выпивке, распадается в 9 случаях из 10. Возникающее в период отрезвления у некоторых женщин чувство вины перед близкими людьми является дополнительной причиной дискомфорта. Чтобы прервать это состояние, забыться, женщина снова прибегает к «целительному» действию алкоголя, усугубляя болезнь.

### *Алкоголизм у беременных женщин*

Пьянство в период ожидания малыша не имеет никаких оправданий. Этиловый спирт через сосуды плаценты проникает в кровотоки плода, вызывая у него серьезные отклонения в развитии нервной системы, пороки внутренних органов и органов чувств. Вместе с мамой у него формируется зависимость от этанола, которая удовлетворяется регулярным его приемом. После рождения у малыша помимо тяжелых нарушений формируется синдром отмены, так как алкоголь перестает поступать в его организм.

Совокупность проявлений систематического приема спиртного во время беременности со стороны новорожденного называется алкогольным синдромом плода. Он встречается не так уж и редко – в 0,2–5 случаях на 1000 появившихся на свет малышей. При этом изменения затрагивают практически все органы и ткани, вероятность того, что в будущем такой ребенок будет страдать алкоголизмом, очень велика.

Женский алкоголизм в период беременности не имеет оправданий, однако это достаточно распространенное явление во всем мире.

### *Алкоголизм у кормящих женщин*

Если женщина в период беременности приняла алкоголь, то с большой долей вероятности она продолжит это делать во время кормления грудью. Часть родильниц, страдающих алкоголизмом, специально отказываются от естественного вскармливания, чтобы не мучить свою совесть, и переходят на искусственные молочные смеси.

Этанол проникает в грудное молоко через 3–6 ч с момента его употребления внутрь. Ребенок после кормления становится вялым, сонливым, так как испытывает алкогольное опьянение. Печень, ферментная система которой еще совсем незрелая, не в состоянии инактивировать дозу алкоголя, которую мать считает незначительной. Поэтому абсолютно любой объем спиртного, принятый кормящей матерью, является вредным для новорожденного.

### *Особенности алкоголизма у детей и подростков*

Дети и подростки чаще всего начинают употреблять алкоголь в семьях, в которых алкоголь употребляют их родители. Жалость, которую они поначалу испытывают к пьющим родителям, чаще всего переходит в ненависть. У детей возникает чувство собственной ущербности. Будучи лишенными счастливого детства, не получив в семье необходимого интеллектуального развития и положительного социального опыта, они уже в подростковом возрасте употребляют спиртное, пытаясь с его помощью хотя бы иллюзорно устранить сформировавшийся комплекс неполноценности. Далее они продолжают делать это за пределами

дома, в коллективах сверстников. Заканчивается это, как правило, развитием у детей раннего алкоголизма.

Особенностью детского алкоголизма являются ускоренное формирование зависимости, повышенный риск отравления, раннее начало половой жизни и вытекающие из этого последствия (венерические болезни, ранняя беременность). Социальные последствия алкоголизма у детей и подростков – это искаленная судьба, неоконченное образование, уголовная судимость и множество связанных с этим других проблем.

Проблемы для семьи пьющего – конфликты, невыполнение отцовских и материнских обязанностей, потеря уважения, материальные трудности, внутриутробное поражение плода, неправильное воспитание, юношеские алкоголизм и преступность.

Уровень раздельного жительства и разводов среди алкоголиков и их супругов в 7 раз чаще, чем среди общего населения. От 33 до 40% не распавшихся «алкогольных» пар имеют плохие супружеские отношения. В 47% случаев основной причиной разводов послужили пьянство и алкоголизм мужей.

Алкоголь неизбежно разрушает структуру и функцию семьи, но супружеские и семейные проблемы могут либо предшествовать алкоголизму, либо возникать исключительно как результат пьянства, либо являться частью комплексного взаимодействия между предшествующей нестабильностью семьи и пьянством одного из ее членов.

Пьянство в семье – это чаще всего свидетельство ее начальной нестабильности, а алкоголизм говорит о тяжелом моральном и социальном недуге, который может привести к краху межличностных и общественных отношений.

Алкоголизм мужчин прямо и косвенно пагубно влияет на репродуктивные процессы. Среднее число аборт в семье, где мужчина систематически употребляет алкоголь, в 2–2,5 раза больше, чем благополучных в этом отношении семьях.

Алкоголизм родителей является одной из причин рождения детей с различными дефектами, увеличивает детскую смертность. Доказано, что в семьях лиц, злоупотребляющих алкоголем, зачатие нового потомства нередко происходит в состоянии опьянения, дети рождаются хилыми, болезненными, отстают в физическом и психическом развитии, плохо учатся, рано начинают употреблять спиртные напитки, быстро психопатизируются, совершают асоциальные поступки.

Алкоголь медленно, но верно ухудшает генетический фонд человечества, тем самым влияя на здоровье еще не рожденных поколений. Установлено, что мальчики подвергаются алкоголи-

зации в 2,2 раза чаще, чем в нормальных семьях, если этим заболеванием болен отец, и в 1,6 раза чаще, если больна мать. Девочки заболевают алкоголизмом в 3,3 раза чаще, чем в нормальных семьях, если в семье страдает алкоголизмом отец, и в 2,4 раза чаще, если больна мать. Исследования в Великобритании и Финляндии показали, что при этом наследуется не алкогольная зависимость, а предрасположенность, привычка к употреблению алкоголя.

Злоупотребление алкоголем может повлечь за собой мертворождаемость. Известно, что риск мертворождаемости увеличивается в 6 раз, если женщина употребляет алкоголь и курит, и более чем в 30 раз, если во время беременности женщина курит и выпивает более 45 мл чистого алкоголя ежедневно. Считается, что более 30% детей с нарушениями умственного развития родилось от женщин, употреблявших алкоголь во время беременности.

Алкоголизм в семье – это «пьяный быт» со всеми атрибутами аморальности, распущенности и откровенно преступного поведения родителей в отношении детей.

У зависимых (больных алкоголизмом) и созависимых (коалкоголиков) много общих симптомов: повышенная раздражительность, подозрительность, лживость (сокрытие действительного), навязчивое, агрессивное или подавленное поведение, фобии (страхи), пониженное настроение, депрессии, психосоматические недуги (болезни внутренних органов), сексуальные проблемы. В связи с этим наличие алкоголизма у одного члена семьи вовлекает в этот процесс близких родственников, что приводит к эмоциональному постоянному внутрисемейному дискомфорту.

Для больных алкоголизмом женщин, как правило, характерны психастенические признаки: эмоциональная неуравновешенность со склонностью к депрессиям, дисфориям, плаксивость, раздражительность, нарушение сна и аппетита, истощаемость.

В сочетании с высокими профессиональными нагрузками это ведет к утрате трудоспособности. В ряде случаев имеется патологическая манера поведения жен алкоголиков: экзальтация, пуэрилизм, навязчивость и сверхзаботливость.

*Экзальтация* – это особое эмоциональное состояние, в котором человек испытывает неестественное воодушевление и восторженность, часто не имея для этого достаточно веских причин.

*Пуэрилизм* (от лат. *puer* – ребенок, *puerilis* – детский) – ярко выраженное детское поведение взрослых людей на фоне истерически суженного сознания. Пограничные расстройства встречаются более чем у 60% жен алкоголиков.

## Наблюдение, реабилитация и уход

Высокая болезненность членов семьи проявляется различными психосоматическими расстройствами: ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, язвенной болезнью и др.

Только при пьянстве обоих супругов их брак может быть психологически комфортным. Частота таких браков увеличивается. Около 10% мужчин и 50% женщин, больных алкоголизмом, состоят в супружестве с алкоголиками.

### Методы и приемы борьбы с алкоголизмом

Необходима своевременная борьба с алкоголизмом. Многочисленные наблюдения и исследования показали, что постепенное снижение дозы спиртного не приводит к избавлению от болезни. Единственным выходом является полный отказ от него.

Однако главная проблема алкоголизма заключается в отсутствии у многих больных желания лечиться, так как они не видят в своем состоянии никакой трагедии.

Помимо полного отказа от алкоголя существуют различные проверенные и условно безопасные методы борьбы с алкоголизмом:

- лечение лекарственными средствами на основе дисульфирама;
- кодирование;
- методы психологической помощи;
- снятие острой алкогольной интоксикации;
- альтернативная медицина;
- профилактика алкоголизма.

Алкоголизм – серьезное трудноизлечимое заболевание, поэтому терапия должна быть комплексной и проходить под наблюдением специалиста.

### Лечение лекарственными средствами на основе дисульфирама

Лекарственное средство от алкоголизма должно сделать прием спиртных напитков невозможным, ведь только так можно полностью избавиться от тяги к ним.

Синтезированы препараты, которые в организме здорового человека никак себя не проявляют, так как не взаимодействуют ни с какими рецепторами и не изменяют метаболизм. Однако при попадании в кровь молекул спирта у человека развивается целый спектр крайне неприятных ощущений. Механизм заключается в том, что лекарственное средство блокирует расщепление молекул спирта за счет инактивирования различных печеночных ферментов. В результате вместо того, чтобы спирт превратился в безобидные углекислый газ и воду, в крови циркулирует крайне токсичный ацетальдегид. Высокие концентрации этого вещества дают гамму крайне неприятных ощущений (дисульфирамовую реакцию), таких как тошнота и рвота, выраженная головная боль, дрожь в конечностях и сердцебиение, боль в мышцах, возбуждение.

Степень их выраженности напрямую зависит от количества принятого спиртного. При употреблении больших доз одновременно с подобными лекарствами состояние может потребовать неотложной медицинской помощи, так как возможны угнетение сознания, остановка дыхания и даже кома.

Лекарственные препараты на основе дисульфирама – «Тетурам», «Антабус», «Эспераль».

Такие препараты существуют как в виде таблеток, так и в виде специальных имплантов для введения под кожу. Последняя манипуляция проводится врачом, поэтому больной человек не сможет его удалить самостоятельно, не причинив себе вреда. Лекарство постепенно выводится в кровяное русло, чем обеспечивается поддержание его постоянной концентрации. К тому же больной не сможет отменить его перед застольем, в отличие от таблеток.

Поэтому единственным выходом для того, чтобы избежать негативных ощущений, является полный отказ от спиртного. Главным условием такой терапии является добровольное согласие больного, осведомленность о возможных последствиях, вплоть до угрозы жизни при употреблении алкоголя.

### Кодирование

Кодирование от алкоголизма – это один из методов избавления от зависимости от спиртных напитков. Он основан на психологическом воздействии на больного человека, которое связано с выработкой условных рефлексов. Его должен проводить исключительно специалист, который имеет квалификацию в подобной области (врач-нарколог или врач-психиатр), ведь любые манипуляции с человеческой психикой, осуществляемые шарлатанами, могут привести к печальным последствиям.

Суть кодирования от алкоголизма заключается в следующем: больного погружают в гипнотический сон, и доктор начинает повторять фразы: «водка вызывает у вас отвращение», «вы больше не можете принимать спиртное, так как вам становится плохо», «от вина вас тошнит и все тело начинает болеть» и т. п.

Одновременно с этим могут осуществляться и другие воздействия на организм человека, вызывающие неприятные ощущения: давление на глазные яблоки, сильное сжатие кисти, легкие уколы. При этом после пробуждения в подсознании у больного закрепляется информация: если он примет алкоголь, то у него вновь будут возникать эти дискомфортные ощущения. В результате он может полностью отказаться от спиртных напитков, даже без приема каких-либо специальных лекарств.

Кодирование от алкоголизма – это метод, эффективность которого зависит от множества фак-

торов: квалификации специалиста, особенностей психики самого больного и, что немаловажно, его восприимчивости к гипнозу. Однако практика показывает, что кодирование имеет временный эффект: очень часто у больного возникают срывы, и он вновь ударяется в пьянство. Ведь стоит ему хоть раз попробовать спиртное и увидеть, что никаких болевых ощущений в действительности нет, страх перед алкоголем пропадает. Кодирование от алкоголизма имеет хороший эффект в составе комбинированной терапии заболевания, включающей помимо этого лекарственные средства, психотерапию и альтернативные методы.

#### **Методы психологической помощи**

Помимо лекарств и кодирования хорошим эффектом в лечении алкоголизма обладает психотерапия. Ведь зачастую пьянство – это попытка уйти от проблем, которые сам человек не в состоянии решить. Иногда это результат неудачной семейной жизни или вообще проблем с противоположным полом, невозможность найти свое место в обществе, самореализоваться, скука и отсутствие интересов. Очень часто запойными алкоголиками становятся те, кому в течение многих лет было запрещено употреблять спиртные напитки, например спортсмены после окончания своей карьеры.

Психологическая помощь – это еще одно средство от алкоголизма, суть которого заключается в общении со специалистом, обладающим необходимой квалификацией в этой области: врачом-психиатром, психоаналитиком, психологом, психотерапевтом. Существуют различные методики:

- выяснение возможных причин сниженной самооценки, которая является следствием и результатом регулярного приема спиртного;
- попытка устранения депрессии, агрессии, тревожности;
- выяснение интересов и профессиональных способностей больного (для тех, кто не может определиться с родом деятельности);
- поиск детских травм, их проработка и др.

Особенно эффективной бывает работа в коллективе, ведь больному всегда приятно разделить с кем-то свою проблему и увидеть, что он не одинок. Поддержка таких же, как он, зависимых людей и борьба с привычкой в группе являются еще одним крайне результативным методом лечения алкоголизма.

В Республике Беларусь широко применяется государственная реабилитационная психотерапевтическая программа «12+» – версия миннесотской модели лечения зависимостей. В ее основе лежит программа анонимных алкоголиков «12 шагов». Работая по этой программе, команда специалистов помогает пациентам возродить веру в себя, обрести свободу выбора и начать новую трезвую жизнь.

В состав команды обычно входят врач-психиатр, нарколог, психотерапевт, психолог, консультанты терапии зависимости (прошедшие специальное обучение и имеющие положительный стаж трезвой жизни). В реабилитационной программе принимают участие волонтеры из сообществ «Анонимные алкоголики» и «Анонимные наркоманы», священники и др.

Программа «12+» предполагает также проведение групповых и индивидуальных занятий для родственников. Созависимые люди получают психологическую и информационную поддержку, а также конкретные рекомендации по дальнейшему взаимодействию с родственниками и друзьями.

#### **Снятие острой алкогольной интоксикации**

Лечение алкоголизма как хронического заболевания возможно только в том случае, когда на момент обращения к доктору сам больной находится в трезвом состоянии. При наличии опьянения любой степени, которое сопровождается интоксикацией или отравлением, первая помощь направлена прежде всего на выведение этанола из организма и приведение в норму всех жизненно важных функций. Для этого применяют следующие лечебные принципы:

- массивную инфузионную терапию, включающую растворы электролитов и глюкозу;
- форсирование (усиление) диуреза за счет назначения мочегонных средств;
- прием сорбентов (энтеросгель, активированный уголь, фильтрум и др.);
- применение противорвотных и спазмолитических средств;
- назначение бензодиазепинов (фенозепам) для профилактики алкогольного психоза;
- прием витаминов группы В (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>), которые благоприятно влияют на нервную ткань;
- прием препаратов из группы гепатопротекторов для восстановления работы печени (гептрал, эссенциале).

Эти препараты не являются средствами от алкоголизма, однако они помогают снять острую алкогольную интоксикацию, не допустить развитие галлюцинаций, купировать признаки отравления.

#### **Альтернативная медицина как помощь в лечении алкоголизма**

Помимо официальных лекарственных средств, кодирования и мер психологической помощи существуют альтернативные методы лечения алкоголизма. К ним относят:

- различные гомеопатические препараты (протен-100 и др.);
- средства для купирования абстинентного синдрома (зорекс, алка-зельцер и др.);
- различные растительные препараты (мята, тимиан ползучий, чабрец и др.), их можно заваривать

## Наблюдение, реабилитация и уход

и принимать внутрь тогда, когда появляется желание употребить спиртное, так как они вызывают неприязнь к нему;

- обогащение рациона продуктами, богатыми калием: бананами, медом, курагой, кислыми яблоками др.

### **Профилактика алкоголизма**

Выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику алкогольной зависимости.

*Первичная профилактика* предполагает информирование населения о психоактивных веществах, формирование мотивации на социально поддерживающее поведение, развитие протективных факторов здорового социально эффективного поведения, развитие навыков разрешения проблем, поиск социальной поддержки, отказ от предлагаемого психоактивного вещества.

*Вторичная профилактика* предполагает формирование мотивации на изменение поведения, изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные, формирование и развитие социально поддерживающей сети, осознание ценностей личности, изменение жизненного стиля, развитие коммуникативной и социальной компетентности, личностных ресурсов и адаптивных копинг-навыков.

*Третичная профилактика* алкоголизма направлена на восстановление личности и ее эффективного функционирования в социальной среде после

соответствующего лечения, уменьшение вероятности рецидива заболевания.

Наиболее эффективными направлениями тренинговой работы являются тренинги коммуникативной компетентности, уверенного поведения, социальных навыков, релаксационные занятия, тренинги личностного роста и личностной резистентности, арт-терапевтические сессии.

### **Использованная литература**

1. Бардеништейн Л. М. *Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ: учеб. пособие* / Л. М. Бардеништейн [и др.]. – М., 2015. – 96 с.

2. *Основы медицинской профилактики: учеб.-метод. пособие.* – Новосибирск, 2016. – 204 с.

3. *Основы социальной медицины: учебник для среднего профессионального образования* / под ред. А. В. Мартыненко – М., 2018. – 375 с.

4. Пильщикова В. В. *Профилактика заболеваний: учеб. пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов* / В. В. Пильщикова [и др.]. – Краснодар, 2016. – 224 с.

5. Матвейчик Т. В. *Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля: учеб.-практ. пособие* / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск, 2012. – 188 с.

*Кандидат медицинских наук И. Д. Шилейко, доцент Л. И. Алехнович,  
доцент Л. В. Батуревич, Т. Е. Автухова*

## К ВОПРОСУ О ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19

*Белорусская медицинская академия последипломного образования  
Городской центр трансфузиологии*

Актуальность проблемы COVID-19 сегодня ни у кого не вызывает сомнения. В условиях пандемии все чаще возникает вопрос, как обезопасить себя от заражения коронавирусом или хотя бы минимизировать последствия заболевания. В сети Интернет достаточно много противоречивой информации, исходящей как от сторонников вакцинации, так и от противников этой процедуры. Тем не менее большая часть медицинского сообщества высказывается за проведение массовой вакцинации.

В Беларуси в клинической практике применяют две вакцины: «Гам-КОВИД-Вак» (она же «Спутник V», разработанная ФГБУ «НИЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи», Россия) и вакцина против SARS-CoV-2 («Vero cell», разработанная Пекинским институтом биологических продуктов, Китай). В чем различие между этими двумя вакцинами?

Вакцина против SARS-CoV-2 является инактивированной. Аналогичные средства специфической профилактики использовались человечеством уже много десятилетий. Примером таких вакцин являются вакцины против полиомиелита, 3- и 4-валентные вакцины против гриппа. Инактивированные вакцины изготавливаются из безвредных микроорганизмов (вирусов, бактерий), которые предварительно убивают (инактивируют) путем воздействия на них физическими или химическими факторами. В результате микроорганизм, входящий в состав такой вакцины, теряет способность вызывать заболевание, но на его введение в организм происходит выработка антител, поскольку сама структура (антигенный состав) микроорганизма сохраняется.

«Гам-КОВИД-Вак» является вакциной нового поколения – комбинированной векторной вакциной. В ее состав входят специфические субэлементы (генетический материал) вируса, на которые и развивается иммунный ответ: ген S-белка (Spike-белка) вируса SARS-CoV-2. В качестве «транспорта», или вектора, для доставки S-белка в клетки организма используется безопасный для человеческого организма аденовирус человека. Примером векторной вакцины является вакцина против заболевания, вызванного вирусом Эбола, которая показала хороший эффект во время испытаний в Африке.

По своей сути иммунизация – это создание в организме специфической невосприимчивости

к конкретному инфекционному заболеванию, то есть поствакцинального иммунитета. При этом формирование иммунного ответа на вакцины имитирует естественный инфекционный процесс и проходит через ряд последовательных стадий.

Первая стадия, или стадия индукции, включает поступление антигена в организм и его распознавание составляющими клеточного иммунитета – Т-клетками. На следующем этапе (стадии иммунорегуляции) происходит размножение и дифференцировка иммунорегуляторных клеток, среди которых важное значение играют Т-хелперы, активно участвующие в развитии иммунитета – как клеточного, так и гуморального.

Следующая стадия, эффекторная, заключается в активации так называемых эффекторных клеток, непосредственно выполняющих задачи иммунитета (обнаружение, распознавание и уничтожение чужеродных антигенов), в результате чего происходит развитие клеточных реакций и, как следствие, образование циркулирующих антител. В итоге вакцинации формируется иммунная память, которая обеспечивается длительно живущими субпопуляциями антигенспецифических Т- и В-клеток, быстро реагирующими на повторное введение антигена.

Таким образом, одну из ключевых ролей в формировании иммунного ответа на внедрение в организм человека чужеродного антигена и, соответственно, в специфической защите от безвредных микроорганизмов играет клеточный иммунитет, обеспечиваемый субпопуляциями Т-клеток. К сожалению, в настоящее время проведение массовых обследований для оценки эффективности клеточного иммунитета против вируса SARS-CoV-2 затруднено в связи с отсутствием надежной и специфичной методики. Однако в лабораторную практику внедрены и широко используются методы оценки гуморального иммунитета – количественное определение антител. Поскольку результатом работы Т-клеток в нашем организме в том числе является запуск процесса выработки антител, то определение уровня антител в сыворотке крови не только позволяет оценивать эффективность гуморального ответа, но и является косвенным показателем состояния клеточного иммунитета.

Результатом на введение в организм человека антигена является иммунный ответ. Первичный

## Трибуна преподавателя

иммунный ответ наблюдается при первичном введении антигена, а вторичный развивается после повторных контактов системы иммунитета с антигенами. От момента введения вакцины до появления антител в сыворотке крови проходит определенный период, который зависит от вида вакцины, способов ее введения и индивидуальных особенностей иммунной системы и может составлять до 2 недель. Далее происходит увеличение количества антител в сыворотке крови (продолжительностью от 2 дней до 4 недель), после чего количество антител поддерживается на постоянном уровне. Однако с течением времени происходит уменьшение количества антител, когда оно достигает критического значения, защита снижается, в результате возникает высокий риск развития заболевания после контакта с источником инфекции. Поэтому для поддержания напряженного иммунитета необходимо вводить так называемые бустерные дозы вакцины, иными словами – проводить ревакцинацию.

После того как вирус SARS-CoV-2 попадает в организм человека, начинается выработка антител к антигенным компонентам вируса. Наиболее активный иммунный ответ формируется к спайковому протеину (S), рецепторсвязывающему домену спайкового белка (RBD) и нуклеокапсидному протеину (N) вируса SARS-CoV-2. Антитела класса IgM начинают выявляться примерно на 7-е сутки от начала заражения, достигают пика через неделю и могут сохраняться в течение 2 месяцев и более. Примерно с 3-й недели определяются антитела класса IgG к SARS-CoV-2, которые длительно циркулируют в организме и обеспечивают постинфекционный иммунитет.

В клинико-диагностических лабораториях Беларуси применяют разнообразные тест-системы, в том числе для определения антител к RBD-домену (рецепторсвязывающей части) S-белка вируса или определения антител к белку нуклеокапсида (NP). Следует отметить, что в развитии заболевания одну из ключевых ролей играет именно Spike-белок, поскольку SARS-CoV-2, как и другие коронавирусы, использует S-белок, находящийся на поверхности вириона, для того, чтобы проникнуть в клетку. Spike-белок выполняет функцию связывания (спайки) самого вируса с клетками организма, и с его помощью осуществляется вход вируса в клетку через взаимодействие с клеточным рецептором. Поэтому для оценки защитного уровня антител целесообразно выбирать тесты, основанные на определении антител к Spike-белку (или, как их принято называть, нейтрализующих антител), особенно в том случае, когда речь идет о контроле поствакцинального иммунитета, ведь именно эта субъединица присутствует в любой из вакцин против SARS-CoV-2.

С целью упрощения систематизации лабораторных данных Всемирная организация здравоохранения утвердила международный стандарт измерения уровня антител к вирусу SARS-CoV-2 с единицей измерения BAU – binding antibody units (единицы связывающих антител), устанавливающей в качестве единиц измерения BAU/мл.

Интерпретация результата по новому стандарту оценки иммунного статуса выглядит следующим образом:

- 10,0 BAU /мл и менее – результат отрицательный (антитела отсутствуют);
  - более 10,0 BAU/мл – результат положительный (присутствуют антитела).
- при уровне антител от 10 до 79 BAU/мл вируснейтрализующий эффект низкий, в таком случае следует принимать решение о вакцинации;
  - при уровне антител от 80 до 149 BAU/мл вируснейтрализующий эффект может действовать только в 50% случаев, поэтому рекомендуется контроль в динамике;
  - при уровне антител 150 BAU/мл и более вируснейтрализующая активность достаточная для защиты, вакцинация не требуется;
  - при уровне антител 500 BAU/мл и более выработан максимальный уровень антител, вакцинация не требуется.

Сравнивая уровни антител к S-белку вируса SARS-CoV-2 среди переболевших COVID-19, не болевших и вакцинированных, а также переболевших и вакцинированных, можно говорить о том, что уровни нейтрализующих антител среди привитых и среди переболевших, как правило, существенно не отличаются, что свидетельствует о выработке достаточного для защиты количества антител не только после заболевания, но и в результате введения вакцины. В то же время у лиц, перенесших COVID-19 и впоследствии вакцинированных, уровни антител существенно (более чем в 2 раза) выше (рисунок).

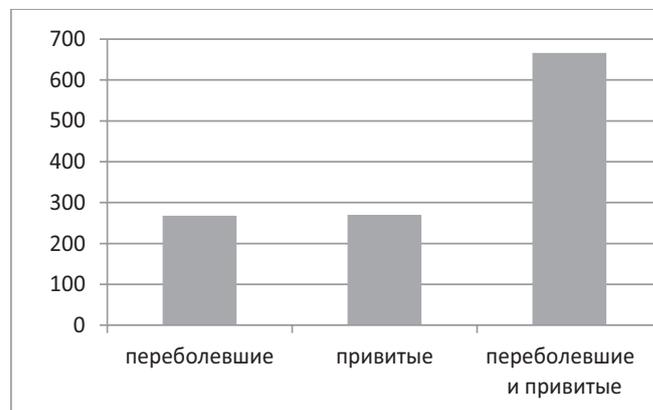


Рис. Уровни нейтрализующих антител (BAU/мл) среди групп населения

Таким образом, можно говорить о формировании на введение вакцины гуморального ответа с достаточным уровнем нейтрализующих антител. К сожалению, только на основании исследования уровня антител к S-белку сложно судить о напряженности и длительности гуморального иммунитета. Данные вопросы находятся на стадии дальнейшего изучения. Но наличие хорошего гуморального ответа, как постинфекционного, так и поствакци-

нального, свидетельствует о целесообразности вакцинации – и не только в отношении лиц, которые не болели COVID-19, но и в отношении тех, кто перенес данное заболевание. Решение о необходимости вакцинации лиц, перенесших COVID-19, и о дальнейшей ревакцинации привитых рекомендуется принимать после изучения иммунного статуса, основываясь на определении уровня антител к RBD-домену S-белка вируса SARS-CoV-2.

***Литература для работников со средним медицинским образованием, поступившая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку***

*Абрамова, В. Н.* Клинико-нейровизуализационные критерии хронической ишемии головного мозга у пациентов старше 75 лет / В. Н. Абрамова, Т. А. Слюсарь, С. Л. Медведева // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 5. – С. 16–18.

*Абрамова, А. Ю.* Современные представления о боли / А. Ю. Абрамова, С. С. Перцов // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 6. – С. 12–17.

*Алексеева, Я. В.* Полиция нашла наркопрепараты в личных вещах главной медсестры. Алгоритм для самозащиты / Я. В. Алексеева // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 8. – С. 90–93.

*Аренда* медицинской одежды и прямого белья: инновация, которая облегчает медорганизациям работу // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 3. – С. 100–102.

*Афанасенкова, Т. Е.* Хронический гастрит с древности до наших дней / Т. Е. Афанасенкова, Е. Е. Дубская // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 5. – С. 28–31.

*Батищева, О. В.* Проект «Аптека-склад». Как управлять запасами по принципам бережливости / О. В. Батищева // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 9. – С. 58–68.

*Батырова, М. Н.* Новый чек-лист, чтобы подготовиться к сезонной проверке Роспотребнадзора / М. Н. Батырова, Л. Г. Кудрявцева // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 9. – С. 12–23.

*Бернатович, О. А.* Как стандартизировать работу медсестер отделения лучевой диагностики: опыт больницы + образцы СОПов / О. А. Бернатович // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 10. – С. 38–59.

*Бершадская, М.* Бальная система оплаты труда медсестер. Как выстроить без конфликтов и судебных разбирательств / М. Бершадская, Н. Кравченко // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 12. – С. 24–32.

*Бершадская, М.* Российские медсестры бастуют по-итальянски: как упредить бунт в коллективе / М. Бершадская // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 11. – С. 88–96.

*Вергазова, Э.* Критерии бережливости закрепят в положении о первичной медпомощи. Что изменится и как подготовиться / Э. Вергазова, Е. Белугина // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 12. – С. 34–47.

*Волков, В. Е.* Неотложная помощь при воздушной эмболии / В. Е. Волков, С. В. Волков, Н. Н. Чеснокова // Медицинская сестра. – 2020. – № 1. – С. 23–27.

*Вохмянина, Т.* Как держать себя в руках и управлять эмоциями собеседника: тренинг для руководителя / Т. Вохмянина // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 11. – С. 102–109.

*Вохмянина, Т. В.* Тайм-менеджмент для главной медсестры: проверенные методики от бизнес-тренера и психолога / Т. В. Вохмянина // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 9. – С. 100–104.

*Все* важные изменения в ТК-2019, о которых нужно знать главной медсестре // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 10. – С. 60–69.

*Гажева, А. В.* Как рассчитать потребность в среднем медперсонале по методике Минздрава / А. В. Гажева // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 7. – С. 100–102.

*Гайдаров, Г. М.* Сравнительный анализ средних медицинских работников на территории субъектов Российской Федерации Сибирского федерального округа / Г. М. Гайдаров, С. В. Макаров // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 1. – С. 128–133.

*Главные* изменения в организации паллиативной помощи. Как перестроить работу / Э. Шпилянский [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 11. – С. 38–48.

*Горелик, С. Г.* Сексуальность в пожилом возрасте / С. Г. Горелик, А. Н. Ильницкий, Э. В. Фесенко // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 5. – С. 13–15.

*Греков, И. Г.* Клиническая подготовка специалистов сестринского дела: организационно-педагогические аспекты / И. Г. Греков // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 4. – С. 34–36.

*Подготовила Н. Д. Гололоб, ведущий библиограф справочно-информационного отдела РНМБ*



*Доцент Т. А. Гюрджян*

## БОЛЕЗНИ ВЕКА – КОМПЬЮТЕРНЫЙ ЗРИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ И СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА

*Белорусский государственный медицинский университет*

Человек, работающий с компьютером, подвергается воздействию физических факторов разной природы. Основные из них – оптическое излучение, высокочастотное электромагнитное излучение, статическое электричество, рентгеновское излучение, а также шумовое воздействие.

Наибольшее влияние электромагнитное излучение оказывает на центральную нервную, иммунную, эндокринную и половую системы, на органы зрения, повышает риск появления новообразований.

Большая нагрузка при этом приходится на глаза: жалобы к концу рабочего дня появляются у 55–80% операторов, у 20% из них зрительный дискомфорт возникает уже через 1–2 ч работы за компьютером. Ежедневно повторяющиеся нагрузки могут привести к развитию стойких изменений.

Внедрение компьютерной техники в жизнедеятельность человека предъявляет большие требования к работе аккомодационного аппарата глаза, нередко вызывая различные варианты зрительной утомляемости. При работе за компьютером это усугубляется напряжением внимания и ограничением подвижности глаз. Качество изображения на мониторах значительно хуже для восприятия, чем печатный текст.

### **Компьютерный зрительный синдром**

Одна из основных причин развития компьютерного зрительного синдрома (КЗС) – это качественное отличие изображения на мониторе и на бумаге. Картинка на мониторе самосветящаяся, а не отраженная, менее контрастная, дискретная (состоящая из пикселей), мерцающая (характерно для мониторов с электронно-лучевой трубкой), не имеет четких контуров. Зрительная же система человека приспособлена для восприятия объектов в отраженном свете.

Тяжесть КЗС зависит от исходной статической рефракции глаза, возраста пациента, его наследственности, нервно-психического и соматического состояния. Чаще всего КЗС развивается у учащихся, преподавателей, программистов, экономистов, кассиров, бухгалтеров.

Глаз человека устроен так, что при взгляде вдаль аккомодационная мышца находится в расслаблен-

ном состоянии, а для рассмотрения предметов на близком расстоянии требуется активное ее участие. Даже в повседневной жизни человек почти постоянно вынужден напрягать аккомодацию. При работе за компьютером это усугубляется напряжением внимания и ограничением подвижности глаз.

КЗС является наиболее частой проблемой, которая сопровождается выраженным дискомфортом со стороны глаз. По сути, развивается аккомодационная астигматизация (зрительное утомление).

Для КЗС характерны такие симптомы, как неприятное ощущение тяжести, боль в глазах, снижение остроты зрения, затуманивание зрения, трудность при переводе взгляда с ближних предметов на дальние и обратно, кажущееся изменение окраски предметов, двоение видимых предметов, избыточная световая чувствительность, снижение зрительной работоспособности, зрительное утомление. Клинические симптомы включают боль в области глазниц и лба, боль при движении глаз, покраснение глазных яблок, чувство песка под веками, слезотечение, резь в глазах, сухость глаз, жжение в глазах.

Сухость глаз является следствием недостаточного увлажнения роговицы из-за усиленного испарения слезы, которое происходит у пользователей компьютеров, так как у них в 5 раз уменьшены мигательные движения век.

Лечение КЗС основывается на исключении по возможности факторов, способствующих его возникновению.

Комплекс лечебных мероприятий включает:

- лечение выявленной сопутствующей патологии (санация очагов инфекции, лечение вегетосудистой дистонии);
- повышение двигательной активности для борьбы с гиподинамией (занятия любыми доступными видами спорта, особенно плаванием).

При установлении диагноза КЗС назначаются следующие лечебные мероприятия:

- режим зрительной нагрузки;
- гимнастика для глаз в домашних условиях;
- инстилляций 1%-го раствора мезатона и 1%-го раствора тропикамида на ночь в оба глаза;

- использование увлажняющих глазных капель и гелей при выявлении сопутствующего синдрома сухих глаз (ССГ), особенно у пациентов, использующих контактную коррекцию зрения.

Для профилактики зрительного утомления необходимо соблюдать режим зрительной нагрузки: своевременно давать глазам кратковременный регулярный отдых – каждые 20–30 мин работы за компьютером.

Для снятия утомления каждый час работы за компьютером рекомендуется делать перерыв на 5–10 мин. Во время перерывов следует отвлечься от экрана: можно смотреть вдаль или посидеть с закрытыми глазами, размяться, выполнить гимнастику для глаз. При работе на компьютере можно использовать специальные очки с хроматическим покрытием, которые повышают контрастность изображения, что снижает утомляемость при зрительной нагрузке.

Надо помнить о том, что все гаджеты требуют большого напряжения аккомодации, особенно это касается мобильных телефонов. Кроме того, антенны телефонов являются источником высокочастотного электромагнитного излучения, которое имеет особое негативное влияние на здоровье взрослого человека. Влияние данного излучения на здоровье детей в несколько раз выше, так как растущий детский организм обладает повышенной чувствительностью к электромагнитному полю, в результате чего еще не оформившаяся иммунная система ребенка может сильно пострадать от постоянного излучения телефона.

При использовании мобильных телефонов у детей младше 18 лет есть риск снижения памяти и внимания, нарушения сна, а также появления периодических головных болей. У детей младшего возраста может развиваться синдром раздражительной слабости, который в младшей возрастной группе проявляется постоянными капризами, а у детей постарше – эмоциональной несдержанностью и резкой сменой настроения. Со временем могут наблюдаться тошнота, частые головные боли.

Вред от излучения мобильного телефона может быть причинен ребенку еще в утробе матери. У женщин, которые во время беременности пользуются мобильными телефонами, на 54% чаще рождаются дети с различными поведенческими проблемами.

Внедрение компьютерной техники и мобильной связи в повседневную жизнь и профессиональную деятельность человека стало способствовать развитию и прогрессированию близорукости не только у детей, но и у взрослых, много работающих за компьютером.

Если у детей развитие близорукости патогенетически связано с нарушениями в аккомодационном

аппарате глаза (со слабостью аккомодационной мышцы глаза), то у взрослых это больше связано не только с интенсивностью зрительных нагрузок, но и с эмоциональными перегрузками.

Главными факторами развития близорукости у детей являются большая длительная зрительная нагрузка, слабая физическая подготовка, которая может привести к гипотензии и другим сосудистым нарушениям. Эта взаимосвязь признается большинством офтальмологов. Как показали исследования российских детских офтальмологов, у детей с прогрессирующей миопией отмечается затруднение венозного оттока в сосудах головного мозга. Поэтому положительное воздействие на общую гемодинамику, а следовательно, и на микроциркуляцию глаза и зрительных центров головного мозга должно способствовать улучшению аккомодации.

В лечении слабости аккомодации можно использовать любые методы ортоптического лечения, которые направлены на улучшение процессов микроциркуляции, а значит, и работы аккомодационного аппарата глаза. Примером может служить сочетанный метод ортоптического лечения по методикам А. И. Дашевского и В. В. Волкова. По сути, это гимнастика для глаз.

Факторами развития КЗС у взрослых также являются непрерывная длительная зрительная нагрузка, малоподвижный образ жизни, что приводит к сосудистым общим и местным расстройствам (на уровне микроциркуляции глаза). Гиподинамия и артериальная гипотензия – это взаимосвязанные процессы. Поэтому важными в профилактике и лечении этого состояния являются здоровый и подвижный образ жизни, соблюдение гигиены зрения, выполнение режима зрительной нагрузки, не только общие физические, но и глазные тренировки аккомодационной мышцы, то есть выполнение гимнастики для глаз.

Как показывает опыт работы врачей-офтальмологов, и дети, и взрослые подчас не знают, что такое гигиена зрения и режим зрительной нагрузки.

Гигиена зрения – соблюдение режима освещения. Освещенность экрана должна быть равна освещенности помещения. Естественное освещение должно быть боковым, искусственное – желательно голубоватого цвета. Необходимо правильно подобрать средства коррекции зрения у врача-офтальмолога и соблюдать гигиенический уход за этими средствами.

При появлении жалоб на повышенную зрительную утомляемость периодическое затуманивание зрения необходимо обратиться за консультацией к врачу-офтальмологу, так как в основе данной патологии могут лежать аномалии оптических свойств органа зрения (рефракции глаза), которые требу-

## Трибуна преподавателя

ют рациональной коррекции. При использовании очков или контактных линз необходимо также следить за состоянием оптических свойств этих средств коррекции зрения.

Длительное зрительное напряжение приводит также к развитию ССГ.

### Синдром сухого глаза

ССГ – это комплексное заболевание, возникающее вследствие снижения качества и/или количества слезной жидкости, которая формирует на поверхности глаза слезную пленку, выполняющую ряд важнейших функций, в том числе питательную, защитную и оптическую.

Это очень распространенное в мире заболевание. В России такое состояние отмечается у 17% населения.

Причинами возникновения ССГ являются нарушение продукции слезы, нарушение процесса испарения ее с поверхности роговицы или их комплекс. Недостаточность слезообразования – наиболее частая причина ССГ. Чаше имеют место возрастные изменения слезопродукции у пожилых людей, особенно у женщин в возрасте 45–54 лет.

При напряженной зрительной нагрузке число мигательных движений век в 5 раз уменьшается, что также способствует развитию ССГ, так как повышает испаряемость слезы с поверхности роговицы. Ношение контактных линз также неблагоприятно влияет на увлажнение роговицы.

ССГ может быть следствием плохого проветривания помещений, задымленности, загрязнения воздуха, а также использования кондиционированного и отапливаемого воздуха.

Длительный прием некоторых лекарственных препаратов (адреноблокаторов, антигистаминных, мочегонных, антидепрессантов, нейролептиков, кортикостероидов и др.) может вызывать подавление слезопродукции.

Ухудшение слезопродукции могут вызывать дефицит витамина А, прием антигистаминных препаратов, бета-блокаторов, нейролептиков группы фенотиазина, атропина, оральных контрацептивов, анксиолитиков, противопаркинсонических, мочегонных, антихолинэргических, антиаритмических средств, местных анестетиков, гормонозамещающей терапии, консервантов в глазных каплях.

Клиника ССГ:

- ощущение рези или инородного тела в глазах или жжение;
- покраснение и раздражение глаз из-за расширения конъюнктивальных сосудов;
- сухость в глазу или, напротив, слезотечение;
- колебания остроты зрения в течение дня или «затуманивание» зрения при зрительной нагрузке;
- светобоязнь (фотофобия);

- повышенное раздражение глаз от ветра или дыма;

- слизистое отделяемое (обычно в виде нитей);
- болевые ощущения при закапывании индифферентных глазных капель (например, физиологического раствора).

Парадоксально, но пациенты с ССГ, особенно легкой формы, часто жалуются на слезотечение. Это объясняется рефлекторным повышением слезопродукции в ответ на сухость роговицы.

Для профилактики и ликвидации ССГ показано соблюдение простых гигиенических правил: регулярное проветривание помещений, использование увлажнителей воздуха, применение бесконсервантных глазных лекарственных форм, в том числе увлажняющих капель и гелей, которые при необходимости могут использоваться до 5 раз в день.

Основные направления лечения ССГ:

- уменьшение или полное исключение влияния провоцирующих заболевание факторов;
- стимуляция слезопродукции и компенсация ее недостаточности искусственными заменителями слезы;
- увеличение времени пребывания слезы на поверхности глаза;
- гигиена век;
- коррекция питания и неблагоприятных условий окружающей среды, соответствующие образовательные программы;
- устранение системных побочных эффектов от приема препаратов;
- применение препаратов искусственной слезы (отсутствие консерванта в составе не обязательно), гелей, мазей.

Искусственные заменители слезы являются наиболее широко применяемыми препаратами при ССГ. В случае необходимости частого их применения рекомендуется использовать заменители слезы без консервантов («Систейн», «Оптинол», «Хилокомод», «Артелак» и др.), а также более густые гелеобразные средства (гель «Видисик», «Офтгель», «Хилогель» и др.)

Поскольку дисфункция липидного слоя слезной пленки может приводить к повышенной испаряемости слезы с поверхности роговицы, в рационе пациентов с ССГ должно быть достаточное количество ненасыщенных жирных кислот (омега-3, омега-6), которые содержатся в рыбе и морепродуктах, а также в нерафинированных растительных маслах. Для восполнения дефицита можно использовать биодобавки.

Механизм действия омега-3 против сухости глаз:

- стимуляция секреции слез;
- подавление воспалительных процессов;
- модуляция иммунных факторов.

Примером эффективной биодобавки служит «Омега макс» (Ambrosia SupHerb, Израиль), которая представляет собой комплекс витамина Е и ненасыщенных жирных кислот: эйкозопентаеновой (омега-3) и докозагексаеновой (омега-6) в соотношении 1 : 3. Израильскими учеными доказан лечебный эффект данной биологически активной добавки в лечении сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний нервной системы, а также в профилактике и лечении ССГ (2014–2016). Некоторые офтальмологи рекомендуют также пить льняное масло.

### Использованная литература

1. Бржеский В. В. Роговично-конъюнктивальный кератит (диагностика, клиника, лечение) / В. В. Бржеский, Е. Е. Сомов. – СПб., 2003. – 120 с.
2. Вэндер Дж. Ф. Секреты офтальмологии. – М., 2005. – 464 с.
3. Сомов Е. Е. Клиническая офтальмология. – М., 2005. – 389 с.
4. Офтальмология. Нац. руководство / под ред. С. Э. Аветисова [и др.]. – М., 2018 – 904 с.
5. Офтальмология. Клинические рекомендации / под ред. В. В. Нероева. – М., 2019. – 496 с.

### Литература для работников со средним медицинским образованием, поступающая в Республиканскую научную медицинскую библиотеку

- Грибкова, Е. И. Приемочный контроль перевязочных средств. Методичка для сестринской службы / Е. И. Грибкова // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 7. – С. 32–40.
- Григорьев, К. И. Витаминно-минеральная недостаточность у детей: парадоксы XXI века / К. И. Григорьев, Л. Ф. Немтырева // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 6. – С. 41–49.
- Григорьев, К. И. Ожирение у детей и подростков / К. И. Григорьев, А. Л. Соловьева, Л. Ф. Немтырева // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 4. – С. 3–9.
- Григорьев, К. И. Стресс и дезадаптация у детей и подростков / К. И. Григорьев // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 6. – С. 31–37.
- Грищенко, М. Раннее выявление заболеваний: как организовать работу специалистов со средним медицинским образованием и выполнить задачи нового федерального проекта / М. Грищенко, А. Теплякова // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 12. – С. 56–68.
- Грыжи пищевода и диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Г. С. Джулай [и др.] // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 5. – С. 22–25.
- Гузнаев, Ю. Безопасная работа с электрооборудованием: инструктаж медперсонала / Ю. Гузнаев // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 3. – С. 38–45.
- Двойников, С. И. Актуальные вопросы безопасной техники внутримышечных инъекций / С. И. Двойников, С. В. Архипова, С. С. Первушкин // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 6. – С. 3–6.
- Двойников С. И. Современные аспекты деятельности среднего медицинского персонала в оказании первичной медико-санитарной помощи / С. И. Двойников, С. Л. Гусева, Н. В. Ярочкина // Справочник врача общей практики. – 2019. – № 11. – С. 48–54.
- Демидов, А. Алгоритм работы по современной технологии «сухого удаления»: чтобы не дезинфицировать и не очищать медизделия в отделениях / А. Демидов // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 11. – С. 50–57.
- Демидов, П. Ошибки в стерилизации, о негативных последствиях которых многие медсестры даже не догадываются / П. Демидов // Главная медицинская сестра. – 2020. – № 3. – С. 50–59.
- Дубель, Е. Биологическая дезинфекция: справочник по новому методу + СОП для обучения персонала / Е. Дубель // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 12. – С. 70–76.
- Дубель, Е. В. Контроль за ИСМП по новым требованиям: шесть ключевых задач медсестер / Е. В. Дубель // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 10. – С. 72–81.
- Дульнев, В. В. Определение функционального статуса у детей с церебральным параличом / В. В. Дульнев, Т. А. Слюсарь // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 4. – С. 14–17.
- Ерхова, М. В. Причины снижения работоспособности старших медсестер и их склонности к «профессиональному выгоранию» / М. В. Ерхова // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 4. – С. 22–25.
- Ершова, О. Н. Медицинские перчатки в сестринской практике: работа над ошибками / О. Н. Ершова // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 8. – С. 44–49.
- Жибурт, Е. Б. Все изменения работы медсестер с кровью – в одной таблице / Е. Б. Жибурт // Главная медицинская сестра. – 2019. – № 9. – С. 70–75.
- Зарипова, М. Занятие должности медицинской сестры / М. Зарипова // Учреждения здравоохранения: бухгалтер. учет и налогообложение. – 2019. – № 1. – С. 67–68.

Подготовила Н. Д. Гололоб, ведущий библиограф  
справочно-информационного отдела РНМБ



*Доцент Т. В. Матвейчик*

## СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО: НОВЫЕ РЕАЛИИ В ОБРАЗОВАНИИ И НАУКЕ (К 90-ЛЕТИЮ БЕЛОРУССКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ)

*Белорусская медицинская академия последипломного образования*

На 74-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения «Глобальные стратегические направления укрепления сестринского и акушерского дела на 2021–2025 гг.» 2021 г. назван Международным годом медико-санитарных и социальных работников. Его лейтмотивом является признание того, что мировое сообщество должно защищать этих специалистов и направлять ресурсы на их развитие.

Предыдущий, 2020 г. был особенным для всех специалистов по оказанию медицинской помощи в связи с особой эпидемиологической ситуацией, обусловленной пандемией коронавирусной инфекции, затмившей празднование 200-летия со дня рождения основоположницы современного сестринского дела Ф. Найтингейл. Идея генерального директора Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) доктора Т. Гебрейесуса «без медсестер и акушерок всеобщий охват медико-санитарными услугами невозможен» сохраняет актуальность и сегодня.

Завершающаяся кампания «Сестринское дело сейчас» на 2019–2021 гг. дала старт проведению мероприятий, посвященных совершенствованию деятельности сестринского персонала и непрерывному профессиональному развитию не только в мире, но и в Республике Беларусь.

Понимание ответственности политиков перед медицинскими сестрами отражено президентом Международного совета медицинских сестер (МСМС) А. Кеннеди в выступлении 28 мая 2021 г. на заседании 74-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения: «Политики знают, сколько стоит подготовка и сохранение профессиональных сестринских кадров, но только теперь многие из них начинают по-настоящему понимать истинную ценность сестринского персонала».

Генеральный директор ВОЗ г. М. Чен в 2015 г. обозначила место современной медицинской сестры, которое подтверждено в ходе преодоления пандемии COVID-19: «Место сестринского дела как составной части системы здравоохранения включает деятельность по укреплению здоровья, профилактике, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические

заболевания, а также нетрудоспособным лицам всех возрастных групп везде, где есть в этом потребность». Президент МСМС А. Кеннеди объявила тему Международного дня медицинской сестры на 2021 г.: «Сестры – голос, чтобы вести». Это возвышает роль сестринского руководителя в совершенствовании управлением деятельностью сестринского персонала, созвучной нашему пониманию совершенствования обучения главных медицинских сестер в Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО). Согласно призыву ВОЗ к 191 государству-члену доказать приверженность идее укрепления сестринского и акушерского дела путем практических действий (WHA 64.7, р. 13.4) на кафедре общественного здоровья и здравоохранения (ОЗиЗ) БелМАПО осуществляется определенная инновационная деятельность в подготовке нового поколения сестринских руководителей в русле мировых тенденций.

На протяжении 1998–2021 гг. роль и место медицинской сестры многократно обсуждались на всемирных ассамблеях здравоохранения, съездах МСМС, заседаниях ВОЗ и научно-практических конференциях в БелМАПО и иных образовательных учреждениях страны. В обучении всех медсестер современности сохраняет актуальность девиз «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща» (Минск, 2015).

Обсуждались практические действия по укреплению сестринского и акушерского дела на 64-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Варшава, 2011), в ряде заседаний ВОЗ (2012–2021). В Венской декларации (1998) закреплено мнение о значении трудовой деятельности медицинских сестер и акушерок: «...Медсестры и акушерки составляют большую часть трудовых ресурсов в системах здравоохранения многих стран». Признано, что «...оказание основанных на знаниях квалифицированных услуг по охране здоровья позволяет довести до максимума физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие отдельных людей, семей и общества».

Достижение целей ВОЗ в системе здравоохранения Республики Беларусь обеспечено мате-

риально-технической базой: 26 государственными научно-исследовательскими медицинскими и фармацевтическими учреждениями, 4 вузами и БелМАПО, 15 РНПЦ, 3 научными центрами. В системе здравоохранения работает свыше 114 тыс. средних медицинских работников, 43,9% которых обеспечивают амбулаторно-поликлиническую помощь, 52,1% работают в больницах, 3,9% – в иных учреждениях здравоохранения.

Свидетельствами внимания ВОЗ, ЮНФПА, МСМС и Международной конфедерации акушерок является трехстороннее совещание «Стратегические направления деятельности в области сестринского и акушерского дела в мире на 2021–2025 гг.», где обсудили перспективы и достижения, в русле которых находится сестринское дело в Республике Беларусь.

В отчетном докладе ВОЗ «О состоянии сестринского дела в мире: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров» (Копенгаген, 2020) осуществлен призыв к увеличению инвестиций в медицинских сестер и акушерское образование и повышению роли этих специалистов, которому следуют в Республике Беларусь. Развитие системы здравоохранения способствует достижениям в области оказания медицинской помощи через достижение целей ВОЗ «Здоровье-2020» (Вильнюс, 2015).

Важнейшим документом, на котором базируются все достижения в системе здравоохранения Республики Беларусь, является Конституция. Концептуальные составляющие стратегии совершенствования сестринского дела базируются на принципах преемственности и конгруэнтности принятых нормативных правовых актов.

Концептуальные составляющие стратегии совершенствования сестринского дела в Республике Беларусь:

- Национальная стратегия устойчивого развития Республики Беларусь на период до 2030 г.;
- стратегия «Наука и технологии: 2018–2040» (одобрена на II съезде ученых, утверждена постановлением Президиума НАН Беларуси от 26.02.2018 № 17);
- постановление Совета министров Республики Беларусь от 19.01.2021 № 28 «О государственной программе “Здоровье народа и демографическая безопасность в Республике Беларусь”» на 2021–2025 гг.;
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2020 № 1438 «Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы»;
- дополнение к Приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.01.2021 «План мероприятий (дорожная карта) по реали-

зации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы».

Регулярные встречи президента Республики Беларусь А. Г. Лукашенко с медицинскими работниками дают понимание его отношения к происходящему в системе здравоохранения и к его кадрам. На встрече со студентами и преподавателями медицинских университетов 13.12.2019 он отметил: «За всеми этими достижениями стоят конкретные люди. Наиболее ценностный и значимый ресурс всей системы здравоохранения – медицинские кадры».

Министр здравоохранения Республики Беларусь, его заместитель, председатель Белорусского союза женщин являются лидерами развития здравоохранения, которым по силам системная работа по актуализации сотрудничества с Белорусским союзом женщин, Белорусской ассоциацией врачей, Белорусским общественным объединением медицинских сестер (БелООМС) и др.

Принципы, используемые в развитии глобальных стратегических целей по сестринскому делу:

- партнерство с различными ведомствами и учреждениями;
- уместность обучения главных медицинских сестер по различным направлениям оказания помощи;
- соблюдение права собственности для отсутствия конкуренции государственных и частных организаций здравоохранения;
- действия в соответствии с этическими нормами (беспристрастности, честности, справедливости, уважения к полу, соблюдению прав человека).

Образование закладывает основу того, что осуществляется руками медсестер: качество медицинской помощи через реализацию политики Министерства здравоохранения Республики Беларусь, ВОЗ «Здоровье-2020» и «Здоровье-2030». Между тем в 2010 г. журнал «The Lancet» посчитал обучение медицинских работников не соответствующим современным требованиям: «Нынешняя модель подготовки медицинских кадров, затраты на которую в мире ежегодно составляют порядка 100 трлн долларов США, больше не работает... она статична, фрагментарна и не соответствует современным требованиям». Это дало толчок к совершенствованию содержания и форм обучения, проведению научных исследований по сестринскому делу в БелМАПО.

Подготовка главных (старших) медицинских сестер для всех регионов страны начата 6 марта 2001 г. на кафедре ОЗиЗ БелМАПО, курс – «Организация сестринского дела». Заведующая с момента его создания – к. м. н., доцент Т. В. Матвейчик, которая продолжает развитие в рамках научной школы по общественному здоровью и здраво-

## История, факты, события

охранению (руководитель – д. м. н. профессор Э. А. Вальчук). Значительное место в создании учебно-программной, учебно-методической документации и организаторской деятельности по специальности 1-79 01 31 «Сестринское дело» принадлежит педагогическому коллективу кафедры ОЗиЗ БелМАПО, применяющему разнообразные методы и формы обучения на курсе.

Для понимания педагогической направленности обучения главных медицинских сестер изучены их социально-психологические характеристики, позволяющие конкретизировать и в определенной мере индивидуализировать обучение.

Исследования на кафедре ОЗиЗ позволяют предложить портрет современного сестринского руководителя:

- женщина в возрасте 42±3 года, мать двоих детей, ведет здоровый образ жизни;
- аттестованность составляла в 2013 г. 77,3%, в 2019 г. – 80,05%;
- почетные звания и награды имели 14,4% в 2007 г., 23,5% – в 2020 г.;
- свидетельством интереса к определенным темам является публикационная активность, которая в 2001 г. составляла 0,4%, в 2010 г. – 5,2%, в 2017 г. – 6,3%;
- уровень образования среди главных (старших) медицинских сестер государственных организаций здравоохранения достаточно высок: высшее образование имеют 52%, среди организаций негосударственной формы собственности – 92,3%;
- интерес к науке обозначился в 2017 г.: медсестры защитили 4 магистерские диссертации (3 – по реабилитации, 1 – по педагогике);
- высокая общественная активность: 79% медсестер являются членами БелОМС;
- международное сотрудничество с Европейским форумом национальных сестринских и акушерских ассоциаций (EFNMA), Латвийской ассоциацией медицинских сестер (ЛИАМС), Казахской ассоциацией медицинских сестер.

### **Примеры новизны педагогической и иных видов деятельности по обучению сестринских руководителей в рамках научной школы по общественному здоровью и здравоохранению профессора Э. А. Вальчука**

#### **Педагогическая деятельность:**

- впервые в программы повышения квалификации (ПК) введены темы по профилактике синдрома эмоционального выгорания, повышению устойчивости к стрессам, росту творческого потенциала главных медицинских сестер, определению организационных и коммуникативных навыков;
- создана учебно-методическая база по специальностям 1-79-01-06 «Сестринское дело»

и 1-86-01-01 «Социальная работа», способствующая взаимодействию по смежным специальностям. Педагоги кафедры ОЗиЗ издали 11 монографий (2 авторские), 5 пособий с грифом Министерства образования Республики Беларусь, 5 инструкций по применению, 26 учебно-методических пособий, более 20 учебных программ, в том числе для ряда различных ведомств. В 2019–2021 гг. изданы учебные пособия для обучения сестринских руководителей нового поколения.

- подготовлены и используются в практике обучения 20 программ ПК и 5 специальных программ для ведомств, организованы конференции с международным участием, круглые столы, в том числе в Грузии и Латвии, помощь практическому здравоохранению (выезды с лекциями, учебные конференции по актуальным вопросам в разные регионы), мастер-классы, включая республиканский для педагогов (2005). Такой подход базируется на понимании педагогами учреждений образования, что издание учебников и учебно-методических пособий позволяет осуществлять преемственность в базовом и дополнительном медицинском образовании для средних медицинских работников;

- проходит практико-ориентированное обучение (изданы 5 учебно-методических сборников ситуационных задач), разработаны на научной основе нормативы деятельности для помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи. Норматив времени (чел/ч) на амбулаторном приеме составил 3,35 чел/ч, число посещений на дому – 1,79 чел/ч;

- реализован мониторинг качества знаний обучающихся сестринскому делу в БелМАПО на стратегическом, тактическом и технологическом уровнях сотрудничества, происходит совершенствование технологических, мотивационных, информационно-аналитических, организационно-исполнительных, контрольно-регулирующих и оценочно-результативных функций главных медсестер;

- вовлечены в соавторство магистры из числа наиболее успешных главных медицинских сестер в создание учебно-методической базы с практической ориентированностью для дополнительного обучения, что благоприятно для повышения самооценки сестринских лидеров и свидетельствует о его возрастании на фоне высокого уровня социально-профессиональной компетентности;

- медицинские сестры участвуют в процессе экспертиз и рецензирования изданий по сестринскому делу. Лидеры среди главных медсестер: С. Ф. Южик, С. Л. Андрушко, С. В. Балабко, Ю. В. Вискуб, С. А. Горегляд, И. Л. Дудар, Л. А. Дычук, И. В. Дятко, С. В. Дворак, Л. А. Ермолович, С. Н. Ильина, Т. С. Карницкая, Ю. Н. Коваленко,

Г. В. Кулагина, Ж. К. Лойко, С. В. Масальцева, Р. В. Мейшутович, Р. В. Постихин, Д. И. Примшиц, Ж. Н. Прокопович, И. А. Пугачева, С. М. Русак, Е. И. Трусъ и многие другие. Именно эти люди позволяют осуществлять инновационные подходы в развитии коллективного лидерства и практико-ориентированного обучения на кафедре ОЗиЗ БелМАПО;

• осуществляется обучение основам сестринской педагогики, организации работы школ пациента для популяризации формирования ЗОЖ на современном уровне развития профилактической медицины (побуждение интереса у пациентов и развитие навыков самостоятельного следования здоровому образу жизни).

**Организационная работа** в популяризации знаний и обмене опытом педагогической и научной деятельности благодаря современным техническим возможностям: 12 республиканских конференций, 6 круглых столов и 4 мастер-класса. Только за 2020 г. кафедра ОЗиЗ приняла активное участие в XVI Международной конференции «Проблемы врачебной этики в современном мире: паллиативная медицина», организовала в БелМАПО республиканскую научно-практическую конференцию «Public Health Forum: Развитие управленческого потенциала – основа эффективной деятельности здравоохранения» с международным участием ученых России и Италии.

**Этические и нравственные аспекты обучения сестринского руководителя** согласно утверждению А. И. Солженицына: «Наши обязательства должны всегда превышать дарованные нам свободы». В программах обучения главных и старших медицинских сестер используют примеры о непреходящих ценностей веры, надежды, терпения, прощения и любви на примере многотрудной деятельности врачей и медицинских сестер XIX–XX вв. Созданный трудом организатора и великого хирурга Н. И. Пирогова институт медицинских сестер милосердия при Кресто-Воздвиженской общине исповедовал эти ценности, был апробирован в ходе Крымской войны. Открытия в области сестринского образования Ф. Найтингейл применены в белорусской системе образования. Новое прочтение опыта милосердия и волонтерства – в деятельности Белорусского общества Красного Креста (БОКК).

На IX Глобальном форуме для старших медицинских сестер и акушерок государственной службы 29 марта 2021 г. ВОЗ совместно с МСМС и Международной конфедерацией акушерок разработали проект «Стратегические направления деятельности в области сестринского и акушерского дела в мире на 2021–2023 гг.», в основе которого лежат глобальные стратегические цели, партнер-

ство, уместность, соблюдение прав собственности и лидерство. Практика коллективного лидерства в БелООМС освещена впервые.

**Научный потенциал** в развитии сестринского дела невысок. В системе здравоохранения в целом имеется около 9% общего числа исследователей, 57,4% – с учеными степенями и званиями, но в области сестринского дела действующими являются 4 доцента и 4 магистра, что требует новых подходов к мотивации научной деятельности. Привлекательность развития науки по сестринскому делу лежит в области развития лидерства через центры коммуникативной деятельности (БелООМС), как в скандинавских странах, или в работе по активному потреблению и внедрению науки в практику, как в Японии и Китае. Ориентируясь на возможности нашей экономики, что неоднократно подчеркивалось высшим руководством страны и отрасли, наша страна может быть лидером по избранным научным направлениям. Так, на II съезде ученых (Минск, 2018) президент Республики Беларусь А. Г. Лукашенко отметил: «Результативность белорусской науки отражают показатели международных рейтингов. По индексу знаний Беларусь занимает 45-е место среди почти 200 стран, улучшив показатель за последние 5 лет на 14 пунктов». Отличительной чертой современного сестринского руководителя является стремление к обучению через всю жизнь.

В Плате мероприятий (дорожной карте) для мотивации к получению более высокого уровня образования медицинских сестер (разд. I, п.1.1, 1.14) признано целесообразным формирование кадрового резерва на должности главных (старших) медицинских сестер из числа лиц с высшим образованием по специальности 1-79 01 06 «Сестринское дело» (разд. I, п.1.13). Разнообразная мотивация к обучению медицине на всех уровнях образования полезна.

**Популяризация результатов и обмен научными исследованиями** в области организации сестринского дела в Республике Беларусь на международном уровне активно осуществляется на курсе «Организация сестринского дела» с 2012 г. (Австрия, Азербайджан, Армения, Германия, Греция, Грузия, Российская Федерация, Латвия, Таджикистан, Польша, Швейцария). Заложены профессиональные связи с общественными объединениями ряда государств Европы.

**Взаимодействие с различными ведомствами и учреждениями** (Белорусским профсоюзом работников здравоохранения, Министерством образования, Министерством труда и соцзащиты, МВД, Департаментом исполнения наказаний МВД, БОКК, Белорусской церковью, БелООМС, Европейским форумом медицинских сестер, ЛАМС,

## История, факты, события

Казахской ассоциацией медицинских сестер и др.) способствует межведомственному и междисциплинарному сотрудничеству, привлечен интерес к профессии медицинской сестры. Разработано 5 специальных программы для главных медицинских сестер БОКК, ДИН МВД и санаторно-курортных организаций.

Что касается деятельности кафедры ОЗиЗ, за отчетное время выполнено 19,6% Плана мероприятий (дорожной карты). Согласно новым подходам в обучении сестринских руководителей в программы ПК на 2022 г. объем тем по эффективной коммуникации составил 27,5% (в 2012 г. – 15%), что будет способствовать интересу к овладению профессией сестринского руководителя.

Деятельность педагогов кафедры ОЗиЗ имеет определенный уровень признания. Это диплом победителя международного конкурса «Лучшая книга в гуманитарной сфере» за цикл работ по сестринскому делу, опубликованных в Беларуси в период 2010–2017 гг., 18 дипломов лауреата, 5 дипломов лауреата Всероссийского конкурса «Лучшая научная статья – 2014–2019» в номинации «Медицинские науки», 14 сертификатов участника международных научно-практических конференций, форумов в Латвии, России, Швейцарии, Австрии, Греции, Польше, Грузии, Австрии, Германии.

Ближайшие годы педагоги кафедры ОЗиЗ видят в совершенствовании сестринского образования на базе БелМАПО для всех главных медицинских сестер страны: подготовка главных медсестер к исполнению руководящих функций в системе здравоохранения с применением информационных и симуляционных технологий, психологии делового общения (27,5% в новых программах ПК), оптимизация структуры управления сестринским делом, развитие нормативной правовой базы, способствующей комплексной мотивации к труду на основе этических аспектов биомедицинской этики, наставничества.

Помимо прочего, ВОЗ создала Глобальную сеть трудовых ресурсов здравоохранения (ГСТРЗ) – механизм для межсекторального и многостороннего сотрудничества в целях дальнейшего осуществления Глобальной стратегии развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. и выполнения рекомендаций Комиссии высокого уровня ООН по вопросам занятости в области здравоохранения и экономического роста. Центры платформы ГСТРЗ занимаются такими приоритетными вопросами, как лидерство, образование, гендерные аспекты и привлечение молодежи, которые имеют особое отношение к сестринскому делу.

Эволюция дополнительного образования главных медицинских сестер на кафедре ОЗиЗ БелМАПО:

✓ Воспитание нового поколения кадров руководителей сестринского дела.

*Пример:* новые программы обучения на курсе ПК с учетом Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 гг. и международных организаций.

✓ Укрепление лидерского потенциала через общественные организации, исходя из идеи Т. Рузвельта: «Лучший руководитель – тот, кто обладает достаточным чутьем, чтобы выбрать подходящих людей, способных выполнить нужную работу, и способный не вмешиваться в этот процесс».

*Пример:* вовлечение в соавторство магистров из числа наиболее успешных главных медицинских сестер в создание учебно-методической базы с практической ориентированностью для их дополнительного обучения благоприятно для повышения самооценки сестринских лидеров и свидетельствует о его возрастании на фоне высокого уровня социально-профессиональной компетентности.

✓ Развитие партнерских отношений с другими ведомствами и учреждениями, специалистами в различных сферах оказания медицинской помощи.

*Пример:* Белорусским профсоюзом работников здравоохранения, Министерством образования, Министерством труда и соцзащиты, МВД, Департаментом исполнения наказаний МВД, БОКК, Белорусской церковью, БелООМС, Европейским форумом медицинских сестер, ЛАМС, Казахской ассоциацией медицинских сестер.

✓ Направленность образования не только на материальную, но и на духовно-нравственную составляющую.

*Пример:* сотрудничество кафедры ОЗиЗ с Белорусской церковью и Минской духовной академией.

✓ Создание штатной вертикали управления сестринским и акушерским делом в структуре Министерства здравоохранения Республики Беларусь и областных отделов здравоохранения облисполкомов.

*Пример:* на основании сравнительной характеристики отношения главных медицинских сестер к учебе, определения роли, места и медико-социального эффекта помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи в деятельности «заботливой поликлиники», изученных направлений оптимизации управления сестринским делом в Российской Федерации внесены предложения.

✓ Практико-ориентированность нагрузки помощников врача, выездных занятий, опыта проектов «Университетская клиника» и «Заботливая поликлиника», актов внедрения научных исследований.

*Пример:* изучение опыта организации работы главной медицинской сестры согласно проекту в г. Гродно «Университетская клиника», предложены формы непрерывного обучения среднего медицинского персонала, обмен опытом работы проекта «Заботливая поликлиника» на конференциях.

#### **Направление и развитие деятельности сестры – руководителя современности:**

- акцент на расширение функций помощника врача в команде ВОП с акцентом на профилактическую работу;
- лидерство и управление в обучении главных медицинских сестер;
- интенсивное стационарное лечение и уход путем модернизации профессионального портативного оборудования для работы на дому и организации труда с применением новых информационных технологий;
- реабилитационная и медико-социальная помощь больным с хроническими инфекционными заболеваниями, престарелым и инвалидам на основе междисциплинарного и межведомственного взаимодействия, а также национальной стратегии «Активное долголетие – 2030»;
- совершенствование механизма и организационной структуры паллиативной медицинской помощи с учетом биоэтических принципов.

#### **Новые реалии в сестринском деле:**

- происходит развитие научной дисциплины и прикладного направления деятельности главных медицинских сестер с публикацией монографий и учебников посредством взаимодействия с Министерством здравоохранения и Министерством образования по системе непрерывного профессионального развития;
- создана учебно-методическая основа для базового и дополнительного образования медицинских сестер и акушерок на основе междисциплинарного взаимодействия, которую предстоит развивать путем реализации Концепции развития сестринского дела и плана;
- развивается сестринский менеджмент по эффективному решению поставленных Концепцией развития сестринского дела задач, базирующийся на научных исследованиях, желании обучающихся;
- накоплена база результатов исследований по практической деятельности медсестер в целом;
- осуществляются доказательные исследования в сестринской практике (по неонатологии, паллиативной медицине с практической ориентацией на пациента, в пенитенциарной медицине, для БОКК, системы санаторно-курортного лечения);
- осуществлено лоббирование адекватных и научно обоснованных норм нагрузки для помощников врачей (монография «Модель организации

труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи»);

- сконцентрировано внимание практиков на успешных и действенных проектах (функции помощника врача, «Университетская клиника», «Заботливая поликлиника»);
- привлечены к педагогической деятельности практикующие главные медицинские сестры;
- создан в БелМАПО Республиканский центр научно-методического обеспечения медицинского и фармацевтического образования;
- функционирует Центр мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников;
- расширены возможности развития медицинских сестер с высшим образованием (бакалавриат и магистратура), появились новые специальности для младших медсестер по уходу, что является стимулом для развития;
- применяется система наставничества в организациях здравоохранения;
- актуализированы программы ПК по специальности 2-79 01 31 «Сестринское дело»;
- освоены медийное пространство и информационные ресурсы (сайты БелМАПО и кафедры ОЗиЗ, БелООМС).
- поддерживается инициатива индивидуальных членов БелООМС по научным проектам;
- осуществляется работа со школьниками по профориентации.

Таким образом, главные медсестры и их кадровый резерв являются лидерами в эффективном решении задач, поставленных в нормативных документах здравоохранения для реализации постулата: «Наши обязательства должны всегда превышать дарованные нам свободы» (А. И. Солженицын).

#### **Использованная литература**

1. Герасименко М. А. Система непрерывного медицинского образования в Республике Беларусь и за рубежом: учеб.-метод. пособие / М. А. Герасименко, Т. В. Калинина. – Минск, 2015. – 37 с.
2. Лаптиева Л. Н. Роль симуляционного обучения в профессиональной адаптации медицинских работников / Л. Н. Лаптиева, Т. В. Матвейчик, О. П. Цывис // *Медицинская сестра*. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 8–13.
3. Матвейчик Т. В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, В. И. Петров, А. А. Кралько. – Минск, 2011. – 237 с.
4. Матвейчик Т. В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: монография / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск, 2013. – 184 с.

## История, факты, события

5. Матвейчик Т. В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Мецераков. – Минск, 2016. – 244 с.
6. Матвейчик Т. В. Теория сестринского дела: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск, 2016. – 366 с.
7. Матвейчик Т. В. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск, 2017. – 295 с.
8. Матвейчик Т. В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы: монография. – Минск, 2018. – 171 с.
9. Матвейчик Т. В. Влияние научной школы по общественному здоровью на обучение главных медицинских сестер в Белорусской медицинской академии последипломного образования // Тенденции развития науки и образования. – 2019. – № 53, ч. 1. – С. 93–97.
10. Матвейчик Т. В. О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника» // Медицина. – 2019. – № 2(105). – С 36–41.
11. Матвейчик Т. В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре: учеб.-метод. пособие. – Минск, 2020. – 201 с.
12. Абакумова И. В. Научные исследования в сфере социально-экономических и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и конвергенция знаний: монография / И. В. Абакумова [и др.]. – Самара, 2016. – 439 с.
13. Обеспечение сотрудничества между службами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2018. – 48 с.
14. Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 31.12.2020 № 1438.
15. Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Беларусь: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 20.03.2018 № 244 // КонсультантПлюс. – Минск, 2021.
16. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2018. – 79 с.
17. О Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030»: постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 03.12.2020 № 693.
18. План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы : дополнение к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.01.2021.
19. Современные вызовы образования и психологии формирования личности: монография / редкол.: Ж. В. Мурзина, О. Л. Богатырева. – Чебоксары, 2020. – 232 с.
20. Состояние сестринского дела в мире в 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / ВОЗ. – Женева, 2020. – 144 с.
21. Сурожский А. О современной медицинской этике. – СПб., 2009. – 63 с.

### РУЛЕТ-ОЛИВЬЕ

Ингредиенты:

- лаваш – 1 лист;
- колбаса – 100 г;
- картофель отварной – 1 шт.;
- морковь отварная – 1 шт.;
- маринованный огурец – 1 шт.;
- яйцо отварное – 1 шт.;
- сливочный сыр – 50 г;
- майонез – 1 ст. л.

Приготовление:

1. Смазать лист лаваша майонезом и сливочным сыром.
2. Натереть колбасу, картофель, морковь и яйцо на крупной терке, выложить на лаваш.
3. Свернуть тугим рулетом и затянуть его в пленку. Отправить на 1 ч в холодильник, перед подачей нарезать.



### СЫРНЫЕ ШАРИКИ С КУРИЦЕЙ

Ингредиенты:

- курица – 300 г;
- сыр твердый – 100 г;
- грецкие орехи – 50 г;
- яйца – 2 шт.;
- майонез – 3 ст. л.;
- маслины – по количеству шариков;
- зелень, специи, чеснок – по вкусу.

Приготовление:

1. Отварить курицу и яйца, дать остыть. Орехи измельчить в крошку.
2. Натереть яйца и сыр на терке, мелко нашинковать зелень, добавить специи и давленный чеснок.
3. Пропустить курицу через мясорубку или измельчить ножом. Добавить майонез и перемешать массу.
4. Сформировать шарики, вложив внутрь по маслине, и обвалить в измельченных орехах.



### САЛАТ С ЧЕРНОСЛИВОМ, КИВИ И ГРАНАТОМ

Ингредиенты:

- куриные бедра – 2 шт.;
- сыр твердый – 100 г;
- чернослив – 60 г;
- яйца – 3 шт.;
- морковь отварная – 2 шт.;
- киви – 2 шт.;
- гранат – 1 шт.;
- майонез – 4 ст. л.;

Приготовление:

1. Отварить курицу и яйца, мелко нарезать.
2. Мелко нарезать чернослив.
3. Отварную морковь и сыр натереть на терке, киви нарезать тонкими пластинками.
4. Выложить салат слоями: курица, майонез, чернослив, яйца, майонез, морковь, майонез, сыр, майонез.
5. Верхнюю часть салата украсить пластинами киви, по бокам – зернами граната.



## Простая кулинария

### УТКА С ЧЕРНОСЛИВОМ

Ингредиенты:

- утка – 1 шт.;
- яблоки – 3 шт.;
- чернослив – 150 г;
- соевый соус – 2 ст. л.;
- мед – 2 ст. л.;
- специи – 2 ст. л.

Приготовление:

1. Натереть утку специями снаружи и внутри, оставить на 15–20 мин.
2. Мелко нарезать яблоки и чернослив, начинить утку, зашить отверстие.
3. Запекать птицу 40 мин при температуре 180 °С. Перевернуть на другую сторону и запекать еще 40 мин.
4. Смешать мед и соевый соус, смазать утку и отправить в духовку еще на 20–30 мин.



### КАРТОФЕЛЬ С РОЗМАЙНОМ И ЦЕДРОЙ

Ингредиенты:

- картофель – 1 кг;
- апельсин – 1 шт.;
- чеснок – 1 головка;
- оливковое масло – 50 мл;
- сливочное масло – 40 г;
- розмарин – 3 веточки.

Приготовление:

1. Очистить картофель и приварить в кипящей воде 5–7 мин. Выложить в форму для запекания, налить половину оливкового масла, приправить по вкусу и запекать 30 мин при температуре 190 °С.
2. Снять с апельсина цедру и нарезать полосками, чеснок – пластинами, розмарин разделить на листочки. Смешать все с оставшимся оливковым и растопленным сливочным маслом, залить картошку и слегка придавить толкушкой. Отправить в духовку еще на 20 мин.



### ШОКОЛАДНЫЕ КОНФЕТЫ С АВОКАДО

Ингредиенты:

- шоколад горький – 100 г;
- авокадо среднее – 1 шт.;
- финики без косточек – 5 шт.;
- ванилин – 2 г;
- какао-порошок – 1 ст. л.;
- грецкие орехи рубленые – 2 ст. л.;
- кунжут – 2 ст. л.

Приготовление:

1. Шоколад растопить на водяной бане или в СВЧ-печи. Измельчить блендером мякоть авокадо и финики до пюреобразного состояния.
2. Смешать растопленный шоколад с какао, ванилином и массой из фиников и авокадо. Тщательно размешать и оставить в холодильнике охладиться на несколько часов.
3. Скатать круглые конфеты, часть обвалить в измельченных орехах, часть – в кунжуте.



*Приятного аппетита!*