

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

А. М. Дашкевич

Н. И. Доста

О. Н. Катова

Л. Э. Кузнецова

А. Е. Кулагин

Т. В. Матвейчик

В. К. Милькаманович

В. Г. Панкратов

С. М. Русак

Н. Ф. Сивец

В. А. Тавтын

С. Ф. Южик

Адрес редакции: ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск
Телефон +375 17 368-21-48. E-mail: medznanija@mail.ru
<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 01.06.2023

Тираж 1604 экз.

Заказ

Государственное предприятие
«СтройМеднаПроект».

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», 2023

Научно-практический журнал

для специалистов

со средним

медицинским

образованием

3(147)

май – июнь, 2023

Издается с 1999 года

Выходит 1 раз в 2 месяца

Учредитель: учреждение «Редакция журнала «Здравоохранение»

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции

Медикализация жизни _____ 2

Тема номера

Л. Э. Кузнецова

Комбинированный пренатальный скрининг беременных в Республике Беларусь _____ 3

Наблюдение, реабилитация и уход

В. К. Милькаманович

Медико-социальная работа как инновационное направление охраны и поддержки здоровья _____ 13

Обмен опытом

Е. С. Карнейко, Л. В. Батуревич,

И. Д. Шилейко, Л. И. Алехнович

Роль бактериоскопического исследования в диагностике туберкулезной инфекции _____ 20

И. Е. Киреня

Методика учета выявленных факторов риска развития неинфекционных заболеваний при диспансеризации населения _____ 23

Трибуна преподавателя

А. Н. Санько

Текущий контроль в форме объективного структурированного клинического экзамена в Белорусском государственном медицинском колледже _____ 26

О. Н. Катова, О. В. Кирдун

Белорусский государственный медицинский колледж расширяет границы сотрудничества _____ 31

ISSN 1027-7218



9 771027 721803



2 3 0 0 3

Медикализация жизни

Дорогие коллеги!

Редакция и редколлегия журнала «Медицинские знания» сердечно поздравляют вас с Днем медика! Пусть уверенность в своих силах, профессионализм, благодарные пациенты, интересные замыслы и свершения будут вашими постоянными спутниками! Крепкого здоровья, благополучия, творческих успехов!

В прошлом, когда медицина была бессильна перед многими недугами, к врачу обращались, если возникла угроза жизни, для всего остального существовали травник, священник и собственные силы организма. По мере того как борьба с заболеваниями становилась все более успешной, зона внимания медицины расширялась, и жизнь человека начала все больше подвергаться контролю врачей. Растущую власть медицинских институтов в обществе, вследствие чего они выполняют функцию не только лечения, но и общественного контроля, называют *медикализацией*. В широком смысле этот медико-социальный феномен рассматривается как усиление роли и значения медицинского знания в социуме, в узком – как неосознанный перенос решения социальных проблем на уровень профессиональной медицины.

В XVIII–XIX вв. в поле зрения докторов попали аспекты человеческого бытия, которые прежде не привлекали внимания медицины: эмоциональная жизнь, сексуальность и смерть. В XX в. врачи начали использовать методы контроля над различными формами нравственной испорченности (пьянство, гомосексуализм, детское непослушание) и придавали им «морально нейтральный» статус. Пьянство трансформировалось в алкоголизм, гомосексуализм – в болезнь, детское баловство – в гиперактивность.

Движущей силой медикализации стали производители лекарственных средств, медицинских изделий и услуг. Медицина стала выгодным бизнесом. Когда конкуренция на существующих рынках высока, лучший выход – создать новый, придумав мнимую болезнь и убедив здоровых людей, что они нуждаются в лечении. С помощью лекарств начали вести борьбу с криминальным поведением, сексуальной распущенностью, насилием в семье, игроманией, синдромом дефицита внимания и гиперактивностью у детей, эректильной дисфункцией в пожилом возрасте, избыточным весом, унынием и грустью, застенчивостью, облысением, старением и даже со смертью. Таблетка стала универсальным средством решения вопросов со здоровьем, проблем в семье, на работе, с учебой и памятью.

Существуют многочисленные примеры конструирования болезней и патологических состояний с участием компаний, заинтересованных в продаже своих лекарств. Классический пример – создание рынка для виагры, «блокбастера» лекарственных продаж недавнего времени. Появление препаратов, содержащих гормоны роста, сделали объектом медикализации желающих «подрости», а использование технологий оплодотворения *in vitro* медикализировало проблему бесплодия. Однако применение фармакологических средств для «коррекции» физиологических состояний (андро- и менопауза, остеопороз и др.) небезопасно и чревато новыми видами патологии. Американский психиатр Т. Сас так охарактеризовал медикализацию: «Это не медицина и не наука, это социально-семантическая стратегия, которая выгодна одним лицам и несет угрозы другим».

В XXI в. появился новый аспект медикализации – ее добровольный характер. Прежде считалось, что это заговор медиков против общества с целью укрепить свою власть. Теперь стало очевидным, что люди желают самостоятельно решать свои проблемы с помощью пилюли или инъекции, полагая, что любое недомогание объясняется нарушением функционирования организма, а не тем, что они сами не желают приспособливаться к новым условиям жизни. Появились лекарства, устраняющие «синдром городского жителя», «тревогу по поводу экологии рабочего места» и даже «помогающие в борьбе с финансовым стрессом». В результате медикализации естественных эмоций нет надобности самостоятельно решать проблемы в своем окружении. В связи с этим австрийский писатель Р. Музиль писал: «Мы рождаемся в больнице, мы умираем в больнице. Почему бы нам не жить так, словно мы находимся в больнице». Между тем многие ситуации, которые могут возникнуть на каком-то этапе жизни, следует принять или попросту игнорировать.

Нельзя не приветствовать прогресс медико-биологических наук, однако правомерен вопрос о цене и последствиях, делающих общество все более нездоровым, а людей – не способных к заботе о себе без помощи медицины. Медикализация отдаляет человека от собственной природы, в результате чего он смотрит на себя как на жертву, подверженную то одному, то другому недугу, и постоянно нуждается в лечении. Навязываемая вера в неспособность преодолеть жизненные трудности приводит к тому, что он пытается это делать, используя лекарства, которые могут приводить к серьезным проблемам со здоровьем. Медикализация демонстрирует нарушение хрупкого баланса между естественным и искусственным в жизни человека, способного зайти так далеко, что, стремясь избавиться от своего «природного несовершенства», он может потерять самого себя. Здоровье превратилось в товар, а между тем это плод добродетели. Такова контрпродуктивность медицины.

С уважением,
профессор

Ю. К. Абаев



Доцент Л. Э. Кузнецова

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Белорусский государственный медицинский колледж

В Республике Беларусь последовательно проводится работа по реализации программы охраны репродуктивного здоровья. Основной целью перинатального акушерства является сохранение здоровья матери и рождение здорового ребенка.

В ст. 22 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18.06.1993 № 2435-XII (ред. от 16.06.2014 № 164-3) говорится: «Гражданам Республики Беларусь гарантированы бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, медико-психологическим аспектам брачно-семейных отношений, а также медико-генетическая диагностика по медицинским показаниям в государственных учреждениях здравоохранения в целях профилактики возможных наследственных заболеваний у потомства».

В 2021 г. утверждена Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2021–2025 годы». Ее приоритетными направлениями являются: разработка мер по укреплению репродуктивного здоровья, формирование культуры здорового образа жизни, сбережение здоровья.

В ходе реализации утвержденной программы решаются различные задачи:

- популяризация в обществе духовно-нравственных ценностей института семьи;
- совершенствование подготовки молодежи к семейной жизни;
- совершенствование службы планирования семьи;
- улучшение качества и доступности медицинской помощи женщинам и детям;
- охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения, в том числе увеличение объемов оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием современных вспомогательных репродуктивных технологий;
- проведение комплексной пренатальной диагностики;
- развитие фетальной и неонатальной хирургии – инновационных направлений;
- оказание медицинской помощи внутриутробно.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно около 276 тыс. новорожденных погибают в течение первого месяца жизни от врожденных пороков развития.

Врожденные аномалии (пороки развития) – стойкие морфологические изменения органа, системы или организма, которые выходят за пределы вариаций их строения, либо генетически обусловленные, либо в результате нарушения внутриутробного развития. Врожденные пороки развития плода занимают 3-е место в структуре перинатальной смертности.

Большое значение имеют ранняя диагностика пороков развития, своевременное решение вопроса о возможности прерывания беременности.

В зависимости от этиологии различают наследственные (генетические), экзогенные и мультифакторные пороки развития плода.

Наследственно обусловленные пороки могут быть генными и хромосомными, возникают вследствие мутаций; различают моногенные синдромы и хромосомные болезни.

Экзогенные пороки – пороки, возникшие от воздействия экзогенных факторов.

Мультифакторные пороки – пороки, которые возникли от совместного воздействия генетических и экзогенных факторов.

Следует отметить, что в 25% случаев врожденные пороки не устанавливаются. Удельный вес хромосомных мутаций (аббераций) составляет всего 7–8%.

Таким образом, причинами врожденных пороков являются эндогенные и экзогенные факторы.

К эндогенным факторам относятся:

- биологическая неполноценность половых клеток (отца и матери), которые возможны как результат неправильного образа жизни (курение, алкоголь);
- влияние экологических, профессиональных и других факторов;
- влияние возраста и пола: чем старше родители, тем больше вероятность рождения ребенка с пороком развития;

Тема номера

• эндокринные заболевания родителей (в Беларуси, прежде всего, это сахарный диабет и заболевания щитовидной железы).

К экзогенным факторам врожденных пороков развития относятся факторы, повреждающие плод:

• тератогенные факторы (внутриутробные инфекции, употребление беременной алкоголя, некоторых лекарственных средств, профессиональные вредности, неблагоприятная экологическая обстановка, радиационное и рентгенологическое облучение);

• неполноценное питание;

• травма матери в первые месяцы беременности (падение, удар в область живота, вибрация, попытка аборта);

• гипертермия в результате инфекционных заболеваний или работа в горячем цеху, злоупотребление солнечными ваннами или сауной;

• рентгенологическое обследование женщины на ранних стадиях беременности;

• наличие анемии или сердечно-сосудистых заболеваний у матери;

• воздействие лекарственных средств (особенно в I триместре).

Нередко факторы окружающей среды могут способствовать реализации генетической предрасположенности к врожденным порокам развития.

Классификация врожденных пороков развития

Согласно анатомо-физиологической классификации выделяют изолированные (локализованные в одном органе), системные (в пределах одной системы органов) и множественные (в двух и более системах) пороки развития.

1. Пороки развития ЦНС: гидроцефалия; дефекты нервной трубки (анэнцефалия, микроцефалия, *spina bifida*).

Гидроцефалия – увеличение размеров желудочков мозга с одновременным нарастанием внутричерепного давления, сопровождающееся в большинстве наблюдений увеличением размеров головы (рис. 1).

Анэнцефалия (псевдоцефалия) – отсутствие полушарий мозга и большей части свода черепа, при этом наблюдается дефект лобной кости выше супраорбитальной области, височная кость и часть затылочной кости отсутствуют (рис. 2).

Spina bifida – аномалия развития позвоночного столба, возникающая в результате нарушения процесса закрытия нервной трубки (рис. 3).

Микроцефалия (микроэнцефалия) – клинический синдром, для которого характерны уменьшение окружности головы и умственная отсталость; встречается с частотой 1 на 1360 новорожденных.



Рис. 1. Гидроцефалия



Рис. 2. Анэнцефалия

2. Аномалии лицевых структур и шеи: расщелина лица, кистозная гигрома.

Расщелина лица (расщепление верхней губы и неба) представляет собой линейный дефект, рас-

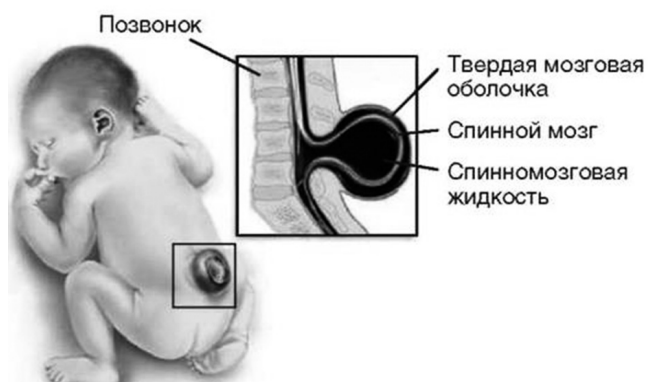


Рис. 3. Spina bifida



Рис. 4. Расщелина лица

пространяющийся от края губы до носового отверстия. Расщелина неба, сочетающаяся с расщелиной губы, через альвеолярные отростки и твердое небо может распространяться на носовую полость или даже на дно глазницы (рис. 4).

Кистозная гигрома (лимфангиома) представляет собой осумкованное скопление жидкости, характеризуется наличием единичных или множественных кист мягких тканей в области шеи, образующихся вследствие нарушений в лимфатической системе.

3. Врожденные пороки сердца. Частота врожденных пороков сердца составляет от 1–2 до 8–9 на 1000 живорожденных. Наиболее распространены дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, открытый артериальный проток, стеноз легочной артерии, единственный желудочек. В 90% случаев врожденные пороки сердца представляют результат многофакторного повреждения (генетическая предрасположенность и средовые факторы).

4. Пороки органов грудной клетки: врожденная диафрагмальная грыжа.

Врожденная диафрагмальная грыжа – порок, возникающий в результате замедления процесса закрытия плевро-перитонеального канала. При данном пороке обычно имеет место недостаточность развития левой половины диафрагмы. Отсутствие разделения между брюшной полостью и грудной клеткой приводит к перемещению желудка, селезенки, кишечника и даже печени в грудную полость, что может сопровождаться смещением средостения и вызывать сдавление легких.

При правосторонних грыжах сердце обычно смещено влево. В грудной клетке также могут визуализироваться кишечник и печень. При данном пороке часто отмечается многоводие.

5. Аномалии формирования стенок брюшной полости и пороки развития желудочно-кишечного тракта: омфалоцеле, гастрошизис, атрезия двенадцатиперстной кишки, изолированный асцит.

Омфалоцеле – пупочная грыжа, возникает в результате невозвращения органов брюшной полости из амниотической полости через пупочное кольцо. В состав омфалоцеле могут входить любые висцеральные органы. Размеры грыжевого образования определяются его содержанием.

Гастрошизис – дефект передней брюшной стенки в околопупочной области с эвентерацией петель кишечника, покрытого воспалительным экссудатом. Дефект обычно располагается справа от пупка, грыжевые органы не имеют мембраны (рис. 5). Частота гастрошизиса составляет 0,94 на 10 000 новорожденных. Частота порока у беременных моложе 20 лет выше и составляет 7 на 10 000 новорожденных.

Атрезия двенадцатиперстной кишки – наиболее частая причина непроходимости тонкой кишки. Частота аномалии составляет 1 на 10 000 живорожденных. Этиология неизвестна. Возможно возникновение порока под воздействием тератогенных факторов.

Асцитом называют скопление жидкости в перитонеальной полости. Точная частота не установлена.



Рис. 5. Гастрошизис

6. Пороки развития почек и мочевыводящих путей: агенезия почек, поликистозная болезнь почек, поликистозная болезнь почек взрослого типа, поликистоз почек, пиелюэктазия.

Агенезия почек – это полное отсутствие обеих почек. Возникновение порока обусловлено нарушением в последовательной цепи процессов нормального эмбриогенеза. Частота составляет в среднем 1 на 4500 новорожденных; в 2 раза чаще обнаруживается у мальчиков.

Поликистозная болезнь почек – проявляется двусторонним симметричным увеличением почек в результате замещения паренхимы вторично расширенными канальцами без пролиферации соединительной ткани. Варьирует от классического летального варианта до инфантильной, ювенильной и даже взрослой формы.

Поликистозная болезнь почек взрослого типа (аутосомно-доминантная болезнь, синдром Поттера III типа) – характеризуется замещением паренхимы почки многочисленными кистами разных размеров, которые образуются вследствие расширения канальцев и сегментов нефрона. Почки поражены с обеих сторон и увеличены, но односторонний процесс может быть первым проявлением заболевания. Печень также вовлекается в патологический процесс – развивается перипортальный фиброз, который имеет очаговый характер. Этиология заболевания неизвестна.

Поликистоз почек (мультикистозная болезнь, кистозное заболевание почек, синдром Поттера II типа) – характеризуется кистозным перерождением почечной паренхимы вследствие первично-

го расширения почечных канальцев. Мочеточник и лоханка чаще всего атрезированы или отсутствуют. Процесс может быть двусторонним, односторонним и сегментарным. При мультикистозной дисплазии почка, как правило, значительно увеличена в размерах.

Пиелюэктазия – характеризуется избыточным скоплением жидкости и расширением почечной лоханки плода.

7. Пороки развития костной системы: аплазия, недоразвитие, полидактилия, синдактилия, остеохондродисплазии.

Среди врожденных пороков костной системы наиболее часто встречаются: амелия (аплазия всех конечностей, рис. 6); фокомелия (недоразвитие проксимальных отделов конечностей, при этом кисти и стопы соединяются непосредственно с туловищем); аплазия одной из костей голени или предплечья; олидактилия (отсутствие нескольких пальцев, рис. 7); полидактилия (увеличение числа пальцев на конечности); синдактилия (уменьшение числа пальцев вследствие сращения мягких тканей или костной ткани рядом расположенных пальцев, рис. 8); аномальная установка стоп; остеохондродисплазии, характеризующиеся аномалиями роста и развития хрящей и/или костей (ахондрогенез, ахондроплазия, танатоформная дисплазия, несовершенный остеогенез, гипофосфатазия и др.).

Диагностика пороков развития возможна благодаря развитию новой области медицины – перинатологии, развитие которой стало возможным благодаря достижениям науки и медицинских технологий. Следует отметить, что наиболее важна диагностика пороков, несовместимых с жизнью.

Перинатология – это раздел акушерства и педиатрии, изучающий развитие и сохранение здоровья плода и новорожденного в перинатальном периоде.



Рис. 6. Отсутствие стоп



Рис. 7. Олидактилия



Рис. 8. Синдактилия

Перинатальным периодом называется период, начинающийся с 22-й недели внутриутробного развития, когда масса плода достигает 500 г и более, и продолжающийся до 7-го дня (168 ч) жизни новорожденного. Таким образом, перинатальный период включает: дородовой период – антенатальный; период родов – интранатальный; 7 дней (168 ч) после родов – постнатальный. Этот период является важнейшим этапом в жизни человека.

Смертность в перинатальном периоде называется перинатальной смертностью. Этот показатель характеризует состояние здоровья матери и ребенка, а также качество оказания медицинской помощи матери во время беременности, родов и ребенку до родов, в родах и после рождения. Диагностика врожденных пороков развития возможна до родов, во время родов и в течение дальнейшей жизни человека.

Успехи генетики, фармакологии, развитие и совершенствование медицинской диагностической

аппаратуры, биомеханических, микробиологических, иммунологических методов исследования позволили осуществлять контроль за состоянием плода с ранних периодов беременности, влиять на процесс его развития, лечить патологические состояния в антенатальном периоде и после рождения ребенка.

Перинатальная охрана плода и новорожденного – это система мероприятий по ante- и интранатальной охране плода и организации медицинской помощи новорожденным, направленная на снижение перинатальной заболеваемости и смертности и улучшение здоровья новорожденных. Пренатальная диагностика стала успешной благодаря усилиям акушеров-гинекологов и генетиков. Антенатальная охрана плода заключается в систематическом наблюдении за течением беременности и состоянием плода.

Основные составляющие пренатальной диагностики и определение тактики ведения беременности:

- первичное медико-генетическое консультирование;
 - популяционный ультразвуковой скрининг в 10–13, 18–21, 32–35 недель беременности;
 - комбинированный скрининг в I триместре беременности для расчета риска по хромосомным болезням у плода;
 - получение биологического материала плода с помощью инвазивных диагностических процедур в I и II триместрах беременности;
 - лабораторная диагностика (цитогенетическая, молекулярно-генетическая, молекулярно-цитогенетическая, биохимическая);
 - повторное медико-генетическое консультирование по результатам предшествующей диагностики и определение тактики ведения беременности;
 - прерывание беременности по медико-генетическим показаниям;
 - патоморфологическое исследование плодов, абортированных по медико-генетическим показаниям;
 - мониторинг врожденных аномалий развития ребенка (плода);
 - повторное медико-генетическое консультирование с целью оценки прогноза потомства.
- Показаниями для направления на медико-генетическое консультирование являются:
- наличие у одного из супругов наследственного заболевания или порока развития;
 - кровнородственные браки;
 - возраст матери старше 35 лет;
 - неблагоприятное воздействие факторов окружающей среды в ранние сроки беременности;
 - наличие самопроизвольных выкидышей, мертворождений;

Тема номера

- наличие предшествующего первичного бесплодия неясной этиологии;

- прием лекарственных препаратов в ранние сроки беременности.

В Республике Беларусь проводят скрининг в I триместре:

- УЗИ матки и придатков, при котором устанавливаются особенности их строения;

- УЗИ плода, при котором устанавливаются количество плодов, амниотических полостей и хорионов, жизнедеятельность эмбриона (с регистрацией сердечной деятельности), расположение хориона, копчико-теменной размер (КТР) в мм, толщина воротникового пространства, анатомия плода (контуры головы, структура мозга, позвоночный столб, целостность передней брюшной стенки, сердце, желудочек, мочевой пузырь, конечности, движение плода);

- поиск дополнительных УЗИ-маркеров хромосомной патологии плода (наличие носовой кости, особенности кровотока в венозном протоке).

Внутриутробное состояние плода определяют, используя различные методы, которые можно подразделить на прямые (исследуется сам плод) и непрямые (объектом изучения является беременная женщина). Также применяют инвазивные, то есть оперативные (травматичные), и неинвазивные методы исследования плода.

Основные методы оценки состояния плода:

- ✓ Непрямые методы (обследование беременной):

- акушерско-гинекологический анамнез и осмотр;

- медико-генетические (семейный анализ, исследование кариотипа супружеской пары, молекулярно-биологическая диагностика);

- бактериологические, иммунологические серологические тесты;

- биохимический скрининг (альфа-фетопротеин, эстриол, хорионический гонадотропин).

- ✓ Прямые методы (обследование плода):

- неинвазивные методы: УЗИ плода, кардиотокография;

- инвазивные методы, позволяющие получить генетический материал плода: биопсия ворсин хориона (8–10 недель беременности); плацентоцентез (II триместр беременности); амниоцентез (16–20 недель беременности); кордоцентез (20–24 недели беременности); биопсия тканей плода (печень, кожа, мышцы и др.).

В нашей стране в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.03. 2022 № 396 «О проведении комбинированного скрининга беременных 1 триместра» проводится комбинированный пренатальный скрининг, направленный на формирование группы высокого риска по выявлению числовых нарушений хромосом, наиболее частыми из которых

являются синдром Дауна (трисомия 21), синдром Эдварса (трисомия 18), синдром Патау (трисомия 13). В Беларуси проведению пренатального скрининга подлежат все беременные.

Хромосомные болезни

Наиболее частой хромосомной аномалией является трисомия по 21-й хромосоме – *синдром Дауна* (рис. 9). Встречается у 1–2 новорожденных на 1000. Большая часть плодов с трисомией по 21-й хромосоме погибает еще внутриутробно. Самопроизвольные выкидыши плодов с трисомией по 21-й хромосоме происходят на сроке 10–16 недель примерно в 20% случаев, после 16 недель также в 20%. У 40% живорожденных детей встречаются врожденные пороки сердца с этой трисомией. У 5% детей диагностируются аномалии желудочно-кишечного тракта (стенозы и атрезии).



Рис. 9. Ребенок с синдромом Дауна

Синдром Эдвардса – эта патология обусловлена наличием в кариотипе лишней 18-й хромосомы (трисомия 18). Синдром характеризуется грубыми физическими аномалиями и умственной отсталостью. Характерна высокая летальность: 50% больных детей умирают в первые два месяца жизни, 95% – в течение первого года жизни. Девочки поражаются в 3–4 раза чаще, чем мальчики. Частота в популяции колеблется от 1 случая на 6000 родов до 1 случая на 10 000 родов (примерно в 10 раз реже, чем синдром Дауна), 95% плодов погибает вследствие самопроизвольных выкидышей. Риск данной трисомии также повышен у возрастных матерей. Живорожденные дети имеют тяжелое отставание в развитии и редко выживают более двух месяцев после рождения.

Совсем немногие из них доживают до подросткового возраста. Для этих детей типичны тяжелые пороки развития сердца, микроцефалия, маленькая нижняя челюсть, длинный череп, подковообразные почки, единственная артерия пуповины, булавообразные ладони и подошвы ног в виде качалки (рис. 10).



Рис. 10. Ребенок с синдромом Эдвардса

Синдром Патау. Трисомия по 13-й хромосоме встречается у 1 из 20 000 новорожденных. Примерно половина детей умирает в течение первого месяца жизни. Эта патология характеризуется тяжелыми пороками ЦНС (например, аринэнцефалия, голопрозэнцефалия), тяжелой задержкой внутриутробного развития и другими аномалиями (расщепление губы и неба) (рис. 11). Повышенный риск по трисомии 13-й хромосомы можно запо-



Рис. 11. Ребенок с синдромом Патау

дозрить при высоком уровне альфа-фетопротеина в сочетании с дефектами ЦНС.

Синдром Корнелии де Ланж – это редкая форма врожденных пороков развития плода, обнаруживаемая в 1 случае на 40 000 родов. Синдром характеризуется отставанием умственного и физического развития, пороками сердца и развития конечностей и характерными особенностями черт лица. При данном состоянии уровни РАРР-А в крови в сроки 20–35 недель беременности значимо ниже нормы.

Синдром Шерешевского – Тернера – заболевание, возникающее при аномальном развитии половых хромосом (вместо присущих женскому организму половых хромосом XX имеется лишь одна XO, набор хромосом получается неполным), в результате чего происходит нарушение развития половых желез в раннем эмбриональном периоде. Частота встречаемости синдрома – 1 на 1500–3000 новорожденных девочек. У ребенка с данным заболеванием вместо яичников образуются тяжи из соединительной ткани, матка недоразвита. Очень часто синдром сочетается с недоразвитием других органов. Уже при рождении у девочки обнаруживают утолщение кожных складок на затылке, типичный отек кистей рук и стоп. Часто ребенок рождается маленьким, с низкой массой тела. При раннем выявлении и своевременном лечении можно добиться увеличения роста. Прогноз заболевания в отношении полного выздоровления неблагоприятный. Пациенты остаются бесплодными. При данном заболевании возможен летальный исход, который обусловлен в первую очередь врожденными дефектами жизненно важных органов. Значительного отставания умственного развития у больных не наблюдается, они могут успешно учиться и выполнять любую работу, не связанную с физическим и значительным нервно-психическим напряжением.

Синдром Смита – Лемли – Опица имеет ауто-сомно-рецессивный тип наследования. Частота заболевания составляет 1 на 20 000–40 000 новорожденных. Чаще встречается у представителей европеоидной расы, редко – у негроидов и монголоидов. Симптомы при данном синдроме могут широко варьироваться. При легкой форме заболевания могут наблюдаться незначительные физические и интеллектуальные нарушения. В тяжелых случаях возможны тяжелые физические пороки и глубокая умственная отсталость. Наиболее часто встречаются следующие симптомы: микроцефалия, умственная отсталость, аутизм, нарушения поведения и способности к обучению, пороки сердца, легких, почек, пищеварительного тракта и половых органов, бледность, пониженный мышечный тонус, задержка в развитии, нарушения

питания, птоз (опущение) верхнего века, катаракта, болезнь Гиршпрунга, нарушение слуха, нарушения иммунной системы, сколиоз, остеопороз, синдактилия (сращение) второго и третьего пальцев стопы, полидактилия.

Базовый скрининг во многих странах – это проведение эхографии, биохимического скрининга, инвазивной диагностики (биопсия хориона, амниоцентез, плацентоцентез, кордоцентез).

В Беларуси комбинированный пренатальный скрининг беременных I триместра включает УЗИ плода, определение трофобластических (сывороточных) белков, расчет риска с использованием компьютерных программ, предназначенных для комбинированного скрининга беременных I триместра, контроль результативности (качества) скрининга.

Биохимические исследования маркерных сывороточных белков в крови беременной и УЗИ являются в настоящее время обязательными методами дородовой диагностики, направленные на выявление женщин, входящих в группу высокого риска рождения детей с хромосомными болезнями и пороками развития.

Ультразвуковой скрининг:

- направляются все беременные в сроки не менее 11 недель 0 дней и не более 13 недель 6 дней, при КТР плода – размер от 40 мм до 80 мм;
- проводится беременным по направлению акушеров-гинекологов женских консультаций по месту жительства или пребывания;
- направление для проведения комбинированного скрининга оформляется в соответствии с утвержденной формой.

Биохимическое исследование (определение с использованием маркеров PAPP-A и β -ХГЧ) в составе комбинированного скрининга беременных:

- выполняют беременным с КТР плода не менее 40 мм и не более 70,4 мм в РНПЦ «Мать и дитя»;
- забор венозной крови для проведения лабораторного этапа комбинированного скрининга 1-го этапа беременных осуществляется в день проведения УЗИ или не позднее 48 ч после него;
- забор и транспортировка биологических образцов проводятся в соответствии с Инструкцией о порядке организации преаналитического этапа лабораторных исследований, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.11.2015 № 1123.

Расчет риска наличия хромосомной патологии у плода по результатам УЗИ проводится с помощью зарегистрированных компьютерных программ, предназначенных для комбинированного скрининга беременных I триместра.

Заключительный этап – *контроль результативности (качества) скрининга.*

В результате исследований выделяется группа высокого риска по хромосомной патологии плода при расчетном значении риска 1 : 360 и выше для синдрома Дауна, 1 : 2000 и выше для синдрома Патау и синдрома Эдвардса. Беременные женщины из группы высокого риска по хромосомным болезням плода направляются для медико-генетического консультирования и определения объема дальнейшей пренатальной диагностики: инвазивные методы диагностики врожденных и приобретенных нарушений плода (биопсия хориона, кордоцентез, плацентобиопсия) с привлечением инструментальных, биохимических, иммунологических, микробиологических, молекулярно-биологических методов.

Все инвазивные методы диагностики производятся под контролем УЗИ (рис. 12).

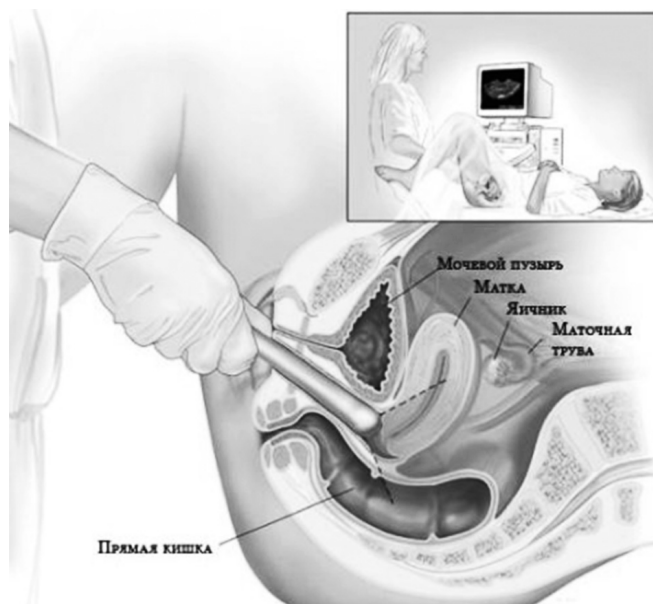


Рис. 12. Ультразвуковое сканирование

Биопсия ворсин хориона – исследование хромосом биоптата хориона и культуры трофобласта для пренатальной диагностики хромосомных болезней в I триместре. Производится на сроке 7–9 недель, получают 5–15 мг ткани хориона, в клетках которого исследуют кариотип плода (рис. 13).

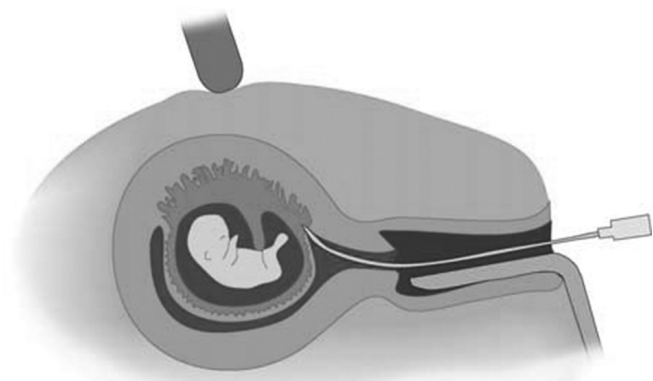


Рис. 13. Биопсия хориона

Амниоцентез – проводится на сроке 16–20 недель беременности для исследования хромосом культивированных клеток амниотической жидкости, для пренатальной диагностики хромосомных болезней. Производят забор 15–20 мл амниотической жидкости при пункции через переднюю брюшную стенку (рис. 14).

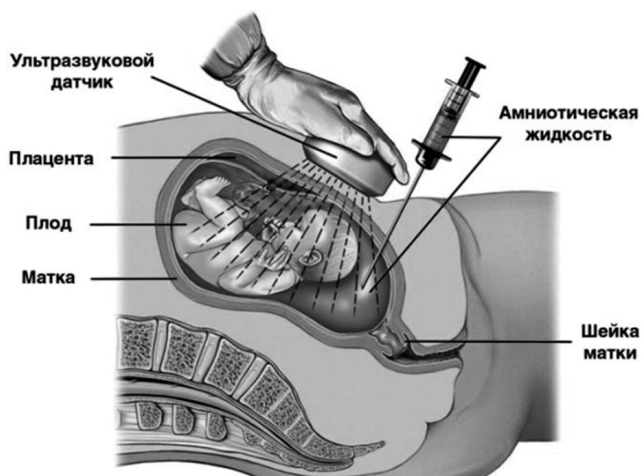


Рис. 14. Амниоцентез

Плацентоцентез – биопсия плаценты, производится во II и III триместрах беременности, с помощью абдоминального прокола через переднюю брюшную стенку получают ворсины плаценты, в ее клетках получают кариотип.

Кордоцентез – получение крови из пуповины плода (рис. 15). Эту процедуру производят на сроке 23–25 недель беременности. Это самый надежный метод диагностики для эффективного кариотипирования плода.

В настоящее время точность пренатальной диагностики высока и составляет при УЗИ 90%, при кариотипировании (ДНК-диагностике) – 100%.

Важность пренатального скрининга обусловлена тем, что его проведение дает возможность родителям принять решение о прерывании аномальной беременности или подготовиться к рождению ребенка с пороками развития, а также своевременно провести хирургическую коррекцию выявленных пороков в условиях стационаров высокого уровня.

Пренатальный скрининг сегодня – это ответственность не только медицинских работников, но и пациентов, готовность которых к сотрудничеству обеспечивает рождение здорового потомства.

Профилактика врожденных пороков заключается, прежде всего:

- в пропаганде здорового образа жизни и снижении тератогенных факторов;
- в проведении прегравидарной подготовки;
- на медицинском уровне – в проведении медико-генетического консультирования и УЗИ.

ВОЗ предлагает проведение профилактических мер. Профилактические медико-санитарные меры, принимаемые в период подготовки к беременности и в период зачатия, а также дородовое медицинское обслуживание снижают частоту появления некоторых врожденных пороков развития.



Рис. 15. Кордоцентез

Тема номера

Первичная профилактика пороков развития включает следующие меры:

- улучшение питания женщин на протяжении репродуктивного периода посредством обеспечения надлежащего потребления витаминов и минералов, в особенности фолиевой кислоты;
- наблюдение за тем, чтобы беременная женщина не употребляла или употребляла в ограниченном количестве вредные для здоровья продукты, в особенности алкоголь;
- предупреждение диабета в период подготовки к беременности и во время беременности при помощи консультирования, борьбы с избыточным весом, правильного питания и при необходимости введения инсулина;
- предупреждение во время беременности воздействия содержащихся в окружающей среде опасных веществ (тяжелых металлов, пестицидов, некоторых лекарственных препаратов и др.);
- контроль за тем, чтобы любое воздействие на организм беременной женщины лекарственных средств или облучения в медицинских целях (например, рентгеновскими лучами) было оправданным и было основано на тщательном анализе рисков и пользы для здоровья;
- расширение охвата вакцинацией женщин и детей, особенно против вируса краснухи; это заболевание можно предотвратить путем вакцинации детей, вакцина против краснухи также может вводиться по меньшей мере за один месяц до наступления планируемой беременности женщинам, не получившим вакцины или не переболевшим краснухой в детстве;
- расширение масштабов и усиление учебной работы с медработниками и другими сотрудниками, причастными к профилактике пороков развития.

Таким образом, профилактика врожденных пороков развития плода заключается в охране и улучшении состояния окружающей среды, защите от облучения при рентгенологическом исследовании, улучшении условий труда для работников ряда профессий с вредными условиями, пропаганде генетических знаний среди медицинских работников и населения.

Использованная литература

1. *О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19.01.2021 № 28.*
2. *О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII (ред. от 16.06.2014 № 164-3).*
3. *Об утверждении клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17.*
4. *Малевич Ю. К. Справочник врача женской консультации. – Минск, 2014. – 415 с.*
5. *О проведении комбинированного скрининга беременных I триместра: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.03.2022 № 396.*
6. *Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы»: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 № 200.*
7. *Тератогенез: учеб.-метод. пособие / Н. В. Кокорина, Л. В. Грак, Е. Н. Альферович. – Минск, 2018. – 64 с.*



Профессор В. К. Милькаманич

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОХРАНЫ И ПОДДЕРЖКИ ЗДОРОВЬЯ

Белорусский государственный университет

Проблема сохранения здоровья – одна из глобальных проблем человечества. В настоящее время здоровье человека не сводится только к его анатомическим и физиологическим характеристикам. Любое прогнозируемое или уже возникшее заболевание имеет свои социальные причины, поэтому требует медико-социального подхода.

Так, даже генетически обусловленные болезни зависят от образа жизни человека и условий, в которых он живет. Всякое серьезное нарушение здоровья неизбежно влечет за собой социальные последствия, которые влияют на скорость выздоровления человека. Трудная жизненная ситуация и медицинская патология отягощают друг друга и порождают так называемый порочный круг.

Соответственно, появилось такое инновационное направление охраны и поддержки здоровья, как *медико-социальная работа*. Это новый вид совместной (мультидисциплинарной) деятельности специалистов разного профиля (медицинских работников, специалистов по социальной работе, психологов, педагогов, юристов и др.), а также непрофессионалов (волонтеров, членов семьи, близких людей и др.), которые участвуют в восстановлении, сохранении и укреплении здоровья индивида и населения.

Их главным предназначением является управление:

- индивидуальными рисками для здоровья в разных сферах жизни человека;
- социальными детерминантами здоровья индивида и населения в целом;
- профилактикой заболевания;
- профилактикой (предупреждением) социальной недостаточности у лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- реабилитацией (восстановлением независимого проживания) лиц с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в дополнительной помощи и поддержке;
- качеством жизни людей в трудной жизненной ситуации.

Медико-социальная работа осуществляется во всех сферах жизни человека в учреждениях здравоохранения, системы социальной защиты населения, образования, производства и др.

Независимо от того, в какой сфере занят тот или иной специалист, он должен уметь оказывать срочную доврачебную помощь, так как может первым оказаться в экстренной ситуации, требующей promptного реагирования.

Цель, задачи и объект медико-социальной работы

Целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

Задачи медико-социальной работы:

- изучение критериев здоровья различных групп населения;
- изучение факторов, определяющих здоровье населения;
- определение социальных мер для укрепления общественного здоровья;
- разработка и реализация медико-социальных программ, направленных на укрепление общественного здоровья;
- разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации больных людей и лиц с инвалидностью.

Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий.

К таким контингентам относятся:

- лица повышенного риска заболеваний;
- семьи лиц из группы риска;
- длительно, часто и тяжело болеющие люди;
- больные люди с выраженными социальными проблемами;
- больные люди с инвалидностью;
- женщины и дети в медицинских организациях службы охраны материнства и детства.

Наблюдение, реабилитация и уход

В группе повышенного риска заболеваний находятся:

- подростки с отклоняющимся (асоциальным, девиантным) поведением;
- осужденные и бывшие заключенные;
- беженцы и вынужденные переселенцы;
- лица без определенного места жительства (БОМЖ);
- алко- и наркозависимые люди;
- ВИЧ-инфицированные;
- жертвы экологических катастроф;
- люди, подвергшиеся насилию;
- дети-сироты;
- матери-одиночки;
- люди из неполных семей;
- одинокие престарелые люди;
- умственно отсталые люди и др.

К семьям группы риска относятся:

- семья, имеющая в своем составе детей с отклоняющимся (асоциальным, девиантным) поведением;
- семья, имеющая на попечении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- семья, имеющая в своем составе детей с ограниченными умственными и физическими возможностями, в том числе детей с инвалидностью;
- семья, где дети и женщины подвергаются любым формам физического, сексуального или психического насилия;
- семья, имеющая в своем составе лиц с алкогольной зависимостью;
- семья, имеющая в своем составе тяжелобольных людей, в том числе с инвалидностью, и родственников преклонного возраста;
- семья, имеющая в своем составе больных людей с заболеваниями высокого риска социальных проблем (туберкулез, психические расстройства, последствия перенесенной травмы, ВИЧ, СПИД и др.);
- семья, имеющая в своем составе длительно, часто и тяжело болеющих людей (онкологические, сердечно-сосудистые заболевания и др.).

К группе длительно, часто и тяжело болеющих лиц обычно относят тех, у кого имеются выраженные проявления онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, а также тяжело болеющих лиц преклонного возраста.

Выраженные социальные проблемы, к сожалению, продолжают иметь место у больных людей, страдающих туберкулезом и психическими расстройствами. Медико-социальное обслуживание таких клиентов связано с рядом сложных вопросов и препятствий для их нормальной жизнедеятельности.

Защита материнства и детства – важнейший приоритет Республики Беларусь. Охрана здоровья

матерей и детей в условиях низкой рождаемости в стране имеет особую медико-социальную значимость.

Решение организационных проблем медико-социальной работы

Управление индивидуальными рисками для здоровья в разных сферах жизни человека

Индивидуальные риски для здоровья или факторы риска для здоровья – это потенциально опасные для здоровья факторы экологического и социального характера, окружающей и производственной среды, факторы среды обитания, поведенческие, биологические, генетические (индивидуальные) и др. Они повышают вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

Классифицируя неблагоприятные факторы, их можно разделить на экзогенные (внешние) и эндогенные (внутренние). В свою очередь, и одни и другие можно разделить на неуправляемые и управляемые.

Внешние неуправляемые факторы. В данную категорию входят климатогеографические факторы, влияющие на здоровье человека. Прежде всего, это температура окружающей среды, ведь известно, что заболевания людей, живущих на севере, серьезно отличаются от заболеваний у народов, проживающих в тропиках. Кроме того, влияние оказывают стабильность и сбалансированность климатических условий. Но наибольшую опасность для человека представляет проживание в зонах с радиоактивным заражением, а также с серьезным загрязнением окружающей среды.

Внешние управляемые факторы. Еще большую опасность для здоровья человека несут управляемые факторы, а именно плохая экология, особенности питания, условия труда, режим труда и отдыха, а также культура человека.

Данные факторы имеют огромное значение для здоровья, ведь во многом появление и развитие заболеваний зависят от того, где работает человек, не связана ли его профессия с вредным производством (химическим, металлургическим, текстильным, добывающая промышленность и т. д.), не подвергается ли он вредным воздействиям (присутствие электромагнитного поля, вибрации, постоянный шум, длительное стояние на ногах или монотонное выполнение однотипных движений). Не менее важен и полноценный отдых, который должен быть не только пассивным, но и активным. Отрегулированный режим сна является еще одним фактором, который может отразиться на здоровье.

К этой категории факторов риска необходимо отнести питание человека, которое должно быть качественным, разнообразным и диетическим.

Именно от того, что человек употребляет в пищу, во многом зависит его состояние здоровья. Сюда же можно отнести и вредные привычки, такие как обжорство, увлечение жареной и жирной пищей. Отдельно стоит сказать об алкогольной зависимости, табакокурении и употреблении наркотических препаратов, а также о чрезмерном употреблении медикаментов. Эти факторы неминуемо приводят к серьезнейшим заболеваниям. Отсутствие гигиенических навыков и нежелание следить за собственной гигиеной также являются одними из ключевых факторов заражения организма.

Внутренние неуправляемые факторы. Такая категория включает в себя пол человека, его возраст, генетические факторы (например, темперамент и конституцию), наследственную предрасположенность к заболеваниям. Вполне понятно, что предрасположенность к тем или иным заболеваниям во многом зависит от пола человека, а также от его конституционных особенностей, плотного или, наоборот, худощавого телосложения. Некоторые заболевания зависят от конкретного возраста человека, однако не требует объяснений тот факт, что с возрастом организм попросту изнашивается, а потому количество заболеваний у пожилых людей существенно увеличивается.

Внутренние управляемые факторы. К этой категории можно отнести ряд факторов: общее развитие человека, уровень его интеллекта, эмоциональное и душевное состояние, характер. Но ключевым фактором является все же физическая активность. Недостаточная двигательная активность, или гипокинезия, сегодня распространена повсеместно и связана с сидячей работой и недостаточной физической активностью современных людей.

Установлено также, что здоровье (индивидуальное и общественное) обуславливают образ жизни (примерно на 50%), состояние окружающей среды (15–20%), наследственность (15–20%) и здравоохранение (деятельность его органов и учреждений – 10%). В последнее время, когда стало понятно, что медицина не может не только предотвратить, но и справиться с обрушившимся на нее обвалом патологий, интерес к здоровому образу жизни привлекает все большее внимание и специалистов, и широкого круга населения.

Сейчас понятнее становится тезис, что болезни современного человека обусловлены, прежде всего, его образом жизни и повседневным поведением. Структура здорового образа жизни должна включать следующие факторы:

- оптимальный двигательный режим;
- укрепление иммунитета и закаливание;
- рациональное питание;
- психофизиологическую регуляцию;

- психосексуальную и половую культуру;
- рациональный режим жизни;
- отсутствие вредных привычек;
- валеологическое самообразование.

Любой из факторов риска вреден сам по себе, но особенно вредно их сочетание. Поэтому, зная о том, какие существуют факторы риска для здоровья и стараясь свести их до минимума, можно продлить жизнь и оградить от появления множества неприятных заболеваний.

Управление социальными детерминантами здоровья индивида и населения в целом

Социальные детерминанты, или общие ценности здоровья, – это условия окружающей среды, в которых люди рождаются, живут, учатся, работают и выполняют повседневную жизнь. Термин «социальные детерминанты» является сжатым определением социальных, политических, экономических, экологических и культурных факторов, которые в значительной мере сказываются на состоянии здоровья.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) настойчиво подчеркивает необходимость учета социальных детерминант здоровья, которые всецело зависят от уровня нравственности и моральной зрелости общества. Концепция социальных детерминант здоровья перенесла акцент с индивидуальных факторов риска и индивидуальной ответственности за здоровье на детерминанты, формируемые обществом. Социальные детерминанты здоровья, рассматриваемые на уровне общества, включают неравные условия жизни в раннем детстве, различные возможности получения образования, объем социального обеспечения и доступ к здравоохранению, уровень доходов, места и условия проживания индивидов, а также нормы и ценности общества.

Существует очень большое количество социальных детерминант, которые влияют на благосостояние населения. Среди детерминант здоровья наиболее важными являются:

- уровень дохода;
- образовательный уровень;
- жилье;
- качество еды.

Уровень дохода. Доказано, что покупательная способность человека напрямую влияет на качество его состояния здоровья. Чем больше у него денег и ресурсов, тем лучше лечение, которое он может себе позволить.

Людям с более низким уровнем дохода часто приходится соглашаться на лечение низкого качества. Это особенно актуально в странах, где нет системы общественного здравоохранения.

Образовательный уровень. Доступная и качественная система образования является ключом к тому, чтобы пользоваться всем возможным

Наблюдение, реабилитация и уход

благополучием для подавляющего большинства населения. Отсутствие образования связано почти во всех случаях с большей нестабильностью в сфере занятости, более низкой заработной платой и меньшей удовлетворенностью жизнью.

Поэтому одним из приоритетов стран должно быть обеспечение своих граждан качественным государственным образованием.

Жилье. В районах, где население имеет трудный доступ к качественному жилью, возникает множество психологических, а иногда и физических проблем. Например, неспособность получить доступ к приличному жилью может вызвать психические расстройства, такие как беспокойство, стресс или чувство неполноценности.

Качество еды. Население страны, где трудно найти качественную еду, как правило, болеет. Так, если в каком-либо регионе не хватает еды для всех его жителей, может возникнуть голод. Напротив, в высокоразвитых странах существует парадокс в этом вопросе. Из-за избытка продуктов питания у большинства населения возникают проблемы с лишним весом со всеми вытекающими отсюда санитарными проблемами.

Таким образом, детерминанты здоровья – это своего рода причины причин, влияющие на возможность укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни, а также на характер развития, проявления и последствий болезни.

Управление профилактикой заболевания

Профилактика заболевания – это система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшения их неблагоприятных последствий.

Профилактика представляет собой систему государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней.

Профилактические мероприятия лишь тогда будут эффективны, если они будут осуществляться на всех уровнях: государственном, трудового коллектива, семейном и индивидуальном.

Профилактика на государственном уровне обеспечивается мерами по повышению материального и культурного уровня жизни населения, законодательными мерами, регламентирующими охрану общественного здоровья, участием всех министерств и ведомств, общественных организаций в создании оптимальных с позиций здоровья жизненных условий на основе всестороннего использования достижений научно-технического прогресса.

Профилактические мероприятия на уровне трудового коллектива предусматривают меры по обеспечению санитарно-гигиенического контроля производственных условий, гигиены жилища, торговли и общественного питания, по созданию рационального режима труда, отдыха, благоприятного психологического климата и взаимоотношений в коллективе, санитарно-гигиеническому воспитанию.

Профилактика в семье неразрывно связана с индивидуальной профилактикой и является определяющим условием формирования здорового образа жизни, она призвана обеспечить высокий гигиенический уровень жилья, рациональное питание, полноценный отдых, занятия физической культурой и спортом, создание условий, исключающих появление вредных привычек.

Профилактика заболевания может быть первичной, вторичной и третичной.

Профилактика первичная – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, устранение их причин, общих для всего населения, его отдельных групп и индивидуумов.

Цель первичной профилактики состоит в том, чтобы уменьшить частоту новых случаев (инцидентность) какой-либо болезни путем контроля за ее причинами, эпидемиологическими условиями, факторами риска.

Профилактика вторичная – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

Вторичная профилактика применима только к тем болезням, которые поддаются идентификации и лечению в ранний период развития, что позволяет предупредить переход болезни в более опасную стадию. Цель вторичной профилактики – предупреждение нежелательных исходов заболеваний (смерть, инвалидизация, хронизация, переход рака в инвазивную стадию и др.).

Профилактика третичная – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций с целью, возможно, более полного восстановления социального и профессионального статуса, предупреждения рецидивов и хронизации заболевания.

Цель третичной профилактики – замедление развития осложнений при уже возникшей бо-

лезни. Ее задача – предотвратить физическую недостаточность и нетрудоспособность, свести к минимуму страдания, вызванные утратой полноценного здоровья, и помочь больным адаптироваться к неизлечимым состояниям. В клинической медицине во многих случаях трудно провести грань между третичной профилактикой, лечением и реабилитацией.

Управление профилактикой (предупреждением) социальной недостаточности у лиц с ограниченными возможностями здоровья

Социальная недостаточность – это социальные последствия нарушения здоровья, такой недостаток данного индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнять лишь ограниченно или совсем не может выполнять обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения).

Социальная недостаточность – интегративный показатель состояния человека, отражающий степень нарушения биосоциальных функций вследствие ограниченной жизнедеятельности на образовательном, производственном, жилищно-семейном и социокультурном уровнях.

К биосоциальным функциям относятся:

- социально-перцептивная – адекватное восприятие окружающей действительности и собственного организма;
- интерактивно-коммуникативная – общение с окружающими, способность к труду, обучению, организации отдыха и досуга;
- адаптивно-ролевая – изменение поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других.

Социальную недостаточность можно разделить на первичную и вторичную:

- первичная – нарушения биосоциальных функций, обусловленные индивидуально-личностными особенностями;
- вторичная – социально-средовое несоответствие внешнего окружения возможностям и способностям индивида.

В структуре социальной недостаточности выделяют следующие функциональные уровни.

✓ Образовательная недостаточность – нарушения социально-адаптивных процессов интеграции индивида в общество, обусловленные его ограниченными знаниями, умениями, навыками.

✓ Производственная недостаточность – дезинтеграция индивида, обусловленная неадекватной (по потребностям, способностям и желаниям) включенностью в профессионально-трудовую деятельность, что, в свою очередь, сопровождается неудовлетворительным уровнем жизни и эмоционально-психологической дестабилизацией,

связанной с осознанием собственной не востребо- ванности и нереализованности.

✓ Жилищно-семейная недостаточность – микросредовая дезинтеграция, проявляющаяся в неудовлетворенности жилищно-бытовой организацией и своей ролью в семье.

✓ Социокультурная недостаточность – макро- социальная дезинтеграция индивида, проявляющаяся в затрудненной реализации экономических, юридических, политических прав и свобод, интеллектуального и творческого потенциала, организации досуговой и рекреационной деятельности.

В комплексе профилактики (предупреждения) социальной недостаточности у лиц с ограниченными возможностями здоровья выделяют навыки, формирование и развитие которых способствуют успешной социальной интеграции индивида:

- интроперсональные навыки чтения, письма, счета, нахождения источников информации, восприятия и разрешения проблемных ситуаций, организации своего времени и жизни, анализа собственных действий и поведения, их регуляции;
- социально-ситуативные навыки в работе, образовании, досуге, других сферах жизни.

Управление реабилитацией (восстановлением независимого проживания) лиц с ограниченными возможностями здоровья

Реабилитация – это восстановление имевшихся в прошлом физических, материальных, социальных, образовательных, духовных и других способностей, утраченных по причине трудной жизненной ситуации.

Реабилитация необходима в тех ситуациях, когда человек (в том числе ребенок старшего возраста) имел, но по каким-либо причинам утратил навыки общественно полезной деятельности. Ее цель – восстановление у него этих способностей, возобновление социального статуса, достижение им материальной независимости и интеграция в общество.

Так, реабилитация пожилого и старого человека – это в первую очередь повышение способности к самообслуживанию и адаптация к меняющимся условиям жизни. Для тренировки когнитивных функций применяются упражнения по активизации внимания и мышления, долговременной памяти и упражнения на тренировку кратковременной и оперативной памяти.

Наряду с термином «реабилитация» имеется термин «абилитация».

Абилитация – это система и процесс формирования отсутствовавших у человека (чаще всего у детей младшего возраста) способностей к бытовой, общественной, трудовой, профессиональной, игровой и иной деятельности.

Наблюдение, реабилитация и уход

Так, например, абилитация необходима и актуальна в случае возникновения патологии в раннем детстве, когда у детей еще не развиты речевые и познавательные способности, мелкая моторика, навыки самообслуживания и жизни в социуме. Абилитация предусматривает развитие у ребенка тех функций и способностей, которые в норме появляются без специальных усилий окружающих, а у ребенка с проблемами могут возникнуть только в результате направленной работы.

Основные цели социальной реабилитации можно сформулировать так:

- активизировать человека, оказавшегося в тупике, вывести его из пассивного состояния (с социальной и физической точки зрения), пробудить в нем желание вернуться к полноценной жизни в обществе;

- реинтегрировать человека в социум и возродить в нем стремление начать действовать – найти занятие, которое поможет стать самостоятельным и материально независимым;

- ресоциализировать человека – освободить его из клетки вынужденной социальной изоляции и помочь восстановить утраченные социальные контакты и связи, выстроить новые отношения.

Комплексная программа социальной реабилитации позволяет решить многие задачи:

- восстановить утраченные коммуникативные навыки или научить общаться с другими людьми;

- реанимировать личностные социально значимые качества, восстановить утраченные физические, эмоциональные и психологические ресурсы;

- помочь осознать собственную значимость, начать воспринимать себя как самостоятельного, активного члена социума;

- помочь восстановить социальные позиции, которые были утрачены, выстроить новые связи и отношения с людьми;

- помочь восстановить и укрепить здоровье, предупредить осложнения и обострения хронических или сопутствующих болезней, повысить физическую активность и настроить организм на возрастающие нагрузки в социально-бытовой сфере;

- ускорить адаптацию к изменившимся условиям жизни;

- помочь определиться с новыми жизненными ориентирами, личными приоритетами, новыми целями и способами их достижения.

Социальная реабилитация – это сложное многогранное явление, поскольку полноценное возвращение либо вхождение реабилитанта в социум происходит через те или иные ее основные виды:

- социально-медицинскую реабилитацию, в том числе адаптивную физическую реабилитацию (восстановление функциональных возможнос-

тей различных систем организма и опорно-двигательного аппарата, а также развитие компенсаторных приспособлений к условиям повседневной жизни и труду);

- социально-психологическую реабилитацию (снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов);

- социально-педагогическую реабилитацию (восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков, формирование индивидуальных качеств);

- социально-средовую реабилитацию (восстановление разрушенных или утраченных в силу каких-либо причин общественных связей и отношений, социально и личностно значимых характеристик, свойств и возможностей субъекта);

- социально-бытовую реабилитацию (восстановление способностей индивида к самостоятельной деятельности в быту и обеспечивающих его интеграцию в общество);

- профессионально-трудовую реабилитацию (профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве, в том числе на специальных рабочих местах);

- социокультурную реабилитацию (усвоение индивидом определенной системы знаний, норм, ценностей, установок, образцов поведения, которые входят в понятие культуры, присущей социальной группе и обществу в целом, и позволяют функционировать индивиду в качестве активного субъекта общественных отношений);

- социально-экономическую реабилитацию (достижение материальной независимости);

- социально-правовую реабилитацию (восстановление социального, правового, имущественного и морального статуса личности в связи с признанием действий (бездействия) органов публичной власти незаконными, необоснованными и/или антиконституционными).

Реабилитационные и абилитационные услуги предоставляются комплексно, что подразумевает проведение этих мероприятий специалистами разных профессий и на разных уровнях – внутриведомственном и межведомственном.

Управление качеством жизни людей, связанным со здоровьем

Качество жизни, связанное со здоровьем, – это субъективное восприятие больным человеком своего физического, эмоционального, психологического и социального функционирования.

Повышение качества жизни является либо основной, либо дополнительной целью лечения. Если заболевание может привести к сокращению жизни пациента, то качество жизни становится дополнительной целью. Если заболевание неиз-

лечимо, то повышение качества жизни является приоритетом – такой подход используется в паллиативной помощи.

Основным инструментом оценки качества жизни пациентов являются шкалы здоровья и опросники. Специализированные опросники могут относиться к определенным областям медицины, конкретным болезням или к конкретным стадиям болезни и различным состояниям. Информация для составления шкалы здоровья собирается на основе обследования, статистической обработки, анализа и интерпретации данных.

Основополагающие критерии качества жизни, разработанные ВОЗ, включают следующие показатели:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лечения и лекарств);
- общественную жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- окружающую среду (благополучие, безопасность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, образование, экология).

Таким образом, для того, чтобы было возможно рассчитывать на оптимальное функциональное и социальное восстановление и функционирование индивидуума, нужно не просто устранять заболевание, а рассматривать последствие болезни в целом. На это настроено применение таких меж-

дународных классификаций, как МКБ-10, Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности (МКН), Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Использованная литература

1. Гундаров И. А. *Профилактическая медицина на рубеже веков. От факторов риска к резервам здоровья и социальной профилактики* / И. А. Гундаров, В. А. Полесский. – М., 2016. – 255 с.

2. Ериков В. М. *Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация лиц, имеющих отклонения в состоянии здоровья: учеб. пособие для вузов* / В. М. Ериков, А. А. Никулин, Т. В. Иванникова. – 3-е изд., стер. – СПб., 2021. – 192 с. – Режим доступа: <https://e.lanbook.com/book/159530>. – Дата доступа: 16.01.2023.

3. Милькаманович В. К. *Технологические основы социальных практик: пособие для повышения квалификации и переподготовки специалистов по социальной работе, социальных работников учреждений социального обслуживания, педагогических работников*. – Минск, 2017. – 204 с.

4. Ромашин О. В. *Система управления процессом целенаправленного оздоровления человека: учеб. пособие*. – 2-е изд., стер. – СПб., 2022. – 100 с. – Режим доступа: <https://e.lanbook.com/book/207077>. – Дата доступа: 16.01.2023.

5. *Теория и технологии медико-социальной работы: учебник и практикум для вузов* / А. В. Мартыненко [и др.]; под ред. А. В. Мартыненко. – Москва, 2020. – 339 с.

*Е. С. Карнейко, доцент Л. В. Батуревич,
кандидат медицинских наук И. Д. Шилейко, доцент Л. И. Алехнович*

РОЛЬ БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

*2-я центральная районная поликлиника Фрунзенского района г. Минска,
Белорусская медицинская академия последипломного образования*

На протяжении нескольких лет внимание мирового сообщества было приковано к новой коронавирусной инфекции, в связи с чем другие медицинские проблемы на некоторое время потеряли свою актуальность. Речь идет в том числе о таком серьезном заболевании, как туберкулез. К сожалению, в условиях пандемии коронавирусной инфекции складываются определенные условия, которые могут приводить к снижению выявляемости туберкулезной инфекции, в том числе за счет отсутствия настороженности со стороны медицинских работников.

Мировые статистические данные свидетельствуют о широком распространении туберкулезной инфекции. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно около 8 млн человек заболевают туберкулезом. В 2020 г. во всем мире туберкулезом заболело 9,9 млн человек, количество умерших от туберкулеза составило около 1,5 млн человек. Большинство больных туберкулезной инфекцией – это люди трудоспособного возраста от 15 до 45 лет.

В Республике Беларусь в последние годы достигнуто улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу как среди легочных, так и среди внелегочных форм туберкулеза. Но отмечается увеличение числа его форм, характеризующихся лекарственной устойчивостью. В 2021 г. показатель регистрации новых случаев и рецидивов туберкулеза составил 16 на 100 тыс. населения, что на 47% ниже по сравнению с данными 2016 г.

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза (МБТ), сопровождающееся в основном поражением органов дыхания, хотя патологический процесс может затрагивать и другие органы и ткани человеческого организма.

Источником инфекции является больной человек, выделяющий возбудителя с мокротой, или зараженный скот. Инфекция передается преимущественно воздушно-капельным путем, но не исключена возможность передачи алиментарным путем посредством зараженного молока и молочных продуктов.

Проникновение возбудителя в организм не всегда вызывает развитие заболевания – этому

препятствует наша иммунная система. Но при неблагоприятных условиях жизни и сбоях в системе иммунитета у инфицированного человека может развиваться заболевание. Основными факторами риска туберкулеза являются несбалансированное питание, иммунодефицитные состояния, злоупотребление алкоголем, курение, сахарный диабет и некоторые хронические заболевания.

Возбудитель туберкулеза принадлежит к роду *Mycobacterium*. МБТ поражает не только человека, но и многие виды диких и домашних животных. У человека туберкулез вызывают микобактерии двух видов: человеческого (*Mycobacterium tuberculosis*) и бычьего (*Mycobacterium bovis*). Другие МБТ, называемые атипичными, также могут быть патогенными для человека, хотя в значительно меньшей степени. Характерной особенностью микроорганизмов, относящихся к роду *Mycobacterium*, является наличие устойчивой к внешним воздействиям гидрофобной клеточной стенки. Именно поэтому МБТ обладают значительной устойчивостью к воздействию факторов внешней среды: холоду, теплу, влаге, свету. В естественных условиях при отсутствии солнечного света их жизнеспособность может сохраняться в течение нескольких месяцев (и даже лет), при рассеянном свете возбудитель погибает через 1–1,5 месяца. В уличной пыли микобактерии сохраняются в течение 10 дней, на страницах книг – до 3 месяцев, в воде – до 5 месяцев. При интенсивном облучении солнцем и при высокой температуре окружающей среды жизнеспособность микобактерии резко снижается.

В диагностике туберкулезного процесса большую роль играют лабораторные исследования. С этой целью применяют бактериоскопические, бактериологические, биологические, серологические и аллергологические методы, входящие в обязательный диагностический минимум. Материалом для лабораторного исследования в зависимости от формы туберкулеза может служить мокрота, отделяемое свищей, моча, ликвор, испражнения и др.

Лабораторное выявление МБТ в биологическом материале является одним из ведущих критериев для постановки диагноза туберкулезной инфекции,

в первую очередь его легочной формы. Обнаружение МБТ в диагностическом образце позволяет не только диагностировать туберкулез, но и получить информацию о лекарственной чувствительности, что чрезвычайно важно при выборе рациональной схемы противотуберкулезной терапии.

Первичным скрининговым методом диагностики туберкулеза является бактериоскопическое исследование биоматериала, чаще всего мокроты. Скрининговые микроскопические исследования для выявления МБТ осуществляются, как правило, в клиничко-диагностических лабораториях амбулаторно-поликлинических учреждений, их задача – первичное обследование лиц группы риска с целью раннего выявления заболевания.

Порядок организации деятельности лабораторий, осуществляющих диагностику туберкулеза в учреждениях здравоохранения, регламентируется постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.09 № 57, инструкцией, утвержденной этим постановлением, приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.03.13 № 377 «Об утверждении Руководства по лабораторной диагностике туберкулеза», а на территории г. Минска в том числе приказом комитета по здравоохранению Мингорисполкома от 09.07.2010 № 413.

Для проведения бактериоскопии у пациента с подозрением на туберкулез собирают 2–3 образца мокроты в объеме 3–5 мл в течение 2–3 дней клинического обследования. Дело в том, что информативность однократного исследования мазка мокроты составляет всего лишь 22–43%, но при многократных исследованиях частота обнаружения микобактерий существенно возрастает.

Бактериоскопия является наиболее быстрым, простым и наименее затратным методом выявления кислотоустойчивых бактерий (КУБ), к числу которых относится МБТ, в нативном материале без предварительной его обработки. Исследуются препараты мокроты, окрашенные по методу Циля – Нильсена. Это хорошо известный и широко применяемый для выявления КУБ метод, который основан на специфическом окрашивании микобактерий за счет наличия у них клеточной стенки, устойчивой к воздействию кислот и щелочей.

Однако возможности данного метода несколько ограничены: в препарате можно обнаружить единичные микобактерии только в том случае, если в 1 мл материала содержится не менее 5000 бактериальных клеток. При меньшем числе клеток бактериоскопия может оказаться недостаточно чувствительной для их выявления. Предел обнаружения КУБ при микроскопическом исследовании мазков мокроты, окрашенных по Цилю – Нильсену, в 1 мл мокроты составляет 10 000 бактериальных

клеток и более. Чувствительность метода невысокая – 50%, специфичность – 80–85%.

Различают бактериоскопию прямую, при которой мазок готовится непосредственно из необработанного диагностического материала, и бактериоскопию осадка. Суть бактериоскопии осадка состоит в накоплении микробных клеток за счет их концентрации в процессе центрифугирования, что повышает результативность при исследовании образцов с незначительным содержанием микобактерий. Исследование препаратов осуществляется под микроскопом с иммерсионным объективом путем просмотра не менее 100 полей зрения в течение 5 минут. Исследованные препараты биологического материала с обнаруженными КУБ должны храниться в лаборатории.

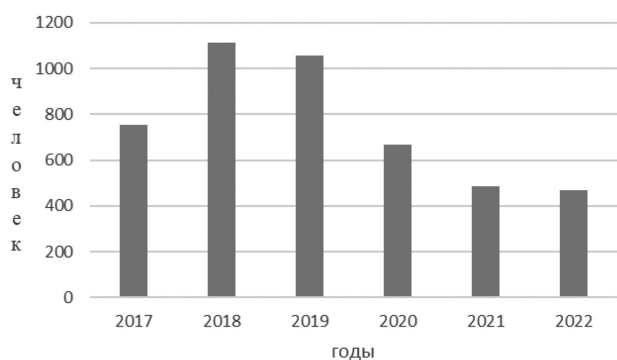
Следует знать, что отрицательный результат бактериоскопии не исключает диагноз туберкулеза, так как в мокроте может содержаться количество микобактерий ниже предела обнаружения. Кроме того, данный метод не позволяет диагностировать так называемые закрытые формы туберкулеза легких, при которых возбудитель с мокротой не выделяется.

Под микроскопом МБТ имеют вид тонких прямых или слегка изогнутых гомогенных или зернистых палочек длиной от 1 до 10 микрон и шириной от 0,2 до 0,6 микрона с незначительными утолщениями на концах или посередине. По методу Циля – Нильсена МБТ окрашиваются в малиново-красный цвет, все остальные элементы мокроты и бактерии – в синий. Следует учитывать, что к группе КУБ, специфически окрашивающихся по данному методу, принадлежат не только разные виды микобактерий, но и другие микроорганизмы, например *Rhodococcus*, *Nocardia*, *Legionella*, а также цисты *Cryptosporidium* и *Isospora*. Именно поэтому по результатам бактериоскопического исследования делают заключение о наличии/отсутствии КУБ, но не МБТ. Мазок с обнаруженными КУБ не является поводом для установления диагноза туберкулеза, но служит критерием отбора пациентов для проведения дальнейшего исследования на наличие туберкулезной инфекции. Для лабораторного подтверждения наличия возбудителя туберкулеза в биологической жидкости организма человека используется культуральный (бактериологический) метод исследования.

Согласно докладу ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом в 2021 г. пандемия COVID-19 подорвала успехи, достигнутые в борьбе с туберкулезом во всем мире. В 2020 г. по сравнению с 2019 г. снизилось число людей, проходивших диагностику, лечение или профилактическую терапию туберкулеза. Ковидная инфекция привела к переориентированию во многих странах ка-

дровых, финансовых и других ресурсов с оказания противотуберкулезной помощи на борьбу с COVID-19. В условиях режима самоизоляции были ограничены возможности для профилактического исследования. Количество регистрируемых национальными правительствами новых случаев заболевания туберкулезом, выявленных в результате диагностики, снизилось с 7,1 млн в 2019 г. до 5,8 млн в 2020 г. Согласно оценкам ВОЗ, около 4,1 млн больных туберкулезом в период пандемии не прошли диагностику или не попали в официальную статистику стран.

С целью оценки ситуации со скрининговыми исследованиями на туберкулез в г. Минске в условиях пандемии было проанализировано общее количество бактериоскопических исследований за период 2017–2022 гг., проведенных в клиничко-диагностической лаборатории 2-й центральной районной поликлиники Фрунзенского района г. Минска, осуществляющей централизованные исследования. Полученные результаты представлены на рисунке.



Количество исследований методом бактериоскопии, проведенных во 2-й центральной районной поликлинике Фрунзенского района г. Минска за период с 2017 по 2022 г.

Представленная диаграмма показывает резкое снижение числа обследованных на КУБ: с 1115 человек в 2018 г. до 468 – в 2022 г., что отражает мировую тенденцию снижения лабораторных исследований в период пандемии COVID-19 и снижение настороженности врачей-клиницистов, осуществляющих направление пациентов на бактериоскопическое исследование.

Необходимо отметить, что снижение числа обследуемых на КУБ может негативно сказаться на ситуации с заболеваемостью туберкулезной инфекцией и ее распространенностью. Ведь основная задача бактериоскопического исследования мокроты состоит в установлении источника инфекции, которым является человек, выделяющий большое количество МБТ. Раннее выявление заболевания приводит к более эффективному его лечению, при котором возрастает вероятность излечения. А излеченный пациент становится безопасным для окружающих – в результате разрывается цепочка передачи инфекции. Выявление случаев заболевания с помощью бактериоскопии мазков мокроты у амбулаторных пациентов способно существенно повысить число выявленных источников инфекции.

Использованная литература

1. В результате пандемии COVID-19 впервые за более чем 10 лет выросла смертность от туберкулеза: пресс-релиз / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2021 – Режим доступа: www.who.int/ru/news/item/14-10-2021-tuberculosis-deaths-rise-for-the-first-time-in-more-than-a-decade-due-to-the-covid-19-pandemic. – Дата доступа: 18.01.2023.

2. Савинцева Е. В. Туберкулез и COVID-19: медицинские и социальные аспекты / Е. В. Савинцева, П. В. Исаева, Г. Ф. Низамова // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100, № 3. – Режим доступа: www.tibl-journal.com/jour/article/view/1619/1628. – Дата доступа: 18.01.2023.

3. Ritacco V. Tuberculosis and COVID-19: a dangerous relationship. Tuberculosis y COVID-19: Una relación peligrosa / V. Ritacco, I. N. Kantor // Medicina. – 2020. – № 80. – P. 117–118.

4. Tadolini M. Active tuberculosis, sequelae and COVID-19 co-infection: first cohort of 49 cases / M. Tadolini [et al.]. // Eur. Respir. J. – 2020. – Vol. 56, № 1.

5. Екатеринбург О. Л. Особенности диагностики туберкулеза на фоне COVID-19 / О. Л. Екатеринбург [и др.] // Журнал инфектологии. – 2021. – Т. 13, № 1. – С. 117–123.

И. Е. Киреня

МЕТОДИКА УЧЕТА ВЫЯВЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Брагинская центральная районная больница

1 января 2023 г. вступило в силу постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.08.2022 № 83, которым утверждена Инструкция о порядке проведения диспансеризации. У каждого руководителя организации здравоохранения возник вопрос: «Как сделать работу более эффективной и, главное, как обеспечить контроль за качеством работы задействованного медицинского персонала?»

С целью учета выявленных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, впервые выявленных хронических заболеваний, а также расчета критериев эффективности диспансеризации в учреждении здравоохранения «Брагинская центральная районная больница» была разработана и внедрена система учета данных Microsoft Access. Приложение размещено на сервере учреждения в свободном доступе.

При запуске приложения открывается форма, в которую вносятся данные пациента (Ф. И. О., дата рождения, выявленные факторы риска, исследования, впервые выявленные хронические заболевания) (рис. 1).

Диспансеризация

Фамилия: Добавить запись Сохранить запись

Имя: Предыдущая запись Следующая запись Найти запись

Отчество:

Дата рождения:

Место жительства: Количество исследований:

ЛПУ, участок:

Факторы риска **Впервые выявленные хронические заболевания**

БСК Новообразования Системы кровообращения

СД Крови Органов дыхания

Онко Эндокринной системы Органов пищеварения

ХОБЛ Нервной системы Кожы и подкожной клетчатки

Глаза Костно-мышечной системы

Уха Мочеполовой системы

Рис. 1

Это дает возможность получить данные по любому пациенту из каждого общеврачебного участка и амбулатории врача общей практики (рис. 2), сделать свод по любому фактору риска по отдельному населенному пункту и, что немаловажно, по впервые выявленным хроническим заболеваниям (рис. 3). Кроме того, появилась возможность в режиме реального времени достоверно и оперативно рассчитывать критерии эффективности диспансеризации (рис. 4).

Участок № 1 факторы риска

Населенный пункт	БСК	СД	Онко	ХОБЛ	Всего факторов риска	Количество исследований
Бакуны	27	29	11	8	75	141
Брагин	440	331	191	157	1119	2370
Бурки	101	86	51	33	271	561
Дубровное	1	1	0	1	3	4
Заречье	2	0	0	1	3	8
Ковака	1	1	0	0	2	4
Ковали	32	29	18	11	90	169
Кононовщина	36	37	15	24	112	215
Кривча	1	1	2	1	5	11
Маритон	2	2	1	1	6	23
Микуличи	86	80	31	32	229	392
Михновка	2	2	0	2	6	10
Переносы	1	1	0	0	2	7
Рыжков	32	31	16	10	89	168
Червоное поле	1	1	1	0	3	5
	765	632	337	281	2015	4088

Всего человек 848

Рис. 2

Название ЛПУ	БСК	СД	Онко	ХОБЛ	Количество исследований	Новообразования	Крови	Эндокринной системы	Нервной системы	Глаза	Уха	Системы кровообращения	Органов дыхания	Органов пищеварения	Кожи и подкожной клетчатки	Костно-мышечной системы	Мочеполовой системы	Всего факторов риска	Всего впервые выявленных хронических заболеваний	Всего анкетировано
Брагинская поликлиника №1	766	633	337	281	4093	1	0	4	2	0	0	11	0	1	0	2	0	2017	21	849
Брагинская поликлиника №2	617	490	244	270	3007	1	0	4	0	0	0	12	1	1	0	1	0	1621	20	703
Брагинская поликлиника №3	581	464	206	307	2804	2	0	4	2	0	1	8	4	2	3	1	0	1558	27	660
Комаринская УБ	714	618	301	264	4297	1	0	0	1	1	0	8	0	1	0	0	1	1897	13	750
Маложинская АВОП	204	151	72	112	731	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	539	1	229
Новоолчанская АВОП	189	124	62	48	1147	2	3	35	0	0	0	6	0	1	0	1	6	423	54	202
Храковичская АВОП	85	73	42	50	458	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	250	2	102
Всего	3156	2553	1264	1332	16537	7	3	47	5	2	1	46	5	6	3	6	7	8305	138	3495

Рис. 3

Показатели эффективности диспансеризации					
Охват диспансеризацией	37,29%	ХОБЛ	38,11%	БСК	90,30%
Частота выявления факторов риска	237,63%	СД	73,05%	Онко	36,17%
Впервые выявленные хронические заболевания	3,95%	Проведено исследований	473,16%		

Рис. 4

Оценка эффективности диспансеризации проводится каждую декаду месяца. Законченным случаем является осмотр пациента врачом общей практики после выявления факторов риска. Медицинский персонал, задействованный в проведении диспансеризации населения, с помощью данного приложения ежедневно получает возможность самоконтроля эффективности своей работы.

В результате по сравнению с январем и февралем текущего года отмечается четкая положительная динамика показателей эффективности диспансеризации в учреждении.

Главным итогом является возможность оперативного контроля за работой персонала в режиме реального времени. Без привлечения человеческих ресурсов у руководителя структурным подразделением появилась реальная возможность быстрой оценки деятельности команд врача общей практики по выполнению требований Инструкции о порядке проведения диспансеризации. Предлагаем внедрение данного приложения для работы в иных организациях здравоохранения.

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

- Авдеенкова, А. Прогул: что важно о нем знать / А. Авдеенкова // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 11. – С. 46–49.
- Адамкович, Э. Готовимся к профессиональной аттестации по-новому! / Э. Адамкович // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 9. – С. 43–49.
- Ардяко, Е. Отпуска работников: что важно знать / Е. Ардяко // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 12. – С. 41–46.
- Ардяко, Е. Порядок и сроки применения дисциплинарных взысканий к работникам / Е. Ардяко // Главная медицинская сестра. – 2021. – № 11. – С. 40–45.
- Ардяко, Е. Трудовые отношения с обязанными лицами: что важно знать / Е. Ардяко // Главная медицинская сестра. – 2022. – № 1. – С. 46–51.
- Баранова, Е. А. Взаимосвязь работы профессиональных ассоциаций и комиссий по аккредитации специалистов. Развитие НМО. Опыт столичного региона / Е. А. Баранова // Медицинская сестра. – 2021. – Т. 23, № 6. – С. 11–14.
- Безопасный способ снятия медицинских перчаток для профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи / Е. М. Хаматханова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2021. – № 10. – С. 158–164.
- Беликова, О. В. Обоснование экономичности и безопасности децентрализованного способа утилизации медицинских отходов / О. В. Беликова, Л. А. Лазарева, Ю. В. Борчанинова // Главврач. – 2021. – № 11, прил. – С. 104–107.
- Березин, И. И. Биологический фактор и условия труда медицинских работников / И. И. Березин, Г. А. Никифорова // Главврач. – 2021. – № 11, прил. – С. 126–141.
- Березин, И. И. Принципы использования средств индивидуальной защиты органов дыхания работниками медицинских организаций / И. И. Березин, Ю. М. Бабушкин, А. К. Сергеев // Главврач. – 2021. – № 11, прил. – С. 83–93.
- Бершадская, М. Как оценить психический статус пациента. Алгоритм медсестер / М. Бершадская // Главная медицинская сестра. – 2022. – № 2. – С. 52–60.
- Бершадская, М. Правила работы с медотходами по новым СанПиН. Мастер-класс для медсестер / М. Бершадская // Главная медицинская сестра. – 2022. – № 1. – С. 60–67.
- Волохович, Т. Каверзные вопросы, которые волнуют главных медсестер. Отвечает юрист-эксперт / Т. Волохович // Главная медицинская сестра. – 2022. – № 1. – С. 92–95.

*Подготовила Лёна Наталья Амангельдиновна,
главный библиограф справочно-информационного отдела РНМБ*

А. Н. Санько

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ В ФОРМЕ ОБЪЕКТИВНОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЭКЗАМЕНА В БЕЛОРУССКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Белорусский государственный медицинский колледж

Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) представляет собой метод оценки клинической компетентности. Это многосторонний многоотраслевой оценочный инструмент знаний, умений и навыков обучающихся.

Педагогические работники и обучающиеся учреждения образования «Белорусский государственный медицинский колледж» участвуют в республиканской экспериментальной площадке по реализации проекта «Апробация модели проведения объективного структурированного клинического экзамена в образовательном процессе учреждений образования медицинского профиля», утвержденного приказом Министерства образования Республики Беларусь от 22.08.2022 № 517. Данный проект рассчитан на четыре учебных года, и в 2022/23 учебном году его реализация продолжается и осуществляется согласно календарному плану, утвержденному Республиканским институтом профессионального образования. В реализации проекта задействовано 20 человек: директор, заместитель директора по производственному обучению, начальник учебно-методического отдела, заведующий лабораторией по отработке навыков, методист, а также 15 преподавателей.

В рамках вышеуказанного экспериментального проекта в январе 2022/23 учебного года на примере учебного предмета «инфекционные болезни с эпидемиологией» была проведена текущая аттестация в форме ОСКЭ. В соответствии с Правилами проведения аттестации учащихся, курсантов при освоении содержания образовательных программ среднего специального образования, утвержденными постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 23.08.2022 № 282, одной из форм текущей аттестации является практическое занятие, именно на нем был проведен ОСКЭ в трех группах.

Учитывая новый формат проведения аттестации, преподаватели колледжа столкнулись с некоторыми трудностями. В первую очередь это огра-

ничение во времени. На основании примерного положения об организации ОСКЭ, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.03.2021 № 289, количество станций при проведении текущей аттестации может варьироваться от 4 до 20. В колледже было принято решение организовать четыре станции с учетом пребывания на одной станции одного обучающегося в течение 5 мин и перехода со станции на станцию в течение 1 мин. Таким образом, время на одного обучающегося составило 23 мин. Исходя из того, что текущий контроль проводит один преподаватель, а обучающихся в группе в среднем девять, то превышает время практического занятия, на которое отводится 180 мин.

Проанализировав показатели, пришли к выводу, что стоит уменьшить количество станций на одном занятии – сократить сразу до двух, а потом до одной станции на одном занятии, при этом несколько предшествующих занятий уделить тренингу. Такая система позволила сохранить принцип ОСКЭ: каждая группа проходит одинаковые станции за ограниченное количество времени, при этом не превышая лимит практического занятия, также остается место дебрифингу и оценке профессиональных компетенций.

Оценивание действительно является одним из важных моментов во время ОСКЭ и проводится с использованием оценочных листов (чек-листов). Применение чек-листов разными педагогами позволяет объективно оценить одного и того же учащегося, свести к минимуму субъективность. Преподавателями колледжа в рамках экспериментальной деятельности разработано более 170 оценочных листов для обучающихся по специальностям колледжа «лечебное дело», «сестринское дело» (по 13 учебным предметам). Разработанные чек-листы являются не только формой оценки, но и своеобразными скриптами коммуникации для обучающихся.

Приведем пример одного из используемых в колледже чек-листов.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ
Введение столбнячного анатоксина

Учебный предмет: «инфекционные болезни с эпидемиологией»

Ф. И. О. экзаменуемого: _____ № группы: _____

Специальность: «лечебное дело»

№ п/п	Критерии выполнения	Балл			
		Коэффициент	Не выполнил	Выполнил не в полном объеме	Выполнил в полном объеме
			0	0,5	1
1	2	3	4	5	6
1	Перечислил показания для применения. <i>Проговорил: «Плановая активная иммунизация, экстренная специфическая профилактика и лечение столбняка»</i>	8			
2	<ul style="list-style-type: none"> • Вымыл руки. <i>Проговорил: «Руки вымыты».</i> • Выбрал необходимое оснащение: <ul style="list-style-type: none"> – АС-анатоксин по 1,0 мл в ампуле; – шприц объемом 2 мл с иглой размером 0,6×25–35 мм (далее – шприц); – иглы размером 0,8×40 мм для набора анатоксина; – шарики, салфетки; – нож ампульный; – антисептик для обработки инъекционного поля пациента (спирт этиловый 70%); – химическое средство экстренной дезинфекции для дезинфекции ампул, наружных поверхностей, ИМН; – рабочий раствор химического средства дезинфекции для промывания и дезинфекции ИМН, дезинфекции наружных поверхностей, ИМН. • Проверил наличие: <ul style="list-style-type: none"> – контейнеров «Промывание шприцев и других ИМН», «Дезинфекция шприцев и других ИМН», «Дезинфекция перевязочного материала, СИЗ», «Дезинфекция острых ИМН», «Пластмасса», «Пустые ампулы ЛС», емкости «Упаковка»; – медицинской карты амбулаторного пациента, карты профилактических прививок, журнала учета профилактических прививок (форма 064/у), приложения 1 «Схема проведения медицинского осмотра перед прививкой» 	1			
ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП					
3	<ul style="list-style-type: none"> • Установил контакт с пациентом. <i>Проговорил: «Здравствуйте. Меня зовут... Я помощник врача».</i> • Уточнил фамилию, имя, отчество пациента, сверил со схемой проведения медицинского осмотра перед прививкой. <i>Проговорил: «Назовите свою фамилию, имя, отчество».</i> • Провел информирование пациента о предстоящем введении анатоксина. <i>Проговорил: «Вам назначено подкожное введение столбнячного анатоксина».</i> • Получил устное согласие на медицинское вмешательство. <i>Проговорил: «Вы согласны на введение вам столбнячного анатоксина?»</i> 	1			
4	<p>Уточнил аллергоanamnez. <i>Проговорил: «Вводилось ли вам ранее назначенное средство? Не было ли на него аллергической реакции?»</i></p> <p>Уточнил, есть ли беременность. <i>Проговорил: «Беременны ли вы?»</i></p>	8			

1	2	3	4	5	6
5	<ul style="list-style-type: none"> • Сверил название, дозу АС-анатоксина на ампулах со схемой проведения медицинского осмотра перед прививкой. <i>Проговорил: «Название и доза АС-анатоксина соответствуют схеме медицинского осмотра перед прививкой».</i> • Проверил: <ul style="list-style-type: none"> – целостность ампул, внешний вид АС-анатоксина в ампулах. <i>Проговорил: «Внешний вид анатоксина представляет собой суспензию желтовато-белого цвета, разделяющуюся при отстаивании на прозрачную надосадочную жидкость и рыхлый осадок, разбивающийся при встряхивании»;</i> – целостность упаковок стерильного медицинского инструментария и стерильного перевязочного материала, их срок годности. <i>Проговорил: «Целостность упаковок не нарушена, срок годности не истек»</i> 	8	Фатальная ошибка		
6	Провел обработку рук в соответствии с НПА. Надел перчатки	8			
7	Предложил занять необходимое положение. <i>Проговорил: «Присядьте. Освободите от одежды область лопатки»</i>	1			
8	Встряхнул и обработал ампулу с АС-анатоксином. <i>Проговорил: «Время экспозиции средства экстренной дезинфекции выдержано в соответствии с инструкцией».</i> Вскрыл ампулу	8			
9	Подготовил шприц и иглу для набора АС-анатоксина	1			
10	Набрал анатоксин из ампулы, сменил иглу, вытеснил воздух и отдозировал до 0,5 мл АС-анатоксина. <i>Проговорил: «В шприце отдозировано 0,5 мл АС-анатоксина»</i>	8	Фатальная ошибка		
11	Шприц с АС-анатоксином вложил во вскрытую упаковку от шприца	1			
ОСНОВНОЙ ЭТАП					
12	Осмотрел и пропальпировал место инъекции (подлопаточную область). <i>Проговорил: «Место инъекции без видимой патологии»</i>	8	Фатальная ошибка		
13	<ul style="list-style-type: none"> • Взял два шарика из упаковки, смочил антисептиком. • Обработал кожу в месте инъекции: одним шариком – «большое поле», другим – «малое поле», 2–3 раза в одном направлении. • Выдержал время экспозиции до полного испарения антисептика с поверхности кожи. <i>Проговорил: «Время экспозиции средства выдержано в соответствии с инструкцией».</i> • Шарик поместил в соответствующий контейнер. • Взял правой рукой шарик, смочил антисептиком, поместил в ладонь левой руки, удерживая четвертым и пятым пальцами 	1			
14	<ul style="list-style-type: none"> • Взял шприц с вакциной из упаковки в левую руку (второй палец – на канюле иглы, остальные – охватывают цилиндр шприца). • Снял колпачок с иглы правой рукой, придерживая канюлю иглы. • Упаковку от шприца и колпачок поместил в соответствующие контейнеры. • Шприц переместил в правую руку 	1			
15	<ul style="list-style-type: none"> • Участок кожи в подлопаточной области собрал первым, вторым и третьим пальцами левой руки в складку треугольной формы. 				

Окончание таблицы

1	2	3	4	5	6
	<ul style="list-style-type: none"> Ввел быстрым движением иглу в основание складки под углом 45° к поверхности кожи на глубину 2/3 иглы. Отпустил складку кожи. Ввел медленно АС-анатоксин, надавливая на поршень шприца первым пальцем левой руки. Приложил к месту инъекции шарик, смоченный антисептиком, извлек быстрым движением иглу, прижал шарик на 2–3 мин. <i>Проговорил: «Подержите шарик 2–3 минуты»</i> 	8			
16	Проконтролировал самочувствие пациента после введения АС-анатоксина. <i>Проговорил: «Как вы себя чувствуете?»</i>	1			
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП					
17	Выполнил дезинфекционные мероприятия. <ul style="list-style-type: none"> Иглу со шприцем промыл в контейнере «Промывание шприцев и других ИМН». Иглу снял со шприца с использованием иглоотсекателя. Шприц в разобранном виде поместил в контейнер «Дезинфекция шприцев и других ИМН». Шарики поместил в контейнер «Дезинфекция перевязочного материала, СИЗ». Упаковку от шариков поместил в емкость «Упаковка». Снял перчатки. Провел обработку рук 	1			
18	<ul style="list-style-type: none"> Предупредил пациента о необходимости пребывания около прививочного (процедурного) кабинета в течение 30 мин для наблюдения за его самочувствием. <i>Проговорил: «Не уходите сразу, 30 минут вы должны находиться около прививочного (процедурного) кабинета».</i> Проконтролировал самочувствие пациента после введения АС-анатоксина в течение 30 мин. <i>Проговорил: «В результате наблюдения в течение 30 минут после введения АС-анатоксина побочных реакций не выявлено».</i> Проинформировал пациента о необходимости предохранять место введения анатоксина от механического раздражения, воды в течение 1–2 суток. <i>Проговорил: «Предохраняйте место введения анатоксина от механического раздражения, воды в течение 1–2 суток»</i> 	8			
19	Зарегистрировал в медицинской документации введение АС-анатоксина, результаты наблюдения (журнал учета профилактических прививок (ф. 064/у), приложение 1 «Схема проведения медицинского осмотра перед прививкой», медицинская карта амбулаторного пациента)	1			
Максимальная сумма баллов				41	82
Набранное количество баллов					

Иные **небезопасные действия**, совершенные в процессе выполнения практического навыка (указать какие):

- снятие иглы после инъекции рукой;

• _____,

за совершение которых **снимается 10% от общего количества баллов** независимо от количества небезопасных действий.

Расчет суммы баллов	
10%:	Итого:
8,2	

Трибуна преподавателя

Фатальные ошибки:

- нарушения правил асептики: пальпация места инъекции после обработки антисептиком;
- не сверены название, дозировка, срок годности анатоксина;
- анатоксин не отдозирован, не вытеснен воздух из шприца.

В результате совершения этих ошибок за выполнение практического навыка выставляется отметка 0 (нуль).

Результат в баллах _____
(числом и прописью)

Отметка _____
(числом и прописью)

Экзаменатор _____
(подпись, инициалы и фамилия)

« _____ » « _____ » 20 ____ г.

Результаты выполнения практического навыка представлены в таблице.

Результативность выполнения практического навыка

Процентное соотношение выполнения практического навыка	Количество баллов	Отметка
100% (правильное последовательное выполнение манипуляции, свободно реализуются коммуникативные навыки, правильно используется терминология)	82	10
91–99%	74–81	9
84–90%	69–73	8
76–83%	62–68	7
69–75%	56–61	6
62–68%	51–55	5
56–61%	46–50	4
51–55%	42–45	3
26–50%	21–41	2
0–25%	0–20	1
Совершены фатальные ошибки	0	0

В образовательном процессе колледжа с внедрением симуляционных технологий значительно повысилось качество знаний обучающихся, что показывают результаты ОСКЭ. Ребята оперативно реагируют в разных моделируемых ситуациях и быстрее выполняют манипуляции – это им пригодится в экстренных случаях в будущей медицинской деятельности.

О. Н. Катова, О. В. Кирдун

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ РАСШИРЯЕТ ГРАНИЦЫ СОТРУДНИЧЕСТВА

Белорусский государственный медицинский колледж

Деятельность по международному сотрудничеству является приоритетным направлением учреждения образования «Белорусский государственный медицинский колледж».

Цель международного сотрудничества – обмен опытом в области организации образовательного процесса и применения инновационных технологий обучения, установление культурных связей, воспитание межкультурной толерантности.

В колледже ведется работа по международному сотрудничеству и взаимодействию с образовательными учреждениями Российской Федерации, Республики Казахстан, которая направлена на:

- повышение качества научно-методического подхода к организации образовательного процесса;
- совершенствование и расширение международных связей колледжа с зарубежными организациями, работающими в сфере образования;
- участие в международных образовательных программах и мероприятиях (олимпиадах, конкурсах профессионального мастерства, научно-практических конференциях, интеллектуальных турнирах и т. д.);
- увеличение роста экспорта образовательных услуг.

Как итог, учащиеся колледжа под руководством преподавателей в 2022/23 учебном году стали активными участниками 13 международных мероприятий, завоевав 3 диплома I степени, 6 дипломов II степени, 3 диплома III степени, 5 грамот призеров, 10 сертификатов; опубликовали 5 статей в сборниках материалов научно-практических конференций учащихся.

Преподаватели колледжа являются постоянными участниками научно-методических мероприятий международного уровня. Среди них: VI Научно-образовательная конференция кардиологов и терапевтов «Золотое кольцо» (г. Москва); VIII Межрегиональный конкурс учебно-методического обеспечения образовательного процесса преподавателей ПОО медицинского профиля Сибирского федерального округа (Томский базовый медицинский колледж); Международная научно-практическая конференция «Наука. Медицина. Инновации: сохраняя прошлое – создаем будущее», посвященная 85-летию Оренбургского медицинского колледжа; Международная научно-



практическая интернет-конференция «Повышение качества образования: от традиций к инновациям» (Самарский колледж сервиса производственного оборудования им. Героя Российской Федерации Е. В. Золотухина) и др.

Справочно: первые 8 иностранных граждан были зачислены на обучение в колледж в 2010 г. В настоящее время обучаются 47 иностранных граждан из 14 стран, таких как Россия, Туркменистан, Камерун, Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Конго, Египет, Грузия, Мали, Иран, Нигерия, Шри-Ланка, Йемен.

Растущее количество иностранных учащихся, представителей разных культур, обуславливает необходимость совершенствования организационной и воспитательной работы в колледже с целью более успешной адаптации иностранных ребят к культуре, традициям нашей страны, условиям обучения в колледже.

Работу по адаптации иностранных учащихся в колледже организована в режимах офлайн и онлайн. К первому формату можно отнести психологические тренинги по адаптации для первокурсников-иностранцев, конкурсы («Кулинарные шедевры», к Международному дню медицинской сестры и др.), спортивные мероприятия, флеш-мобы, а также участие в молодежных проектах, которые раскрывают колоссальные возможности для самореализации личностного потенциала и профессионального становления, повышают уровень их коммуникативной культуры («100 идей для Беларуси», «Будущее выбираю сегодня»).

Трибуна преподавателя

Для знакомства иностранных учащихся с историей и культурой Республики Беларусь разработаны туристические маршруты по знаковым местам нашей страны (мемориальный комплекс «Хатынь», Музей истории Великой Отечественной войны, Национальная библиотека Беларуси, парк истории «Великое княжество Сула» и др.).

Адаптация иностранных учащихся в онлайн-режиме организована посредством телеграм-канала и сайта колледжа, размещением материалов на русском и английском языках. Иностранные учащиеся также включены в информационную жизнь колледжа посредством участия в креативных проектах, организованных в социальных сетях колледжа. Например, фотосет «BСMС Photo Bot», в рамках которого ребята смогли подчеркнуть свою неповторимость и уникальность с помощью фото. Также в социальных сетях открыта рубрика «Отзыв по адаптации», где иностранные учащиеся могут рассказать, как проходит процесс их адаптации, получить квалифицированную помощь специалистов.

Содержание данной деятельности направлено на создание в колледже благоприятной поликультурной среды, способствующей налаживанию межкультурного диалога, расширению границ сотрудничества.

12 апреля 2023 г. подписан новый Меморандум о сотрудничестве между Зарафшанским медицинским колледжем (Республика Узбекистан) и Белорусским государственным медицинским колледжем.

Предметом меморандума является установление партнерских отношений и развитие долго-

срочного эффективного и взаимовыгодного сотрудничества, которое будет осуществляться по следующим направлениям:

- совместная научно-образовательная деятельность обучающихся по образовательной программе «Сестринское дело»;
- проведение совместных визитов обучающихся, посещение теоретических и лабораторно-практических занятий, конференций и семинаров, совместное выполнение учебно-исследовательских работ;
- академический обмен преподавателями и административным персоналом для прохождения краткосрочных стажировок, профессиональных практик;
- повышение публикационной активности научно-педагогических и педагогических кадров;
- организация и проведение совместных конференций, форумов, семинаров, выставок, конкурсов и других мероприятий.

В процессе взаимодействия спланирована работа по организации совместных проектов и реализации соответствующих программ в области образования.

Проводимая в Белорусском государственном медицинском колледже работа по международному сотрудничеству подчеркивает намерение администрации учреждения к развитию сотрудничества с учреждениями образования стран СНГ и укреплению дружеских, взаимовыгодных отношений между сторонами, продвижению бренда Республики Беларусь в области среднего специального образования по профилю «Здорово-охранение».

